

# **ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ**

**ΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**Γκανάτσιου Κατερίνα- Γεωργία**

**Κιούση Σταματία**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**Νομικού Αντωνία**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική  
Εργασία της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας του  
Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος (ΑΤΕΙ) Πάτρας.**

**Πάτρα, Δεκέμβριος 2004**

Η Επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

## Αναγνώριση

Μετά την περάτωση της πτυχιακής μας εργασίας, ευχαριστούμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια μας, κ.α. Νομικού Αντωνία για τις σωστές κατευθύνσεις που μας παρείχε και για την πολύ καλή συνεργασία που είχαμε.

Επίσης, ευχαριστούμε τους γονείς μας για την αμέριστη συμπαράσταση που μας πρόσφεραν όλα αυτό το χρονικό διάστημα των σπουδών μας. Όπως, επίσης και για όλους τους υπόλοιπους που ήταν δίπλα μας.

Τέλος, όλους όσους μας βοήθησαν στην συλλογή των πληροφοριών στις διάφορες πόλεις της Ελλάδας.

## Περίληψη

Η παρούσα εργασία σκοπό έχει να ασχοληθεί με τις συνέπειες των οινόπνευματων ποτών στους εφήβους. Αποτελεί σε πολλές σύγχρονες χώρες ένα κοινωνικό και ιατρικό πρόβλημα που πολύ δύσκολα μπορεί να αντιμετωπιστεί από την κοινωνία εάν δεν παρθούν αυστηρά μέτρα.

Η εργασία έχει χωρισθεί σε πέντε κεφάλαια:

Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ιστορική αναδρομή του αλκοολισμού από την αρχαιότητα μέχρι τις μέρες μας, τους ορισμούς των όρων, τις εξαρτησιογόνες ψυχοτρόπες ουσίες στις διάφορες κατηγορίες στις οποίες ανήκει το οινόπνευμα και ότι αφορά την φαρμακολογική του δράση.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει την εξάρτηση και πιο συγκεκριμένα την εξαρτημένη συμπεριφορά που παρουσιάζεται, τα αίτια και η ομαδοποίηση των παραγόντων που οδηγούν στην κατάχρηση του αλκοόλ, η επίδραση που έχει στην υγεία, την τυπολογία, δηλαδή τις φάσεις της εξάρτησης και οι διαταραχές που προκαλούνται στη συμπεριφορά και στις ψυχολογικές αλλαγές. Επίσης, γίνεται αναφορά για το αλκοόλ στην Ευρώπη και στην Ελλάδα.

Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει πιο αναλυτικά για την ψυχολογία στην οποία βρίσκεται ο αλκοολικός, για τις μεθόδους ανίχνευσης, και για το προφίλ του. Για τα τροχαία ατυχήματα που μπορεί να προκληθούν από το πιοτό και η σχέση που μπορεί να έχει η συγκεκριμένη ψυχοδραστική ουσία με την βία δηλαδή την έντονη βίαιη συμπεριφορά.

Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την διάρκεια και τις φάσεις της εφηβείας, τα προβλήματα που προκύπτουν σε αυτή τη φάση της ζωής τους και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους. Όπως επίσης, την σημασία της πρόληψης σε όλους τους τομείς της ζωής για θέματα υγείας και κοινωνικής λειτουργίας, την αναγκαιότητα των προγραμμάτων και την συστημική προσέγγιση που ακολουθείται στα αλκοολεξαρτημένα άτομα. Τα προγράμματα που ήδη υπάρχουν, τα στάδια και οι διαδικασίες του χρήστη, οι παράγοντες της θεραπευτικής διαδικασίας και για την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται κάποια προγράμματα αγωγής υγείας στο Ν. Αχαΐας.



Τέλος, η σπουδαιότητα του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού χρησιμοποιώντας τις μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας όπως Κοινωνική Εργασία με Άτομο, με Οικογένεια, με Κοινότητα και με Ομάδα με αναλυτικό τρόπο.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα συμπεράσματα και τις προτάσεις μετά την αποπεράτωση της πτυχιακής.

Επίσης, υπάρχουν έξι παραρτήματα όπου συμπεριλαμβάνονται οι νόμοι σχετικά με το αλκοόλ και κάποιες έρευνες που έχουν γίνει, παραθέτονται άρθρα από εφημερίδες σχετικά με το αλκοόλ και η βιβλιογραφία και οι πηγές.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

### Αναγνώριση

### Περίληψη

### Πίνακας Περιεχομένων

### Σελίδες

### Εισαγωγή

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| 1. Το Πρόβλημα        | σελ. 10    |
| 2. Σκοπός της μελέτης | σελ. 10    |
| 3. Ορισμοί όρων       | σελ. 11-13 |

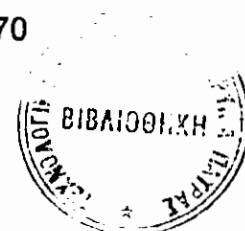
### Κεφάλαια

#### Κεφάλαιο Πρώτο

- |   |            |
|---|------------|
| 1. Ιστορική Αναδρομή                          | σελ. 14-18 |
| 1.1 Εξαρτησιογόνες ψυχοτρόπες ουσίες          | σελ. 19-29 |
| 1.2 Προέλευση αιθυλικής αλκοόλης              | σελ. 29-30 |
| 1.3 Φαρμακολογική δράση αιθυλικής αλκοόλης    | σελ. 31-33 |
| 1.4 Αλκοολισμός- Φαρμακοκινητική της αλκοόλης | σελ. 33-37 |

#### Κεφάλαιο Δεύτερο

- |   |            |
|---|------------|
| 2. Εξέλιξη και αιτιολογία αλκοολισμού                           | σελ. 38    |
| 2.1. Εξαρτήσεις από τοξικές ουσίες                              | σελ. 39-40 |
| 2.1.2. Ανοχή, Εθισμός, Εξάρτηση                                 | σελ. 40-45 |
| 2.1.3. Θεωρίες σχετικά με την ανάπτυξη εξαρτημένης συμπεριφοράς | 45-48      |
| 2.1.4. Η αιτιολογία του αλκοολισμού                             | σελ. 48-57 |
| 2.2. Επίδραση του αλκοόλ στην υγεία                             | σελ. 58-60 |
| 2.2.1. Αλκοόλη και υγεία  |            |
| 2.2.2. Οι επιπτώσεις  | σελ. 60-68 |
| 2.2.3. Ψυχιατρικές Διαταραχές/ Γνωστικές Δυσλειτουργίες         | σελ. 68-70 |



2.2.4. Διαβήτης και αλκοόλ	σελ. 70-73
2.2.5. Αλκοόλ και Γυναίκα	σελ. 74
2.2.6. Αλκοόλ και Εγκυμοσύνη	σελ. 74-46
2.3 Το αλκοόλ στην Ευρώπη	σελ. 77-82
2.4 Η τυπολογία του αλκοολισμού	σελ. 83-92
2.5 Οι διαστάσεις του αλκοολισμού	σελ. 92-94
2.6 Διαταραχές προκαλούμενες από αλκοόλ	σελ. 94-102
2.7 Οργανικά ψυχοσύνδρομα με αίτιο κατάχρηση αλκοόλ	σελ.103-108
2.7.1 Άνοια και αλκοολισμός	σελ.108-109

### **Κεφάλαιο Τρίτο**

3. Η ψυχολογία του πότη	σελ.110-111
3.1. Κοινωνική συνθήκη για το πιστό	σελ.112-113
3.1.1. Το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ (αλκοολικός ή προβληματικός πότης)	σελ.113-114
3.1.2. Προβληματικός πότης	σελ.115
3.1.3. Μέθοδοι ανίχνευσης του προβληματικού πότη	σελ.115-117
3.2 Το προφίλ του αλκοολικού	σελ.118-122
3.3. Αλκοόλη και ατυχήματα	σελ.123
3.3.1. Κοινωνικό-οικονομικό κόστος των τροχαίων ατυχημάτων	
3.3.2. Κοινωνικο-οικονομικό κόστος των αλκοολο-εξαρτώμενων τροχαίων ατυχημάτων	σελ.124
3.3.3. Αιτιολογικοί παράγοντες τροχαίων ατυχημάτων	σελ.124-125
3.3.4. Κατάχρηση ουσιών που επηρεάζουν την ασφαλή οδήγηση	126-128
3.3.5. Αλκοόλ και τροχαία ατυχήματα	σελ.129-133
3.4. Το οινόπνευμα και η βία	σελ.134-136
3.4.1. Επιδημιολογία	σελ.137-138
3.4.2. Ειδική παραπτωματοκότητα σχετιζόμενη με την κατανάλωση οινόπνεύματος	σελ.138-140
3.4.3. Ψυχιατρικές εκδηλώσεις σχετιζόμενες με την κατάχρηση οινόπνεύματος και τη βία	σελ.140-145

## Κεφάλαιο Τέταρτο

4. Εφηβεία- Διάρκεια και φάσεις εφηβείας	σελ. 146
4.1 Προεφηβική ηλικία	σελ.146-147
4.1.1 Η εφηβική ηλικία- Χαρακτηριστικά της εφηβείας	σελ.147-151
4.1.2 Εξελικτικές μορφές συμπεριφοράς ή οι αναπτυξιακοί στόχοι της εφηβείας	σελ.152-153
4.1.3 Χαρακτηριστικά εφήβων που έχουν πρόβλημα με το πιωτό	154-157
4.2. Πρόληψη – Θεραπεία	σελ.158-162
4.2.1 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	σελ.162-168
4.2.2 Η αναγκαιότητα εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης των εξαρτητικών παραγόντων	σελ.168-173
4.3. Οι ιδιαιτερότητες της συστημικής θεραπευτικής προσέγγισης σε αλκοολοεξαρτημένα άτομα	σελ.174-178
4.4. Αποκατάσταση από το αλκοόλ και προγράμματα που ήδη υπάρχουν	
4.4.1. Βοηθώντας τον αλκοολικό	σελ.179-182
4.4.2. Κοινοί παράγοντες στην κατάχρηση τοξικών ουσιών	σελ.182-183
4.4.3. Τα στάδια και οι διαδικασίες του χρήστη	σελ.183-184
4.5. Παράγοντες που διαμορφώνουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα	185-187
4.5.1. Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα	σελ.187-191
4.5.2. Θεραπευτικές προτάσεις	σελ.192-194
4.5.3. Αξιολόγηση θεραπευτικών προσεγγίσεων: Μεθοδολογικά προβλήματα	σελ.194-197
4.5.4. Τα προγράμματα αγωγής υγείας στο Ν. Αχαΐας	σελ.197-199
4.5.5 Το ειδικό πρόβλημα του αλκοολικού και η σημασία του για την θεραπευτική αγωγή	σελ.200-206
4.6. Τι είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί	σελ.207
4.6.1. Τι κάνουν οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί;	σελ.207-208
4.6.2. Η δημιουργία των Ανωνύμων Αλκοολικών (Α.Α.)	σελ.208-213
4.6.3. Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί στην Αθήνα	σελ.213-214
4.7. Η επαγγελματική αποκατάσταση απεξαρτημένων στο θεραπευτικό πρόγραμμα της μονάδας 18 άνω	σελ.215-216
4.7.1. Ο ρόλος της επαγγελματικής αποκατάστασης	σελ.216-217

4.7.2. Ο ρόλος του θεραπευτικού πλαισίου	σελ.217
4.8. Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	σελ.218-224

## **Κεφάλαιο Πέμπτο**

5.1. Συμπεράσματα- Προτάσεις	σελ.225-230
------------------------------	-------------

Παράρτημα Α- ΣΤ	σελ.231
-----------------	---------

Άρθρα Εφημερίδων	σελ.232
------------------	---------

Βιβλιογραφία- Πηγές	σελ.233-237
---------------------	-------------

## Εισαγωγή

### 1. Το Πρόβλημα

Η παρούσα πτυχιακή εργασία γίνεται στα πλαίσια της εκπαίδευσης στην Κοινωνική Εργασία. Το θέμα που επιλέχθηκε είναι "Οι Συνέπειες του Αλκοολισμού στους Εφήβους".

Αφειτηρία για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος αποτέλεσε ότι ο αλκοολισμός έχει πάρει τα τελευταία χρόνια, μεγάλη έκταση στη χώρα μας με δυσάρεστες συνέπειες, τόσο στην σωματική και ψυχολογική υγεία των ατόμων, όσο και στην πολιτικοοικονομική ανάπτυξη της κοινωνίας.

Δώσαμε μεγαλύτερη έμφαση στην εφηβική ηλικία εξαιτίας της ελεύθερης διακίνησης των ιδεών, της ξενομανίας, της ανεργίας και ότι οι έφηβοι οδηγούνται σε αρνητικούς τρόπους ψυχαγωγίας για να ξεφύγουν από την αποσαθρωμένη κοινωνία.

### 2. Σκοπός μελέτης

Παρατηρώντας συνολικά, καμιά χώρα δεν είναι απρόσβλητη από την εξάρτηση από τις ουσίες, όχι μόνο από το αλκοόλ αλλά και από τα ναρκωτικά. Εξάλλου, το κράτος ήδη επενδύει δισεκατομμύρια για την παραγωγή οιοπνευματωδών ποτών τα οποία βέβαια καταλήγουν στους εφήβους με πολύ εύκολο τρόπο.

Το ερέθισμα για να ξεκινήσουμε αυτό το θέμα της πτυχιακής, ήταν ότι είχαν γίνει πολλές αναφορές για το αλκοόλ, τόσο από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, όσο και από τους δημοσιογράφους σε εφημερίδες. Απ' αυτό φαινόταν ότι μάλλον το πρόβλημα αυτό άρχιζε να παίρνει διαστάσεις με σοβαρές επιπτώσεις στους ίδιους τους εφήβους, οι οποίοι είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σ' αυτό από οποιαδήποτε άλλη ομάδα ανθρώπων.

Τέλος, για την αντιμετώπιση της φοβερής μάστιγας που ήδη έχει πάρει διεθνείς διαστάσεις, αποτελώντας βασικό τομέα οργανωμένου εγκλήματος,

δεν αρκούν μόνο οι προσπάθειες των διωκτικών αρχών. Αντιθέτως χρειάζεται μια σταυροφορία όλων των κοινωνικών φορέων. Μια σταυροφορία που θα στηρίζεται στην γνώση, στην γνώση των αιτιών που οδηγούν τους εφήβους στο αλκοόλ και στον σωστό τρόπο αντιμετώπισης τους. Ο αγώνας θα πρέπει να ξεκινήσει από την οικογένεια τον βασικό πυρήνα της κοινωνίας μας.

### 3. Ορισμοί Όρων

Κατά τη 'συναγωγή νέων λέξεων' του Στ. Α.Κουμανούδη (1900) η λέξη αλκοολισμός είναι λέξη 'νοθογενής', δηλαδή ξενόφερτη με ελληνική κατάληξη, η χρήση της οποίας στα ελληνικά πρωτοεπισημαίνεται σε άρθρο της εφημερίδας 'Ακρόπολις' του 1984.

Ο Γ.Σ.Βλαβιανός γράφει στην διατριβή του (1907): 'Η λέξη αλκοολισμός είναι σχετικά νεότερη, η ιστορία αυτής δεν υπερβαίνει τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αι. Ο Magnus Huss, Σουηδός ιατρός, το 1852 ονόμασε πρώτος την λέξη αυτή, η οποία παράγεται από το alcohol, την αντίστοιχη παθολογική κατάσταση'. Ο Βλαβιανός, ως οπαδός της 'ενιαίας και παγκόσμιας επιστημονικής γλώσσας', επιχειρηματολογεί υπέρ της εισαγωγής του όρου στα ελληνικά αντί της χρήσης των προτεινόμενων 'οινοπνευμάτωση' ή 'οινοπνευματίαση' και για μεγαλύτερο κύρος, παραθέτει την απάντηση του Γ. Χατζηδάκη σε σχετικό του ερώτημα, με την οποία ο διαπρεπής γλωσσολόγος της εποχής εκείνης αποδέχεται τον όρο αλκοολισμός. Για τους εξής λόγους: α) δεν πρέπει να αλλάζουν συχνά οι όροι β) η λέξη δίνει παράγωγα γ) οι ίδιοι οι αρχαίοι εισήγαγαν στη γλώσσα τους πολλές λέξεις, όταν ήταν ανάγκη να λάβουν πράγματα από ξένους λαούς που πρώτοι βρήκαν. Αλλά και στις ευρωπαϊκές γλώσσες, ο όρος αλκοολισμός προέρχεται από άλλη γλώσσα, την αραβική λέξη 'al-cohol' που σήμαινε την άψαυστη λεπτότατη σκόνη, λέξη που πρώτος ο Lavoisier χρησιμοποίησε για να ονομάσει το προϊόν της ζύμωσης. (Διακογιάννης Ι.,1993).

- Αιθυλική αλκοόλη: αποτελεί προϊόν αλκοολικής ζύμωσης των υδατανθρακών. (Αποστολόπουλος,2001)

- Αλκοολισμός: Η χρόνια χρήση αλκοόλ, που συνοδεύεται από προβλήματα υγείας, εργασίας και κοινωνικής συνύπαρξης. Κοινωνική νόσος με ιατρικές διαστάσεις. Η χρήση οινόπνευματων είναι συνήθεια, έξη, εθισμός.( Αποστολόπουλος,2001)

- Αλκοολισμός: Είναι η χρόνια δηλητηρίαση του οργανισμού από την κατάχρηση των οινόπνευματων ποτών. Το οινόπνευμα, ενώ σε μικρές δόσεις δεν βλάπτει, σε μεγάλες δόσεις δηλητηριάζει αργά αργά τον οργανισμό του ανθρώπου. Εντοπίζεται στους ιστούς, στα σπλάχνα και κυρίως στο νευρικό σύστημα, που κυριολεκτικά το παραλύει. (Μαθητική Υδρία, σελ. 267).

- Αλκοολισμός: Είναι μια κατάσταση, που εξαιτίας της χρόνιας δηλητηρίασης με οινόπνευμα, προκαλεί σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Επομένως είναι η κατάχρηση οινόπνεύματος.(Γκουρνέλης,1992)

- Αλκοολισμός: μπορούμε να ονομάσουμε κάθε μορφή λήψης αλκοόλ που υπερβαίνει την παραδοσιακή συνήθη κατανάλωση σε πλαίσια διατροφής ή που ξεπερνά το πλαίσιο των ίδιων κοινωνικών συνηθειών του συνόλου μιας δεδομένης κοινότητας, ανεξαρτήτως των υπεύθυνων αιτιολογικών παραγόντων και ανεξάρτητα της προέλευσης αυτών των παραγόντων: κληρονομικότητα, φυσική ιδιοσυγκρασία ή φυσιοπαθολογικές και μεταβολικές επίκτητες επιδράσεις.(Π.Ο.Υ.,1950)

- Αλκοολικός: Χαρακτηρίζεται κάποιος από τη στιγμή που θα αρχίσει να καταναλώνει ποσότητες οινόπνεύματος που υπερβαίνουν το όριο αντοχής του οργανισμού. Οι επιστήμονες τοποθετούν το όριο αυτό στο 1lt κρασιού για τον άνδρα και στο ½ lt για την γυναίκα άνα 24ωρο (κρασί 10 βαθμών)(Γκουρνέλης,1992)

- Αλκοολικός: Είναι αυτός που καταναλώνει καθημερινά μια ποσότητα αλκοόλ ανώτερη από εκείνη που μπορεί να οξειδώσει.(Ades, 1984)



- Αλκοολικοί: Είναι υπερβολικοί πότες των οποίων η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι τέτοια ώστε παρουσιάζουν είτε μια φανερή ψυχική διαταραχή, είτε εκδηλώσεις που προσβάλλουν τη φυσική ή ψυχική υγεία τους, τις σχέσεις με τους άλλους και την καλή κοινωνική/ οικονομική συμπεριφορά τους, είτε πρόδρομα σημεία αυτού του τύπου. (Π.Ο.Υ.,1951)

- Αλκοολικός: Είναι κάθε άτομο του οποίου η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών μπορεί να βλάψει τον ίδιο, την κοινωνία ή και τους δύο.(Jellinek, 1960)

- Εφηβική Ηλικία: είναι η τελευταία φάση της ανάπτυξης, το τελευταίο στάδιο στην πορεία του ατόμου προς την ωριμότητα. Καλύπτει την χρονική περίοδο ανάμεσα στην παιδική και στην ώριμη ηλικία και αποτελεί τη φάση της ζωής κατά την οποία πραγματοποιείται το πέρασμα του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, με την ανεμελιά και την εξάρτηση, στον κόσμο του ενήλικου, με την υπευθυνότητα και την αυτοδιαχείριση. Το πέρασμα αυτό ασφαλώς δεν γίνεται «εν μια νυκτί», αλλά βαθμιαία, σε ένα διάστημα 7- 8 ετών. Στο διάστημα αυτό, το αναπτυσσόμενο άτομο, ο έφηβος, δεν είναι πια παιδί ούτε όμως ακόμη ενήλικος. Παρουσιάζει χαρακτηριστικά που ορισμένα θυμίζουν την παιδική ηλικία και άλλα που θυμίζουν την ώριμη ηλικία. Γι' αυτό, η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται ως περίοδος μεταβατική. (Παρασκευόπουλος Ι., 1985).

- Προβληματικοί πότες: προσδιορίζονται ως άτομα στα οποία μια επαναλαμβανόμενη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών έχει φυσικές, ψυχολογικές ή κοινωνικές βλαπτικές επιπτώσεις που προσβάλλουν το άτομο ή άλλους.(Plaunt, 1967)

-Υπερβολικός πότης:δηλαδή αυτός που καταναλώνει υπερβολικά, είτε σε ποσότητα, είτε στο χρόνο με κίνδυνο να αναπτύξει εξάρτηση.(Keler, McCormick, 1968)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### 1. Ιστορική Αναδρομή

Το οινόπνευμα ήταν γνωστό στον άνθρωπο από τους αρχαιότερους ακόμη χρόνους, όταν τυχαία ανακάλυψε την δράση διαφόρων χυμών φρούτων που είχαν υποστεί ζύμωση. Ιστορικές πηγές αναφέρουν την καλλιέργεια του αμπελιού, κυρίως στη Μεσόγειο, ήδη από το 3500 π.Χ. την ίδια εποχή έχουμε περιγραφές σε αιγυπτιακούς πάπυρους, καθώς και σε επιγραφές ναών, για τη φαρμακολογική επίδραση του οινοπνεύματος με συγκεκριμένη αναφορά στη μέθη. Είναι προφανές ότι οι αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν συνδέσει τη μέθη με τη διασκέδαση, γεγονός που αντανακλάται στις περιγραφές αυτές. Οι Αιγύπτιοι γνώριζαν και την μπύρα, για την οποία αναφέρουν ότι 'πρέπει κανείς να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες για να έρθει σε κατάσταση ευθυμίας'.

Εκτός από τη χρήση του οινοπνεύματος για λόγους διασκέδασης, το κρασί ήταν συνηθισμένο γιατρικό για εσωτερική και εξωτερική χρήση (περιποίηση τραυμάτων). Τα Ομηρικά έπη κάνουν συχνή και σαφή μνεία για τις ιατρικές εφαρμογές του οίνου. Ο Μαχάων, υιός του Ασκληπιού που πήρε μέρος στον Τρωικό πόλεμο ως γιατρός των Αχαιών, περιθάλπει τον πληγωμένο Ευρύπυλο προσφέροντας του κρασί.

Στην Κλασική Ελλάδα η χρήση του οίνου, 'άκρατου' ή 'κεκραμένου', αναφέρεται συχνότατα σε ιστορικές πηγές, με χαρακτηριστικότερο ίσως το παράδειγμα το Συμπόσιο του Πλάτωνα. Είχε, συνδεθεί με τις δημοφιλείς θρησκευτικές τελετές των Διονυσίων. Ο Διόνυσος ήταν ο θεός της αμπέλου και του οίνου. ( Μαρσέλος Μ.1986 )

Οι ιπποκρατικοί γιατροί, μάλιστα, περιέγραψαν πρώτοι ορισμένες επιπλοκές από την κατανάλωση οινοπνεύματος. Ο βασιλιάς Χαμουραμπί, στη Βαβυλώνα του 1500 π.Χ. συνέταξε σειρά νόμων, για να περιορίσει το μεθύσι των υπηκόων του. Το 'σάκε' που σημαίνει 'νερό της ζωής', ήταν ένα ιερό οινοπνευματώδες ποτό για τους αρχαίους Κινέζους και τους Ιάπωνες.

Οι Ίνκας παρασκεύαζαν από κριθάρι ένα είδος μπύρας την 'Τσίτσα', για τις θρησκευτικές τους τελετές. ( Σπηλιοπούλου Χ., 1995)

Λεπτομερείς φαρμακολογικές περιγραφές για την επίδραση του κρασιού στον ανθρώπινο οργανισμό και για την συμπεριφορά του μεθυσμένου ανθρώπου μας δίνει ο Πλίνιος ο Πρεσβύτερος. Κατά ανάλογο τρόπο, ο Αθηναίος περιγράφει τα έθιμα σχετικά με την οινοποσία σε βάρβαρους λαούς, 'όπως οι Λύδιοι, οι Πέρσες, οι Σκύθες και οι Καρχηδόνιοι. Ειδικότερα για τους Μακεδόνες, αναφέρει ότι ήταν τόσο γεροί πότες, ώστε από το πολύ πιωτό στο τέλος του συμποσίου ήταν αδύνατο να φάνε.

Όπως, επίσης και ο Σένεκας δίνει λεπτομερείς περιγραφές οινοποσίας σε Ρωμαϊκά οργιώδη συμπόσια. Είναι γνωστός ο τρόπος με τον οποίο οι Ρωμαίοι επέμεναν στην υπερβολική κατανάλωση τροφής και κρασιού που συνήθως γινόταν με την πρόκληση εμετού για τη συνέχιση του γεύματος.

Τόσο οι Έλληνες όσο και οι Ρωμαίοι είχαν πλήρη επίγνωση της φαρμακολογικής ενέργειας του κρασιού, την οποία επιδίωκαν προκειμένου να φτάσουν σε κατάσταση μέθης. Την εποχή εκείνη δεν ήταν γνωστό το απόσταγμα οίνου, η καθιερωμένη πρακτική επέβαλε την αραίωση του άκρατου ('εν τοις συμποσίοις μη πίνειν άκρατον'). Ο οίνος δεν περιορίζεται με νομοθετικές διατάξεις, αλλά αντίθετα εμπεριέχεται σε πλείστες όσες εθιμοτυπικές και θρησκευτικές τελετουργίες. Τα θρησκευτικά αυτά έθιμα διατηρούνται στο Μεσαίωνα με τη συμβολή της Εκκλησίας, η οποία αποδέχεται το οινόπνευμα και δεν επιβάλλει ηθικούς φραγμούς, ακόμη και για την κατάχρηση του. Την εποχή αυτή στη Μεσόγειο παράγεται συστηματικά κρασί που εξάγεται και στη Βόρεια Ευρώπη, όπου η παραγωγή είναι περιορισμένη λόγω των κλιματολογικών συνθηκών. Υπάρχουν πάρα πολλές μαρτυρίες για τις συνήθειες γύρω από τη χρήση οινοπνεύματος κατά το Μεσαίωνα, αλλά ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν διάφορες περιγραφές για την προσθήκη ποικίλων καρυκευμάτων και άλλων συστατικών, προκειμένου η έντονη γεύση του ποτού να αποτρέπει την υπερκατανάλωση του (Μαρσέλος Μ., 1986, Σπηλιωπούλου Χ., 1995).

Η δημιουργία κοινωνικών προβλημάτων από κατάχρηση οινοπνεύματος αρχίζει το 12ο αι., με την ευρεία πλέον κατανάλωση αποστάγματος οίνου. Η τεχνική της απόσταξης του οινοπνεύματος τοποθετείται περίπου στο 1100 μ.Χ. και θεωρείται αραβική επινόηση, η οποία αναπτύχθηκε και βελτιώθηκε

με την άνθηση της Αλχημείας. Τους πρώτους αιώνες μετά την εφεύρεση του αποστακτήρα, και μέχρι τον 16<sup>ο</sup> αι., η χρήση του περιορίζεται συνήθως μέσα στα μοναστήρια. Πηγή της αιθυλικής αλκοόλης είναι ο χυμός του σταφυλιού μέχρι το 17<sup>ο</sup> αι., όταν ο Sylvius, καθηγητής στην Ιατρική Σχολή του Leyden, διαπιστώνει ότι μπορεί να αποστάξει καθαρό οινόπνευμα από χυμό δημητριακών. Το προϊόν αυτό ονομάζεται από τον Sylvius 'Aqua Vitae' και αρωματίζεται συνήθως με καρπούς κέθρου. Επειδή το αρωματικό αυτό φυτό λέγεται στα Γαλλικά genièvre, το παρασκεύασμα του Sylvius πήρε το συντετμημένο όνομα Gin. Το Gin αποτέλεσε πατροπαράδοτο Ολλανδικό προϊόν, το οποίο από το 17<sup>ο</sup> αι. άρχισε να εξάγεται και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Την εποχή εκείνη έχουμε και τις πρώτες ειδοποιήσεις για τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από την κατάχρηση Gin, Brandy και άλλων δυνατών οινοπνευματωδών ποτών. Έχουμε επίσης την απαρχή κρατικού ελέγχου στη χρήση του καθαρού οινοπνεύματος, που επιδιώκεται με την επιβολή βαριάς ειδικής φορολογίας. Παρά τα αυστηρά κατασταλτικά μέτρα, η απόσταξη καθαρού οινοπνεύματος διατηρείται και εξαπλώνεται, επειδή μεταξύ των άλλων παρείχε και κάποια ασφαλή αξιοποίηση των δημητριακών προϊόντων. Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς και τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης που επικρατούσαν τότε στις αγροτικές περιοχές της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης. Όπου η πείνα και η φτώχεια έβρισκαν καταφύγιο στη θαλπωρή του Gin. (Μαρσέλος Μ., 1986).

Κατά το πρώτο ήμισυ του 18<sup>ου</sup> αι., η ευρεία χρήση οινοπνεύματος οδηγεί στις πρώτες κλινικές παρατηρήσεις για τις επιπτώσεις του στη διατροφή και την υγεία των καταναλωτών. Παρ' όλα αυτά, ιδιαίτερη σημασία δίνεται κυρίως στις κοινωνικές επιπτώσεις από την κατάχρηση του οινοπνεύματος. Την εποχή της βρετανικής ποτοαπαγόρευσης (1736), ο Thomas Wilson δημοσιεύει μία πραγματεία για τις επιπτώσεις του οινοπνεύματος στους εργάτες, τους οποίους κατηγορεί ότι 'καταναλώνουν τον ελεύθερο χρόνο τους όχι στην ξεκούραση, αλλά στην καταπόνηση του σώματος με το ισχυρό αυτό δηλητήριο'. Κείμενα αυτού του είδους είδαν τη δημοσιότητα και αργότερα, ενώ διάφορα έργα τέχνης περιέγραφαν με λεπτομέρειες σκηνές ομαδικής μέθης και κραιπάλης. Η γενικότερη αυτή στάση απέναντι στο θέμα του αλκοολισμού οδήγησε το 1751 στη θέσπιση ειδικού νόμου (Gin Act), που επέβαλε φορολογία στο καθαρό οινόπνευμα, απαγόρευσε την ελεύθερη

χρησιμοποίηση των αποστακτών, καθώς και την αποθήκευση οινόπνευματος.

Οι ιστορικοί γνωρίζουν ότι τα αυστηρά αυτά νομοθετικά μέτρα μπορεί να περιόρισαν την εμπορική διακίνηση του καθαρού οινόπνευματος, δεν περιόρισαν όμως την ευρεία κατανάλωση του στην Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη την εποχή εκείνη.

Παράλληλα, επικρατούν ορισμένα κοινωνικά στερεότυπα σχετικά με το οινόπνευμα, που έχουν επιβιώσει μέχρι σήμερα. Για παράδειγμα, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων δυνατών ποτών θεωρείται ένδειξη ανδροπρέπειας. Σε ορισμένες επαγγελματικές ομάδες, η κατανάλωση οινόπνευματος ήταν ιδιαίτερα επιθυμητή, όπως στους ναυτικούς και τους στρατιώτες, επειδή δημιουργούσε κάποια φαινομενική ευεξία, βοηθώντας έτσι την αντιμετώπιση δυσμενών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας.

Η ευρεία κατανάλωση οινόπνευματος από υποσιτιζόμενα άτομα οδήγησε σε πρώιμες παρατηρήσεις σχετικά με τις επιβλαβείς συνέπειες του στη διατροφή του ανθρώπου. Ο αλκοολισμός ως νόσος, αναλύεται για πρώτη φορά το 1972, από τον γιατρό John Coakley Lettson, ο οποίος σε ανακοίνωση του στην Ιατρική Εταιρεία του Λονδίνου περιγράφει συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες που συνοδεύουν την κατάχρηση οινόπνευματος, όπως το πεπτικό έλκος, την πυλωρική στένωση, την καχεξία των αλκοολικών. (Μαρσέλος Μ., 1986, Σπηλιωπούλου Χ., 1995).

Πληρέστερος κατάλογος των δυσμενών επιπτώσεων του αλκοολισμού στην υγεία δίνεται το 1804 από τον Thomas Trotter, όπου μέσα σε ένα καταγισμό υπερβολών αναγνωρίζει κανείς και ορισμένες παθήσεις, οι οποίες έχουν επιβιώσει μέχρι σήμερα στα ιατρικά συγγράμματα, όπως δυσπεψία, υδρωπικία, ανικανότητα, ηπατοπάθεια, ονειρικές καταστάσεις με τρομακτικό περιεχόμενο. Σε αυτόν οφείλεται και η πρώτη λεπτομερής περιγραφή της ανορεξίας των αλκοολικών.

Η ιδεοληπτική κατανάλωση οινόπνευματος περιγράφεται για πρώτη φορά με επιστημονική ακρίβεια από τον Bruhl-Cramer, το 1819 και χαρακτηρίζεται ως 'διψομανία'. Στο γιατρό αυτό, επομένως, οφείλεται η απαρχή της σύγχρονης επιστημονικής αντίληψης, ότι ο αλκοολισμός έχει ψυχολογικά αίτια.

Οι δεκαετίες που ακολούθησαν, με την πρόοδο της Ιατρικής έδωσαν λεπτομερείς μελέτες για τις τοξικές επιπτώσεις του οινοπνεύματος. Η ακριβή φύση της Φαρμακολογίας και της Τοξικολογίας της αιθανόλης εξακολουθεί να παραμένει σε πάρα πολλά σημεία σκοτεινή. Ωστόσο, είμαστε σε θέση να κατανοούμε πολλές ιδιότητες του πανάρχαιου αυτού φαρμάκου.(Μαρσέλος Μ., 1986).

Η Ιατρική Επιστήμη του 19<sup>ου</sup> αι. χρησιμοποιεί επισήμως την αιθυλική αλκοόλη ως τονωτικό του νευρικού συστήματος. Είναι χαρακτηριστικό ότι στα συγγράμματα Φαρμακολογίας της εποχής εκείνης το οινόπνευμα και ο οίνος περιγράφονται αναλυτικότερα και κατατάσσονται στα 'Remedia excitantia'. Στη Σύγχρονη Φαρμακολογία, η αιθυλική αλκοόλη αναφέρεται συνήθως μαζί με τα αντισηπτικά. Αξίζει παρ' όλα αυτά, να σημειωθεί, ότι αρκετές εθνικές Φαρμακοποιίες εξακολουθούν να περιγράφουν αναλυτικά το οινόπνευμα, τόσο για την ευρεία του χρήση στη Φαρμακοβιομηχανία ως διαλυτικού εκδόχου, όσο και για συγκεκριμένες παλιές θεραπευτικές ιδιότητες. Για παράδειγμα, το 'spiritus vini' που είναι μια μορφή δυνατού ποτού (Brandy) συνίσταται για την πρόληψη των πρώιμων ωδίνων κατά το τέλος της κύησης. Δεν είναι περίεργο το γεγονός ότι τέτοιου είδους 'θεραπευτικές' χρήσεις εξακολουθούν να κατέχουν σημαντική θέση στη Σκανδιναβία, όπου η κατανάλωση οινοπνεύματος ελέγχεται μέσω του Κρατικού Μονοπωλίου. Στις χώρες αυτές η προμήθεια οινοπνευματωδών ποτών, με τη μορφή φαρμάκου είναι ιδιαίτερα επιθυμητή και ευχάριστη, επειδή τα κανονικά ποτά του εμπορίου είναι πολύ ακριβά.( Μαρσέλος Μ., 1986).

## 1.1. Εξαρτησιογόνες Ψυχοτρόπες Ουσίες

Ο άνθρωπος χρησιμοποιεί φάρμακα, κυρίως για θεραπευτικούς σκοπούς, για την ανακούφιση του πόνου και για τον ύπνο όταν έχει αϋπνίες. Σήμερα η χρήση τους γίνεται και γι' άλλους σκοπούς, ανάλογα με τις επιδιώξεις του καθενός όπως: α. χαλάρωση από το καθημερινό άγχος β. διέγερση από την ανία και γ. δημιουργία αγνώστων εμπειριών (παραισθήσεων). Τα διάφορα ψυχοφάρμακα επενεργούν στο νευρικό σύστημα και δημιουργούν την ανάλογη αίσθηση που θέλουμε να βιώσουμε και να γίνουμε πιο ευτυχισμένοι. (Αναστασίου Π., 1989).

Η υποκειμενική αίσθηση οποιασδήποτε εμπειρίας εξαρτάται από τη λειτουργία του νευρικού συστήματος. Ο ρυθμός και η ταχύτητα με την οποία αισθητικά ερεθίσματα εισάγονται και επεξεργάζονται στον εγκέφαλο προσδίδουν το χρώμα και την ποιότητα των σκέψεων και των αισθημάτων, που αποτελούν τον προσωπικό μας κόσμο. Τα φάρμακα, ναρκωτικά-κατευναστικά, διεγερτικά-τονωτικά και παραισθησιογόνα, αποτελούν ένα άμεσο τρόπο επιτάχυνσης ή ελάττωσης των λειτουργιών των νευρώνων. Η επιτάχυνση των νευρώνων παράγει περισσότερη νευροδιαβιβαστική ουσία στις συνάψεις και αυτό όλα τα όργανα του σώματος να επιταχύνουν το ρυθμό τους. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα ενεργοποιείται πιο εντατικά. Αντίθετα, τα κατευναστικά φράζουν τις συνάψεις μερικώς και δεν επιτρέπουν τη διέλευση σημάτων σε γρήγορο ρυθμό, ώστε η ταχύτητα των λειτουργιών των νευρώνων να ελαττώνεται και να συμπαρασύρεται όλο τον οργανισμό. Έτσι δίνεται η ευκαιρία στο παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα να λειτουργήσει με περισσότερη ευκολία. (Αναστασίου Π., 1989).

Η επιπλέον ενέργεια που εξαπολύεται στον οργανισμό σαν αδρεναλίνη-нораδρεναλίνη, όταν δε χρησιμοποιείται, συσσωρεύεται και αυξάνει την πίεση του αίματος, σταματά την πέψη, επιταχύνει τους παλμούς της καρδιάς και μεταφράζεται σε άγχος που κυνηγά πολλούς ανθρώπους συνέχεια.

Ο οργανισμός μας έχει την ικανότητα να παράγει όλες τις χημικές ουσίες που χρειάζεται για να λύσει τα προβλήματα που παρουσιάζονται. Επειδή όμως η ζωή μας έχει γίνει πολύ πιο δύσκολη, εξαιτίας της καταναλωτικής κοινωνίας που ζούμε, γιατί μας δημιουργεί περισσότερες

απαιτήσεις και ανάγκης απόκτησης αγαθών, μας δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα όταν αδυνατούμε να ικανοποιήσουμε αυτές τις τεχνητές ανάγκες. Για να υπερπηδήσουμε τις δυσκολίες μας, αναζητούμε μια λύση στα φάρμακα. Με τα φάρμακα επιταχύνουμε (συμπαθητικό) ή ελαττώνουμε (παρασυμπαθητικό) τη δραστηριότητα του νευρικού μας συστήματος. Σε μικρές δόσεις τα φάρμακα μας βοηθούν να αισθανθούμε προσωρινά καλύτερα. Σε μεγάλες δόσεις είναι επικίνδυνα και δε μας προσφέρουν καμιά λύση. (Αναστασίου Π., 1989).

Υπάρχουν τριών ειδών φάρμακα (χημικές ουσίες) που χρησιμοποιούνται: α. *κατευναστικά, παυσίπονα, χαλαρωτικά* β. *διεγερτικά* γ. *παραισθησιογόνα*. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν το οινόπνευμα, τα βαρβιτουρικά, οι κωδεΐνες, η ηρωίνη και η μορφίνη. Όλα μπορούν να οδηγήσουν τον οργανισμό σε εξάρτηση, δηλαδή να του γίνουν αναγκαία και να μην μπορεί να κάνει χωρίς αυτά. Σαν αντάλλαγμα του προσφέρουν εξαφάνιση της έντασης και του δημιουργούν ένα αίσθημα ευφορίας, ευεξίας και «ευτυχίας» για 4 ώρες περίπου με μια κανονική δόση. (Αναστασίου Π., 1989).

Το *οινόπνευμα* δρα σαν ανασταλτική ουσία της νευρικής δραστηριότητας. Μεγάλες δόσεις οδηγούν σε σοβαρή δυσκινησία ή και παράλυση. Κυκλοφορεί γρήγορα στον οργανισμό και φθάνει στα κέντρα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνα για την αναστολή έντονων κοινωνικών εκδηλώσεων. Γενικά όλες οι λειτουργίες του νευρικού συστήματος γίνονται σιγανές αλλά κυρίως της όρασης και της ακοής. Η ικανότητα για καθαρή σκέψη μειώνεται. Ο αλκοολικός δεν μπορεί να επεξεργαστεί αρκετά γρήγορα τα εισερχόμενα ερεθίσματα και να αντιδράσει κατάλληλα. Δημιουργεί προβλήματα με το αυτοκίνητο που καταλήγουν σε δυστυχήματα. Οι εξαρτημένοι από το οινόπνευμα έχουν ανάγκη από βιταμίνες «β» γιατί ο οργανισμός δεν μπορεί να τις απορροφήσει. Όταν αυτό συνεχίζεται προκαλείται βλάβη στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να μη συγκρατεί τίποτα στη μνήμη του. Λίγο οινόπνευμα δε βλάπτει, αντιθέτως ωφελεί. Αλλά το πολύ οινόπνευμα, προκαλεί βλάβη στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Ο συνδυασμός οινόπνευματος και βαρβιτουρικών επενεργεί με γεωμετρική πρόοδο και όχι αριθμητικά, δηλαδή τετραπλασιάζει την επίδραση, δεν την διπλασιάζει.



Γι' αυτό χρειάζεται προσοχή στα ηρεμιστικά και το οινόπνευμα. (Αναστασίου Π., 1989).

Το χασίς ή Ινδική κάνναβις ή μαριχουάνα, θεωρείται το λιγότερο επικίνδυνο και το πιο διαδεδομένο ναρκωτικό. Ενεργεί με τον ίδιο τρόπο όπως και το οινόπνευμα και έχει περίπου τα ίδια αποτελέσματα. Σε ορισμένα άτομα η αισθητική και αντιληπτική ικανότητα οξύνεται σε τέτοιο βαθμό, ώστε φαίνονται υπερκόσμιες, πολύ πιο έντονες, απολαυστικές και μεγαλύτερης διάρκειας από το συνηθισμένο. Το βέβαιο είναι ότι το χασίς περιέχει 50% περισσότερο καρκινογόνο υδρογονάνθρακα απ' ό,τι ο καπνός. Έχει παρατηρηθεί προσωρινή ελάττωση του αμυντικού συστήματος του οργανισμού σε πολλές μεταδοτικές ασθένειες. (Αναστασίου Π., 1989).

Η *μορφίνη* (Μορφέας= θεός του ύπνου) παράγεται από το όπιο και από τη μορφίνη η πολύ δραστική ηρωίνη. Χρησιμοποιείται στην ιατρική για την καταπολέμηση δυσβάσταχτου πόνου (δυστύχημα ή καρκίνος). Ο χρήστης μετά από τη δόση αισθάνεται απόλαυση και αδιαφορεί για τον πόνο. Ο οργανισμός συνήθως παθαίνει εξάρτηση και χρειάζεται τακτικές δόσεις. Τα προϊόντα αυτά είναι πανάκριβα και το περιεχόμενο τους δεν υπερβαίνει το 2%. Οι έμποροι ναρκωτικών το αναμειγνύουν με διάφορες άλλες ουσίες και η λήψη γίνεται με ενδοφλέβια ένεση. Έτσι ώστε πολύ πεθαίνουν από αντίδραση του οργανισμού στη νόθευση. (Αναστασίου Π., 1989).

Μερικά κέντρα του εγκεφάλου μας παράγουν τα δικά μας ναρκωτικά. Ειδικά μια χημική ουσία που ανήκει στην οικογένεια των πεπτιδίων και λέγεται ενδορφίνη και κάνει την ίδια εργασία με τα οπιοειδή. Τα πεπτίδια ρυθμίζουν τον πόνο, τη σεξουαλική ορμή, τη δίψα και την πείνα.

Συνεχίζει ο Αναστασίου Π. (1989) και μας αναφέρει ότι στην κατηγορία των τονωτικών-διεγερτικών ουσιών ανήκουν η κοκαΐνη, η αμφεταμίνη και σε μικρότερο βαθμό η καφεΐνη και η νικοτίνη. Επενεργούν στο Κ.Ν.Σ. Το υποκειμενικό αίσθημα που δημιουργείται είναι μια ευδιαθεσία, ευφορία, ευεξία, ώστε η εργασία του ατόμου να γίνεται πολύ πιο εύκολα και άνετα χωρίς καμιά ανησυχία ή άγχος. Όταν περάσει η επίδραση τους, το άτομο αισθάνεται εξουθενωμένο, εξαντλημένο και ανήσυχος. Παρατεταμένη χρήση οδηγεί σε πιο σοβαρά συμπτώματα όταν παρέρχεται η επίδραση. Με τα διεγερτικά-τονωτικά, όπως και με τα πιο πολλά φάρμακα, είναι ότι χρειάζονται συνεχώς

κάποιες μεγαλύτερες δόσεις για να πετύχουν τα αρχικά αποτελέσματα. Αυτό συμβαίνει γιατί ο οργανισμός εθίζεται στο φάρμακο.

Στα παραισθησιογόνα ανήκουν το L.S.D., η μεσκαλίνη, η ψιλοκυβίνη (από μανιτάρια), ο μανδραγόρας, η μπελαντόνα και η δαιμοναριά (υοσκύαμος ο μελάς). Πως ακριβώς επενεργούν στον εγκέφαλο είναι άγνωστο, αλλά φαίνεται ότι μιμούνται μερικές νευροδιαβιβαστικές ουσίες όπως η στεροτονίνη που παράγεται μέσα στον εγκέφαλο.

Η εξήγηση των τόσων διαφορετικών εμπειριών οφείλεται σε καθαρά ψυχολογικούς λόγους. Οι προηγούμενες εμπειρίες, η διάθεση, οι προσδοκίες από τη λήψη του φαρμάκου, η κοινωνική κατάσταση της στιγμής, ποιοι άλλοι είναι παρόντες και πως συμπεριφέρονται, επηρεάζουν τα υποκειμενικά αισθήματα που θα δημιουργηθούν. (Αναστασίου Π., 1989).

Ο Μαρσέλος Μ. (1997) ο οποίος και αυτός ασχολήθηκε με τις εξαρτησιογόνες ουσίες υποστηρίζει ότι η κατάχρηση ενός φαρμάκου και η συνακόλουθη εξάρτηση από αυτό καθορίζονται κατά πολύ από τις ιδιότητες του. Αυτό το γεγονός δεν παρερμηνεύεται και υφίσταται πάντοτε η έννοια του διπλού άτομο-φάρμακο, που πρέπει να εξετάζεται μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο.

Ωστόσο, οφείλει να παραδεχθεί κανείς τις σαφείς διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις γενικότερες κατηγορίες ψυχοτρόπων ουσιών. Πέρα από τον τύπο της εξάρτησης, διαφορές παρατηρούνται και όσον αφορά την τοξικότητα, οξεία ή χρόνια, ακόμη και με την έννοια των κοινωνικών επιπτώσεων που μπορεί να έχει η χρήση και η κατάχρηση της ουσίας. Η θεώρηση μιας ψυχοτρόπου ουσίας δεν είναι ποτέ αυστηρά φαρμακολογική, επειδή συνυπάρχει η γενικότερη κοινωνική στάση απέναντι στη συγκεκριμένη ουσία, η οποία καμιά φορά είναι από μόνη της καθοριστική για τον κοινωνικό εξοστρακισμό και τον ψυχολογικό αφανισμό του ατόμου, δηλαδή είναι καταστροφικότερη από τις φαρμακολογικές και τις τυχόν τοξικές ιδιότητες της ψυχοτρόπου ουσίας. (Μαρσέλος Μ., 1997).

Οι ουσίες που γίνονται αντικείμενο κατάχρησης ασκούν κάποια ευχάριστη επίδραση στην ψυχική σφαίρα, γεγονός που οδηγεί και στην τάση για επαναληπτική χρήση. η βασική αυτή ιδιότητα των ψυχοτρόπων ουσιών, αν και δεν αρκεί από μόνη της για την εγκατάσταση εξάρτησης, αποτελεί κοινό γνώρισμα για όλες τις ουσίες που συγκαταλέγονται υπό το γενικό όρο

ναρκωτικά. Τα φάρμακα τα οποία θα αναλύσουμε παρακάτω χαρακτηρίζονται από έντονη αυτοενίσχυση της χρήσης τους. Αυτό εξηγείται από την γενικώς ευχάριστη ψυχική κατάσταση που προκαλούν, σε όλους σχεδόν τους καταναλωτές. (Μαρσέλος Μ., 1997).

Η αυτοενίσχυση της λήψης ενός φαρμάκου και η τάση για επαναληπτική χρήση και κατάχρηση έχουν παρατηρηθεί. Όπως επίσης, έρευνες έχουν οδηγήσει σε κάποια επιπόλαιη κατάταξη των εξαρτησιογόνων ιδιοτήτων διαφόρων ουσιών και στην υπερεκτίμηση της έννοιας του χημικού προκαθορισμού.

Απόηχος αυτή της νοοτροπίας είναι οι κατά καιρούς παρουσιαζόμενες κατατάξεις των ψυχοτρόπων ουσιών σε πολλές ομάδες, με απλό κριτήριο τον τύπο της εξάρτησης σε πειραματικές συνθήκες. Έτσι ακούγονται συχνά οι φράσεις «εξάρτηση τύπου αλκοόλ», «τύπου αμφεταμινών». Τα άτομα που κάνουν χρήση κάποιων συγκεκριμένων ουσιών παρουσιάζουν κοινά στοιχεία συμπεριφοράς κατά τη λήψη του φαρμάκου. Ωστόσο, ο κατακερματισμός του συνόλου των ψυχοτρόπων ουσιών σε υποκατηγορίες λεπτών αποχρώσεων συμπεριφοράς δεν προσφέρει τίποτα στην κατανόηση του όλου φαινομένου της κατάχρησης από τον άνθρωπο. Χαρακτηριστική συνέπεια τέτοιου είδους διαχωρισμών είναι η διάκριση των ναρκωτικών στα καλούμενα «σκληρά» και «μαλακά» που δεν έχει καμία θέση όχι μόνο από φαρμακολογική αλλά και από κοινωνιολογική σκοπιά. Από την άλλη μεριά, το να χαρακτηρίσουμε ορισμένες ουσίες περισσότερο επικίνδυνες από άλλες, ξεχνώντας τον ατομικό παράγοντα και το κοινωνικό περιβάλλον, είναι τουλάχιστον αφελές.

Όλα τα ψυχοτρόπα φάρμακα είναι δυνητικώς επικίνδυνα και εξαρτησιογόνα, εάν συνυπάρχουν ένα πλήθος άλλων μεταβλητών. Σημαντικό ρόλο παίζουν η δόση στην οποία χρησιμοποιούνται, η συχνότητα που λαμβάνονται, η οδός από την οποία λαμβάνονται η παράλληλη χρήση άλλων φαρμάκων, οι προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου μ' αυτό το συγκεκριμένο ή με άλλα φάρμακα, η προσωπικότητα του ατόμου, η συγκεκριμένη ατομική συγκυρία, καθώς και το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση. (Μαρσέλος Μ., 1997).

Η κατάταξη των ψυχοτρόπων ουσιών είναι δυνατόν να γίνει με οδηγία σημεία την ένταση της ψυχολογικής εξάρτησης, την εγκατάσταση ή όχι φυσικής εξάρτησης, καθώς και την εμφάνιση ή όχι αντοχής.

Με βάση τα κριτήρια αυτά, τα εξαρτησιογόνα φάρμακα κατατάσσονται στις ακόλουθες ομάδες:

### 1. Οπιούχα ή Οπιοειδή (Ναρκωτικά Αναλγητικά)

Στην ομάδα αυτή ανάγεται ο συλλογικός όρος ναρκωτικά που ισχύει για όλες τις ψυχοτρόπες ουσίες. Ο όρος αυτός σήμαινε αρχικά μόνο τα ναρκωτικά αναλγητικά, αλλά αργότερα θεωρήθηκε ταυτόσημος με όλα τα εξαρτησιογόνα ψυχοτρόπα φάρμακα.

Αρκετά ναρκωτικά αναλγητικά έχουν ευρεία θεραπευτική εφαρμογή και θεωρούνται αναντικατάστατα. Να αναφέρουμε την χρησιμότητα της μορφίνης ως αναλγητικού σε καρκινοπαθείς ή στην αντιμετώπιση πνευμονικού οιδήματος.

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα ακόλουθα φάρμακα:

#### ΦΥΣΙΚΑ ΟΠΙΟΥΧΑ

Μορφίνη  
Κωδεΐνη

#### ΗΜΙΣΥΝΘΕΤΙΚΑ ΟΠΙΟΥΧΑ

Ηρωΐνη  
Διυδρομορφινόνη

#### ΣΥΝΘΕΤΙΚΑ ΟΠΙΟΥΧΑ

Πεθιδίνη  
Πενταζοκίνη  
Προποξυφαΐνη  
Λεβαλλορφάνη  
Μεθαδόνη

#### ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΟΠΙΟΥΧΩΝ

Ναλορφίνη  
Ναλοξόνη  
Ναλτρεξόνη

Τα ναρκωτικά αναλγητικά προκαλούν πολύ ισχυρή ψυχολογική και φυσική εξάρτηση, που εγκαθίστανται ταχύτατα, δηλαδή σε διάστημα λίγων ημερών. Επίσης εμφανίζουν έντονη αντοχή, που είναι πλήρης, με την έννοια ότι αφορά πολλές ενέργειες, τόσο ανεπιθύμητες όσο και επιθυμητές. Η εγκατάσταση αντοχής επιβάλλει τη συνεχή αύξηση της δόσης, που μπορεί να γίνει τελικώς πολλαπλάσια από την αρχική. Αποτέλεσμα της αντοχής είναι και η εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων, που διαρκούν επί αρκετές ημέρες κατά τρόπο ιδιαίτερα έντονο και δυσάρεστο. Τα συμπτώματα αυτά σπανίως καταλήγουν στον θάνατο, αντίθετα με την αντίληψη που γενικά έχει

επικρατήσει στη λογοτεχνία και στον κινηματογράφο, όπου ο μορφινομανής συνήθως «πεθαίνει μέσα στη λαίλαπα του συνδρόμου στέρησης».(Μαρσέλος Μ., 1997).

## *2. Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος*

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν πολλά φάρμακα ετερόκλητης χημική δομής, αλλά με κοινή ιδιότητα την ισχυρή καταστολή του ΚΝΣ, δηλαδή την ικανότητα να περιορίζουν το επίπεδο λειτουργίας των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Τα φάρμακα αυτά δεν έχουν μία συγκεκριμένη ένδειξη όπως συμβαίνει με την προηγούμενη ομάδα, αλλά χρησιμοποιούνται για ποικίλους θεραπευτικούς σκοπούς. Εξαίρεση στην κατηγορία αυτή αποτελεί το οινόπνευμα (αιθανόλη, αιθυλική αλκοόλη, αλκοόλ), που είναι φάρμακο με ευρύτατη λαϊκή κατανάλωση. Το οινόπνευμα έχει τόσο πολύ υπεισέλθει στην κοινωνική μας ζωή, ώστε σπάνια συνειδητοποιεί κανείς ότι πρόκειται για φάρμακο, και ακόμη σπανιότερα ότι πρόκειται για ισχυρό εξαρτησιογόνο. (Μαρσέλος Μ., 1997).

Στα φάρμακα αυτής τη κατηγορίας αναπτύσσεται ψυχολογική εξάρτηση, φυσική εξάρτηση και ανοχή, αλλά τα φαινόμενα αυτά έχουν το χαρακτηριστικό γνώρισμα της πολύς βραδείας εγκατάστασης. Όπως στην προηγούμενη κατηγορία, η ανοχή είναι διασταυρούμενη για όλα τα μέλη αυτής της ομάδας. Η απότομη διακοπή των κατασταλτικών φαρμάκων, μετά από μακροχρόνια χρήση, ακολουθείται από εντονότατο σύνδρομο στέρησης, που συχνά οδηγεί στο θάνατο με επιληπτοειδείς σπασμούς και μεγάλη πτώση της αρτηριακής πίεσης.

Ο Μαρσέλος Μ. (1997), συνεχίζει ότι η ταχύτητα εμφάνισης και η διάρκεια του συνδρόμου στέρησης εξαρτώνται κυρίως από τις ιδιότητες της ουσίας η οποία χρησιμοποιείται. Για παράδειγμα, με τα βαρβιτουρικά βραχείας δράσης και με την αιθανόλη παρουσιάζονται συνήθως στερητικά συμπτώματα μέσα σε λίγες ώρες μετά τη διακοπή. Αντίθετα, η διακοπή της διαζεπάμης μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματική για μία με δύο ημέρες, επειδή το φάρμακο αυτό απεκκρίνεται βραδύτατα από τον οργανισμό και έχει δραστικούς μεταβολίτες.

Τα κυριότερα κατασταλτικά φάρμακα είναι τα ακόλουθα:

Αιθυλική αλκοόλη  
 Βενζοδιαζεπίνες (Διαζεπάμη, Χλωροδιαζεποξείδη)  
 Βαρβιτουρικά (Πεντοβαρβιτάλη, Φαινοβαρβιτάλη)  
 Μεπροβαμάτη  
 Γλουτεθιμίδη  
 Μεθακαλόνη  
 Εισπνεόμενα (Αιθέρας, Βενζινόκολλες, Χλωριούχο Αιθύλιο)

Πίνακας 1:Χαρακτηριστικές ιδιότητες των κυριότερων εξαρτησιογόνων ψυχοτρόπων ουσιών

Ουσίες	Ψυχολογική εξάρτηση	Φυσική εξάρτηση	Σύνδρομο στέρησης	Αντοχή
1. Οπιούχα	Πολλή ισχυρή. Αναπτύσσεται γρήγορα.	Ισχυρή και πρώιμη. Επιταχύνεται με την αύξηση των δόσεων.	Δριμύ. Σπανίως οδηγεί στο θάνατο.	Σημαντική. Διασταυρούμενη.
2. Κατασταλτικά	Ισχυρή. Αναπτύσσεται αργά.	Ισχυρή. Αναπτύσσεται αργά.	Δριμύτατο. Συχνά οδηγεί στο θάνατο.	Ατελής. Διασταυρούμενη.
3. Ψυχοδιεγερτικά: Αμφεταμίνες, Κοκαΐνη, Καφεΐνη.	Ισχυρή Ισχυρή Ισχυρή	Αμφισβητούμενη Όχι Αμφισβητούμενη	Αμφισβητούμενο Όχι Αμφισβητούμενο	Ατελής Διασταυρούμενη Όχι Ασήμαντη
4. Άλλα εξαρτησιογόνα: Νικοτίνη, Κανναβινοειδή, Ψευδαισθησιογόνα (LSD) Πτητικά.	Ισχυρή Μέτρια Ισχυρή Ισχυρή	Αμφισβητούμενη Όχι Όχι Όχι	Αμφισβητούμενο Όχι Όχι Όχι	Ατελής Αμφισβητούμενη Μέτρια Μέτρια

(Μαρσέλος Μ., 1997).

### 3. Ψυχοδιεγερτικά

Στην κατηγορία αυτή, σύμφωνα με τον Μαρσέλο Μ. (1997), ανήκουν οι ουσίες οι οποίες προκαλούν αίσθημα φαινομενικής ευεξίας και διαύγειας. Η ισχύς των φαρμάκων αυτών ποικίλλει από πολύ ασθενής, όπως στην περίπτωση της καφεΐνης, έως πολύ έντονη, όπως στην περίπτωση της

αμφεταμίνης. Επίσης ποικίλλουν οι αντιδράσεις στα φάρμακα αυτά από τοξικολογική άποψη, δεδομένου ότι οι αμφεταμίνες είναι δυνατόν να προκαλέσουν ακόμη και τοξική ψύχωση, φαινόμενο που δεν παρατηρείται στην περίπτωση της καφεΐνης.

Τα περισσότερα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα εγκαθιστούν εντονότατη ψυχολογική εξάρτηση, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα την κοκαΐνη, η οποία οδηγεί στην καλούμενη κοκαϊνομανία. Ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης, διαμορφώνεται και η εικόνα της χρήσης ή κατάχρησης των ψυχοδιεγερτικών.

Ως ψυχοδιεγερτικά ταξινομούνται τα ακόλουθα φάρμακα:

Κοκαΐνη

Αμφεταμίνες (Αμφεταμίνη, Ν-Μεθυλαμφεταμίνη)

Μεθυλοξανθίες (Καφεΐνη και Θεοφυλλίνη)

#### *4. Άλλα Ψυχοδιεγερτικά Φάρμακα*

Η κατηγορία αυτή αποτελεί μία ανομοιογενή συνάθροιση ουσιών, οι οποίες έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την ψυχολογική εξάρτηση χωρίς την παράλληλη εγκατάσταση φυσικής εξάρτησης. Ακόμη και σε περίπτωση απότομης διακοπής της λήψης τους, οι ουσίες αυτές δεν παρουσιάζουν ευδιάκριτα στερητικά συμπτώματα. Κατά τα άλλα, διαφέρουν σημαντικά ως προς τη χημική τους δομή, το μηχανισμό δράσης και το ποιόν των συμπτωμάτων. (Μαρσέλος Μ., 1997).

Για παράδειγμα, παρατηρούνται απλά συγχυτικά φαινόμενα, όπως συμβαίνει με συνήθεις δόσεις αντιχολινεργικών, μέχρι συμπτώματα τοξικής ψύχωσης, όπως συμβαίνει με το LSD και άλλα ψυχωσεομιμητικά φάρμακα. Κατ' αναλογία, διαφορετική είναι και η τοξικολογία αυτών των ουσιών, η οποία σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζει σχετικώς ήπια συμπτωματολογία, ενώ σε άλλες προεξάρχουν βαριά συμπτώματα που μπορούν να καταλήξουν ακόμη και στο θάνατο. (Μαρσέλος Μ., 1997).

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι εξής ουσίες:

Νικοτίνη (Καπνός)

Κανναβινοειδή (Χασίς ή Μαριχουάνα)

Ψυχωσεομιμητικά ή Ψευδαισθησιογόνα (LSD, Μεσκαλίνη, Ψιλοκυβίνη )

Αντιχολινεργικά (Ατρπίνη, Σκοπολαμίνη)

Από τα φάρμακα αυτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ψυχωσεομιμητικά του τύπου του LSD, επειδή αναπτύσσουν μέτριου βαθμού αντοχή που δεν συνοδεύεται από φυσική εξάρτηση, δηλαδή από σύνδρομο στέρησης, σε περίπτωση διακοπής του φαρμάκου. Επίσης, μεγάλο ενδιαφέρον έχει αυτή η κατηγορία επειδή περιλαμβάνει φάρμακα με γενικευμένη χρήση, όπως η νικοτίνη ή με τάση για εξάπλωση της χρήσης όπως τα κανναβινοειδή.

Πολλά φυτά παρουσιάζουν εθνοφαρμακολογικό ενδιαφέρον, με την έννοια ότι χρησιμοποιούνται σε πολλά μέρη του κόσμου με παραδοσιακό τρόπο, συνήθως στα πλαίσια θρησκευτικών τελετουργιών.

Μια συνοπτικά σύγκριση των ιδιοτήτων των ψυχοτρόπων ουσιών και των τεσσάρων ομάδων στον πίνακα 2 (Μαρσέλος Μ., 1997).

Ο Λιάππας Ι. (1992) δίνει μια διαφορετική κατηγοριοποίηση των διαφόρων εθιστικών ουσιών. Είναι ο παρακάτω Πίνακας 2:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΟΥΣΙΑΣ	ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ
1.ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	Οινόπνευμα Βαρβιτουρικά Βενζοδιαζεπίνες Ουσίες του τύπου της χλωράλης Βρομιούχα Παραλδεύδη Μετροβαμάτη Γλουταμιμίδη Αντισταμινικά Μεθακαλόνη
2. ΟΠΙΟΕΙΔΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ	Μορφίνη Ηρωίνη Κωδεΐνη Πεθιδίνη Παπαβερίνη Μεθαδόνη
3. ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΜΙΜΗΤΙΚΕΣ ή ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ του ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	Αμφεταμίνη Μεθυλφαινιδίνη Κοκαΐνη
4. ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΙΝΔΙΚΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ	Μαριχουάνα Χασίς
5. ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΕΣ	L.S.D.



ή ΨΥΧΩΣΙΟΜΙΜΗΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	Ψιλοχυμβίνη Φαινσυκλιδίνη (P.C.P.)
6. ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΕΣ- ΠΤΗΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	Αεροζόλ Κόλλες Διαλύτες χρωμάτων
7. ΑΛΛΕΣ, ΜΗ ΚΑΤΗΓΟ- ΡΙΟΠΟΙΟΥΜΕΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	Ατροπινούχα και ατροπινικής δράσης σκευάσματα.

## 1.2. Προέλευση αιθυλικής αλκοόλης

Η αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη ή κοινώς οινόπνευμα είναι υγρό, άχρωμο, με χαρακτηριστική οσμή και γεύση διαλυόμενο εύκολα στο νερό. Παράγεται κατά τη ζύμωση της γλυκόζης ή άλλων σακχάρων, με την παρουσία σακχαρομυκητών. Υπόστρωμα για τη ζύμωση αποτελούν ορισμένα φυσικά προϊόντα, όπως τα σταφύλια, το άμυλο των δημητριακών, τα σάκχαρα των σακχαροκαλάμων. (Μαρσέλος Μ., 1986 )

Το οινόπνευμα που αποστάζεται με τη ζύμωση αυτών των προϊόντων, φτάνει συνήθως σε μέγιστη καθαρότητα 95%. Για την επίτευξη 100% καθαρού οينوπνεύματος απαιτείται η χημική επεξεργασία με ειδικές υγροσκοπικές ενώσεις, οι οποίες δεν στερούνται τοξικότητας. (Μαρσέλος Μ., 1986 )

Η συγκέντρωση του οينوπνεύματος στα διάφορα ποτά που προέρχονται από τη ζύμωση της γλυκόζης, εκφράζεται σε περιεκτικότητα % κατ' όγκο (% v/v) ενώ ο όρος proof χρησιμοποιείται για να εκφραστεί η συγκέντρωση της αλκοόλης στα ποτά που παράγονται με απόσταξη. Στις Η.Π.Α. ένας βαθμός proof ισούται με τη διπλάσια κατ' όγκο (%) συγκέντρωση οينوπνεύματος. (Σπηλιοπούλου Χ. 1995)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3**  
**Περιεκτικότητα σε αιθυλική αλκοόλη διαφόρων ποτών**

Είδος οινοπνεύματος ποτού	Περιεκτικότητα σε αιθυλική αλκοόλη (%)
Μπύρα Ελληνική	4-6
Μπύρα Αγγλική	7-8
Μπύρα Γερμανική	3-5
Κρασί Ρετσίνα	12-14
Κρασί αρετσίνωτο	11-16
Κρασί ελληνικό γλυκό	11-17
Κρασί Ρήνου και Μαζέλα	8-10
Κρασί Bordeaux	9-10
Κρασί Πορτό	15-23
Καμπανίτης	10-12
Μαυροδάφνη	15-17
Ούζο και τσίπουρο	35-48
Μαστίχα	35-48
Ελληνικό κονιάκ	40-48
Whiskey, Brandy, rum, gin, vodca	50

Η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών είναι γενικώς κοινωνικά αποδεκτή συνήθεια. Αν και υπάρχει ασάφεια στη διάκριση του κοινωνικά αποδεκτού πότη και του αλκοολικού, εν τούτοις παρά την απλούστευση, είναι δυνατή η ταξινόμηση τους σε 4-5 κατηγορίες:

- α. Σε όσους δεν πίνουν.
- β. Στους κοινωνικούς πότες.
- γ. Στους περιστασιακά υπερβολικούς πότες.
- δ. Στους προοδευτικά υπερβολικούς πότες.
- ε. Στους χρόνιους αλκοολικούς. (Σκεπάρνη Φ. 1999)

Η ευρεία της κατανάλωση στη Φαρμακοβιομηχανία και η μεγάλη της διάδοση με τη μορφή ποικίλων σκευασμάτων, όπως και οινοπνευματωδών ποτών, οφείλεται στο γεγονός ότι το οινόπνευμα είναι αφ' ενός υδροδιαλυτό και αφ' ετέρου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οργανικός διαλύτης λιποδιαλυτών ενώσεων. (Μαρσέλος Μ., 1986.)

### 1.3. Φαρμακολογική δράση της αιθυλικής αλκοόλης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Η αιθυλική αλκοόλη είναι κατασταλτικό συνεχούς δράσεως στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.). τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά από κατανάλωση ποσού που αντιστοιχεί σε δύο μπουκάλια μπύρας ή σε δύο δυνατά ποτά, επειδή η κατανάλωση αυτή οδηγεί σε δημιουργία επιπέδου περίπου 0,5%. Τα επίπεδα αυτά θεωρούνται οριακά, επειδή ισοδυναμούν με την έναρξη των νευρολογικών συμπτωμάτων. Για το λόγο αυτό, στις περισσότερες χώρες απαγορεύεται η οδήγηση ή ο χειρισμός επικίνδυνων μηχανημάτων με επίπεδα οιοπνεύματος μεγαλύτερα από το όριο αυτό. (Μαρσέλος Μ. 1986)

Οι φαινομενικές διεγερτικές της αιθυλικής αλκοόλης ιδιότητες, οφείλονται στην εκλεκτική αναστολή του κατασταλτικού ελέγχου των ανώτερων κέντρων του εγκεφάλου. Ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η αλκοόλη, όπως και τα γενικά αναισθητικά, εκδηλώνει τις πρώτες ενέργειες της σε ορισμένες θέσεις του φλοιού και ιδιαίτερα, στις ενδοθηλιακές πολυσυναπτικές περιοχές που ρυθμίζουν την καταστολή, γεγονός που εξηγεί και την αρχική διέγερση. Η αλκοόλη δεν προάγει την πνευματικότητα ούτε αυξάνει τις φυσικές ικανότητες του ατόμου (Σκεπάρνη Φ., 1999)

Οι πρώτες διανοητικές διεργασίες που επηρεάζονται είναι η εξαρτημένη συμπεριφορά. Η μνήμη, η ικανότητα συγκέντρωσης και η ομιλία αλλοιώνονται σε βαθμό ανάλογο της δόσης. Προκαλείται μια βαθμιαία άμβλυνση των αντιδράσεων και άρση των αναστολών. Αυτή έχει σαν αποτέλεσμα την απελευθέρωση της έκφρασης και της δράσης χωρίς πραγματικά να αυξάνει αυτές τις ικανότητες. Παρατηρείται μείωση του αυτοελέγχου, της εγκράτειας, της κριτικής ικανότητας, της αντίληψης του κινδύνου και της διενέργειας χειρισμών. Αυξάνει η αυτοπεποίθηση, η ζωηρότητα και παρατηρούνται ανεξέλεγκτες αλλαγές, αλλαγές της διάθεσης. Η ίδια δόση αλκοόλης είναι δυνατόν να έχει διαφορετικό αποτέλεσμα (βιολογική ποικιλομορφία αντίδρασης), όχι μόνο στα διαφορετικά άτομα (εθισμένο, μη εθισμένο άτομο), αλλά και στο ίδιο άτομο κάτω από διαφορετικές συνθήκες (υπεισέρχονται παράγοντες γενετικοί και

περιβαλλοντικοί). Ανάλογα με το ποσοστό συγκέντρωσης αλκοόλης στο αίμα (blood alcohol concentration, BAC), τα άτομα παρουσιάζουν γενικώς τα κλινικά συμπτώματα που φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί:

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Επίπεδα αλκοόλης σε mg/100ml	Κλινική Εικόνα
0-20	<b>Φυσιολογική Εικόνα</b> Νηφαλιότητα, ευδιαθεσία, ομιλητικότητα
20-50	<b>Ευφορία</b> , κοινωνικότητα, αύξηση αυτοπεποίθησης, άρση των αναστολών, απώλεια της μετριοπάθειας, μείωση της απόδοσης των αισθητηρίων οργάνων, της προσοχής, της αυτοσυγκέντρωσης και του συντονισμού των ενεργειών.
50-100	<b>Μέθη:</b> Διέγερση, συναισθηματική αστάθεια, απώλεια μνήμης και κρίσης, ελάττωση του μυϊκού συντονισμού, αύξηση του χρόνου αντίδρασης, μείωση της αίσθησης του πόνου, απώλεια της ισορροπίας στο βάδισμα και της άρθρωσης του ορθού λόγου. Σημείωση: παρά το γεγονός ότι τα επιτρεπτά όρια οδήγησης στα διάφορα κράτη κυμαίνονται από 80-100mg/100ml αίματος, ακόμη και στο ήμισυ αυτής της συγκέντρωσης παρατηρείται μείωση τουλάχιστον των οπτικών ικανοτήτων του οδηγού.
160-250	Συναισθηματική ένταση, θυμός, λύπη, βία, αποπροσανατολισμός, διανοητική σύγχυση.
250-400	Απάθεια, αδράνεια, συμπτώματα παράλυσης, βαθιά μείωση αντανακλαστικών, ανικανότητα στο βάδισμα ή διατήρηση της όρθιας στάσης, εμετός, απώλεια ελέγχου συγκράτησης ούρων και κοπράνων, ύπνος βαθύς.
>400	<b>Κώμα</b> Απώλεια των αισθήσεων, αναισθησία, κώμα, πλήρης καταστολή των αντανακλαστικών, πλήρης ακράτεια ούρων και κοπράνων. Μείωση της θερμοκρασίας, καρδιαγγειακή και

	αναπνευστική παράλυση και θάνατος. Η αιθυλική αλκοόλη προκαλεί αύξηση του ουδού του πόνου.
--	--

(Goth, Θεοχαρίδης, Harvey, Trounce, Goodman and Gilman's, Μαρσέλος)

#### 1.4 Αλκοολισμός- Φαρμακοκινητική της αλκοόλης

##### Γενικά

Ο αλκοολισμός μπορεί να θεωρηθεί εξελισσόμενη ασθένεια που χαρακτηρίζεται από εξάρτηση στην αιθυλική αλκοόλη. Ένα στα δεκαέξι άτομα που πίνει θα καταλήξει να γίνει δυνατός πότης και σταδιακά αλκοολικός (Goth). Στις ΗΠΑ τα 2/3 του ενήλικου πληθυσμού καταναλώνει περιστασιακά αλκοόλη. Εξ αυτών το 12% είναι αλκοολικοί. Οι αλκοολικοί ξεπερνούν τα 9.000.000 στις ΗΠΑ. Γενικά, σαν αλκοολικός χαρακτηρίζεται, κάποιος που πίνει καθημερινά 2 g αιθυλικής αλκοόλης ανά kg βάρους σώματος. Δηλαδή για έναν άνθρωπο 60kg σωματικού βάρους, η ποσότητα αυτή ανέρχεται σε 1 lt κρασί ή 300 ml κονιάκ. Διάφορες όμως μελέτες, επισημαίνουν τον κίνδυνο και για μικρότερες ποσότητες αλκοόλης (Μισιρλή).

Επακόλουθο της κατάχρησης είναι οι ποικίλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές και όχι σπάνια ο θάνατος. Σε χρόνια κατανάλωση αλκοόλης, εμφανίζεται μια αυξημένη αντοχή, έναντι της οξείας επίδρασης της αλκοόλης. Αυτό σημαίνει, ότι οι επιδράσεις, μιας δόσης μετά από χρόνια χρήση γίνονται ασθενέστερες. Αυτή η αυξημένη αντοχή, είτε σε αύξηση του ρυθμού μεταβολισμού της αλκοόλης εξαιτίας της επαγωγής των ενζυμικών συστημάτων, είτε σε ανάπτυξη φαρμακοδυναμικής αντοχής στο ΚΝΣ με ποικίλους μηχανισμούς (πιθανόν να οφείλεται σε προσαρμογή του εγκεφάλου σε υψηλά επίπεδα αλκοόλης). Η μεγάλη βαθμού ψυχολογική εξάρτηση του αλκοολικού χαρακτηρίζεται, από την έντονη επιθυμία για αναζήτηση της ουσίας, η δε φυσική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από το σύνδρομο στέρησης. Το σύνδρομο στέρησης συνοδεύεται από πλήθος παθολογικών και ψυχολογικών διαταραχών: Τρόμο, αϋπνία, παραισθήσεις, σπασμούς, τρομώδες παραλήρημα. Αξιοσημείωτο είναι, ότι ο αλκοολικός, ακόμη και σε επίπεδα

>150 mg/dl αιθυλικής αλκοόλης στο αίμα, είναι δυνατόν, να μην εμφανίζει σημεία μέθης(Σκεπάρνη Φ.,1999).

- Η φαρμακοκινητική:

#### Απορρόφηση

Η αλκοόλη, απορροφάται από το στομάχι και το άνω τμήμα του γαστρεντερικού ολοκληρωτικά. Ο ρυθμός εκκένωσης του στομάχου, είναι σοβαρός παράγοντας απορρόφησης της επειδή απορροφάται κυρίως στο λεπτό έντερο. Σε άτομα που είχαν υποστεί γαστρεκτομή, παρουσιάστηκαν δηλητηριάσεις από αλκοόλη, μετά από κατανάλωση συνηθισμένων δόσεων. Οτιδήποτε είναι δυνατόν να καθυστερήσει το ρυθμό εκκένωσης του στομάχου, θα καθυστερήσει το ρυθμό απορρόφησης της αιθυλικής αλκοόλης.(Σκεπάρνη Φ.,1999)

Η παρουσία τροφής ιδιαίτερα πλούσιας σε λιπαρά, όχι μόνο προκαλεί καθυστέρηση στο ρυθμό εκκένωσης, αλλά επικαλύπτει το βλεννογόνο του στομάχου και μειώνει το ρυθμό απορρόφησης. Μόνο ο όγκος του υγρού που έρχεται σε επαφή με το βλεννογόνο θα απορροφηθεί, ως εκ τούτου η ίδια ποσότητα αλκοόλης όταν λαμβάνεται σε μεγάλο όγκο θα απορροφηθεί βραδύτερα από ότι σε μικρότερο όγκο, (μπύρα έναντι αποσταγμάτων αλκοόλης). Η ίδια η αλκοόλη σε οινοπνευματώδη ποτά με περιεκτικότητα πάνω από 40% επειδή προκαλεί ερεθισμό του βλεννογόνου και σπασμό του πυλωρού, καθυστερεί το ρυθμό απορρόφησης, εξ' αιτίας της αυξημένης παραγωγής βλέννης. Εξ' άλλου διαφορές στην απορρόφηση προκύπτουν και από την έκταση της απορροφητικής επιφάνειας, (μεγαλύτερη έχουν τα υψηλού αναστήματος άτομα). Άλλος παράγοντας που επηρεάζει το ρυθμό απορρόφησης είναι η παρουσία ανθρακικών ιόντων σε ποτά όπως π.χ. η σαμπάνια επιταχύνει την απορρόφηση (Goodman and Gilman's, Grad'Wohl's Leg.Med).

#### Κατανομή

Η ταχεία απορρόφηση της αλκοόλης από τις μεμβράνες, η μεγάλη διαλυτότητα της στο νερό και το χαμηλό μοριακό της βάρος, της επιτρέπουν

να φθάσει σε υψηλά επίπεδα στο αίμα πολύ γρήγορα μετά τη λήψη της (Freimuth H., 1973). Όταν το στομάχι είναι κενό. Ο απαιτούμενος χρόνος για να φθάσει στη μέγιστη συγκέντρωση στο αίμα, κυμαίνεται από 15-90 min. Τα επίπεδα του αίματος ελαττώνονται γρήγορα, λόγω κατανομής της στους διάφορους ιστούς, κυρίως από ιστούς με πλούσια αιματική κυκλοφορία όπως ο εγκέφαλος. Τα υψηλά επίπεδα αλκοόλης στον εγκέφαλο μειώνονται γρήγορα λόγω της ταχείας ανακατανομής τους. Γενικά η απορρόφηση και η κατανομή της αλκοόλης είναι όμοιες με εκείνη του ύδατος. Οι ιστοί παίρνουν αλκοόλη ανάλογα της περιεκτικότητας τους σε νερό. Έτσι ο λιπώδης ιστός και τα οστά συγκρατούν ελάχιστα ποσά αλκοόλης, επειδή περιέχουν σχετικά χαμηλή συγκέντρωση νερού. Τα συνολικά υγρά του σώματος, είναι ως εκ τούτου περισσότερο πειστικός τρόπος, υπολογισμού πιθανής συγκέντρωσης αλκοόλης στο αίμα, μετά από λήψη γνωστής δόσης αλκοόλης, παρά το συνολικό σωματικό βάρος. Η συγκέντρωση της στα ούρα είναι ίδια με του αίματος. Υποθέτοντας ότι ο συνολικός όγκος νερού στον ενήλικα άνδρα είναι 50 λίτρα, η διούρηση ενός λίτρου θα απομακρύνει μόνο το 2% από την αλκοόλη που υπάρχει στον οργανισμό.(Σκεπάρνη Φ.,1999).

## Μεταβολισμός

Το ήπαρ είναι το κύριο όργανο για την οξειδωτική βιομετατροπή της αλκοόλης, η οποία επιτυγχάνεται κυρίως με δύο διαφορετικά ενζυματικά συστήματα: α) την αλκοολική αφυδρογονάση (ADH), β) το μικροσωμιακό σύστημα οξειδωσης της αλκοόλης (MEOS). Το 90-98% της απορροφούμενης αλκοόλης απομακρύνεται αναλλοίωτο από τους πνεύμονες και τους νεφρούς. Η ποσότητα της οξειδούμενης αλκοόλης είναι ανάλογη του βάρους του ατόμου και της λειτουργικότητας του ήπατος. Σε ενήλικες η μέση τιμή μεταβολισμού είναι 10 ml/hr. Η οξείδωση της αλκοόλης προς ακεταλδεύδη γίνεται από την αλκοολική αφυδρογονάση που χρησιμοποιεί NAD ως δέκτη υδρογόνου. Η σχηματιζόμενη αλδεύδη παρουσία του ενζύμου αλδευδική αφυδρογονάση και συμπαραγόντα το NAD αντιδρά με το συνένζυμο A και παράγεται ακετυλο-συνένζυμο A, το οποίο εισέρχεται στο κύκλο του Kreb's για να παραχθεί CO<sub>2</sub> και H<sub>2</sub>O.(Σκεπάρνη Φ.,1999).

Η αλκοολική αφυδρογονάση δεν είναι ειδική για την αιθανόλη, αλλά μπορεί να οξειδώσει και άλλες αλκοόλες ή κετόνες. Σε ορισμένες φυλές που έχουν γενετικά, χαμηλά επίπεδα αλκοολικής αφυδρογονάσης παρατηρείται μικρή αντοχή στην αλκοόλη. Ο μεταβολισμός της αλκοόλης απαιτεί τη συνεργασία και των δύο ενζυμικών συστημάτων. Ειδικά δε οι εναλλακτικοί οδοί μέσω των MEOS παίζουν σημαντικό ρόλο όταν τα επίπεδα αλκοόλης υπερβούν τα 50mg/dl. Τα MEOS μπορούν να μεταβολίσουν και άλλες εξωγενείς ή ενδογενείς ουσίες. Έτσι εξηγείται η αυξημένη ευαισθησία του δυνατού πότη σε διάφορους βιομηχανικούς διαλύτες ή φάρμακα.

Η διαφορά στην σχετική δραστηριότητα των δύο αυτών ενζυμικών συστημάτων οφείλεται στην διαφορετική τους συγγένεια προς την αιθανόλη. Η σταθερά του Michael-Menten (Km) για την αντίδραση της αφυδρογονάσης της αλκοόλης είναι 15mg/dl ενώ η Km για το μικροσωματικό σύστημα οξείδωσης είναι 45mg/dl (Μαχαίρας Π.)

#### Απέκκριση

Το 90-98% της αλκοόλης, που έχει απορροφηθεί από τον οργανισμό απομακρύνεται με ενζυμική οξείδωση. Μόνο το 2-10% απομακρύνεται αναλλοίωτο από τους πνεύμονες και τους νεφρούς. (Σκεπάρνη Φ., 1999).

--Αλληλεπιδράσεις της αλκοόλης με άλλα φάρμακα

Ο συνδυασμός της αλκοόλης με ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων δημιουργεί ανεξέλεγκτες ενέργειες.

A) *Καταστολή του Κ.Ν.Σ.* Με κατασταλτικά φάρμακα του Κ.Ν.Σ. εμφανίζεται συνέργεια (αναισθητικά, αγχολυτικά, αντιεπιληπτικά, οπιούχα, υπνωτικά, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αντιισταμινικά, διάφορες ψυχοτρόπες ουσίες).

B) *Αντίδραση δισουλφιδράμης* Με την δισουλφιδράμη, τις αντιδιαβητικές σουλφονουλουρίες (τολβουταμίδη, χλωροπρωπαμίδη), τα αντιμικροβιακά φάρμακα (χλωραμφενικόλη, φουραζολιδόνη, γκριζεοφουλβίνη), ισονιαζίδη, μετρονιδαζόλη, κινακρίνη, η ταυτόχρονη λήψη αλκοόλης προκαλεί μια τυπική τοξική αντίδραση. Η δισουλφιδράμη (ανθελμινθικό φάρμακο) δεν είναι πολύ



τοξικό φάρμακο, η παράλληλη όμως χορήγηση της, με αιθανόλη, προκαλεί αντίδραση, η οποία χαρακτηρίζεται από τα κάτωθι συμπτώματα: εμετούς, εξάψεις, ταχυκαρδία, πονοκέφαλο, πτώση της αρτηριακής πίεσης μέχρι βαθμού καταπληξίας. Η δισουλφιράμη παρεμβαίνει σαν μεταβολισμό της αιθυλικής αλκοόλης, προκαλώντας αύξηση των επιπέδων της ακεταλδεύδης μέχρι και 1mg/100ml, η οποία ευθύνεται για τα ανωτέρω συμπτώματα. Η ακεταλδεύδη πιθανά προκαλεί απελευθέρωση κατεχολαμίνων στους ιστούς και πιθανότατα άλλων αμινών (συμπαθητικομιμητική δράση).

*Γ) Παρέμβαση στην απέκκριση της φαινυτοίνης.* Σε μεταβολικό επίπεδο, η φαινυτοίνη και η αλκοόλη, ανταγωνίζονται για τα μικροσωματικά ένζυμα του ήπατος. Επί οξείας λήψης αιθανόλης, προκαλείται ελάττωση του ρυθμού μεταβολισμού της φαινυτοίνης και επομένως ελάττωση του ρυθμού κάθαρσης.

Στους αλκοολικούς όμως, αντίθετα, παρατηρείται επαγωγή των μικροσωματικών ενζύμων και συνεπώς χρειάζεται προσοχή στη ρύθμιση των επιπέδων της φαινυτοίνης.

*Δ) Δημιουργία ηπατοτοξικών μεταβολιτών*

## Κεφάλαιο Δεύτερο

### 2. Εξέλιξη και αιτιολογία αλκοολισμού

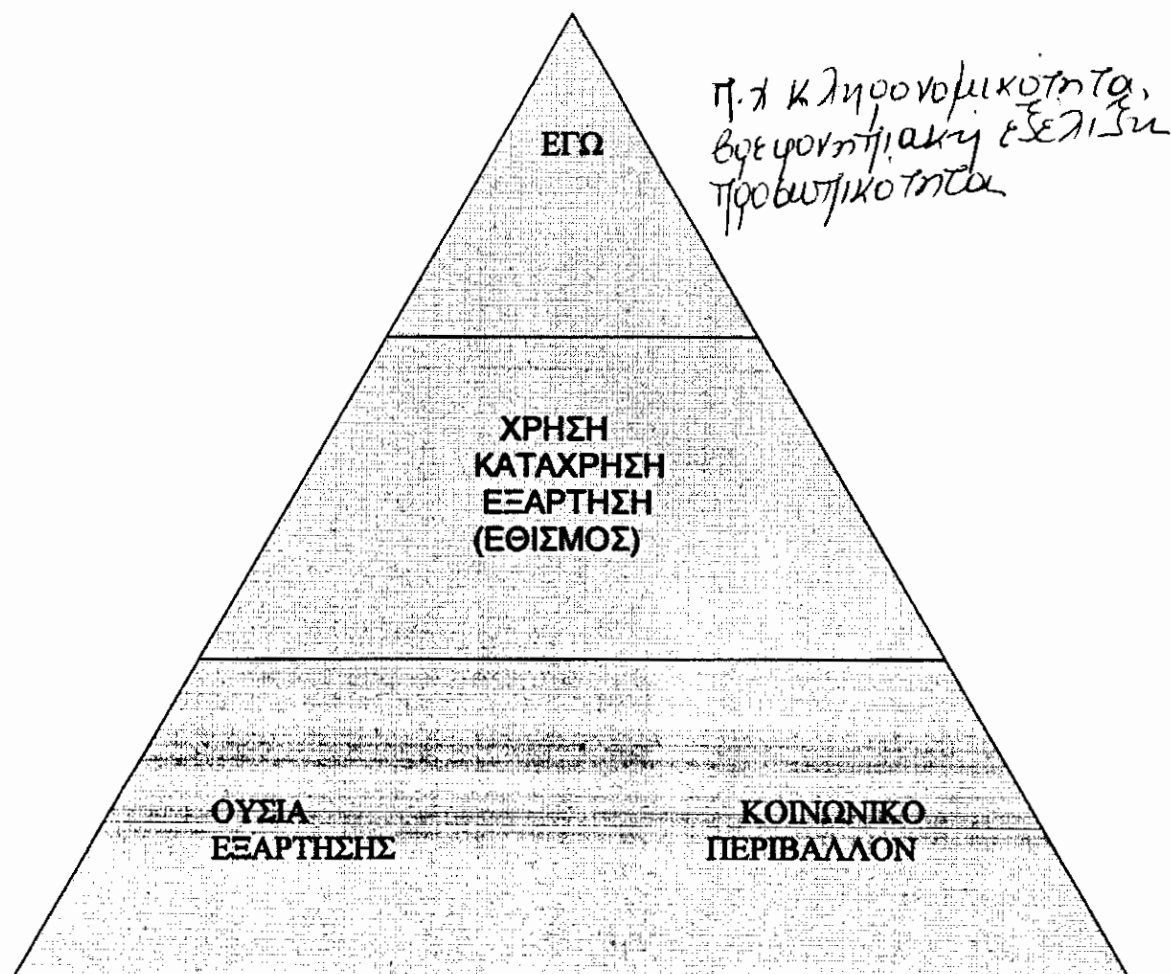
Αν και η αιτιολογία του αλκοολισμού είναι βασικά άγνωστη, εντούτοις έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Από αυτούς σημαντικότεροι είναι οι γενετικοί, οι οποίοι κυρίως ευθύνονται για την οικογενή εμφάνιση του αλκοολισμού. Θεωρίες για την γενετική αιτιολογία του αλκοολισμού προτείνουν μια κληρονομούμενη ευαλωτότητα στο αλκοόλ, που μπορεί να διαμεσολαβείται με αυξημένη δραστηριότητα των ενδορφινών, με αυξημένη χαλάρωση των ευαίσθητων ατόμων από το αλκοόλ ή με προδιάθεση για ανάπτυξη μεγάλης ανοχής. (Μάνος Ν., 1997).

Η οικογενής φύση του αλκοολισμού, βέβαια, στοιχειοθετείται από μελέτες που βρήκαν ότι ο κίνδυνος για την εξάρτηση από αλκοόλ είναι τρεις ως τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε στενούς συγγενείς αλκοολικών, καθώς και σε υιοθετημένα παιδιά αλκοολικών και επίσης ότι είναι μεγαλύτερος σε μονοζυγώντες απ' ό,τι σε διζυγώτες διδύμους. (Μάνος Ν., 1997)

Οπωσδήποτε, όμως οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να εξηγήσουν μόνο ένα μέρος του κινδύνου ανάπτυξης αλκοολισμού, καθώς ένα μέρος προέρχεται από περιβαλλοντικούς ή διαπροσωπικούς δηλαδή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Σαν τέτοιους αναφέρουμε την επικρατούσα πολιτισμική στάση απέναντι στο αλκοόλ πάνω στη διάθεση και τη συμπεριφορά, το στρες, την ταυτοποίηση των παιδιών με τις συνήθειες χρήσης αλκοόλ των γονιών τους, την ψυχοδυναμική ενοχοποίηση υπερπροστατευτικών μητέρων (που προάγουν την καθήλωση στο στοματικό, η οποία πιθανολογείται ότι οδηγεί σε αλκοολισμό). (Μάνος Ν., 1997).

Θα πρέπει επίσης, να σημειώσουμε ότι ένας μεγάλος αριθμός αλκοολικών έχει ταυτόχρονα και άλλες ψυχικές διαταραχές, που μπορεί να συμβάλλουν κι αυτές στην παθολογική χρήση του αλκοόλ, όπως Διαταραχές της Διάθεσης (κατάθλιψη), Αγχώδεις Διαταραχές (διαταραχή πανικού), Σχιζοφρένεια. Ακόμα, συχνά βρίσκουμε σε αλκοολικούς Διαταραχή της Διαγωγής (στην εφηβεία), αντικοινωνική διαγωγή ή αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας. (Μάνος Ν., 1997).

## 2.1. Εξαρτήσεις από τοξικές ουσίες



Π. χ. Δυναμικό εξάρτησης της ουσίας, συχνότητα χρήσης, ποσότητα χρήσης, ευκολία-δυσκολία ανεύρεσης

π. χ. οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικό-πολιτική κατάσταση ήθη- έθιμα- διαφήμιση, ιδεολογικές τάσεις, ανεργία κλπ.

Η τόσο απλή αυτή απεικόνιση του προβλήματος γίνεται ιδιαίτερα πολύπλοκη όταν προσπαθεί να εμβαθύνει κανείς στους επιμέρους παράγοντες και επιπλέον ,να ανιχνεύσει τη δυναμική σχέση που έχουν μεταξύ τους.

Γεγονός είναι ότι για την ανάπτυξη εξάρτησης απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη και ο συνδυασμός στοιχείων και από τις τρεις κορυφές του τριγώνου. Γι' αυτό και οι αναλύσεις του προβλήματος που απασχολούνται με ένα ή και με δυο από τους παράγοντες αυτούς αγνοώντας τον τρίτο οποιοδήποτε και να είναι αυτός, οι αναλύσεις αυτού του είδους, είναι καταδικασμένες σε αποτυχία.

Θα θέλαμε να σταθούμε μόνο σε ένα στοιχείο «το δυναμικό εξάρτησης της ουσίας».

Σαν δυναμικό εξάρτησης μιας ουσίας θεωρείται η ικανότητα της ουσίας να δένεται με τον ψυχισμό του χρηστή και να προκαλεί έτσι ψυχικό εθισμό.

Το δυναμικό εξάρτησης ενισχύεται από άλλα στοιχεία όπως συμβολοποίηση της ουσίας , αλλά δεν παύει να αποτελεί ιδιαιτερότητα για κάθε ουσία χωριστά.

Το δυναμικό αυτό είναι πολύ πιο έντονο σε καθαρά ψυχοτρόπες ουσίες, όπως μορφίνη, ηρωίνη, ινδική κάνναβη και λιγότερο σε άλλες, όπως ο καπνός, το οινόπνευμα κλπ.

Ακόμη είναι άσχετο με τη σωματική εξάρτηση που μπορεί να προκαλεί μια ουσία , αφού η σωματική εξάρτηση δεν αποτελεί το πρόβλημα στην εξαρτημένη συμπεριφορά και χρησιμοποιείται μόνο εκλογικευτικά από τους εξαρτημένους για να παραμείνουν στη σχέση εξάρτησης με την ουσία. Ακόμα και από θεραπευτικής πλευράς , τα οποιοδήποτε «στερητικά συμπτώματα» οποιαδήποτε ουσίας, όπως και της ηρωίνης, αντιμετωπίζονται μέσα σε λίγες ημέρες. Το πρόβλημα της εξάρτησης είναι ο «ψυχικός εθισμός». (Παπαγεωργίου Ε., 2002)

### 2.1.2 Ανοχή, Εθισμός, Εξάρτηση

Οι αντιδράσεις ενός ατόμου στο αλκοόλ, καθορίζονται από καταστάσεις που σχετίζονται μεταξύ τους και περιγράφονται με τους όρους: ανοχή, εθισμός, εξάρτηση.

Η ανοχή εκφράζει τη σχέση μεταξύ συγκέντρωσης αλκοόλ στο οργανισμό και του βαθμού των επιθυμητών ή όχι, εκδηλώσεων που αυτό προκαλεί (μέθη). Ποικίλλει στα διάφορα άτομα, πιθανολογείται ο γενετικός καθορισμός

του βαθμού της και επηρεάζεται από τις συνθήκες διατροφής, καθώς και την σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Εξαρτάται από την ηλικία και αυξάνει με την χρονιότητα της πρόσληψης αλκοόλ, επιτρέποντας έτσι την αύξηση της κατανάλωσης χωρίς «συνέπειες». Με την περαιτέρω εξέλιξη της χρονιότητας αρχίζει να μειώνεται αισθητά. Τότε και η κατανάλωση του αλκοόλ περιορίζεται, η μέθη επέρχεται γρήγορα και χωρίς τα «θετικά», κατά την έναρξη της αλκοολικής συμπεριφοράς, στοιχεία της. (Καραβάτος Αθ., 1988)

Ο *εθισμός* περιγράφει την νεοεγκατασταθείσα ισορροπία του διαταραγμένου μεταβολισμού που επιβάλλει την αναγκαία πλέον συμμετοχή του αλκοόλ στη διατροφή και εκφράζει την επίκτητη ανύψωση της ανοχής. (Καραβάτος Αθ., 1988)

Η *εξάρτηση* εγκαθίσταται συνήθως βραδέως μετά παρέλευση αρκετού χρόνου από την έναρξη της αλκοολικής συμπεριφοράς και σχετίζεται, κατά ένα τουλάχιστον μέρος, με τα ανωτέρω. (Καραβάτος Αθ., 1988)

Σύμφωνα με ΠΟΥ (1975), το σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης ορίζεται ως εξής: «Ψυχική και συνήθως σωματική κατάσταση, αποτέλεσμα της πρόσληψης αλκοόλ, που χαρακτηρίζεται από αντιδράσεις της συμπεριφοράς και άλλες οι οποίες συμπεριλαμβάνουν πάντοτε μια παρορμητική ανάγκη για λήψη αλκοόλ με συνεχή ή περιοδικό τρόπο με σκοπό να αισθανθεί (το άτομο) τα ψυχικά αποτελέσματα και μερικές φορές να εξαλείψει την απορρέουσα από την αποχή κακουχία. Μπορεί ή όχι, να υπάρχει εθισμός.

Η έναρξη της εξάρτησης εκδηλώνεται αρχικά:

- *ως απώλεια του ελέγχου* με υπερβολική κατά περιόδους χρήση αλκοόλ. Σιγά-σιγά, τα κενά καταχρήσεως διαστήματα περιορίζονται και εμφανίζονται *στερητικά φαινόμενα*, δηλαδή σωματικά και ψυχικά συμπτώματα όπως: τρόμος των χεριών, ναυτία, εμετοί, ταχυκαρδία, εφίδρωση, άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη.

- *ως αδυναμία αποχής* από το αλκοόλ, δηλαδή ως συνεχής, καθημερινή κατανάλωση. Στερητικά φαινόμενα, ως τα ανωτέρω, ενισχύουν αυτή τη συμπεριφορά και ωθούν στη «κάλυψη» τους, με μικρές δόσεις, καθώς η ανοχή έχει στο μεταξύ μειωθεί. (Καραβάτος Αθ., 1988)

Η εξάρτηση, κατά την ΠΟΥ (1978), πιστοποιείται από: α) την εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων όταν μειώνεται η αλκοολαιμία, β) την έκδηλη και ομολογημένη από τον αλκοολικό τάση του «να πιει» για να μειώσει αυτά τα

συμπτώματα, γ) την εντός 30'-60' ανακούφιση από τα συμπτώματα μετά τη λήψη της δόσης αλκοόλ που καθόρισε ο ίδιος ως επαρκή.

Χαρακτηριστική είναι η πρωινή λήψη της δόσης, μετά τη μεγαλύτερη σε χρόνο «υποχρεωτική» αποχή της νύχτας που προηγήθηκε.

Η εξάρτηση αποτελεί σύμπλοκο ψυχοβιολογικό φαινόμενο, αν και συχνά περιγράφεται ξεχωριστά μια ψυχολογική και μια βιολογική εξάρτηση.

Ο G. Gervis (1975) αναφερόμενος στη συχνά υποτιμούμενη ψυχολογική εξάρτηση (σε μια τοξικομανία), εφιστά την προσοχή στους κινδύνους που υποκρύπτει η ελαχιστοποίηση αυτή της ψυχολογικής πλευράς και προβάλλει την αλληλοδιαπλοκή που πράγματι υπάρχει μεταξύ «ψυχοκοινωνικών μηχανισμών» και «τοξικοεξάρτησης».

Κατά τον Seevers (1986) μια πρώτη χρήση τοξικής ουσίας μπορεί, είτε να ανταμείψει ή όχι, είτε να προκαλέσει αποστροφή. Στην πρώτη περίπτωση μόνο η ανταμοιβή οδηγεί, μέσω θετικής ενίσχυσης, στην εγκατάσταση μιας πρωτογενούς ψυχολογικής εξάρτησης, η οποία καταλήγει στη χρόνια κατάχρηση. Με μερικές τοξικές ουσίες αναπτύσσεται μια δευτερογενής ψυχική εξάρτηση που οφείλεται σε αρνητική τώρα ενίσχυση λόγω της ανοχής.

Δεν έχει απαντηθεί βέβαια το ερώτημα της πρωταρχικότητας της βιολογικής ή της ψυχολογικής εξάρτησης στο αλκοολισμό, και η πλειοψηφία των συγγραφέων τείνει σήμερα να αποδεχθεί ότι η ψυχολογική εξάρτηση είναι δευτερογενής, «αυτο-συντήρησης» της βιολογικής εξάρτησης (Le Mangan 1980).

Οι βιοχημικοί μηχανισμοί που ενέχονται στην ανάπτυξη της βιολογικής ανοχής και εξάρτησης, αλλά και της μεταξύ τους σχέσης, βρίσκονται στο στάδιο γόνιμων πολλαπλών ερευνητικών υποθέσεων και εργασιών: επίδραση, άμεση ή έμμεση για βιοσύνθεση της ακεταλδεύδης (παράγωγο του μεταβολισμού της αιθανόλης) σε κύτταρα και νευροδιαβιβαστές. Επίδραση του αλκοόλ στις νευρωτικές μεμβράνες και τροποποίηση τους ώστε να «αντέξουν» στην αιθανόλη. Η επαναχορήγηση αλκοόλ σε στερητικό σύνδρομο επαναφέρει τις κυτταρικές μεμβράνες σε συνθήκες έναντι των οποίων είχαν προσαρμοσθεί (J. Ades 1984) (Καραβάτος Αθ., 1988).

Για το σύνδρομο της εξάρτησης ασχολείται και ο Ποταμιάνος Γ., (1989) με μεγαλύτερη έκταση ο οποίος αναφέρει ότι προς το τέλος της δεκαετίας του '70 και ενώ οι αμερικάνοι ερευνητές (π.χ. ο Pattison, το ζεύγος Sobel και άλλοι)

αναθεωρούσαν τις απόψεις τους αλλά και τις προτάσεις τους σχετικά με τον αλκοολισμό, ο βρετανός καθηγητής της ψυχιατρικής G. Edwards και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν δύο εργασίες (Edwards & Gross 1976, Edwards 1977) με θέμα το «σύνδρομο εξάρτησης». Το δημοσίευμα του Edwards «The alcohol dependence syndrome: Usefulness of an idea» θεωρείται σταθμός στη σύλληψη και ανάπτυξη των εννοιών του συνδρόμου εξάρτησης και του προβληματικού πότη. Κ-ατά τον Edwards λοιπόν, το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ αναφέρεται στην ψυχολογική και σωματική εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ και είναι ξεχωριστή έννοια από αυτήν που ο συγγραφέας όρισε ως προβλήματα ή ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση της αλκοόλης (Alcohol related disabilities). Συνεχίζει ο Ποταμιάνος Γ. (1989) για το σύνδρομο της εξάρτησης περιλαμβάνει 7 στοιχεία ή συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν το άτομο που εξαρτάται από το αλκοόλ. Αυτά είναι τα εξής:

#### *1. Συγκεκριμένες περίοδοι κατανάλωσης*

Αυτό το στοιχείο αναφέρεται στο γεγονός ότι το άτομο δεν πίνει πλέον «τυχαία», όπως για παράδειγμα για να συνοδεύσει ένα γεύμα ή σε μια κοινωνική εκδήλωση. Αντίθετα η κατανάλωση γίνεται πιο «συγκεκριμένη». Δηλαδή το άτομο πίνει πάντα τις ίδιες περιόδους (π.χ. μεσημέρι, δράδυ κ.λπ.) άσχετα αν η ποσότητα της κατανάλωσης είναι μικρή ή μεγάλη.

#### *2. Προτεραιότητα στην κατανάλωση του αλκοόλ*

Στην προκειμένη περίπτωση η ανάγκη για την κατανάλωση της αλκοόλης παίρνει προτεραιότητα από οποιαδήποτε δραστηριότητα στην καθημερινή ζωή. Με άλλα λόγια το άτομο «εξασφαλίζει» πρώτα τη «δόση» του πριν προβεί σε οποιαδήποτε άλλη ενέργεια.

#### *3. Αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ*

Όπως είναι γνωστό, τα άτομα που χαρακτηρίζονται από το σύνδρομο της εξάρτησης παρουσιάζουν μια αυξημένη ανεκτικότητα στο αλκοόλ. Δηλαδή χρειάζονται όλο και περισσότερο αλκοόλ (σε σύγκριση με την κατανάλωση τους πριν την εμφάνιση του συνδρόμου) για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες για τις οποίες πίνουν.

#### *4. Επαναλαμβανόμενα συμπτώματα στέρησης*

Όπως και με άλλες ουσίες εξάρτησης, έτσι και στην περίπτωση εξάρτησης από το αλκοόλ, η αποχή από την κατανάλωση δημιουργεί συμπτώματα στέρησης (π.χ. «νεύρα», άγχος, ψευδαισθήσεις, προσωρινή αμνησία μέχρι και τρομώδες παραλήρημα). Τα συμπτώματα αυτά επαναλαμβάνονται σε κάθε περίπτωση που το άτομο στερείται το αλκοόλ.

#### *5. Αποφυγή ή ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης*

Όπως είναι γνωστό σ' αυτούς με το σύνδρομο εξάρτησης αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους, ο τρόπος που υιοθετείται για την αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης είναι η κατανάλωση αλκοόλης. Μόνον έτσι, ο προβληματικός πότης «ηρεμεί» και «λειτουργεί φυσιολογικά».

#### *6. Ο συνειδητός καταναγκασμός του πότη*

Ο προβληματικός πότης αρνείται συστηματικά ότι κάνει κατάχρηση της αλκοόλης. Αν κάποιος από το περιβάλλον του σχολιάσει την υπερβολική ή συστηματική του κατανάλωση, η άρνηση γίνεται συνήθως εντονότερη. Παρ' όλα αυτά, ο προβληματικός πότης έχει συνείδηση του καταναγκασμού του να πίνει. Αυτή 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.(Ποταμιάνος Γ.,1989).

Όπως επισημάνθηκε, τα παραπάνω στοιχεία οριοθετούν την έννοια του συνδρόμου της εξάρτησης από το αλκοόλ. Συνοψίζοντας τα σχόλια για το σύνδρομο της εξάρτησης θα πρέπει να τονιστούν τα εξής: Πρώτον, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι όλοι οι ποτές που παρουσιάζουν προβλήματα σχετικά με την κατανάλωση της αλκοόλης δεν είναι απαραίτητα εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Η εξάρτηση, όμως, αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αυτής της ουσίας. Δεύτερον, το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι μια «ψυχοφυσιολογική διαταραχή» (psychophysiological disorder) και είναι αποτέλεσμα της συνεχούς αλληλεπίδρασης φυσιολογικών (σωματικών) ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.(Ποταμιάνος Γ., 1989).



Σύμφωνα με τον G. Edwards και τους συνεργάτες του, για να θεωρηθεί το άτομο ως εξαρτημένο από το αλκοόλ δεν είναι απαραίτητο να παρουσιάζει όλα τα στοιχεία/ συμπτώματα του συνδρόμου, ούτε είναι απαραίτητο να τα παρουσιάζει με την ίδια ένταση. Αυτή η σχετική ασάφεια αποτέλεσε και τον κορμό της κριτικής που ασκείται στην ιδέα του συνδρόμου της εξάρτησης. Ένα εύλογο ερώτημα είναι, πόσα από τα στοιχεία πρέπει να παρουσιάζει το άτομο και με ποια ένταση για να τον χαρακτηρίσουμε ως εξαρτημένο από το αλκοόλ; Μέχρι στιγμής δεν φαίνεται να υπάρχει συγκεκριμένη απάντηση από τους υποστηρικτές της ιδέας του συνδρόμου της εξάρτησης. Παρόλη την κριτική που έχει υποστεί η ιδέα του συνδρόμου της εξάρτησης, η υπεροχή αυτής της προσέγγισης απέναντι στην ασάφεια που διακρίνει τον όρο αλκοολισμός είναι εμφανής.(ΠοταμιάνοςΓ.,1989).Τα προβλήματα ή/και οι ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση της αλκοόλης (Alcohol related disabilities) αφορούν στη συνολική υγεία του ατόμου. Η εξέταση μερικών από τις κυριότερες βλάβες που μπορεί να προκαλέσει η κατάχρηση της αλκοόλης αναφερόμαστε αργότερα.

### 2.1.3. Θεωρίες σχετικές με την ανάπτυξη εξαρτημένης συμπεριφοράς

#### 1. Ψυχαναλυτική Θεώρηση

Η ψυχανάλυση δεν ξεχωρίζει την εξάρτηση από τοξικές ουσίες από την εξαρτημένη γενικότερα, συμπεριφορά.

Αυτό ανταποκρίνεται στην ψυχοδυναμική θεώρηση της ανάπτυξης εξαρτημένης συμπεριφοράς, που αντιμετωπίζεται σαν μια γενικότερη διαταραχή της ανάπτυξης της προσωπικότητας. Βασικός θεωρητικός πυρήνας της θεώρησης αυτής είναι ότι η εξαρτημένη συμπεριφορά αναπτύσσεται πάνω στον κανόνα της αποφυγής δυσάρεστων και προσπάθειας βίωσης μόνο ευχάριστων καταστάσεων (Lust – Unlust Prinzip ).

Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση η τοξική ουσία βοηθάει στη χαλάρωση από ενδοψυχικές εντάσεις, μειώνει το άγχος και το φόβο που δημιουργούνται από την ανταγωνιστική διάθεση μεταξύ ΥΠΕΡΕΓΩ και ΕΓΩ.

Τη διαταραχή στις λειτουργίες του ΕΓΩ, στην περίπτωση της εξαρτημένης συμπεριφοράς, φαίνεται να αναπτύσσεται σε τρία επίπεδα:

*Στο επίπεδο των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και της σχέσης με το περιβάλλον.*

*Στο συναισθηματικό επίπεδο και ιδιαίτερα στον τρόπο που το ΕΓΩ του εξαρτημένου ατόμου αντιμετωπίζει διάφορα έντονα συναισθήματα, όπως άγχους και κατάθλιψης.*

*Στο επίπεδο της συνείδησης και τις διάφορες αλλαγές της θεωρείται ότι στις εξαρτημένες προσωπικότητες υπήρξε κάποιος τραυματισμός στις πρώιμες φάσεις ανάπτυξης – και ιδιαίτερα στη στοματική φάση – στη σχέση με το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης. Το αντικείμενο αυτό συνδέθηκε με το ΕΓΩ του ατόμου, είτε με έντονα συναισθήματα απογοήτευσης, είτε απόλυτης ικανοποίησης και κατά συνέπεια – στη δεύτερη περίπτωση – τάση ταύτισης με αυτό. Η σύνδεση έγινε μονοδιάστατα μη δίνοντας τη δυνατότητα στο άτομο να βιώσει και τις καλές και τις κακές πλευρές του αντικειμένου, επέδρασε δηλαδή παραπλανητικά πάνω στην ανάπτυξη του ατόμου.*

Το αντικείμενα, που στην εξέλιξη του ατόμου θα αντικαταστήσουν το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης επόμενο είναι να συνδεθούν κατά τον ίδιο τρόπο με το ΕΓΩ του ατόμου με το οποίο έγινε η σύνδεση αυτή στις πρώιμες φάσεις εξέλιξης.

Ανακαλύπτοντας την ουσία εξάρτησης, το άτομο έχει βρει τον τέλειο αντικαταστάτη του πρωτοπαθούς αντικειμένου αγάπης. Τέλειο με την έννοια ότι είναι σε θέση να ελέγξει να επαναλάβει – ανάλογα με τις επιθυμίες του – την ικανοποίηση του, να το ενσωματώσει και γενικά να εκπληρώσει κάθε του ενόρμηση χωρίς την απειλή της εξαφάνισης του αντικειμένου.

Με τη χρήση της ουσίας συνειδητοποιεί η εξαρτημένη προσωπικότητα, ότι με αυτή ανακάλυψε ένα βοηθητικό μέσο για να ανταπεξέρχεται στις δύσκολες στιγμές είναι δυσάρεστα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η χρήση της ουσίας περνάει τότε από την ασυνείδητη στη συνειδητή φάση.

Τη διαταραχή αυτή στην ανάπτυξη της προσωπικότητας βλέπουν οι H.Krystals και H.Raskin σαν διαταραχή των λειτουργιών του ΕΓΩ. «Η τοξικομανία δείχνει μια λειτουργία του ΕΓΩ με προσαρμοστικό σκοπό, ίσως το μοναδικό τρόπο ισορροπίας του ΕΓΩ με τα προβλήματα της ζωής, που διαθέτει το συγκεκριμένο άτομο. Είναι μια προσπάθεια αυτοβοήθειας: μια

προσπάθεια να αντέξει το συγκεκριμένο άτομο ενδοψυχικά προβλήματα, ενδοψυχική ένταση και ανισορροπία με σκοπό να τα ελέγξει ή να τα ξεπεράσει. Κατά κάποιο τρόπο μια τελευταία προσπάθεια να εμποδίσει τη διάλυση του εαυτού του από τα συναισθήματα που απειλούν, πράγμα που πιστοποιεί και την απόλυτη αδυναμία του.»(Παπαγεωργίου Ε., 2002).

## 2. Συμπεριφερσιολογική Θεώρηση

Η θεωρία της συμπεριφοράς, όσο αφορά τουλάχιστον τις λεγόμενες «εξαρτημένες προσωπικότητες», δεν ενδιαφέρεται τόσο για την ανάλυση της προσωπικότητας αυτής, αλλά κυρίως για ποιες είναι αυτές οι ιδιότητες της χρησιμοποιημένης ουσίας εξάρτησης που δρώντας πάνω στο συγκεκριμένο άτομο επιφέρουν με τον καιρό μια αλλαγή της συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τη θεώρηση αυτή, η καταναγκαστική χρήση (κατάχρηση) διαφόρων ουσιών που συντείνουν στην αλλαγή της συναισθηματικής κυρίως κατάστασης αντιμετωπίζεται σαν «απαραίτητο βοήθημα για το ξεπέραςμα ενδοψυχικών ή κοινωνικών δυσκολιών (Schmidlbauer 1974).

Στα πλαίσια της θεώρησης αυτής, σαν «Πρωτογενές στοιχείο» θεωρείται η ουσία της εξάρτησης και η δράση της πάνω στο συγκεκριμένο άτομο. Έτσι αβέβαιες, αγχώδεις προσωπικότητες κατορθώνουν να αποκτήσουν αίσθημα σιγουριάς και βεβαιότητας για τον εαυτό τους, μειώνοντας στο ελάχιστο το άγχος και τις φοβίες τους. Η βίωση «θετικών» συναισθημάτων με τη βοήθεια της ουσίας οδηγεί στην επανάληψη της χρήσης της, με σκοπό την επαναβίωση των συναισθημάτων αυτών.

Ο θεωρητικός πυρήνας, όπου στηρίζεται η Συμπεριφερσιολογική θεώρηση της εξάρτησης είναι ότι η «νεύρωση (εξαρτημένη συμπεριφορά) είναι αυτό το ίδιο σύμπτωμα και ότι το σύμπτωμα αυτό προήλθε μέσα από διαδικασία μάθησης». Μέσα από μια άλλη διαδικασία μάθησης, θα μπορούσε το σύμπτωμα αυτό (π.χ. εξαρτημένη συμπεριφορά) να «ξεμαθευτεί» και ταυτόχρονα να δημιουργηθεί κάποιος άλλος τρόπος αντιμετώπισης των πραγμάτων.

Η συνειδητή ή ασυνείδητη ψυχική σύνδεση με το νέο τρόπο συμπεριφοράς είναι αυτή που για πολλές από τις ουσίες αυτές παίζει τον αποφασιστικό ρόλο

για την ανάπτυξη της εξάρτησης, μια και επιτρέπεται σε «νέο» και σε πολλές περιπτώσεις μοναδικό τρόπο ζωής (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

### 3.Θεωρία της Επικοινωνίας

Τόσο η ψυχαναλυτική, όσο και η Συμπεριφεριολογική θεώρηση της ανάπτυξης εξαρτημένης συμπεριφοράς, βλέπουν στον πυρήνα του φαινομένου αυτού, μια ψυχική αδυναμία του ατόμου να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της ιστορικής του ανάπτυξης. Ο κοινωνικός δηλαδή περίγυρος απλά ενεργοποιεί ήδη υπάρχουσες παθολογικές δομές της προσωπικότητας του ατόμου και – σύμφωνα με τη συμπεριφεριολογική θεώρηση – ενισχύει καμία φορά αυτές, σε τέτοιο βαθμό, ώστε να παίρνει η επίδραση αυτή του κοινωνικού περιγύρου – σχεδόν αιτιολογική σημασία.

Σύμφωνα με τη θεωρία της επικοινωνίας, η ανάπτυξη εξάρτησης από κάτι (πρόσωπο, ιδεολογία, ναρκωτικό κ.λ.π.), οφείλεται κυρίως στην αλληλεπίδραση και τρόπο επικοινωνίας αυτού του κάτι με το συγκεκριμένο άτομο (Παπαγεωργίου Ε.,2002).

#### 2.1.4. Η αιτιολογία του αλκοολισμού

Οι αλκοολικοί δεν είναι πια μόνο οι ακραίες περιπτώσεις των αστέγων και άμοιρων ατόμων που τώρα σπάνια συναντά κανείς στους δρόμους να περιφέρονται μεθυσμένοι και να γίνονται αντικείμενο σχολίων από τους περαστικούς και από τους ενδιαφερόμενους για το θέμα δημοσιογράφους. Οι αλκοολικοί είναι δυνατό να προέρχονται από όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, από κάθε επαγγελματική κατεύθυνση και μορφωτικό επίπεδο. Δυστυχώς στη χώρα μας η έλλειψη παιδείας και ευαισθητοποίησης στο θέμα των «νομίμων» ουσιών εξάρτησης από το αλκοόλ, μας οδηγούν στη συνειδητή ή ασυνείδητη άρνηση της ύπαρξης του φαινομένου.

Αναφέρουμε ένα απόσπασμα από κάποια συνεδρία ενός αλκοολικού ο οποίος δεν κατάλαβε πώς έγινε αλκοολικός και με μια πολύ καλή επαγγελματική θέση. Αναφέρει: « Δεν φαντάστηκα πότε ότι θα γινόμουν αλκοολικός....τα μεσημέρια έπινα γιατί είχα πελάτες να συναντήσω....μετά

άρχισα να πίνω και το βράδυ... ύστερα ανακάλυψα ότι το ποτό μου ήταν απαραίτητο.... αν δεν έπινα δεν μπορούσα να σκεφτώ...» (Ποταμιάνος, Γ., 1991)

Μερικές φορές η καταφυγή στο αλκοόλ, (αψηφώντας τις συνέπειες) εκδηλώνει μια τάση αυτοκαταστροφικότητας. Άλλοτε επιτρέπει απλώς την άρση των εσωτερικών αναστολών, τη βίωση μιας έκστασης. (Καραβάτος Αθ. , 1988)

Προσπάθειες για την καταγραφή των αιτίων του αλκοολισμού υπήρξαν πολλές. Τα τελευταία χρόνια έχει καταγραφεί μια τάση για την επανεξέταση των αιτίων του αλκοολισμού και για την ομαδοποίηση των παραγόντων που οδηγούν στην κατάχρηση της αλκοόλης. Τα κυριότερα αίτια του αλκοολισμού μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

#### A) Ψυχολογικοί Παράγοντες:

α) *Αλκοολική Προσωπικότητα*. Η μελέτη της προσωπικότητας παραμένει ένα από τα πιο προσφιλή θέματα των κλινικών ψυχολόγων και έχει δημιουργήσει σωρεία αντικρουόμενων επιχειρημάτων όσον αφορά στη φύση και την εξέλιξη των χαρακτηριστικών που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου. Μέσα από το ψυχοδυναμικό μοντέλο οδηγούμαστε στην κατάχρηση αλκοόλ αλλά έχουμε έναν προβληματισμό στην προκείμενη περίπτωση για το αν οι αλκοολικοί έχουν μια «ιδιόμορφη» προσωπικότητα που μοιραία οδηγεί στον αλκοολισμό (Ποταμιάνος Γ., 1991).

Θεωρούμε ότι δύσκολα μπορεί να αποδοθεί η αλκοολική συμπεριφορά σε μια ενιαία, αυτόνομη ψυχοπαθολογική δομή, δύσκολα γίνεται δεκτή και η ύπαρξη της ονομαζόμενης «αλκοολικής προσωπικότητας». (J. Ades 1984). Μεταξύ των αλκοολικών παρουσιάζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά, όμως παρά τις κριτικές ο G. Barnes (1979) πρότεινε τον όρο «κλινική αλκοολική προσωπικότητα» για να εκφράσει παρατηρήσιμες ψυχολογικές παραμέτρους που αναπτύσσονται, κατόπιν καταχρήσεως αλκοόλ, σε μια ορισμένη αλκοολική οργάνωση της προσωπικότητας. Όμως έρευνες για την βασική προσωπικότητα δεν έχουν καταλήξει σε κανένα αποδεκτό συμπέρασμα. Το πρόβλημα περιπλέκεται με τον όρο «δευτερογενής αλκοολισμός» η εκδήλωση αλκοολικής συμπεριφοράς στα πλαίσια διαφόρων ψυχικών νοσημάτων, με

ψυχοπαθολογικά στοιχεία ευνοϊκά στην προδιάθεση για αλκοολισμό (όπως παρορμητικότητα).(Καραβάτος Αθ. , 1988)

Συνήθης μέθοδος διερεύνησης της κλινικής αλκοολικής προσωπικότητας είναι η δια ψυχομετρικών και προβλητικών δοκιμασιών (MMPI, Rorschach, TAT), οι οποίες φαίνεται να αποσπούν μερικές ενδιαφέρουσες, για τον κλινικό, παρατηρήσεις. Κατά τον J. Barnes(1979) η παρορμητικότητα, το άγχος, η κατάθλιψη, οι δυσκολίες στη σεξουαλική ταυτοποίηση, η αδυναμία του Εγώ, αποτελούν στοιχεία από τα πλέον συχνά απαντημένα στους αλκοολικούς. Έτσι, το αλκοόλ χρησιμοποιείται από ένα άτομο με σκοπό να μειωθεί η υποκειμενική κακουχία που αισθάνεται λόγω ιδιαίτερα οξυμένων εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμών που δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς εξ αιτίας της βασικής αδυναμίας του Εγώ.(Καραβάτος Αθ. , 1988)

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο Γ. (1991) η κλινική πρακτική και εμπειρία με αλκοολικούς έδειχναν στοιχεία που τεκμηρίωναν την ύπαρξη της «αλκοολικής προσωπικότητας», οι σύγχρονες διαχρονικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν έφεραν στο φως πειστικά στοιχεία που να εδραιώνουν αυτή την άποψη. Υπάρχουν τρεις αξιόλογες ανασκοπήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας (Sutherland et al 1950, Syme 1957 και Miles-Cox 1979) που κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τεκμηρίωση της «αλκοολικής προσωπικότητας». Ο Sutherland και οι συνεργάτες του ανέφεραν ότι «..οι μελέτες που έχουν εκπονηθεί μέχρι τώρα, παρουσιάζουν σοβαρή έλλειψη στοιχείων για να υποστηρίξουν ότι τα άτομα μιας συγκεκριμένης δομής της προσωπικότητας έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί από άτομα με άλλη προσωπικότητα...». Οι Syme και Miles-Cox άσκησαν κριτική στη μεθοδολογία των δημοσιευθέντων σχετικών ερευνών που χρησιμοποίησαν προβολικές μεθόδους ήταν «..η αυθαίρετη και ασαφής ερμηνεία των αποτελεσμάτων ..». Με τον ίδιο τρόπο, ο δεύτερος συγγραφέας παρατηρεί ότι η πληθώρα των σχετικών ερευνών παρουσιάζει αδικαιολόγητα μεθοδολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα στα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τον ορισμό των «αλκοολικών» και «μη-αλκοολικών» δειγμάτων του πληθυσμού που εξετάστηκε.

Από τα συμπεράσματα των παραπάνω συγγραφέων αλλά και από μελέτες διακρίνεται ότι η «αλκοολική προσωπικότητα» δεν είναι υπαρκτή. Μπορεί να είναι μια «εφεύρεση» που «εξυπηρετούσε» ψυχολόγους ή/ και

ψυχιάτρους που επεξεργάστηκαν την διάσταση της «ψυχοπαθολογίας του αλκοολικού», όσο και οι ίδιοι οι αλκοολικοί οι οποίοι εξακολουθούν να «δικαιολογούν» την κατάχρηση αλκοόλης σαν ένα μοιραίο και αναπόφευκτο γεγονός, αφού τους έτυχε να είναι «αλκοολικές προσωπικότητες» (Ποταμιάνος Γ.,1991).

Ο Taylor(1981), σχολιάζει το οποίο είναι χαρακτηριστικό των σύγχρονων απόψεων για την «αλκοολική προσωπικότητα» ότι: « Πριν από μερικά χρόνια είχαν γίνει επίπονες προσπάθειες για τον εντοπισμό της αλκοολικής προσωπικότητας, δηλαδή τον τύπο του ατόμου που εμφάνιζε ένα σύνολο από χαρακτηριστικά τα οποία είχαν άμεση σχέση με την ανάπτυξη του αλκοολισμού...Σήμερα οι εμπειρογνώμονες πιστεύουν ότι ο καθένας μπορεί να γίνει αλκοολικός κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες...» (Ποταμιάνος Γ.1991)

*β) Ψυχαναλυτικές Απόψεις.* Η ψυχαναλυτική προσέγγιση του αλκοολισμού προσκρούει στο ίδιο εμπόδιο που συναντά και ψυχομετρική αξιολόγηση της προσωπικότητας του αλκοολικού, δηλαδή στην αδυναμία ομογενοποίησης του φαινομένου σε μια ενιαία νοσογραφική οντότητα. Παρόλα αυτά η ψυχαναλυτική προσέγγιση παρουσιάζει μέγιστο θεωρητικό αλλά και πρακτικό θεραπευτικό ενδιαφέρον.(Καραβάτος Αθ. ,1988)

Ο αλκοολικός έχει μεγάλη ανάγκη «να πιει» και αυτό αντιστοιχεί σε μια άλλη βασική ανάγκη που προκύπτει από την παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο ανάπτυξης της προσωπικότητας. Σε αυτό το στάδιο η λήψη τροφής και η λιμπιντική δραστηριότητα παραμένουν συνδεδεμένες ως προς την ικανοποίηση που προσδίδουν , η δε σχέση του υποκειμένου με τον άλλον είναι σχέση εξάρτησης. Ο αλκοολικός παλινδρομώντας, βρίσκεται σε εξάρτηση με το αντικείμενο εντός μιας συναισθηματικής ανωριμότητας. Αδυνατεί έτσι να αναπτύξει την ταυτοποίηση του, το πέρασμα του στην ανεξάρτητη αυτόνομη ζωή του ενήλικος και την εγκατάσταση ώριμων σχέσεων με τους άλλους.(Καραβάτος Αθ. 1988)

Με την ευφορία της μέθης πραγματοποιεί επιθυμίες και φαντασιώσεις με παντοδυναμία και δίχως άγχος. Η κυριαρχούσα ομοφυλοφιλική δομή της επιθυμίας στον αλκοολικό αντιστοιχεί σε μια ναρκισσιστική παθολογική οργάνωση της προσωπικότητας, ενώ η καταθλιπτική διάσταση της

αλκοολικής συμπεριφοράς συνάγεται από την τεχνητή μανία που επιζητείται στο αλκοόλ, με τίμημα βεβαίως την (μαζοχιστική) αυτό-καταστροφικότητα. Κάποιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η παρανοειδής διάθεση και η καταφυγή στο αλκοόλ θεωρείται ως άμυνα στην ψύχωση. (Καραβάτος Αθ. 1988)

γ) *Θεωρίες της Επικοινωνίας και της Μάθησης*. Οι θεωρίες της επικοινωνίας εντάσσουν τα προβλήματα του αλκοολισμού εντός του οικογενειακού συστήματος όπου λειτουργεί ο μηχανισμός της ανάδρασης (feed-back): ο /η αλκοολικός αναπτύσσει με τον /την σύζυγο συμπληρωματική συμπεριφορά. Οι εναλλαγές μεταξύ ενοχοποίησης και συγνώμης ενισχύουν την αλκοολική συμπεριφορά (Ward, Fallaise 1970). Η οικογένεια του αλκοολικού λειτουργεί ως σύστημα που νοσεί και η φαυλοκυκλική αιτιότητα εμποδίζει κάθε λογική. Περιγράφεται συνήθως ο ειδικός χαρακτήρας των γυναικών συζύγων αλκοολικών: σαδομαζοχιστικές τάσεις υπεροχής, κυριαρχίας, αυτοτιμωρίας, επιθετικότητας. Η μητρική στάση κυριαρχεί, υπενθυμίζοντας την οιδιπόδεια σχέση μητέρας-παιδιού. Άλλοι συγγραφείς ενοχοποιούν την μόνιμα υπερτεταμένη κατάσταση εντός της οικογένειας ως αίτιο άγχους, ευερεθιστότητας, ανασφάλειας, σε γυναίκες αλκοολικών με φυσιολογική βασική προσωπικότητα, (James, Goldman 1971). Οι έρευνες αυτές έχουν μαθησιακή θεωρητική βάση. (Καραβάτος Αθ. 1988)

Οι συμπεριφοριστές (θεωρία της μάθησης, των εξαρτημένων αντανακλαστικών) υποστηρίζουν ότι: η ευφορική και αγχολυτική αρχική δράση του αλκοόλ ευνοεί την επιλογή του ως μέσου ανακούφισης και ενισχύει τη χρήση του. Η αλκοολική συμπεριφορά επαυξάνει στη συνέχεια το άγχος, συμβάλλοντας στη διηνεκή καταφυγή στο αλκοόλ. Οι κοινωνικό-πολιτισμικές πιέσεις ευνοούν την εγκατάσταση μιας μαθημένης (αλκοολικής) συμπεριφοράς. (Καραβάτος Αθ. 1988)

## B) Κοινωνικοί Παράγοντες

Είναι γεγονός ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή κοινωνική συναλλαγή. Η διεκπεραίωση αυτών, από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις, περιλαμβάνουν κατανάλωση αλκοόλ. Ο τρόπος που είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια,



η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας αλκοολισμού. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό. (Έχει διαπιστωθεί τον τελευταία χρόνια σε ενήλικες αλλά και σε νεαρά άτομα αυξανόμενος αριθμός αυτοκτονιών από τις κοινωνικές πιέσεις). Οι σύγχρονες απόψεις περί κατάχρησης αλκοόλης κατατάσσουν τον αλκοολισμό στα κοινωνικά φαινόμενα, σε αντίθεση με αυτούς που διακρίνουν μόνο «τάσεις αυτοκαταστροφής» και «ψυχοπαθολογίας» στον αλκοολικό (Ποταμιάνος Γ.,1991).

Τέλος, η καταφυγή ατόμων ή ομάδων στο αλκοόλ εκφράζει κατ' άλλους μια ορισμένη «στάση ζωής», κατ' άλλους μια ορισμένη «μυθολογία απόδρασης» από επιβαλλόμενους, προπαρασκευασμένους τρόπους ζωής.

Οι κοινωνικοί παράγοντες που εντοπίστηκαν είναι πολλοί αλλά αναφέρουμε παρακάτω αυτούς που εντοπίστηκαν στην πλειοψηφία των μελετών σχετικά με την «κοινωνική διάσταση» του αλκοολισμού.

#### Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ

Αυτή την διάσταση θα μπορούσαμε να την αναφέρουμε και ως «όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια δεδομένη κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί». Χωρίς να σημαίνει ότι θα πρέπει να θεωρηθεί κάτι παράνομο για την κοινωνία. Στις Η.Π.Α. η ποτοαπαγόρευση και η σχετική εγκληματικότητα είναι ένα παράδειγμα προς αποφυγή. Όμως υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ της δυνατότητας πρόσβασης στο αλκοόλ και αριθμού αλκοολικών (Ποταμιάνος Γ.,1991).

#### Τιμή, «νομιμότητα», κοινωνική αποδοχή

Σε σύγκριση με τις «παράνομες ουσίες εξάρτησης» το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Και οι τρεις αυτές κοινωνικές διαστάσεις διατηρούν αλλά και αυξάνουν την κατανάλωση ή/ και την κατάχρηση αυτής της ουσίας (Ποταμιάνος Γ.,1991).

### Κοινωνικό περιβάλλον

Παρατηρείται ότι συνήθως οι νέοι κάνουν χρήση της αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση. Η ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα και ο φόβος απόρριψης για τη μη συμμετοχή στα κοινά, δημιουργούν πίεση για την εκδήλωση συμπεριφορών όπως η κατανάλωση αλκοόλης. Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο Γ. ο οποίος αναφέρει ένα παράδειγμα ότι μια νεαρή γυναίκα που έκανε κατάχρηση αλκοόλ, παραδέχτηκε ότι πίεσε τον εαυτό της για να πίνει ουίσκι, παρόλο που η γεύση και η μυρωδιά ήταν δυσάρεστες, για να μην θεωρηθεί «απροσάρμοστη» όσο αφορά τους κανόνες της «ομαδικής» συμπεριφοράς.

### Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Τα ΜΜΕ και ιδιαίτερα η διαφήμιση για την προώθηση διαφόρων προϊόντων και την αύξηση των πωλήσεων συμβάλλει στην κατανάλωση της αλκοόλης με δυο τρόπους. Είτε με τη δημιουργία «προτύπων» τα οποία «υιοθετούνται» από τους νέους (μιμητική συμπεριφορά), είτε με το να «επιβεβαιώνει» υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν τη νεανική κουλτούρα. Οι διαφημίσεις τις περισσότερες φορές συνδέουν την κατανάλωση αλκοόλ με κοινωνική ή/ και σεξουαλική επιτυχία (Ποταμιάνος Γ., 1991).

### Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία

Πολλές φορές, η βραδινή (όπως καλλιτέχνες) και η μονότονη εργασία (ανειδίκευτοι εργάτες) καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλης για ευνόητους λόγους. Επίσης η μακρόχρονη απουσία από την οικογένεια (ναυτικοί) αποτελεί έναν παράγοντα. Τέλος, επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (ιδιοκτήτες μπαρ, κάβας ή μπάρμαν) έχουν απ' ότι φαίνεται αυξημένες πιθανότητες προσωπικής κατανάλωσης. (Ποταμιάνος Γ., 1991).

Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου αποτελεί παράγοντα και πολύ περισσότερο θεωρούνται αυτά τα άτομα ευάλωτα που ζουν και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης. Για την ψυχαγωγία αυτό φαίνεται από την συνηθισμένη έκφραση ... να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό... τα λέει όλα!!!!

### Γ) Πολιτισμικοί Παράγοντες

Η χρήση του αλκοόλ σε ορισμένες κοινωνίες όπως οι μουσουλμάνοι για θρησκευτικούς ή άλλους λόγους απαγορεύεται. Σε τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν επιτρέπεται η χρήση του. Έχει παρατηρηθεί σε κοινότητες όπου η χρήση αλκοόλης είναι κοινωνικά αποδεκτή, οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες. Σύμφωνα με Snyder (1958), η εβραϊκή κοινότητα αποτελεί παράδειγμα «ελεγχόμενης χρήσης» αλκοόλ. Στην προκείμενη περίπτωση, τα παιδιά μαθαίνουν να κάνουν χρήση αλκοόλ στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Άρα, η χρήση είναι αποδεκτή ενώ η μέθη ή η κατάχρηση αλκοόλ είναι αξιόποινες συμπεριφορές. Η κατάχρηση θεωρείται «μη σημιτική» συμπεριφορά (*un-jewish behaviour*). (Ποταμιάνος Γ., 1991)

Στις Η.Π.Α. και στην Ιρλανδία το αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτό αλλά υπάρχουν προβλήματα, γιατί εκλείπει το στοιχείο της «ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς» του αλκοόλ. Ακόμη και παιδιά που οι γονείς τους δεν κάνουν χρήση αλκοόλ μπορεί να οδηγηθούν σ' αυτό (O' Connor 1978, Grant 1979). Στην Γαλλία και στην Ιταλία το αλκοόλ επιτρέπεται σε σχετικά μικρές ηλικίες, ενώ παρουσιάζεται σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού, φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη «αντικοινωνική» συμπεριφορά σχετικά με κατανάλωση αλκοόλης. (Ποταμιάνος Γ., 1991)

### Δ) Βιολογικοί και Γενετικοί Παράγοντες

Από τα μέσα περίπου του 19<sup>ου</sup> αιώνα, η περί «εκφυλισμού» θεωρία-εκφυλισμός ως προς ένα ιδεατό τύπο ανθρώπου (Morel 1874) ή σε σχέση προς τους γεννήτορες (Magnan 1874)-συνδύαζε τις τότε επικρατούσες για την κληρονομικότητα ιδέες με τις τότε γενικότερες κοινωνικο-πολιτισμικές αντιλήψεις, για να εξηγηθεί η ψυχική αρρώστια. Καίρια θέση εντός του ερμηνευτικού αυτού σχήματος κατείχε ο αλκοολισμός: ο κοινωνικός εκφυλισμός δημιουργεί πότες και αυτοί με τη σειρά τους τίκτουν και γεννούν βιολογικά και κοινωνικά εκφυλισμένους, διαιωνίζοντας έτσι ένα φαύλο κύκλο. (Καραβάτος Αθ., 1988)

Στη συνέχεια στα μέσα της δεκαετίας του '40 μερικοί επιστήμονες προώθησαν την «θεωρία» σύμφωνα με την οποία οι αλκοολικοί

παρουσιάζουν έναν «αλλεργικό παράγοντα» στη βιολογική τους σύνθεση που είναι υπεύθυνος για την εξάρτηση τους από το αλκοόλ. Η «αλλεργική θεωρία» του αλκοολισμού κατέρρευσε σύντομα μετά τη δημοσίευση των εργαστηριακών πειραμάτων των Robinson k Voegtlin (1952) που ανέφεραν παντελή έλλειψη στοιχείων προς υποστήριξη της παραπάνω θεωρίας.(Ποταμιάνος Γ.,1991).

Ο Cadoret 1976 k ο Goodwin 1976 εστίαστηκαν στο θέμα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού μελετώντας την πιθανότητα εκδήλωσης αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν έχουν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. Τα αποτελέσματα έχουν αφήσει αναπάντητα ερωτήματα για την κληρονομικότητα του αλκοολισμού λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων. Τέτοιου είδους έρευνες είναι δύσκολες, γιατί τόσο η ανεύρεση του δείγματος όσο και η μεθοδολογία τους παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα. Η έρευνα των Roe k Burks (1945) αναφέρει έλλειψη στοιχείων προς υποστήριξη της κληρονομικότητας του αλκοολισμού. Βέβαια, η έρευνα του Goodwin (1973) έδειξε ότι το ποσοστό αλκοολισμού ήταν μεγαλύτερο σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά που ο πατέρας δεν ήταν αλκοολικός. Παρόμοια αποτελέσματα με του Goodwin είχε και η έρευνα των Cadoret k Gath (1977). Οι ερευνητές σχολιάζουν ότι «...ο εντοπισμός του αλκοολισμού σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων...»(Ποταμιάνος Γ.,1991).

Άλλωστε, δεν έχει διατυπωθεί καμιά απολύτως βέβαια πρόταση για τον τρόπο με τον οποίο μεταβιβάζεται η πολυγενετική φύση της διαταραχής, η οποία εκδηλώνεται απρόβλεπτα και με ποικίλους τρόπους.(J. Ades 1984).

Πολλαπλές φαίνεται να είναι, κατά τους υποστηρικτές, και οι συνέπειες αυτής της δυνητικής κληρονομικότητας: α) ιδιαίτερη ευφορική απάντηση στην οξεία χρήση αλκοόλ, β) ταχεία ανάπτυξη κυτταρικής ή μεταβολικής ανοχής, γ) ιδιαίτερη ευαισθησία-μετά από χρόνια χρήση- στην ανάπτυξη εγκεφαλοπαθειών, δ) εκδήλωση ατομικών διαφορών στο μεταβολισμό της αιθανόλης, ε) ανάπτυξη ψυχολογικών χαρακτηριστικών (όπως επίπεδο άγχους) που ευνοούν την ανάπτυξη μιας προδιαθεσικής προς τον αλκοολισμό προσωπικότητας.(Καραβάτος Αθ., 1988)

Τελειώνοντας με το θέμα της αιτιολογίας του αλκοολισμού θα μπορούσαμε να τονίσουμε τα εξής: Πρώτον, ο κάθε ένας από τους παράγοντες που αναφέρθηκε παραπάνω δεν οδηγεί αυτόματα και απαραίτητα στον αλκοολισμό, αλλά αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες εκδήλωσης αυτού του φαινομένου και δεύτερον, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι παράγοντες του αλκοολισμού δεν λειτουργούν ατομικά αλλά συλλογικά. Δηλαδή, «αλληλοεξαρτώνται» και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να «παράγουν» τον αλκοολισμό (Ποταμιάνος Γ., 1991).

## 2.2. Επίδραση του αλκοόλ στην Υγεία

### 2.2.1. Αλκοόλη και υγεία

Η χρόνια χρήση αλκοόλης συσχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα νοσολογικών διαταραχών. Η βαρύτητα των βλαβών στην υγεία από την χρήση της αλκοόλης εξαρτάται βασικά από την ποσότητα και τη διάρκεια της χρήσεως, αν και ούτε για την ποσότητα ούτε για τη διάρκεια υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο «όριο ασφαλείας». Τα διάφορα άτομα παρουσιάζουν ποικίλη ευαισθησία στην ανάπτυξη βλαβών από την αλκοόλη. Η κοινή αντίληψη πως όταν η χρήση αλκοόλης συνδυάζεται με επαρκή θερμιδική κάλυψη (καλή τροφή) δεν εμφανίζονται εύκολα βλαβερές επιδράσεις δεν φαίνεται σωστή. (Καρβουντζής Γ., 1986). Για παράδειγμα προς το τέλος της δεκαετίας του '70 η καθημερινή κατανάλωση 160gr αλκοόλης θεωρείται το ανώτατο όριο «ασφαλούς κατανάλωσης» από τους περισσότερους «αλκοολόγους», (ένα μπουκάλι «σκληρού οινοπνεύματος» όπως ουίσκι, τζιν, βότκα περιέχει 240 gr. αλκοόλης). Έκτοτε, τα πορίσματα επιδημιολογικών και κλινικών ερευνών δείχνουν ότι η καθημερινή κατανάλωση που υπερβαίνει τα 60-80 gr για τους άνδρες και 20-40 gr για τις γυναίκες μπορεί να προκαλέσει αρκετά από τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ ( Requignot et al 1974, Sherlock 1982) όπ. Αναφ. Ποταμιάνος, 1991).

Οι παράγοντες που καθορίζουν τη διαφορετική ευαισθησία στην αλκοόλη και οι μηχανισμοί που οδηγούν τελικά στην ανάπτυξη της βλάβης δεν είναι γνωστοί και αποτελούν «ερευνητική ιατρική πρόκληση» από πολλά χρόνια. Φαίνεται πως οι γυναίκες είναι πολύ πιο ευαίσθητες σ' όλες τις βλάβες από την αλκοόλη και πολύ πρόσφατα έχουν προκύψει σοβαρές ενδείξεις πως η «επιρρέπεια» για αλκοολισμό έχει κάποιο κληρονομικό χαρακτήρα. Αυτό θεωρείται πολύ σημαντικό αφού η ύπαρξη ενός αλκοολικού στην οικογένεια τοποθετεί τους απογόνους σε ομάδα «αυξημένου κινδύνου για ανάπτυξη αλκοολισμού» (Καρβουντζής Γ., 1986).

Ένας δείκτης «επικινδυνότητας» σχετικός με την εβδομαδιαία κατανάλωση της αλκοόλης είναι αυτός που δημοσιεύτηκε από το Βασιλικό Κολέγιο των Γενικών Γιατρών της Βρετανίας, το 1986. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει το

«επίπεδο κινδύνου» με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση σε «μονάδες αλκοόλης» για άνδρες και γυναίκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5  
Επίπεδο κινδύνου και εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλης.

Επίπεδο κινδύνου	Γυναίκες	Άνδρες
Χαμηλός	Λιγότερο από 16 μονάδες	Λιγότερο από 21 μονάδες
Μέτριος	16-35 μονάδες	21-49 μονάδες
Υψηλός	36 + μονάδες	21 + μονάδες

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα λαμβάνοντας υπόψη την ποικιλία των αντιδράσεων που παρατηρούνται ως αποτέλεσμα τόσο της «αθώας» κατανάλωσης όσο και της κατάχρησης του αλκοόλ, είναι ευνόητο γιατί οι σύγχρονες απόψεις εξετάζουν όχι μόνο τη σχέση μεταξύ «κατάχρησης» και «προβλημάτων» αλλά και μεταξύ «κατανάλωσης» και πιθανής ύπαρξης προβλημάτων (Ποταμιάνος Γ., 1991).

#### *Ποιο είναι το μέγεθος του προβλήματος*

Στοιχεία από τις Η.Π.Α. αναφέρουν ότι υπάρχουν 15-20.000.000 αλκοολικοί. Από τις οργανικές επιδράσεις του αλκοόλ προκαλούνται 100.000 θάνατοι κατ' έτος.

Το ετήσιο κόστος περίθαλψης για προβλήματα σχετιζόμενα με την χρήση αλκοόλ στις Η.Π.Α. είναι 100 δις δολάρια (15% του γενικού κόστους για την υγεία).

Και πάλι όσο αφορά τις Η.Π.Α. αναφέρεται ότι 40-50% των ανδρών είχαν κάποτε οργανικό πρόβλημα σχετιζόμενο με το αλκοόλ και 22-26% των εισαγωγών σε νοσοκομείο σχετίζονται με το αλκοόλ.

Δεδομένα από την άσκηση γενικής ιατρικής στην Αγγλία αναφέρουν ότι 41% των ανδρών και 28% των γυναικών κάνουν δυνητικά βλαπτική κατανάλωση αλκοόλ.

Αυξημένη θνητότητα αναφέρεται ότι εμφανίζουν άτομα που καταναλώνουν περισσότερα από 2-3 ποτά την ημέρα.

Οι θάνατοι από αλκοολισμό είναι ίσοι σε αριθμό με τους θανάτους από κακοήγη νεοπλασμάτα ή στεφανιαία νόσο (στοιχεία που αφορούν μεσήλικες άνδρες στην Σουηδία).

Το αλκοόλ με ή χωρίς βενζοδιαζεπίνες είναι το συχνότερο αίτιο θανάτου από κατάχρηση ουσιών (Υλικό από Κίνηση-Πρόταση).

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας έως το έτος 2000 το αλκοόλ θα αποτελούσε την 3<sup>η</sup> αιτία θανάτων. Τελικά το 1999, η W.H.O. κατέταξε το αλκοόλ στην 4<sup>η</sup> θέση ως αιτία θανάτων παγκοσμίως.

-το 39% των 9.216 θανάτων που αποδόθηκαν το 1995 στις ΗΠΑ σε μη ιατρική χρήση φαρμάκων, είχε αιτία το αλκοόλ.

-μεγάλο ποσοστό από τους εισαγόμενους σε νοσοκομεία των ΗΠΑ έχουν κάποιο πρόβλημα με το αλκοόλ ή είναι μη διαγνωσμένοι αλκοολικοί.

-ο θάνατος από ασθένειες στο συκώτι είναι 10 φορές πιο συχνός σε αυτούς που καταναλώνουν αλκοόλ, σε αντίθεση με αυτούς που δεν πίνουν.

-ενώ το ποτό, μέσα στα προτεινόμενα πλαίσια, μπορεί να προστατέψει τους μεσήλικες από καρδιακά επεισόδια, η υπερβολική χρήση του είναι πιο συνηθισμένη αιτία υψηλής πίεσης και αυξάνει τον κίνδυνο εγκεφαλικών και άλλων παθήσεων της καρδιάς.

-περίπου το 3% όλων των ειδών του καρκίνου οφείλονται στο αλκοόλ.

-σε παγκόσμιο επίπεδο υπολογίζεται ότι το αλκοόλ ευθύνεται για το 3,5% των ασθενειών και των αναπηριών (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

## 2.2.2 Οι επιπτώσεις

Η υπερκατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών είναι ένα τεράστιο κοινωνικό, αλλά και ιατρικό πρόβλημα, αφού συνδέεται:

-με την υπέρταση

-με διάφορους τύπους υπερλιπιδαιμιών

-με αύξηση της συχνότητας των ατυχημάτων, αλλά και

-με τον καρκίνο του ήπατος, του στόματος, του λάρυγγα, του οισοφάγου.

Τα οινοπνευματώδη ποτά αποδίδουν πολλές θερμίδες χωρίς καμία θρεπτική αξία. Συγκεκριμένα ένα γραμμάριο οινοπνεύματος αποδίδει επτά



θερμίδες. Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών οδηγεί σε παχυσαρκία, ενώ η κατάχρηση οδηγεί σε αλκοολισμό, ο οποίος συνοδεύεται από μείωση του σωματικού βάρους, λόγω διαταραχής της απορρόφησης άλλων θρεπτικών συστατικών και αφυδάτωσης. Ιδιαίτερα επηρεάζεται η απορρόφηση των βιταμινών του συμπλέγματος Β, του φολικού οξέος, του ασβεστίου, του μαγνησίου, και του ψευδαργύρου (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

#### A) Οργανικές Διαταραχές

##### Ηπατικές Βλάβες

Οι ηπατικές βλάβες εξαιτίας της κατάχρησης της αλκοόλης είναι γνωστές περισσότερο από κάθε άλλη οργανική διαταραχή. Στη Μ. Βρετανία και στις Η.Π.Α. οι θάνατοι εξαιτίας της αλκοολικής κίρρωσής του ήπατος, στα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί κατά 25% περίπου. Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται, η σχέση μεταξύ θνησιμότητας από κίρρωση του ήπατος και κατά κεφαλή κατανάλωσης σε διάφορες χώρες είναι άμεση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Θνησιμότητα από κίρρωση του ήπατος και κατανάλωση αλκοόλης.

	Θνησιμότητα από κίρρωση ανά άτομο (25 + ετών)	Κατά κεφαλή κατανάλωση (λίτρα καθαρού οινοπνεύματος το χρόνο)
Γαλλία	57,2	16,4
Πορτογαλία	55,1	14,1
Ιταλία	52,1	14,0
Δυτ. Γερμανία	39,6	11,3
Ισπανία	38,8	11,7
ΗΠΑ	28,6	5,8
Καναδάς	19,6	6,5
Σουηδία	15,6	5,7
Ολλανδία	7,4	4,8
Μ. Βρετανία	5,7	6,2

Οι Williams & Davis (1979) αναφέρουν ότι ο δείκτης θνησιμότητας από αλκοολική κίρρωση του ήπατος είναι από 7 έως 13 φορές μεγαλύτερος στους αλκοολικούς σε σύγκριση με μετριοπαθείς πότες. Αυτοί οι συγγραφείς

αναφέρουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες στην κίρρωση και την αλκοολική ηπατίτιδα απ' ότι είναι οι άνδρες, παρόλο που τα αίτια αυτού του φαινομένου δεν είναι ακόμη γνωστά. Επίσης ο Leibach (1974) έδειξε ότι η ποσότητα αλκοόλης που καταναλώνει ένα άτομο έχει άμεση σχέση με το βαθμό της βλάβης που προξενείτε στο ήπαρ, όπως καθορίζεται από τη βιοψία ήπατος. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι η επικρατούσα άποψη σχετικά με τον «τύπο αλκοολικού ποτού» και του βαθμού οργανικής ή άλλης διαταραχής είναι εσφαλμένη. Είναι κοινή η αντίληψη ότι τα «σκληρά ποτά» προξενούν μεγαλύτερη βλάβη από τα «μαλακά ποτά» (όπως μπύρα, κρασί). Αυτή η άποψη είναι λανθασμένη, στο βαθμό που το ήπαρ δεν «διαφοροποιεί» τα σκληρά από τα μαλακά ποτά. Απλά μεταβολίζει την αλκοόλη σε οποιαδήποτε μορφή αυτή καταναλώνεται. Κατά συνέπεια, η κατάχρηση κρασιού ή μπύρας είναι τόσο βλαβερή όσο και η κατάχρηση ουίσκυ ή τζιν (Ποταμιάνος Γ., 1991).

Οι πιο γνωστές διαταραχές του ήπατος σχετικές με την κατάχρηση της αλκοόλης είναι η οξεία αλκοολική ηπατίτιδα και βέβαια η κίρρωση του ήπατος. Είναι όμως ενδιαφέρον, ότι οι παραπάνω διαταραχές παρουσιάζονται σε σχετικά μικρό ποσοστό ατόμων που συνήθως χαρακτηρίζονται ως «χρόνιοι αλκοολικοί». Ένα δημοσίευμα (Leibach 1975) αναφέρει ότι σε ένα μη επιλεγμένο δείγμα αλκοολικών (526 άνδρες αλκοολικοί) μόνο το ένα τέταρτο αυτών των ατόμων παρουσίασε σοβαρή ηπατολογική βλάβη. Όπως σχολιάζει και η Sherlock(1982): «...Είναι άκρως ενδιαφέρον το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός χρόνιων αλκοολικών έχουν απόλυτα φυσιολογικό ήπαρ...γενετικοί παράγοντες θα πρέπει να καθορίζουν αυτό το φαινόμενο...»(Ποταμιάνος Γ., 1991).

Η Μάτσα Κατερίνα, υπεύθυνη του 18 ΑΝΩ λέει για την επίδραση του αλκοόλ στον οργανισμό: « το αλκοόλ μεταβολίζεται στο συκώτι. Έτσι, αυτό είναι το πρώτο όργανο το οποίο επηρεάζεται σοβαρά και προκαλεί ηπατοπάθεια μέχρι και κίρρωση. Επηρεάζονται επίσης το πάγκρεας, η καρδιά, ο εγκέφαλος. Μπορεί ένας άνθρωπος να είναι 40 χρονών και να είναι παρανοϊκός εξαιτίας της ατροφίας του εγκεφάλου του από το αλκοόλ. Επηρεάζει επίσης το νευρικό σύστημα- ιδιαίτερα το περιφερικό, με συνέπεια νευροπάθειες, πολυνευροπάθειες, πολυνευρίτιδες αλκοολικές- αλλά και όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Επίσης, το αλκοόλ προκαλεί

πολύ σοβαρά προβλήματα στην όραση και υπάρχουν και περιπτώσεις τύφλωσης από το αλκοόλ, γιατί επηρεάζεται πολύ το οπτικό νεύρο. Ένας άνθρωπος που έχει μπει στον αλκοολισμό, είναι σίγουρο ότι έχει έναν οργανισμό ο οποίος λειτουργεί με τεράστια προβλήματα. Άλλωστε αυτό φαίνεται από την καταβολή του οργανισμού πέρα από τις συνέπειες, τις βλάβες συγκεκριμένων οργάνων και συγκεκριμένων συστημάτων του οργανισμού, υπάρχει και η καταβολή λόγω της υποθρεψίας του ανθρώπου» (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

#### Θάνατοι από ασθένεια στο ήπαρ και κίρρωση

ΧΩΡΕΣ	1970	1980	1990	1991	1992	1993
Αυστρία	27,7	29,2	25,8	27,2	27,6	25,9
Βέλγιο	10,9	12,9	11,3	-	-	-
Δανία	9,2	11,4	13,4	13,5	13,5	13,4
Φινλανδία	5,1	6,8	10,6	10,6	11,3	9,9
Γαλλία	33,9	28,9	17,5	16,6	15,6	-
Γερμανία	-	-	20,2	21,7	21,4	21,5
Ελλάδα	16,5	10,6	8	7,9	8,6	8,2
Ιρλανδία	3,8	4,7	2,7	3,2	3,1	-
Ιταλία	30,7	32,9	22,6	21,9	-	-
Λουξεμβούργο	-	23	23,7	18,3	18,9	16,4
Ολλανδία	4,6	5,1	4,8	4,9	5,1	4,5
Πορτογαλία	-	-	24,5	27	26,2	26,4
Ισπανία	24,7	24,2	19,3	18,7	17,7	-
Σουηδία	7,5	11,2	6,5	6	6,4	-
Μ. Βρετανία	2,8	4,6	6	5,9	5,8	-

(Πηγή: W.H.O. Health for all Database, 1997)

Ο παραπάνω πίνακας 7 μπορεί να συνοψισθεί στα εξής:

Μέχρι το 1970 χώρες με υψηλά ποσοστά θανάτων που σημειώνουν πτώση είναι η Γαλλία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο και η Ισπανία. Αυτές που έχουν υψηλά ποσοστά χωρίς ουσιαστική μείωση είναι η Αυστρία, η Γερμανία, και η Πορτογαλία. Τα ποσοστά στην Αγγλία, τη Δανία και τη Φινλανδία είναι συγκριτικά χαμηλά, αλλά σε αυτές τις χώρες σημειώνεται αύξηση των θανάτων. Το Βέλγιο, η Ιρλανδία και η Ολλανδία έχουν χαμηλά και σχετικά χαμηλά ποσοστά θανάτων.

Η Ελλάδα και η Σουηδία φαίνεται να σημειώνουν πτώση στα ήδη χαμηλά ποσοστά του '70 .

Βέβαια, τα στοιχεία αυτά της W.H.O. ήρθε να αντικρούσει ένα χρόνο αργότερα, το 1994, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης του Ήπατος Τσαντούλας Δημ., όταν ανακοίνωσε ότι:

- Ανησυχητική είναι στη χώρα μας η αύξηση των κρουσμάτων κίρρωσης του ήπατος από την υπερκατανάλωση αλκοόλ.
- Μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν οι νέοι, λόγω της ευκολίας με την οποία μπορούν να βρουν και να καταναλώσουν ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα. Οι επιστήμονες προειδοποιούν ότι όσοι πίνουν 60 γραμμάρια αλκοόλ την ημέρα, έχουν 20% πιθανότητες να εκδηλώσουν κίρρωση του ήπατος μέσα σε 10 χρόνια.

Επίσης ο ίδιος έκρουσε τον κίνδυνο υπογραμμίζοντας ότι το 10% των κίρρώσεων οφείλεται στην υπερκατανάλωση οινοπνεύματος. Και προειδοποιώντας ότι είναι σχετικά εύκολο να καταναλωθούν 60 γραμμάρια αλκοόλ την ημέρα.

Η ποσότητα αυτή του οινοπνεύματος υπάρχει σε 4 μπουκάλια μπύρας ή σε ενάμισι μπουκάλι κρασί ή σε τέσσερα διπλά ούισκι. Στην Ελλάδα παρατηρείται μια έξαρση στα νοσήματα του ήπατος. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι ο καρκίνος του ήπατος θεωρείται ο «εθνικός» μας καρκίνος (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

#### Τι περιέχουν τα ποτά

ΠΟΤΟ (100γρ.)	Αλκοόλ	Πρωτεΐνες	Λιπίδια	Υδατάνθρακες	Νερό
Κρασί (Λευκό)	9,9%	0,1 γραμ.	-	4,2 γραμ.	85,6 γραμ.
Κρασί (Κόκκινο)	15,3%	0,1 γραμ.	-	7,7 γραμ.	76,7 γραμ.
Μπύρα	4 -5%	-	-	ίχνη	92,1 γραμ.
Ούζο	40%	-	-	ίχνη	58,2 γραμ.
Τζιν,ουίσκι,βότκα	42,5%	-	-	ίχνη	64 γραμ.
Ρακί,τσιπούρο	36%	-	-	ίχνη	64 γραμ.
Κονιάκ	40%	-	-	ίχνη	64 γραμ.

(Πηγή: W.H.O Health for all Database, 1997)

### *Καρδιαγγειακές Διαταραχές*

Η καρδιά είναι ένα άλλο σημαντικό όργανο, η λειτουργία του οποίου επηρεάζεται από την κατάχρηση της αλκοόλης. Σύμφωνα με τους Alderman & Coltart (1982), η σχέση μεταξύ κατανάλωσης της αλκοόλης και μυοκαρδιοπάθειας ήταν γνωστή από το 1873. Επειδή όμως οι παράγοντες όπως η κακή διατροφή (ιδιαίτερα η έλλειψη πρωτεΐνης) συμβάλλουν στην πρόκληση της μυοκαρδιοπάθειας, η άμεση επίδραση της αλκοόλης στην λειτουργία της καρδιάς έγινε περισσότερο γνωστή από το τέλος της δεκαετίας του '30. Ερευνητικά στοιχεία δεν αφήνουν καμιά αμφιβολία για τον ουσιαστικό ρόλο της αλκοόλης στη μυοκαρδιοπάθεια, παρόλο που η παράλληλη λήψη άλλων τοξικών ουσιών και η κακή διατροφή συμβάλλουν ουσιαστικά σ' αυτή τη διαταραχή. Επίσης, κάποιες εργαστηριακές έρευνες με ποντίκια έχουν επιβεβαιώσει την εμφάνιση βιοχημικών και αιμοδυναμικών ανωμαλιών σε αυτά τα ζώα μετά από βραχεία λήψη αλκοόλης και παρόλο που η διατροφή τους ήταν κανονική (Alderman et al 1982, ό.π. αν. Ποταμιάνος Γ., 1991).

Μια σειρά από μελέτες τόνισαν τη σχέση μεταξύ κατανάλωσης της αλκοόλης και υπέρτασης. Για παράδειγμα, οι D'Alonzo et al (1968) έδειξαν ότι οι προβληματικοί πότες είναι κατά 2,3 περισσότερο υπέρτασικοί σε σύγκριση με μη-προβληματικούς πότες, ενώ οι Kannel et al (1974) ανέφεραν μια σημαντική σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και συστολικής πίεσης. Παρόμοια αποτελέσματα δείχνουν και οι Klatsky et al (1977) που διερεύνησαν την κατανάλωση της αλκοόλης σε ένα δείγμα 83.947 ατόμων. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι τόσο η συστολική όσο και η διαστολική πίεση ήταν ψηλότερες στους καταναλωτές του αλκοόλ σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έπιναν καθόλου. Περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι το ύψος και των δύο πιέσεων είχε άμεση σχέση με την ποσότητα των αλκοολούχων ποτών που κατανάλωνε ο πότης. Επίσης, μελέτες που έχουν γίνει τόνισαν την ύπαρξη υπατικής δυσλειτουργίας σε υπέρτασικούς ασθενείς που έκαναν κατάχρηση αλκοόλης (Ποταμιάνος Γ., 1991).

*Άλλες επιπτώσεις του αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό.*

**Στομάχι :** Το αλκοόλ ερεθίζει το πεπτικό σύστημα. Εμετοί και πόνοι που προκαλούν έλκος είναι τα άμεσα αποτελέσματα.

*Νεφρά :* Το αλκοόλ μπορεί να σταματήσει τη λειτουργία των νεφρών, που να διατηρούν τη σωστή ισορροπία των υγρών και των μετάλλων στο σώμα.

*Φλέβες-Αρτηρίες :* Το αλκοόλ διευρύνει τα αιμοφόρα αγγεία με άμεσο αποτέλεσμα τους πονοκεφάλους και την πτώση της θερμοκρασίας του σώματος (υποθερμία).

*Αίμα :* Το αλκοόλ μειώνει τη δυνατότητα του σώματος να παράγει αίμα με αποτέλεσμα την αναιμία και/ ή τη μόλυνση του (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν.,2000).

### *Αλκοολική μυοπάθεια*

Η χρόνια αλκοολική μυοπάθεια είναι ένα από τα πολλά οργανικά προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση του αλκοόλ. Η ασθένεια αυτή χαρακτηρίζεται από μια βαθμιαία και συνήθως ανώδυνη φθορά και αδυναμία κεντρικών μυών ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται στα πόδια (Martin 1982). Σύμφωνα με αυτόν τον συγγραφέα, η αλκοολική μυοπάθεια εμφανίζεται σε αλκοολικούς με τουλάχιστον 10χρονο ιστορικό κατάχρησης της αλκοόλης και με ελάχιστη καθημερινή κατανάλωση όχι μικρότερη των 10 γρ. Η επίπτωση (συχνότητα) αυτής της ασθένειας παραμένει απροσδιόριστη (Ποταμιάνος Γ.,1991).

### *Καρκίνος*

Η σχέση μεταξύ του αλκοόλ και του καρκίνου άρχισε να διερευνάται μετά την καθιερωμένη άποψη ότι η νικοτίνη είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στο καρκίνο του πνεύμονα (Mc Sween 1982). Ένας αξιόλογος αριθμός μελετών που εκπονήθηκαν από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα έφεραν στο φως ενδεικτικά στοιχεία για το ρόλο της κατάχρησης της αλκοόλης στην καρκινογένεση. Η πλειοψηφία αυτών των μελετών έδειξαν ότι η κατάχρηση του αλκοόλ μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στον καρκίνο του στόματος, του φάρυγγος, του λάρυγγος, του οισοφάγου, του στομάχου και του ήπατος. Εκτιμάται ότι οι πιθανότητες καρκίνου σε αλκοολικά άτομα είναι 10 φορές περισσότερες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Lieber et al 1979), ενώ σε αλκοολικούς που είναι καπνιστές οι πιθανότητες καρκίνου αυξάνουν 15 φορές. Η μελέτη των Williams & Horn (1977) διερεύνησε τις επιπτώσεις από την κατανάλωση νικοτίνης και αλκοόλης σε ένα δείγμα 7.518 ατόμων. Οι

παραπάνω ερευνητές επιβεβαίωσαν προηγούμενα ευρήματα σχετικά με την κατάχρηση της αλκοόλης ως παράγοντα καρκινογένεσης. Σύμφωνα με τα ερευνητικά τους στοιχεία, το αλκοόλ συνδέεται με τον καρκίνο του στόματος και του οισοφάγου, ενώ η νικοτίνη έχει περισσότερη σχέση με τον καρκίνο του λάρυγγα. Οι παραπάνω μελέτες είναι ένα μικρό δείγμα δημοσιευμάτων που τονίζουν τη σχέση μεταξύ κατάχρησης της αλκοόλης και καρκίνου. Σύμφωνα με τον Mc Sween (1982), οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν καθιερώσει τη σχέση αλκοόλ-καρκίνου. Στο μέλλον ίσως διευκρινιστούν οι «μηχανισμοί» διαμέσου των οποίων το αλκοόλ δρα ως καρκινογενής ουσία (Ποταμιάνος Γ.,1991).

### *Υποσιτισμός*

Ο υποσιτισμός είναι ένα από τα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού, αν και η σχέση μεταξύ κατανάλωσης της αλκοόλης και διατροφής παραμένει ασαφής (Morgan 1982). Οι Hillman et al (1977) υποστήριξαν ότι ο αλκοολισμός είναι η κυριότερη αιτία του υποσιτισμού στον Δυτικό Κόσμο. Είναι γνωστό όμως ότι οι περισσότεροι αλκοολικοί που εισάγονται στο νοσοκομείο αναφέρουν βαθμιαία μείωση του βάρους τους. Σε μια έρευνα η Morgan (1981) βρήκε ότι το 30% ενός δείγματος αλκοολικών μιας ηπατολογικής μονάδας εμφάνισε κλινικά στοιχεία υποσιτισμού ανεξάρτητα από ηπατική δυσλειτουργία. Οι αλκοολικοί όμως που εισάγονται στο νοσοκομείο συνήθως επανακτούν το βάρος τους αρκετά γρήγορα (Mezey et al 1971). Κάποιες μελέτες υποστήριξαν ότι το φαινόμενο του υποσιτισμού ήταν αποτέλεσμα της ανεπαρκούς δίαιτας (ο όρος δίαιτα χρησιμοποιείται με τη γενικότερη έννοια του σιτισμού) που χαρακτηρίζει πολλούς προβληματικούς πότες. Βέβαια, υπάρχουν άλλες έρευνες που έχουν αντίθετη άποψη (Neville et al 1968, Hurt et al 1981 και Morgan 1981) που σύγκριναν το διαιτολόγιο ομάδων αλκοολικών με εκείνο μη-αλκοολικών ατόμων και δεν βρήκαν διαφορές μεταξύ τους. Σύμφωνα με την Morgan (1982), ο υποσιτισμός των αλκοολικών οφείλεται κυρίως σε παράγοντες όπως η κακή πέψη και απορρόφηση θρεπτικών στοιχείων και ο ελαττωματικός μεταβολισμός αυτών των στοιχείων (Ποταμιάνος Γ.,1991).

### *Νευρολογικές Διαταραχές*

Οι νευρολογικές διαταραχές είναι από τις κύριες επιπτώσεις της κατάχρησης της αλκοόλης. Η περιφερειακή νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο Wernick-Korsakoff και η αλκοολική άνοια είναι μερικές από τις νευρολογικές διαταραχές αλλά και στη γενικότερη λειτουργία του εγκεφάλου (Thomson 1982). Ανεπάρκεια βιταμινών της σειράς Β και ιδιαίτερα έλλειψης βιταμίνης Β12 είναι το κυριότερο αίτιο των νευρολογικών διαταραχών. Σύμφωνα με τον Marsden (1979), παρόλο που οι περισσότεροι αλκοολικοί παρουσιάζονται με ένα κύριο νευρολογικό πρόβλημα, πολλοί από αυτούς εκδηλώνουν και πρόσθετα νευρολογικά συμπτώματα ή/ και άλλες διαταραχές (όπως επιληψία, εκφυλισμό του πρόσθιου λοβού της παρεγκεφαλίδας) κατά τη διάρκεια της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Η πιο κοινή από τις νευρολογικές διαταραχές είναι η περιφερειακή νευροπάθεια. Αυτή η ασθένεια εμφανίζεται τουλάχιστον στο 10% των «χρόνιων αλκοολικών». Σύμφωνα με ερευνητικά στοιχεία (Victor 1975), η περιφερειακή νευροπάθεια ποικίλλει από ασυμπτωματική νευροπάθεια μέχρι ουσιαστική αδυναμία των μυών και σημαντική ανεπάρκεια των αισθητηρίων οργάνων. Σύμφωνα με τους Martin et al (1982), η περιφερειακή νευροπάθεια εμφανίζεται ανεξάρτητα από τη χρόνια μυοπάθεια των σκελετικών μυών η οποία είναι κοινή διαταραχή στους χρόνιους αλκοολικούς (Ποταμιάνος Γ., 1991).

Για το σύνδρομο Wernick-Korsakoff και την αλκοολική άνοια έχουμε μιλήσει με εκτενέστερο τρόπο.

### 2.2.3. Ψυχιατρικές Διαταραχές/ Γνωστικές δυσλειτουργίες

Η γενική έννοια των ψυχολογικών διαταραχών περιλαμβάνει: α) τη σχέση αλκοολισμού και ψυχιατρικής νόσου και β) το βαθμό των γνωστικών δυσλειτουργιών, όπως αυτές αξιολογούνται διαμέσου ψυχολογικών δοκιμασιών στον αλκοολικό ασθενή.

Οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί:

1. Να προϋπήρχαν του αλκοολισμού και να έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία του.
2. Να είναι αποτέλεσμα της εξάρτησης από το αλκοόλ.



### 3. Να εμφανίζονται ανεξάρτητα από τον αλκοολισμό.

Η σχέση αλκοολισμού και ψυχιατρικής νόσου έχει διερευνηθεί από δύο πλευρές. Μερικές μελέτες διερευνούν τη συχνότητα ψυχιατρικής νόσου σε αλκοολικά άτομα, ενώ άλλες μελέτες διερευνούν την ύπαρξη του αλκοολισμού σε άτομα που εισάγονται στο ψυχιατρείο με κύρια διάγνωση κάποια ψυχιατρική νόσο και όχι αλκοολισμό. Ο Crowley και οι συνεργάτες του (1974) εξέτασαν 50 διαδοχικές εισαγωγές σε ψυχιατρείο και βρήκαν ότι η κατάχρηση αλκοόλης συνετέλεσε σε περισσότερες από το 25% αυτών των εισαγωγών. Οι Fowler et al (1977) ανέφεραν ότι οι περισσότεροι από το 50% των εισαχθέντων σε μια ψυχιατρική μονάδα είχαν διάγνωση αλκοολισμού. Από αυτούς, 33% είχαν μόνο διάγνωση αλκοολισμού ενώ το 67% είχαν και διάγνωση ψυχιατρικής νόσου εκτός αυτής του αλκοολισμού. Και άλλες έρευνες έδειξαν παρόμοια αποτελέσματα. (Ποταμιάνος Γ., 1991).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, υπάρχουν στοιχεία ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς που εισάγονται στο ψυχιατρείο με κύρια διάγνωση τον αλκοολισμό. Σε μια έρευνα Tyndal (1974) υποστήριξε ότι από 1.000 εισαγωγές με διάγνωση αλκοολισμού καμία δε θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως «μη ψυχιατρικό περιστατικό». Ο Solomon (1982) και κάποιες άλλες έρευνες αναφέρθηκαν ότι δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι ο αλκοολισμός και η ψυχιατρική συμπτωματολογία τείνουν να συνυπάρχουν σε μεγάλο αριθμό ασθενών (Ποταμιάνος Γ., 1991).

Τα τελευταία χρόνια στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες που εξετάζουν τόσο τη συχνότητα και την ποικιλία εγκεφαλικής βλάβης όσο και τις γνωστικές δυσλειτουργίες στα αλκοολικά άτομα. Μια μελέτη του Hornath (1975) έδειξε ότι το 9% 1.000 διαδοχικών εισαγωγών σε μονάδα αλκοολισμού παρουσίασαν χρόνια οργανικά σύνδρομα με κύρια χαρακτηριστικά την απώλεια μνήμης και την ανεπάρκεια των διανοητικών λειτουργιών. Η συχνότητα των παραπάνω προβλημάτων ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες αλκοολικούς (Ποταμιάνος Γ., 1991).

Οι προβληματικοί πότες παρουσιάζουν συχνά προβλήματα μνήμης. Η ανεπάρκεια αυτής της μνήμης εστιάζεται κυρίως στη δυνατότητα μάθησης νέου λεκτικού και μη λεκτικού υλικού. Σύμφωνα με την Acker (1982) η ηλικία και ο χρόνος εξάρτησης του ασθενή είναι καθοριστικοί παράγοντες τόσο για το

βαθμό μνημονικής ανεπάρκειας όσο και στη δυνατότητα υπέρβασης μνημονικών αποτελεσμάτων. Θα πρέπει να τονιστεί, ότι μόνο οι προβληματικοί πότες με αποχή 6-12 μηνών δείχνουν βελτίωση των μνημονικών προβλημάτων. Η παραπάνω χρονική περίοδος είναι μόνο ενδεικτική και ποικίλλει σημαντικά (Ποταμιάνος Γ., 1991).

Μέσα από έρευνες που έχουν γίνει τονίζονται οι γνωστικές, νοητικές και γενικές δυσλειτουργίες της αντίληψης σε μεγάλο αριθμό αλκοολικών. Όπως επίσης, πολλές από τις παραπάνω δυσλειτουργίες είναι αντιστρέψιμες.

#### 2.2.4 Διαβήτη και αλκοόλ

##### *Καθημερινή διατροφή και αλκοόλ*

Το αλκοόλ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής μας διατροφής. Είναι όμως καλό να πίνουν οι διαβητικοί; Όπως λένε οι υπεύθυνοι γιατροί, ναι, εφόσον ο διαβήτης είναι υπό έλεγχο, δεν έχουν επιπλοκές και είναι ενημερωμένοι όσον αφορά τους ειδικούς κινδύνους που κρύβει το αλκοόλ για τους ανθρώπους με ινσουλινοεξαρτώμενο (τύπου I) ή μη ινσουλινοεξαρτώμενο (τύπου II) διαβήτη. Η πρόσληψη αλκοόλ θα ήταν καλύτερα να περιορίζεται σε ένα ή δύο ποτά κάθε φορά, μία ή δύο φορές την εβδομάδα. (Novo Nordisk Hellas, 2003).

##### *Κίνδυνος υπογλυκαιμίας*

Το συκώτι αποθηκεύει τους υδατάνθρακες υπό μορφή γλυκογόνου. Φυσιολογικά, όταν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα πέσουν πολύ χαμηλά, το συκώτι ενεργοποιείται και μετατρέπει το γλυκογόνο σε γλυκόζη, την οποία και απελευθερώνει στο αίμα. Αλλά επειδή το αλκοόλ είναι μια τοξίνη, το συκώτι θέλει να την απομακρύνει γρήγορα από την κυκλοφορία του αίματος. Έτσι δίνει προτεραιότητα στην επεξεργασία του αλκοόλ, ενώ η απελευθέρωση γλυκόζης τίθεται σε αναμονή επηρεάζοντας τα επίπεδα της στο αίμα. Σε ένα άτομο λοιπόν που δεν έχει διαβήτη, το συκώτι και το πάγκρεας εργάζονται από κοινού για να προσαρμόσουν τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος. Το πάγκρεας καθυστερεί την απελευθέρωση της ινσουλίνης στο αίμα και το συκώτι παρέχει επιπλέον ποσότητες γλυκόζης. Μαζί οι διεργασίες αυτές

προλαμβάνουν την υπογλυκαιμία (χαμηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα). Σε ένα άτομο όμως με διαβήτη η ένεση ινσουλίνης θα απομακρύνει τη γλυκόζη από το αίμα. Το πάγκρεας δεν μπορεί να προσαρμοσθεί με τον τρόπο που θα το έκανε ένα πάγκρεας το οποίο θα λειτουργούσε τέλεια. Εξαρτάται το άτομο από την γλυκόζη που παίρνει ή από τη γλυκόζη που παράγει το συκώτι για να προληφθεί η υπογλυκαιμία.

Αν έχει πει έστω και ένα αλκοολούχο ποτό, η ικανότητα του συκωτιού προς παροχή γλυκόζης διαταράσσεται. Η κατανάλωση έστω και μικρής ποσότητας, της τάξης των 60gr περίπου (η ποσότητα που περιέχεται σε ένα μέσο κοκτέιλ ή σε ένα κουτί μπύρας) σε άδειο στομάχι, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή υπογλυκαιμία. (Novo Novodisk Hellas, 2003).

#### *Πως θα αποφευχθεί η υπογλυκαιμία*

Ο καλύτερος τρόπος να αποφευχθεί η υπογλυκαιμία όταν πίνουν, είναι να περιορίσουν τα ποτά και να μην πίνουν με άδειο στομάχι. Μετά από μια μεγάλη βόλτα με ποδήλατο ή άλλη έντονη δραστηριότητα καλύτερα να ελέγχετε η γλυκόζη (σάκχαρο) του αίματος πριν πιουν κάποιο ποτό και τουλάχιστον μια φορά ενώ πίνουν. Θα πρέπει να ακολουθούν πιστά το πρόγραμμα διατροφής τους το οποίο καθορίζεται από κοινού με το γιατρό.

Άλλο αποτέλεσμα της κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να είναι η καθυστερημένη υπογλυκαιμία. Για παράδειγμα, εάν φάνε πολύ λίγο ενώ πίνουν, η υπογλυκαιμία μπορεί να εκδηλωθεί ύστερα από πολλές ώρες.

Η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών αναστέλλει την ικανότητα να αναρρώσει κάποιος ύστερα από πτώση των επιπέδων της γλυκόζης του αίματος. Καλύτερα να ελέγχεται η γλυκόζη του αίματος εάν πίνει. Ίσως χρειαστεί να φάει κάποιο ελαφρύ γεύμα πριν κοιμηθεί. Εάν έχει υπογλυκαιμία, μπορεί να χρειασθεί να αντιμετωπιστεί περισσότερο από μια φορά κατά τις επόμενες ώρες. Θα πρέπει να έχει κοντά του μια πηγή γλυκόζης ταχείας δράσης που να λαμβάνεται από το στόμα. Εάν χάσουν τις αισθήσεις, η γλυκόζη πρέπει να ενεθεί απ' ευθείας στο κυκλοφορικό σύστημα. Η ένεση γλυκαγόνης, μιας ορμόνης που διεγείρει την παραγωγή γλυκόζης στο συκώτι, δεν είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας που οφείλεται στο ποτό. (Novo Novodisk Hellas, 2003).

### *Κατάχρηση αλκοόλ*

Η μακροχρόνια κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να επιφέρει μόνιμη βλάβη στην ικανότητα του συκωτιού να αποθηκεύει υδατάνθρακες και να τους χρησιμοποιεί για να παράγει νέες ποσότητες γλυκόζης. Τότε ο έλεγχος του διαβήτη γίνεται πιο δύσκολος.

Ο περιορισμός των ποτών σε μέτρια επίπεδα με τα γεύματα δεν θα επηρεάσει, κατά πάσα πιθανότητα, τον έλεγχο του διαβήτη. Μπορεί όμως να επηρεάσει τον έλεγχο του βάρους.

Μπορούμε να αναφέρουμε ένα παράδειγμα με την μπύρα. Εάν πει δύο ελαφρές (light) μπύρες την ημέρα, λαμβάνει περίπου 200 επιπλέον θερμίδες, δηλαδή 9 kg ετησίως, άχρηστων θερμίδων-και είναι άχρηστες επειδή δεν παρέχουν χρήσιμα συστατικά στον οργανισμό. Το αλκοόλ στερεί τον οργανισμό από χρήσιμα συστατικά όπως οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β.

Σε μια δίαιτα χαμηλού θερμιδικού περιεχομένου, ακόμη και ένα ποτό μπορεί να αποτελέσει το 10% των επιτρεπόμενων ημερήσιων θερμίδων. Θα πρέπει το αλκοόλ να αποτελεί το 6% ή λιγότερο των ημερήσιων θερμίδων.

Εάν τρώει φαγητά ισοδύναμα με 1500 θερμίδες ημερησίως, το 6% είναι 90 θερμίδες, γεγονός που επιτρέπει την κατανάλωση μιας μπύρας light (αν και ανάλογα με την μάρκα, μια μπύρα light μπορεί να έχει από 70 έως 130 θερμίδες). Εάν η δίαιτα απαιτεί 1800 θερμίδες ημερησίως, το 6% (108 θερμίδες), επιτρέπει την κατανάλωση 45 gr οινοπνευματωδούς ποτού ή ενός κοκτέιλ. (Novo Novodisk Hellas, 2003).

### *Αλκοόλ και μακροχρόνιες διαβητικές επιπλοκές*

Το αλκοόλ μπορεί να επιδεινώσει ορισμένες καταστάσεις που σχετίζονται με τον διαβήτη. Αυτές είναι:

**Νευροπάθεια:** Το αλκοόλ έχει άμεση τοξική επίδραση επί των νεύρων. Εάν κάποιος έχει διαβητική νευροπάθεια στα άκρα (περιφερική νευροπάθεια), το υπερβολικό ή το τακτικό ποτό μπορεί να αυξήσει τον πόνο, το κάψιμο, το μυρμήγκιασμα, τις αιμωδίες (τσιμπήματα) ή άλλα συμπτώματα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ακόμα και η κανονική κατανάλωση ελαφρών ποτών (λιγότερα από δύο ποτά την εβδομάδα), μπορεί να ενεργοποιήσει την νευροπάθεια. Έχει διαπιστωθεί ότι η αποκλειστική κατανάλωση ελαφρών ποτών και η

εντατικοποίηση του ελέγχου της γλυκόζης (σακχάρου), μπορεί να σας βοηθήσουν να αποφύγετε ή να αντιμετωπίσετε την ανικανότητα που προκαλείται από την βλάβη των νεύρων. Εάν κάποιος ταλαιπωρείται από χρόνια στομαχικά προβλήματα λόγω αυτόνομης νευροπάθειας, όπως η διαβητική διάρροια ή δυσκοιλιότητα, τότε το αλκοόλ συμπεριφέρεται ως στυπτικό και μπορεί να ερεθίσει την επικάλυψη του στομάχου και των εντέρων και να προκαλέσει φλεγμονή, η οποία με τη σειρά της, θα αυξήσει την δυσφορία.

*Αμφιβληστροειδοπάθεια:* Σε μια μελέτη που έγινε το 1984 σε 300 διαβητικούς άνδρες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η πολύ μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ (3 ή περισσότερα ποτά ημερησίως), σχετιζόταν με την ανάπτυξη και την πρόοδο διαβητικής οφθαλμοπαθείας, που μπορεί, μερικές φορές, να οδηγήσει σε τύφλωση.

*Υπέρταση:* Η υψηλή αρτηριακή πίεση είναι αποτέλεσμα της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών. Όταν αυξάνεται η ποσότητα του ποτού, τότε η πίεση θα αυξηθεί και πάλι. Δεν είναι γνωστό με ποιον τρόπο το αλκοόλ αυξάνει την αρτηριακή πίεση, αλλά η εν λόγω συσχέτιση έχει αποδειχθεί.

*Τριγλυκερίδια:* Πολλοί άνθρωποι που έχουν διαβήτη έχουν υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων και θα πρέπει να αποφεύγουν κάθε κατανάλωση αλκοόλ. Το αλκοόλ επηρεάζει την κάθαρση των τριγλυκεριδίων από το αίμα μέσω του ήπατος και παρακινεί το συκώτι να παράγει περισσότερα. Από μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι ακόμη και μέτριες ποσότητες (2 ποτήρια των 120 gr κρασιού την εβδομάδα), μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων στο αίμα.

Τέλος, το αλκοόλ μπορεί να αλληλεπιδράσει με τα φάρμακα. Για παράδειγμα αν κάποιος πάσχει από διαβήτη τύπου II και παίρνει σουλφονουλουρία, μπορεί να αυξήσει τη δράση της και να την κάνει πιο έντονη και μεγαλύτερης διάρκειας και να οδηγήσει σε υπογλυκαιμία. (Novo Nordisk Hellas, 2003).

**«Να Πίνει Κανείς ή Να μην Πίνει; Η Επιλογή είναι Δική Σας!!!!!!**

**Καλύτερα να το σκεφτόμαστε δύο φορές πριν γεμίσουμε το ποτήρι μας!!!!!!**

### 2.2.5. Αλκοόλ και Γυναίκα

Στις προηγμένες χώρες, ο αριθμός των γυναικών που πίνουν έχει αυξηθεί πολύ τα τελευταία χρόνια. Το αλκοόλ όπως είπαμε προκαλεί σοβαρά προβλήματα στο πάγκρεας. Στις γυναίκες είναι περισσότερο επικίνδυνο απ' ότι στους άνδρες η συχνή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών λόγω της διαφοράς των ένζυμων του στομάχου που μεταβολίζουν το οινόπνευμα.

Σε μερικές πρόσφατες μελέτες παρατηρήθηκε ότι φτάνει περισσότερο αλκοόλ στην κυκλοφορία του αίματος των γυναικών, επειδή το στομάχι τους δεν είναι εξίσου ικανό με το αντρικό στο να διασπά χημικώς το αλκοόλ. Γενικότερα το οινόπνευμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα τροχαίων ατυχημάτων αλλά και στη βία στο σπίτι, κακομεταχείριση παιδιών και άλλα «αμαρτήματα» στα οποία υποκύπτουν και άντρες και γυναίκες.

Ο εθισμός στο οινόπνευμα χαρακτηρίζεται από την καθ' εξόν κατανάλωση και τη δημιουργία συμπτωμάτων απομόνωσης, όταν κανείς σταματήσει ξαφνικά να πίνει. Σε πολλές γυναίκες, το πέρασμα από το αθώο «ποτηράκι» στον εθισμό είναι τόσο βαθμιαία, ώστε δεν το καταλαβαίνουν πάρα πολύ μόνο όταν έχουν ήδη εθιστεί για τα καλά. Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των Αμερικανίδων που έχουν προσχωρήσει στον αλκοολισμό έχει ελαφρά αυξηθεί. Σύμφωνα με τις σχετικές εκτιμήσεις, στις Η.Π.Α., 3 στους 50 (άντρες και γυναίκες) έχουν εξάρτηση από το αλκοόλ.

Μακροχρόνια μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ μπορεί εκτός από σοβαρές ανωμαλίες στο ήπαρ ηπατίτιδα και κίρρωση, εκφύλιση του νευρικού συστήματος και κυκλοφοριακές και καρδιακές παθήσεις, πρέπει να σημειωθεί ότι επιτείνει την οστεοπόρωση στις γυναίκες (J. Jaffe, R. Peterson, R. Hodgson, 1981).

### 2.2.6. Αλκοόλ και Εγκυμοσύνη

Το «Αλκοολικό Εμβρυϊκό Σύνδρομο» απαντάται όταν οι γυναίκες καταναλώνουν ποσότητες αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Το ΕΑΣ αποτελεί την πρώτη περιβαλλοντική αιτία διανοητικής καθυστέρησης του βρέφους.

Στη Δανία όπου έγινε ένα σεμινάριο σε νοσοκομείο της Κοπεγχάγης με θέμα: «Έγκυες και κατανάλωση αλκοόλ», κοινή διαπίστωση αποτελούσε το γεγονός, ότι τα τελευταία χρόνια αναδεικνύεται σε σημαντικό πρόβλημα η κατανάλωση αλκοόλ από έγκυες γυναίκες. Όπως, επίσης, ότι ολοένα και συχνότερα συναντούν οι γιατροί το Αλκοολικό Εμβρυϊκό Σύνδρομο. Ένα σοβαρό πρόβλημα για την ιατρική και τη δημόσια υγεία όπως τόνισαν με έμφαση οι επιστήμονες.

Η May Olofsson, γιατρός από τη Δανία, ήταν απόλυτη:

«Τον 18<sup>ο</sup> αιώνα στην Αγγλία είχαν επιδημία λόγω της κατάχρησης του gin από έγκυες με παιδιά ασθενή. Κατά τα άλλα, η πρώτη εξέταση που ξέρουμε ενός λαού, είναι από τις ΗΠΑ, το 1848. και βρήκαν ότι τα μισά παιδιά είχαν μητέρες αλκοολικές. Στη Δανία το πρόβλημα είναι σημαντικό καθώς το 80% των εγκύων γυναικών πίνει αλκοόλ. Γενικά, η κατανάλωση αλκοόλ από τις γυναίκες στη Δανία είναι η μεγαλύτερη μεταξύ των σκανδιναβικών χωρών»(Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν.,2000).

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο Γ.(1991) οι πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στο έμβρυο ήταν ήδη γνωστές το 18<sup>ο</sup> αιώνα στη Μ. Βρετανία. Εκείνη την εποχή, παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση στην κατανάλωση του τζιν ιδιαίτερα από τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Το γεγονός αυτό ανάγκασε το «Βασιλικό Κολέγιο των Ιατρών του Λονδίνου»να απευθύνει αίτηση στη βουλή για τον περιορισμό κατανάλωσης της αλκοόλης λόγω του μεγάλου αριθμού νεογέννητων παιδιών με σοβαρές διαταραχές. Ως αποτέλεσμα, πολλές από τις αλκοολικές μέλλουσες μητέρες συνελήφθησαν και αναγκάστηκαν να γεννήσουν στη φυλακή προκειμένου να περιορισθεί δραστικά ο αριθμός των προβληματικών νεογνών.

Η πρώτη σύγχρονη μελέτη που διερεύνησε τα προβλήματα που παρουσιάζουν παιδιά από αλκοολικές μητέρες ήταν του Lamache (1967). Ο γάλλος αυτός γιατρός εξέτασε περισσότερα από 3.000 παιδιά που παρουσίαζαν οργανικά και ψυχολογικά προβλήματα και ανακοίνωσε ότι περίπου στο 1/3 αυτών των παιδιών οι διαταραχές ήταν αποτέλεσμα του αλκοολισμού της μητέρας. Ένα χρόνο αργότερα οι Lemoine et al (1968) δημοσίευσαν τα πορίσματα έρευνας από περιστατικά που είχαν εξετάσει στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, 25 από τα 54 παιδιά που

παρουσίαζαν μορφολογικά, ψυχοκινητικά και ψυχολογικά προβλήματα είχαν αλκοολικές γυναίκες.

Σύμφωνα με τον Pratt (1982), οι παραπάνω έρευνες δεν φαίνονται να ευαισθητοποίησαν τη διεθνή επιστημονική κοινότητα μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '70, όταν αμερικάνοι ερευνητές κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα με τους γάλλους συναδέλφους τους. Οι Ulleland (1972) και Jones & Smith (1973) ήταν οι πρώτοι που έδωσαν τον χαρακτηρισμό «εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο» σε μια σειρά από διαταραχές που μπορεί να παρουσιάσουν παιδιά από αλκοολικές μητέρες.

### *Πιθανές Προγεννητικές Επιπτώσεις*

Κατά τον Pratt, οι πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις του αλκοολισμού είναι οι εξής (Πηγή: Morgan & Pratt 1982):

1. Διαταραχές στη γονιμότητα της μητέρας και στην ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης.
2. Επιβράδυνση της ενδομητρικής ανάπτυξης του εμβρύου.
3. Πρόκληση χαρακτηριστικών του ΕΑΣ (Εμβρυϊκό 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., 1991).

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

Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το ΕΑΣ είναι:

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

(Ποταμιάνος Γ., 1991).



## 2.3 Το αλκοόλ στην Ευρώπη

Κατά την μεταπολεμική περίοδο η Ευρώπη γνώρισε μια αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ η οποία συνεχίστηκε ως τα τέλη της δεκαετίας του '70. από τότε κάποιες χώρες πέρασαν σε μια φάση μείωσης της κατά κεφαλήν κατανάλωσης, έτσι ώστε σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση η μέση τιμή κατανάλωσης *a per capita* καθαρού αλκοόλ να μειωθεί κατά 18%, μεταξύ 1980 και του 1993.

Βέβαια, κάποιες χώρες έχουν μειώσει την κατανάλωση αλλά η Γηραιά Ήπειρος συνεχίζει να κρατάει τα σκήπτρα, κατέχοντας, σε παγκόσμιο επίπεδο, το υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης με 9,3 λίτρα, ακολουθούν οι ΗΠΑ με 6,6, η Ιαπωνία με 6,6, επίσης και ο Καναδάς με 6,1 λίτρα αιθυλικής αλκοόλης *a per capita*. (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

Στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης έχουν πάρα πολύ υψηλά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ. Σύμφωνα με την τελευταία έκδοση του *World Drink Trends*, οι 19 πρώτες χώρες στην κατανάλωση αλκοόλ είναι όλες ευρωπαϊκές.

Στον παρακάτω πίνακα, η Σουηδία αντιμετώπιζε πρόβλημα κατάχρησης- εξάρτησης. Όμως, αποδεικνύεται ότι τα μέτρα καταστολής που πήρε, απέδωσαν. Από την άλλη, τα νούμερα αυτά της κατανάλωσης εξαρτώνται άμεσα και διαμορφώνονται ανάλογα με το αν προέρχονται από προσωπικές αναφορές κατανάλωσης ή από τις πωλήσεις ποτών.

Επίπεδα κατανάλωσης στην Ευρώπη (λίτρα αιθυλικής αλκοόλης ανά άτομο)

ΧΩΡΕΣ	1994	1996
Λουξεμβούργο	12,3	11,8
Γαλλία	11,4	11,1
Πορτογαλία	10,8	11,2
Γερμανία	10,2	9,8
Δανία	9,9	10
Αυστρία	9,8	9,8
Ισπανία	9,7	9,3
Βέλγιο	9,2	9
Ελλάδα	8,7	8,7
Ιταλία	8,6	8,2
Ιρλανδία	8,6	9,1
Ολλανδία	7,9	8
Αγγλία	7,5	7,6
Φινλανδία	6,6	6,7

Σουηδία	5,4	4,9
---------	-----	-----

(Πηγή: World Drink Trends, 1997)

Αυτά τα στοιχεία παρατέθηκαν από το World Drink Trends και δημοσιοποιήθηκαν τον Ιανουάριο του 1998. Σε μερικές περιπτώσεις τα ποσοστά κατανάλωσης διαφέρουν απ' αυτά που δίνουν οι ίδιες οι χώρες.

Αυτό συμβαίνει γιατί δεν συμπεριλαμβάνονται παραγωγή και διακίνηση αλκοόλ, η διακίνηση αλκοολούχων ποτών στ καταστήματα αφορολόγητων ειδών πλοίων, αεροδρομίων και βέβαια η προσωπική παραγωγή αλκοόλ για την οικογένεια και τους φίλους. (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

Γίνεται η ερμηνεία αυτών των ποσοστών για κάθε χώρα χωριστά:

#### ❖ Αυστρία

Η μέση κατανάλωση παραμένει σχετικά σταθερή ανάμεσα σε 11,2 και 9,8 λίτρα καθαρού αλκοόλ ανά άτομο. Απαιτείται προσοχή αφού η χώρα καταναλώνει σημαντική ποσότητα *alcoporos* (ποτών που απευθύνονται σε νεαρές ηλικίες) τα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται στην κατά κεφαλή κατανάλωση. Το πιο δημοφιλές ποτό είναι η μπύρα, της οποίας η κατανάλωση το 1995 ανήλθε στα 113,3 λίτρα ανά άτομο ενώ το κρασί στα 34,5 λίτρα και τα πυκνά ποτά στα 1,2 λίτρα ανά άτομο.

Στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (W.H.O) το 1995 δείχνει ότι το 28,8% των ανδρών και το 4,3% των γυναικών κατανάλωσαν άνω των 60 γραμμαρίων αλκοόλ ημερησίως ενώ το 41% των ανδρών και το 8,5% των γυναικών πίνουν άνω των 40 γραμμαρίων την ημέρα. (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

#### ❖ Βέλγιο

Η κατανάλωση αλκοόλ αυξήθηκε από 8,9 λίτρα καθαρής αλκοόλης ανά άτομο το 1970, σε 10,8 λίτρα την δεκαετία του '80.

Η μπύρα κατέχει το μεγαλύτερο μερίδιο κατανάλωσης στην αγορά και ακολουθεί το κρασί και τα πυκνά ποτά.

Στην επισκόπηση του Ευρωβαρόμετρου το 1990 αναφέρεται ότι το 19% ήταν ηλικίας άνω των 15 ετών που πίνουν αλκοόλ 3 με 4 μέρες την εβδομάδα. Το 45% πίνει με μικρότερη συχνότητα, ενώ το 36% χαρακτηρίζονται ως «περιστασιακοί καταναλωτές».

#### ❖ Δανία

Σύμφωνα με το World Drink Trends, η Δανία είχε το 1970 μια κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρού αλκοόλ 6,8 λίτρα. Το 1996 αυτό το ποσοστό έφτασε 10 λίτρα. Η μπίρα το πιο δημοφιλές ποτό. Το έτος οι Δανοί καταναλώνουν 117, 63 λίτρα το άτομο. Όμως τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια σχετική αύξηση στην κατανάλωση κρασιού. Το Ευροβαρόμετρο δείχνει, το 1990 ότι το 16% των Δανών έπινε πολύ συχνά, το 39% με μικρότερη συχνότητα και το 44% «περιστασιακοί πότες». (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

#### ❖ Φινλανδία

Η κατανάλωση αλκοόλ σταθεροποιήθηκε την δεκαετία του '80 περίπου στα 6,5 λίτρα a per capita. Από το 1985 μέχρι το 1990 η κατανάλωση αυξήθηκε στα 7,5 λίτρα κατά κεφαλή και το 1996 μειώθηκε στα 6,7 λίτρα.

Η κατά κεφαλή ετήσια κατανάλωση πυκνών ποτών είναι ανάμεσα στις υψηλότερες των χωρών της Ε.Ε. φθάνοντας στο 1,95 λίτρα ανά άτομο το 1996.

#### ❖ Γαλλία

Η Γαλλία είχε κατά κεφαλή κατανάλωση περίπου 17,5 λίτρα τη δεκαετία του '60. Την επόμενη δεκαετία μειώθηκε έτσι ώστε το 1996 έφτασε 11,1 λίτρα ανά άτομο. Η εθνική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1992 έδειξε ότι το 56% του πληθυσμού είναι «περιστασιακοί καταναλωτές» ποτών και το 30,4% πίνουν κάθε μέρα ή 3 με 5 φορές την εβδομάδα (CFES, Barometre Sante, 1992).

#### ❖ Γερμανία

Η κατά κεφαλή κατανάλωση έφθασε στο ανώτερο σημείο της το 1976 με 11,7 λίτρα καθαρού αλκοόλ για να μειωθεί το '90 στα 9,8 λίτρα.

Η Γερμανία κατέχει τη δεύτερη θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση στην κατανάλωση μπίρας, φθάνοντας στα 134,5 λίτρα ανά άτομο για το έτος 1996. μετά την ενοποίηση Ανατολικής και Δυτικής Γερμανίας, έρευνες έδειξαν ότι ο μισός πληθυσμός πίνει λιγότερα από 140 γραμμάρια αλκοόλ την εβδομάδα. (W.H.O., Profiles of Alcohol in the Member States of the European Region of the W.H.O., 1995), (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

#### ❖ Ελλάδα

Μεταξύ του 1975 και 1980 αυξήθηκε η κατανάλωση από 5,3 στα 10,2 λίτρα ανά άτομο. Το 1996 μειώθηκε η κατανάλωση στα 8,7. η κατανάλωση της μπίρας αυξήθηκε κατακόρυφα και από αμελητέες ποσότητες που καταναλώνονταν στη χώρα το 1990, έφθασε στα 40 λίτρα ανά άτομο. Στην Ελλάδα σημειώνεται μια από τις μεγαλύτερες καταναλώσεις «πυκνών ποτών» απ' όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η χώρα μας έρχεται πρώτη σε κατανάλωση αλκοόλ στους νέους ηλικίας 15 χρονών (αγόρια και κορίτσια).

Ταυτόχρονα εκτιμάται ότι είναι η πρώτη στη νοθεία των «πυκνών ποτών» με μεθυλική αλκοόλη, ουσία που βλάπτει το οπτικό νεύρο και προκαλεί τύφλωση.

Ο Τσαρούχας Κ. και ο Χούνος Ν. συνεχίζει και σχολιάζει και τις υπόλοιπες χώρες για τα ποσοστά της κατανάλωσης.

#### ❖ Ιρλανδία

Η καταγεγραμμένη κατανάλωση καθαρού αλκοόλ ανά άτομο ήταν 9,1 λίτρα το 1996. Έχει την υψηλότερη κατά κεφαλή κατανάλωση μπίρας στην Ε.Ε., κατανάλωση που αγγίζει τα 142,5 λίτρα ανά άτομο.

#### ❖ Ιταλία

Την δεκαετία του '70 η κατανάλωση ήταν 13,7 λίτρα ενώ το 1996 μειώθηκε στα 8,2. Η Ιταλία έχει την 5<sup>η</sup> θέση καταναλώνοντας 55 λίτρα κρασί ανά άτομο το 1996.

#### ❖ Λουξεμβούργο

Έχει την μεγαλύτερη κατανάλωση στην Ε.Ε. με 11,8 λίτρα το 1996. Κατέχει την τρίτη θέση στην κατανάλωση κρασιού, την Πέμπτη θέση στην κατανάλωση μπίρας και σχετικά μικρή κατανάλωση «πυκνών ποτών». Το 1990 το Ευρωβαρόμετρο αναφέρει ότι το 20% των ενηλίκων πίνει συχνά, το 31% μέτρια και το 45% περιστασιακά.

#### ❖ Ολλανδία

Το 1996 έφθασε η κατανάλωση 8 λίτρα ανά άτομο. Το πιο δημοφιλές ποτό και πάλι είναι η μπίρα. Το 20% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 15 ετών πίνει συχνά, 3 με 4 φορές την εβδομάδα. Το 46% πίνει περιστασιακά και το 34% μέτρια. (Ευρωβαρόμετρο, 1990).

#### ❖ Πορτογαλία

Οι Πορτογάλοι καταναλώνουν 11,2 λίτρα ανά άτομο, μία από τις υψηλότερες στον κόσμο, συνήθως για το κρασί. Το 39% πίνει συχνά, το 24% μέτρια και το 37% περιστασιακά. (Ευρωβαρόμετρο, 1990).

#### ❖ Ισπανία

Το 1990 η Ισπανία είχε σημειώσει κατανάλωση 13,6 λίτρα. Σύμφωνα, όμως, με τα στοιχεία του Drink Trends το 1996 έφθασε τα 9,3 λίτρα. Το 32% πίνει συχνά, το 21% μέτρια και το 44% περιστασιακά. (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

#### ❖ Σουηδία

Η Σουηδία έχει την μικρότερη κατανάλωση στην Ευρώπη. Τις τελευταίες δεκαετίες δεν μπόρεσε να ξεπεράσει τα 6,4 λίτρα ανά άτομο. Αυτό, βέβαια, προκαλεί ερωτηματικά αν σκεφθεί κανείς τα προβλήματα που αντιμετώπιζε η χώρα εξαιτίας του αλκοόλ.

Σύμφωνα με την Euromark (την Πανευρωπαϊκή Οργάνωση για το Αλκοόλ) μόνο το 54% των ποτών που καταναλώνεται οι Σουηδοί το αγοράζουν από το κρατικό μονοπώλιο. Περίπου το 30% προέρχεται από την μαύρη αγορά, το 6,5% παραγωγής από το σπίτι, το 3,6% λαθραία ποτά που εισήχθησαν παράνομα στη χώρα και το 2,7% αφορολόγητα ποτά που εισάγονται λαθραία. (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

#### ❖ Μεγάλη Βρετανία

Η κατανάλωση του αλκοόλ στην Αγγλία έχει μείνει σταθερή. Οι τελευταίοι δείκτες κατανάλωσης (1996) κυμαίνονται στα 7,6 περίπου λίτρα ανά άτομο, πράγμα που φέρνει τη χώρα στη 13<sup>η</sup> θέση μεταξύ των άλλων της Ε.Ε.

Το 1990 το 16% του πληθυσμού έπινε συχνά, το 36% μέτρια και το 48% περιστασιακά (Ευρωβαρόμετρο).

Η Αγγλία έχει τη μεγαλύτερη παραγωγή «πυκνών ποτών» στην Ε.Ε. Τρίτη είναι η Γερμανία και τέταρτη η Γαλλία. Το Βέλγιο έχει τη μικρότερη παραγωγή «πυκνών ποτών». Τα στοιχεία που υπάρχουν για την Πορτογαλία είναι ανακριβή, αφού υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό παράνομης παραγωγής ποτών στο σπίτι, παραγωγή που δεν συμπεριλαμβάνεται στα στοιχεία.

Οι τρεις μεγαλύτερες χώρες παραγωγού μπίρας για το 1995 ήταν:

Γερμανία	84.000.000 hl
Αγγλία	56.800.000 hl
Ισπανία	23.313.000 hl

Σε παγκόσμιο επίπεδο στην παραγωγή κρασιού επικρατεί η Ευρώπη, καθώς η Ιταλία, η Γαλλία και η Ισπανία παράγουν περισσότερο από το μισό της παγκόσμιας παραγωγής. Η Γερμανία, η Αγγλία, η Ιρλανδία και η Ολλανδία παράγουν αμελητέες ποσότητες (πηγή: Drink Trend).(Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

### ***Για την Ελλάδα***

Θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι στη χώρα μας παράγεται και καταναλώνεται πολύ περισσότερο αλκοόλ απ' αυτό που αναφέρεται στις στατιστικές. Είναι σχεδόν αδύνατο στην ελληνική επαρχία κάθε οικογένεια να μην έχει και ένα με δύο βαρελάκια κρασί για δική τους χρήση. Αυτή η παραγωγή είναι ανεξέλεγκτη.

Από την άλλη, το δυσμενέστερο για την Ελλάδα είναι πως καταναλώνει σε πολύ μεγάλες ποσότητες και σε νεαρές ηλικίες, «πυκνά ποτά». Δεν είναι τυχαία η φράση: « Βάλε μου ένα ελληνικό ποτό» εννοώντας βέβαια το ουίσκι.

Σύμφωνα με τον τότε υφυπουργό Υγείας και Πρόνοιας Θεόδωρο Κοτσώνη, ενώ το 1998 ήπιαμε ποτά που άξιζαν 680 δις δραχμές, οι εκτιμήσεις το 1999 για την αξία των ποτών που καταναλώθηκαν ξεπέρασε τα 700 δις. (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000).

## 2.4. Η Τυπολογία του αλκοολισμού

Η εξελικτική διαδικασία που θα οδηγήσει κάποιο άτομο από την απλή χρήση μιας ουσίας στην κατάχρηση και τον εθισμό είναι συχνά μακροχρόνια και πολύπλοκη. Φυσικά, πολλές φορές και αυτή η απλή «χρήση» της ουσίας αποτελεί «κατάχρηση» αφού οι περισσότερες των τοξικών ουσιών δεν έχουν καμία «χρησιμότητα» με τον τρόπο που γίνεται η χρήση τους από τους χρήστες. Για παράδειγμα, η μορφίνη είναι ένα καλό παυσίπονο, αλλά μορφομανείς κάθε άλλο παρά γι' αυτό τη χρησιμοποιούν. Το χασίς και ο καπνός δεν έχουν ούτε καν μια κάποια άλλη χρησιμότητα.

Έστω όμως και με αυτή τη συμβατική έννοια της «χρήσης» κάποιας τοξικής ουσίας, το πέρασμα από τη χρήση στην κατάχρηση και τον εθισμό διαρκεί άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα και επηρεάζεται τόσο από το ΕΓΩ του χρήστη (και εδώ είναι η «μεγάλη παγίδα») όσο και από το κοινωνικό περιβάλλον και το δυναμικό εξάρτησης της ουσίας (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Το χρονικό αυτό διάστημα διακρίνεται σε κάποιες φάσεις με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά η καθεμία από αυτές.

Ο Jellinek επεξεργάστηκε 2000 ιστορικά αλκοολικών και οριοθέτησε τρεις φάσεις εξάρτησης που συμπληρώνονται από μια τέταρτη, τη φάση που προηγείται από αυτές. Ο διαχωρισμός αυτός είναι και ο αποδεκτός διαχωρισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

1. Προαλκοολική φάση: Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από τη «συνήθη» χρήση του οινοπνεύματος .π .χ. στο φαγητό. Ακόμη και πολλοί που πίνουν λίγο συνειδητά για να «χαλαρώσουν», ανήκουν στη φάση αυτή. Σε διάστημα όμως από 5 μήνες έως 2 χρόνια στο 5% των ατόμων αυτών η χρήση οινοπνεύματος θα γίνει καθημερινή συνήθεια. Η ποσότητα του οινοπνεύματος αυξάνει βαθμιαία και αυτό που αναζητείται στη χρήση του είναι η δράση του στον ψυχικό του κόσμο. Οι «ευκαιρίες» για ένα ποτηράκι αυξάνουν συνειδητά ή ασυνείδητα.

2. Η πρόδρομη φάση ή αρχική φάση της εξάρτησης: Στη φάση αυτή έχει αρχίσει το γλίστρημα προς την απόλυτη εξάρτηση. Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από διαταραχές του θυμητικού. Ο αλκοολικός δεν είναι σε

θέση να θυμηθεί λεπτομέρειες από την προηγούμενη βραδιά παρόλο που συμμετείχε και δεν είχε πει «πολύ».

Αρχίζει η κρυφή χρήση του οινόπνευματος γιατί ο αλκοολικός συνειδητοποιεί ότι η συμπεριφορά του απέναντι στο οινόπνευμα διαφέρει από αυτή των άλλων. Η συμπεριφορά αυτή τον υποχρεώνει να σκέφτεται διαρκώς το οινόπνευμα. Η βεβαιότητα πια ότι του συμβαίνει ξυπνάει τη φωνή της συνείδησης, δεν αισθάνεται πια σίγουρος για τον εαυτό του, μη έχοντας τη δυνατότητα να ξεφύγει πίνει και γι' αυτό το λόγο. Ο φαύλος κύκλος έχει αρχίσει.

Η ποσότητα του οινόπνευματος αυξάνει. Αστεία που αφορούν αλκοολικούς τον κάνουν να δυσανασχετεί. Αρχίζει να απομονώνεται μέσα στην ίδια του την παρέα.

3. Η κρίσιμη φάση: Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από την απώλεια ελέγχου στο οινόπνευμα. Πριν την απώλεια του ελέγχου πάνω στο οινόπνευμα, ο ασθενής προσπαθεί να «αντισταθεί» με κάθε μέσο στην κατάχρηση του οινόπνευματος. Προσπαθεί να πίνει μόνο ορισμένες ώρες ή κατορθώνει να μην πει καθόλου, για λίγες όμως ημέρες. Παράλληλα προσπαθεί να δικαιολογήσει στους άλλους αλλά και στον εαυτό του τις μεγάλες ποσότητες οινόπνευματος που καταναλώνει.

Το οινόπνευμα γίνεται στοιχείο ζωής για τον αλκοολικό. παίρνει τη θέση του φαγητού, αντικαθιστά το σύντροφο, γίνεται χρήση του και την ώρα της δουλειάς. Αρχίζουν να εμφανίζονται τα αποτελέσματα: οργανικές διαταραχές, δυσκολίες στη δουλειά, επιθετική συμπεριφορά στο σπίτι, σκηνές ζηλοτυπίας προς τη σύζυγο. Αρχίζουν οι πρώτες επισκέψεις στους γιατρούς. Εμφανίζει πλέον συμπτώματα στέρησης όταν προσπαθεί να σταματήσει την χρήση του οινόπνευματος. Αρχίζει η πρωινή χρήση αλκοόλ.

Αν στην κρίσιμη αυτή φάση δεν γίνεται προσπάθεια θεραπείας του ασθενή θα αναπτυχθεί μέσα σε λίγα χρόνια η χρόνια φάση.

4. Χρόνια φάση: Στη χρόνια φάση η διάρκεια της «σχετικής μέθης» μπορεί να διαρκεί μέρες. Πυκνώνουν οι οργανικές διαταραχές και εμφανίζονται συχνότερα διαταραχές του ψυχισμού και της σκέψης.



Ο ασθενής τώρα χρειάζεται μικρότερες ποσότητες οινοπνεύματος για να νιώσει την ψυχική του δράση, μιας και το ήπαρ του τόσα χρόνια κατόρθωνε να αντισταθμίζει την κατάχρηση του οινοπνεύματος, δεν είναι σε θέση να εκπληρώσει τις λειτουργίες του. Οι ασθενείς το προβάλλουν σαν κατόρθωμα «κατόρθωσα και το μείωσα, δεν είμαι αλκοολικός»! φυσικά συμβαίνει το αντίθετο.

Αν δεν κατορθώνουν να παραιτηθούν ολοκληρωτικά από την κατάχρηση του οινοπνεύματος είναι καταδικασμένοι να τελειώσουν τη ζωή τους με κάποιο από τα επακόλουθα της ασθένειας τους π. χ. καρδιοπάθεια, κίρρωση του ήπατος (Μάνος Ν., , Μαρσέλος Μ. Παπαγεωργίου Ε., 2002,).

Παρόλη την περιγραφή αυτή των φάσεων εξέλιξης της αλκοολικής εξάρτησης, κάτι που χαρακτηρίζει και κάθε άλλη εξάρτηση από τοξικές ουσίες, παρατηρήθηκαν κάποιες περιπτώσεις που δεν ταίριαζαν απόλυτα σ' αυτά. Έτσι περιγράφηκαν οι «τύποι» του αλκοολισμού. Οι τύποι αυτοί δεν εμφανίζονται τόσο καθαρά και συγκεκριμένα όπως περιγράφονται παρακάτω, αλλά είναι ιδιαίτερα υποβοηθητικοί για να μας προσανατολίσουν προς την ενδοψυχική διαταραχή του ατόμου και της σχέσης του με το οινόπνευμα.

1. Τύπος α: Αλκοολικοί του τύπου αυτού υποφέρουν κυρίως από διάφορες ψυχονευρωτικές διαταραχές, π. χ. φοβίες, συναισθήματα ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις ορισμένων καταστάσεων. Ο χρήστης προσπαθεί να απελευθερωθεί από τις δυσάρεστες αυτές καταστάσεις με το οινόπνευμα. Με την έννοια αυτή κάθε ένας που προσπαθεί να βελτιώσει την ψυχική του κατάσταση με το ποτό γνωρίζοντας τη δράση του στον ψυχικό του κόσμο ανήκει στην κατηγορία αυτή του αλκοολικού.

Ο αλκοολικός τύπου α δεν δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα ούτε για τον εαυτό του ούτε για τους άλλους γύρω του. Σοβαρό πρόβλημα δημιουργείται όταν εξελίσσεται κάτω από ορισμένες συνθήκες σε αλκοολικό τύπου γ.

2. Τύπος β: Στον τύπο β ανήκουν τα διάφορα άτομα που κάνουν χρήση οινοπνεύματος ευκαιριακά. Κάτω από ορισμένες συνθήκες που επιβάλλουν τη χρήση αλκοόλ για λόγους ένταξης του ατόμου στο συγκεκριμένο κοινωνικά περιβάλλον. Έτσι το άτομο για να γίνει αποδεκτό μιμείται τη συμπεριφορά του περιβάλλοντος του. Στα άτομα αυτά του τύπου δεν παρουσιάζεται σωματική

και ψυχική εξάρτηση και είναι δυνατόν να σταματήσουν να πίνουν, αν αλλάξουν κοινωνικό περιβάλλον, επίσης δεν παρουσιάζουν ενδοψυχικά προβλήματα.

3. Τύπος γ: Στα αρχικά στάδια του τύπου αυτού παρουσιάζεται η ίδια εξέλιξη με αυτή του τύπου α. το άτομο αρχικά χρησιμοποιεί το αλκοόλ σαν μέσο για την αντιμετώπιση των διαφόρων προβληματικών καταστάσεων. Η συχνή χρήση φθάνει να υποκαθιστά την «αμυντική ικανότητα» του ατόμου, το οποίο φθάνει σε σημείο να μην είναι ικανό να αντιτάξει κανενός άλλου είδους άμυνα παρά μόνο την κατάχρηση αλκοόλ.

Η ψυχική εξάρτηση αποτελεί χαρακτηριστικό του τύπου γ και συνοδεύεται από τη φυσική εξάρτηση προς το οινόπνευμα και από απώλεια του ελέγχου της ποσότητας που πίνουν. Αναμενόμενα είναι τα κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν μια τέτοια συμπεριφορά.

Επίσης αλκοολικοί τύπου γ είναι και αυτοί που ενώ για μεγάλα διαστήματα δεν πίνουν καθόλου, όταν αρχίσουν (να πίνουν) δεν μπορούν να σταματήσουν αν δεν νιώσουν την ιδιαίτερη επιθυμητή δράση του οινόπνευματος πάνω στον ψυχικό τους κόσμο. Τα μεσοδιαστήματα που τα άτομα αυτά δεν πίνουν όλο και μικραίνουν μέχρι να φτάσουν την καθημερινή κατάχρηση. Η βλάβη που έχει προκληθεί αποτελεί μια ανίατη παθολογική κατάσταση και ικανότητα για ελεγχόμενη χρήση του οινόπνευματος έχει χαθεί για πάντα.

Ο αλκοολικός τύπου γ είναι ο συχνότερος τύπος αλκοολισμού. Χαρακτηρίζει κυρίως τους νεότερους αλκοολικούς. Προξενεί τις μεγαλύτερες ψυχικές, σωματικές και κοινωνικές βλάβες.

4. Τύπος δ: Στην εξέλιξη του τύπου αυτού παίζουν πρωτεύοντα ρόλο περιβαλλοντικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

Ο αλκοολικός τύπου δ κάνει μακροχρόνια καθημερινή χρήση οινόπνευματωδών ποτών. Η ποσότητα που καταναλώνει είναι μοιρασμένη σε όλη τη διάρκεια της μέρας. Αλκοολικοί τύπου δ γίνονται συνήθως άτομα που ασχολούνται με την παραγωγή οινόπνευματωδών ή γενικότερα άτομα που ασχολούνται σε εργασίες συνδεδεμένες με τη χρήση οινόπνευματωδών ποτών. Οι αλκοολικοί του τύπου αυτού δεν μπορούν να διακόψουν την

καθημερινή χρήση της ποσότητας που καταναλώνουν, μεθάνε σπάνια, παρουσιάζουν όμως στερητικά συμπτώματα αν δεν πιουν. Χαρακτηριστική είναι η πρωινή χρήση του οινοπνεύματος μετά το μεσοδιάστημα στέρησης της νύχτας.

Είναι σε θέση να εκπληρώνουν για δεκαετίες τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις, όμως η χρόνια 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 νευροψυχικές παθήσεις, όπως οργανικά ψυχοσύνδρομα, επιληψία ή διαφόρου είδους ψυχώσεις.

5. Τύπος ε: Αλκοολικοί τύπου ε είναι άτομα τα οποία βρίσκουν φυγή στο οινόπνευμα εξαιτίας κάποιων εσωτερικών κρίσεων. Η ανάγκη για φυγή «οδηγεί» τα άτομα αυτά να κάνουν ανεξέλεγκτη χρήση οινοπνεύματος μέχρι σημείου δηλητηρίασης από το οινόπνευμα. Σε περίπτωση μάλιστα που δεν είναι δυνατόν να βρουν αλκοολούχο ποτό φθάνουν σε σημείο να πίνουν κάθε σκεύασμα που περιέχει οινόπνευμα, π.χ. κολόνιες. Η συμπεριφορά αυτή διαρκεί ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα. Στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων είναι πάλι ικανοί να πίνουν «συνηθισμένα» ή καθόλου.

Μια τέτοια εξέλιξη μπορεί φυσικά να οδηγήσει σε εξάρτηση από το οινόπνευμα. Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί από τους ειδικούς αν ο τύπος ε είναι μια αλκοολική ασθένεια ή είναι το σύμπτωμα μιας βαθύτερης ψυχικής διαταραχής.

Η τυπολογία αυτή κατά Jellinek (1960) έχει καθιερωθεί σε παγκόσμια κλίμακα και φαίνεται να ικανοποιεί τις ανάγκες για μια περιγραφική απόδοση του προβλήματος.

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.

Φυσικά οι φάσεις και η τυπολογία του αλκοολισμού δεν βρίσκουν απόλυτη εφαρμογή στην περιγραφή των άλλων μορφών εξάρτησης (Μάνος Ν., Μαρσέλος Μ., Παπαγεωργίου Ε., 2002, Διακογιάννης Ι., 1993).

Εκτός από τα παραπάνω τα οποία αποτελούν τα πιο διαδεδομένα ταξινομικά συστήματα, υπάρχουν και άλλα. Είναι τα παρακάτω:

Αναφέρουμε την ταξινόμηση που πρότεινε ο Fouquet το 1951. η ταξινόμηση αυτή αξιολογεί διάφορους παράγοντες: την ανοχή, τον τρόπο χρήσης της τοξικής ουσίας, τον ψυχολογικό παράγοντα και ενδεχομένως τον κοινωνικό παράγοντα.

❖ Οι αλκοολίτιδες (alcoholites) αντιπροσωπεύουν στη Γαλλία το 45 έως 50% του ανδρικού αλκοολισμού και το 5% του γυναικείου αλκοολισμού. Έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: η προνοσηρή προσωπικότητα είναι φυσιολογική, η τοξίκωση προκαλείται κυρίως με 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 στο τέλος δε γεννάται αίσθημα ενοχής, δεδομένου ότι τα άτομα αυτά έβλεπαν ανέκαθεν τους άλλους να πίνουν στην οικογένεια τους ή στη δουλειά τους. Επίσης, τα άτομα αυτά έχουν την τάση να εμφανίσουν εξάρτηση και ζηλοτυπία απέναντι στο/ στη σύζυγο. Η σεξουαλικότητα τους είναι φυσιολογική για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Συνεχίζει ο T. Lempriere- A. Feline και συν. (1995) ότι 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 επιπλοκών: α) ηπατοπεπτικές ή πολυνευριτιδικές προσβολές, β) επιπλοκές της στέρησης κατά τη διακοπή της τοξίκωσης, και γ) εξέλιξη προς αλκοολική νεύρωση.

❖ Οι αλκοολώσεις ή οι αλκοολικές νευρώσεις (alcooleses ou nevroses alcooliques) αφορούν στη Γαλλία το 40 έως 45% του ανδρικού αλκοολισμού και το 80 έως 85% του γυναικείου αλκοολισμού. 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 απ' ότι 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 επιπλοκές είναι συχνές. (T. Lempriere- A. Feline και συν., 1995).

❖ Οι συνοπτικές αλκοολώσεις (somalcoooloses), διψομανία (dipsomania) . Αφορούν το 5% του ανδρικού αλκοολισμού και το 15% του γυναικείου αλκοολισμού. 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 κολώνια). Η κρίση καταλήγει σε κωματώδη μέθη. Όταν το άτομο δεν είναι σε κρίση, παρατηρείται απέχθεια για το οινόπνευμα. Η ενοχή δεν είναι πολύ έντονη.

Η έναρξη τοποθετείται μετά την ηλικία των 30 ετών, η διάρκεια ποικίλλει και η εξέλιξη προς αλκοολική νεύρωση είναι πιθανή. (T. Lempriere- A. Feline και συν., 1995).

❖ Ο αλκοολισμός ως σύμπτωμα άλλης διαταραχής πρέπει να εξετασθεί. 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. (T. Lempriere- A. Feline και συν., 1995).

#### Κλινική εικόνα του χρόνιου αλκοολικού εμποτισμού

Όλες οι κλινικές μορφές καταλήγουν σε χρόνια αλκοολικό εμποτισμό (impregnation alcoolique chronique), που παρουσιάζει τα ακόλουθα γνωρίσματα:

- Χαρακτηριστική εμφάνιση: ζωηρόχρωμο προσωπίο, δύσοσμα χνώτα, επιδρώσεις, τρόμος.
- Σωματικά συμπτώματα: από το ήπαρ, το νευρικό ή το καρδιαγγειακό σύστημα, τα οποία πρέπει να αξιολογηθούν με πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο.

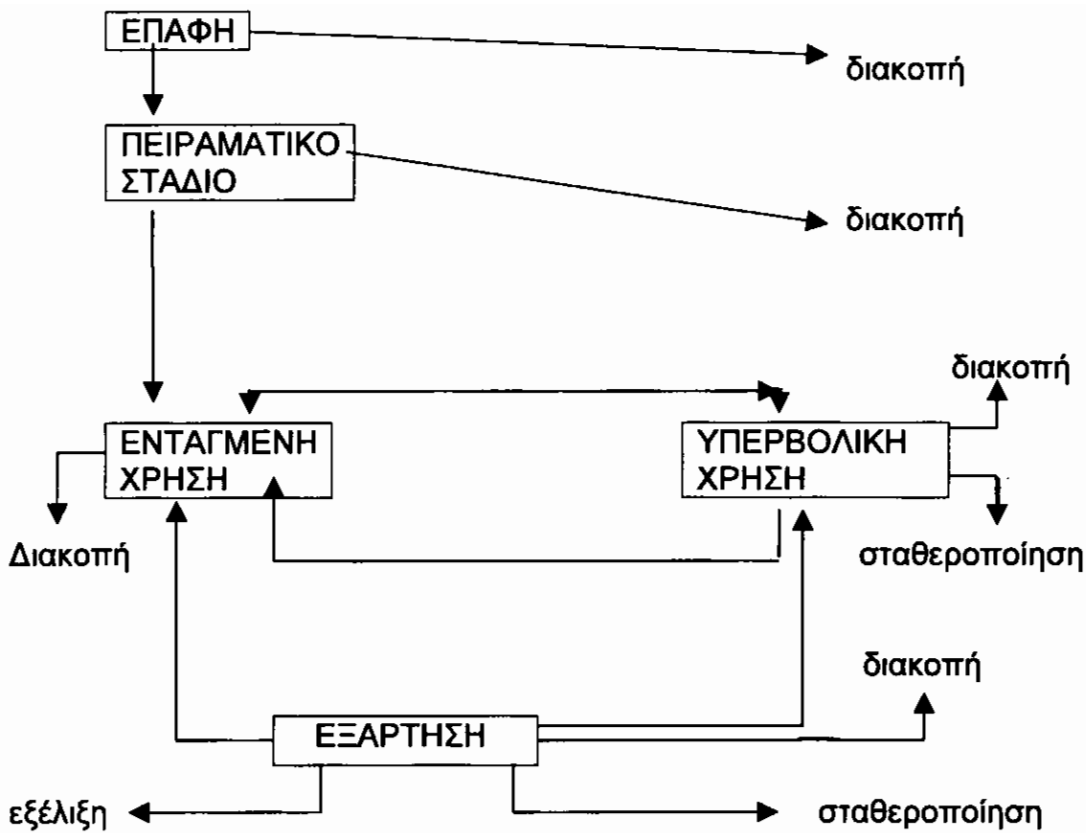
- Σταθερά παραμένουσες ψυχικές μεταβολές: διαταραχές του χαρακτήρα (ευερεθιστότητα, οξυθυμία, αστάθεια του θυμικού), συναισθηματικές διαταραχές (εγωκεντρισμός, ανεύθυνη συμπεριφορά, ελάττωση των ηθικών αναστολών), διανοητικές διαταραχές, ιδίως «κενά μνήμης» (παλίμψητος μνήμη, palimpseste). Ολόκληρη η ύπαρξη του ασθενή οργανώνεται γύρω από το ποτό με ένα σύστημα δικαιολογιών και εκλογικεύσεων, με εναλλαγές επιθετικότητας και ενοχής και με άκαρπες προσπάθειες να σταματήσει να πίνει από μόνος του. (T. Lempriere-A. Feline και συν., 1995, Διακογιάννης, 1993).

Η κατάταξη του Van Dijk (1979) αποτελεί κατά τον Ades (1984) ένα «σχήμα» που καταγράφει με ακρίβεια τους διάφορους τρόπους με τους οποίους εκδηλώνεται η σχέση ενός ατόμου με το αλκοόλ. Οι τρόποι αυτοί, ούτε μοιραία ούτε υποχρεωτικά αλλά μόνο δυνητικά μπορεί να εμφανιστούν ως στάδια μιας διαδικασίας. Καθλώσεις ή παλινδρομήσεις είναι δυνατές. Περιγράφονται πέντε «στάδια», (βλ. σχήμα 8).

-*Στάδιο I, της «επαφής».* Η πρώτη επαφή με το αλκοόλ αφορά σε όλους τους ανθρώπους μέσα σε διάφορες κοινωνικές συνθήκες. Τα αποτελέσματα ποικίλλουν. Διακόπτουν όσοι (λίγοι) δεν το ανέχονται για βιολογικούς λόγους.

-*Στάδιο II, «πειραματικό».* Στο πειραματικό στάδιο, το άτομο διερευνά τις ικανότητες του, τις προτιμήσεις του. Η πλειοψηφία των ανθρώπων οδηγείται στο τρίτο στάδιο.

-*Στάδιο III, «ενταγμένη χρήση».* Γι' αυτή την πλειοψηφία το στάδιο αυτό είναι και η οριστική του στάση έναντι του αλκοόλ, στάση που συσχετίζεται τόσο με το κοινωνικό-πολιτισμικά δεδομένα της κοινωνίας που ανήκει, όσο και με τις προσωπικές ιδιαιτερότητες. Πρόκειται για κοινωνικούς πότες που σιγά σιγά ελαττώνουν την κατανάλωση. Ένα μικρό τμήμα αυτού του πληθυσμού θα αυξήσει την κατανάλωση μέχρι υπερβολής περνώντας στο στάδιο IV.



Στάδια χρήσης του αλκοόλ κατά Van Dijk (1979)

-*Στάδιο IV, «υπερβολική χρήση».* Εδώ εντάσσονται οι έννοιες «υπερβολικοί πότες», «προβληματικοί πότες», «ανικανότητες συνδεδεμένες με την κατανάλωση αλκοόλ». Ένα μέρος των ατόμων θα επιστρέψει στο προηγούμενο στάδιο, ένα μέρος θα παραμείνει σταθερά εδώ και ένα άλλο θα προχωρήσει στο επόμενο.

-*Στάδιο V, της εξάρτησης.* Χαρακτηρίζεται από σωματικό και ψυχολογικό εθισμό που μπορεί να ποικίλλει με βάση τις εξωτερικές πιέσεις ή τις ατομικές ιδιαιτερότητες.

Ο Ades (1984) συμφωνεί με την κατάταξη του Van Dijk (1979) και βρίσκει ότι σε όλα τα στάδια κατά Van Dijk μπορεί να αναφανούν παθολογικά φαινόμενα, ακόμα και στο στάδιο I, μια παθολογική μέθη.

Αυτή η «αλκοολική συμπεριφορά» προκύπτει από τη συνεργατική δράση βιολογικών και κοινωνικο-ψυχολογικών παραγόντων κατά τον τετραπλό «φαύλο κύκλο» του Van-Dijk (σχήμα 9).



ΣΧΗΜΑ 9: Η φαυλοκυκλική ατιοπαθογένεια κατά Van Dijk (1979).  
(Διακογιάννης Ι., 1993).

## 2.5. Οι διαστάσεις του αλκοολισμού

Οι διαστάσεις του αλκοολισμού, διεθνώς, είναι τεράστιες.

Το οινόπνευμα αναφέρεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σαν το ναρκωτικό με τις μεγαλύτερες και τις χειρότερες συνέπειες. Και ακριβώς από τις συνέπειες αυτές κρινόμενο, υπολογίζεται σαν περισσότερο βλαβερό και από αυτήν ακόμη την ηρωίνη, εφόσον η παρατεταμένη χρήση του προκαλεί σωματική, νευρολογική και ψυχιατρική επιβάρυνση σε τρομερά μεγάλη έκταση πληθυσμού, εξαιτίας ακριβώς της πολύ ευρείας χρήσης του. (Αβραμίδης ΑΘ., 1991)

Η κατάχρηση οινοπνευματωδών και ο αλκοολισμός προσλαμβάνουν όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις και χρόνο με το χρόνο τα στατιστικά δεδομένα παρουσιάζουν δυσμενέστερη την κατάσταση. Δεν φαίνεται να καταβάλλεται μια κάποια ουσιαστική προσπάθεια περιορισμού της κατανάλωσης τους. Ίσως



και διότι θεωρείται από πολλούς ως το «μη χείρον» κακό. Όμως δεν είναι και το «βέλτιστον»!

Ο αλκοολισμός επεκτείνεται γρήγορα και σε όλο και μικρότερες ηλικίες, ενώ η κοινωνία δεν φαίνεται να αντιδρά αποτελεσματικά, ίσως διότι δεν αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο, ίσως διότι δεν θέλει να αντιδράσει από διάφορες σκοπιμότητες. Τα ανάλογα ισχύουν και για το επίσημο κράτος. (Αβραμίδης ΑΘ., 1991).

Το οινόπνευμα διατίθεται ελεύθερα και μπορεί να το προμηθευθεί ακόμη και ένα παιδί οποιουδήποτε και οποιαδήποτε ώρα. Στα σπίτια υπάρχει το μπαρ ακόμη και η κάβα με τα ποτά. Και στα παιδιά προσφέρονται ποτά και από τους ίδιους τους γονείς έτσι για να μαθαίνουν ή για να γελάσουν αυτοί, με τους μορφασμούς που εκείνα θα κάνουν. Και το αποτέλεσμα; Ο αριθμός των νέων και των εφήβων αλκοολικών αυξάνεται αλματωδώς. Και ενώ για τον ενήλικα μπορεί να περάσουν 10 και 15 χρόνια μέχρι να καταλήξει αλκοολικός, για τον 15χρονο νέο φτάνει και ένας μόνο χρόνος.

Σύμφωνα με το Αβραμίδη (1991) η όλη προσωπικότητα του αλκοολικού αργεί να διαμορφωθεί, συνήθως μέσα σε χρονικό διάστημα 12-15 ετών, πράγμα που του επιτρέπει να εργάζεται, να συμμετέχει στην κοινωνική δραστηριότητα, να κάνει παιδιά.

Επίσης, η χρήση του οινοπνεύματος, εκτός από ελάχιστες και αυτές όχι σημαντικές, θεραπευτικές του ενδείξεις πρέπει να μένει στα πλαίσια του απλού ευφραντικού και του ήπιου καταπραϋντικού. Δεν πρέπει το θεϊκό αυτό δώρο, που σαν τέτοιο θεωρήθηκε και λατρεύτηκε ακριβώς για τις ενέργειες του αυτές, να γίνει κατάρα και συμφορά. Όταν χρησιμοποιείται με τη μορφή αραιών οινοπνευματωδών ποτών και σε μικρές ποσότητες, δεν βλάπτει, αλλά «ευφραίνει καρδίαν ανθρώπου» και καταπραϋνει. Κάτι τέτοιο παρουσιάζεται και σαν ανάγκη, σ' άλλους πιο συχνά και σ' άλλους αραιότερα, στην πολυτάραχη εποχή μας, με τα τόσα βάσανα, τις πίκρες και τους καημούς, που κάποτε φαίνονται «σαν να μην έχουν τελειωμό» όπως θα έλεγε και ο Παπαδιαμάντης. Χρειάζεται ακόμη και για να έχει η άνθρωπος μια ανάπαυλα, έστω, για να μπορεί να ξαναρχίζει και πάλι τον αγώνα του στη ζωή, αφού θα τον κάνει επιτυχεότερο.

Συμπερασματικά λοιπόν: ναι μεν ο «οίνος ευφραίνει καρδίαν ανθρώπου», αλλά «...ολίγω οίνω χρώ...» και «μη μεθύσκεσθε οίνω», όπως παραγγέλνει η αιώνια Σοφία, «εν ω εστίν ασωτία»! (Αβραμίδης ΑΘ., 1991).

## 2.6. Διαταραχές προκαλούμενες από αλκοόλ

Το αλκοόλ είναι μια ισχυρή ψυχοδραστική ουσία. Αν και η γνωστή σε όλους μας μέθη έχει σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου, λόγω των σοβαρών διαταραχών συμπεριφοράς και ψυχολογικών αλλαγών που προκαλεί, για την ψυχιατρική το πρόβλημα εστιάζεται κυρίως στην ισχυρή εξαρτησιογόνο παράγοντα εμφάνιση των σχετιζόμενων με το αλκοόλ ψυχικών διαταραχών. Θα παρουσιάσουμε τα κριτήρια που αφορούν όλες τις ψυχοδραστικές ουσίες, νόμιμες και παράνομες, μαλακές και σκληρές. Στον πίνακα I παρουσιάζονται τα κριτήρια της εξάρτησης όπως τα έχει θεσπίσει η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία. Για να τεθεί η διάγνωση της εξάρτησης απαιτείται η ύπαρξη τριών ή περισσότερων συμπτωμάτων μέσα σε ένα έτος (Περιοδικό Κίνηση Πρόταση, Άρθρο του Βλάχου Ιωάννη- Ψυχίατρος).

### ΠΙΝΑΚΑΣ 10

#### Πίνακας Διαγνωστικά κριτήρια της Εξάρτησης από ουσίες κατά DSM-IV

Ένας δυσπροσαρμοστικός τύπος χρήσης ουσιών, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση με τρία (ή περισσότερα ) από τα παρακάτω, που συμβαίνουν οποτεδήποτε μέσα στην ίδια χρονική περίοδο 12 μηνών :

(1) ανοχή ,όπως ορίζεται με οποιοδήποτε από τα παρακάτω δύο:

(α) ανάγκη για έντονα αυξημένες ποσότητες της ουσίας για να επιτευχθεί τοξίκωση ή επιθυμητό αποτέλεσμα.

(β) έντονα ελαττωμένο αποτέλεσμα μα συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας.

(2)στερητικό σύνδρομο, όπως εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα παρακάτω δύο:

(α) χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για την ουσία.

(β) η ίδια (ή κάποια με στενή σχέση μ' αυτήν )ουσία λαμβάνεται για ν' ανακουφιστούν ή ν' αποφευχθούν στερητικά συμπτώματα.

(3) η ουσία συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απ' ό,τι το άτομο είχε σκοπό.

(4) υπάρχουν επίμονη επιθυμία ή αποτυχημένες προσπάθειες του ατόμου να ελαττώσει ή να ελέγξει τη χρήση της ουσίας.

(5) ξοδεύεται πολύς χρόνος, σε δραστηριότητες απαραίτητες για να βρει την ουσία (όπως το να επισκέπτεται πολλαπλούς γιατρούς ή να οδηγεί μακρινές αποστάσεις), χρησιμοποιώντας την ουσία (το ένα πίνει το ένα ποτό μετά το άλλο) ή για να συνέλθει από τα αποτελέσματα της.

(6) σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή μειώνονται λόγω της χρήσης της ουσίας.

(7) η χρήση της ουσίας συνεχίζεται παρά τη γνώση ότι έχει επίμονο ή υποτροπιάζον σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα που είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή να παροξύνεται από την ουσία (όπως τωρινή χρήση κοκαΐνης παρά την αναγνώριση κατάθλιψης προκαλούμενης από την κοκαΐνη ή συνεχιζόμενη χρήση ποτού παρά την αναγνώριση ότι ένα έλκος έγινε χειρότερα από την κατανάλωση αλκοόλ).

Προσδιορίστε αν:

Με φυσιολογική εξάρτηση: απόδειξη ανοχής ή στερητικού συνδρόμου (δηλαδή είτε το αντικείμενο 1 είτε το 2 είναι παρόν)

Χωρίς φυσιολογική εξάρτηση: όχι απόδειξη ανοχής ή στερητικού συνδρόμου (δηλαδή ούτε το αντικείμενο 1 ούτε το 2 είναι παρόν)

(Περιοδικό Κίνηση-Πρόταση, 2002).

Όπως παρατηρούμε, βασικά στοιχεία εξάρτησης αποτελούν η ανοχή και το στερητικό σύνδρομο τα οποία έχουμε ήδη αναφέρει. Με τον όρο ανοχή εννοούμε την ανάγκη για ολοένα και μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ για να πετύχει ο πότης το επιθυμητό αποτέλεσμα και με τον όρο στερητικό σύνδρομο μια σειρά συμπτωμάτων που εμφανίζονται όταν υπάρξει διακοπή ή ελάττωση του αλκοόλ μετά από βαριά και χρονικά παρατεταμένη χρήση. η βαρύτερη μορφή στερητικού συνδρόμου είναι το delirium tremens που είναι μια δυνητικά θανατηφόρος κατάσταση που έχει δραματική εισβολή με τον ασθενή να είναι συγχυτικός, υπέρμετρα διεγερτικός, να παραληρεί και να έχει οπτικές και απτικές ψευδαισθήσεις και φυσικά να έχει όλα τα συμπτώματα της υπερδιεγερσιμότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, τρόμο, ερυθρότητα. Το τρομώδες

παραλήρημα εμφανίζεται στη τέταρτη ή Πέμπτη δεκαετία της ζωής μετά από 5 έως 15 χρόνια βαριάς χρήσης και η ύπαρξη σωματικών παθήσεων, κάτι σύνηθες στους αλκοολικούς, το προδιαθέτει. Είναι δε το χρονικό διάστημα των 5-15 χρόνων που μπορεί να αποκοιμήσει τον πότη, που επειδή δεν έχει εμφανίσει στερητικά συμπτώματα πιστεύει ότι μπορεί ανά πάσα στιγμή κόψει το αλκοόλ. (Βλάχος Ιωάννης, Ψυχίατρος), (Στο παρακάτω κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με εκτενέστερο τρόπο για το delirium tremens).

Στοιχεία που προσανατολίζουν στην ύπαρξη εξάρτησης σε ένα άτομο η κατανάλωση αλκοόλ τις πρωινές ώρες, η ύπαρξη ενοχών επειδή πίνει, η αποτυχία να κόψει ή να μειώσει το ποτό και η εμφάνιση προβλημάτων, συγκρούσεων στο οικογενειακό περιβάλλον(Βλάχος Ι., Ψυχίατρος)

Πέρα όμως από το στερητικό σύνδρομο του αλκοόλ συνδέεται με μια σειρά από ψυχικές διαταραχές που καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα. Οι διαταραχές αυτές είναι πολλές φορές χρόνιες, δημιουργούν αναπηρίες και απαιτούν μακροχρόνιες θεραπείες (Βλάχος Ι., Ψυχίατρος).

#### ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ (Κατά DSM-IV)

Αλκοολική τοξίκωση

Στερητική διαταραχή από αλκοόλ

Αλκοολικό στερητικό παραλήρημα (Delirium Tremens)

Αμνησιακή διαταραχή επίμονη (σύνδρομο Korsakoff)

Ανοια επίμονη

Ψυχωτική διαταραχή (με παραληρητικές ιδέες)

Ψυχωτική διαταραχή (με ψευδαισθήσεις)

Διαταραχή της διάθεσης

Αγχώδης διαταραχή

## Σεξουαλική δυσλειτουργία

### Διαταραχή του ύπνου

(Άρθρο του Βλάχου Ι.- Ψυχίατρος, 2002).

Η τοξίκωση είναι γνωστή σε όλους μας μέθη. Τα βασικά χαρακτηριστικά της αφορούν κλινικά σημαντικές δυσπροσαρμοστικές μεταβολές όπως απρόσφορη επιθετική ή σεξουαλική συμπεριφορά, ευμετάβλητη διάθεση και έκπτωση κρίσης. Ιδιαίτερης προσοχής αξίζει η καλούμενη παθολογική ή ιδιοσυγκρατική μέθη που απαντάται σε μικρό αριθμό ατόμων. Μετά από κατανάλωση μικρής ποσότητας αλκοόλ τα άτομα αυτά γίνονται συγχυτικά, αποπροσανατολισμένα, έχουν παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις και έντονη ψυχοκινητική ανησυχία που μπορεί να τα οδηγήσει σε παρορμητικές βίαιες πράξεις ή και σε απόπειρα αυτοκτονίας (Βλάχος Ι.,2002).

Το σύνδρομο Korsakoff είναι μια διαταραχή της πρόσφατης μνήμης της οποίας το άτομο δεν μπορεί να εγγράψει καινούριες πληροφορίες και συχνά καταφεύγει στις μυθοπλασίες, δηλαδή στην «κατασκευή» απαντήσεων στις διάφορες ερωτήσεις για να συμπληρώσει τις λεπτομέρειες που δεν θυμάται. Το σύνδρομο Korsakoff συχνά ακολουθεί μια οξεία κατάσταση, την εγκεφαλοπάθεια Wernicke που χαρακτηρίζεται από θόλωση του επιπέδου συνείδησης, οφθαλμοπληγία και αταξία, οφείλεται σε ανεπάρκεια βιταμινών, κυρίως της Β, και μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή (Βλάχος Ι., Ψυχίατρος). Αναφερόμαστε για αυτό το σύνδρομο στο παρακάτω κεφάλαιο.

Η άνοια είναι μια από τις χειρότερες καταλήξεις του αλκοολικού. Είναι προοδευτική και όταν εγκατασταθεί δεν ανατάσσεται, εμφανίζεται με έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και κάποιες φορές που υπάρχει έντονη σεξουαλική αδιακρισία χαρακτηρίζεται σαν «ηθική άνοια» (Βλάχος Ι.).

Μιλώντας για ψυχωτικές διαταραχές εννοούμε καταστάσεις που μοιάζουν με την σχιζοφρένεια και μόνο το ιστορικό της κατάχρησης ή του στερητικού συνδρόμου από αλκοόλ μπορεί να βοηθήσει για διαφοροδιάγνωση. Το ίδιο ισχύει και για τις άλλες ψυχικές διαταραχές που προκαλούνται από το αλκοόλ, δηλαδή την κατάθλιψη, την μανία, την αγχώδη διαταραχή και την αϋπνία (Βλάχος Ι.).

Η σεξουαλική δυσλειτουργία συνοδεύεται συχνά από ένα χρόνιο ζηλοτυπικό παραλήρημα. Εμφανίζεται αποκλειστικά στους άντρες που έχουν γίνει σεξουαλικά ανίκανοι και βρίσκονται στα τελευταία στάδια του αλκοολισμού και οδηγεί σε πολύ επιθετική και βίαιη συμπεριφορά. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι πολύ αυξημένος στους αλκοολικούς. Στον γενικό πληθυσμό ο αλκοολισμός έρχεται δεύτερος μετά την κατάθλιψη σαν αιτιολογικός παράγοντας που οδηγεί σε αυτοκτονία και 15% των αλκοολικών αυτοκτονιών (Βλάχος Ι.).

Μια κλινική οντότητα που σχετίζεται με το αλκοόλ και διεθνώς αποκαλείται με την ελληνική λέξη «διψομανία» αναφέρεται στην εμφάνιση κρίσεων κατάχρησης μεγάλης ποσότητας αλκοόλ σε ένα σχετικό σύντομο χρονικό διάστημα. Την κρίση ακολουθεί βαθύς ύπνος. Μετά την αφύπνιση το άτομο δεν θυμάται τι συνέβη. Συχνά η διψομανία αποτελεί σύμπτωμα επιληψίας και απαιτεί αντιεπιληπτική αγωγή (Βλάχος Ι.).

#### 1. Οξεία αλκοολική τοξίκωση

##### A) Κοινή Μέθη (αλκοολική τοξίκωση κατά DSM-III)

Παρά τις ατομικές διαφορές στην ανοχή του αλκοόλ, η περί τα 0,8 gr/l αλκοολαιμία θεωρείται όριο πέρα του οποίου αρχίζει το πρώτο στάδιο τη οξείας δηλητηρίασης με αλκοόλ.

Σύμφωνα μ' αυτό τροποποιούνται: το θυμικό (γίνεται ευφορικό, διαχυτικό ή και καταθλιπτικό) και η συμπεριφορά (αίρονται οι αναστολές, μειώνεται ο έλεγχος του εαυτού, εκδηλώνεται η ευφορία, η παντοδυναμία ή/ και ευερεθιστότητα, επιθετικότητα).

Υψηλότερη ακόμη αλκοολαιμία (περί τα 2 gr/l ) εισάγει στο δεύτερο στάδιο. Προστίθενται κινητικές διαταραχές (αταξικό χαρακτηριστικό βάδισμα, χονδροειδής τρόμος των κάτω άκρων, δυσαρθρία, ασυνέργεια κινήσεων), οι διαταραχές του θυμικού και της συμπεριφοράς οξύνονται (ψυχοκινητική έξαρση), ο λόγος γίνεται ασυνάρτητος και η κριτική ικανότητα εξασθενεί.

Μέσω λαβυρινθικών διαταραχών, ναυτίας και εμετών, αισθητηριακής και αισθητικής υπαισθησίας, υπέρπνοιας, ταχυκαρδίας, η εγρήγορση αρχίζει να προσβάλλει, οδηγώντας σε νοητική σύγχυση, υπνηλία, λήθαργο.

Με αλκοολαιμία άνω των 3gr/l, το άτομο πέφτει σε βαθύ κώμα. Παρατηρείται μυδρίαση, υποτονία, κατάργηση των αντανακλάσεων,

υποθερμία, εξασθένηση του σφυγμού, υπόταση. Η όλη εικόνα παρέρχεται μετά από μερικές ώρες, δυνατόν όμως να οδηγήσει σε καρδιοαγγειακό collapsus ακόμη και θανατηφόρο, όταν δεν ληφθούν κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα.(Καραβάτος Αθ., 1988, T. Lempriere-A. Feline και συν., 1995).

#### Β) Το αλκοολικό κώμα

Παρατηρείται όταν η αλκοολαιμία ξεπερνά τα 3gr /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 οινόπνευματος είναι επιβαρυντικοί παράγοντες. Πρέπει πάντοτε στα άτομα αυτά να ελέγχεται η τιμή γλυκόζης στο αίμα (κίνδυνος υπογλυκαιμίας που οφείλεται στο οινόπνευμα). (T. Lempriere-A. Feline και συν., 1995).

#### Γ) Παθολογική μέθη

(παθολογική μέθη κατά ICD-9, τοποθετείται μεταξύ των αλκοολικών ψυχώσεων. Ιδιοσυγκρασιακή τοξίκωση κατά DSM-III).

Παρατηρείται κυρίως σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή της προσωπικότητας, χρόνια ψύχωση ή οργανική εγκεφαλική βλάβη. Στην εκδήλωση της μικρό ρόλο φαίνεται να παίζει η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώθηκε.

Κλινικώς εμφανίζεται ως:

-διεγερτική μέθη: παροξυσμική έκρηξη οργής (και με ασήμαντες αφορμές), βίαιες ή αυτοεπιθετικές πράξεις, διάρκειας μέχρι μερικών ωρών που καταλήγει σε ύπνο ή σπανιότερα σε κώμα.

-ψευδαισθητική μέθη: αναπτύσσεται ονειρισμός, όπου η παραισθητικά παραπιοημένη προσωπικότητα αναμειγνύεται με πλούσια σε απειλητικό, διωκτικό περιεχόμενο, οπτική και ακουστική ψευδαισθητική παραγωγή.

-παραληρητική μέθη: ηπιότερη κλινική εικόνα. Κυριαρχεί το παραλήρημα με ποικίλα θέματα: ζηλοτυπίας, διώξεως, μεγαλομανιακό, αυτοκαταγγελίας μυθοπλαστικών παραβάσεων ή εγκλημάτων.

-μέθη με σπασμούς: εμφάνιση επιληπτικής κρίσης σε προδιατεθειμένα άτομα ή γνωστούς επιληπτικούς.

(Καραβάτος Αθ., 1988, T. Lempriere-A. Feline και συν., 1995).

## 2. Χρόνια αλκοολική συμπεριφορά

Η παρατεταμένη κατάχρηση αλκοόλ συνιστά το χρόνιο αλκοολικό σύνδρομο. Εκδηλώνεται είτε ως πρωτογενής, είτε ως δευτερογενής δηλαδή ως συνακόλουθο (όχι απολύτως ως αποτέλεσμα) μιας ψυχικής νόσου ή διαταραχής της προσωπικότητας που προϋπάρχουν της αλκοολικής συμπεριφοράς.

Κατά την πρώτη και συχνότερη μορφή, η κατανάλωση αλκοόλ γίνεται συνήθως εκτός της οικίας, δεν οδηγεί πάντοτε σε μέθη και είναι καθημερινή. Δυνατόν όμως να εκδηλώνεται και με παροξυντικό τρόπο: «κρίσεις» δηλαδή έντονης κατάχρησης αλκοόλ με ελεύθερα μεσοδιαστήματα. Στην περίπτωση αυτή οι διαταραχές συμπεριφοράς κατά την μέθη είναι βαρύτερες. Όπως επίσης τα ελεύθερα καταχρήσεως μεσοδιαστήματα σμικρύνονται και οι διαταραχές της συμπεριφοράς γίνονται ηπιότερες, (διαλείπουσα εκδήλωση). Ακραία μορφή παροξυντικής αλκοολικής συμπεριφοράς περιγράφεται από το Magnan ως διψομανία.

Η δευτερογενής αλκοολική συμπεριφορά (καθημερινή ή παροξυσμική) μπορεί να εμφανισθεί σε:

- μανιοκαταθλιπτική ψύχωση ή αντιδραστική κατάθλιψη
- διαταραχές προσωπικότητας (πιθανή συνύπαρξη με τοξικομανία)
- σχιζοφρενικές ψυχώσεις
- μεταιχμιακές (border-line) καταστάσεις
- νευρώσεις

Η εμφάνιση ενός χρόνιου αλκοολικού είναι χαρακτηριστική: εξέρυθρα το πρόσωπο και οι βλεννογόνοι, απόπνοια αλκοόλης κατά την εκπνοή, υπερλίπωση ή αντίθετα απίσχναση, λεπτός τρόμος στα χέρια, πιθανώς πελαγρικά εξανθήματα, λόγω αβιταμίνωσης στο δέρμα.

Τα σωματικά συμπτώματα είναι: τρόμος των χεριών και της γλώσσας, σημεία πολυνευροπάθειας, οπτική πολυνευρίτιδα. Επίσης συμπτώματα της διαταραχής της ηπατικής λειτουργίας, καρδιακή ανεπάρκεια. Ο μεταβολισμός είναι διαταραγμένος και δυνατόν να αναπτυχθούν ενδοκρινικές διαταραχές.

Τα ψυχικά συμπτώματα εκτός της βασικής ψυχοπαθολογίας του ατόμου, προσδίδουν μαζί με τα σωματικά, σημειολογική ενότητα και αφορούν τη



συναισθηματική ζωή, το χαρακτήρα και τις ανώτερες ψυχονοητικές λειτουργίες.

Η συναισθηματική παλινδρόμηση εκδηλώνεται συνήθως με επιφανειακή και υπερβολική συναισθηματικότητα, με παιδαριώδεις αιτήσεις συγνώμης, που εναλλάσσονται με κυνική αδιαφορία ή βίαιες ενέργειες κατά της οικογένειας του. Οι σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον είναι εξίσου επιφανειακές και μη αυθεντικές. Η συναισθηματική και σεξουαλική ανασφάλεια, το γεγονός ότι ο αλκοολικός συναντά συχνά και αναπότρεπτα την αποστροφή που εκδηλώνει ο σεξουαλικός του σύντροφος. Μια δευτερογενής καταθλιπτική κατάσταση δεν είναι σπάνια, ενώ το άγχος είναι συχνότερα το πρωί και το απόγευμα.

Χαρακτηριστικό σημείο τη όλης αλκοολικής συμπεριφοράς, άμεσα διαπιστούμενο ήδη από την πρώτη ψυχιατρική συνέντευξη, είναι η συνήθης άρνηση ή ελαχιστοποίηση από τον άρρωστο του αλκοολισμού και των συνεπειών του (Καραβάτος Αθ., 1988)

«Πίνω όπως όλος ο κόσμος, το σταματώ όποτε θέλω»!!!!

### 3. Αλκοολική ψευδαισθήτωση

Ο νοσολογικός όρος «αλκοολική ψευδαισθήτωση» ανήκει στον Wernicke. Ως εκ τούτου, η ψευδαισθήτωση δεν χρησιμοποιείται εδώ με το νεότερο σημειολογικό της περιεχόμενο, δηλαδή ως ψευδαίσθηση που χωρίς παραληρητικό χαρακτήρα, γίνεται αντιληπτή από τον ψευδαισθητωσικό με κριτική.

Ο όρος σήμερα διατηρείται και στα ICD-9, DSM-III.

Πρόκειται για οξεία ψύχωση με κυριαρχούσα την ακουστική περισσότερο παρά την οπτική ψευδαισθητική δραστηριότητα, χωρίς διαταραχές της συνείδησης και της μνήμης.

Η έναρξη μπορεί να είναι επακόλουθο μιας υπερβολικής κατάχρησης αλκοόλ. Τις στοιχειώδεις αρχικά ψευδαισθήσεις ακολουθούν έντονες ακουστικές που βιώνονται παραληρητικά. Συνήθως διωκτικού περιεχομένου, το παραλήρημα τροφοδοτείται από τις ψευδαισθήσεις: θόρυβοι, πυροβολισμοί, κραυγές, ύβρεις, απειλές. «συζητούν» για τον άρρωστο σε τρίτο πρόσωπο, «άλλοι» προετοιμάζουν εχθρικές ενέργειες εναντίον του «άλλοι» τον υπερασπίζονται. Συνήθως κυριαρχεί το άγχος.

Η εξέλιξη οδεύει γενικώς προς ίαση, μετά από μια ή περισσότερες εβδομάδες . αλλιώς μεταπίπτει προς ένα χρόνιο παραλήρημα.

(Καραβάτος Αθ., 1988)

#### 4. Εγκεφαλοπάθεια Gayet-Wernicke

Είναι αυτής της αιτιολογίας με τη νόσο του Korsakoff. Οι νατομικές βλάβες εντοπίζονται συμμετρικά και αμφίπλευρα μεταξύ 3<sup>ης</sup> και 4<sup>ης</sup> κοιλίας καθώς και στα μαστία.

Κλινικώς παρατηρούνται:

-επιδείνωση των γαστρεντερικών διαταραχών, άγχος, ευερεθιστότητα, αυπνία, κεφαλαλγία

-ακολουθούν: διαταραχές της συνείδησης (θόλωση, λήθαργος) που διακόπτονται από διεγέρσεις. Χαρακτηριστικές είναι οι οφθαλμοκινητικές διαταραχές, η υπερτονία, νευροφυτικές διαταραχές και σημεία πολυνευρίτιδας. Μπορεί να οδηγήσει σε κώμα και θάνατο. Η εξέλιξη μπορεί να είναι βραδεία και με θεραπεία όχι μοιραία. Συχνά καταλήγει σε Korsakoff ή άνοια.

(Καραβάτος Αθ., 1988).

## 2.7 Οργανικά ψυχοσύνδρομα με αίτιο κατάχρηση αλκοόλ

Η κατάχρηση τοξικών ουσιών, όπως φάρμακα, οινόπνευμα, «ναρκωτικά» μπορεί να οδηγήσει σε οργανικές βλάβες του εγκεφαλικού κυττάρου και στην ανάπτυξη κλινικών εικόνων με τη μορφή οργανικών ψυχοσυνδρόμων. Τα οργανικά αυτά ψυχοσύνδρομα μπορεί να έχουν οξεία μορφή, λόγω δηλητηρίασης από την ουσία ή χρόνια μορφή, η οποία είναι τις περισσότερες φορές μη αναστρέψιμη.

Όσο αφορά ορισμένες τοξικές ουσίες, π.χ. χασίς, ηρωίνη, κοκαΐνη, LSD κ.λ.π., η εμφάνιση κάποιας ψυχωτικής διαταραχής μπορεί να γίνει και μετά μια ή ελάχιστες χρήσεις της ουσίας, κάτι που ίσως οφείλεται στην «πυροδότηση» κάποιας προψυχωτικής προσωπικότητας από την ουσία. Έτσι, η χρόνια χρήση οινόπνευματος μπορεί να προκαλέσει τις παρακάτω κλινικές εικόνες:

1. Η Παράφρονη ζήλια: Παρουσιάζεται κυρίως σε άνδρες και έχει σαν αντικείμενο τη σύζυγο ή φίλη. Χαρακτηρίζεται από εντονότερες ιδέες ζήλιας, που παίρνουν παράλογο χαρακτήρα. Ο αλκοολικός ασθενής κατηγορεί συνεχώς τη σύζυγο του ότι τον απατά, προσπαθεί να ελέγξει κάθε κίνηση της, εξετάζει τα εσώρουχα της κ.λ.π. ολόκληρη η σκέψη του καταλαμβάνεται από τις ζηλόφθονες αυτές ιδέες, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και αν βρίσκεται σε θεραπεία, δεν είναι ικανός να συνεχίσει, γιατί θα πρέπει να επιστρέφει στη σύντροφο του να την ελέγχει.

Από ψυχαναλυτική θεώρηση έχουμε μια κατάσταση υπερβολικής σκέψης, κατά την οποία ο αλκοολικός προσπαθεί να απελευθερωθεί από τις δικές του τύψεις, μια και πολύ λίγο είναι σε θέση να εκτελεί τα συζυγικά του καθήκοντα, φορτώνοντας τες στο σύντροφο του. Ίσως μερικά εγκλήματα «τιμής» να έβρισκαν εδώ μια εξήγηση (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

2. Αλκοολική παρανοϊκή κατάσταση: Εμφανίζεται κυρίως σε υστερικά ή σχιζοφρενή άτομα. Ο αλκοολικός προβάλλει όλα πάνω στον εαυτό του, νομίζει ότι όλοι ασχολούνται μαζί του, έχει το συναίσθημα που ενισχύει παραπέρα την παρανοϊκή του κατάσταση (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

3. Αλκοολικό παραλήρημα: Η διαφορά του από την αλκοολική παρανοϊκή κατάσταση είναι οι έντονες οπτικοακουστικές παραληρηματικές καταστάσεις του ασθενή. Εμφανίζεται κυρίως ακουστικό παραλήρημα, ο ασθενής ακούει φωνές γνωστών ή άγνωστων προσώπων, που ασχολούνται με αυτόν, τον κριτικάρουν και τον κατηγορούν. Μια τέτοια κατάσταση συνοδεύεται φυσικά από άγχος, κατάθλιψη και ιδέες αυτοκτονίας. Το παραλήρημα αυτό διαρκεί μερικές εβδομάδες μέχρι και μήνες καμιά φορά καταλήγει σε χρόνιες ψυχωτικές καταστάσεις (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

4 Αλκοολική πολυνευριδική ψύχωση του Korsakoff ( Νόσος του Korsakoff): Αμφοτερόπλευρες βλάβες του ιπποκαμπο-μαστιο-θαλαμικού κυκλώματος του Papez προκαλούν σύνδρομο του Korsakoff. Εμφανίζεται σε 3-5% των χρόνιων αλκοολικών ασθενών, κυρίως μεταξύ πεντηκοστού και εξηκοστού έτους.

Με τη χρόνια αλκοολική συμπεριφορά συνδέεται η έλλειψη βιταμίνης Β1, είτε λόγω ανεπαρκούς λήψεως τροφών (ιδιαίτερα των πλούσιων σε θειαμίνη), είτε λόγω κακής απορρόφησης (γαστρεντερικές διαταραχές των αλκοολικών). Η νόσος του Korsakoff οφείλεται σε αυτή την έλλειψη. Χαρακτηριστικό είναι η προσβολή των μαστίων.

Στην κλινική εικόνα κυριαρχούν διαταραχές της πρόσφατης (βραχύχρονης) μνήμης, η μυθοπλασία και η πολυνευρίτις.

Η έναρξη είναι αμβληχρή, με αϋπνίες, με διαταραχές του συναισθήματος, άλγη κατά τα κάτω άκρα, έκπτωση της προσοχής. Ο άρρωστος αρχίζει να περιορίζει τις δραστηριότητες του, παραμένοντας συνήθως αδρανής.

Με την πλήρη εγκατάσταση της νόσου, ο άρρωστος αδυνατεί να καθηλώσει οτιδήποτε στη μνήμη του, λησμονεί από στιγμή σε στιγμή (όπως μια επίσκεψη που μόλις έληξε). Αντίθετα, η ανάμνηση παλαιών γεγονότων παραμένει (για αρκετό χρόνο) ανέπαφη, το ίδιο και η άμεση μνήμη (διηγείται ορθώς συμβάντα του παρελθόντος, διατηρεί αποκτημένες στο παρελθόν γνώσεις και τεχνικές, απαντά σε ερωτήσεις που άμεσα του απευθύνονται). Η διαταραχή αφορά την καθήλωση των εντυπώσεων, πρόκειται δηλαδή για αμνησία που προχωρεί προς τα εμπρός, από την έναρξη της διαταραχής και εφεξής. Οι διαταραχές του προσανατολισμού αφορούν περισσότερο το χρόνο

παρά το χώρο, εντούτοις ο άρρωστος χάνεται συχνά στους διαδρόμους ενός νοσοκομείου όπου από καιρό νοσηλεύεται.

Παράλληλα, ο άρρωστος αναπτύσσει μυθοπλασίες. Αυτόματα ή συνηθέστερα κατόπιν ερωτήσεων, διηγείται συνδέοντας θραύσματα προσωπικών, πραγματικών γεγονότων, παλαιότερων αναμνήσεων, γνωστών και κοινών σε όλους καθημερινών σκηνών της κοινωνικής και οικογενειακής ζωής (όπως ενώ νοσηλεύεται για αρκετό διάστημα, διηγείται ότι την προηγούμενη μέρα είχε πάει στην αγορά ή δέχθηκε επισκέψεις στο σπίτι, περιγράφοντας με λεπτομέρειες τις δραστηριότητες αυτές). Οι μυθοπλασίες δεν είναι σταθερές, τροποποιούνται εύκολα, είναι εύλογες και αναπληρωτικές της διαταραγμένης μνήμης, της οποίας άλλωστε έχει πλήρη νοσοαγνωσία ο άρρωστος.

Ο κορσακοφικός ζει στο παρόν, απαθής χωρίς καμιά φροντίδα ή ευφορικός, μερικές φορές και ευερέθιστος. Η κρίση, όταν δεν απαιτείται η συμμετοχή της βραχύχρονης μνήμης και δεν συνυπάρχουν άλλες βλάβες, κυρίως φλοιικές, είναι ανέπαφη.

Η πολυνευρίτις, αβιταμινικής αιτιολογίας επίσης, συνοδεύει τις ψυχονοητικές διαταραχές χωρίς κατ' ανάγκη να συμπίπτει η βαρύτητας της με εκείνη των διαταραχών αυτών. Παρατηρούνται: άλγη, αυτόματα ή μετά από πίεση των μυϊκών μαζών, κόπωση στο βάδισμα, μυϊκή ατροφία, μείωση ή εξάλειψη των τενοντίων αντανάκλασεων στα κάτω άκρα.

Η νόσος οδεύει συνήθως προς άνοια. Δυνατή είναι η βελτίωσή, μερικές φορές η ίαση, αλλά και η μακροχρόνια στασιμότητα (Καραβάτος Αθ., 1988, Παπαγεωργίου Ε., 2002 ).

5.Οξύ τρομώδες παραλήρημα-Delirium Tremens: Αναπτύσσεται σε αλκοολικούς με κατάχρηση οιοπνευματωδών ποτών χρονολογούμενη από μακρά (5-7 χρόνια περίπου). Η ηλικία στην οποία εκδηλώνεται συνήθως είναι μετά τα 30 και προφανώς σχετίζεται με το χρόνο της συνηθέστερης εγκατάστασης μιας χρόνιας αλκοολικής συμπεριφοράς.

Ως εκλυτικά αίτια και πέρα της συζητήσιμης ακόμη, απότομης διακοπής της χρήσης αλκοόλ (δεν παρατηρείται πάντοτε μετά από «στέρηση») θεωρούνται: διάφορες σωματικές καταπονήσεις ή κακώσεις, λοιμώξεις,

χειρουργικές επεμβάσεις ή και έντονες συγκινησιακές καταστάσεις. Ενίοτε επέρχεται χωρίς εμφανή εκλυτικά αίτια.

Πρόδρομα σημεία: η κατά τη νύχτα έναρξη του οξέως τρομώδους παραληρήματος είναι αιφνίδια, «εκρηκτική», πλην όμως είναι δυνατόν να προηγούνται –λίγες μέρες πριν ή και πολύ περισσότερο- αϋπνία, δυσθυμία, ανησυχία, άγχος, ονειρισμός ή νυχτερινές διεγέρσεις.

Στην κλινική εικόνα κυριαρχούν οι εκδηλώσεις ενός συγχυτικού ονειρικού παραληρήματος και ο τρόμος.

Ο άρρωστος, σε συγχυτική κατάσταση, δεν εμφανίζει απλώς δυσχέρεια να προσανατολιστεί στο χρόνο και στο χώρο, είναι εσφαλμένα προσανατολισμένος και τούτο επιτείνεται καθώς βυθίζεται σε ένα έντονο ονειρισμό. Κατέχεται από πολυαισθητηριακές, κυρίως όμως οπτικές, ψευδαισθήσεις, παραποιεί παραισθητικώς τη γύρω πραγματικότητα και αναπτύσσει παραλήρημα που το βιώνει και εκφράζει όχι μόνο λεκτικά αλλά με όλο του το σώμα, «προσχωρώντας» απόλυτα σ' αυτό. Η αϋπνία σχεδόν είναι πλήρης.

Οι ψευδαισθήσεις της οράσεως είναι οι χαρακτηριστικές λιλιπούτειες ψευδαισθήσεις (σε σμίκρυνση) και οι ζωοψίες (γλοισχρά, απωθητικά ζώα). Ο συνδυασμός τους με:

- ψευδαισθήσεις της αφής, αλλά και παραισθητική παραποίηση των νευριτιδικών δυσαισθησιών (διώχνουν τα μικρά ζώα, κλωστές που νιώθουν πάνω τους)
- ψευδαισθήσεις, συνήθως στοιχειώδεις, της ακοής (θόρυβοι, τριγμοί)
- κιναισθητικές ψευδαισθήσεις (αιωρούνται)
- παραισθήσεις (οι τοίχοι γέρνουν) δημιουργεί, μια γενικώς εφιαλτική «σκηνική» κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει τον άρρωστο μέχρι πανικό. Σπανιότερα η κατάσταση αυτή ποικίλλεται με ευχάριστα ή και σκεπτικά βιώματα που τον τέρπουν. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικές είναι οι ψευδαισθήσεις που εκδηλώνονται με υποβολή (όπως κατά την εξέταση διαβάζει μια άγραφη σελίδα που του δόθηκε: φαινόμενο Liermann).

Το παραλήρημα είναι ποικίλο και ευμετάβλητο. Φορτισμένο με άγχος βιώνεται μέσω νοητικής συγχύσεως, παραισθησιών και ψευδαισθησεων. Συνήθως είναι παραλήρημα απασχολήσεως: ο άρρωστος-ωχρός, κάθιδρος, με εμφανή υπέρπνοια, πυρέσσω- επαναβιώνει ζωηρά σκηνές της εργασίας

του, επιτελεί στερεότυπες κινήσεις του επαγγέλματος του, απευθύνεται ως να βρίσκεται στο σύνηθες περιβάλλον του, με χειρονομίες ή κραυγές, δίνει διαταγές, ζητά βοήθεια. Ιδέες διώξεως δεν είναι σπάνιες.

Κατά διαστήματα, ο άρρωστος είναι αμήχανος και δύσκολα εστιάζει την προσοχή του. Οι διαταραχές της συνείδησης και ο ονειρισμ'ός ποικίλλουν σε ένταση, μειώνονται υπό την επίδραση ενεργητικού εξωτερικού ερεθίσματος και επιτείνονται την νύχτα. Η συγκέντρωση της προσοχής, η αντίληψη του χρόνου και η κριτική ικανότητα είναι διαταραγμένες.

Την όλη εικόνα συμπληρώνει γενικευμένος τρόμος που αφορά όλους τους μύς του σώματος. Συνυπάρχουν: πυρετός που φθάνει και μέχρι υπερπυρεξίας, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ταχυκαρδία.

Η βαρύτητα της κατάστασης εξαρτάται από τη βαρύτητα των γενικών συνοδών φαινομένων. Ο θάνατος μπορεί να επέλθει λόγω καρδιοαγγειακής κατέρριψης ή από επιπλοκές στο αναπνευστικό.

Η συνήθης διάρκεια του οξέως τρομώδους παραληρήματος κυμαίνεται μεταξύ 2 και 10 ημερών, η δε αποδρομή επέρχεται είτε βραδέως, είτε απότομα. Η ανάμνηση του παραληρήματος είναι ατελής ή ελλιπής με συχνές και προκλητές μυθοπλασίες. Η μεγαλύτερη θεωρείται δυσμενής. Οδηγεί συχνά σε Korsakoff ή και άνοια το τρομώδες παραλήρημα υποτροπιάζει. Δυνατόν να εμφανισθεί και ως υποξύ: διάρκεια βραχύτερη, αποδρομή με τον ύπνο (Καραβάτος Αθ., 1988, Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Θα θέλαμε να τελειώσουμε τη σύντομη αυτή αναφορά στο ψυχικά επακόλουθό του αλκοολισμού, με ορισμένα συμπτώματα, που δεν παρουσιάζονται σαν ιδιαίτερη ασθένεια αλλά εμφανίζονται μεμονωμένα ή ομαδικά σε όλα σχεδόν τα αλκοολικά άτομα. Το ιδιαίτερο πρόβλημα με τα συμπτώματα αυτά είναι η παραγνώριση και δικαιολόγηση τους με το απλό επιχείρημα του περάσματος των χρόνων («μεγαλώνει κανείς ή «το γήρας ουκ έρχεται μόνον»κ.α.), που βέβαια μπορεί να ισχύει αλλά στην περίπτωση μας βρίσκει λάθος εφαρμογή. Τα συμπτώματα αυτά είναι:

- Διαταραχές της μνήμης και ικανότητας για πνευματική συγκέντρωση.
- Μείωση της ικανότητας για νέα μάθηση και της προσοχής.
- Σωματοψυχική κόπωση.
- Μείωση της ικανότητας κρίσης και ιδιαίτερα για ό,τι αφορά τον ίδιο (δικαιολογίες για τα πάντα....)

- Ελάττωση της φαντασίας και της συνθετικής σκέψης.
  - Ελάττωση της εμπιστοσύνης τόσο απέναντι στον ίδιο τον εαυτό του όσο και των άλλων απέναντι του.
  - Συναισθηματική αστάθεια.
  - Ελάττωση της ικανότητας για παραγωγική εργασία.
  - Πνευματική ηλιθιότητα
- (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

### 2.7.1 Άνοια και αλκοολισμός

Η διανοητική εξασθένηση είναι συχνή στους αλκοολικούς μετά από μακρά περίοδο παθολογικής χρήσης. Προσβάλλεται πρώτα η προσοχή και η μνήμη. Ακολουθούν απάθεια, παθητικότητα, αδιαφορία, χαρακτηριστικές διαταραχές, μείωση της κριτικής και αυτοκριτικής ικανότητας. Τελικά, επέρχεται, προοδευτικά, κοινωνική έκπτωση, η οποία μπορεί να ευνοήσει την εμφάνιση αξιόποινων τύπων συμπεριφοράς, ιδιαίτερα στο σεξουαλικό τομέα (επιδειξιμανία, αιμομιξία). Η νόσος παραμένει για πολύ καιρό αναστρέψιμη, εάν διακοπεί η χρήση του αλκοόλ. (T. Lemprier- A. Feline και συν., 1995).

Σε μερικούς αλκοολικούς παρατηρείται μη αναστρέψιμη εξέλιξη προς την άνοια, με υποξεία ή προοδευτική εγκατάσταση. Αυτές οι αλκοολικές άνοιες αντιστοιχούν σε ποικίλης αιτιολογίας ανατομο-κλινικές εικόνες, από τις οποίες μόνο μερικές μορφές έχουν διαχωρισθεί:

- η νόσος Marchiafava-Bignami, η οποία εκδηλώνεται στα πλαίσια πολυετούς και σοβαρού αλκοολισμού, είναι σπάνια και η παθογένεια της σχεδόν άγνωστη. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από συμμετρικές βλάβες κατά μήκος του σώματος του μεσολαβίου (πραγματική σπηλαιώδης νέκρωση ή απλή απομυελίνωση που καταλήγει σε μεσολόβιο ατροφία), οι οποίες συχνά επεκτείνονται στη λευκή ουσία των ημισφαιρίων και στον πρόσθιο σύνδεσμο. Μερικές φορές συνυπάρχει η φλοιώδης σκλήρυνση κατά στρώσεις του Morel (*sclerose corticale de Morel*).

Η κλινική εικόνα ποικίλει. 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 είναι συνήθως υφέσιμες, συχνά συμπίπτουν με περιόδους κατάχρησης οινοπνεύματος και καταλήγουν προοδευτικά σε ανοική εικόνα με τρόμο, έντονη δυσαρθρία, υπέρτονία, διαταραχές της βάδισης και κρίσεις σπασμών. (Καραβάτος Αθ., 1988, T.Lempriere- A.Feline και συν., 1995).

- η χρόνια ηπατική εγκεφαλοπάθεια παρατηρείται κυρίως σε άτομα που υπέστησαν πυλαιο-κοιλιακή αναστόμωση είτε είχαν προηγουμένως παρουσιάσει επανειλημμένα οξεία επεισόδια εγκεφαλοπάθειας είτε όχι. Η προοδευτική διανοητική εξασθένηση (βραδυχισμός, απώλεια των ενδιαφερόντων) συνοδεύεται από νευρολογική προσβολή (αταξία, χορειο αθετωσικές κινήσεις, τρόμος δυσαρθρία) και μπορεί να εξελιχθεί σε βαριά άνοια. Σε ανατομικό επίπεδο οι βλάβες μοιάζουν μ' αυτές της νόσου του Wilson: αστροκυτταρική υπερπλασία και νευρωτικές εκφυλιστικές βλάβες στο φλοιό του εγκεφάλου και την παρεγκεφαλίδα, στους πυρήνες της βάσης και στους οδοντωτούς πυρήνες. (Καραβάτος Αθ., 1988, T.Lempriere-A.Feline και συν., 1995).

Το σύνδρομο Korsakoff που συνδυάζεται με ανοική κατάσταση και για το οποίο έχουμε ήδη αναφέρει. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αλκοολική άνοια είναι μια πτυχή της ψύχωσης αυτής, αλλά μέχρι στιγμής αυτό παραμένει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας. Οι κυριότερες επιπτώσεις αυτής της νόσου έχουν σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες του ασθενή και ιδιαίτερα με τη δυνατότητα μάθησης και οπτικής αντίληψης, όπως επίσης και με τη δυνατότητα της αφαιρετικής σκέψης και της ψυχοκινητικής λειτουργίας. (Ποταμιάνος Γ., 1991, T.Lempriere-A.Feline και συν., 1995).

### Κεφάλαιο Τρίτο

#### 3. Η ψυχολογία του πότη

Το πόσο πίνει ο κοινωνικός πότης ή ο αλκοολικός εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Μεταξύ αυτών είναι το στρες ή η απειλή που νιώθει ο πότης, οι αναμενόμενες συνέπειες του ποτού, η κοινωνική συνθήκη και η απόφαση του να πάρει μια συγκεκριμένη ποσότητα αλκοόλης. Υπάρχουν σήμερα αρκετές πειραματικές μελέτες, που δείχνουν ότι οι πότες αυξάνουν την ποσότητα που πίνουν, αν οι άλλοι τους κατακρίνουν γι' αυτό ή αν νιώσουν ότι απειλούνται να κατακριθούν για την πράξη του (Ποταμιάνος Γ.1989)

Ο ίδιος συνεχίζει και αναφέρει το να πίνει κανείς, όπως συμβαίνει και με αλλά σχήματα συμπεριφοράς, επηρεάζεται σημαντικά από τη μίμηση της συμπεριφοράς άλλων ανθρώπων. Είναι γνωστό, ότι ο αλκοολικός, που για πολύ καιρό το ρίχνει έξω με το πιοτό, σταματά να πίνει μετά από λίγες μέρες, μόνο και μόνο επειδή ο φιλαράκος του σταμάτησε. Έχει αποδειχτεί πειραματικά, ότι οι κοινωνικοί ποτές που πίνουν μεγάλες ποσότητες αυξάνουν την ποσότητα, αν δουν κάποιο «πρότυπο» που πίνει πολύ, σε σύγκριση μ' εκείνους που βλέπουν κάποιο «πρότυπο» να πίνει λίγο ή που δεν βλέπουν κανένα «πρότυπο» Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αυτές οι κοινωνικές πιέσεις, που βάζουν τον αλκοολικό σε πειρασμό να σταματήσει την αποχή, αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Η υποτροπή συνδέεται συχνά μ' αυτού του είδους την πίεση και μερικοί θεραπευτές συμπεριλαμβάνουν στη θεραπεία τους μια ειδική συμβουλευτική συνεδρίαση, που θα μπορούσαμε να την ονομάσουμε «Πέστε όχι».

Οι άνθρωποι πιστεύουν, συχνά, ότι υπάρχει μια «αλκοολική προσωπικότητα», που μπορούμε να την αναγνωρίσουμε ξεκάθαρα και που είναι ιδιαίτερα ευάλωτη. Στην πραγματικότητα, ποτέ δεν έχει περιγραφεί τέτοιου είδους προσωπικότητα. Εφόσον η δημιουργία του προβλήματος του ποτιού είναι μια σύνθετη αλληλοπλοκή προσωπικότητας και περιβαλλοντικών παραγόντων, δεν είναι πιθανό, να μπορέσουμε να βρούμε κάποιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός αλκοολικού. (Ποταμιάνος Γ 1989)

Μερικοί άνθρωποι πίνουν, για να νιώσουν υπερδιέγερση, άλλοι για να μειώσουν το άγχος. Μερικοί πίνουν για να είναι κι αυτοί μέρος της «παρέας» και άλλοι, για να τιμωρήσουν τις γυναίκες τους. Η αναζήτηση της μοναδικής αλκοολικής προσωπικότητας, είναι σαν να ψάχνουμε για την αιτία της καρδιοπάθειας ή την αιτία για τις βλάβες των αυτοκινήτων. Παρ'όλα αυτά υπάρχουν ενδείξεις ότι πολλοί άνθρωποι που έχουν προβλήματα με το πσιτό, πίνουν για να μειώσουν το άγχος.

Η χαλαρωτική δράση του αλκοόλ ήταν η αιτία για την καταστροφή αυτού του μουσικού:

« Αναζητούσα απελπισμένα κάτι για να χαλαρώσει το κομματιασμένο μου νευρικό σύστημα και έτσι δέχτηκα το ουίσκι που μου πρόσφεραν. Η δράση ήταν άμεση ... και πέτυχε. Από εκείνη τη στιγμή και πέρα, δεν μπορούσα να μείνω χωρίς τη μπουκάλα σε κάθε δουλειά που αναλάμβανα, κι αυτή η κατάσταση κράτησε τα επόμενα 20 χρόνια... Έκανα μια συμφωνία μ' αυτό το πράγμα;"θα σε πίνω καί συ θα με απαλλάσσεις από τα νεύρα μου"».

Ακόμα και τα ποντίκια παίρνουν κουράγιο με μια δόση αλκοόλης. Αν ένα ποντίκι, που περπατά μέσα σ' ένα διάδρομο, για να φτάσει στο φαγητό του, υποστεί ηλεκτροσόκ θα νιώσει μια σύγκρουση μεταξύ της επιθυμίας να προσεγγίσει το φαγητό και της επιθυμίας να το αποφύγει. Έχει αποδειχτεί, ότι η αποφυγή και ο φόβος μπορούν να μειωθούν με μια μέτρια δόση αλκοόλης.(Ποταμιάνος Γ.1989)

### 3.1 Κοινωνική συνθήκη για το πιοτό

Η απόφαση που παίρνει κάποιος να πιεί είναι το αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ του πότη και του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Πολλές έρευνες έχουν δείξει σαφώς, ότι η ποσότητα του πιοτού επηρεάζεται από το φύλο, την εθνικότητα, το επάγγελμα και τη χώρα που ζει το άτομο, καθώς και από την τιμή και τη διαθεσιμότητα του πιοτού. Μια μελέτη επιβεβαίωσε, ότι τα προβλήματα του πιοτού διαφέρουν από τη μια εθνο-θρησκευτική ομάδα στην άλλη: οι περισσότεροι Εβραίοι πίνουν, αλλά λίγοι πίνουν πολύ ή έχουν προβλήματα εξαιτίας του πιοτού· οι περισσότεροι Καθολικοί και φιλελεύθεροι Διαμαρτυρόμενοι πίνουν και ένα μεγάλο ποσοστό έχουν προβλήματα με το πιοτό - ενώ ανάμεσα στους συντηρητικούς «πουριτανούς» Διαμαρτυρόμενους (που προέρχονται από αιρέσεις, που ευνοούν την απόλυτη αποχή από το αλκοόλ) υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό, που δεν πίνουν καθόλου- οι μεγάλοι ποτές τους όμως έχουν συχνά προβλήματα (Ποταμιάνος Γ 1989)

Ένας δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ανθρώπων, που πίνουν πολύ ζούνε στις οινοπαραγωγικές χώρες, πιθανά γιατί το πιοτό είναι διαθέσιμο και αποτελεί μέρος της καθημερινής τους ζωής. Γενικά, η ανεκτική στάση απέναντι στο πιοτό επηρεάζει τις συνήθειες των ατόμων και την κοινωνική - πολιτική τακτική των κυβερνήσεων.

Τα επαγγέλματα, επίσης, παίζουν το ρόλο τους στην τάση των ανθρώπων να πίνουν οι διευθυντές επιχειρήσεων, οι μπάρμαν και οι ξενοδόχοι, οι σκηνοθέτες, οι ηθοποιοί, οι κονφερανσιέ, οι μουσικοί, οι μάγειροι και οι ναυτικοί έχουν μεγάλη θνησιμότητα εξαιτίας της αλκοόλης, στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η κίρρωση του ήπατος.

Τέλος ο Ποταμιάνος Γ.(1989) σχολιάζει ότι δεν καταλαβαίνουμε απόλυτα γιατί αυτές οι ομάδες ανθρώπων έχουν την τάση να πίνουν πολύ, αλλά έχει αναφερθεί, ότι σημαντικοί παράγοντες είναι η διαθεσιμότητα των οινοπνευματωδών, η κοινωνική πίεση να πιουν - ή, αν το δούμε απ' την άλλη του όψη, ότι η επιλογή του επαγγέλματος, που συνδέεται με το πιοτό, γίνεται από ανθρώπους, οι οποίοι είναι ήδη ποτές.

### *Η τιμή και η διαθεσιμότητα*

Πολλοί επιστήμονες της συμπεριφοράς πιστεύουν ότι η αύξηση της φορολογίας των οινοπνευματωδών, θα μπορούσε, σαν ένα μαγικό ραβδί, να μειώσει την επικράτηση του αλκοολισμού, των προβλημάτων που δημιουργεί το πιοτό και την κίρρωση του ήπατος. Η διαθεσιμότητα της αλκοόλης επηρεάζει οπωσδήποτε τον αριθμό αυτών που πίνουν πολύ.

Όσο κι αν είναι δύσκολο να το πιστέψει κανείς από τα κινηματογραφικά έργα και τα μυθιστορήματα της εποχής, στην πραγματικότητα, οι θάνατοι από κίρρωση του ήπατος μειώθηκαν σημαντικά κατά την εποχή της ποτοαπαγόρευσης στις Η.Π.Α, και μια παρόμοια αλλαγή παρατηρήθηκε στη Γαλλία κατά τη διάρκεια του Β' Παγκόσμιου Πολέμου, όταν είχε περιοριστεί σημαντικά η παραγωγή του κρασιού. Απλά, οι άνθρωποι έπιναν λιγότερο. Αντίθετα, όταν πρόσφατα η Φινλανδική κυβέρνηση απόσυρε την απαγόρευση στις πωλήσεις της μπύρας στα μαγαζιά και στα εστιατόρια, η κατανάλωση του αλκοόλ αυξήθηκε κατά 50% μέσα σ' ένα χρόνο.

#### 3.1.1. Το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ

##### Αλκοολικός ή προβληματικός πότης;

Όπως έχει ήδη αναφερθεί ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα που έχει απασχολήσει τους επιστήμονες που ερευνούν και παρέχουν υπηρεσίες στον αλκοολικό είναι ο ορισμός της έννοιας αλκοολισμός και κατά συνέπεια ο ορισμός του αλκοολικού. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις στο φαινόμενο του αλκοολισμού, η πολυδιάστατη αιτιολογία του και τα μεθοδολογικά προβλήματα που παρατηρούνται στις επιδημιολογικές μελέτες οδηγούν σε δύο σημαντικά συμπεράσματα. Πρώτον, υπάρχουν πολλά «είδη αλκοολικών» και όχι μόνο ένα. Αυτό φαίνεται τόσο στην ποικιλία της αιτιολογίας του αλκοολισμού όσο και στην ποικιλία των εκφράσεων του φαινομένου. Δηλαδή όλοι οι «αλκοολικοί» δεν παρουσιάζουν απαραίτητα τα ίδια συμπτώματα, ούτε φαίνεται να υπάρχει μια σταθερή ιεραρχία στην εκδήλωση των συμπτωμάτων, είτε αυτά είναι ψυχολογικά είτε οργανικά. Με άλλα λόγια παρατηρείται μια σημαντική «ανομοιογένεια» στον πληθυσμό των ατόμων που χαρακτηρίζονται ως αλκοολικοί. Με βάση τα παραπάνω, το δεύτερο

συμπέρασμα είναι ότι ο όρος «αλκοολικός» είναι γενικός, αόριστος και μη λειτουργικός, αφού δεν μπορεί να περιγράψει την πολυμορφία αυτού του φαινομένου. Οι παρακάτω αναφορές είναι χαρακτηριστικές του επιστημονικού προβληματισμού στο θέμα του ορισμού του αλκοολισμού.(Ποταμιάνος Γ.1989)

Ο Christie και οι συνεργάτες του (Christie et al 1969) σχολιάζοντας τα αποτελέσματα των προσπαθειών για να προσδιοριστεί ο όρος «αλκοολισμός», τα χαρακτήρισαν ως «εννοιολογικό χάος». Σε μια πρόσφατη δημοσίευση του, ο Rohan (1982) υποστήριξε ότι αν ο όρος «αλκοολικός» πρέπει οπωσδήποτε να χρησιμοποιείται, τότε οφείλει να περιοριστεί στην περιγραφή επιλεκτικών βλαβών από την κατανάλωση αλκοόλης και να χρησιμοποιείται σαν ένας «βολικός όρος αναφοράς».

Όπως ο ίδιος σχολιάζει:

«...αλκοολικός και κοινωνικός πότης είναι ασαφείς όροι που εξυπηρετούν τη διαφοροποίηση συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού που καταναλώνει αλκοόλ και στηρίζονται σε αμφίβολα κριτήρια...».

Με το ίδιο σκεπτικό, ο Pattison (Pattison et al 1977) θεωρεί ότι δεν υπάρχει μία και μοναδική οντότητα που να ορίζεται ως αλκοολισμός. Ο αλκοολισμός δεν είναι μια μονοδιάστατη έννοια, αλλά μια «συλλογή» από συμπεριφορές και συμπτώματα. Είναι ενδιαφέρον ότι αυτός ο ερευνητής θεωρεί τον αλκοολισμό ως ένα γενικό πρόβλημα υγείας και όχι ως αρρώστια. Τα ειδικότερα προβλήματα υγείας που μπορεί να παρουσιάσει το άτομο είναι στη σφαίρα της συναισθηματικής (ψυχολογικής) υγείας, της επαγγελματικής υγείας, της κοινωνικής και οικογενειακής υγείας και της σωματικής υγείας. Σύμφωνα με τον Pattison, όλα τα άτομα που εξαρτώνται από το αλκοόλ δεν είναι απαραίτητο να παρουσιάζουν δυσλειτουργίες σε όλες τις παραπάνω παραμέτρους της υγείας. Επίσης, δυσλειτουργία/ πρόβλημα σε μία από τις παραμέτρους της υγείας δεν οδηγεί απαραίτητα σε πρόβλημα και στις υπόλοιπες.(Ποταμιάνος Γ.1989)

Είναι εμφανές από τα παραπάνω δεδομένα ότι ο όρος «αλκοολικός» ως επιστημονική έννοια αποτελεί παρελθόν. Αντι' αυτού, οι όροι «Σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ» (Alcohol dependence syndrome) και «Προβληματικός πότης» (Problem drinker) θεωρούνται περισσότερο ακριβείς

και λειτουργικοί. (Ποταμιάνος Γ., 1989)

### 3.1.2. Προβληματικός πότης

Τα προβλήματα ή/ και οι ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση της αλκοόλης (Alcohol related disabilities) αφορούν στη συνολική υγεία του ατόμου.(Ποταμιάνος Γ.1989)

Θα αναφερθεί ότι το σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ και τα προβλήματα ή/και ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση της αλκοόλης είναι δύο διαφορετικές έννοιες που οδηγούν στην οριοθέτηση του «προβληματικού πότη». Όπως σχολιάστηκε παραπάνω, ο όρος αυτός τείνει να αντικαταστήσει τον όρο «αλκοολικός». Ο όρος του προβληματικού πότη περιλαμβάνει τις παρακάτω περιπτώσεις:

A. Άτομα που χαρακτηρίζονται από το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ, αλλά δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας.

B. Άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα υγείας εξαιτίας της κατανάλωσης της αλκοόλης (π.χ. οργανικά, ψυχιατρικά, κοινωνικά προβλήματα κ.λπ.) αλλά δεν παρουσιάζουν το συν' δρόμο της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Γ. Άτομα στα οποία το σύνδρομο εξάρτησης και τα προβλήματα συνυπάρχουν.(Ποταμιάνος Γ.1989)

Η χρησιμότητα του όρου προβληματικός πότης, σε αντίθεση με τον όρο αλκοολικός, είναι η «ευρύτητα» αυτής της έννοιας και η δυνατότητα της να περιγράψει, όσο το δυνατό καλύτερα, την ανομοιογένεια των ατόμων που κινδυνεύουν από την κατανάλωση της αλκοόλης.(Ποταμιάνος Γ.1989).

### 3.1.3 Μέθοδοι ανίχνευσης του προβληματικού πότη (Screening methods)

Η ανάπτυξη και αξιολόγηση των μεθόδων ανίχνευσης του προβληματικού πότη έχουν διπλή σημασία. Πρώτον, διότι οι έγκυρες (valid) και αξιόπιστες (reliable) μέθοδοι είναι απαραίτητες στις επιδημιολογικές μελέτες διαμέσου των οποίων μπορούμε να εκτιμήσουμε το μέγεθος του

προβλήματος. Δεύτερον, διότι έχουν ιδιαίτερη χρησιμότητα για τον κλινικό επιστήμονα (π.χ. θεραπευτή) που επιδιώκει τον εντοπισμό του προβληματικού πότη στα αρχικά στάδια είτε της εξάρτησης είτε των σχετικών προβλημάτων. (Όπως είναι γνωστό, οι περισσότεροι αλκοολικοί Προσεγγίζουν το γιατρό τους, όταν τα προβλήματα τους φθάνουν σε όρια που οι ίδιοι δεν μπορούν να ελέγξουν). Εξίσου σημαντικός, βέβαια, είναι ο ρόλος των μεθόδων ανίχνευσης ως διαγνωστικών βοηθημάτων. (J.Jaffe, R.Peterson, R.Hodgson, 1981).

Οι μέθοδοι ανίχνευσης χωρίζονται τυπικά σε δυο ομάδες: α) μέθοδοι για την ανίχνευση προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ και εκτίμηση του «Βαθμού εξάρτησης» και β) μέθοδοι εκτίμησης της κατάχρησης του αλκοόλ.

Όσον αφορά στην πρώτη ομάδα, τα ερωτηματολόγια MAST και CAGE έχουν φανεί χρήσιμα Βοηθήματα στη διάγνωση του αλκοολισμού, αν και δεν είναι πολύ ευαίσθητα για την ανίχνευση ίου προβληματικού πότη στα αρχικά στάδια της εξάρτησης. Τα ερωτηματολόγια αυτά είναι αμερικάνικης προέλευσης και η χρήση τους σε δείγματα του ελληνικού πληθυσμού θα απαιτούσε τη «στάθμιση» τους (standardisation) σε «ελληνικούς πληθυσμούς». Ένα βρετανικό ερωτηματολόγιο γνωστό ως Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) είναι χρήσιμο για την εκτίμηση του «βαθμού εξάρτησης» του προβληματικού πότη. Πρόσφατο δημοσίευμα που αφορά στη χρήση του παραπάνω ερωτηματολογίου με δείγματα «αλκοολικών σε γενικό νοσοκομείο» (Potamianos et al 1984) έδειξε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται για κατάχρηση της αλκοόλης σε γενικό νοσοκομείο παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό εξάρτησης σε σύγκριση με αυτούς που νοσηλεύονται σε «κέντρα αποτοξίνωσης» ή σε «μονάδες θεραπείας του αλκοολισμού». Οι παραπάνω συγγραφείς, σχολιάζοντας τα αποτελέσματα της μελέτης, αναφέρουν ότι η εκτίμηση του βαθμού εξάρτησης σε άτομα που νοσηλεύονται στο γενικό νοσοκομείο έχει ιδιαίτερη σημασία τόσο για την έρευνα όσο και την περαιτέρω θεραπεία αυτών των ατόμων, με δεδομένο ότι αυτοί οι ασθενείς βρίσκονται στα αρχικά στάδια της εξάρτησης. (J.Jaffe, R.Peterson, R.Hodgson, 1981).

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. Στην πρώτη



περίπτωση, ο ερωτών ζητά από το άτομο να αναφέρει μια πρόσφατη περίοδο (π.χ. τον τελευταίο μήνα, δεκάπενθήμερο ή εβδομάδα) και να περιγράψει με λεπτομέρεια τις συνθήκες, τον τρόπο και την ποσότητα αλκοόλης που καταναλώθηκε κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Η καταγραφή της αλκοόλης γίνεται στη δάση «μονάδων αλκοόλ» (alcohol units). Χρήσιμη μπορεί να αποδειχθεί η διασταύρωση πληροφοριών που προέρχονται από τον ασθενή με εκείνες από άτομο του στενού του περιβάλλοντος.

Τέλος οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν πως βιοχημικοί δείκτες έχουν σχετική αξιοπιστία σε τακτικούς ποτές που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλης. Το μειονέκτημα αυτών των τεστ είναι ότι οι τιμές τους επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες, όπως το κάπνισμα και τα αντισυλληπτικά στις γυναίκες. Πρόσφατο δημοσίευμα (Potamianos et al 1985) με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ καθημερινής κατανάλωσης της αλκοόλης, MCV και γ-GTP και βαθμού εξάρτησης από το αλκοόλ, έδειξε σημαντική συσχέτιση μόνο μεταξύ καθημερινής κατανάλωσης της αλκοόλης και βαθμού εξάρτησης. Με βάση τα δεδομένα αυτής της έρευνας, η αξιοπιστία των παραπάνω τεστ είναι αμφισβητήσιμη ως προς την ανίχνευση του προβληματικού πότη στα αρχικά στάδια της εξάρτησης.

### 3.2 Το προφίλ του αλκοολικού

Ο αλκοολισμός ως νοσολογική οντότητα συνιστά ένα σύνολο διαταραχών που συνδέονται με την εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ.

Με τον όρο αλκοολισμός δεν εννοούμε απλώς και μόνο την κατάχρηση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ. Εννοούμε επιπλέον και την ανάγκη του ατόμου να αυξάνει συνεχώς την ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνει, καθώς και την εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης μετά την διακοπή του.

Μ' αυτό το υποκεφάλαιο αναφέρουμε περισσότερες λεπτομέρειες για το προφίλ του αλκοολικού. Το άτομο που έχει πάσχει από αλκοολισμό έχει χάσει την ελευθερία του απέναντι στο αλκοόλ. Έχει υποδουλωθεί σ' αυτό. Το έχει μετατρέψει σε κεντρικό άξονα της ζωής του, χάνοντας οποιοδήποτε ενδιαφέρον-και ικανότητα- για δουλειά, σπίτι, υποχρεώσεις και γενικά ανθρώπινη ζωή.

Ο αλκοολισμός είναι ένα πολύπλοκο, πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Αναπτύσσεται συνήθως σε μια προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από μια τάση απομόνωσης, μειωμένη αυτοεκτίμηση, υπερτροφικό εγώ, απελπισία, μοναξιά, φόβους, αδυναμία αντοχής της ματαίωσης, αισθήματα ανικανοποίητου, δυσπιστία. Σημαντικό ρόλο στην εγκατάσταση του αλκοολισμού παίζουν παράγοντες κοινωνικοί και πολιτιστικοί, όπως επίσης και το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου.

Ο αλκοολισμός επηρεάζει σοβαρά τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική κατάσταση του ατόμου. Είναι μια παθολογική κατάσταση που χρειάζεται θεραπευτική αντιμετώπιση σε ειδικό θεραπευτικό κέντρο. Βασικός όρος για την επιτυχία της θεραπευτικής προσπάθειας είναι η απόφαση του ίδιου του ατόμου να απεξαρτηθεί.

Καμία θεραπεία δεν μπορεί να γίνει αναγκαστικά. Χρειάζεται η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στην όλη θεραπευτική διαδικασία η οποία διαρκεί πολύ, είναι δύσκολη και απαιτεί όλες τις δυνάμεις του. Μέσα απ' αυτήν θα μπορέσει να συνειδητοποιήσει τις αιτίες της εξάρτησης του. Να ξεπεράσει τις αδυναμίες του. Να αποκαταστήσει τις βλάβες του οργανισμού, που οφείλονται στη δράση του οινοπνεύματος. Να μάθει τρόπους σωστής άμυνας απέναντι στο αλκοόλ, ώστε να μην καταφύγει ξανά σ' αυτό μόλις βρεθεί μπροστά σε δυσκολίες και προβλήματα. (Τσαρούχας Κ., Χούνος Νέστορας, 2000).

Το ερωτηματικό που γεννιέται είναι “πώς” και “γιατί”, κάποιοι άνθρωποι, από απλοί πότες-χρήστες, όπως όλοι μας, καταλήγουν στην προβληματική πόση;

Ο Μούσσας Γεώργιος, Αναπληρωτής Διευθυντής της μονάδας 18 ΑΝΩ εξηγεί: “Όταν μιλάμε για τα προβλήματα του αλκοολισμού δεν αναφερόμαστε μόνο στην εξάρτηση στο χρόνιο αλκοολισμό με την τελική μορφή. Αναφερόμαστε σε ένα σύνολο προβλημάτων, που έχουν να κάνουν με την έννοια της κατάχρησης και της εξάρτησης. Η εξάρτηση είναι το τελικό στάδιο, που είναι και το πιο σημαντικό. Προηγείται, όμως, το στάδιο της κατάχρησης, που είναι και αυτό ιδιαίτερα σημαντικό σαν εισαγωγή στη φάση της εξάρτησης. Εκείνο που θέλω να πω είναι ότι στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες το πρόβλημα της κατάχρησης-εξάρτησης αλκοόλ είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Στην Ελλάδα, μέχρι πρότινος, θεωρούσαμε ότι δεν υπάρχει πρόβλημα. Και υπήρχε ένας σχετικός εφησυχασμός. Τα τελευταία χρόνια, όμως η εικόνα η οποία επικρατούσε έχει αρχίσει να ανατρέπεται. Στην Ελλάδα φαίνεται ότι αλλάζει ο παραδοσιακός τρόπος που συσχετίζει εμάς τους Έλληνες με το αλκοόλ. Δηλαδή η πιο απλή χρήση, η πιο παραδοσιακή του κρασιού. Έχει επικρατήσει η αύξηση των “σκληρών” ή “πυκνών” λεγόμενων ποτών και της μπύρας. Κι έχει μειωθεί η χρήση του κρασιού. Εκτός αυτού υπάρχουν μια σειρά από άλλα στοιχεία, τα οποία οδηγούν σε μια εικόνα, που φαίνεται να είναι αρκετά ανησυχητική.

Υπάρχει αύξηση των ανθρώπων που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία με προβλήματα υγείας τα οποία σχετίζονται με την κατάχρηση-εξάρτηση από το αλκοόλ. Και, γενικότερα, φαίνεται ότι η κοινωνία μας επιχειρεί να αλλάξει ένα επίπεδο, το οποίο χρειάζεται να το δούμε με μεγαλύτερη φροντίδα και προσοχή. Η εικόνα που περιέγραψα, έχει να κάνει αφενός μεν με τη νομιμότητα της ουσίας και αφετέρου με μια μεγάλη δραματοποίηση που έχει γίνει γύρω από το θέμα των εξαρτήσεων από τα λεγόμενα ναρκωτικά, τα σπιούχα. Αυτή η τελευταία δεν επιτρέπει να δούμε, ότι το πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι στην Ελλάδα υπαρκτό, ενδεχόμενα και πιθανότατα είναι πολλαπλάσιο του προβλήματος των ναρκωτικών. Θα έλεγα, μάλιστα, ότι υπάρχει και κάτι που συνενώνει ναρκωτικά και αλκοόλ. Και αυτό που τα συνενώνει είναι, ότι οι ανάγκες του ανθρώπινου ψυχισμού για την

εξάρτηση υπάρχουν και πραγματώνονται ανεξάρτητα από το αν η ουσία είναι νόμιμη ή παράνομη. Και αυτή η σχέση έχει επιπτώσεις.

Η έννοια της κατάχρησης είναι μια στενή σχέση με το αλκοόλ, η οποία φαίνεται στην αρχή να σχετίζεται με τις ψυχικές ανάγκες του ατόμου. Γιατί να μην ξεχνάμε, ότι αυτό είναι υπεύθυνο για την εξάρτηση. Δεν είναι ουσία, αλλά ο ψυχισμός. Υπάρχουν μια σειρά από διαδικασίες, φαίνεται, οι οποίες ανάλογα με τα κοινωνικά προβλήματα, τις δυσκολίες, τις συναισθηματικές απογοητεύσεις, την προσωπικότητα του ανθρώπου, αλλά ακόμα θα έλεγα και στοιχεία κληρονομικότητας ή και σοβαρές ψυχικές ανάγκες, κάποια στιγμή οδηγούν από την κατάχρηση-μια συμπεριφορά που έχει προβλήματα-στην εξάρτηση, μια συμπεριφορά που οδηγεί στην αυτοκαταστροφή.

Για τον αλκοολισμό υπάρχουν μελέτες. Οι οποίες αποδεικνύουν ότι υπάρχει συσχέτιση με την κληρονομικότητα. Δεν σημαίνει, δηλαδή, ότι κάποιος ο οποίος έχει στο κληρονομικό του έναν άνθρωπο ο οποίος έχει πρόβλημα κατάχρησης-εξάρτησης αναγκαστικά θα γίνει. Αλλά είναι μια συνιστώσα του προβλήματος. Διότι για το θέμα του αλκοολισμού χρησιμοποιούμε έναν όρο που στην ιατρική είναι γνωστός ως «πολυπαραγωγικό φαινόμενο». Δηλαδή, στην ουσία λέμε, ότι πάρα πολλοί παράγοντες, όπως είπα και προηγούμενα, ατομικοί, κοινωνικοί, προσωπικοί, οικογενειακοί και ενδεχόμενα κληρονομικοί διαμορφώνουν ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο κάποιος σχετίζεται με ένα πιο οριστικό και πιο παθολογικό τρόπο με το αλκοόλ.

Ο παλιός παραδοσιακός αλκοολικός που ζούσε σε επίπεδο γειτονιάς, ήταν ανεκτός, όμως δεν υπάρχει. Σήμερα ο αλκοολικός, ο σύγχρονος, έχει να κάνει με έναν άνθρωπο, που ενδεχομένως είναι κοντά στη μέση ηλικία. Έχει μια μακρά σχέση, περίπου οχτώ με δέκα χρόνια με το αλκοόλ. Είναι επιφορτισμένος με οικογενειακές, επαγγελματικές και άλλες ευθύνες. Και μπορεί, πιθανότατα, προτού φτάσει σε αυτό που ονομάζουμε διολίσθηση από τον αλκοολισμό-δηλαδή να εκπέσει κοινωνικά και επαγγελματικά- να είναι ένας άνθρωπος καθημερινός με σημαντική δραστηριότητα κοινωνική, όπου το πρόβλημα του αλκοολισμού έρχεται να καταστρέψει και να αποδομήσει όλη αυτή την εικόνα. Είναι δηλαδή καθημερινός άνθρωπος.

Στις εξαρτήσεις, για να πω την αλήθεια, δεν υπάρχουν στεγανά. Δεν είναι κάποιο φύλο το οποίο είναι μακράν του προβλήματος. Όμως στον

αλκοολισμό, ειδικά, φαίνεται να υπάρχει μια υπερίσχυση των ανδρών σε μια σημαντικά αναλογία. Ο γυναικείος αλκοολισμός είναι, βέβαια, σε χαμηλότερο επίπεδο. Όμως υπάρχει. Έχει κάποιες διαφορές. Οι γυναίκες φαίνεται να εισέρχονται στο πρόβλημα κατάχρηση-εξάρτηση αλκοόλ με καθυστέρηση χρονικά, αλλά έχουν μια μεγαλύτερη ταχύτητα στο να εξαρτηθούν από το αλκοόλ και ενδεχόμενα να έχουν μεγαλύτερες επιπλοκές απ' αυτήν την ιστορία. Θέλω να πω, ότι και τα δύο φύλα συμμετέχουν στο πρόβλημα. Απλώς η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι μεγαλύτερη. Στην Ελλάδα θα έλεγα ότι είναι 7 με 8 προς 2 με 3 αναλόγως.

Μελέτες που έγιναν την προηγούμενη δεκαετία απέδειξαν, ότι άνθρωποι οι οποίοι σχετίζονται με το αλκοόλ στο επίπεδο της εξάρτησης, δηλαδή σε μια πιο τελική μορφή, βρίσκονται περίπου στο μέσο και το τέλος της πέμπτης δεκαετίας. Φαίνεται, όμως, ότι έχει αρχίσει μια πορεία, η οποία έχει μια τάση να χαμηλώσει το μέσο όρο. Και μελέτες που έχουν γίνει σε νέους ανθρώπους, σε στρατευμένη νεολαία, έχουν αποδείξει, ότι υπάρχει μια τάση να συσχετιστούν με το αλκοόλ σε ένα παθολογικό επίπεδο. Τουλάχιστον όσο αφορά την ποσότητα, τη συχνότητα και την ποιότητα του αλκοόλ, η οποία ακόμα λόγω της μικρής ηλικίας δεν έχει γίνει παθολογική σε επίπεδο κοινωνικής συμπεριφοράς". (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν., 2000)

Η μελέτη της προσωπικότητας παραμένει ένα από τα πιο προσφιλή θέματα των κλινικών ψυχολόγων. Κι έχει δημιουργήσει σωρεία αντικρουόμενων επιχειρημάτων όσο αφορά στη φύση και την εξέλιξη των χαρακτηριστικών που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου. Σε αντίθεση με τα συγκεκριμένα στοιχεία της προσωπικότητας που αναφέρονται στο ψυχοδυναμικό μοντέλο, και τα οποία φαίνονται να οδηγούν στην κατάχρηση του αλκοόλ, ο κύριος προβληματισμός, στην προκείμενη περίπτωση, είναι ότι οι αλκοολικοί έχουν μια "ιδιόμορφη" προσωπικότητα, που μοιραία οδηγεί στον αλκοολισμό. Παρόλο που η κλινική πρακτική και εμπειρία με αλκοολικούς έδειξαν στοιχεία, που τεκμηριώνουν την ύπαρξη της "αλκοολικής προσωπικότητας", οι σύγχρονες διαχρονικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν έφεραν στο φως πειστικά στοιχεία που να εδραιώνουν αυτή την άποψη. (Ποταμιάνος Γρηγόριος, Αλκοόλ και Νόμιμες Ουσίες).

Τρεις από τις πιο αξιόλογες ανασκοπήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας (Sutherland et al., 1950, Syme, 1957 and Miles-Cox, 1979) κατέληξαν στο

συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να τεκμηριώσουν την προτεινόμενη έννοια της “αλκοολικής προσωπικότητας”. Ο Sutherland και οι συνεργάτες του αναφέρουν 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..”. Οι Syme και Miles-Cox άσκησαν κριτική στη μεθοδολογία των δημοσιευθεισών σχετικών ερευνών. Ο πρώτος υποστήριξε, ότι το χαρακτηριστικό των περισσότερων ερευνών που χρησιμοποίησαν προβολικές μεθόδους ήταν “..η αυθαίρετη και ασαφής ερμηνεία των αποτελεσμάτων..”. Με τον ίδιο τρόπο, ο δεύτερος συγγραφέας παρατηρεί ότι η πληθώρα των σχετικών ερευνών παρουσιάζει αδικαιολόγητα μεθοδολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα στα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τον ορισμό των “αλκοολικών” και “μη-αλκοολικών” δειγμάτων του πληθυσμού.

Είναι εμφανές από τα συμπεράσματα των παραπάνω συγγραφέων, αλλά και από μελέτες για τις οποίες ο χώρος δεν επιτρέπει ειδική αναφορά, ότι η “αλκοολική προσωπικότητα” δεν είναι υπαρκτή. Η “εφεύρεση” της φαίνεται να “εξυπηρετούσε” τόσο τους ψυχολόγους ή/και τους ψυχιάτρους που επεξεργάστηκαν μια ακόμη διάσταση της “ψυχοπαθολογίας του αλκοολικού”, όσο και τους ίδιους τους αλκοολικούς, μερικοί εκ των οποίων εξακολουθούν να “δικαιολογούν” την κατάχρηση αλκοόλης σαν ένα μοιραίο και αναπόφευκτο γεγονός, αφού τους έτυχε να είναι “αλκοολικές προσωπικότητες”. (Τσαρούχας Κ., Χούνος Ν.,2000)

Ο Taylor (1981) σχολιάζει το χαρακτηριστικό των σύγχρονων απόψεων για την “αλκοολική προσωπικότητα”.»Πριν από μερικά χρόνια είχαν γίνει επίπονες προσπάθειες για τον εντοπισμό της αλκοολικής προσωπικότητας, δηλαδή τον τύπο του ατόμου που εμφάνιζε ένα σύνολο από χαρακτηριστικά τα οποία είχαν άμεση σχέση με την ανάπτυξη του αλκοολισμού... Σήμερα οι εμπειρογνώμονες πιστεύουν ότι ο καθένας μπορεί να γίνει αλκοολικός κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες..»

### 3.3. Αλκοόλη και ατυχήματα

#### 3.3.1. Κοινωνικό-οικονομικό κόστος των τροχαίων ατυχημάτων

Το πρόβλημα των τροχαίων ατυχημάτων είναι σοβαρό σε όλον τον κόσμο και ιδιαίτερα στην πατρίδα μας. Τα επιδημιολογικά στοιχεία είναι ενδεικτικά για το μέγεθος του προβλήματος και τις επιπτώσεις του (Δημόπουλος, 1996). Στις Η.Π.Α. τα τροχαία ατυχήματα έχουν σαν αποτέλεσμα 200.000.000 ημέρες νοσηλείας και 400.000.000 απώλεια ημερών εργασίας, καλύπτουν δε το 25% του συνόλου των νοσηλειών (Κοντογιάννης, 1982). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το κοινωνικοοικονομικό κόστος των τροχαίων ατυχημάτων, όπως προκύπτει από 50.000 θανάτους και 1.500.000 τραυματισμούς, υπολογίζεται σε 70 δις. ECU's (Javier et al., 1995).

Στην Ελλάδα το άμεσο κόστος, το έτος 1990, για τον αριθμό των παθόντων από τροχαία ατυχήματα υπολογίστηκε σε 8 δις. για νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη. Τα επιδόματα και οι συντάξεις υπολογίστηκαν σε 2,8 δις. Το έμμεσο κόστος εκτιμήθηκε σε 6,3 δις και περιλάμβανε, το κόστος από απώλεια παραγωγής και απώλεια δημοσίων εσόδων (Δρίζης et al., 1992). Η χώρα μας μαζί με την Ιρλανδία και την Ισπανία είναι οι μόνες χώρες από την Ευρωπαϊκή Ένωση που παρουσιάζουν αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων από χρόνο σε χρόνο (Στειακάκης, 1986). Αντίθετα στις υπόλοιπες χώρες, παρατηρείται μια συνεχής μείωση των τροχαίων ατυχημάτων, ως αποτέλεσμα της πολιτικής πρόληψης για την οδική ασφάλεια που εφαρμόζεται στις χώρες αυτές (MMWR, 1992, MMWR, 1993, Holder, 1993). Από την μελέτη των επιδημιολογικών στοιχείων για τα τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα, προκύπτει ότι: α) τα ατυχήματα συμβαίνουν κυρίως σε νέα άτομα, β) υπάρχει ανοδική τάση του αριθμού των ατυχημάτων στα άτομα αυτά από χρόνο σε χρόνο και γ) τα τροχαία ατυχήματα είναι περισσότερα στη κατηγορία των μοτοσικλετών-μοτοποδηλάτων, συγκριτικά με άλλες κατηγορίες οχημάτων (Μανιαδάκης, 1983). Το πρόβλημα των τροχαίων ατυχημάτων έχει δυσμενή οικονομικά, κοινωνικά, ιατρικά και δημογραφικά επακόλουθα γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν θέμα εξαιρετικής προτεραιότητας (Δρίζης, 1992).

### 3.3.2. Κοινωνικό-οικονομικό κόστος των αλκοολο-εξαρτώμενων τροχαίων ατυχημάτων

Επίσημα στοιχεία από τις Η.Π.Α., δείχνουν ότι το 50% του συνόλου των τροχαίων ατυχημάτων είναι συνδεδεμένα με κατανάλωση αλκοόλης (Brewer et al., 1994). Επισημαίνεται δε, ότι υπάρχει κίνδυνος για περίπου το 40% του πληθυσμού να εμπλακεί σ' ένα τέτοιο τροχαίο ατύχημα κατά την διάρκεια της ζωής του (MMWR, 1992). Η οικονομική αποτίμηση είναι 46,1 δις δολάρια για το 1992 στις Η.Π.Α., το 5,1 δις δολάρια μόνο για έξοδα νοσηλείας. Ανάλογης οικονομικής σημασίας, εκτός της μεγάλης κοινωνικής, προκύπτουν και για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα τα τροχαία με εμπλοκή της αλκοόλης. Έτσι για το 1991 αναφέρθηκαν 17.000 νεκροί, 560.000 τραυματίες και 536 δις κόστος ζημιών (Παπαδόπουλος, 1996)

Ο ρόλος της αλκοόλης στην οδήγηση και η σχέση της με τα τροχαία ατυχήματα στη χώρα μας, είχε για μακρό χρονικό διάστημα υποτιμηθεί, ως εκ τούτου δεν προκύπτουν μελέτες που να δείχνουν άμεσα το οικονομικό κόστος που προκύπτει από τροχαία ατυχήματα συσχετισμένα με την κατανάλωση αλκοόλης.

### 3.3.3. Αιτιολογικοί παράγοντες τροχαίων ατυχημάτων

Η μεγάλη και απότομη αύξηση του αριθμού των αυτοκινήτων, βρήκε την χώρα μας απροετοίμαστη σε υποδομή. Ο αριθμός των νομίμως κυκλοφορούντων οχημάτων σήμερα κυμαίνεται σε 4.500.000 (Υπουργείο Συγκοινωνιών, Καρδάρá Μ. et al., 1997). Ως αποτέλεσμα αυτής της προοδευτικής αύξησης των αυτοκινήτων, αυξάνει δραματικά κατ' έτος ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων, ο αριθμός των νεκρών, των τραυματιών και υλικών ζημιών που προκύπτουν από αυτά. Έλλειψη αυτοκινητοδρόμων, βασικές ελλείψεις στη πρόληψη και αντιμετώπιση των τροχαίων ατυχημάτων, ελλιπής εκπαίδευση οδηγών, λανθασμένη νοοτροπία, κακή συντήρηση και έλεγχος των οχημάτων, παλαιότητα οχημάτων αλλά και οι συνεχώς αυξανόμενες, χιλιομετρικές αποστάσεις που καλύπτονται από τα αυτοκίνητα και τους οδηγούς, είναι επιγραμματικά μερικοί από τους πολυάριθμους και



ποικίλους παράγοντες, που δυστυχώς χειροτερεύουν τα σημειούμενα ρεκόρ, τροχαίων ατυχημάτων στην πατρίδα μας (Παπαδόπουλος, 1996). Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες τροχαίου ατυχήματος που έχουν διερευνηθεί ταξινομούνται ως ακολούθως (Robertson, 1993):

1. Κατάσταση δρόμου

Οδόστρωμα, διαχωριστικές γραμμές, λακκούβες, φωτισμός, εκτελούμενα έργα στο δίκτυο κ.λ.π.

2. Κατάσταση οχημάτων

Συντήρηση, βλάβες, παλαιότητα

3. Συνθήκες οδήγησης

Ημέρα/νύχτα, ομίχλη, χιόνι, πάγος, βροχή

4. Τύπος ατυχήματος

Ένα μόνο όχημα, επιρροές από άλλο ή άλλα οχήματα, εμπλοκή πολλών οχημάτων ή πεζών στο τροχαίο ατύχημα

5. Παρατηρήσεις μαρτύρων για ποικίλους παράγοντες

Απερισκεψίες, προφανής ή όχι, λόγος τροχαίου συμβάντος, υπερβολική ταχύτητα, παρέκκλιση από την πορεία, αντικανονική οδήγηση, αμέλεια, ποικίλες παραβάσεις, μειωμένη αντίληψη των κινδύνων κ.λ.π.

6. Ανυπακοή στον Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας (ΚΟΚ)

7. Δυσκολίες στο δίκτυο

Μεγάλη κυκλοφορία αυτοκινήτων, δρόμος με πολλές στροφές, κυκλοτερής κίνηση, ελιγμοί, προσπεράσεις, εκτελούμενα έργα.

8. Επίπεδο κόπωσης οδηγού

(Αν υπήρχε τρόπος αντικειμενικής εκτίμησης)

9. Εφαρμογή προστατευτικών συστημάτων

Ζώνη ασφαλείας, κράνος στους δικυκλιστές/μοτοποδηλάτες, αερόσακος, καθισματάκι ασφαλείας για την μεταφορά μικρών παιδιών κ.λ.π.

10. Επίδραση 'ουσιών' στην οδήγηση

Αλκοόλη, ναρκωτικές ουσίες, ψυχοτρόπες ουσίες/φαρμακευτικές κ.α.

(Christophersen et al., 1995)

### 3.3.4. Κατάχρηση ουσιών που επηρεάζουν την ασφαλή οδήγηση

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει έρευνες, οι οποίες έχουν επικεντρώσει το ενδιαφέρον τους στη σχέση της κατάχρησης ναρκωτικών και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών με τα τροχαία ατυχήματα (Climbura et al., 1992, Gerostamopoulos, et al., 1993, Cjerde et al., 1993, Stoduto et al., 1992). Δεν υπάρχουν ανάλογα αποτελέσματα, πληροφορίες από επιδημιολογικές μελέτες, για όλες τις ναρκωτικές-ψυχοτρόπες ουσίες, όπως εκείνων των ατόμων τα οποία βρίσκονται κάτω από την επήρεια αλκοόλης, διότι υπάρχουν δυσκολίες, οι οποίες κυρίως εντοπίζονται (Robertson et al., 1994):

A) Στις διαφορετικές φαρμακολογικές τους ιδιότητες.

B) Στους υψηλούς αριθμούς, που απαιτούνται, για να επιτευχθεί στατιστική ερμηνεία π.χ. η επίπτωση μιας δεδομένης ουσίας μπορεί να είναι 1% ή και λιγότερο, ενώ μιας άλλης να είναι μέχρι και 20%, σε οδηγούς που ενεπλάκησαν σε τροχαία ατυχήματα.

Γ) Η μέτρηση, των ουσιών αυτών, στο αίμα, παρουσιάζει μεθοδολογικά, δυσκολίες.

Δ) Διάφορα νομικά και εθιμοτυπικά προβλήματα (Lestina et al., 1992).

Οι βενζοδιαζεπίνες, οι κανναβινόλες, τα οπιοειδή, τα βαρβιτουρικά και άλλες ψυχοτρόπες ουσίες, είναι κλινικά γνωστό ότι μειώνουν την ικανότητα για διενέργεια λεπτών χειρισμών (Brookoff et al., 1994, Deveaux et al., 1990, Joynt P., 1993, Nielsen et al., 1991). Σε έρευνες, κάτω από συνθήκες μιμούμενες την οδήγηση απεδείχθη, ότι οι πιο πάνω ουσίες, μειώνουν την ικανότητα για εκτέλεση χειρισμών, την αντίληψη, τον χρόνο αντίδρασης και απόφασης (Marzuk et al., 1990, Kirby et al., 1992, Merlin et al., 1991). Εξ άλλου πρόσφατες έρευνες, απέδειξαν ότι σ' ένα μεγάλο ποσοστό, οδηγοί οι οποίοι συνελήφθησαν, διότι εμφάνιζαν ύποπτα σημεία, αλλά είχαν αρνητικά alkotests, ήταν κατά 59% θετικοί για άλλες ουσίες όταν έγινε ανάλυση των ούρων τους (Morland et al., 1995, Christophersen et al., 1992, 1990).

Η πιθανότητα χρήσης φαρμακευτικών και ψυχοτρόπων ουσιών είναι μεγαλύτερη, σε ηλικιωμένα άτομα, ως συνοδευτικά μιας ασθένειας (Merlin et al., 1991, Hansotia et al., 1993, Ray et al., 1992). Σε σχετική έρευνα, απεδείχθη, ότι για οδηγούς 65 ετών και άνω, ο αριθμός εμπλοκής σε ένα τροχαίο ατύχημα ανά χιλιόμετρο οδήγησης αυξάνει εκθετικά. Στις Η.Π.Α. είναι γνωστό, ότι το 58% των οδηγών από 65 ετών και άνω, εξακολουθούν να διατηρούν την άδεια οδήγησης, ορισμένοι μάλιστα και κατά την 9<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής τους (Steen et al., 1993, Sjogren et al., 1993).

Εφόσον η ικανότητα οδήγησης, κάτω από την επήρεια "ουσιών" επηρεάζεται δυσμενώς σε νεότερες ηλικίες είναι ευνόητο, ότι η επιδείνωση είναι μεγαλύτερη σε μεγαλύτερες ηλικίες, όπου τα αισθητήρια όργανα, της όρασης, της ακοής, τα αντανακλαστικά, η κινητική ικανότητα, ο συντονισμός κίνησης των άκρων, η αντίληψη, η συγκέντρωση της προσοχής λειτουργούν με μειωμένη απόδοση (Starmer et al., 1992).

Στη χώρα μας, η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από ναρκωτικά την τελευταία τριετία. Πρέπει να μας προβληματίσει σοβαρά. "Συνήθη τροχαία ατυχήματα", είναι πολύ πιθανόν, να έχουν πρώτο αιτιολογικό παράγοντα την κατάχρηση ουσιών. Έρευνές τροχαίων ατυχημάτων με εμπλοκή ναρκωτικών ουσιών στην ελληνική βιβλιογραφία είναι ανεπαρκείς.

Τα ιστορικά των ατυχημάτων, μας δίνουν αρκετά ενδεικτικά στοιχεία προκειμένου να αξιολογηθούν οι παράγοντες, που συντελούν στην πρόκληση ατυχήματος (Σκεπάρνη Φ., 1999).

Συγκεκριμένα ο Γκότσινας Ιωάννης (Διοικητής Τροχαίας Πατρών) αναφέρει ότι η οδήγηση σε κατάσταση μέθης είναι μία από τις βασικότερες αιτίες δυστυχημάτων. Προκαλούν κάθε χρόνο τον θάνατο 20.000 ανθρώπων στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Ο αριθμός αυτός αντιπροσωπεύει το 22% του συνόλου των νεκρών σε τροχαία ατυχήματα.

Πολλοί οδηγοί έχουν την εντύπωση ότι τίποτα δεν πρόκειται να τους συμβεί αν το ποσοστό αλκοολαιμίας είναι κατώτερο από 0,25 ή 0,50 στα χίλια. Αυτή η εντύπωση είναι λανθασμένη γιατί έστω και 0,25 στα χίλια αρκεί για να μειώσει την ικανότητα οδήγησης. Μην ξεχνάμε παράγοντες όπως η κούραση, η ασθένεια, τα φάρμακα ή το στρες μπορούν να επαυξήσουν τις αρνητικές επιπτώσεις του οινοπνεύματος, ακόμα και πολύ μικρών ποσοτήτων,

προκαλώντας έτσι σοβαρές διαταραχές. Στο παράρτημα Α υπάρχει ο νόμος για τους οδηγούς οι οποίοι έχουν καταναλώσει οινόπνευμα.

Πιο συγκεκριμένα οι επιπτώσεις μετά από κατανάλωση οινόπνευματος στον οδηγό είναι οι εξής:

-Κατανάλωση 0,25 χιλιοστά: Ελαφρά μείωση της ικανότητας για απλούς ελιγμούς και αλλαγές κατεύθυνσης. Τάση για μια επικίνδυνη και γρήγορη οδήγηση. Κίνδυνος ελαφρών διαταραχών στην ικανότητα ταυτόχρονης αντίδρασης.

-Κατανάλωση 0,4 χιλιοστά: Ανωμαλίες ως προς την πλευρική θέα. Δυσκολίες στην διάκριση των πινακίδων σήμανσης. Μείωση της ικανότητας για αφομοίωση των παραστάσεων.

-Κατανάλωση 0,6 χιλιοστά: Σημαντική επιβράδυνση της ικανότητας αντίδρασης. Σφάλματα οδήγησης.

-Κατανάλωση 0,8 χιλιοστά: Δυσκολία να διακρίνουμε το ένα δένδρο από το άλλο. Σημαντικές δυσκολίες στον συντονισμό της οδήγησης με την τρέχουσα κυκλοφοριακή κατάσταση και ταχύτητα.

Η οδήγηση μπορεί να είναι ασφαλής όταν ο οδηγός δεν έχει πει καθόλου οινόπνευματώδες ποτό. Στην πραγματικότητα η ποσότητα του οινόπνευματος που επηρεάζει την ικανότητα οδήγησης διαφέρει τόσο από άτομο σε άτομο όσο και στο ίδιο το άτομο, ανάλογα με την γενικότερη, κατάσταση που βρίσκεται όταν πει οινόπνευματώδες ποτό. Για τον λόγο αυτό δεν μπορούμε να ποσοτικοποιήσουμε το ποσοστό που μπορεί να πει ο κάθε οδηγός.

Οι νέοι άπειροι οδηγοί διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους έμπειρους, αλλά αυτό δεν είναι καθόλου καθησυχαστικό για τους τελευταίους, αφού οι διεθνείς στατιστικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι: τα θανατηφόρα ατυχήματα μεθυσμένων οδηγών αυξάνονται:

-Κατά 900 φορές σε άτομα ηλικίας 18-24 ετών.

-Κατά 140 φορές σε άτομα ηλικίας 25-49 ετών.

-Κατά 30 φορές σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών.

Έρευνες απέδειξαν ότι το 20-25% των οδηγών που είχαν εμπλακεί σε τροχαίο θανατηφόρο ατύχημα σύγκρουσης δύο ή περισσότερων οχημάτων, ήταν μεθυσμένοι. Επίσης μεθυσμένοι ήταν το 45% των οδηγών που έχασαν τη ζωή τους μετά από εκτροπή ανατροπή του οχήματος τους.( Γκότσιας Ιωάννης, Διοικητής Τροχαίας Πατρών,2002)

### 3.3.5.Αλκοόλ και τροχαία ατυχήματα

Από τον Τομέα Πρόληψης Ατυχημάτων το ΕΚΑΒ και η ΕΣΥ/1993 φαίνεται ότι οι νεκροί για κάθε 100 ατυχήματα, που προκάλεσαν οδηγοί με ανεπίτρεπτη ποσότητα αλκοόλης στο αίμα, είναι 6 φορές περισσότεροι (από 8,4% σε 49,6%) και οι βαριά τραυματίες 3 φορές περισσότεροι. Αυτό δείχνει ξεκάθαρα και πειστικά ότι η λήψη αλκοολούχων ποτών όχι μόνο δημιουργεί τα ατυχήματα, αλλά δημιουργεί πολύ βαρύτερα ατυχήματα με περισσότερους νεκρούς και τραυματίες. Οδηγοί που είχαν πει και δεν είχαν δίπλωμα δημιουργούν κατά 10% λιγότερους νεκρούς (από 49,6 σε 40,1%), κατά 20% λιγότερος ελαφρά (από 100,1% σε 79%) και κατά 3% (από 34% σε 31,2%, λιγότερους βαριά τραυματίες. Από τα (συνολικά) 22.165 τροχαία ατυχήματα του 1993, στο 22% συμμετείχαν οδηγοί χωρίς δίπλωμα.(Αποστολόπουλος Απ., 2001).

Όμως βασικό συμπέρασμα: με ή χωρίς δίπλωμα, εάν ο οδηγός έχει πει, δημιουργεί μεγάλο αριθμό βαρέων ατυχημάτων με πολλούς νεκρούς και τραυματίες. Το 7,5% των ατυχημάτων, στα οποία συμμετείχαν οδηγοί που είχαν πει, δημιουργεί πάνω από 43% των νεκρών και το 17% των βαριά τραυματιών. Εάν, οι Έλληνες οδηγοί φορούσαν ζώνη ασφαλείας και δεν έπιναν, θα είχαμε 25% λιγότερους νεκρούς από την εφαρμογή της ζώνης, 43,4% λιγότερους νεκρούς από μη λήψη αλκοολούχων ποτών, συνολικά δηλαδή (για το 1993) 1.250 λιγότερους νεκρούς από τους συνολικά 1.830 νεκρούς (στον τόπο του ατυχήματος). Μόνο με αυτά τα μέτρα θα γλιτώναμε το 70% περίπου των νεκρών.(Αποστολόπουλος Απ. ,2001)

Αίτια ατυχημάτων το έτος 1991(Υπ. Δημόσιας Τάξεως)

Υπερβολική Ταχύτητα Γενικά 4.490	Αδικοιολόγητη Τροχοπέδηση 281
Αντικανονικό Προσπέρασμα 1.539	Επιδεικτικοί Ελιγμοί 361 μέση οδού
Κίνηση στο Αντίθετο Ρεύμα 2.372	Έλλειψη Κανονικής 924 χρήσης φώτων

Χρήση Εκτυφλωτικών Φώτων 102	Απόσπαση προσοχής οδηγού	2.715
Παραβίαση Προτεραιότητας Γενικά 4.831	Παραβίαση σηματοδότη	1.697
Μη τηρ.Απόστασης Ασφαλείας 1.246	Λοιπές Παραβιάσεις σημάτων	1.665
Οδήγηση σε Κατάσταση Μέθης 279	Εσφαλμένη αποφευκτική ενέργεια	513
Παράλειψη σημ. πρόθεσης Στροφής ή αλλαγής πορείας 729	Λοιπά αίτια αναφ. σε σε οδηγούς	2.345
Μη οδήγηση άκρο δεξιά οδηγού 568		
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>26.045</b>

#### Αριθμός θυμάτων \* ανά 100 ατυχήματα

Είδος ατυχήματος	Ελαφρά Τραυματίες	Βαριά τραυματίες	Νεκροί
Οδηγός με δίπλωμα χωρίς αλκοόλ	124,5	13,6	8,4
Οδηγός χωρίς δίπλωμα, χωρίς αλκοόλ	108,5	15,4	7,6
Με δίπλωμα/ επίπ. αλκοόλ >0,5%	100,1	34,0	49,6
Χωρίς δίπλωμα / επίπ. αλκοόλ >0,5%	79,0	31,2	40,1

\* Σε κάθε τροχαίο ατύχημα έχουμε συνήθως περισσότερα από ένα θύματα.

(Αποστολόπουλος Απ., 2001)

Στη χώρα μας το έτος 2001 ο αριθμός των θυμάτων από τροχαία ατυχήματα έφτασε τους 1911 νεκρούς, 3250 σοβαρά τραυματίες και 22728 ελαφρά τραυματίες. Είχαμε μια μείωση σε σχέση με το προηγούμενο έτος στους νεκρούς σε ποσοστό 9,1% στους βαριά τραυματίες 23% στους ελαφρά τραυματίες 13,1% και σε απόλυτους αριθμούς είχαμε 192 λιγότερους νεκρούς, 963 λιγότερους ελαφρά τραυματίες.

Στην περιοχή ευθύνης της Τροχαίας Πατρών τα αποτελέσματα για το έτος 2001 ήταν ακόμη πιο ικανοποιητικά, 23 νεκροί, 57 σοβαρά τραυματίες και 194

ελαφρά τραυματίες. Επιτεύχθηκε μείωση σε σχέση με το έτος 2000 σε ποσοστό 37,8% στους θανάτους, 51,3% στους σοβαρά τραυματίες και 51,37% στους ελαφρά τραυματίες.

Είναι αποδεκτό από την πλειονότητα τόσο των ειδικών επιστημόνων όσο και των απλών πολιτών ότι η εποχή μας μορφοποιείται από μία δέσμη μεγάλων κοινωνικών προβλημάτων.

Ένα από αυτά είναι και η χρήση ή καλύτερα η κατάχρηση αλκοόλ μία ουσία αποδεκτή αλλά και ουσιαστικά επικίνδυνη.

Κυρίαρχη θέση στην μείωση των τροχαίων ατυχημάτων έχει ο οδηγός, η συμπεριφορά του οποίου θα μπορούσε να παίξει καθοριστικό ρόλο στη λύση του προβλήματος. Η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ ευθύνεται για τουλάχιστον του 20% των τροχαίων ατυχημάτων.

Η διαπίστωση για την υψηλή συμμετοχή του παράγοντα αλκοόλ στα τροχαία έχει κινητοποιήσει από χρόνια και στη χώρα μας όλους τους συναρμόδιους φορείς και υπηρεσίες.

Ήδη από το 1994 είχε προηγηθεί η σταδιακή προμήθεια των υπηρεσιών μας με ηλεκτρονικές συσκευές ανίχνευσης αλκοόλης (αλκοολόμετρα).

Για το 2001 είχε τεθεί στόχος αύξησης των ελέγχων μέθης κατά 50%. Σε όλη την επικράτεια επιτευχθεί αύξηση ελέγχων σε ποσοστό 94,6%.

Στην Πάτρα, ελέγχθηκαν για μέθη από την υπηρεσία το έτος 2000 3.221 οδηγοί και το έτος 2001 6774 οδηγοί. Από τους ελέγχους αυτούς διαπιστώθηκαν κατά το έτος 2000 564 παραβάσεις μέθης και κατά το έτος 2001 1069. η αύξηση ήταν σε ποσοστό 109,3% στους ελεγχέντες οδηγούς και το 89,5% στις διαπιστωθείσες παραβάσεις.

Στη χώρα μας η συμπεριφορά των οδηγών σε σχέση με το οινόπνευμα ελέγχεται από το άρθρο 42 του Κ.Ο.Κ. το οποίο παραθέτουμε στο παράρτημα Α. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό απαγορεύεται η οδήγηση κάθε οδικού οχήματος σε οδηγό ο οποίος βρίσκεται υπό την επήρεια οινόπνευματος, όταν η συγκέντρωση οινόπνευματος στο αίμα του υπερβαίνει τα 0,50 gr/lit αίματος μετρούμενη με την μέθοδο της αιμοληψίας ή από 0,25 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου.

Όποιος διαπιστώνεται ότι οδηγεί όχημα υπό την επίδραση οινόπνευματος τιμωρείται: α) Με πρόστιμο 157ευρώ και χρέωση με 3 βαθμούς ποινή στο

Σ.Ε.Σ.Ο. όταν η μέγιστη συγκέντρωση οινόπνεύματος στο αίμα κυμαίνεται από 0,50 gr/lit έως 0,80gr/lit μετρούμενη με την μέθοδο της αιμοληψίας ή από 0,25 έως 0,40 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολόμετρου. β) Με πρόστιμο 314ευρώ και χρέωση με 5 βαθμού ποινής στο Σ.Ε.Σ.Ο. όταν η μέγιστη συγκέντρωση οινόπνεύματος στο αίμα είναι άνω του 0,80gr /lit και μέχρι 1,10gr/lit μετρούμενη με την μέθοδο της αιμοληψίας ή άνω των 0,40 έως 0,60 χιλιοστών του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα όταν η μέτρηση γίνεται με αντίστοιχη συσκευή αλκοολόμετρου. γ) Με φυλάκιση τουλάχιστον δύο μηνών και χρέωση με 7 βαθμούς ποινή στο Σ.Ε.Σ.Ο. εάν η συγκέντρωση οινόπνεύματος στο αίμα είναι άνω του 1,10 gr/lit μετρούμενη με την μέθοδο αιμοληψίας ή άνω 0,60 χιλιοστών του γραμμαρίου ανά λίτρο του εκπνεόμενου αέρα όταν η μέτρηση γίνεται με συσκευή αλκοολόμετρου.

Στις πιο πάνω περιπτώσεις το όχημα ακινητοποιείται υποχρεωτικά. Επίσης όποιος αρνείται να υποβληθεί σε έλεγχο για την διαπίστωση ύπαρξης οινόπνεύματος στον οργανισμό του είτε δια αιμοληψίας είτε με την χρήση συσκευής αλκοολόμετρου τεκμαίνεται ότι η συγκέντρωση οινόπνεύματος στο αίμα του είναι άνω του 1,10 gr/lit σύμφωνα με την μέθοδο της αιμοληψίας.

Έλεγχος για τη διαπίστωση της μέθης του οδηγού γίνεται υποχρεωτικά σε περίπτωση θανατηφόρου τροχαίου ατυχήματος επί δε σωματικής βλάβης γίνεται εφόσον υπάρχουν ενδείξεις χρήσης οινόπνεύματος με την χρησιμοποίηση κάθε κατάλληλου επιστημονικού μέσου.

Οι έλεγχοι γίνονται κάθε βράδυ. Εκτάκτως δε πραγματοποιούνται και κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η πραγματοποίησή τους γίνεται με τρόπο συνεχή και συστηματικό δίνοντας με σαφήνεια το μήνυμα στους οδηγούς που κάνουν ή θελήσουν να κάνουν χρήση αλκοόλ ότι η συμπεριφορά ελέγχεται και ουδείς μπορεί να γίνεται εκ του ασφαλούς επικίνδυνος για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα τόσο των ανυποψίαστων και νόμιμων οδηγών όσο και των πεζών καθόσον είναι στοιχειώδης αυτοσεβασμός να εφαρμόζουμε το χρυσό κανόνα της πολιτισμένης συμπεριφοράς (ο συ μισείς, ετέρω μη ποιήσεις).

(Γκότσινας Ιωάννης, Διοικητής Τροχαίας Πατρών,2002- Περιοδικό Κίνησης Πρότασης,2002)



## ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ

Τα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα εκφράζονται, συνήθως, σε mg αλκοόλης, που περιέχονται στα 100ml αίματος ή σαν ποσοστό τοις εκατό. Το 1954, η Επιτροπή Ειδικών για την Αλκοόλη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, ανέφερε πως είναι αδύνατο ν' αποφύγουμε το συμπέρασμα, ότι η πυκνότητα 50mg αλκοόλης στα 100 ml αίματος (0,05%) προκαλεί στατιστικά σημαντική χειροτέρευση στην οδήγηση.

Το νόμιμο όριο για να μπορεί κανείς να οδηγεί είναι 80mg/100ml στην Αγγλία, στη Γαλλία και σε μερικές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, 50mg στη Σουηδία και 100mg σε μερικές πολιτείες των Η.Π.Α. Η περιεκτικότητα των 80mg ή 0,08% συμβαίνει, όταν ένας άνθρωπος με κανονικό βάρος πίνει γρήγορα τέσσερις μπύρες ή δύο διπλά ούισκι.

(J.Jaffe, R.Peterson, R.Hodgson,1981)

### 3.4. Το οινόπνευμα και η βία

Το οινόπνευμα φαίνεται ότι είναι η ψυχοδραστική ουσία που σχετίζεται συχνότερα με τη βία (Cohen, 1985). Αυτή βέβαια η διαπίστωση, ως ένα βαθμό, είναι αποτέλεσμα της ευρύτατα διαδεδομένης χρήσης του οινόπνευματος στον πληθυσμό, παρά κάποιας άμεσης επίδρασης του οινόπνευματος στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Αναμφίβολα όμως αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες εκδήλωσης βίας (Swanson και συν., 1990, Hodgins, 1992) και πιθανώς έναν σημαντικό παράγοντα υποτροπιάζοντας παραπτωματικότητας (Sapsford και Fiarhead, 1980). Οι Bushman και Cooper (1990) αναγνώρισαν το οινόπνευμα ως αιτιολογικό παράγοντα επιθετικότητας, σε εργασία μετανάλυσης 30 πειραματικών μελετών. Σε πρόσφατη ανασκοπική μελέτη εκτίμησης της σχέσης χρήσης οινόπνευματος – βίας οι Murdoch και συν. (1990) διαπίστωσαν ότι από 26 μελέτες σε 11 χώρες οι οποίες αφορούσαν συνολικά 9.304 εγκλήματα βίας, 61,53% των δραστών και 45,16% των θυμάτων είχαν καταναλώσει οινόπνευμα πριν από την διάπραξη ενός εγκλήματος. Τα συγκεντρωτικά αυτά ποσοστά ελάχιστα διαφέρουν από αυτά που είχαν προσδιορίσει σε ανθρωποκτονίες 40 χρόνια πριν οι Wolfgang και Strohan (1956). Στη θεμελιώδη αυτή μελέτη για τις κοινωνικές και συμπεριφορικές παραμέτρους της ανθρωποκτονίας, οι συγγραφείς ανέφεραν ότι το 64% των δραστών και θυμάτων των ανθρωποκτονιών που είχε μελετήσει είχαν προηγουμένως καταναλώσει οινόπνευμα. Βέβαια στα ευρήματα αυτά υπάρχουν κάποιες εύλογες επιφυλάξεις. (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

Για παράδειγμα δράστης υπό επήρεια οινόπνευματος είναι ευκολότερο να συλληφθεί σε σχέση με τον αντίστοιχο νηφάλιο. Η υπόθεση αυτή, αν και λογικοφανής δεν είναι δυνατό να καλύπτει ποσοστό συσχέτισης που να ξεπερνά το 60%. Άλλωστε οι Pihl και Peterson (1995) σε ανασκοπικό άρθρο αναφέρουν ότι η διακύμανση της συσχέτισης οινόπνευμα-βίαιο έγκλημα κυμαίνεται από 24-85%, ενώ το αντίστοιχο συσχέτισης οινόπνευμα-μη βίαιο έγκλημα μόνο 12-38%. Η μεγάλη διακύμανση του εύρους κατανομής ενισχύει την υπόθεση ότι υπάρχει ευθεία συσχέτιση μεταξύ της χρήσης οινόπνευματος και εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Στις μελέτες που ανασκοπήθηκαν, δυστυχώς, δεν διακρίνεται το είδος της διαταραχής, όπως μέθη, αλκοολισμός.

Σε κάποιες άλλες μελέτες όμως δίνονται, έστω και έμμεσα, κάποιες απαντήσεις. Οι Collins και Schlenger (1988) ανέλυσαν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες 1.149 δράστες εγκλημάτων βίας διέπραξαν τα αντίστοιχα αδικήματα και οι οποίοι παρουσίαζαν είτε οξεία τοξίκωση είτε εξάρτηση από οινόπνευμα. Από τη στατιστική αξιολόγηση προέκυψε ότι μόνο η οξεία τοξίκωση συνδεόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάπραξη της βίαιης εγκληματικής ενέργειας. Το συμπέρασμα αυτό ενισχύει την άποψη ότι το ίδιο το οινόπνευμα είναι παράγοντας που δρα αμέσως στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς και όχι οι υποκείμενοι παράγοντες που οδηγούν ή συνεπάγονται τον αλκοολισμό. Η συνήθης μάλιστα αλληλουχία των γεγονότων φαίνεται ότι είναι:

Κατανάλωση οινόπνευματων Πρόκληση (συνήθως λεκτική) Βία (σωματική)

Ίσως η διαπίστωση αυτή να αποτελεί και ένα σημαντικό στοιχείο ευαισθητοποίησης των αρχών, έτσι ώστε στις περισσότερες περιπτώσεις εγκλημάτων να λαμβάνεται πρόνοια, ώστε να γίνεται εργαστηριακός έλεγχος παρουσίας οινόπνευματος ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, τόσο στο δράστη όσο και στο θύμα. (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

Η σχέση τοξίκωση από οινόπνευμα – βία δεν φαίνεται όμως να είναι απόλυτα ξεκάθαρη. Αυτό είναι συμπέρασμα από κάποιες έρευνες που έγιναν οι οποίες όμως έχει βασικά μειονεκτήματα. Έδειξε ότι οι χρήστες παράνομης ψυχοδραστικής ουσίας διέπρατταν λιγότερα εγκλήματα βίας σε σχέση με τους νηφάλιους δράστες, τους χρήστες πολλών ουσιών ταυτόχρονα και τους χρήστες οινόπνευματος. Παρ' όλα αυτά αποτελεί μια σημαντική μελέτη, η οποία σαφώς αναδεικνύει τη γενική διαπίστωση ότι κάθε έγκλημα βίαιο ή όχι είναι συνδυασμός πολλών ταυτόχρονων δρώντων παραγόντων. (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

Ο Prenanep (1981) αναγνώρισε τέσσερις διαφορετικές πιθανότητες υποκείμενων αιτιολογικών μηχανισμών συσχέτισης οινόπνευματος και βίας:

1) Η κατανάλωση οινόπνευματων ποτών μπορεί να έχει απευθείας επίδραση στην εκδήλωση βίας, μέσω κάποιου υποκείμενου βιοψυχολογικού μηχανισμού στο άτομο. Στο παράρτημα ~~Α~~ αναφέρουμε το άρθρο 5 για το δικαίωμα στην προσωπική ελευθερία και ασφάλεια.

2) Το οινόπνευμα είναι δυνατό να εμπλέκεται ή να επάγει άλλους σημαντικούς παράγοντες σχετιζόμενους με τη βία, όπως η φτώχεια, η κοινωνική δομή, η ψυχική νόσος.

3) Το οινόπνευμα αλληλεπιδρά με άλλους γενικότερους παράγοντες, όπως ο κοινωνικός έλεγχος ή η εκάστοτε δεδομένη νομοθεσία (όπως «ένοχη» συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα, μέγιστη ποινή για κάποιο αδίκημα.).

4) Το οινόπνευμα και η βία δεν σχετίζονται, αλλά φαίνεται σαν να σχετίζονται μέσω κάποιας τρίτης μεταβλητής, η οποία έχει αποκλεισθεί αθέλητα, λόγω ατελούς σχεδιασμού των μελετών.

Ο Αλεβιζόπουλος (1998) αναφέρει ότι οι διαθέσιμες μέχρι σήμερα μελέτες δείχνουν ότι η φτώχεια και ο κοινωνικός έλεγχος είναι οι σημαντικότεροι μηχανισμοί συσχέτισης οινοπνεύματος-βίας σε κοινωνικό επίπεδο (Parker, 1995). Όσο αφορά τον υποκείμενο ψυχοβιολογικό μηχανισμό οι Phil και Peterson (1993) πρότειναν ένα σύστημα της σχέσης οινόπνευμα-βίαη συμπεριφορά. Η θεωρία τους βασίζεται στην υπόθεση ερμηνείας της επιθετικότητας του Berkowitz προσαρμοσμένη στη φαρμακολογική δράση του οινοπνεύματος και πιο συγκεκριμένα στην αύξηση της ευαισθησίας απέναντι στο πόνο (σωματικό ή ψυχολογικό), στη μείωση της ικανότητας αξιολόγησης των συνεπειών μιας δεδομένης ενέργειας και τέλος στην ελαττωμένη προσαρμοστικότητα των αντιδράσεων του ατόμου (Phil και Peterson, 1993).

ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ  
Αναμονή απόρριψης/  
τιμωρίας

Μείωση της ανοχής  
του ψυχικού πόνου

Αναμονή απόρριψης  
τιμωρίας

Αύξηση επιθετικότητας

Μείωση αυτοελέγχου μέσω  
αναστολής ανατομικών  
σηματισμών

Ιππόκαμπος

Μειωμένη ανταπόκριση σε δεδομένα  
απόρριψης/  
τιμωρίας

Μετωπιαίος λοβός

Αδυναμία προσαρμογής της συμπεριφοράς

Πίνακας 11 :Μηχανισμός συσχέτισης οινοπνεύματος βίας.

### 3.4.1. Επιδημιολογία

Η κατάχρηση οινόπνευματος έχει χαρακτηριστεί ως η συχνότερη συμπεριφορική διαταραχή. Εκτιμάται ότι η επίπτωση της διαταραχής στις αναπτυγμένες χώρες ανέρχεται σε 13%. Το οικονομικό κόστος της κατάχρησης οινόπνευματων, είχε προσδιορισθεί στις ΗΠΑ πριν από δύο δεκαετίες σε 49,4 δισεκατομμύρια δολάρια. Σήμερα υπολογίζεται σχεδόν διπλάσιο. Ένα μεγάλο μέρος του κόστους αυτού αφορά τα εγκλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση οινόπνευματων ποτών (Hillbrand και συν., 1991). Ποσοστό που προσδιορίζεται στο 50% του συνόλου πράξεων βίας αποδίδεται στο οινόπνευμα ( Pihl και Ross, 1987). (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

Οι όροι βίαη και αντικοινωνική συμπεριφορά είναι γενικοί και προφανώς εμπεριέχουν κάποιες ασάφειες όσο αφορά την πραγματική εννοιολογική τους υπόσταση. Πιθανώς η έκφραση αυτής της βίας/αντικοινωνικότητας δεν είναι τίποτε άλλο από την εκδήλωση, κάτω από την άρση των αναστολών, των αναγκών ενός ανθρώπου, ίσως κάθε ανθρώπου, όταν χάνει τον έλεγχο των παρορμήσεων του. Κάτω από αυτό το πρίσμα αντικοινωνικά συμπεριφέρεται και ο μεθυσμένος ο οποίος τις πρώτες πρωινές ώρες τραγουδάει στους δρόμους, όπως και αυτός που οδηγεί ένα αυτοκίνητο. Υπάρχουν λοιπόν ουσιαστικές διαφορές ανάμεσα στις αντικοινωνικές εκδηλώσεις ενός ατόμου κάτω από την επήρεια οινόπνευματος. Κάποιες από αυτές είναι ακίνδυνες. Κάποιες άλλες όμως αποτελούν επικίνδυνες και εγκληματικές ενέργειες, με κυρίαρχες αυτές της βίας. Μια εικόνα του είδους των αδικημάτων βίας που διαπράττονται κάτω από την επήρεια οινόπνευματος φαίνεται από τον Πίνακα 12 (Whitfield, 1990).

Είδος εκδηλούμενης βίας	Ποσοστό χρηστών οινόπνευματος Δ=δράστης, Θ=θύμα
Ανθρωποκτονία	86%Δ, 40-60% Θ
Βιασμός	50% Δ
Βαριά σωματική βλάβη	72% Δ, 79% Θ
Απόπειρα αυτοκτονίας	64% Θ
Οικογενειακή βία	93% Δ, (άρρηνες σύζυγοι,) 38% Δ (γονείς
Ληστεία	72% Δ
Εμπρησμός	83% Δ

Πίνακας 12:Αιτιολογική σχέση χρήσης οινόπνευματος προς την εκδήλωση της βίαης συμπεριφοράς (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

Η συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα, πάνω από την οποία είναι δυνατή η προσμέτρηση και ο καταλογισμός ευθύνης διαφέρει μεταξύ των διαφόρων κρατών, από 30mg/100ml αίματος στην Πολωνία και Τσεχοσλοβακία μέχρι και 150mg/100ml σε κάποιες πολιτείες των ΗΠΑ (Κουτσελίνης, 1994). Στην Ελλάδα η συγκέντρωση αυτή είναι προσδιορισμένη στα 80mg/100ml, αν και υπάρχει μια διεθνής τάση μείωσης αυτών των επιπέδων ακόμη περισσότερο, αφού για παράδειγμα είναι γνωστό ότι ο κίνδυνος των τροχαίων ατυχημάτων διπλασιάζεται στη συγκέντρωση αυτή, ενώ διπλασιάζεται στη συγκέντρωση 160mg/100ml (Taylor, 1993). (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

Όπως συνεχίζει ο Αλεβιζόπουλος (1998) η επικινδυνότητα είναι συνέπεια της κατανάλωσης οινοπνευματωδών, δεν αφορά το σύνολο των χρηστών αλλά μόνο αυτούς που βρίσκονται σε κατάσταση βαριάς τοξίκωσης. Η έρευνα στο χώρο δείχνει ότι κάτι τέτοιο δεν είναι αλήθεια. Ο Cohen και συν. (1958) αξιολόγησαν την αντίδραση βραβευμένων, για ασφαλή οδήγηση, οδηγών λεωφορείων κάτω από την επήρεια οινοπνεύματος. Όλοι οι οδηγοί, σε όλες τις ελεγχθείσες δόσεις οινοπνεύματος, παρουσίασαν επηρεασμένη κρίση. Παράλληλα κανένας οδηγός δεν έχασε την αυτοπεποίθηση του σχετικά με τη κρίση του, όσο εσφαλμένη κι αν ήταν αυτή. Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Drew και συν. (1958). Το σημαντικότερο όμως αυτό συμπέρασμα τους ήταν ότι η ποιότητα των σφαλμάτων κυμαινόταν, τουλάχιστον ως ένα βαθμό, από τον τύπο της προσωπικότητας του ατόμου. Αυτές οι δύο, σχετικά παλαιές αλλά, τόσο σημαντικές μελέτες δείχνουν το υπόβαθρο της σχέσης οινοπνεύματος-επικινδυνότητα που θα μπορούσε να σχηματιστεί ως ακολούθως: Η χρήση οινοπνεύματος αυξάνει τη δυσπροσαρμοστικότητα ενός συγκεκριμένου ατόμου σε ένα δεδομένο περιβάλλον χωρίς παράλληλα να επηρεάζει την αυτοπεποίθηση του ατόμου απέναντι σε δυνητικά επιζήμιες επιλογές. Το τελικό αποτέλεσμα είναι μια συνεργικού τύπου αύξηση των επικίνδυνων συμπεριφορών. (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

### 3.4.2. Ειδική παραπτωματικότητα σχετιζόμενη με την κατανάλωση οινόπνευματος

#### A) Ανθρωποκτονία

Οι ανθρωποκτονίες αφορούν ένα σημαντικό ποσοστό των εγκλημάτων βίας που συνδυάζονται με το οινόπνευμα. Η ανάπτυξη της σχέσης αυτής, η οποία και αποτελεί την πιο ακραία εκδήλωση βίας. Η χρήση οινόπνευματος κατά το χρόνο διάπραξης της ανθρωποκτονίας είναι ένα κοινό εύρημα τόσο στους δράστες όσο και στα θύματα. Η διαπίστωση αυτή φαίνεται ότι αφορά περισσότερο άτομα τα οποία δεν παρουσιάζουν κανενός είδος ψυχοπαθολογία (Gillies, 1976). (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

Μια ιδιαίτερη κατηγορία συσχέτισης οινόπνευματος-ανθρωποκτονίας αφορά αυτή που είναι επακόλουθη της παθολογικής ζήλιας. Επίσης, υπάρχει μια αυξημένη επίπτωση παραληρητικής διαταραχής ζηλοτυπικού περιεχομένου στους αλκοολικούς, η οποία μπορεί να ερμηνεύσει, εν μέρει, τη διάπραξη της ανθρωποκτονίας (Stepherd, 1961, Cobb, 1979 , ό.π. αναφ. Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

#### B) Σεξουαλικές επιθέσεις και βιασμός

Μελέτες σχετικά με βιασμούς έχουν δείξει ότι είχε προηγηθεί κατανάλωση οινόπνευματος τόσο από το δράστη, όσο και το θύμα σε ποσοστά που κυμαίνονταν από 34-72%. Μέσα βέβαια από αυτή τη μελέτη δεν μπορούσαν να διαπιστώσουν διαφορές στα χαρακτηριστικά των βιασμών που διαπράχθηκαν κάτω από επήρεια οινόπνευματος και σε αυτούς που διαπράχθηκαν από νηφάλιους δράστες, όμως συνήθως οι πρώτου σχετίζονται με αυξημένο εξευτελισμό του θύματος και εκδήλωση βίας (Amir, 1967). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 63% των βιασμών από περισσότερους του ενός δράστες σχετίζεται με την κατανάλωση οινόπνευματος. (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

#### Γ) Λοιπά εγκλήματα βίας

Διάφοροι ερευνητές έχουν καταλήξει στο διαχρονικό συμπέρασμα ότι τα ποσοστά επιθέσεων από αλκοολικούς δράστες είναι μεγαλύτερα από αυτά των μη αλκοολικών και ειδικότερα όταν χρησιμοποιείται κάποιο όπλο (Shure,

1954, Brain, 1986). Πολύ συχνά βλέπουμε και πολλούς νέους οι οποίοι έχουν τέτοια συμπεριφορά απέναντι συνήθως στους γονείς τους και σε συγγενικά τους άλλα πρόσωπα. Μια ιδιαίτερη κατηγορία εκδήλωσης σωματικής βλάβης σχετιζόμενης με το οινόπνευμα είναι η οικογενειακή βία. Τα συμπεράσματα από σχετικές μελέτες είναι ότι η άσκηση σωματικής βίας από τους συζύγους προς τις συζύγους έπεται της κατανάλωσης οινοπνεύματος. (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

Στο παράρτημα Β έχουμε τοποθετήσει ποινικούς κώδικες για την εισαγωγή αλκοολικών και τοξικομανών σε θεραπευτικό κατάστημα.

### 3.4.3. Ψυχιατρικές εκδηλώσεις σχετιζόμενες με την κατάχρηση οινοπνεύματος και τη βία

Οι ερευνητικές εργασίες σύνδεσης οινοπνεύματος-βίας αναφέρονται σε κατανάλωση ποσοτήτων οινοπνευματωδών, οι οποίες αναμένεται ότι προκαλούν τροποποίηση της συμπεριφοράς στο μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών. Με την έννοια αυτή η οξεία τοξίκωση από οινόπνευμα, η κοινή μέθη, αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία εκδήλωσης βίας. Ιδιαίτερη οντότητα αποτελεί η εκδήλωση εκσεσημασμένα βίαιης συμπεριφοράς μετά την κατανάλωση μικρής ποσότητας οινοπνευματωδών, γνωστή ως παθολογική τοξίκωση, η οποία είναι αρκετά σπάνια.

Οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρόνια κατάχρηση οινοπνευματωδών και έχουν σχετισθεί με την εκδήλωση βίας είναι η παροδική αμνησιακή διαταραχή (alcoholic blackouts), και η επιμένουσα αμνησιακή διαταραχή, καθώς και η αλκοολικής αιτιολογίας άνοια, οι οποίες αποτελούν κατ' ουσία κλινικές παραλλαγές του συνδρόμου Wernicke-Korsakoff (APA, 1994, Joyce, 1994). (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

Όλες τις διαταραχές οι οποίες προκαλούνται από το αλκοόλ τις έχουμε αναφέρει σε άλλο κεφάλαιο. Σ' αυτό το κομμάτι θα αναφερθούμε συνοπτικά.

Η αλκοολική ψύχωση είναι μια κλινική εκδήλωση της χρόνιας κατάχρησης οινοπνεύματος, η σχέση της οποίας με την εγκληματικότητα είναι ασαφής και σε κάθε περίπτωση εντάσσεται στα γενικότερα πλαίσια συσχέτισης της ψύχωσης με την παραπρωματική συμπεριφορά. Ιδιαίτερη



υποομάδα της ψυχωτική διαταραχής από οινόπνευμα, με αυξημένη επικινδυνότητα, είναι αυτή στην οποία προεξάρχουν οι παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπίας (Cobb, 1979).

Πέρα από τη βίαιη συμπεριφορά που σχετίζεται με την οξεία ή χρόνια τοξίκωση από οινόπνευμα, επιθετικότητα είναι δυνατό να εκδηλωθεί και κατά την ανάπτυξη του στερητικού συνδρόμου, του οποίου ακραία κλινική εκδήλωση, αποτελεί το τρομώδες παραλήρημα.

Ουσία ομάδα ουσιών	Τοξίκωση	Παραλήρημα	Στερητικό σύνδρομο	Στερητικό Παραλήρημα	Ιδιοσυγκ/κή αντίδραση	Άνοια	Παράνοια
Οινόπνευμα	+		+	+/-	+/-	+/-	+/-
Κατασταλτικά			+	+	+/(G)		
Φαινυλκυκλιδίνη	+	+				+	
Κοκαΐνη	+					+	+/-
Λοιπά διεγερτικά	+					+	+/-
Οπιούχα οπιοειδή							+
Ψευδαισθησιγόνα							
Κάναβις						+/-	+/-
Οργανικοί διαλύτες			+/-				

+ = συχνά, +/- ευκαιριακά, G = γλουτεθιμίδη

Πίνακας 13 : Συμπεριφορικές καταστάσεις προκαλούμενες από ψυχοδραστικές ουσίες που σχετίζονται με επιθετικότητα και βία

Εξαίρεση αποτελεί ο πληθυσμός των προσαγομένων στα κρατητήρια, όπου το ποσοστό των ατόμων που αναπτύσσουν στερητική συμπτωματολογία από το οινόπνευμα ανέρχεται σε 4%. (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται μια χαρακτηριστική συγκριτική εικόνα των ψυχιατρικών καταστάσεων που αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα της

χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στη βιαιότητα. Αυτό φαίνεται και στον προηγούμενο πίνακα.

Ψυχιατρική Κατάσταση	Ευερεθιστότητα	Οξύς παρανοειδής ιδεασμός	Επιδείνωση προϋπαρχουσών παρανοικών εκδηλώσεων	Αδυναμία ελέγχου θυμού
Τοξίκωση από οινόπνευμα/ Κατασταλτικά	2-3	1	0-2	3
Στερητικό Σύνδρομο από οινόπνευμα/ Κατασταλτικά	3-4	1-2	1-2	0
Τοξίκωση από διεγερτικά	3-4	3-4	3-4	0
Στερητικό σύνδρομο από διεγερτικά	0	0	0	0
Τοξίκωση από οπιοειδή	0	0	0	0
Στερητικό σύνδρομο από οπιοειδή	3	0	0-1	0
Τοξίκωση από ψευδαισθησιογόνα	0-1	0-1	1-3	1
Τοξίκωση από κανναβινοειδή	0-1	1-3	2-4	1
Τοξίκωση από φαιλυκιδίνη (PCP)	2-4	4	4	0

0->4= ουδεμία -> μέγιστη επίδραση

Πίνακας 14 : Κατάχρηση και στερητική συμπτωματολογία ψυχοδραστικών ουσιών και οι συνεπαγόμενες ψυχιατρικές καταστάσεις που συνεπάγονται ευερεθιστότητα ή θυμό. (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

### *-Κάτω από την επήρεια οινόπνεύματος και μέθης*

Μέχρι του σημείου αυτού έχει γίνει εμφανές ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην εκδήλωση βίας κάτω από την επήρεια οινόπνεύματος. Με τον όρο κάτω από την επήρεια οινόπνεύματος εννοείται η κατάσταση εκείνη που λόγω κατανάλωσης κάποιου οινόπνευματώδους ποτού το άτομο εμφανίζει μείωση των πνευματικών και σωματικών ικανοτήτων του, έτσι ώστε να μη μπορεί να εκτελέσει με την απαιτούμενη, από τις περιστάσεις, επιμέλεια και ακρίβεια κάτι το οποίο επιχειρεί. Με τον όρο μέθη νοείται η κατάσταση εκείνη που περιέρχεται το άτομο μετά από την κατανάλωση οινόπνευματώδους ποτού σε ποσότητα ικανή να το αποστερήσει προσωρινά από τον έλεγχο των σωματικών ή των πνευματικών τους λειτουργιών ή να επηρεάσει αυτές, σε τέτοιο σημείο, ώστε να μπορεί να προξενήσει βλάβη σε άλλο άτομο ή ουσιώδη διατάραξη της δημόσιας τάξης.

Καταλήγοντας την αναφορά στη σχέση της χρήσης οινόπνευματωδών κατά τη διάρκεια διάπραξης κάποιου εγκλήματος βίας να αναφέρουμε ότι 51-57% των καταδικασθέντων για φόνο ατόμων, από διάφορες μελέτες, ανεξάρτητα από το φύλο τους, κατανάλωναν οινόπνευματώδη αμέσως πριν ή κατά τη διάρκεια της ανθρωποκτονίας (Cole και συν., 1968, Mayfield, 1976, Holcomb και Anderson, 1983 ό.π. αναφ. Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

### *-Παθολογική τοξίκωση*

Ήδη έχουμε ασχοληθεί σε άλλο κεφάλαιο για τη συγκεκριμένη διαταραχή αλλά προσθέτουμε και κάποιες άλλες λεπτομέρειες οι οποίες αφορούν τη βία που προέρχεται από την κατάχρηση οινόπνεύματος.

Ο Αλεβιζόπουλος (1998) αναφέρει ότι για τη διάγνωση του συνδρόμου της επεισοδικής διαταραχής του ελέγχου είναι μια συνήθης αντίδραση προς το οινόπνευμα, η οποία ονομάστηκε παθολογική τοξίκωση. Η σημειολογία της παθολογικής τοξίκωσης αφορά την εκδήλωση διαταραχών της αντίληψης (ψευδαισθήσεις ή/ και παραισθήσεις), παρορμητική βία η οποία συνοδεύεται από μειωμένο κινητικό συντονισμό και ακόλουθη μερική ή ολική αμνησία. Οι κλινικές αυτές εκδηλώσεις υφίστανται ακόμη και όταν καταναλωθούν μικρές

ποσότητες οινόπνευματων, οι οποίες δεν θα προκαλούσαν αξιόλογη αντίδραση στο μέσο άτομο.

Η διάγνωση του συνδρόμου μπορεί να τεθεί μετά την αξιολόγηση της τροποποίησης της συμπεριφοράς κάτω από συνθήκες ελεγχόμενης χορήγησης αιθανόλης με ταυτόχρονο ηλεκτροεγκεφαλικό έλεγχο. Τα κλινικά ευρήματα αναπαράγουν το σύνολο ή μέρος του συνδρόμου, ενώ στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα διαπιστώνεται καταγραφή οξύαιχμων κυμάτων στις μετωποκροταφικές περιοχές, στοιχείο που συνηγορεί υπέρ της διαταραχής στον έλεγχο των παρορμήσεων, με παράλληλη μη εντοπισμένη καταγραφή βραδένων κυμάτων (Αλεβιζόπουλος και συν., 1996).

Πιθανώς στην πραγματικότητα να προυπάρχει κάποιου είδους εγκεφαλική βλάβη, η οποία να αποτελεί την εστία πυροδότησης της παράδοξης αντίδρασης προς το οινόπνευμα, κάτι ανάλογο με ότι συμβαίνει με τη χρήση βενζοδιαζεπίνων από ηλικιωμένα άτομα. Ανεξάρτητα πάντως από την όποια αιτιολογία της, η διάγνωση της παθολογικής τοξίκωσης στην κλινική πράξη, αν και σπάνια, είναι δυνατή και θα πρέπει να ελέγχεται πάντοτε σε περιπτώσεις εκδηλώσεις βίαιης συμπεριφοράς ακόμη και όταν έχουν καταναλωθεί μικρές ποσότητες οινόπνευματων (Chesterman και συν., 1989 ό.π. αναφ. Αλεβιζόπουλος Γ., 1998)

#### *-Παροδική αμνησιακή διαταραχή*

Το οινόπνευμα είναι μια από τις λίγες ψυχοδραστικές ουσίες που προκαλούν αμνησία. Τα επεισόδια παροδικής αμνησίας, αν και μπορεί να παρουσιασθούν σε μη αλκοολικούς πότες, εντούτοις είναι συχνότερα σε αλκοολικούς. Η αμνησία είναι εντοπισμένη σε μια διαδεδομένη χρονική περίοδο (από 5-10 λεπτά έως 2-3 ώρες) κατά την οποία το άτομο είναι ανίκανο να ανακαλέσει τα γεγονότα που διαδραματίστηκαν. Κατά την περίοδο αυτή οι λοιπές νοητικές λειτουργίες παραμένουν άθικτες, έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να εκτελέσει οργανωμένες και περίπλοκες πράξεις δίνοντας στο περιβάλλον του την εικόνα ενός καθ' όλα φυσιολογικού ανθρώπου. Η αμνησία αυτού του τύπου χρησιμοποιείται συχνά από την υπεράσπιση αλκοολικών που διέπραξαν κάποιο έγκλημα (Kopelman, 1987) και μάλλον φαίνεται ότι είναι συχνότερη από την ευρύτερα γνωστή αμνησία που συναντάται στο σύνδρομο Wernick- Korsakoff. (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

### *-Σύνδρομο Wernick- Korsakoff*

Το σύνδρομο αυτό αποτελεί ένα αμνησιακό σύνδρομο, αποτέλεσμα χρόνιας χρήσης οινοπνεύματος, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της πρόσφατης μνήμης, της αίσθησης του χρόνου, διαταραχές της συνείδησης και των εν γένει γνωσιακών λειτουργιών. (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998).

Ήδη έχουμε αναφερθεί σε κεφάλαιο γι' αυτό το σύνδρομο πιο εκτενέστερα.

## Κεφάλαιο Τέταρτο

### 4. Εφηβεία

Η εφηβεία , όπως και η παιδική ηλικία, είναι περίοδος ανάπτυξης, με τη διαφορά πως τώρα το άτομο τείνει προς την ολοκλήρωση. Στις πρωτόγονες φυλές η εφηβεία συμπίπτει με την ήβη. Η σεξουαλική ωρίμανση σημαίνει πέρασμα του ατόμου στην κοινωνία των ωρίμων με ανάληψη όλων των υπευθυνοτήτων. Στις αναπτυγμένες κοινωνίες κυρίως η εφηβεία αρχίζει μετά την ήβη και διαρκεί τόσο χρόνο, όσος χρειάζεται για τη συνολική ανάπτυξη του ατόμου, δηλαδή τη σωματική, την πνευματική την κοινωνική και τη συναισθηματική. Γι' αυτό η διάρκεια της εφηβείας είναι μεγαλύτερη. (Μάνος Γ., 1986).

Διάρκεια και φάσεις της εφηβείας:

#### 4.1. Η προεφηβική ηλικία

Η ηλικία αυτή περιλαμβάνει 2-3 χρόνια από τη ζωή του ατόμου και αυτά είναι η ηλικία των 11 ως τα 13 χρόνια. Ορισμένοι ειδικοί τοποθετούν πιο νωρίς την αρχή της προεφηβικής ηλικίας, ακόμη και στα 9 χρόνια. Αυτό εξαρτάται από την εμφάνιση ορισμένων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων και σωματικών λειτουργιών που δεν εμφανίζονται σε όλα τα άτομα στην ίδια χρονική εξελικτική στιγμή. (Παπαδόπουλος Ν., 1992).

Διαφορά χρόνου εμφάνισης της προεφηβείας υπάρχει ακόμη ανάμεσα στα αγόρια και στα κορίτσια. Αυτή υπολογίζεται σε 2 περίπου χρόνια νωρίτερα στα κορίτσια.

Η προεφηβική ηλικία είναι ο χρόνος της αναμόρφωσης του ατόμου σε ποικίλες πλευρές. Παρουσιάζονται τώρα στο προσκήνιο διάφορες επιμέρους ψυχικές λειτουργίες ακανόνιστα. Με την κυριάρχηση της συναισθηματικής πλευράς εμφανίζονται απότομα εναλλασσόμενες διαθέσεις από τις οποίες προέρχονται ασταθείς στάσεις, επιδιώξεις, ενέργειες. Το άτομο στην προεφηβεία δεν ξέρει ακόμη να εκτιμήσει τον εαυτό του ρεαλιστικά και αντικειμενικά, αλλά εξαρτάται από την εκάστοτε κατάσταση. (Παπαδόπουλος Ν., 1992).

Εμφανίζεται έντονη τάση για δράση και διάθεση για περιπέτεια που εκδηλώνεται όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν. Παρουσιάζεται η επιθυμία για γνώση των πραγμάτων και των σχέσεων μεταξύ τους. Επίσης διαπιστώνονται λανθάνουσες τάσεις για μαζικό, ομοιόμορφο σχηματισμό κρίσης και γνώμης και για άκριτη αποδοχή θέσεων και απόψεων. (Παπαδόπουλος Ν., 1992).

Σύμφωνα με τον Παπαδόπουλο Ν. (1992) στην κοινωνική συμπεριφορά του ο προέφηβος μαζί με την τάση του για αποσύνδεση από την οικογένεια του παρουσιάζει μια αύξηση της ανάγκης για συντροφιά με συνομηλίκους του. Παρατηρείται μια αυξημένη στροφή προς τον εσωτερικό κόσμο (εσωστρέφεια). Το άτομο ονειροπολεί γύρω από την επιθυμητή αλλά ακαθόριστη ακόμη διαμόρφωση του εαυτού του. Τα αγόρια παρουσιάζονται συνήθως ιδιαίτερα ευαίσθητα και παράτολμα στην προεφηβική ηλικία.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η προεφηβική ηλικία είναι ηλικία προετοιμασίας για αλλαγές σωματικές και ψυχικές, αυτές που δηλώνουν με την παρουσία τους την αρχή μιας νέας περιόδου εξέλιξης, της εφηβικής ηλικίας.

#### 4.1.1 Η εφηβική ηλικία- Χαρακτηριστικά της εφηβείας

Η Hurlock (40, 392-396 και 466-468) δίνει αναλυτική περιγραφή των χαρακτηριστικών της εφηβείας, που σε γενικές γραμμές έχουν ως εξής:

##### *Πρώτη φάση της εφηβείας (13-17) – ο νεαρός έφηβος:*

Ο νεαρός έφηβος παρουσιάζει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

*Περνά μια περίοδο αμφιβολιών.* Στις περιπτώσεις που ο νεαρός έφηβος συμπεριφέρεται σαν παιδί, κατηγορείται πως η συμπεριφορά του δεν είναι ανάλογη με την ηλικία του. Όταν πάλι ενεργεί σαν μεγάλος έφηβος πιέζεται και περιορίζεται η δραστηριότητα του απ' τους υπευθύνους για την ανατροφή του, από φόβο μήπως διατρέξει κάποιους κινδύνους. Έτσι, ο νεαρός έφηβος βρίσκεται σε συνεχή διλήμματα για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να ενεργεί. (Μάνος Κ., 1986).

*Ζει μια περίοδο συνεχών αλλαγών.* Στη φάση αυτή συμβαίνουν συχνές αλλαγές στο νεαρό έφηβο. Οι σωματικές μεταβολές είναι έντονες και συνεχείς

κι ακολουθούνται από ψυχολογικές αλλαγές. Μεταβάλλει συνεχώς τις διαθέσεις και τη συμπεριφορά του.

*Ζει μια περίοδο έντονου συναισθηματισμού*

*Ζει μια περίοδο αστάθειας.* Παρατηρούνται στο νεαρό έφηβο συνεχείς μεταπτώσεις από ευχάριστες σε δυσάρεστες καταστάσεις, από την αυτοπεποίθηση στην απογοήτευση, από τον εγωισμό στον αλτρουισμό, από τον ενθουσιασμό στην απάθεια.

Η αστάθεια αυτή γίνεται φανερή στις σχέσεις του με το άλλο φύλο. Οι μεταβολές αυτές οφείλονται πιθανότατα στην ανασφάλεια που νιώθει για τον εαυτό του. Το αίσθημα ανασφάλειας επιτείνεται απ' τις απαιτήσεις που η οικογένεια και το σχολείο έχουν απ' αυτόν και που σε μερικές περιπτώσεις είναι υπερβολικές. (Μάνος Κ., 1986).

*Έχει πολλά προβλήματα και ανησυχίες.* Όπως: για τη σωματική εμφάνιση και την υγεία του, για τις σχέσεις του στο σπίτι κι έξω απ' αυτό, για τη σχολική εργασία, για τα μελλοντικά του σχέδια, για θέματα θρησκείας και ηθικής. Τα προβλήματα αυτά γίνονται πιο έντονα όταν δεν υπάρχει κατανόηση απ' τους γονείς γιατί είναι αυταρχικοί, ή έχουν τα δικά τους προβλήματα. Πολλές φορές οι ίδιοι οι έφηβοι αποφεύγουν να θέτουν τα προβλήματα τους στους γονείς από φόβο μήπως χάσουν μ' αυτό τον τρόπο την ανεξαρτησία τους ή μήπως αυτά δε γίνουν κατανοητά απ' τους γονείς ή και γελοιοποιηθούν. Κι όσο σοβαρότερα είναι τα προβλήματα τους, τόσο απρόθυμοι είναι να θέσουν υπόψη των γονέων τους, όπως φαίνεται από τον πίνακα. 15

Η επιτυχής αντιμετώπιση των προβλημάτων από το νεαρό έφηβο του δημιουργεί το συναίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στον εαυτό του. Αντίθετα, η αποτυχία στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τον οδηγεί σε ματαιώσεις και συναισθήματα ανεπάρκειας.

Δυστυχώς, ακόμη και το σχολείο δε βοηθά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Όπως λέει ο Frank: « τα σχολεία δε θα έπρεπε να ετοιμάζουν τους εφήβους για τη μελλοντική τους ζωή, με ειδική διδασκαλία και άσκηση για επιδιώξεις μελλοντικές, αλλά να βοηθούν στην επίλυση των παρόντων προβλημάτων των εφήβων...»(40, 397).

*Περνάει μια κρίσιμη ηλικία.* Όλοι οι παραπάνω λόγοι συντελούν στο να είναι η ηλικία αυτή κρίσιμη. Ιδιαίτερα κρίσιμη αποβαίνει, όταν δεν έχουν



επιτευχθεί οι εξελικτικές μορφές συμπεριφοράς (developmental tasks) της παιδικής και προεφηβικής ηλικίας, όταν δηλαδή δεν έχουν πραγματοποιηθεί οι εξελικτικοί (αναπτυξιακοί) στόχοι της προηγούμενης ηλικίας. Όπως χαρακτηριστικά τονίζει ο Eisenberg: «...η εφηβεία πιθανότατα θα είναι ιδιαίτερα θυελλώδης, θα διαρκεί πολύ και θα έχει φτωχά αποτελέσματα, αν η παιδική ηλικία είναι ανεπαρκής» (40, 397). (Μάνος Κ., 1986).

Δεν αντιμετωπίζεται ευνοϊκά από τους ώριμους. Οι ώριμοι χαρακτηρίζουν την ηλικία του νεαρού έφηβου ως προβληματική ηλικία, λόγω της ισχυρογνωμοσύνης που υπάρχει στο νεαρό έφηβο και της τάσης του να κάνει το αντίθετο από αυτό που ζητείται να κάνει. Κι επειδή αρκετοί νεαροί έφηβοι πέφτουν σε παραπτώματα (αντικοινωνικές τάσεις, χρήση ναρκωτικών, χρήση οινόπνευματων ποτών, απροσαρμοσσία, συμμετοχή σε συμμορίες), οι διαθέσεις των μεγάλων προς την ηλικία αυτή δεν είναι ευνοϊκές, πολλές φορές μάλιστα είναι εχθρικές. Οι νεαροί έφηβοι, απ' την άλλη πλευρά, γνωρίζοντας πως σκέφτονται οι μεγάλοι γι' αυτούς, δεν του πλησιάζουν για να δώσουν μια λύση στα προβλήματά τους, με αποτέλεσμα να δημιουργείται χάσμα ανάμεσα σ' αυτούς και τους μεγάλους και να επιδεινώνεται η προβληματική τους κατάσταση. ( Μάνος Κ., 1986).

#### *Δεύτερη φάση της εφηβείας (17-20) ο μεγάλος έφηβος*

Ο μεγάλος έφηβος συμπεριφέρεται πια κατά τρόπο ώριμο και υπεύθυνο, παρουσιάζοντας τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

*Συμπεριφέρεται με αρκετή σταθερότητα.* Ο μεγάλος έφηβος συμπεριφέρεται με αρκετή σταθερότητα σ' όλες τις εκφάνσεις της ζωής. Έχει σταθερά ενδιαφέροντα όπως η ενδυμασία, η αναψυχή, την εκλογή του επαγγέλματος, τις φίλιες του. Η σταθερότητα σ' όλες τις παραπάνω περιπτώσεις βοηθά το μεγάλο έφηβο να προσαρμόζεται καλύτερα στη ζωή. (Μάνος Κ., 1986).

«Αστάθεια σε λογικά όρια», λέει ο Hurlock, «είναι δείγμα πνευματικής και κοινωνική ωριμότητας. Έλλειψη αστάθειας συνήθως προέρχεται από υπερπροστασία, που αποτελεί για τον έφηβο αιτία να χάσει την εμπιστοσύνη στην ικανότητα του να αντιμετωπίζει τα προβλήματα που του παρουσιάζει η ζωή. Συνεχής και έντονη αστάθεια σημαίνει πως ο έφηβος έχει δυσκολίες στο

να παραμερίσει τις παιδικές συνήθειες και να τις αντικαταστήσει με περισσότερο ώριμες».

*Αντιμετωπίζει υπεύθυνα τα προβλήματα του.* Τα προβλήματα των μεγάλων εφήβων είναι σε γενικές γραμμές τα ίδια με τα προβλήματα των νεαρών εφήβων, αλλά οι μεγάλοι έφηβοι τα αντιμετωπίζουν διαφορετικά. Η αντιμετώπιση δηλαδή των προβλημάτων είναι πιο ώριμη και πιο επιτυχής από ότι αυτή ήταν στα προηγούμενα χρόνια. (Μάνος Κ., 1986).

Επίσης, όπως μας αναφέρει ο ίδιος ο συγγραφέας, *είναι συναισθηματικά ήρεμος.* Η έλλειψη υπερπροστασίας και η παροχή περισσότερων ευκαιριών στο μεγάλο έφηβο να ενεργεί υπεύθυνα και ανεξάρτητα είναι φυσικό να μειώνει τώρα και τη συναισθηματική ένταση στην οποία βρισκόταν ο νεαρός έφηβος.

*Είναι πιο ρεαλιστής.* Η μη ρεαλιστική εικόνα του νεαρού έφηβου για τον εαυτό του, τον οδηγεί συχνά σε σύγκρουση με το περιβάλλον του. Όμως αυτό αρχίζει και εξαφανίζεται.

*Ενεργεί σαν ώριμος.* Ο μεγάλος έφηβος και επιθυμεί και μπορεί πια να συμπεριφέρεται σαν ώριμος, επιδιώκοντας να ξεφύγει απ' την ανώριμη συμπεριφορά του νεαρού εφήβου. Ταυτίζεται με τους ώριμους παίρνοντας όλες τις καλές, αλλά και τις κακές, συνήθειες τους, όπως είναι η οδήγηση, το κάπνισμα, το *πιωτό* και η καθυστερημένη επιστροφή στο σπίτι. Για τους ανήλικους υπάρχει ο νόμος που τον έχουμε στο τέλος του παραρτήματος Γ για τα μέτρα προστασίας των ανηλίκων σε κέντρα διασκέδασης.

Αντιμετωπίζεται διαφορετικά απ' τους ώριμους. Οι μεγάλοι μεταχειρίζονται διαφορετικά, με μεγαλύτερη δηλαδή άνεση και κατανόηση, το μεγάλο έφηβο. Αυτό συμβαίνει γιατί κι ο μεγάλος έφηβος άλλαξε τακτική απέναντι τους, συνεργάζεται καλύτερα μ' αυτούς κι ενδιαφέρεται πιο πολύ για τον προγραμματισμό της μελλοντικής του ζωής. Οι ώριμοι δεν τον πιέζουν πια και παύουν να τον προστατεύουν παρέχοντας τον μεγαλύτερα περιθώρια για ανεξαρτησία κι ανάληψη υπευθυνοτήτων και πρωτοβουλιών. (Μάνος Κ., 1986).

Πίνακας 15

Μερικά από τα προβλήματα που οι νεαροί έφηβοι τα βρίσκουν εύκολα ή δύσκολα να τα συζητήσουν με τους γονείς τους, σε σειρά δυσκολίας:

<i>Προβλήματα με τη μητέρα</i>	<i>Προβλήματα με τον πατέρα</i>
<u>Θέμα</u>	<u>Θέμα</u>
Σεξ <i>μεγάλη</i>	Σεξ <i>μεγάλη</i>
Θωπείες <i>δυσκολία</i>	Θωπείες <i>δυσκολία</i>
Ξενύχτια	
Κακή συμπεριφορά	Φλερτάρισμα
	Γάμος
Φλερτάρισμα	Ξενύχτια
Ποτό	Υγιεινές συνήθειες <i>μέση</i>
Γάμος <i>μέση</i>	Κακή συμπεριφορά <i>δυσκολία</i>
Αρραβώνας <i>δυσκολία</i>	Αρραβώνας
Κάπνισμα	Ασθένειες
Χρήση αυτοκινήτου	Ποτό
Υγιεινές συνήθειες	Δοξασίες(πίστης)
Προγράμματα των γονέων	Προγράμματα των γονέων
Φίλοι του ίδιου φύλου	Κάπνισμα
Φίλοι του άλλου φύλου	Περιποίηση φίλων
Δοξασίες (πίστης)	Φίλοι του άλλου φίλου
Μοναξιά κοινωνική συμπεριφορά	Μοναξιά
Χαρτζιλίκι	Χρήση αυτοκινήτου
Ασθένειες	
Τα οικονομικά της οικογένειας	Τα ενδύματα και η φροντίδα τους
Τα ενδύματα και η φροντίδα τους	Κοινωνική συμπεριφορά
Φροντίδα της περιουσίας	Καταμερισμός εργασίας
Συνήθειες φαγητού	Χαρτζιλίκι <i>μικρή</i>
Φόβοι	Φίλοι του ίδιου φύλου <i>δυσκολία</i>
Αποτυχίες ή ήττες	Τρόπος ενδυμασίας
Περιποίηση φίλων	Φόβοι
Η εκπαίδευση του εφήβου	Τα οικονομικά της οικογένειας
Είδη διασκεδάσεων	Είδη διασκεδάσεων
	Τροφή αποτυχίες ή ήττες
Έξοδα αυτοκινήτου	Η εκπαίδευση του εφήβου
Καταμερισμός εργασίας <i>μικρή</i>	Συγγενείς
Τροφή <i>δυσκολία</i>	Φροντίδα της περιουσίας
Πολιτικά και κοινωνικά θέματα	Επαγγελματική αποκατάσταση
Τρόπος ενδυμασίας	Δουλειές, θερινή εργασία
Συγγενείς	Συνήθειες φαγητού
Επαγγελματική αποκατάσταση	Έξοδα αυτοκινήτου
Δουλειές, θερινή εργασία	Πολιτικά και κοινωνικά θέματα

#### 4.1.2. Εξελικτικές μορφές συμπεριφοράς (developmental tasks) ή οι αναπτυξιακοί στόχοι της εφηβείας

Από τη Hurlock (40, 15) αναφέρονται οι παρακάτω μορφές συμπεριφοράς, που πρέπει να επιτευχθούν από τους νέους στη διάρκεια της εφηβείας για να είναι ομαλή η προσαρμογή τους:

- 1) Παραδοχή της σωματική κατασκευής και του ανδρικού ή γυναικείου ρόλου, αντίστοιχα.
- 2) Σχέσεις με τους συνομήλικους των δύο φύλων σε νέα βάση.
- 3) Συναισθηματική ανεξαρτησία από τους γονείς και τους εφήβους.
- 4) Βεβαιότητα για οικονομική ανεξαρτησία.
- 5) Εκλογή και προετοιμασία για κάποιο επάγγελμα.
- 6) Ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων αναγκαίων για τον κοινωνικό συναγωνισμό.
- 7) Ενδιαφέρον και απόκτηση συμπεριφορά κοινωνικά αποδεκτής.
- 8) Προετοιμασία για γάμο και οικογενειακή ζωή.
- 9) Απόκτηση συνειδητών αξιών που να βρίσκονται σε αρμονία με μια επιστημονικά θεμελιωμένη εικόνα του κόσμου. (Μάνος Κ., 1986).

Οι παραπάνω στόχοι δεν είναι βέβαια δυνατό να επιτευχθούν από το νεαρό έφηβο, είναι όμως απαραίτητο να επιδιωχθούν από αυτόν, για να πραγματοποιηθούν οριστικά και με επιτυχία στη δεύτερη φάση της εφηβείας, όταν δηλαδή ο νεαρός έφηβος γίνει μεγάλος. Ένα άτομο, λόγου χάρη, που στην προεφηβική ηλικία περιφρονούσε το άλλο φύλο πρέπει πια να αναπτύξει σχέσεις σε νέα βάση με τα άτομα του άλλου φύλου. Αυτό όμως προϋποθέτει γνωριμία με το άλλο φύλο και πολλή προσπάθεια για την τελική επιτυχία. Πολλή προσπάθεια χρειάζεται και για την πραγματοποίηση των υπολοίπων αναπτυξιακών στόχων. (Μάνος Κ., 1986).

Όπως συνεχίζει, ο Μάνος Κ. (1986), η επίτευξη των παραπάνω στόχων είναι δυνατή στη δεύτερη φάση της εφηβείας, γιατί ήδη έχουν τεθεί τα θεμέλια στην πρώτη φάση. Οι έφηβοι τώρα έχουν πιο ξεκαθαρισμένες ιδέες για το τι αναμένεται από αυτούς, είναι πιο ανεξάρτητοι κι ενεργούν σαν υπεύθυνες προσωπικότητες. Φυσικά οι στόχοι αυτοί θα επιτευχθούν πιο άνετα αν οι έφηβοι ενθαρρυνθούν απ' τους γονείς και τους ώριμους γενικά. Οποσδήποτε όμως η πραγματοποίηση των στόχων έρχεται νωρίτερα και πιο

άνετα στους εφήβους που στη δεύτερη φάση της εφηβείας πέρασαν στη βιοπάλη, παρά σ' αυτούς που συνεχίζουν τις σπουδές τους.

Ανάλογες είναι και οι απόψεις του Σακκά Δ. κάποια διαφορά όμως φαίνεται να υπάρχει. Στην πρώτη περίπτωση δίνεται έμφαση στην πορεία πραγματοποίησης των στόχων για να επιτευχθεί η προσαρμογή. Στη δεύτερη περίπτωση τονίζεται το αποτέλεσμα, η τελική δηλαδή πραγματοποίηση της ομαλής προσαρμογής, όπως προκύπτει από τα κριτήρια που αναφέρονται και που είναι τα εξής:

«Οι προσαρμοσμένοι έφηβοι:

1) Επιζητούν τη συναναστροφή με συνομηλίκους και συνάπτουν σταθερές φιλίες.

2) Συνεργάζονται αρμονικά με τους άλλους, είναι ευγενείς και κατορθώνουν να ελέγχουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους.

3) Έχουν αναπτυγμένο το αίσθημα της φιλοτιμίας. Επιθυμούν πολύ να τους εκτιμούν.

4) Επιδιώκουν να επιτύχουν την ανεξαρτησία τους.

5) Κάνουν σχέδια για το μέλλον τους. Τους απασχολεί ιδιαίτερα η εκλογή κατάλληλου επαγγέλματος και από το 16<sup>ο</sup> ή το 17<sup>ο</sup> έτος και το πρόβλημα του γάμου.

6) Αντιμετωπίζουν με θάρρος τη ζωή.

7) Αναγνωρίζουν τα σφάλματα τους και αναλαμβάνουν την ευθύνη των λόγων και των πράξεων τους.

8) Πιστεύουν σε αξίες, τις οποίες και υπερασπίζονται. Είναι περισσότερο ιδεαλιστές και λιγότερο ρεαλιστές.

9) Δοκιμάζουν ικανοποίηση, όταν τους δίνεται ευκαιρία να βοηθούν τους άλλους.

10) Ονειροπολούν, αλλά δε χάνουν την αίσθηση της πραγματικότητας.

11) Συχνά μελαγχολούν, αλλά δεν είναι απαισιόδοξοι. Είναι ικανοποιημένοι από τη ζωή τους «. (Μάνος Κ., 1986, Παπαδόπουλος Ν., 1992).

#### 4.1.3 Χαρακτηριστικά Εφήβων που έχουν Προβλήματα με το Ποτό.

Αφού είδαμε και αναλύσαμε τους παράγοντες που μπορεί να λειτουργήσουν εκλυτικά στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών από εφήβους, θεωρούμε απαραίτητη την αναφορά σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας και περιβάλλοντος εφήβων που έχουν προβλήματα με το ποτό.

Θα πρέπει να αναφέρουμε κάποια γενικά χαρακτηριστικά. Κατ' αρχήν εμπειρικές εργασίες (Παπαγεωργίου, 1989) έδειξαν ότι η πλειοψηφία των νεαρών εφήβων που έχουν προβλήματα με το ποτό ανήκει στον τύπο «γ», σύμφωνα με το διαχωρισμό των αλκοολικών του Jellinek. Στον τύπο δηλαδή του πίνει λόγω έντονων ενδοψυχικών προβλημάτων. Γι' αυτό και ονομάζεται «προβληματικός αλκοολισμός» (ήδη θα σχολιάσουμε τους τύπους παρακάτω).

Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (1989) όμως, ο τύπος αυτός σε σχέση με το νεανικό αλκοολισμό θα πρέπει να διαφοροποιηθεί περισσότερο ανάλογα με το βαθμό συνειδητοποίησης των δικών του προβλημάτων, που εμφανίζει ο νεαρός αλκοολικός. Η συνειδητοποίηση αυτή μπορεί να ποικίλλει από το βαθμό της «πλήρους συνειδητοποίησης» των προβλημάτων του, μέχρι τα «όρια του συνειδητού» ή ακόμα και της «πλήρους άγνοιας» αυτών. Έτσι ο τύπος «γ» των νεαρών αλκοολικών είναι δυνατόν να διαφοροποιηθεί στον τύπο «γI» με πλήρη συνειδητοποίηση των πολλαπλών προβλημάτων που τον βασανίζουν και του προκαλούν την ενδοψυχική ένταση, την οποία μειώνει με τη χρήση οινοπνεύματος, και τον τύπο «γII» με μειωμένη ή δίχως συνειδητοποίηση.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό σημείο που έχει προκύψει από τις μέχρι τώρα εργασίες και παρατηρήσεις (Παπαγεωργίου, 1989) σχετικά με τη συμπεριφορά αλκοολικών είναι ότι στους νεαρούς αλκοολικούς οι διάφορες αλκοολικές φάσεις (προαλκοολική, πρόδρομη κριτική και χρόνια αλκοολική φάση) εμφανίζονται σε συντομότερα χρονικά διαστήματα απ' ότι στους ενήλικες αλκοολικούς.

Γενικά ο χρόνος ανάπτυξης αλκοολικής εξάρτησης για μεν τους ενήλικες υπολογίζεται σε 5 μέχρι 20 χρόνια, ενώ για τους νεαρούς ο χρόνος αυτός συρρικνώνεται στα 3 – 4 χρόνια. Η διαφορά αυτή οφείλεται στους διαφορετικούς αλκοολικούς τύπους που επικρατούν στις 2 ομάδες (γ-τύπος

για τους νεαρούς, δ-τύπος για τους ενήλικες).

Περνώντας σε πιο συγκεκριμένα αποτελέσματα βλέπουμε ότι σύμφωνα με τη Χαρτοκόλλη (1985) ένα εντυπωσιακό αποτέλεσμα της έρευνας της είναι ότι οι έφηβοι με προβλήματα ποτού χαρακτηρίζονται από ένα κλίμα «συναισθηματικής στέρησης», που δέσποζε στα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Σ' ένα μεγάλο ποσοστό οι πατέρες έλειπε από τη ζωή των παιδιών αυτών ή γιατί οι γονείς είχαν χωρίσει ή για άλλους περιστασιακούς λόγους. Σ' ένα μεγάλο ποσοστό οι μητέρες ήταν ασυνεπείς και αντιφατικές στο χειρισμό των παιδιών τους, πράγμα που προκαλούσε στα παιδιά αυτά συνεχή θυμό και απογοήτευση.

Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει και ο Υφαντής (1991) αναφέροντας ότι η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων φάνηκε να παίζει το σημαντικότερο ίσως ρόλο για το ποτό του νέου. Η ζωή των νέων αυτών στο σπίτι περιγράφεται δυστυχισμένη και δεν παρέχει επαρκή συναισθηματική κάλυψη της ανάγκης τους. Ο Noble (Υφαντής 1991) επίσης συμπεραίνει πως το βαρύ και προβληματικό ποτό στους εφήβους έχει πιθανόν τις ρίζες του σε διαταραγμένες συναισθηματικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Οι Skiffington και Brown (Υφαντής 1991) επισημαίνουν πως όσοι δεν έπιναν ήταν περισσότερο ευχαριστημένοι με το κλίμα που επικρατούσε στο σπίτι τους, από εκείνους που έπιναν.

Ο Υφαντής (1991) αναφέρει ότι στη χώρα μας ο σημαντικός ρόλος των ενδοοικογενειακών σχέσεων διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο. Έτσι στα αγόρια σημαντικό ρόλο παίζει η σχέση με τον πατέρα, που όσο χειρότερη είναι τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να πίνει ο έφηβος. Η ανάπτυξη από την άλλη «αποκλίνουσας συμπεριφοράς» εκ μέρους των κοριτσιών έχει να κάνει μάλλον με τη ρήξη του με το προβαλλόμενο κυρίαρχο κοινωνικό πρότυπο, που προορίζει το κορίτσι περισσότερο για «μητέρα» ή «σύντροφο» και όχι για να «σπουδάσει», να αποκτήσει «επαγγελματική αυτάρκεια».

Ένα άλλο πολύ σημαντικό εύρημα των διαφόρων ερευνών (Υφαντής 1991, Χαρτοκόλλη 1985) είναι η ύπαρξη σε μεγάλο ποσοστό αλκοολισμού στις οικογένειες και στο ευρύτερο περιβάλλον των εφήβων που έχουν και οι ίδιοι προβλήματα με το ποτό.

Σύμφωνα δε με μετρήσεις, όπως η Kandel (Υφαντής 1991, σελ. 270) το χαρακτηριστικό αυτό μπορεί να λειτουργήσει και προγνωστικά: «η χρήση βαριών οινόπνευματων από τους γονείς ακολουθείται από χρήση των ίδιων ουσιών από τα παιδιά». Η Morehouse δε (Υφαντής, 1991) τοποθετεί τους εφήβους αυτούς στην κατηγορία υψηλού κινδύνου. Θεωρεί πως για πολλά παιδιά αλκοολικών η χρήση γίνεται μέσο αντιγραφής των τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων και ανακούφισης των συναισθημάτων πόνου σε μια δυσλειτουργούσα οικογένεια. Οι χειρισμοί της άρνησης, της εκλογίκευσης, της ανταρσίας ή ακόμη και της επιστροφής στους γονείς είναι σύνηθες στα παιδιά των αλκοολικών.

Ένα ακόμη στοιχείο που μας δίνει η έρευνα του Υφαντή (1991, σελ. 269) είναι ότι η σχέση κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και χρήσης οινόπνευματος από τους έφηβους μπορεί να εξηγηθεί μέσα από ένα σύνθετο πλέγμα παραγόντων: «η κακή οικονομική κατάσταση της οικογένειας συνδυάζεται με την ανάπτυξη αλκοολισμού στα ενήλικα μέλη (γονείς), που με τη σειρά τους παρέχουν ήδη πρότυπα για το ποτό στα παιδιά. Αυτή η κατάσταση αφού αποτελεί μια από τις αιτίες ποτού για τους γονείς (ανεργία, κακή επαγγελματική/οικονομική κατάσταση, κτλ.) λειτουργεί, πιθανόν, με τον ίδιο τρόπο και για τα παιδιά».

Σημαντικό παράγοντα για το ποτό του εφήβου φαίνεται πως αποτελούν, σύμφωνα με την έρευνα του Υφαντή (1991) και οι φίλοι, η παρέα τόσο με την ύπαρξή της, όσο και με την παροχή «προτύπων για ποτό». Σύμφωνα δε με την ίδια έρευνα βρέθηκε πως οι έφηβοι που πίνουν παρουσιάζουν χαμηλότερη επίδοση στο σχολείο, μικρότερη ακαδημαϊκή επιτυχία, λιγότερες προσδοκίες επιτυχίας, περισσότερες απουσίες, μεγαλύτερη απειθαρχία στους σχολικούς κανόνες και φτωχότερα σχέδια για συνέχιση των σπουδών τους, απ' όσους δεν πίνουν.

Όσον αφορά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των εφήβων με προβλήματα ποτού, σύμφωνα με την έρευνα της Χαρτοκόλλη (1985), φαίνεται να είναι άτομα υποελεγχόμενα, παρορμητικά και ρέμπελα. Παρουσιάζουν μια διάχυτη αδυναμία του ΕΓΩ που χαρακτηρίζονταν από μια χαμηλή ανοχή άγχους. Οι νέοι αυτοί χειρίζονταν το άγχος και την εσωτερική σύγκρουση σαν εμπειρίες που έπρεπε να αποκλειστούν από το επίπεδο του συνειδητού. Επίσης διέπονται από μεγάλο βαθμό εχθρικότητας και από έλλειψη ελέγχου



αυτής της εχθρικότητας, από μεγάλο βαθμό κοινωνικής και συναισθηματικής αποξένωσης, περιφρόνηση προς τις κοινωνικές αρχές και κανόνες και από προτίμηση για προσφυγή στη δράση (acting out).

Άλλες έρευνες (Χαρτοκόλλη, 1985) έχουν περιγράψει τους έφηβους αυτούς σαν ανθρώπους που υποφέρουν από έντονο αλληλοσυγκρουόμενο συναίσθημα ανεξαρτησίας και εξάρτησης, που εκδηλώνεται με ρέμπελη, παρορμητική συμπεριφορά. Οι νέοι αυτοί κάνουν χρήση μιας μάσκας για να αποκρύψουν συναισθήματα εξάρτησης και οργής, τα οποία γεννιούνται από μια συνεπή ικανοποίηση αναγκών, που έχει κάνει με αντικείμενα αγάπης, από μια ασυνεπή κυρίως ικανοποίηση της ανάγκης για εξάρτηση, που έχει το παιδί στην παιδική ηλικία. Έτσι στην κατάχρηση του ποτού, οι νέοι αυτοί βρίσκουν ένα τρόπο προστασίας από το άγχος ή το θυμό που τους προκαλούν οι γεμάτες συγκρούσεις σχέσεις τους με τα αντικείμενα του εσωτερικού τους κόσμου.

Μετά από αυτή την περιγραφή πιστεύουμε ότι έχουμε δώσει, έστω και αμυδρά, το προφίλ ενός εφήβου με προβλήματα με το αλκοόλ.

Ανακεφαλαιώνοντας θα λέγαμε ότι τα κύρια σημεία – χαρακτηριστικά είναι:

- ενδοοικογενειακές σχέσεις
- αλκοολισμός στην οικογένεια ή στο ευρύτερο περιβάλλον
- κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- ακαδημαϊκές φιλοδοξίες – σχολική απόδοση
- φίλοι – παρέες συνομήλικων
- στοιχεία προσωπικότητας

(Στο παράρτημα Δ΄ προσθέτουμε και μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Έβρο για τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών στην εφηβεία).

## 4.2. Πρόληψη- Θεραπεία

### Η σημασία της πρόληψης

Δε θα είναι πολλοί αυτοί που θα διαφωνήσουν με την άποψη ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη από την θεραπεία σε όλους τους τομείς ζωής, κυρίως όμως σε θέματα υγείας και κοινωνικής λειτουργίας.

Ειδικότερα για προβλήματα εξάρτησης, κυρίως από παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες, η πολιτεία έχει αναπτύξει και εντείνει κατά καιρούς εκστρατείες πρόληψης μέσω της κοινότητας, των μέσων μαζικής ενημέρωσης, των σχολείων κ.ά. Τα τελευταία μάλιστα χρόνια η αναγνώριση των πενιχρών αποτελεσμάτων της θεραπευτικής αντιμετώπισης εξαρτημένων ατόμων, έστρεψε τις προσπάθειες όλων των κρατών που αντιμετώπισαν το πρόβλημα της ανεξέλεγκτης εξάπλωσης της χρήσης των παρανόμων ουσιών προς την πρωτογενή πρόληψη (Κοκκέβη, 1992).

Αυτή περιλάμβανε κυρίως την μέθοδο της πληροφόρησης ή διαφώτισης δίνοντας έμφαση στους κινδύνους που συνεπάγεται για την υγεία η χρήση ουσιών, στηριζόμενη σε μεγάλο βαθμό στον εκφοβισμό. Η αξιολόγηση των προσπαθειών αυτών απέδειξε ότι όχι μόνο ήταν αναποτελεσματικές ως προς τον επιδιωκόμενο στόχο, αλλά ήταν δυνατό να προκαλέσουν και το αντίθετο αποτέλεσμα, δηλ. την κίνηση της περιέργειας και την δοκιμή της ουσίας, ιδιαίτερα στην ευαίσθητη περίοδο της εφηβείας, όπου ο κίνδυνος δεν είναι έννοια ανατρεπτική για τους εφήβους.

Ένας άλλος λόγος αποτυχίας των μέχρι τώρα μεθόδων πρόληψης είναι ότι οι πληροφορίες απευθύνονται με τον ίδιο τρόπο και το ίδιο περιεχόμενο σε όλο τον πληθυσμό χωρίς διαφοροποίηση, ανάλογα με το δέκτη, παραγνωρίζοντας ιδιομορφίες, όπως της προσωπικότητας των εφήβων που επιβάλλουν ιδιαίτερο χειρισμό.

Η αποτυχία της πρόληψης μέσω της μεθόδου αυτής, συντέλεσε στην ανάπτυξη σε αρκετές χώρες προληπτικών προγραμμάτων για νέους, προσαρμοσμένων στις ανάγκες της ηλικίας και στην αντιμετώπιση των αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν στη χρήση και όχι στην αντίληψη «καταστολής» που αντιμετωπίζει τη χρήση ως σύμπτωμα ξεκομμένο από τις αιτίες που το γεννούν (Κοκκέβη, 1992).

Σύμφωνα με τη συγγραφέα, η νέα γενιά προληπτικών προγραμμάτων βασισμένη κατά κύριο λόγο στο ψυχοκινητικό μοντέλο, δίνει έμφαση στην εκπαίδευση και εξάσκηση με στόχο την ανάπτυξη των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων που θα επιτρέψουν στον έφηβο ν' αντισταθεί στις πιέσεις της κοινωνικής του ομάδας και ταυτόχρονα να μπορέσει να χρησιμοποιήσει εναλλακτικές διεξόδους στη χρήση ουσιών (saying no programs). Η προσπάθεια πρόληψης μέσω της αντιμετώπισης των αιτιών που οδηγούν στη χρήση ουσιών μπορεί ταυτόχρονα ν' αποτρέψει εκδήλωση ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς όπως αυτοκτονίες, φυγές, παραπρωματική συμπεριφορά που πηγάζουν από κοινές αιτίες.

Ενώ όλα αυτά συμβαίνουν όσον αφορά τις παράνομες ουσίες εξάρτησης, δεν υπάρχουν, ειδικότερα στην Ελλάδα, ανάλογες προσπάθειες για νόμιμες ουσίες εξάρτησης, όπως το αλκοόλ. Και βέβαια η εκστρατεία πρόληψης δεν μπορεί και δεν πρέπει να είναι η ίδια εφόσον πρόκειται για νόμιμη ουσία, όχι μόνο κοινωνικά αποδεκτή, αλλά και επιβαλλόμενη, που υπέρ της χρήσης της συνηγορούν κοινωνικοί θεσμοί και συνήθειες κοινωνικής πρακτικής.

Ο Ποταμιανός (1991) αναφέρει ότι στην Ελλάδα το θέμα των νόμιμων ουσιών εξάρτησης, όπως το αλκοόλ αντιμετωπίζεται με αδιαφορία. Ο ίδιος πιστεύει πως οι προσπάθειες για την πρόληψη του φαινομένου, πρέπει να χαρακτηρίζονται από στρατηγικές που θα έχουν στόχο από τη μία το άτομο και από την άλλη την κοινωνία.

Έχει μάλιστα συντάξει ένα ολοκληρωμένο σύνολο προτάσεων για τις άμεσες ενέργειες που αφορούν την πρόληψη του αλκοολισμού και αναφέρεται:

α) Στη σημασία διεξαγωγής επιδημιολογικών ερευνών τόσο στην κοινότητα, όσο και στα πλαίσια νοσοκομείων και ψυχιατρείων καθώς και στην καταγραφή παραπτωμάτων και εγκληματικών πράξεων παραβάσεων του Κ.Ο.Κ. και ατυχημάτων που σχετίζονται με την χρήση/κατάχρηση αλκοόλ.

β) Στη δημιουργία και ανάπτυξη επιστημονικά αποδεκτών κριτηρίων για την έγκυρη αναγνώριση του προβληματικού πότη.

γ) Στις προσπάθειες με στόχο το κοινωνικό σύνολο που πρέπει από τη μία να ενημερώνουν επιστημονικά το κοινό για τη χρήση και κατάχρηση προτρέποντας την ενεργό συμμετοχή του πολίτη και από την άλλη ν'

αντιμετωπίζουν τις αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον αλκοολισμό.

δ) Στη δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων με αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης ως προγράμματα σπουδών σε σχολές όπως της ιατρικής, νομικής, ψυχολογίας, κοινωνικής εργασίας, φιλοσοφικής κ.ά.

ε) Στην αναθεώρηση του ρόλου των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερα της διαφήμισης, ώστε να σταματήσει η προβολή του αλκοόλ ως μέσο κοινωνικής και σεξουαλικής επιτυχίας.

στ) Στο ρόλο που μπορούν να παίξουν οι δικαστικές αρχές και η αστυνομία στην αναγνώριση και παραπομπή για θεραπεία των αλκοολικών.

ζ) Στο ρόλο της οικογένειας στην πρόληψη, αλλά και συχνά στη δημιουργία αλκοολισμού.

η) Στη μη αποτελεσματικότητα μέτρων όπως η ποτοαπαγόρευση και η υψηλή φορολογία στα αλκοολούχα ποτά που δεν αποτελούν παράγοντες πρόληψης, αλλά συχνά μπορεί να έχουν αντίθετα αποτελέσματα.

θ) Στην υλοποίηση των προγραμμάτων πρόληψης μέσα στην κοινότητα από την τοπική αυτοδιοίκηση και όχι από την απρόσωπη πολιτεία.

Τέλος οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να είναι συντονισμένες και να εμπεριέχουν πρόγραμμα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους.

Ο Καρβουντζής (1986) μιλάει για την επιτακτική ανάγκη εγρήγορσης των υπευθύνων σε όλα τα επίπεδα, ώστε το φαινόμενο που εξαπλώνεται και στην Ελλάδα να προληφθεί «κυρίως μέσω της εκπαίδευσης, αλλά και πολιτικών πράξεων».

Πέρα από τις όποιες προσπάθειες πρόληψης ο βασικός κορμός θα πρέπει κατά την γνώμη μας, να έχει σαν στόχο τους νέους και ειδικότερα τους έφηβους, επενδύοντας έτσι στην μείωση των μελλοντικών αλκοολικών και προσβλέποντας στην κατανόηση της ειδοποιούς διαφοράς μεταξύ χρήσης και κατάχρησης και στη δημιουργία μελλοντικών κοινωνικών καταναλωτών αλκοόλ.

Ο Ginnot (1969) συμφωνεί ότι οι έφηβοι χρειάζονται τη βοήθειά μας για αν μάθουν να ζουν με το να πίνουν ή να μην πίνουν, πρέπει να μάθουν αν ελέγχουν τον εαυτό τους, να λένε «όχι ευχαριστώ» χωρίς απολογία, εξήγηση ή δικαιολογία να ξέρουν γιατί πίνουν και πώς.

Η πρόληψη σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα πρέπει να πάρει δύο κατευθύνσεις. Η μια να ισχυροποιηθεί η προσωπικότητα του εφήβου και ο χαρακτήρας του, η δεύτερη ν' απογυμνωθεί το οινόπνευμα από το γόητρό του.

Η πρακτική εφαρμογή τώρα της φιλοσοφίας για την πρόληψη πρέπει να έχει σαν στόχο την εκπαίδευση του μαθητή στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων που θα του επιτρέψουν να κάνει υπεύθυνες επιλογές για τον τρόπο ζωής του, προστατεύοντας την σωματική και ψυχοκοινωνική του υγεία.

Σ' αυτή τη φιλοσοφία στηρίζονται τα προγράμματα «Εκπαίδευσης για την Προαγωγή της Υγείας» που αφετηρία τους έχουν το σχολείο και απευθύνονται εξίσου στην κοινότητα που το περιβάλλει. Την κύρια ευθύνη πρόληψης έχουν οι εκπαιδευτικοί, αφού προηγουμένως έχουν οι ίδιοι εκπαιδευτεί κατάλληλα στις αρχές, στη φιλοσοφία και τις μεθόδους ενός τέτοιου προγράμματος. Σημαντικοί παράγοντες για την επιτυχία των προγραμμάτων είναι η ενεργητική συμμετοχή των μαθητών στην διαδικασία εκπαίδευσής τους, η προσέγγιση των γονέων και η μετάδοση και σ' αυτούς πληροφοριών με σκοπό τον περιορισμό πρόσληψης από το παιδί αντιφατικών μηνυμάτων στο σπίτι, η ευαισθητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας μέσα στην οποία ζει το παιδί και αντλεί πρότυπα συμπεριφοράς.

Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας προληπτικής προσπάθειας στους νέους έχουν ήδη φανεί σε αρκετές χώρες όπως Η.Π.Α., Καναδά, Σουηδία.

Παρόμοια προσπάθεια ξεκίνησε στη χώρα μας το 1986 η Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών σε σχολεία καταρχήν του Δήμου Υμηττού και σήμερα εξαπλώνεται και σε άλλες περιοχές του Νομού Αττικής. Πραγματοποιείται στα πλαίσια δοκιμαστικού προγράμματος συντονισμένου από το Συμβούλιο Ευρώπης, την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και τις Ευρωπαϊκές κοινότητες και δίνει έμφαση στις ψυχοκοινωνικές ενισχύσεις για αποχή από το κάπνισμα και όλες τις ψυχοτρόπες ουσίες νόμιμες και παράνομες, αποβλέποντας στην αύξηση του αισθήματος ευθύνης για την προσωπική υγεία. και την ενίσχυση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής (Κοκκέβη, 1992).

Άλλα προληπτικά προγράμματα είναι η Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης «Πήγασος», του ΚΕ.Θ.Ε.Α. που αποτελείται από εξοπλισμένα λεωφορεία που περιοδεύουν σε δήμους και πόλεις της Ελλάδος με σκοπό την ενημέρωση και

ευαισθητοποίηση των πολιτών στο πρόβλημα της εξάρτησης. Πραγματοποιεί ενημερώσεις, σεμινάρια, ομιλίες, συζητήσει σε σχολεία, φυλακές στρατόπεδα και οργανώνει εκθέσεις σε υπαίθριους χώρους.

Ακόμα προληπτική προσπάθεια οργανώνει και το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού με πρώτο θέμα την δημιουργία ειδικής ταινίας video με θέμα «Η ποτό ή μοτό» και στόχο έχει την ενημέρωση των νέων για τον κίνδυνο για οδικά ατυχήματα μετά από κατανάλωση αλκοόλ.

Κάποιες προσπάθειες έχουν ήδη ξεκινήσει στην Ελλάδα σχετικά με την πρόληψη του αλκοολισμού και ελπίζουμε ένα γενικευτούν και να οργανωθούν σε ευρύτερη κλίμακα τοπικής εμβέλειας, αλλά και μέσων. Επίσης πιστεύουμε ότι είναι χρήσιμο να επισημάνουμε για μία ακόμη φορά την ανάγκη διαφοροποίησης του αλκοόλ, ως νόμιμης ουσίας εξάρτησης, από τις άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες. Αυτή η διαφοροποίηση είναι απαραίτητη στον τομέα της πρόληψης, λόγω των αντιφατικών μηνυμάτων που οι νέοι δέχονται από την ευρύτερη κοινότητα και τα μέσα έκφρασής της, αλλά και λόγω του στόχου που για μεν τα ναρκωτικά είναι η άρνησή τους, η μη-χρήση, ενώ για το αλκοόλ η χρήση στα πλαίσια του κοινωνικού.

#### 4.2.1. Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Στο κεφάλαιο αυτό θα κάνουμε μία ανασκόπηση των κυριότερων θεραπευτικών προσεγγίσεων που έχουν ως στόχο τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις του αλκοολισμού μπορούν να χωριστούν σε 3 ευρείες κατηγορίες:

Φαρμακολογική προσέγγιση

Ψυχολογική προσέγγιση

Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα

##### *Φαρμακολογική προσέγγιση*

Σύμφωνα με διάφορους μελετητές (Χαρτακόλλη, 1986, Ποταμιανός 1991, Ν. Μάνος 1988, Κουκουτσάκη 1987 – 88, Leikin 1986) η προσέγγιση αυτή συνίσταται στην χορήγηση των φαρμάκων Antabuse και Absten

(Disulfiram η Δισοϋλφιδράμη), τα οποία αναστέλλουν τη φυσιολογική οξείδωση του αλκοόλ, οπότε συσσωρεύεται στο αίμα ακεταλδεϋδη, η οποία προκαλεί δυσφορικά συμπτώματα, όπως έξαψη, ταχυπαλμία, εμετό, δύσπνοια, πονοκέφαλο κ.ά.

Τα φάρμακα δηλαδή αυτά προκαλούν μια τέτοια (βίαιη) αντίδραση στο άτομο, όταν τα χρησιμοποιεί παράλληλα με αλκοόλ, έτσι ώστε να μην έχει αυτό καμιά ευφορική επίδραση στον οργανισμό, το αντίθετο μάλιστα.

Παράλληλα όμως τα φάρμακα αυτά (Κουκουτσάκη, 87, 88) μπορούν να προκαλέσουν και σοβαρές επιπλοκές σε σημείο τέτοιο μάλιστα ώστε μερικές φορές να αποβούν επικίνδυνα για την υγεία του αλκοολικού. Γι' αυτούς τους λόγους η χορήγησή τους θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, κάτω από ιατρική παρακολούθηση και επιπλέον το άτομο θα πρέπει να γνωρίζει ότι βρίσκεται σε θεραπεία με Antabuse ή Absten.

Η χρήση των παραπάνω φαρμάκων ήταν ευρεία διαδεδομένη στην θεραπεία του αλκοολισμού, παρ' όλες τις παρενέργειες που προκαλούσαν, στις αρχές της δεκαετίας του '50. Σήμερα όμως σύμφωνα με τον Ν. Μάνο (1988) η χρήση τους είναι περιορισμένη και όταν χρησιμοποιούνται χρειάζεται να συνδυασθούν με ψυχοθεραπεία, ομάδες Α/Α κτλ., που απευθύνονται σε αυτό που η δισοϋλφιδράμη δεν μπορεί να καλύψει την απώλεια της επιθυμητής ουσίας και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση του ασθενή.

Εκτός όμως από την δισοϋλφιδράμη, μία άλλη ουσία, που χρησιμοποιήθηκε προς το τέλος της δεκαετίας του '50 για την θεραπεία του αλκοολισμού ήταν, σύμφωνα με τον Ποταμιανό (1991), η Metronidazole (Flagyl). Η αρχική χρήση αυτής της ουσίας ήταν για τη θεραπεία των ουρολοιμώξεων, ενώ μία από τις παρενέργειες της ήταν η αποστροφή προς το αλκοόλ.

Η τρίτη δε ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, σύμφωνα πάλι με τον Ποταμιανό (1991), είναι 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 της στέρησης.

## Ψυχολογική προσέγγιση

Ψυχολογικές προσεγγίσεις στη θεραπεία του αλκοολισμού έχουν εφαρμοστεί από τις αρχές του αιώνα σύμφωνα με τον Ποταμιανό (1991). Η ανασκόπηση της βιβλιογραφία σχετικά με τα είδη της ψυχολογικής προσέγγισης θα γίνει ως εξής:

- A. τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς
- B. ατομική – ομαδική ψυχοθεραπεία
- Γ. οικογενειακή θεραπεία

### A. Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς

Μία 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 ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τους Jaffe, Peterson και Roberte (1986) και Ποταμιανό (1991) η θεραπεία της αποστροφής έχει δύο κυρίως μορφές: ηλεκτρική και χημική.

Στην πρώτη περίπτωση ένα μέτριο ηλεκτρικό σοκ διοχετεύεται είτε από το θεραπευτή, είτε από τον ίδιο τον ασθενή την ώρα που συνειδητά σκέφτεται ή ακόμα και καταναλώνει το αγαπημένο του οινοπνευματώδες ποτό.

Η χημική αποστροφή επιτυγχάνεται με την παροχή ενός φαρμάκου που φέρνει στον αλκοολικό ναυτία ή ακόμα και εμετό την ώρα που μυρίζει ή γεύεται αλκοόλ.

Εκτός όμως από την τεχνική της αποστροφής τα τελευταία χρόνια μεγάλη μερίδα θεραπευτών συμπεριφοράς (Ποταμιανός, 1991) έχει επικεντρώσει την προσοχή της σε τεχνικές που βοηθούν την αντιμετώπιση του άγχους, αφού η πλειοψηφία των αλκοολικών παρουσιάζουν μια ποικιλία συμπτωμάτων άγχους για πολλούς και διαφόρους λόγους (κοινωνική πίεση για κατανάλωση αλκοόλ, ματαίωση προσδοκιών, ανικανότητα έκφρασης θυμού, διαπροσωπικές σχέσεις). Έτσι λοιπόν η παρρησιαστική θεραπεία (assertive training) και η θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills training) έχουν υιοθετηθεί για την αντιμετώπιση του άγχους που παρατηρείται στον αλκοολικό.



## Β. Ατομική - ομαδική ψυχοθεραπεία

Η θεωρητική βάση των προσεγγίσεων αυτών απορρέει από την ψυχανάλυση (κυρίως Φροϋδική). Σύμφωνα με τον Ποταμιανό (1991) η κεντρική τους άποψη είναι ότι ο αλκοολισμός είναι ένα «σύμπτωμα» μίας βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης ή συγκρούσεων. Ο κύριος λοιπόν στόχος των προσεγγίσεων αυτών είναι η ανάλυση της «σύγκρουσης» και όχι η θεραπεία του συμπτώματος. Είναι ευνόητο ότι η επίλυση της σύγκρουσης θα οδηγήσει και στην καταστολή του συμπτώματος, δηλαδή της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Σύμφωνα με τον Silber (Ποταμιανός, 1991) η «ασυνείδητη σύγκρουση» στην περίπτωση του αλκοολισμού περιλαμβάνει μεταξύ άλλων στοιχεία και τα εξής: άμυνα κατά της κατάθλιψης εξ' αιτίας των ανεκπλήρωτων αναγκών εξάρτησης κατά την στοματική περίοδο της ανάπτυξης, άμυνα κατά του άγχους, άμυνα κατά της λανθάνουσας ομοφυλοφιλίας, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κτλ.

Η Μάτσα (1991) εξάλλου υποστηρίζει ότι με την ψυχοθεραπευτική εμπειρία, σαν «εμπειρία σχέσης» ωριμάζει η προσωπικότητα του αλκοολικού, κατακτά την αυτογνωσία και την αυτοπεποίθηση του. με την συμμετοχή του σε μία ομάδα ψυχοθεραπείας αρχίζει να λειτουργεί σαν κοινωνικό άτομο προσπαθώντας να εκφραστεί ελεύθερα και να δημιουργήσει σχέσεις με άτομα όμοια του που κάνουν την ίδια με αυτό προσπάθεια.

Έτσι συνεχίζει η Μάτσα (1991) η ομάδα γίνεται ο φυσικός του χώρος. Στην ομάδα μαθαίνει να μιλάει ελεύθερα και ειλικρινά, να ακούει τους άλλους, να αναλύει και ν' απορρίπτει ρόλους και να δημιουργεί αληθινές σχέσεις έξω από το πλαίσιο της εξάρτησης. Μαθαίνει να βλέπει καθαρά την πραγματικότητα, την δική του και των άλλων, χωρίς μύθους και αυταπάτες. Μαθαίνει να εκφράζει τους φόβους και τις αδυναμίες του, να αποδέχεται σιγά σιγά και να αγαπά τον εαυτό του.

Ν' αναφέρουμε στο σημείο αυτό ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία (Ποταμιανός, 1991) είναι η πλέον «δημοφιλής» προσέγγιση, που υιοθετούν τα περισσότερα ψυχιατρικά θεραπευτικά προγράμματα των Η.Π.Α. και της Μ. Βρετανίας.

Σύμφωνα με το Ν. Μάνο (1997) η ψυχοθεραπεία τόσο η ατομική όσο και η ομαδική θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες

υποστηρικτικές μεθόδους και κυρίως ομάδες A/A, γιατί μόνη της δεν μπορεί να προσφέρει την συνεχή υποστήριξη που χρειάζεται ο αλκοολικός. Πιστεύει δε ότι η ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην αποκάλυψη συγκρούσεων που συντηρούν τον αλκοολισμό του ασθενή ή στην αναγνώριση δευτερογενούς κέρδους, που μπορεί να αποφέρει ο αλκοολισμός στον ασθενή. επισημαίνει όμως ότι η ψυχοθεραπεία δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική παρά μόνο όταν ο ασθενής σταματήσει να πίνει, γιατί τότε μόνο μπορεί ν' απευθυνθεί –ιδιαίτερα η ατομική ψυχοθεραπεία– στα βαθύτερα συναισθήματα και συγκρούσεις που καλύπτονται με το αλκοόλ.

Κλείνοντας την αναφορά μας στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία να τονίσουμε ότι ο τελικός της στόχος (Μάτσα, 1991) είναι η κατάκτηση από τον αλκοολικό της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του, γιατί μόνο έτσι θα μπορέσει να πετάξει μακριά του και να μην ξαναχρειαστεί τα «δεκανίκια» του αλκοόλ και να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες, τα προβλήματα, τις ματαιώσεις της καθημερινής πραγματικότητας, στηριγμένος στις δικές του δυνάμεις. Μόνο έτσι θα μπορέσει να δημιουργήσει το δικό του ζωντανό κόσμο, με τα αξίες του, τα ενδιαφέροντά του, τις χαρές και τις λύπες του, να οικοδομήσει το δικό του ιδεολογικό, πολιτιστικό και ψυχικό ΕΓΩ, αναπτύσσοντας αληθινές, άμεσες και ουσιαστικές κοινωνικές σχέσεις.

### Γ. Οικογενειακή θεραπεία

Αυτή η προσέγγιση εμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του '50 με τη μελέτη της οικογένειας του σχιζοφρενικού ασθενή (Dimitrijevic, 1989) και με τη διαπίστωση ότι η σχιζοφρενική συμπεριφορά αποκτά νόημα σε συνθήκες, πάρα πολύ διαταραγμένων επικοινωνιακών σχημάτων μεταξύ γονέα και παιδιού. Οι σοβαρές και μακροχρόνιες συγκρούσεις μεταξύ των γονέων συμβάλλουν στην εμφάνιση σχιζοφρενικού παιδιού.

Η διαπίστωση των ομοιοτήτων μεταξύ των χαρακτηριστικών των οικογενειών αυτών και των οικογενειών των αλκοολικών που είναι άλλωστε αρκετά εμφανής, οδήγησαν στη χρήση του μοντέλου της οικογενειακής προσέγγισης και στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Δύο σημαντικές έννοιες για τη μελέτη της οικογενειακής μονάδας σύμφωνα με τον Dimitrijevic (1989) είναι η οικογένεια σαν σύστημα και η οικογένεια σαν αναπτυξιακό γεγονός. Η πρώτη έννοια προέρχεται από τη

θεωρία των συστημάτων και ασχολείται με τα οικογενειακά συστήματα, υποσυστήματα και τους δικούς της ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Η έννοια της οικογένειας σαν αναπτυξιακό γεγονός, βασίζεται στον εξελικτικό κύκλο ζωής – ατομικό και οικογενειακό. Η ανάπτυξη είναι ένα συνεχόμενο γεγονός το οποίο εξελίσσεται σε στάδια. Η κίνηση από το ένα στάδιο στο άλλο εξαρτάται από την επιτυχή λύση των δυσκολιών στο προηγούμενο στάδιο.

Ως προς τον Duvall (Dimitrijevic 1989) ο οικογενειακός κύκλος ζωής έχει 8 στάδια: 1) αρχική οικογένεια, 2) οικογένεια με πολύ μικρό παιδί, 3) οικογένεια με προσχολικό παιδί, 4) οικογένεια με σχολικό παιδί, 5) οικογένεια με έφηβο, 6) διάλυση της οικογένειας με την αποχώρηση των παιδιών, 7) μεταγονεϊκή οικογένεια, 8) γηρασμένη οικογένεια.

Στην οικογενειακή λοιπόν προσέγγιση, οι φάσεις στον εξελικτικό κύκλο της ζωής της οικογένειας την στιγμή που αυτή έρχεται για θεραπεία είναι ένα σημαντικό στοιχείο στο σχεδιασμό του προγράμματος της θεραπείας. Συχνά μπορεί να υπάρχουν περισσότερες εξελικτικές φάσεις της ζωής στην ίδια οικογένεια, που επιδρούν σημαντικά στην δυναμική της θεραπείας.

Επίσης στην οικογενειακή προσέγγιση απαιτείται σύμφωνα με τον Dimitrijevic (1989) η κατανόηση των δυναμικών της οικογένειας, των επικοινωνιακών της πλαισίων, των χαρακτηριστικών των επιδράσεων των προηγούμενων γενεών στις δεδομένες καταστάσεις της οικογένειας κ.ά. Σημαντικό επίσης είναι να δούμε γιατί η οικογένεια έρχεται τώρα για θεραπεία, τι είναι εκείνο που επέδρασε στην αποσταθεροποίηση της οικογενειακής ομοιόστασης.

Μερικά σημαντικά ακόμη για τη θεραπεία στοιχεία που προσθέτει ο Dimitrijevic (1989) είναι οι αντιδράσεις των μελών της οικογένειας και η προσαρμογή στην εξέλιξη της θεραπείας, τα συμπτώματα και η λειτουργία των άλλων μελών, η εκτίμηση εκπλήρωσης των θεραπευτικών σκοπών και η πρόγνωση της περαιτέρω εξέλιξης της οικογένειας.

Σύμφωνα με την Leikin (1986) ακόμη κι αν ο αλκοολικός αρνηθεί τη θεραπεία, η οικογένεια μπορεί και να τη θέλει και να τη χρειάζεται. Συχνά η αποθεραπεία της οικογένειας μπορεί τελικά προκαλέσει έναν αλκοολικό να αρχίσει κι αυτός θεραπεία. Όταν η οικογένεια αρχίζει να αλλάζει τα υπάρχοντα πρότυπα, η ισορροπία της διασπάται, πράγμα που μπορεί να προκαλέσει τον αλκοολικό να δράσει.

Συνεχίζοντας η Leikin (1986) υποστηρίζει ότι η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει εκπαίδευση σχετικά με την ασθένεια, έτσι ώστε τα μέλη της οικογένειας να μπορούν να απαλλαγούν από την ενοχή, με το θυμό και την μνησικακία. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν επίσης να βοηθηθούν να απομακρύνουν το ενδιαφέρον τους από τον αλκοολισμό, ούτως ώστε να μπορέσουν να αποκτήσουν τη δική τους αυτοεκτίμηση και παραγωγικότητα. Μπορούν να διδαχθούν στρατηγικές αντιμετώπισης για να ελαχιστοποιήσουν περαιτέρω καταστροφή και χάος. Συχνά οικογένειες έχουν απομακρυνθεί λόγω ντροπής.

#### 4.2.2. Η αναγκαιότητα εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης των εξαρτητικών συμπεριφορών

Μερικά στοιχεία ενδεικτικά της έκτασης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Το πρόβλημα της χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών στην χώρα μας εμφανίζει μία συνεχώς αυξανόμενη τάση. Τα στοιχεία από τις έρευνες παρακολούθησης της εξέλιξης του φαινομένου φανερώνουν μία ανοδική πορεία από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Την τελευταία 5ετία φαίνεται ότι ο ρυθμός της χρήσης, ιδιαίτερα της κάνναβης, έχει εξαιρετικά επιταχυνθεί.(ΕΚΤΠΕΝ-1998)

Τα επίπεδα χρήσης προσεγγίζουν αυτά των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Το ανδρικό φύλο κρατάει τα σκήπτρα στη χρήση ναρκωτικών, αν και ο ρυθμός της χρήσης την τελευταία δεκαπενταετία είναι σχεδόν εξαπλάσιος για τις γυναίκες.

Η κάνναβη είναι η πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία και χρησιμοποιείται από όλους σχεδόν όσους κάνουν χρήση και άλλων παράνομων ουσιών. Στους μαθητές η χρήση κάνναβης έχει υπερδιπλασιαστεί τα 5 χρόνια (1993-1998). Σε μαθητές 17-18 ετών, 1 στα 3 αγόρια (ποσοστό 27,7%) και περισσότερα από 1 στα 10 δέκα κορίτσια (ποσοστό 15,5%) έχουν δοκιμάσει ή κάνουν συστηματικότερη χρήση κάνναβης.

Νέες ουσίες όπως η "έκσταση" και τα άλλα συνθετικά ναρκωτικά έχουν

κάνει την εμφάνισή τους. Η "έκσταση" εμφανίζει ένα ποσοστό χρήσης 3,1% στους μαθητές και το LSD ποσοστό 2,9%. Οι ουσίες αυτές εμφανίζουν αύξηση σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Παρατηρείται μεγάλη διάδοση της χρήσης νόμιμων πτητικών ή εισπνεόμενων ουσιών (βενζίνη, κόλλες κ.λ.π). Δύο στα 10 αγόρια (ποσοστό 18,2%) και 1 στα 10 κορίτσια (ποσοστό 9,7%) κάνουν χρήση τέτοιων ουσιών.(ΕΚΤΠΕΝ-1998)

Αύξηση εντοπίζεται και στη χρήση αναβολικών ουσιών (ποσοστό 6,4% στα αγόρια και 3,2% στα κορίτσια). Το φαινόμενο της πολλαπλής χρήσης είναι αρκετά διαδεδομένο με διαφορετικού τύπου ναρκωτικών και νόμιμων ουσιών.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η χρήση ουσιών όπως της κάνναβης, αλκοόλ, συνθετικών ναρκωτικών (αμφεταμίνες, "έκσταση", LSD) συνδέονται με τη νυχτερινή διασκέδαση των νέων. Η χρήση καπνού είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη. Το 35% των μαθητών (17-18 χρόνων) καπνίζει συστηματικά. Επίσης ιδιαίτερο πρόβλημα παρατηρείται και στο αλκοόλ όπου το 16% των αγοριών κάνει συχνή χρήση και το 8,6% αντίστοιχα των κοριτσιών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών συμβαδίζουν και η βαρύτητα μάλιστα της παράνομης χρήσης φαίνεται να συμβαδίζει με τη βαρύτητα της χρήσης αλκοόλ και καπνού, πολλαπλασιάζοντας τη βλαβερή συνέπεια στην υγεία των χρηστών. (ΕΤΕΠΝ-1998).

#### Απόψεις για την ανάπτυξη του προβλήματος

Η έρευνα σήμερα στον τομέα της χρήσης των ναρκωτικών και των αιτιολογικών παραγόντων έχει καταδείξει πως πρόκειται για ένα φαινόμενο με πολυαιτιολογική προέλευση. Υπάρχει μία πορεία που ξεκινά για πολλούς λόγους από τον πειραματισμό και την απλή περιστασιακή χρήση ουσιών και προχωρά για κάποιους συγκεκριμένους λόγους στη κατάχρηση και την εξάρτηση. Μία πορεία διαχρονική. Μία πορεία όπου κάποιος σε κάποιες συνθήκες συναντάται με την ουσία, μπορεί να την απορρίψει, μπορεί να κάνει χρήση για κάποιο διάστημα αλλά και μπορεί η ουσία να αποκτήσει μία

ουσιαστική σημασία, κάποιο νόημα ζωής γι' αυτόν, να εξαρτηθεί από την ουσία. Για άλλους λόγους μπορεί να γίνει η έναρξη και για άλλους λόγους να υπάρξει η συνέχεια. Αδύνατο να γνωρίζουμε ποιοί από αυτούς που ανήκουν στην αρχική φάση, θα προχωρήσουν και θα αποτελέσουν το ποσοστό των εξαρτημένων νέων. (Λιάππας, 1992)

### Απόψεις για την αιτιοπαθονένεια της εξάρτησης

Σύμφωνα με τον Λιάππα (1992) η πορεία που οδηγεί στην ουσιοεξάρτηση είναι μία διαδικασία όπου ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο. Εκτενέστερα αναφέρει ότι:

#### - Ατομικοί Παράγοντες

1. Γενετικοί Παράγοντες: Οι έρευνες για το ρόλο της κληρονομικότητας βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, χωρίς να υπάρχουν ακόμη αποδείξεις παρά του ότι υπάρχουν ενδείξεις κυρίως για τον αλκοολισμό.

2. Μαθησιακοί Παράγοντες: Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με τις πρώιμες μαθησιακές εμπειρίες σε φάσεις της ζωής όπου διαμορφώθηκε μία συμπεριφορά που ευνοεί την πορεία προς την εξάρτηση.

#### 3. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

##### α) Οικογένεια

Ο ρόλος της οικογένειας είναι σημαντικός. Η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια και η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση συνδέονται με ανάπτυξη αντικοινωνικής ή δυσλειτουργικής κοινωνικής συμπεριφοράς.

β) Προσωπικότητα: Συναισθηματικού τύπου προβλήματα που προέρχονται από την προσωπικότητα "ιδιοσυστασία" του ατόμου φαίνεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην μελλοντική πιθανή ουσιοεξάρτηση.

γ) Ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον – Συναναστροφές: Η χρήση ουσιών αρχίζει συνήθως στην εφηβεία. Τα χαρακτηριστικά του εφήβου σε αυτή τη φάση της ζωής του διευκολύνουν τη χρήση ουσιών αν μάλιστα βρίσκεται σε

παρέες που ήδη έχουν δημιουργήσει ένα θετικό περιβάλλον.

δ) Κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις: Τα επικρατούντα πολιτισμικά δεδομένα και στο βαθμό που αυτά ευνοούν ή αποθαρρύνουν την χρήση κατέχουν ένα σημαντικό ρόλο στον καθορισμό απόψεων και εξαρτητικών συμπεριφορών.

Απόψεις για την ανοδική αύξηση της απλής χρήσης

Για τους ανθρώπους που εργάζονται στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης, έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να σταθούμε στις αιτίες που κάποιος νέος αρχίζει να πειραματίζεται με τις ουσίες. Είναι γνωστό ότι η πρωτογενής πρόληψη έχει ως στόχο οι νέοι να μην αρχίζουν να κάνουν χρήση ουσιών.

Η έρευνα έχει δείξει ότι οι αιτίες της εκκίνησης της χρήσης είναι πολλές. Υπάρχουν κοινωνικοί παράγοντες (κοινωνικές αξίες και στάσεις, διαθεσιμότητα ουσιών, επίδραση της διαφήμισης και των μέσων μαζικής ενημέρωσης). Οι νέοι φαίνεται ότι επηρεάζονται και υιοθετούν νέα πρότυπα συμπεριφοράς όπως προβάλλονται όχι μόνο εθνικά αλλά και διεθνώς λόγω της καλύτερης επικοινωνίας. Τα πρότυπα αυτά ενθαρρύνονται από την έμμεση διαφήμιση όπως γίνεται τελευταία με την κάνναβη, π.χ. στον τομέα των κινδύνων από την κάνναβη στην έρευνα του 1998 οι νέοι σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από την έρευνα του 1999 πιστεύουν ότι η κάνναβη είναι ακίνδυνη ή λίγο επικίνδυνη.

Η αύξηση της διαθεσιμότητας συμβάλλει στην αύξηση της χρήσης. Το 1998 οι νέοι σε ποσοστό 84% θεωρούν εύκολο να βρουν κάνναβη ενώ το 1989 το ποσοστό αυτό ήταν 50%. Υπάρχουν περιβαλλοντικοί παράγοντες (χρήση ουσιών από φίλους ή μέλη οικογένειας), οικογενειακοί (επικοινωνία στην οικογένεια, διαπαιδαγώγηση, ψυχοπαθολογία) αλλά και ατομικοί (στάσεις, συμπεριφορές, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, ψυχοπαθολογία).

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες διαπλέκονται με άλλη βαρύτητα καθορίζοντας την δοκιμή, τη συνέχιση, την κατάχρηση, τη διακοπή της χρήσης ή της εξάρτησης (Κοκκέβη Α., 1992).

Η αντιμετώπιση του προβλήματος

Την πλέον καίρια ίσως θέση στην αντιμετώπιση του οξυνόμενου

προβλήματος καταλαμβάνει η πολιτική μείωσης της ζήτησης που φαίνεται να είναι και η περισσότερο υποσχόμενη. Οι παρεμβάσεις για τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών στοχεύουν στην μείωση της χρήσης και στη μείωση των βλαβερών συνεπειών της.

Στα πλαίσια αυτά αναπτύσσονται τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης. Η πρόληψη είναι πιο αποτελεσματική όταν οργανώνεται σε τοπικό επίπεδο. Η πρόληψη αφορά όλες τις ομάδες, όλο τον κοινωνικό ιστό της τοπικής κοινότητας. Μέχρι σήμερα σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα τα σχολικά προγράμματα αποτελούν την πρωτοπορεία και τον πυρήνα της πρόληψης.( ΕΚΤΕΠΝ 1997).



## Ο Ευρωπαϊκός Χάρτης για το Αλκοόλ – 10 στρατηγικές για δράση.

1. Ενημέρωση του κοινού για τις επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στην υγεία, στην οικογένεια και στην κοινωνία, και για τα αποτελεσματικά μέτρα που μπορεί να παρθούν για πρόληψη ή ελαχιστοποίηση της βλάβης, οικοδομώντας πλατιά εκπαιδευτικά προγράμματα που θα ξεκινούν από την πρώιμη παιδική ηλικία.
2. Προώθηση δημόσιου, εργασιακού και ιδιωτικού περιβάλλοντος που θα προστατεύεται από τ' ατυχήματα, τη βία και τις άλλες αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ.
3. Καθιέρωση κι εφαρμογή νόμων που αποθαρρύνουν την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ.
4. Προαγωγή της υγείας με έλεγχο της διαθεσιμότητας (στους νέους για παράδειγμα) και της τιμής των αλκοολούχων ποτών (π.χ. με τη φορολογία).
5. Εφαρμογή αυστηρών ελέγχων, όπως οι περιορισμοί ή οι απαγορεύσεις που υπάρχουν σε μερικές χώρες, της άμεσης ή έμμεσης διαφήμισης αλκοολούχων ποτών, και διασφάλιση ότι καμία μορφή διαφήμισης, π.χ. η άμεση ή έμμεση σύνδεση του αλκοόλ με τον αθλητισμό, δεν απευθύνεται σε νέους.
6. Εξασφάλιση της πρόσβασης σε αποτελεσματικές υπηρεσίες θεραπείας και α- 4-ποκατάστασης, με καταρτισμένο προσωπικό, για τα άτομα με επικίνδυνη ή βλαβερή κατανάλωση αλκοόλ και για τις οικογένειες τους.
7. Καλλιέργεια της συναίσθησης της ηθικής και νομικής ευθύνης αυτών που προωθούν στην αγορά ή σερβίρουν αλκοολούχα ποτά, διασφάλιση αυστηρού ελέγχου της ασφάλειας των προϊόντων, κι εφαρμογή κατάλληλων μέτρων κατά της παράνομης παραγωγής και πώλησης.
8. Ενίσχυση της ικανότητας της κοινωνίας ν' αντιμετωπίζει το πρόβλημα του αλκοόλ μέσω της κατάρτισης των επαγγελματιών πολλών τομέων, όπως της υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας, της εκπαίδευσης και της δικαιοσύνης, παράλληλα με την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και ηγεσίας.
9. Υποστήριξη μη κυβερνητικών οργανώσεων και κινήσεων αυτοβοήθειας που προάγουν υγιεινό τρόπο ζωής, ιδιαίτερα αυτών που στοχεύουν στην πρόληψη ή τη μείωση των βλαβερών συνεπειών που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ.
10. Διαμόρφωση πλατιών προγραμμάτων από τα Κράτη Μέλη, παίρνοντας υπόψη τον ευρωπαϊκό τούτο χάρτη για το αλκοόλ· καθορισμός ξεκάθαρων στόχων και δεικτών έκβασης· παρακολούθηση της προόδου" και διασφάλιση περιοδικού εκ- συγχρονισμού του προγράμματος που να βασίζεται σε αποτίμηση.

ΠΗΓΗ: Αλκοόλ: λιγότερο είναι καλύτερα (Atooho/ - tess /s better. Copenhagen, WHO Regional Office (or Europe, 1996· WHO Regional Publications, European Series, No. 70).

(Συμβουλευτικός Σταθμός ΛΑΡΙΣΑΣ)

### 4.3. Οι ιδιαιτερότητες της συστημικής θεραπευτικής προσέγγισης σε αλκοόλ-εξαρτημένα άτομα

Η συστημική αντίληψη δεν βλέπει τον εξαρτημένο άνθρωπο σαν «άρρωστο» με την κλασική συνήθη έννοια, αλλά σαν μια ψυχο-διανοητικο-σωματική οντότητα με όλες τις αλληλενέργειες και διεργασίες που συντελούν στον ευρύτερο χώρο, οικογενειακό, εργασιακό, κοινωνικό. Έτσι ο στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης δεν είναι ξέχωρα και μόνο στον χρήστη αλλά σ' όλο το οικογενειακό σύστημα, αφού σύμφωνα με την συστημική θεωρία:

1<sup>ο</sup> το όλον, η μορφή που μας παρουσιάζεται ένα σύστημα και που είναι προϊόν δυναμικών αλληλεπιδράσεων των στοιχείων που το απαρτίζουν, είναι κάτι άλλο, από το απλό άθροισμα των επιμέρους στοιχείων του και μάλιστα κάτι περισσότερο.

2<sup>ο</sup> Κάθε μέρος γίνεται καλύτερα κατανοητό στην συνάφεια του με την όλη δομή και λειτουργία του συστήματος.

3<sup>ο</sup> Κάθε αλλαγή ενός μέρους επηρεάζει αναπόφευκτα όλα τα άλλα μέρη του συστήματος. (Γρηγορίου Γ.-Ψυχίατρος –Καθηγητής Α.Π.Θ.,- Κέντρο Πρόληψης Νηρέας, 2004).

Παρόλο που οι περισσότεροι θεραπευτές στο πεδίο των εξαρτήσεων, έβλεπαν τον σημαντικό ρόλο που είχαν τα πρόσωπα που ζούσαν με τον εξαρτημένο, τόσο από πλευράς εξέλιξης, όσο και από πλευράς διαιώνισης του προβλήματος, το πλαίσιο παρέμβασης τους ήταν στον χρήστη. Οι οικογενειακοί θεραπευτές άρχισαν πολύ αργότερα να ενδιαφέρονται και για οικογένειες με προβλήματα εξάρτησης.

Ιστορικά, φαίνεται αυτό να εξηγείται με την είσοδο της εξάρτησης στο ιατρικό μοντέλο. Πράγμα που ήταν βέβαια αναγκαίο, να χαρακτηρισθούν δηλαδή οι εξαρτήσεις σαν «ασθένειες» και έτσι να μπουν στο προστατευτικό σύστημα της ιατρικής, και να μην είναι έρμαιο των διαφόρων χαρακτηρισμών που τους στιγματίζουν και τους τοποθετούσαν σε ποινικά, αντικοινωνικά, κακοποιά πλαίσια.

Ήταν το πρώτο βήμα ακόμη και για την οικογένεια, που άρχισε τότε να βλέπει το πρόβλημα σαν ασθένεια, με αποτέλεσμα να κοιτάζει να βρει τρόπους θεραπείας του μέλους της που έδειχνε εξάρτηση, είτε με αλκοόλ, είτε με φάρμακα, είτε με παράνομες τοξικές ουσίες.(Γρηγορίου Γ.,2004)

Από την άλλη πλευρά στένευε το πλαίσιο παρατήρησης και επικεντρωνόταν η προσοχή στο άτομο «στον ασθενή» και η «πάθηση» του σαν ιδιαίτερη πια νοσολογική οντότητα, θα έπρεπε σύμφωνα με το βιοιατρικό μοντέλο να έχει αιτίες, πορεία, διαγνωστικά κριτήρια, συμπτώματα, ορισμένη θεραπεία και πρόγνωση όπως και οι άλλες νοσολογικές ασθένειες όπως φυματίωση, η πνευμονία.

Επηρεασμένοι και οι οικογενειακοί θεραπευτές, άργησαν να εκδηλώσουν ενδιαφέρον για τις οικογένειες με εξαρτημένο μέλος, πιστεύοντας ότι οι σωματικές διαταραχές στην εξάρτηση, είναι τόσο πολύ σοβαρές που θα πρέπει να έχουν μια καθαρή ιατρική αντιμετώπιση. (Γρηγορίου Γ., 2004)

Ήδη τώρα η παγκόσμια εμπειρία στον τομέα των εξαρτήσεων αλλά και σε άλλους τομείς τείνει να αλλάξει το πλαίσιο παρατήρησης και παρέμβασης «άτομο» στο πλαίσιο παρατήρησης «οικογένεια, οικογενειακό σύστημα».

Και αυτό, γιατί το σύμπτωμα της εξάρτησης, είτε από το αλκοόλ, είτε από φάρμακα, είτε από ναρκωτικά ή άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες, φαίνεται να είναι στενά συνδεδεμένο με την συμπεριφορά όχι μόνο του χρήστη, αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας, φαίνεται δηλαδή να μην είναι ξεκομμένο με την πολυπλοκότητα των σχέσεων και συμπεριφορών μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Κατά τον Bowen η αλκοόλ-εξάρτηση φαίνεται να είναι η έκφραση μιας βαθύτερης προβληματικής της οικογένειας, που κατά την επεξεργασία της δημιουργείται το σύμπτωμα αλκοολισμός σαν ένα παραπροϊόν της διαδικασίας.

Ο Γρηγορίου Γ. σχολιάζει ότι ίσως, και γιατί όχι να μην είναι επιλεγμένη «λύση» κάποιου βαθύτερου προβλήματος και όχι το πρόβλημα. Ίσως να είναι για την οικογένεια λιγότερο επώδυνο να έχουν κάποιον με το σύμπτωμα της εξάρτησης, παρά να δουν ένα πρόβλημα, που θα ήταν (στις φαντασιώσεις τους τις περισσότερες φορές), πολύ πιο επώδυνο γι' αυτούς απ' ότι μια διαταραγμένη συμπεριφορά που την έχουν ήδη συνηθίσει, που την γνωρίζουν, που δεν την φοβούνται τόσο, όσο το άλλο το άγνωστο, που αν έρθει, ίσως είναι κάτι που απειλεί ακόμη και αυτό το ίδιο το σύστημα τους. «μη χείρον βέλτιστον» δηλαδή, ένα απατηλό δίλημμα, που κάνει την οικογένεια να δαιμονίζει πρότυπα συμπεριφοράς και επικοινωνίας (pattern) με σκοπό να διατηρήσουν μια σταθερότητα, μια ισορροπία να μείνουν στην «μη αλλαγή».

Έλα όμως που αυτό δεν γίνεται. Το κάθε ζωντανό σύστημα και ακόμη περισσότερο τα κοινωνικά ζωντανά συστήματα, βρίσκονται συνεχώς σε μια διαδικασία αλλαγών και μετασχηματισμού, που ίσως να είναι αυτό, που κάνει τις οικογένειες να ζητούν βοήθεια. Βρίσκονται δηλαδή σε μια συνεχή και αναγκαία διαδικασία αλλαγών για την επιβίωση του συστήματος, έχοντας όμως έναν τρόπο ξεπεράσματος των κρίσεων και των διαφορετικών φάσεων εξέλιξης, που δεν τους εξυπηρετεί πλέον και δημιουργεί δυσλειτουργικές καταστάσεις που τις οδηγούν σε αποφάσεις εξεύρεσης εξωτερικής βοήθειας. Με αμφιθυμία βέβαια. Από την μια θέλουν να απαλλαγούν από το σύμπτωμα, από την άλλη δεν είναι διατεθειμένες να αλλάξουν τίποτα. Απαλλαγή δηλαδή από το σύμπτωμα, χωρίς αλλαγή.

Από συστημικής πλευράς είναι αδύνατο να αλλάξει ένα σύμπτωμα, μια διαταραχή σ' ένα μέρος του συστήματος, χωρίς να υπάρξει και μια συμπληρωματική αλλαγή στο όλο (Steinglass).

Στις οικογένειες με προβλήματα εξάρτησης φαίνεται να ξεχωρίζουν δυο φάσεις. Η «υγρή» (όταν δηλαδή ο εξαρτημένος πίνει) και η «στεγνή» (περίοδος αποχής) ή αλλιώς δυο καταστάσεις επικοινωνίας: πτωμένος-νηφάλιος. (Γρηγορίου Γ., 2004).

Μέσα από αυτή την κυκλική εναλλαγή και την μετάβαση από την μια φάση στην άλλη, η κάθε οικογένεια δείχνει μια συμπεριφορά, που ενδεχόμενα έχει ξαναδείξει εξισσοροπιστικούς μηχανισμούς στην οικογένεια, όπως το να βρεθεί ο αποδιοπομπαίος τράγος, πάνω στον οποίο θα προβληθούν όλα τα συναισθήματα ενοχής και οι εχθρικές παρορμήσεις ή να διακοπεί η συναισθηματική επικοινωνία με σκοπό να μειωθεί τα άγχος ή να ελαττωθούν οι εντάσεις με μια συμπεριφορά (κατάσταση μέθης) που είναι μια σταθερή και προβλεπόμενη από τα υπόλοιπα μέλη συμπεριφορά, που δεν περικλείει εκπλήξεις. Σ' αυτές τις φάσεις εναλλαγής, η οικογένεια δείχνει μια δυναμική, που η κατανόηση της είναι πολύ βοηθητική για θεραπευτικές παρεμβάσεις με στόχο την αλλαγή.

Η δυναμική της εξάρτησης σ' ένα οικογενειακό σύστημα φαίνεται να αποτελεί «λύση» σε διάφορα επίπεδα ταυτόχρονα. Μπορεί να ρυθμίζει την ενδοοικογενειακή απόσταση/ πλησίασμα ή την εξω-οικογενειακή απόσταση/ πλησίασμα. Μπορεί να ρυθμίζει τα σχήματα επικοινωνίας και τις κατανομές των ρόλων, όχι μόνο σε σχέση με τον χρήστη, αλλά και στο επίπεδο του

συνόλου της οικογένειας, καθώς επίσης και να ρυθμίζει σχέσεις ελέγχου ή σχέσεις φροντίδας, τότε, ποιος και πως φροντίζει.

Ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει ότι μέσα λοιπόν από μια ανακύκλωση επιτυχημένων μηχανισμών επανατροφοδότησης, μπορεί το αλκοόλ, η πόση, να πάρει μια πολύ σημαντική θέση στην εξισορροπιστική παρακαταθήκη ενός οικογενειακού συστήματος με το περιβάλλον του. Σ' αυτήν την περίπτωση, η οποιαδήποτε παρέμβαση που θα στόχευε άμεσα στην αποχή από το αλκοόλ, θα 'ταν εκ των προτέρων αποτυχημένη.

Σκοπός της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας, δεν είναι μόνο η αποχή από το αλκοόλ, αλλά και η υιοθέτηση από την οικογένεια ενός διαντιδραστικού προτύπου, που στο μέλλον αποδυναμώνει και παραμερίζει το σύμπτωμα αλκοολισμός, που πριν ήταν η κεντρική οργανωτική αρχή του οικογενειακού συστήματος.(Γρηγορίου Γ., 2004)

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν, (με διαφορετικές τεχνικές ανάλογα των σχολών) να διεγείρουν την οικογένεια να ψάξει ποικιλία εναλλακτικών λύσεων αντί της συμπτωματικής που έχει υιοθετήσει και να βρει μια ασυμπτωματική εναλλακτική λύση που την ταιριάζει περισσότερο.

Έτσι μπορούμε να πούμε ότι η δραστηριότητα του θεραπευτή είναι προσανατολισμένη στο να πυροδοτήσει μια αλλαγή στο σύστημα πεποιθήσεων της οικογένειας που οδήγησαν στην δυσλειτουργία.

Η οικογενειακή θεραπεία σε οικογένειες με πρόβλημα εξάρτησης, δεν είναι μια θεραπεία προς τον χρήστη με την συμβολή ενδεχομένως και των άλλων μελών της οικογένειας, αλλά θεραπεία αυτής όλης της οικογένειας ή του ζευγαριού που σαν μια ενότητα, σαν ένα σύστημα θεωρείται δυσλειτουργικό.(Γρηγορίου Γ., 2004)

Συστημικοί όπως ο Bowen πιστεύουν ότι σε μια αλλαγή στην συνδιαλλαγή των μελών της οικογένειας μπορεί να εξαφανιστεί η κατάχρηση αλκοόλης ή άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών έστω και αν αυτό δεν αποτελούσε μέρος της θεραπείας. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν στοχεύουν στον ψυχισμό του μεμονωμένου ατόμου, όπως στις άλλες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους αλλά στον τρόπο επικοινωνίας και συνδιαλλαγής των μελών του συστήματος. Ο θεραπευτικός στόχος, δεν είναι επικεντρωμένος στον χρήστη δηλαδή στο να ελαττώσει την ποσότητα που πίνει ή να απέχει τελείως από

αλκοόλ-χρήση, αλλά η απελευθέρωση τέτοιων δυναμικών στην οικογένεια που βοηθούν την εξέλιξη της.

Μέσα από υποθέσεις για το τι ρυθμίζει ενδεχόμενα η αλκοόλ-εξάρτηση στο οικογενειακό σύστημα προσπαθεί να αποκαλύψει τα επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς ή ενδεχόμενους μύθους που ακολουθεί η οικογένεια για να κρατήσει την ισορροπία της και προσπαθεί να βάλει το «φυτίλι» μιας αλλαγής από το ίδιο το σύστημα σ' ένα άλλο επίπεδο ισορροπίας χωρίς το σύμπτωμα και τις δυσλειτουργικές του συνέπειες. Κεντρικός στόχος είναι να αντιληφθεί το σύστημα ότι υπάρχουν και οι άλλοι τρόποι διατήρησης της ισορροπίας, που δεν χρειάζονται απαραίτητα κι έναν άρρωστο.

(Γρηγορίου Γιάννης-ψυχίατρος, 2004).

#### 4.4. Αποκατάσταση από το αλκοόλ και προγράμματα που ήδη υπάρχουν

##### 4.4.1. Βοηθώντας τον αλκοολικό

Πολλοί γιατροί προσφέρουν ελάχιστη βοήθεια στους αλκοολικούς, γιατί πιστεύουν ότι είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να προκληθεί οποιαδήποτε μόνιμη αλλαγή από μια σύντομη συνέντευξη. Έχουν την τάση να παραπέμπουν τους αλκοολικούς ασθενείς στο πλησιέστερο ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα.

Σ' αυτά τα προγράμματα είναι αναμιγμένοι ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικού λειτουργοί, που δίνουν φάρμακα, συμβουλές και υποστήριξη και τα περισσότερα έχουν πρόσβαση στα νοσοκομεία, όπου μπορούν να νοσηλευθούν οι αλκοολικοί, αν χρειαστεί. Στο νοσοκομείο, η καθολική αποχή απ' το πιωτό είναι σχεδόν πάντα κανόνας και η θεραπεία περιλαμβάνει φάρμακα για την καταπολέμηση της αποστέρησης και της κατάθλιψης, ομαδική θεραπεία, η οποία φροντίζει ώστε ο αλκοολικός να βρίσκεται αντιμέτωπος με το πρόβλημα του (που συνήθως αποκαλείται αρρώστια), καθώς και συνεχή ψυχοθεραπεία από ψυχίατρο και ψυχολόγο.(J.Jaffe, P.Peterson, P.Hodgson,1981).

Η συμμετοχή στις ομάδες Ανώνυμων Αλκοολικών (έχουμε ήδη αναφερθεί), κατά τη διάρκεια της θεραπείας μπορεί είτε να ενθαρρύνεται, είτε να είναι υποχρεωτική. Η θεραπεία, συνήθως, διαρκεί επί τέσσερις εβδομάδες ως τρεις μήνες με συνεχιζόμενη βοήθεια στα εξωτερικά ιατρεία αμέσως μετά την έξοδο απ' το νοσοκομείο. Μόνο τώρα τελευταία δοκιμάστηκε η αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης.

Ο Δρ. Γκρίφιθ Έντουαρντς, Δρ. Τζίμ Όρφορντ και οι συνεργάτες τους, στο νοσοκομείο Maudsley του Λονδίνου αποφάσισαν να συγκρίνουν αυτή την εντατική θεραπεία με μια άλλη προσέγγιση, που περιλαμβάνει μια σύντομη επαφή, όπου δίνονται συμβουλές και ενθάρρυνση, ακολουθούμενη από επισκέψεις ενός κοινωνικού λειτουργού. Εκατό αλκοολικοί άντρες χωρίστηκαν τυχαία στις δύο ομάδες «εντατικής θεραπείας» και «συμβουλής». Οι πενήντα είχαν απλώς μια σύντομη επαφή με το νοσοκομείο, ενώ οι υπόλοιποι ακολούθησαν την πιο συνηθισμένη μορφή ψυχοθεραπείας, που περιλάμβανε

και τη λήψη φαρμάκου, το οποίο προκαλεί μια δυσάρεστη αντίδραση, αν ο ασθενής πει αλκοόλ.(J.Jaffe, P.Peterson, P.Hodgson, 1981).

Επί δύο χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας, κατέγραφαν την κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και τα επαγγελματικά, συζυγικά και κοινωνικά προβλήματα. Βρέθηκε ότι δεν υπήρχε καμιά διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες: και οι δύο πήγαιναν αρκετά καλά και τα μισά, περίπου άτομα εξακολουθούσαν να καλυτερεύουν την κοινωνική τους προσαρμογή, ύστερα από δύο χρόνια. Αυτό δεν είναι ένα μεμονωμένο αποτέλεσμα, γιατί τώρα υπάρχουν αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι μια μακρόχρονη περίοδος θεραπευτικής νοσηλείας (από τρεις εβδομάδες μέχρι τρεις μήνες) δεν είναι πιο αποτελεσματική από μια σύντομη περίοδο (τρεις εβδομάδες ή λιγότερο) και ότι όπως και στις μελέτες της εξάρτησης απ' τα οπιοειδή και τον καπνό, πολλές συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν έχουν αποδειχθεί μακροπρόθεσμα, ότι έχουν πιο ουσιαστικά αποτελέσματα απ' ότι θα περίμενε κανείς απ' τη φυσική εξέλιξη των πραγμάτων χωρίς καμιά παρέμβαση (J. Jaffe, R. Peterson, R. Hodgson, 1981).

#### *Μαθαίνοντας την απέχθεια προς το αλκοόλ*

Η θεραπεία της αποστροφής είναι ίσως απ' τις πιο πολύ εφαρμοσμένες τεχνικές και ο στόχος αυτής της μορφής θεραπείας δεν φαίνεται παράλογος. Μια θεραπεία, που θα μπορούσε ν' αντικαταστήσει την κατάσταση ανάγκης για το αλκοόλ μ' ένα αίσθημα αηδίας θα ήταν ευπρόσδεκτη από πολλούς αλκοολικούς, σ' ολόκληρο τον κόσμο.

Η θεραπεία της αποστροφής έχει δύο, κυρίως μορφές: ηλεκτρική και χημική. Στην πρώτη περίπτωση ένα μέτριο ηλεκτρικό σοκ διοχετεύεται είτε απ' τον θεραπευτή, είτε απ' τον ίδιο τον ασθενή την ώρα που συνειδητά σκέφτεται ή ακόμα και καταναλώνει το αγαπημένο του οινοπνευματώδες ποτό. Η χημική αποστροφή επιτυγχάνεται με την παροχή ενός φαρμάκου, που φέρνει στον αλκοολικό ναυτία ή ακόμα και εμετό την ώρα που μυρίζει, γεύεται ή καταπίνει το αλκοόλ.(J.Jaffe, P.Peterson, P.Hodgson,1981).

Σήμερα, υπάρχουν πολλές ισχυρές ενδείξεις, ότι η ηλεκτρική μορφή της αποστροφής δεν είναι αποτελεσματική, αλλά η χημική αυτή μορφή δεν έχει δοκιμαστεί αρκετά. Η εφαρμογή της τεχνικής της αποστροφής, χωρίς να έχει προηγηθεί αρκετή έρευνα, είναι ένα απ' τα σκάνδαλα της εποχής. Παρ' όλο



που υπάρχουν πάνω από 400 αναφορές στην επιστημονική βιβλιογραφία, οι περισσότερες έρευνες πάνω στην χημική αποστροφή είναι τόσο κακής ποιότητας που ακόμα δεν είμαστε σε θέση ν' αποφασίσουμε, αν αυτές οι δυσάρεστες μέθοδοι προσφέρουν καμιά ιδιαίτερη βοήθεια στον αλκοολικό (J. Jaffe, R. Peterson, R.Hodgson, 1981).

### *Δεν είναι όλα τόσο προβληματικά*

Γνωρίζουμε ότι η εντατική θεραπεία δεν οδηγεί πάντα σε καλύτερα αποτελέσματα απ' ότι οι πιο απλές και πιο σύντομες μορφές θεραπείας. Ο αλκοολικός και η οικογένεια του δεν θα πρέπει να περιμένουν θαυματουργές θεραπείες, αλλά οι πιθανότητες να πάνε τα πράγματα καλύτερα είναι αρκετά μεγάλες. Αυτό που δεν είναι βέβαιο, είναι ο βαθμός που η οργανωμένη θεραπευτική παρέμβαση ενισχύει τους άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν μέρος της φυσικής διεργασίας της θεραπείας.

Πολλοί αλκοολικοί έχουν επιτύχει μακροχρόνια αποχή με τη βοήθεια των Ανώνυμων Αλκοολικών. Οι αλκοολικοί και οι ειδικοί πρέπει να μάθουν απ' αυτούς και να επωφεληθούν απ' την εμπειρία τους και την αποφασιστικότητα τους. Η οργάνωση των Ανωνύμων Αλκοολικών είναι δημιούργημα ενός χρηματιστή του Μπίλ Γ., κι ενός γιατρού του Δρ. Μπόμπι. Ιδρύθηκε για πρώτη φορά στο Οχάιο, το 1935. τώρα είναι μια παγκόσμια οργάνωση με περισσότερα από ένα εκατομμύριο ενεργά μέλη. Η διεργασία αυτοβοήθειας των Α.Α. δεν περιλαμβάνει μόνο αμοιβαία υποστήριξη, ταύτιση και κοινές εμπειρίες, αλλά ακόμα «προσαρμογή μέσα απ' τη δέσμευση», έτσι που η αποχή επιτυγχάνεται με την ενεργό συμμετοχή, την παρακολούθηση συγκεντρώσεων, τη βοήθεια προς τους άλλους, την ανάληψη υπεύθυνων θέσεων, τη συμμετοχή στις εκδηλώσεις των Α.Α και πολλά ακόμα (J.Jaffe, P.Peterson, P.Hodgson,1981).

Άλλες μορφές θεραπείας έχουν αναπτυχθεί και δοκιμαστεί συστηματικά. Πολλές απ' αυτές, όπως η εξάσκηση του αυτοελέγχου, των κοινωνικών δεξιοτήτων, της επιβεβαίωσης και της χαλάρωσης, προσπαθούν να διδάξουν στον αλκοολικό, πώς να αντιμετωπίζει τα προσωπικά του προβλήματα. Για παράδειγμα, ο Νέηθαν Άζριν, στο Κρατικό Νοσοκομείο Άννα, των Η.Π.Α. είχε ενθαρρυντικά αποτελέσματα βοηθώντας τους αλκοολικούς να αντεπεξέλθουν στα κοινωνικά, επαγγελματικά και συζυγικά

τους προβλήματα. Η προσέγγιση του Άζριν, που την ονομάζει «ενίσχυση της κοινότητας», έχει σαν στόχο να βοηθήσει τον αλκοολικό να δημιουργήσει στενούς δεσμούς με την κοινότητα, αναπτύσσοντας τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες σε κάθε είδος κοινωνικής συναλλαγής, είτε αυτή είναι συζήτηση, συζυγική σχέση, ή συνέντευξη για μια δουλειά (J.Jaffe, R.Peterson, R.Hodgson, 1981).

#### *Οινοπνευματώδη με μέτρο*

Αρκετές μελέτες μακροχρόνιας παρακολούθησης εντόπισαν, ότι κατά τη διάρκεια καθολικής αποχής, η κοινωνική δραστηριότητα μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά. Μερικοί ερευνητές έχουν αρχίσει να αναρωτιούνται μήπως ορισμένοι αλκοολικοί μπορούν να μάθουν να πίνουν με μέτρο.

Ο Μάρκ και η Λίντα Σόμπελ, στο πανεπιστήμιο Βάντερμπιλτ του Τέννεση, αναφέρουν κάποια επιτυχία με μια μικρή ομάδα όχι πολύ εξαρτημένων αλκοολικών που έμαθαν να πίνουν χωρίς να κάνουν κατάχρηση. Η θεραπεία ήταν προγραμματισμένη ανάλογα με τις προσωπικές ανάγκες του κάθε αλκοολικού, αλλά, συνήθως, ο καθένας έβλεπε σε μαγνητοσκόπηση τον εαυτό του, όταν ήταν μεθυσμένος έτσι, ώστε να κινητοποιηθεί περισσότερο για να θεραπευτεί, γινόταν ανάλυση των καταστάσεων και των εμπειριών που συνδέονται με το υπερβολικό ποτό, προγραμματισμός εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισης και εξάσκηση στο πώς να ελέγχει ο καθένας την ποσότητα που πίνει μέσα σ' ένα περιβάλλον που έμοιαζε με μπαρ και σ' ένα περιβάλλον που έμοιαζε με το σπίτι του. Προφανώς το ελεγχόμενο ποτό είναι στόχος που ταιριάζει σε μερικούς, αλλά όχι σ' όλους τους αλκοολικούς (J. Jaffe, R. Peterson, R. Hodgson, 1981).

#### 4.4.2. Κοινοί παράγοντες στην κατάχρηση των τοξικών ουσιών

Μια από τις πιο ελπιδοφόρες τάσεις στην «περίεργη δουλειά που βοηθά τους ανθρώπους να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους» είναι η δημιουργία μιας σειράς από έννοιες, που έχουν γενική εφαρμογή σε περισσότερες από μια τοξικές ουσίες. Για παράδειγμα, γίνεται όλο και πιο ξεκάθαρο, ότι το κόστος, η διαθεσιμότητα και οι κοινωνικές στάσεις είναι πολύ

σημαντικοί παράγοντες, που επηρεάζουν την κατάχρηση όλων τοξικών ουσιών. Ως ένα σημείο και η κάθε τύπου εξάρτηση από τοξικές ουσίες μπορεί να προληφθεί ή να βελτιωθεί με καλή κοινωνική υποστήριξη έτσι ώστε ένα απ' τα συστατικά της θεραπείας να είναι έμφαση στις συζυγικές και κοινωνικές σχέσεις.

Για τον καπνιστή, τον αλκοολικό και τον ηρωινομανή, η αποχή απ' την τοξική ουσία, για μερικές μέρες ή εβδομάδες, είναι συνήθως, σχετικά εύκολη. Η βασική δυσκολία είναι στο να αποφύγει την υποτροπή. Η υποτροπή στη χρήση του καπνού, του αλκοόλ ή της ηρωίνης συχνά επισπεύδεται από κρίσεις, όπως οι εμπειρίες αποτυχίας, η απελπισία, η κατάθλιψη και ο θυμός. Επιπλέον, η ίδια η παρουσία της τοξικής ουσίας –είτε αυτή είναι καπνός, αλκοόλη, ή ηρωίνη- μπορεί να επιδεινώσει την εμπειρία της «κατάστασης ανάγκης» («λαχτάρας»). Ακόμη υπάρχει η τάση να γίνεται κατάχρηση περισσότερων από μιας τοξικών ουσιών. Για παράδειγμα, οι ηρωινομανείς και οι αλκοολικοί σχεδόν, πάντα, καπνίζουν πάρα πολύ (J. Jaffe, R. Peterson, R. Hodgson, 1981).

→ Στο παραρ-  
τημα ΣΤ  
υπάρχουν οι  
πρωτοπαδέσεις  
για την χρη-  
ση αυτών  
τοξικών  
ουσιών στη  
θεραπεία  
εξάρτησης  
από αλκοόλ  
στηριχίδι.

#### 4.4.3 Τα στάδια και οι διαδικασίες αλλαγής του χρήστη

Στα θεραπευτικά προγράμματα φαίνεται ότι η προσωπική εξέλιξη του χρήστη παίζει βασικό ρόλο στη διαδικασία αλλαγής του. Σε κάθε φάση ζωής του χρήστη το κίνητρο για θεραπεία ποικίλλει. Άλλες φορές το άτομο αισθάνεται τόσο καταπονημένο και φοβισμένο από τις δυσκολίες και τις συνέπειες (στερητικά συμπτώματα ή άλλα κοινωνικά προβλήματα) τις οποίες προκαλεί η χρήση, που επιθυμεί διακαώς τη αποχή, ενώ σε άλλες περιόδους ο ίδιος ο χρήστης μπορεί να αρνείται να εγκαταλείψει τη χρήση, να φοβάται τη στέρηση ή να αισθάνεται περήφανος για τον τρόπο της ζωής του, εκτιμώντας τον εαυτό του ως άτομο έξυπνο, χειριστικό και αντισυμβατικό.

Οι χρήστες κατά τη διάρκεια της «καριέρας» τους βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια επιθυμίας και ετοιμότητας να δεχθούν θεραπευτική βοήθεια. Τα στάδια αυτά ξεκινούν από την απόλυτη άρνηση του προβλήματος και φτάνουν έως την αμετάκλητη απόφαση τους για διακοπή κάθε είδους ουσίας. Ο Raistrick αναφέρει ότι τα στάδια αυτά είναι τέσσερα: α) το στάδιο

άρνησης του προβλήματος, κατά τη διάρκεια του οποίου ο χρήστης δε δέχεται ότι έχει κάποιο ειδικό πρόβλημα, απορρίπτει κάθε πληροφορία και οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια είναι αμφίβολο αν θα έχει κάποιο θετικό αποτέλεσμα. β) το στάδιο αποδοχής του προβλήματος, όπου ο χρήστης αντιλαμβάνεται την κατάσταση του και αρχίζει να σκέφτεται πιθανές λύσεις γ) στη συνέχεια το άτομο περνά στο στάδιο του τερματισμού, όπου αρχίζει να αισθάνεται επιτακτικά την υποχρέωση να προβεί σε πράξεις που σκοπό έχουν τη διακοπή της χρήσης. Συνηθέστατα στο στάδιο αυτό αυτοπειραματίζεται με βραχύχρονες αποχές από την ουσία. δ) τέλος, περιγράφεται το στάδιο διατήρησης της αποχής, κατά το οποίο ο χρήστης προσπαθεί να ενισχύσει και να διατηρήσει σταθερές για μακρό χρόνο τις νεοαποκτημένες συμπεριφορές. Ο χρήστης έχει ποικίλες υποτροπές και παλινδρομήσεις στα διάφορα στάδια με άλλοτε μικρό και άλλοτε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι Prochaska και Diclemente υποστηρίζουν ότι ιδιαίτερα χρήσιμες είναι οι θεραπευτικές τεχνικές που επικεντρώνονται στην αύξηση της εναισθησίας του χρήστη, στην ενίσχυση του και στην εξήγηση της συμπεριφοράς και οι οποίες εφαρμόζονται όταν αυτός βρίσκεται στο στάδιο αποδοχής του προβλήματος του. (Λιάππας Ι., 1992).

#### 4.5. Παράγοντες που διαμορφώνουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα

Τρία φαίνεται να είναι τα βασικά στοιχεία για την έκβαση της θεραπείας: α) το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης, β) τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και γ) τα χαρακτηριστικά του χρήστη.

##### 1) Το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης

Το Drug Abuse Program (DARP) στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής είναι ίσως ένα από τα μεγαλύτερα ερευνητικά προγράμματα για χρήστες που έχουν ποτέ εκπονηθεί.

Την καλύτερη θεραπευτική έκβαση έχουν κατά σειρά: α) οι θεραπευτικές κοινότητες β) τα θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικής βάσης χωρίς συνταγογράφηση φαρμάκων γ) τα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη και δ) οι θεραπευτικές προσεγγίσεις σε εξωτερική βάση, που περιορίζονταν μόνο στη σωματική απεξάρτηση. (Λιάππας Ι., 1992).

##### 2) Η εντατικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης

Στο θέμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης υπάρχουν δύο βασικά ερωτήματα, τα οποία έχουν απασχολήσει αρκετά τους θεραπευτές: α) εάν η οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση έχει καλύτερα αποτελέσματα από τη μη θεραπεία και β) εάν η μικρή θεραπευτική παρέμβαση είναι το ίδιο αποτελεσματική με τα εντατικά και οργανωμένα θεραπευτικά προγράμματα. Στο θέμα του αλκοολισμού φαίνεται ότι είναι πιο ξεκάθαρη η άποψη ότι κάποια θεραπεία είναι καλύτερη από καμία. Οι σύγχρονες επικρατούσες επιστημονικές απόψεις συνοψίζονται στις παρακάτω θέσεις: α) η αποχή από ουσίες είναι πολύ πιθανή τρία χρόνια μετά από την πρώτη χρήση, β) οι νεότεροι χρήστες με μικρό χρονικό διάστημα χρήσης εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αποχή από τους παλιούς χρήστες με μακριές ιστορίες χρήσης και γ) οι χρήστες που βρίσκονται σε συστηματική εντατική θεραπεία εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά αποχή από τις ουσίες. (Λιάππας Ι., 1992).

##### 3) Ο χώρος της θεραπείας

Έχουν γίνει πολλές συζητήσεις για το εάν οι χρήστες είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζονται σε εσωτερική ή εξωτερική βάση. Οι Sells και Simpson υποστηρίζουν ότι για τους συστηματικούς και «σκληρούς» χρήστες οπιοειδών η εσωτερική νοσηλεία έχει καλύτερα αποτελέσματα, ενώ για «ελαφρότερους»

χρήστες η αντιμετώπιση σε εξωτερική βάση είναι το ίδιο αποτελεσματική με την εσωτερική. (Λιάππας Ι., 1992).

#### 4) Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή

Ο θεραπευτής φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Ο Cartwright υποστηρίζει ότι υπάρχει ένας αριθμός χαρακτηριστικών του θεραπευτή, όπως η κατανόηση των συναισθημάτων του θεραπευόμενου, η εμπειρία του θεραπευτή, το αίσθημα υποχρέωσης και τα θετικά συναισθήματα απέναντι στον εαυτό του, στο χρήστη και στη θεραπευτική διαδικασία. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι αποφασισμένος να εργαστεί με αντικειμενικότητα, να μην απορρίπτει χρήστες με χαμηλό κίνητρο για θεραπεία και να είναι προετοιμασμένος για δυσκολίες υποτροπές και αποτυχίες. Γενικά, ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει γνώση, εμπειρία και εκπαίδευση σχετικά με το θεραπευτικό του αντικείμενο και να μην είναι ψυχολόγος ή ψυχίατρος αρκεί να είναι πεπειραμένο άτομο σε παραϊατρικά και μη επαγγέλματα είναι δυνατόν να φανούν πολύ χρήσιμα στην θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. (Λιάππας Ι., 1992).

#### 5) Τα χαρακτηριστικά του χρήστη

Πέρα από τη νεαρή ηλικία του χρήστη, το μικρό διάστημα χρήσης, την απουσία το να πίνει αλκοόλ, το σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον και το χαμηλό δείκτη παράνομων δραστηριοτήτων, φαίνεται να συνδέονται θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τα ουσιοεξαρτημένα άτομα αποτελούν ετερογενή πληθυσμό. Περιγράφονται ως άτομα παρορμητικά που επιζητούν την άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους και που είναι ανέτοιμα να υποστούν το άγχος που επιφέρει η οποιαδήποτε ματαίωση. Κρίσεις αυτού του τύπου δε βοηθούν και θα πρέπει κατά κανόνα να αποφεύγονται από τους θεραπευτές. Αυτά τα άτομα έχουν υποστεί την επίδραση πολιτισμικών και άλλων παραγόντων και καταστάσεων που πολλές φορές είναι πέρα από τις δυνατότητες του ελέγχου τους. Οι χρήστες είναι συχνά φορτισμένοι με συναισθήματα άγχους, ανεπάρκειας, ενοχών και κοινωνικής απομόνωσης. Όλες αυτές οι καταστάσεις τροφοδοτούν το άτομο και ανατροφοδοτούνται από αυτό σ' ένα φαύλο κύκλο, ο οποίος θα πρέπει να διακοπεί. (Λιάππας Ι., 1992).

## Θεραπευτικοί στόχοι

Το βασικό αίτημα είναι η μόνιμη αποχή από τις ουσίες και η κατάκτηση ενός νέου τρόπου ζωής. Το ερώτημα εάν η ολική και συνεχής αποχή είναι εφικτή ή και αναγκαία για όλους τους χρήστες έχει αποτελέσει αντικείμενο διαφωνιών για πολλά χρόνια. Για πολλούς θεραπευτές η πλήρης και μόνιμη αποχή είναι η μόνη αποδεκτή θεραπεία, ενώ η άλλη μερίδα επιστημόνων υποστηρίζει την άποψη της ελεγχόμενης χρήσης. Οι αντιπροσωπευτικότερες μέθοδοι αυτής της αρχής είναι: α) η θεραπεία αποκατάστασης με μεθαδόνη και β) η ελεγχόμενη κατανάλωση οινοπνεύματος από τους χρόνιους πότες. (Λιάππας Ι., 1992).

### 4.5.1. Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα

#### 1. Αλκοολικοί Ανώνυμοι (A.A.)

(Θα αναφερθούμε παρακάτω για τις ομάδες των Ανωνύμων Αλκοολικών).

#### 2. Ξενώνες (Half-way houses)

Βασικός στόχος της δημιουργίας ξενώνων για αλκοολικούς σύμφωνα με τον Donahue (1971), είναι η επανένταξη τους στην κοινότητα μετά από εντατική νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα θεραπευτικά προγράμματα των ξενώνων ποικίλλουν παρόλο που ο κύριος στόχος τους είναι η αποχή από την κατανάλωση του αλκοόλ. Περίπου το 20% των ασθενών που παρακολουθούν προγράμματα ξενώνων συνεχίζουν την αποχή για 6 ή περισσότερους μήνες μετά το πέρας του προγράμματος. Ο Smart (1978) σύγκρινε την αποτελεσματικότητα νοσοκομειακών προγραμμάτων με διάφορα προγράμματα ξενώνων. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δεν έδειξαν διαφορές μεταξύ νοσοκομειακών προγραμμάτων και προγραμμάτων ξενώνων.

Γενικά, το ποσοστό επιτυχίας των προγραμμάτων των ξενώνων (20-60%) δεν διαφέρει από αυτό των άλλων προσεγγίσεων. (Ποταμιάνος Γ., 1987).

#### 3. Κέντρα θεραπείας το αλκοολισμού (Alcohol treatment centres)

Τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού (ΚΘΑ) έχουν την μορφή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και είναι ευρέως διαδεδομένα στις Η.Π.Α. Σε μια πρόσφατη αναφορά σχετικά με τη λειτουργικότητα 396 ΚΘΑ στις ΗΠΑ, ο Boscarino (1980) σχολιάζει, μεταξύ άλλων, ότι κάθε Κέντρο χορηγεί υπηρεσίες σε περισσότερα από 800 άτομα το χρόνο. Τα Κέντρα αυτά προσφέρουν μια ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων (ομάδες ΑΑ, φαρμακοθεραπεία, ομαδική θεραπεία) σε άτομα που παραπέμπονται συνήθως από τα δικαστήρια (22,5%) ή παρακολουθούν το πρόγραμμα εθελοντικά (22%). Τα περισσότερα κέντρα διαθέτουν ερευνητικές μονάδες και στελεχώνονται αποκλειστικά από «ειδικούς συμβούλους» (Alcohol counsellors) ενώ ένας ψυχίατρος (για κάθε τρία κέντρα) έχει τη γενική ευθύνη των δραστηριοτήτων των Κέντρων.

Οι μελέτες που αξιολογούν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα των ΚΘΑ είναι ελάχιστες, αλλά σε σύγκριση με έρευνες άλλων προσεγγίσεων είναι πολύ καλύτερες μεθοδολογικά. Η σχετική έρευνα που θα εξετάσουμε στην προκείμενη περίπτωση είναι αυτή του Armo και των συνεργατών του (1976), που έγινε γνωστή ως το Rand Report. Η έρευνα αυτή που είχε ως βασικό στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ΚΘΑ παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους εξής λόγους: Από πολλούς ειδικούς στον τομέα αξιολόγησης υπηρεσιών θεωρείται η πλέον οργανωμένη (από πλευράς μεθοδολογίας και εκτέλεση) «εκτέλεσης εμβέλειας» έρευνα που έχει εκπονηθεί στην Αμερική τα τελευταία 30 χρόνια. Επίσης, τα σχόλια των συγγραφέων σχετικά με την αποδοχή της ιδέας της κοινωνικής χρήσης του αλκοόλ από πρώην αλκοολικούς, δημιούργησαν σοβαρές αντιδράσεις τόσο από την κοινή γνώμη στις ΗΠΑ όσο και από τα μέλη των επιστημονικών κοινοτήτων των ΗΠΑ και της Μ. Βρετανίας που υποστηρίζουν ότι η αποχή πρέπει να είναι ο μόνος στόχος των θεραπευτικών προγραμμάτων στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού. (Ποταμιάνος Γ., 1987).

Σ' αυτή την τεραστίων διαστάσεων έρευνα μελετήθηκαν δύο δείγματα αλκοολικών ο αριθμός των οποίων ξεπερνούσε τα 8.000 άτομα (δυστυχώς μόνο οι άνδρες αλκοολικοί έλαβαν μέρος στην έρευνα) σε 44 ΚΘΑ από όλη την Αμερική. Σχεδόν το 1/3 όλων των ασθενών που είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους επανεξετάστηκαν 6 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας. Το δείγμα των ασθενών που επανεξετάστηκε μετά την 6μηνη παρακολούθηση



(follow-up) αντιπροσώπευε το 21% του αρχικού δείγματος (δηλαδή 2.339 άτομα). Σύγκριση του επανεξετασθέντος δείγματος με τον αρχικό πληθυσμό της έρευνας σε μια σειρά από μεταβλητές πριν από την έναρξη της θεραπείας δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Η αξιολόγηση των αλκοολικών μετά από την εξάμηνη παρακολούθηση έδειξε ότι 68% του δείγματος παρουσίασε βελτίωση. Απ' αυτούς που παρουσίασαν βελτίωση, το 18% ήταν σε ολική αποχή από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια όλου του εξαμήνου, 38% είχαν αποχή ενός μηνός και 12% έκαναν περιορισμένη χρήση του αλκοόλ (κοινωνικοί πότες). Ένα από τα αποτελέσματα που συζητήθηκε ευρέως σ' αυτό το στάδιο της έρευνας ήταν τα ποσοστά υποτροπής μετά από την 6μηνη παρακολούθηση. Βρέθηκε ότι 17% των ασθενών που ήταν σε ολική αποχή και το 13% των ασθενών που έκαναν περιορισμένη χρήση του αλκοόλ υποτροπίασαν κατά τη διάρκεια της εξάμηνης παρακολούθησης. Όπως ήταν φυσικό, αυτό το εύρημα προβλήθηκε, ως ενδεικτικό στοιχείο, από τους υποστηρικτές της άποψης ότι η αποχή δεν είναι ο μόνος στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Το παραπάνω εύρημα αποτέλεσε σταθμό για να ειρα σειρά αλληλοσυγκρουόμενων δημοσιευμάτων μεταξύ των υποστηρικτών της άποψης που έγινε γνωστή ως «ελεγχόμενη κατανάλωση» (controlled drinking) και αυτών που υποστηρίζουν ότι ο μόνος θεραπευτικός στόχος στην περίπτωση του αλκοολισμού πρέπει να είναι η ολική αποχή. Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι τα ποσοστά βελτίωσης στους 28 μήνες και στα 4 χρόνια διαχρονικής παρακολούθησης ήταν 67% και 46% αντιστοίχως.(Ποταμιάνος Γ.,1987).

#### 4. Κέντρα Άμεσης Παρέμβασης και «Ελεύθερες Κλινικές»

Για χρήστες νεαρής ηλικίας που θεωρούν τους εαυτούς τους ανισυμβατικούς και ανήκουν σε διάφορες ομάδες υποκοουλτούρας, είναι χρήσιμο να υπάρχουν θεραπευτικά κέντρα που να είναι προσαρμοσμένα στον τύπο τους. Το προσωπικό στα κέντρα αυτά έχει ανάλογη εμφάνιση, μιλάει και συμπεριφέρεται με παρόμοιο τρόπο. Ο χρήστης γίνεται εύκολα αποδεκτός και δεν υπάρχουν πολλές διαδικασίες και περιορισμοί για την εισαγωγή του. Βασικές προσφορές των κέντρων αυτών είναι η άμεση βοήθεια για τοξικές αντιδράσεις, απεξάρτηση, στερητικά συμπτώματα, κρίσεις πανικού και

αναδρομικές εμπιώσεις. Τα κέντρα αυτά συνήθως στεγάζονται στους χώρους των επειγόντων περιστατικών των διαφόρων νοσοκομείων. (Λιάππας Ι., 1992).

#### 5. Σταθμοί Γενικής Πληροφόρησης και Παραπομπής

Είναι συνήθως μέρη όπου κάποιος χρήστης με πρόβλημα μπορεί να απευθυνθεί για να πάρει πληροφορίες, οδηγίες ή να παραπεμφθεί μέσω αυτών στο κατάλληλο θεραπευτικό κέντρο. Μερικά από αυτά προσφέρουν και συμβουλευτική βοήθεια από επαγγελματικό προσωπικό που υπάρχει εκεί. Συνήθως είναι στεγασμένα σε διαμερίσματα, σπίτια και γραφεία στο κέντρο της πόλης ή σε νοσοκομεία, εκκλησίες και σχολεία (Λιάππας Ι., 1992).

#### 6. Ανοιχτές Τηλεφωνικές Γραμμές Άμεσης Υποστήριξης

Τηλεφωνικά κέντρα αυτού του τύπου είναι ευρύτατα διαδεδομένα και παρέχουν βοήθεια όλο το 24ωρο σε άτομα που έχουν πρόβλημα και δεν μπορούν να περιμένουν.

Σε πολλές περιπτώσεις το προσωπικό αποτελούν εθελοντές εκπαιδευμένοι για το σκοπό αυτό. Τα τηλέφωνα αυτά μπορούν να είναι εγκατεστημένα οπουδήποτε, όπως σε νοσοκομεία, σε γραφεία, σε σπίτια ή και σε εκκλησίες. Συνήθως εργάζονται με κέντρα που έχουν επαγγελματικό προσωπικό. (Λιάππας Ι., 1992)

#### 7. Συμβουλευτικοί Σταθμοί

Είναι πιο οργανωμένα κέντρα και συνήθως προσφέρουν συστηματικότερη βοήθεια από τα προηγούμενα. Οι δραστηριότητες τους είναι ατομική ή ομαδικού τύπου συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και βοηθούν παρεμβαίνοντας σε προβλήματα χρήσης ουσιών, σχέσεων, εργασίας και οικογένειας. Οι σταθμοί αυτοί είτε έχουν επαγγελματικό προσωπικό ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και ατόμων για επαγγελματικό προσανατολισμό είτε χρησιμοποιούν προσωπικό αυτών των ειδικοτήτων από άλλη υπηρεσία με την οποία είναι συνδεδεμένοι. Οι σταθμοί αυτοί υπάρχουν αυτόνομα ή είναι εγκατεστημένοι σε νοσοκομεία και αποτελούν μέρος της λειτουργίας τους.

Ο Λιάππας Ι. (1992) συνεχίζει με τα υπόλοιπα είδη θεραπευτικών προσεγγίσεων που είναι τα: κέντρα ημέρας, οι ξενώνες και οι ειδικές ιατρικές υπηρεσίες.

#### 8. Κέντρα Ημέρας

Είναι υπηρεσίες διαρθρωμένες και οργανωμένες έτσι ώστε χρήστες νεαρής ηλικίας να περνούν το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας εκεί. Συνήθως προσφέρουν ότι και οι συμβουλευτικοί σταθμοί και υπάρχει μέριμνα ώστε οι νεαροί χρήστες να μην έρχονται σε επαφή με τους παλιούς «σκληρούς» χρήστες.

#### 9. Ξενώνες- Ημιπροστατευμένα Σπίτια- Σπίτια στην Κοινότητα

Οι υπηρεσίες αυτές βοηθούν συστηματικά τους νεαρους χρήστες οι οποίοι για διάφορους λόγους δεν μπορούν να ζήσουν με την οικογένεια τους ή δεν έχουν κατοικία. Στις περιπτώσεις που οι υπηρεσίες αυτές δεν είναι σωστά σχεδιασμένες και δεν υπάρχει επαρκής επίβλεψη, γίνονται κέντρα διακίνησης ουσιών αναμειγνύοντας καινούριους χρήστες με παλιούς, σκληρούς και βαριά διαταραγμένους χρήστες.

#### 10. Ειδικές Ιατρικές Υπηρεσίες

Αποτελούν εξειδικευμένες ιατρικές μονάδες εσωτερικής ή εξωτερικής νοσηλείας, οι οποίες αντιμετωπίζουν σε βραχυπρόθεσμη βάση ποικίλα προβλήματα που πηγάζουν από τη χρήση ουσιών, όπως σωματικά και ψυχολογικά στερητικά συμπτώματα, τοξικές καταστάσεις από υπερδοσολογία, αντιδράσεις πανικού, ψυχωσικού τύπου αντιδράσεις από χρήση ουσιών, ουσιών, τραύματα, μολύνσεις από ενέσεις, «κακά ταξίδια» από χρήση ψυχεδελικών ουσιών και γενικότερα ένα μεγάλο φάσμα προβλημάτων σχετικών με χρήση, τα οποία θα τρώμαζαν ένα μη εξειδικευμένο προσωπικό.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αυξημένη τάση για ίδρυση νοσηλευτικών μονάδων που αντιμετωπίζουν θεραπευτικά χρήστες οινόπνευματος και χρήστες ουσιών στον ίδιο χώρο.

#### 4.5.2. Θεραπευτικές προτάσεις

Παρά το γεγονός των συχνών υποτροπών και πέρα των πολλών και ποικίλης θεωρητικής κατεύθυνσης θεραπευτικών μεθόδων, η σταθερή και χρονικά επαρκής παρουσία του θεραπευτή ή της θεραπευτικής ομάδας παραμένει ουσιώδης στην αντιμετώπιση των ιατρικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Οι, διαφόρων στόχων και ιδεολογιών, αντιαλκοολικές εκστρατείες στο κοινωνικό πεδίο-όσο και αν συνεισφέρουν- δεν μπορεί να είναι λυσιτελείς. (Καραβάτος Αθ., 1988).

Οι ακόλουθες προτάσεις αποτελούν ελάχιστη εισαγωγή σε ένα πολύπλευρο, εκτεταμένο και συχνά με πλήθος ερωτήματα και αντιφάσεις θέμα, (Ades 1984).

1) Η παθολογική μέθη, όπως σε προχωρημένο στάδιο και η κοινή, αποτελεί ιατρικό κυρίως επείγον. Η αλκοολική ψευδαισθήτωση και το οξύ τρομώδες παραλήρημα, ψυχιατρικό κυρίως επείγον. Απαιτούνται: ενυδάτωση, ηλεκτρολυτική κάλυψη, καρδιοαγγειακή υποστήριξη, βιταμινοθεραπεία και ψυχοφαρμακοθεραπεία. Τα χρόνια αλκοολικά παραληρήματα και οι αλκοολικές εγκεφαλοπάθειες απαιτούν εξίσου ιατρική και ψυχιατρική, αλλά όχι πάντοτε επείγουσα, θεραπευτική δράση. (Καραβάτος Αθ., 1988).

2) Ιδιαίτερη σημασία ενέχει η θεραπευτική προσέγγιση της χρόνιας αλκοολικής συμπεριφοράς. Οι επανειλημμένες, πρόσκαιρες, θεραπευτικές απόπειρες δεν είναι μάταιες. Απομακρύνουν κατά το δυνατόν, την έλευση των βαρύτερων οργανικών διαταραχών που οδηγούν στην άνοια ή/ και τον θάνατο. Ο άρρωστος θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η επιθυμητή από τον ίδιο, διέξοδος βρίσκεται στη συντονισμένη ιατρο-ψυχο-κοινωνική αντιμετώπιση του προβλήματος. Ταυτόχρονα όμως ενεδρεύει ο κίνδυνος μιας νέας ψυχολογικής εξάρτησης του από τις θεραπευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες και τα άτομα που τις παρέχουν.

3) Τη θεραπεία (πρέπει να ) αναλαμβάνει εξειδικευμένη θεραπευτική ομάδα σε ειδικά κέντρα εκτός ψυχιατρείου. Ένας χρόνιος αλκοολικός, εντός μιας ψυχιατρικής κλινικής, ξεχωρίζει μεταξύ του πλήθους των ψυχικά ασθενών. Είναι ο «φυσιολογικός» που αδυνατεί να επανενταχθεί στο φυσικό του περιβάλλον. Η ψυχολογική του εξάρτηση από το νοσοκομειακό περιβάλλον αυξάνει διότι διατηρεί μια παιδική στάση έναντι του προσωπικού

και μια στάση ενήλικος έναντι των ψυχωσικών, κυρίως, ασθενών.(Καραβάτος Αθ., 1988).

4) Οι δευτερογενείς αλκοολικές συμπεριφορές απαιτούν απολύτως την ψυχιατρική φροντίδα. Εκτός αυτής, μπορεί να υπάρξει επιδείνωση της ψυχικής κατάστασης, όταν, με μια θεραπεία, αρθούν οι μέσω της κατάχρησης αλκοόλ εγκατεστημένες ισορροπίες.

5) Η διακοπή της χρήσης του αλκοόλ και η διατήρηση, χωρίς προβλήματα, της αποχής αποτελεί βασικό στόχο κάθε θεραπείας. Τίθεται συχνά το ερώτημα της απόλυτης ή μη αποχής. Το ερώτημα δεν επιδέχεται μοναδική απάντηση. Η επίτευξη της διακοπής δεν εξαρτάται μόνο από τον θεραπευτή ή την επάρκεια των θεραπευτικών μέσων. Απαιτείται η ενεργητική, σε όλα τα στάδια, συμμετοχή του αρρώστου.(Καραβάτος Αθ., 1988).

6) Η προστατευμένη αποχή (πρέπει να ) γίνεται σε οργανωμένο κέντρο: προηγείται η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας και υποστηρικτικού τύπου ατομική ή ομαδική ψυχοπαθολογία. Η ψυχοφαρμακολογία, ήδη από αυτό το στάδιο όπως και η οικογενειακή θεραπεία συνεισφέρουν επαρκώς. Η κύρια φάση της θεραπείας αποχής είναι κατά βάση ιατρική-ψυχιατρική: ενυδάτωση, βιταμινοθεραπεία, ψυχοφαρμακοθεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία. Ένας στόχος είναι η αποφυγή στερητικών φαινομένων. Επακολουθεί η ενεργητική μετα-θεραπεία (συνέχιση της ψυχοθεραπείας, ατομική ή ομαδικής, οικογενειακή θεραπεία, ψυχοφαρμακοθεραπεία, διάφορες εργο- ή Αιτ- θεραπείες). Σε εξειδικευμένα κέντρα διαδεδομένη χρήση έχουν οι θεραπείες αποστροφής, δηλαδή η μέσω χορήγησης απομορφίνης ή δισουλφιράμης, εγκατάσταση εξαρτημένου αντανεκλαστικού αποστροφής προς το αλκοόλ.

7) Η εγκατάσταση θεραπευτική σχέσης με τον χρόνιο αλκοολικό είναι καταφανώς δύσκολη. Εντούτοις διευκολύνεται όταν αποφεύγονται στάσεις όπως αυταρχικές απαγορεύσεις που απαιτούν ταυτόχρονα να δοθεί εκ μέρους του αρρώστου μια «υπόσχεση» εγκατάλειψης του αλκοόλ. Συνενοχής και αποφυγής των πραγματικών προβλημάτων. Και οι δύο στάσεις εγκαθιστούν πρόσκαιρες, ψευδείς θεραπευτικές σχέσεις που οδηγούν σε αποτυχία. (Καραβάτος Αθ., 1988).

8) Είναι προφανές ότι τα ανωτέρω αποτελούν σχηματική μόνο παρουσίαση κάποιων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Η τελική επιλογή της

μεθόδου θεραπείας εναπόκειται στον κάθε θεραπευτή. Η μέθοδος οφείλει να είναι και της αποδοχής του χρήστη. Για να υπάρχει έτσι οι στοιχειώδης, όσο και δύσκολη αλλά όχι πάντα ανέφικτη, θεραπευτική προϋπόθεση: η συμμετοχή στη θεραπεία του πασχόντος ατόμου του αλκοολικού.

#### 4.5.3. Αξιολόγηση θεραπευτικών προσεγγίσεων: Μεθοδολογικά προβλήματα

Η συνοπτική παρουσίαση της βιβλιογραφίας που αναφέρεται στην αξιολόγηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων της εξάρτησης από το αλκοόλ μας οδηγεί στα εξής συμπεράσματα:

1. Δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των θεραπευτικών προσεγγίσεων ή/ και ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων στη θεραπεία του αλκοολισμού (Potamianos 1986). Τα ποσοστά βελτίωσης που αναφέρονται σε κάθε προσέγγιση ποικίλλουν μεταξύ 20-60% κατά μέσο όρο. Σύμφωνα με τους Miller & Hester (1986) ο σημαντικότερος παράγοντας που διαφοροποιεί τη νοσοκομειακή από την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη είναι το κόστος και όχι η θεραπευτική προσέγγιση .

2. Τα αποτελέσματα της πλειοψηφίας των σχετικών ερευνών είναι αμφισβητήσιμα παρόλο που δεν θα ήταν δυνατό να υποστηριχτεί ότι τα υπάρχοντα «μοντέλα» θεραπείας του αλκοολισμού είναι αναποτελεσματικά.

3. Η ασάφεια και η αμφισβήτηση που διακρίνει τις μελέτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προσεγγίσεων του αλκοολισμού, εστιάζεται κυρίως στη μεθοδολογία αυτών των ερευνών (δηλαδή σε ανεπάρκειες του σχεδιασμού και της εκτέλεσης των ερευνητικών προγραμμάτων). Εξάλλου, αν λάβουμε υπόψη τη γενικά αποδεκτή άποψη ότι η «μέθοδος φέρνει το αποτέλεσμα» η σχετική αναποτελεσματικότητα που διακρίνει τη θεραπεία του αλκοολισμού δεν προκαλεί έκπληξη.

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνος (1984), τα κυριότερα μεθοδολογικά προβλήματα που διακρίνουν τις έρευνες αξιολόγησης της θεραπείας του αλκοολισμού συνοψίζονται ως εξής:

### 1. Μη ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες

Έχει ήδη τονιστεί ότι η πλειοψηφία των ερευνών που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων του αλκοολισμού είναι μη ελεγχόμενες μελέτες. Δηλαδή δεν περιλαμβάνουν ομάδα ελέγχου η οποία θα επέτρεπε τη σύγκριση με την πειραματική ομάδα. (Η ουσιαστική συμβολή της ομάδας ελέγχου είναι ευνόητη). Αξίζει να τονιστεί επίσης ότι και στις έρευνες που περιλαμβάνουν ομάδα ελέγχου, πολύ συχνά η κατανομή των ασθενών δεν έγινε με τυχαίο τρόπο (randomisation).

### 2. Περιγραφή του δείγματος

Ο Edwards (1975) σχολιάζει, μεταξύ των άλλων, ότι «...ελάχιστοι συγγραφείς έχουν ορίσει τα χαρακτηριστικά των αλκοολικών που μελετούν...». Είναι ευνόητο ότι η λεπτομερής περιγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών, μας δίνει μια καλύτερη εικόνα του πληθυσμού που μελετάμε, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και, πολύ συχνά, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά έχουν προγνωστική αξία. Για παράδειγμα, οι Armo et al (1978) βρήκαν ότι η βελτίωση αριθμού αλκοολικών που παρατηρήθηκε στη μελέτη τους είχε άμεση σχέση με την «κοινωνική σταθερότητα» και την υψηλή «κοινωνικοοικονομική κατάσταση» αυτών των ασθενών. (Ποταμιάνος Γ., 1987).

### 3. Κατάσταση ασθενών πριν τη θεραπεία (pre-treatment status)

Η συνηθισμένη περιγραφή των ασθενών πριν τη χορήγηση θεραπευτικής αγωγής περιορίζεται στα πλαίσια της κατανάλωσης της αλκοόλης και στις οργανικές ή ψυχιατρικές διαταραχές. Επιπρόσθετοι όμως παράμετροι όπως οι κοινωνικές, προσωπικές, οικογενειακές και εργασιακές σχέσεις που συχνά αγνοούνται από τις σχετικές μελέτες έχουν ουσιαστική προσφορά στην αξιολόγηση της θεραπείας του αλκοολισμού.

### 4. Περιγραφή των θεραπευτικών διαδικασιών

Ήδη έχει αναφερθεί, στις επιμέρους αξιολογήσεις των θεραπευτικών προσεγγίσεων, η έλλειψη της περιγραφής των θεραπευτικών διαδικασιών στην πλειοψηφία των ερευνών αξιολόγησης. Η λεπτομερής περιγραφή των θεραπευτικών διαδικασιών (και αν είναι δυνατό, της θεραπευτικής πορείας) φαίνεται απαραίτητη για τους εξής λόγους: Πρώτον, είναι χρήσιμη για τη μελλοντική επανάληψη της μελέτης. Δεύτερον, μπορεί να αποσαφηνίσει πτυχές της θεραπευτικής αγωγής που είναι περισσότερο αποτελεσματικές

από άλλες και τρίτο, μας δίνει την ευκαιρία να ελέγξουμε καλύτερα τις «θεραπευτικές μεταβλητές» και προσφέρει μεγαλύτερη πιθανότητα πρόγνωσης των ασθενών που παρουσιάζουν βελτίωση.

#### 5. Αξιοπιστία ερευνητικών στοιχείων (Data reliability)

Όπως είναι γνωστό, η συλλογή των ερευνητικών στοιχείων πραγματοποιείται διαμέσου προσωπικής συνέντευξης ή/ και ερωτηματολογίων. Με δεδομένο ότι πολλοί αλκοολικοί είναι αναξιόπιστοι όσον αφορά στην καθημερινή τους κατανάλωση της αλκοόλης, η αξιοπιστία των ερευνητικών στοιχείων συχνά αμφισβητείται. Σε πρόσφατο δημοσίευμα (Ποταμιάνος, 1986) υποστηρίζεται ότι σε μελέτες όπου οι αναφορές των ασθενών διασταυρώθηκαν (cross-validation) με αυτές των συγγενών ή ατόμων του περιβάλλοντος τους ασθενούς αυξήθηκε σημαντικά η εγκυρότητα και αξιοπιστία των συλλεχθέντων ερευνητικών στοιχείων.

#### 6. Κριτήρια αξιολόγησης θεραπευτικής αγωγής (Outcome measures)

Είναι αξιοπρόσεχτο ότι όλες σχεδόν οι έρευνες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του αλκοολισμού αναφέρονται σε τρεις συγκεκριμένες παραμέτρους: α) το ποσοστό ασθενών σε αποχή β) το ποσοστό ασθενών που παρουσίασαν βελτίωση και γ) το ποσοστό των ασθενών που δεν παρουσίασαν αλλαγή ή χειροτέρεψαν μετά το πέρας της θεραπείας. Αυτό είναι βέβαια και το αντικείμενο της διερεύνησης στις περισσότερες κλινικές δοκιμασίες. Στην περίπτωση του αλκοολισμού όμως, οι παραπάνω διαστάσεις αξιολόγησης θεραπευτικών προσεγγίσεων μπορεί να είναι άκρως παραπλανητικές. Αυτό διαφαίνεται σε μια σειρά από μελέτες (Gerard et al 1962, Pattison 1968) που δείχνουν ότι ένας αριθμός αλκοολικών που παρουσίασε βελτίωση ή που απέχει από την κατανάλωση της αλκοόλης εξακολουθεί να παρουσιάζει οργανικές ή ψυχιατρικές διαταραχές παράλληλη την επιτυχία που αφορά την απεξάρτηση. Επίσης ενδιαφέρον είναι ότι μερικοί αλκοολικοί που παρουσίασαν βελτίωση ή απείχαν είτε αρχίζουν χρήση άλλων ουσιών εξάρτησης (νομίμων ή παράνομων) είτε παρουσιάζουν έντονες διαταραχές προσωπικότητας ή κοινωνικής λειτουργικότητας. Με βάση τα παραπάνω, πόσο αποτελεσματική μπορεί να θεωρηθεί μια θεραπεία όταν αξιοπρόσεκτος αριθμός «βελτιωθέντων» (όσον αφορά στην κατάχρηση του αλκοόλ) αλκοολικών είτε διατηρεί πολλά από τα



«προ-θεραπείας» προβλήματα είτε παρουσιάζει σωρεία «νέων» προβλημάτων;

Ο παραπάνω προβληματισμός αλλά και η αμφισβήτηση της έννοιας της «αποχής» ως μοναδικού στόχου των θεραπευτικών προσεγγίσεων για την εξάρτηση από το αλκοόλ έχουν απασχολήσει τον προβληματιζόμενο «αλκοολόγο» από τις αρχές της δεκαετίας του '60 (Davies 1962, Kendall 1968, Pattison et al 1977, Heather et al 1981). (Ποταμιάνος 1987).

Συνοψίζοντας την παρουσίαση της θεραπείας του αλκοολισμού, την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των διάφορων θεραπευτικών προσεγγίσεων και τα ειδικά προβλήματα της μεθοδολογίας των σχετικών ερευνών, πρέπει να τονιστούν τα εξής:

-Ο προβληματισμός που αφορά στη μέθοδο και τα κριτήρια της θεραπευτικής αξιολόγησης (αυτό ισχύει για όλες τις ουσίες εξάρτησης και όχι μόνο για τον αλκοολισμό) πρέπει να οξυνθεί όχι μόνο για τη γενικότερη βελτίωση των επιστημονικών μεθόδων αλλά και προς αποφυγή του «θεραπευτικού κομματισμού» που διακρίνει τους επιστήμονες και άλλους «ειδικούς» που ασχολούνται με τις ουσίες εξάρτησης. (Το φαινόμενο της θεραπευτικής υπεροχής είναι ιδιαίτερα έντονο στη χώρα μας και φαίνεται να χαρακτηρίζει αριθμό «ειδικών» που δεν έχουν αξιολογήσει ποτέ τις υπηρεσίες που προσφέρουν).

-Όπως έχει ήδη σχολιαστεί (Ποταμιάνος 1987), έρευνες που στοχεύουν στην αξιολόγηση των χορηγούμενων υπηρεσιών αποτελούν τον ιδανικότερο τρόπο εκτίμησης και μελλοντικής αναθεώρησης αυτών των υπηρεσιών και κατανομής κρατικών δαπανών.

#### 4.5.4. Τα προγράμματα Αγωγή Υγείας στο Νομό Αχαΐας

Συνοπτική αναφορά στα προγράμματα Αγωγής Υγείας με θέμα τις εξαρτησιογόνες ουσίες που εφαρμόστηκαν στο νομό Αχαΐας την περίοδο 1998-99. (Τερζίδου- Στεφανής).

1. Η χρήση στη χώρα μας παρουσιάζει αυξητική τάση και αφορά τις νεαρές κυρίως ηλικίες, ξεκινά δε στην εφηβεία.

2. Επομένως, ο πρόληψη της χρήσης ουσιών θα πρέπει να απευθύνεται κατά κύριο λόγο στην εφηβική ηλικία. Το σχολείο αποτελεί πρόσφορο έδαφος για να στηριχθεί μια προσπάθεια πρόληψης στην εφηβική ηλικία, τόσο ως φορέας κοινωνικοποίησης, όσο και ως χώρος ενδυνάμωσης της προσωπικότητας και ένταξης στην ομάδα.

3. Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη της χρήσης εντάσσεται στο γενικό πλαίσιο προληπτικών παρεμβάσεων για την ψυχική υγεία που έχουν στόχο τη διασφάλιση συνολικά της υγείας του ατόμου.

Οι γενικοί στόχοι των προληπτικών παρεμβάσεων για τη χρήση είναι «η ανάπτυξη αξιών και στάσεων που στοχεύουν στην περιφρούρηση και βελτίωση της υγείας των ατόμων» (ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ, 1996). Συγκεκριμένα, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, η αντιμετώπιση του προβλήματος της μοναξιάς, η ενδυνάμωση των διαπροσωπικών σχέσεων και η ανάπτυξη της ικανότητας λήψης αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία (ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ, 1996).

4. Όσον αφορά τον σχεδιασμό των προγραμμάτων Αγωγή Υγείας γενικά την περίοδο 1998-99, το μεγαλύτερο μειονέκτημα ήταν ότι οι παρεμβάσεις πραγματοποιούνταν εκτός ωρών σχολείου και επομένως με την εθελοντική συμμετοχή των μαθητών. Είναι αναμενόμενο οι μαθητές που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για χρήση να μην είναι αρκετά κινητοποιημένοι ή και να φοβούνται να εμπλακούν στις διαδικασίες μιας τέτοιας ομάδας.

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στο νομό Αχαΐας ήταν σχεδιασμένα ώστε να προσεγγίσουν σφαιρικά ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ψυχικής υγείας των μαθητών, με κύριο γνώμονα την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της δυνατότητας ελεύθερων επιλογών. Επιλέχθηκε κυρίως η βιωματική μέθοδος και η εργασία σε ομάδες και «δουλεύτηκε» το συναίσθημα του μαθητή απέναντι σε αρκετές εκφάνσεις της προσωπικής και σχολικής του ζωής. Στόχος ήταν επίσης η ενθάρρυνση του μαθητή να κάνει συνειδητές επιλογές για τον τρόπο ζωής του.

5. Οι υπεύθυνοι καθηγητές για την υλοποίηση των παρεμβάσεων στα σχολεία είχαν επαρκώς επιμορφωθεί σε ειδικά σεμινάρια και μάλιστα, ορισμένοι από αυτούς είχαν συμμετάσχει σε ανάλογα σεμινάρια ως εκπαιδευτές. Ήταν δε, όλοι έμπειροι εκπαιδευτικοί και ευαισθητοποιημένοι σε θέματα Αγωγής Υγείας και ανθρωπίνων σχέσεων. Τα περισσότερα από τα

σχολεία στα οποία υλοποιήθηκαν προγράμματα είχαν παράδοση στην υλοποίηση τέτοιου είδους προγραμμάτων.

Ο περιορισμένος χρόνος των καθηγητών, το φορτωμένο πρόγραμμα των μαθητών και η εφαρμογή του προγράμματος εκτός αναλυτικού προγράμματος έθεταν, βέβαια, σημαντικούς περιορισμούς στην επίτευξη των στόχων του.

6. Για να μπορέσει κανείς να απαντήσει σε ένα τέτοιο ερώτημα θα έπρεπε να είχε προηγηθεί μέτρηση της συμπεριφοράς των μαθητών των σχολείων, ως προς τη χρήση ουσιών πριν την εφαρμογή του προγράμματος, δηλαδή η εκτίμηση του ποσοστού των μαθητών που πειραματίζονταν με τις ουσίες, οι στάσεις των μαθητών απέναντι στη χρήση, καθώς και οι προστατευτικοί παράγοντες που υπήρχαν. Αυτό θα χρησίμευε ως βάση για να μπορέσει κανείς να συγκρίνει την αλλαγή που υπέστησαν οι μετρήσεις αυτές στο ίδιο πληθυσμό μαθητών, μετά από κάποιο εύλογο διάστημα εφαρμογής του προγράμματος και να αποδώσει τις αλλαγές αυτές στην εφαρμογή του. Με άλλα λόγια, να υπάρξουν ποσοτικές διαπιστώσεις, δηλαδή αν μειώθηκε το ποσοστό των μαθητών που πειραματίζονται με τις ουσίες, εάν οι στάσεις τους έγιναν λιγότερο ανεκτικές απέναντι στις ουσίες.

Επειδή αυτή η διαδικασία δεν είχε γίνει, δεν υπάρχει αντικειμενικός τρόπος να διαπιστώσει η παρούσα προσπάθεια αξιολόγησης τις ενδεχόμενες αλλαγές στους μαθητές που παρακολούθησαν τα προγράμματα Αγωγής Υγείας. Μπορεί, όμως, η εκτίμηση της κατάστασης που πραγματοποίησε το έργο αυτό να αποτελέσει βάση για μελλοντική αξιολόγηση. Θα πρέπει επομένως να θεωρήσουμε το συγκεκριμένο έργο ως αξιολόγηση διαδικασίας, η οποία καταγράφει την κατάσταση καθώς εξελίσσεται το πρόγραμμα, με την προοπτική να προσφέρει στοιχεία και να αποτελέσει βοήθημα σε μια μελλοντική αξιολόγηση αποτελέσματος.

Με το σκεπτικό αυτό και επειδή ήταν ήδη γνωστή η ένταξη των προγραμμάτων Αγωγή Υγείας στο αναλυτικό πρόγραμμα των σχολείων, επιλέχθηκε να διερευνηθεί η χρήση και οι στάσεις όλων των μαθητών των σχολείων που συμμετείχαν στο πιλοτικό έργο, ώστε η επανάληψη της διερεύνησης μετά από κάποιο διάστημα να προσφέρει τη δυνατότητα σύγκρισης.

(Τερζίδου- Στεφανής).

#### 4.5.5 Το «Ειδικό Πρόβλημα» του Αλκοολικού και η Σημασία του για τη Θεραπευτική Αγωγή

Η προσπάθεια για θεωρητική προσέγγιση του προβλήματος των αλκοολικών και η κατάταξη τους σε ένα ή περισσότερους τύπους προσωπικότητας σκόνταψε πάντοτε στο αναρίθμητο των ατομικών προβλημάτων, που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί και στην πραγματική αδυναμία ταξινόμησης τους μέσα σε ορισμένα ψυχοπαθολογικά πλαίσια.

Έτσι μετά από δεκαετίες έρευνας, γνωρίζουμε πια, ότι στο πεδίο της αλκοολογίας, μπορούμε να συναντήσουμε «ολόκληρη τη θεωρία των νευρώσεων και τη φαινομενολογική ψυχοπαθολογία, δίπλα σε ένα μεγάλο αριθμό συνηθισμένων τύπων προσωπικότητας, χωρίς ιδιαίτερα ψυχοπαθολογικά στοιχεία» (Keur).

Παρόλα αυτά, η γνώση ενός ή περισσότερων θεωρητικών μοντέλων, σχετικά με τη δομή της προσωπικότητας των αλκοολικών, είναι αναγκαία. Όχι τόσο γιατί έτσι έχουμε την «εξήγηση» για την αιτία της τοξικομανίας, όσο γιατί μόνο με αυτό τον τρόπο έχουμε δυνατότητες προσέγγισης και αντιμετώπισης των ασθενών αυτών. (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Τα διάφορα θεωρητικά μοντέλα που αναπτύχθηκαν με το χρόνο εξαρτώνται φυσικά από το θεωρητικό υπόβαθρο και θεωρητικά δεδομένα από τα οποία ξεκίνησαν.

Σαν κύριοι παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση της αλκοολογίας αναφέρονται με άλλοτε άλλη έμφαση: α) σωματικοί, β) κοινωνικοί και γ) ψυχολογικοί.

Δηλαδή οι ίδιοι οι παράγοντες, που λίγο-πολύ είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη κάθε προσωπικότητας.

Παρατηρώντας την προσωπικότητα και τους τρόπους έκφρασης της όπως και γενικά τη συμπεριφορά των αλκοολικών, κατέληξαν πολλοί ερευνητές στο άθροισμα ορισμένων στοιχείων, που παρόλο δεν είναι σε θέση να μας δώσουν «την προσωπικότητα» του αλκοολικού, καλύπτουν συνήθως πολλές από τις πτυχές της. Λόγω της συχνότητας που εμφανίζονται, εμφανίζουν ιδιαίτερη σπουδαιότητα για εκείνους που ασχολούνται με τους ασθενείς αυτούς. (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Έτσι, οι Hobi και Ladewig προσδιόρισαν τα εξής στοιχεία προσωπικότητας:

- A. Υψηλή συναισθηματική αστάθεια.
- B. Περιορισμένη δυνατότητα συναισθηματικής προσαρμογής που εμφανίζεται σαν συναισθηματική άμυνα και αυθόρμητη εγωκεντρική συμπεριφορά.
- Γ. Αδυναμία ανάπτυξης ώριμων διαπροσωπικών σχέσεων.
- Δ. Μόνιμη δυσφορία και αγχώδης συναισθηματική κατάσταση.
- Ε. Υποχονδριακά και νευρωτικά σωματικά συμπτώματα.
- ΣΤ. Καταθλιπτικές τάσεις.
- Z. Μεγαλοιδέες και μεγαλοαπαιτήσεις από τον εαυτό τους και τους άλλους.

Τα στοιχεία αυτά τα συναντάμε με ίσως κάποτε διαφορετική σειρά, σε όλες σχεδόν τις προσπάθειες περιγραφής προσωπικότητας του αλκοολικού.

Στην πράξη μας βοηθάει αρκετά η αποδοχή της θεωρητικής σκέψης που βλέπει την τοξικομανία σαν διαταραχή της λειτουργίας του ΕΓΩ (Krystal-Raskin 1970, Heigi, Evers 1977).

Λόγω της διαταραχής αυτής, το ΕΓΩ δεν είναι σε θέση «να τα βγάλει πέρα» με τα ερεθίσματα που δέχεται – τόσο από το περιβάλλον, όσο και από το ΥΠΕΡΕΓΩ – έτσι ώστε το αλκοόλ χρησιμοποιείται σαν μέσο αποκατάστασης της ισορροπίας του μια και λείπουν οι άλλοι φυσιολογικοί μηχανισμοί άμυνας.

Λόγω της έλλειψης των μηχανισμών αυτών, η διακίνηση των ενορμήσεων από το ΠΡΟΕΓΩ προς το ΕΓΩ γίνεται ανεμπόδιστα με αποτέλεσμα τη μεταφορά της κατάστασης του ΠΡΟΕΓΩ στο επίπεδο του ΕΓΩ. Στο ΠΡΟΕΓΩ όμως, επικρατεί αυτό που ονομάζουμε πρωτοπαθής διαδικασία: δεν υπάρχει σύνθεση ιδεών, τα συναισθήματα επιδέχονται μετάθεση, τα αντίθετα δεν αλληλοδιαπλέκονται, μπορεί μάλιστα και να συνυπάρχουν, ενώ η συμπύκνωση πραγματοποιείται σε μόνιμη βάση. Η βασική αρχή που διέπει τις ψυχικές διαδικασίες είναι η «Αρχή της Ηδονής» (Anna Freud: *das Ich und Abwehrmechanismen*). Η εξάρτηση βλέπεται μέσα από το μοντέλο αυτό σαν κάτι το καταστρεπτικό και αταίριαστο με το φυσιολογικό, έτσι στερείται κάθε ψυχολογικού νοσήματος. Η δυνατότητα να δούμε μέσα στην «εξάρτηση», τη χωρίς ελπίδες προσπάθεια του αλκοολικού να αποκαταστήσει την ψυχική του ισορροπία – δηλαδή να επαναφέρει τη διαταραχή του ΕΓΩ – έστω και παροδικά, δίνει στην πράξη μια πιθανότητα προσέγγισης του αλκοολικού και επικοινωνίας μαζί του. (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Θεωρούμε ότι από τις λειτουργίες του ΕΓΩ κυρίως τρεις είναι ιδιαίτερα διαταραγμένες:

Στο επίπεδο της σχέσης του με το περιβάλλον (Objekt-beziehung),θεωρούμε ότι στους αλκοολικούς γενικά, υπάρχει κάποιος πρώιμος τραυματισμός στη σχέση του ΕΓΩ με το περιβάλλον του. Συνήθως πρόκειται για διαταραχή στη σχέση με το «πρωτοπαθές αντικείμενο Αγάπης» (fruhe Liebesobjekt) στη φάση της «πρωταρχικής διαδικασίας». Ο ασθενής δεν μπόρεσε να «ξεκαθαρίσει τα συναισθήματα του απέναντι σ' αυτό και παρέμεινε έτσι «διχασμένος». Λόγω του διχασμού του δεν είναι σε θέση να το εσωτερικεύσει και επομένως το προβάλλει προς τα έξω (Externalisieren). Το ίδιο κάνει με το ΥΠΕΡΕΓΩ.

Η ουσία εξάρτησης χρησιμοποιείται σαν αντικαταστάτης του «χαμένου αντικειμένου αγάπης» και ότι αυτό συμβολίζει, όποτε αυτό είναι αναγκαίο, για να διατηρηθεί η ισορροπία του ΕΓΩ. Αυτός ο τρόπος λύσης του προβλήματος εξασθενεί το ΕΓΩ όλο και περισσότερο, ώστε η ουσία εξάρτησης να αναζητείται όλο και συχνότερα. «ο αλκοολικός βιώνει τον εαυτό του με τον καιρό σαν απόλυτα ασθενικό και χωρίς ελπίδα, κακό, και χωρίς οποιαδήποτε αξία».(Fox- preuss) (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Στο συναισθηματικό επίπεδο λείπει η δυνατότητα να αντέξει ή να κοντρολάρει «έντονα» συναισθήματα και ιδιαίτερα συναισθήματα άγχους, κατάθλιψης και επιθετικότητας.

Υπάρχει μια τάση «οπισθοδρόμησης» στην αντιμετώπιση των συναισθημάτων αυτών, σε πρώιμους μηχανισμούς άμυνας (π.χ. σωματοποίηση). Τα συναισθήματα που δεν μπορεί να «κοντρολάρει» δημιουργούν φυσικά αγχώδεις καταστάσεις. Το αλκοόλ χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις αυτές για να αυξήσει τον «ουδό ερεθισμού».

Στο συνειδητό επίπεδο επιτρέπει η χρήση των ουσιών αυτών μια έστω και προσωρινή απελευθέρωση από την υποχρέωση να αντιμετωπίσει ο αλκοολικός την «πραγματικότητα» του με τους γενικά παραδεκτούς τρόπους συμπεριφοράς. Η άρνηση της υποχρέωσης αυτής βιώνεται σαν «απελευθέρωση από τα κοινωνικά ή ατομικά δεσμά του». (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Παρόλο που το θεωρητικό αυτό μοντέλο της διαταραχής των λειτουργιών του ΕΓΩ πιστοποιείται καθημερινά, από τη συμπεριφορά των

ίδιων των αλκοολικών, στην πράξη, πολλοί από αυτούς δεν αισθάνονται να βρίσκουν κατανόηση από το θεραπευτή, που ξεκινώντας από την «ψυχογενετική» αυτή θεώρηση προσπαθεί να «επικοινωνήσει» μαζί τους. Αυτό συμβαίνει συνήθως γιατί το πρόβλημα είναι τόσο πολύπλοκο και προσφέρει τόσες πολλές δυνατότητες προσέγγισης του, που ο μονόδρομος του ενός και μοναδικού θεωρητικού μοντέλου βιώνεται από τον ασθενή σαν αδυναμία του θεραπευτή, με αποτέλεσμα τη συνειδητή ή ασυνείδητη απόρριψη του. Αλλά και για έναν ακόμη λόγο: Υπάρχει διαφορά μεταξύ μιας πρωτοπαθούς και μιας δευτεροπαθούς διαταραχής των λειτουργιών του ΕΓΩ.

Πρωτοπαθής διαταραχή σημαίνει διαταραχή των ανάλογων λειτουργιών του ΕΓΩ στην πιο πρώιμη παιδική ηλικία. Η εξάρτηση από μια ουσία έχει τότε, από την αρχική της φάση, το χαρακτήρα μιας προσπάθειας «αυτοθεραπείας» που σκοπό έχει την αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας του αλκοολικού. Αποτέλεσμα η περαιτέρω αποδυνάμωση του ΕΓΩ μέχρι την ολοσχερή ψυχική και σωματική εξάρτηση με όλα τα ατομικά και κοινωνικά επακόλουθα. (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Στην περίπτωση της δευτεροπαθούς διαταραχής, δεν έχουμε ενδείξεις για διαταραχή των λειτουργιών του ΕΓΩ στην πρώιμη παιδική ηλικία. Μια τέτοια βλέπουμε όμως να αναπτύσσεται και να συγκεκριμενοποιείται κατά την εξέλιξη της μανίας του για το αλκοόλ. Παρουσιάζεται δηλαδή σαν αποτέλεσμα της «συνήθειας» και είναι κυρίως χαρακτηριστική για χασισοπότες και αλκοολικούς (ιδιαίτερα τύπου δ κατά Jellinker), που επί μεγάλο χρονικό διάστημα μπορούσαν και «ισορροπούσαν» τη χρήση των ουσιών αυτών χωρίς να παρουσιάζουν οποιαδήποτε συμπτώματα εξάρτησης από αυτές.

Η διαφοροποίηση αυτή, στην ανάπτυξη της διαταραχής των λειτουργιών του ΕΓΩ είναι απαραίτητη, όχι μόνο γιατί μας γλιτώνουν από το να ψάχνουμε για κάτι που δεν υπάρχει, αλλά και επειδή στην πράξη, οι ασθενείς με πρώιμη διαταραχή είναι δυσκολότεροι στην προσέγγιση τους και κατά κανόνα χρειάζονται περισσότερο χρόνο θεραπείας, απ' ό,τι οι ασθενείς της άλλης κατηγορίας. Αυτό, γιατί στην εξέλιξη της θεραπείας, θα πρέπει να επιτευχθεί και ένας βαθμός ωρίμανσης της προσωπικότητας, που έχει προσκολληθεί στις περιπτώσεις αυτές, σε πολύ πρώιμες φάσεις της παιδικής ηλικίας. (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Σε μια προσπάθεια για κατανόηση της δυσκολίας που παρουσιάζει κάτι τέτοιο, θα θέλαμε να αναφερθούμε όσο το δυνατόν συντομότερα στη θεωρητική συγκεκριμενοποίηση του πυρήνα της διαταραχής αυτής.

Ο Matusek (1972) αναφέρεται σε ένα συντονισμό μεταξύ ΕΓΩ και ΠΡΟΕΓΩ και βλέπει το τυπικό πρόβλημα των αλκοολικών σαν διαταραχή της επικοινωνίας μεταξύ ΕΓΩ και ΠΡΟΕΓΩ και βλέπει το τυπικό πρόβλημα των αλκοολικών σαν διαταραχή της επικοινωνίας μεταξύ ΕΓΩ-ΠΡΟΕΓΩ από τη μια μεριά και ΥΠΕΡΕΓΩ από την άλλη.

Ο Fenickel συμβολικά αναφέρει για τους αλκοολικούς ότι «το ΥΠΕΡΕΓΩ τους είναι διαλυτό στο οινόπνευμα». Χαρακτηριστική είναι και η εικόνα του τοξικομανή, που μεταξύ των άλλων πνίγει τη φωνή της κακής του συνείδησης, μέσα στη δράση της τοξίνης, περιστρεφόμενος διαρκώς μέσα στον ίδιο τον κύκλο. (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Ο Freud περιγράφοντας το ΥΠΕΡΕΓΩ, περιλαμβάνει σ' αυτό το σύνολο όλων των περιορισμών και αναστολών των ορμών (Triebhemmungen) που καλείται να εκπληρώσει το ΕΓΩ». «Γενετικά ιδώμενο, είναι η σωματοποίηση της γονεϊκής κριτικής: η φωνή των γονέων γίνεται φωνή της συνείδησης»

Έτσι, αποδεχόμενοι τις θεωρητικές αυτές σκέψεις βλέπουμε ότι ένα διαπροσωπικό πρόβλημα (παιδί- γονείς) μετατρέπεται σε ψυχολογικό (ΕΓΩ-ΥΠΕΡΕΓΩ). Στην περίπτωση της εξαρτημένης συμπεριφοράς παρατηρούμε μια ιδιαίτερη επεξεργασία του προβλήματος αυτού (Matusek). Πραγματοποιείται ένα είδος ταύτισης του ΕΓΩ με το ΠΡΟΕΓΩ (συντονισμός)- το ΥΠΕΡΕΓΩ εξωτερικεύεται, δηλαδή βιώνεται σαν κάτι έξω από την προσωπικότητα και αντιπροσωπεύεται από αντικείμενα (πρόσωπα, καταστάσεις κ.λ.π.) του περιβάλλοντος. Το ΕΓΩ «παραδίδεται» στις ενορμήσεις του ΠΡΟΕΓΩ και λειτουργεί μόνο στο «επίπεδο της Ηδονής», χωρίς να είναι σε θέση να αντέξει και τον παραμικρό τραυματισμό. Στην περίπτωση που οι ενορμήσεις του ΠΡΟΕΓΩ έρχονται σε σύγκρουση με τις αρχές του ΥΠΕΡΕΓΩ καλείται η τοξική ουσία να λύσει τι πρόβλημα που για το ΕΓΩ του τοξικομανή φαίνεται δυσβάσταχτο. Η εξωτερίκευση του ΥΠΕΡΕΓΩ και το «φόρτωμα» του σε αντιπροσώπους του περιβάλλοντος, συντείνει περαιτέρω στο «ξαλάφρωμα» του ΕΓΩ από το ατομικό πρόβλημα. Ο αλκοολικός δυσφορεί, διαμαρτύρεται, καταγγέλει, αγριεύει και απειλεί γιατί η κοινωνία δεν ταιριάζει στα μέτρα του.



Πρακτική σημασία έχει ότι ο αλκοολικός μη έχοντας άλλη δυνατότητα, δεν μπορεί παρά να «βλέπει» το θεραπευτή του, τουλάχιστο στην αρχική φάση της θεραπείας, σαν αντιπρόσωπο του ΥΠΕΡΕΓΩ. Και πραγματικά, αυτός είναι και ο ρόλος που θα πρέπει να παίζει αρχικά ο θεραπευτής και όπως ήδη ανέφερα, η θεραπευτική μονάδα στο σύνολο της με τον εσωτερικό κανονισμό, και γενικά τη δομή της. (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Τα καθορισμένα αυτά πλαίσια, μέσα στα οποία «επιτρέπεται» από εδώ και πέρα να κινείται ο ασθενής είναι απαραίτητα για να τον απομονώσουν από την τοξική ουσία.

Η κατάσταση αυτή και οι αντιδράσεις των ασθενών ( από τη μια μεριά η προστατευτική γυάλα – η εξάρτηση από το θεραπευτή – και από την άλλη η ανάγκη για ανεξαρτησία των ασθενών) συνθέτουν και το αντικείμενο επεξεργασίας στην ψυχοθεραπευτική ομάδα, στην πρώτη φάση της θεραπείας. Τις περισσότερες φορές μπορούμε να παρατηρήσουμε στη φάση αυτή, σχεδόν το σύνολο των προβλημάτων συμπεριφοράς, που οδήγησαν στην ανάπτυξη της εξάρτησης. Η κατάσταση αυτή όμως αποτελεί συχνά παγίδα για τον άπειρο θεραπευτή, που συνήθως αντιδρά με δύο τρόπους:

1. Αναλαμβάνει απόλυτα το ρόλο του ΥΠΕΡΕΓΩ. Ο ρόλος αυτός, με το συναίσθημα δύναμης που παρέχει, παρασύρει καμιά φορά στην ανάπτυξη κυριαρχικών τάσεων από μέρους του θεραπευτή πάνω στην ομάδα. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο σε προσωπικό πρόβλημα του θεραπευτή (αντιστάθμισμα δικών του ορμών....) όσο και στο ότι ίσως και αυτός ασπάζεται τις κοινωνικές προκαταλήψεις σχετικά με τους τοξικομανείς. Μ' αυτόν τον τρόπο φυσικά περιορίζονται στο ελάχιστο οι θεραπευτικές δυνατότητες.

2. Αρνείται απόλυτα το ρόλο του ΥΠΕΡΕΓΩ, ίσως γιατί και ο ίδιος δεν είναι σε θέση να αντέξει έντονες συναισθηματικές καταστάσεις ή δεν θέλει να παίζει όλως διόλου κάποιο κυριαρχικό ρόλο στην ομάδα (γιατί π.χ. και οι σχέσεις του με το δικό του ΥΠΕΡΕΓΩ δεν είναι ξεκαθαρισμένες). Συμπεριφέρεται παθητικά, υποχωρεί όπου μπορεί και όπου δεν μπορεί φορτώνει την ευθύνη στην ομάδα των θεραπευτών γενικά ή στην κατάσταση της θεραπευτικής μονάδας, μιμούμενος με τον τρόπο αυτό τη συμπεριφορά των ασθενών του.(Παπαγεωργίου Ε., 2002).

Αυτή την αδυναμία (της αποφυγής του προβλήματος), ο πρώτος που θα την καταλάβει είναι ο ασθενής, που αν δεν τη μεταχειριστεί ανάλογα θα νιώσει το ίδιο βέβαιος, όσο και στην υπόλοιπη ζωή του έξω από τα θεραπευτικά πλαίσια- μια και τέτοια δεν θα υπάρχουν.

Συμπερασματικά, τόσο ο ρόλος του αυστηρού ΥΠΕΡΕΓΩ όσο και ο ρόλος του «συντρόφου» που δείχνει μόνο κατανόηση για τα προβλήματα του ασθενή είναι δύο τρόποι συμπεριφοράς που θα πρέπει να αποφεύγονται γιατί δεν έχουν κανένα ουσιαστικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυστηρά ΥΠΕΡΕΓΩ ή φίλους- συντρόφους έχει αρκετούς ο ασθενής και έξω από τη θεραπευτική μονάδα.

Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου Ε. (2002) θεωρεί ότι το ιδανικό για το θεραπευτή και φυσικά για τον ασθενή είναι να αναλάβει συνειδητά το ρόλο ενός «ανθρώπινου» ΥΠΕΡΕΓΩ. Όσο μάλιστα ο ασθενής ή η ομάδα αναπτύσσουν την ικανότητα να «μοιραστούν» το ρόλο αυτό, τόσο θα πρέπει ο θεραπευτής να είναι σε θέση να παραιτείται από τμήματα αυτού. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να προσπαθήσει μέσα από μια κατανοητή, για τον ασθενή, προσέγγιση των παρουσιαζόμενων προβλημάτων, να μειώσει την ένταση μεταξύ ΥΠΕΡΕΓΩ και ΕΓΩ του ασθενή, συντείνοντας στη «συμφιλίωση» τους.

Η σταθερή συμπεριφορά και τοποθέτηση του θεραπευτή απέναντι στα παρουσιαζόμενα προβλήματα, η ικανότητα του να δράσει τόσο «αποδεκτικά» όσο και «αντιθετικά», τόσο ταυτιζόμενος με τα προβλήματα του ασθενή, όσο και δείχνοντας του διαρκώς συγκεκριμένα όρια, εκλύει στον ασθενή μεταβιβαστικά τόσο θετικά, όσο και αρνητικά συναισθήματα.

Οι ασθενείς με τάσεις διχασμού όσο αφορά τη μεταβίβαση συναισθημάτων – θετικά σε καλά αντικείμενα, αρνητικά σε κακά – έχουν την ευκαιρία να βιώσουν στο πρόσωπο του θεραπευτή και τις δύο αυτές ποιότητες συναισθημάτων ταυτόχρονα, έτσι που με τον καιρό να είναι σε θέση να τα συνδέσουν μεταξύ τους.

Μέσα απ' αυτή τη διαδικασία θα γίνει δυνατό στους ασθενείς να αναπτύξουν τα δικά τους πλαίσια, να δυναμώσουν τους μηχανισμούς του ΕΓΩ, ώστε να μην χρειάζονται πια την τοξική ουσία για να βγάλουν πέρα με τον εαυτό τους και το εξωτερικευμένο ΥΠΕΡΕΓΩ, το περιβάλλον τους. (Παπαγεωργίου Ε., 2002).

#### 4.6 Τι είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.);

Την απάντηση τη δίνουν οι ίδιοι οι Αλκοολικοί Ανώνυμοι, μέσα από τα φυλλάδια που προσφέρουν σε όσους απευθύνονται στις ομάδες τους:

*«Οι Α.Α. είναι, μια αδελφότητα ανδρών και γυναικών όπου μοιράζονται μεταξύ τους την εμπειρία τους, τη δύναμη και την ελπίδα τους ώστε να μπορέσουν να λύσουν το κοινό τους πρόβλημα και να βοηθήσουν άλλους να αναρρώσουν από τον αλκοολισμό.*

*Μοναδική προϋπόθεση για να γίνει κάποιος/α μέλος είναι η επιθυμία να σταματήσει να πίνει. Τα μέλη των Α.Α. δεν υποχρεώνονται να καταβάλουν καμιά μορφή συνδρομή, είμαστε αυτοσυντήρητοι μέσα από δικές μας συνεισφορές.*

*Οι Α.Α. δε συνδέονται με καμία αίρεση, κανένα θρήσκευμα.*

*Ο κύριος σκοπός μας είναι να παραμείνουμε νηφάλιοι και να βοηθήσουμε άλλους αλκοολικούς να πετύχουν νηφαλιότητα» (πηγή Ι. Δρίτσας, 2004).*

##### 4.6.1. Τι κάνουν οι Α.Α.;

1. Τα μέλη των Α.Α. μοιράζονται τις εμπειρίες τους με όσους έρχονται ζητώντας βοήθεια για το πρόβλημά τους με το ποτό. Αλληλοβοηθούνται και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους ο ένας στον άλλο.
2. Το πρόγραμμα των Α.Α., όπως αναπτύσσεται στα Δώδεκα Βήματα, προσφέρει στον αλκοολικό έναν τρόπο να δημιουργήσει μια ικανοποιητική ζωή χωρίς αλκοόλ.
3. Το πρόγραμμα αναπτύσσεται μεταξύ των μελών στις συγκεντρώσεις των Α.Α.
  - α) Ανοικτές Συγκεντρώσεις: σε αλκοολικούς και μη. Στις συγκεντρώσεις αυτές κάποια μέλη μοιράζονται την ιστορία τους Περιγράφουν τις εμπειρίες τους με το αλκοόλ, πώς ήρθαν στους Α.Α. και πώς έχει αλλάξει η ζωή τους.
  - β) Συγκεντρώσεις με θέμα: Κάποιο μέλος ανοίγει τη συζήτηση με ανάλογα με το θέμα ή το πρόβλημα που θα αναφέρει κάποιος σχετικά με το

αλκοόλ.

(Οι κλειστές συγκεντρώσεις είναι για τους Α.Α. ή για όποιον μπορεί να έχει πρόβλημα ποτού).

- γ) Οι κλειστές συγκεντρώσεις γίνονται όπως οι ανοιχτές, με τη διαφορά ότι περιλαμβάνουν μόνο εκείνους που είναι αλκοολικοί ή νομίζουν ότι πιθανώς είναι.
- δ) Οι συγκεντρώσεις Βημάτων είναι συνήθως κλειστές και γίνεται συζήτηση πάνω σε ένα από τα Δώδεκα Βήματα.
- ε) Τα μέλη των Α.Α. κάνουν συγκεντρώσεις σε φυλακές και σε κέντρα θεραπείας.
- στ) Τα μέλη των Α.Α. μπορούν να κάνουν πληροφοριακές συγκεντρώσεις για τους Α.Α. σε οργανισμούς που θα τους το ζητήσουν. (Δρίτσας, 2004)

Το πρόγραμμα των Α.Α. ξεκίνησε από την Αμερική το 1935 από δύο αλκοολικούς. Το 1939 γράφτηκε το πρώτο βιβλίο, Αλκοολικοί Ανώνυμοι. Σήμερα αναγνωρίζεται ως το πιο διαδεδομένο πρόγραμμα κατά του αλκοολισμού, παγκοσμίως. Σε 140 χώρες υπάρχουν πάνω από 97 χιλιάδες ομάδες. Στην Αθήνα υπάρχουν δύο ομάδες στην Ιπποκράτους και στο Νέο Φάληρο, μια ομάδα στη Θεσσαλονίκη ενώ στη χώρα μας λειτουργούν και πολλές αγγλόφωνες αλλά και γερμανόφωνες ομάδες στην Αθήνα, την Κρήτη και σε άλλα νησιά. (Δρίτσας, 2004)

#### 4.6.2. Η δημιουργία των Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α.)

Η δημιουργία των Α.Α. οφείλεται σε μια τυχαία συνάντηση δύο αλκοολικών, του χειρουργού Bob H. και του εμπόρου Bill W. το 1935 στις Η.Π.Α.

Και οι δυο (Παπαγεωργίου 1990) χρόνια αλκοολικοί με δεκάδες προσπάθειες θεραπείας στο ιστορικό τους ανακάλυψαν πόσο «απελευθερωτικά» δρούσε η ειλικρινής συζήτηση του κοινού προβλήματός τους και πόσο τους ανακούφιζε η κατανόηση που μπορούσε να δείξει ο ένας στον άλλο. Έτσι αποφάσισαν να συνεχίσουν τις συναντήσεις αυτές.

Για τη διαμόρφωση τώρα της ιδεολογίας των Α.Α. έπαιξαν διάφοροι

παράγοντες ρόλο. Έτσι σύμφωνα με την Κουκουτσάκη (87 – 88) ένα από τα συστατικά στοιχεία της ιδεολογίας των Α.Α. είναι η θεώρηση του αλκοολισμού ως ασθένειας και αυτό εκφράζεται τόσο στο επίπεδο της βοήθειας που παρέχεται στους αλκοολικούς, όσο και στο επίπεδο της διαπαιδαγώγησης των μελών της. Η υπόθεση της ασθένειας βασίζεται στην άποψη ότι η ακατανίκητη ανάγκη του αλκοολικού να συνεχίσει να πίνει, έχει οργανική βάση (άποψη με την οποία συμφωνεί και ο Jellinesc).

Αυτό βέβαια έχει ως αποτέλεσμα το πρόγραμμα των Α.Α. να απαιτεί την απόλυτη αποχή από το αλκοόλ και να μην επιδέχεται κανενός είδους συμβιβασμό για το θέμα αυτό, αφού θεωρούν ότι οποιαδήποτε μορφή χρήσης αλκοόλ θα τον οδηγήσει μοιραία πίσω στον αλκοολισμό.

Επίσης σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (1990) η απόλυτη ειλικρίνεια θεωρήθηκε βασική προϋπόθεση για τη σωστή επικοινωνία των μελών της. η αναζήτηση «αιτιών» και «αφορμών» για την κατανάλωση αλκοόλ σταμάτησε και επικράτησε η αρχή «πίνω επειδή πίνω».

Στην εξτρεμιστική αυτή τοποθέτηση βασίζεται και όλο το ιδεολογικό σύστημα των Α.Α. που ξεκινούν την ημέρα τους με την παραδοχή – υπόσχεση: «είμαι αλκοολικός, σήμερα δε θα πιω» και το οποίο βρίσκει την ολοκληρωτική του έκφραση στις δώδεκα παραδόσεις και στα δώδεκα βήματα.

Οι 12 παραδόσεις είναι σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (1990):

1. Η κοινή καλυτέρευση θα πρέπει να βρίσκεται στην πρώτη θέση. Η θεραπεία του ενός οφείλεται στην ενότητα των Α.Α.
2. Για το νόημα και το σκοπό της ομάδας μας υπάρχει μόνο μία ανώτερη δύναμη –ένας αγαπητός Θεός, με οποιονδήποτε τρόπο και να αναγνωρίζεται Αυτός στις συνειδήσεις των μελών μας. Οι άνθρωποι της εμπιστοσύνης μας είναι μόνο οι υπηρέτες Του, δεν κατέχουν δύναμη.
3. Η μοναδική προϋπόθεση για συμμετοχή στους Α.Α. είναι η επιθυμία αποχής από οινοπνευματώδη ποτά.
4. Κάθε ομάδα είναι αυτοδύναμη, εκτός θεμάτων που αφορούν τους Α.Α. σαν σύνολο.
5. Το μεγαλύτερο καθήκον μας είναι να μεταφέρουμε το μήνυμα των Α.Α. στους συνανθρώπους μας που υποφέρουν.
6. Μια ομάδα Α.Α. δε θα πρέπει ποτέ να βοηθήσει κάποια άλλη εταιρία με οικονομικά ή άλλα κέρδη ή να δανείσει το όνομά της σ' αυτή έτσι ώστε

- το χρηματικό κέρδος, η κατοχή ειδών ή η κοινωνική επιτυχία να μην μπορέσουν να διαβρώσουν τους σκοπούς μας.
7. Κάθε ομάδα Α.Α. πρέπει να μπορεί να διατηρηθεί από μόνη της χωρίς οποιαδήποτε βοήθεια απ' έξω.
  8. Η απασχόληση στην ομάδα είναι τιμητική, υπαλλήλους μπορούν να διατηρούν μόνο οι κεντρικές υπηρεσίες.
  9. Οι Α.Α. δε θα πρέπει να οργανώνονται. Επιτρέπεται όμως να οργανώνουμε ομάδες πρωτοβουλίας ή επιτροπές που είναι υπόλογες απέναντι σ' αυτούς για την εξυπηρέτηση των οποίων σχηματίστηκαν.
  10. Οι Α.Α. δεν παίρνουν ποτέ θέση σε οποιοσδήποτε διαφορές ή διαφωνίες έξω από την ομάδα τους, γι' αυτό ακριβώς το λόγο δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται ποτέ το όνομα των Α.Α. σε διάφορες κοινωνικές υποθέσεις.
  11. Η σχέση μας με τον κοινωνικό περίγυρο συνίσταται κυρίως στην ελκυστικότητα της ομάδας και όχι στη διαφήμισή της. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να διατηρούμε την ανωνυμία μας απέναντι στον τύπο, το ραδιόφωνο, την τηλεόραση κτλ.
  12. Η ανωνυμία μας είναι η ψυχική προϋπόθεση όλων των άλλων παραδόσεών μας, μας θυμίζει διαρκώς ότι οι αρχές θα πρέπει να είναι υπεράνω προσωπικών φιλοδοξιών.

Και τα 12 βήματα είναι σύμφωνα με το έντυπο υλικό των Α.Α.

1. Παραδεχτήκαμε ότι είμαστε απόλυτα αδύναμοι απέναντι στο οινόπνευμα –έτσι δεν μπορούσαμε να καθορίσουμε την ζωή μας όπως εμείς θέλαμε.
2. Αποχτήσαμε την πίστη ότι μια δύναμη, μεγαλύτερη από εμάς τους ίδιους μπορεί να μας δώσει πίσω την ψυχική μας υγεία.
3. Αποφασίσαμε να εμπιστευτούμε την θέλησή μας και τη ζωή μας στο Θεό  
–όπως εμείς τον καταλαβαίνουμε.
4. Κάναμε μια εμπειριστατωμένη και ελεύθερη από φόβο καταμέτρηση του εσωτερικού μας κόσμου.
5. Παραδεχτήκαμε τα λάθη μας, ειλικρινά, απέναντι στο Θεό, τους εαυτούς μας και ένα άλλο πρόσωπο.

6. Είμαστε πρόθυμοι να αφήσουμε το Θεό να διορθώσει όλα αυτά τα λάθη του χαρακτήρα μας.
7. Ταπεινά παρακαλέσαμε Αυτόν να πάρει από μας όλες τις ατέλειες.
8. Φτιάξαμε ένα κατάλογο όλων των προσώπων που έχουμε βλάψει στη ζωή μας και δηλώσαμε την επιθυμία μας να επανορθώσουμε.
9. Επανορθώσαμε απέναντι σε όλα αυτά τα πρόσωπα, όπου ήταν δυνατό, εκτός και αν με αυτό τον τρόπο μπορεί να τραυματίσαμε ή να ενοχλούσαμε άλλους συνανθρώπους μας.
10. Συνεχίσαμε την καταμέτρηση του εαυτού μας και όπου είχαμε άδικο είμαστε πρόθυμοι να το παραδεχτούμε αμέσως.
11. Προσπαθήσαμε να καλυτερεύσουμε τη θέση μας με το Θεό –όπως εμείς τον καταλάβαμε– μέσα από την προσευχή και την αυτογνωσία. Τον παρακαλέσαμε να μας αφήσει να καταλάβουμε τη θέλησή Του να μας βοηθήσει.
12. Αφού βιώσαμε μια πνευματική αναγέννηση με την πραγματοποίηση όλων αυτών των βημάτων προσπαθήσαμε να μεταδώσουμε το μήνυμά μας σε άλλους αλκοολικούς και παράλληλα να καθορίσουμε καθημερινά τη ζωή μας σύμφωνα με αυτές τις προϋποθέσεις.

Σύμφωνα με την Κουκουτσάκη (1987-88) ο στόχος των Α.Α. είναι ο αποστιγματισμός και η κοινωνική επανένταξη του αλκοολικού. Σκοπός του προγράμματος είναι να βγάλει τον αλκοολικό από την κοινωνική απομόνωση και να τον εντάξει σε μια ομάδα ατόμων, τα οποία αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα εξάρτησης και στιγματισμού. Προσπαθεί δηλαδή να εκμεταλλευτεί θετικά τις συνέπειες της κοινωνικής αντίδρασης απέναντι στον αλκοολικό.

Το πρώτο λοιπόν βήμα για να το πετύχει αυτό είναι σύμφωνα με την Κουκουτσάκη (1987 – 88) να αποδεχθεί το άτομο το στίγμα του αλκοολικού, να στιγματίσει δηλαδή τον εαυτό του, όπως τον στιγματίζουν οι άλλοι. Αυτό που επιδιώκει το πρόγραμμα είναι η αποδοχή του στίγματος να μην ακολουθηθεί από την υιοθέτηση του αντίστοιχου κοινωνικού ρόλου, αλλά να δημιουργήσει το άτομο μια αρνητική στάση απέναντι στην εξάρτηση από το αλκοόλ, πράγμα που θα το βοηθήσει να ταυτιστεί με τα μη αλκοολικά μέλη της ευρύτερης κοινότητας.

Στη διαδικασία αργότερα της αποτοξίνωσης, σύμφωνα με το Ν. Μάνο

(1988) καθοριστικό ρόλο παίζουν οι πρώην αλκοολικοί που συμμετέχουν στο πρόγραμμα.

Οι αμοιβαίες υποχρεώσεις αλληλοβοήθειας που αναλαμβάνουν τα μέλη των Α.Α., θεωρούνται πολύ σημαντικό στοιχείο για την ανάπτυξη αλληλεγγύης και την ταύτιση με την ομάδα. Έτσι λοιπόν οι Α.Α. αντικαθιστούν τον παθολογικό, συντροφικό κύκλο του αλκοολικού με μία νέα ομάδα υποστήριξης και κοινού αγώνα, όπου ο αλκοολικός βοηθιέται, αλλά και βοηθώντας ο ίδιος άλλους αποκαθιστά την αυτοεκτίμησή του.

Το βασικό πλεονέκτημα αυτών των προγραμμάτων σύμφωνα με την Κουκουτσάκη (1987 – 88) οφείλεται κυρίως στην εθελοντική τους οργάνωση η οποία ευνοεί το ξεπέραςμα της καχυποψίας που υπάρχει γενικά έναντι των επίσημων κρατικών φορέων και οργανισμών που συμμετέχουν στα διάφορα προγράμματα αποτοξίνωσης.

Παρ' όλο όμως που οι περισσότεροι μελετητές (Ν. Μάνος, 1988, Jaffe-Peterson-Roberte, Παπαγεωργίου, 1990) συμφωνούν για την μεγάλη επιτυχία και αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων των Α.Α. θα πρέπει να σταθούμε σε ορισμένα μειονεκτήματα που επισημαίνει η Κουκουτσάκη (1987 – 88).

Κατ' αρχήν λοιπόν τα προγράμματα είναι προσανατολισμένα με βάση τις αξίες της αμερικανικής αστικής τάξης. Δεδομένου όμως ότι τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτά προέρχονται κυρίως από τις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, αντιδρούν σε βασικά στοιχεία του προγράμματος, όπως παραδείγματος χάρη η διαδικασία της δημόσιας εξομολόγησης. Με αποτέλεσμα αρκετές φορές την αποτυχία του προγράμματος με κάποιους αλκοολικούς, ανάλογα με τα ατομικά και κοινωνικά τους χαρακτηριστικά.

Δεύτερον, η κοινωνική επανεξέταση των ατόμων παρεμποδίζεται από την ίδια τη δομή του προγράμματος. Η έμφαση στη συμμετοχή και στην ταύτιση με την ομάδα δημιουργούν μια δυσκολία αποδέσμευσης από αυτήν.

Κλείνοντας την αναφορά της στους Α.Α. η Κουκουτσάκη (1987 – 88) λέει ότι: «Ουσιαστικά ο αποστιγματισμός του αλκοολικού (στους Α.Α.) συνίσταται στην αντικατάσταση αυτού του στίγματος με την κοινωνικά περισσότερο ανεκτή ιδιότητα του αποθεραπευμένου, του μεταμελημένου, του ατόμου που επέδειξε την αναγκαία θέληση ν' αλλάξει».

Να αναφέρουμε τέλος ότι σύμφωνα με τον Ν. Μάνο (1988. στις Η.Π.Α. και σε άλλες χώρες έχουν δημιουργηθεί το Α1-Αποη, ομάδα αυτοβοήθειας για



τις (τους) συζύγους των αλκοολικών, η οποία απευθύνεται τόσο στα προβλήματά τους με τον (την) σύζυγο τους όσο και στο να τις (τους) διδάξει το ενδεχόμενο παρεμπόδισης από τους ίδιους της ανάνηψης του (της) συζύγου τους και το Alateen, ομάδα αυτοβοήθειας για εφήβους, παιδιά αλκοολικών, με σκοπό την στήριξή τους στην προσπάθεια να τα βγάλουν πέρα με τους αλκοολικούς γονείς τους.

#### 4.6.3. Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί στην Αθήνα

Η ομάδα των Α.Α. της Αθήνας λειτουργεί εδώ και 15 περίπου χρόνια στο Παγκράτι (Ερατοσθένους 13, τηλ. 210 7011977). Η ομάδα αυτή διέπεται από τις ίδιες αρχές και την φιλοσοφία των Α.Α., που αναλύσαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Στο έντυπο υλικό τους αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι: «οι αλκοολικοί ανώνυμοι είναι μία διεθνής κοινωνία ανδρών και γυναικών, οι οποίοι είχαν ή έχουν πρόβλημα με το ποτό. Είναι μη επαγγελματίες, είναι αυτοσυντήρητοι, δεν έχουν σχέση με καμία θρησκεία, είναι για όλες τις φυλές, δεν έχουν πολιτικές πεποιθήσεις και υπάρχουν σχεδόν σε όλο τον κόσμο. Η μόρφωση και η ηλικία δεν παίζει ρόλο. Μπορεί να γίνει μέλος οποιοσδήποτε θέλει να κάνει κάτι για το πρόβλημά του με το ποτό».

Οι συγκεντρώσεις τους γίνονται καθημερινά και είναι 3 ειδών: α) «ανοιχτές» συγκεντρώσεις (οι οποίες γίνονται κάθε Κυριακή και σε ονομαστικές γιορτές ή γενέθλια μελών της ομάδας). Είναι ανοιχτές σε αλκοολικούς και μη αλκοολικούς. Στις συγκεντρώσεις αυτές κάποια μέλη μοιράζονται τις εμπειρίες τους με το αλκοόλ, πώς ήρθαν στους Α.Α. και πώς έχει αλλάξει η ζωή τους σαν αποτέλεσμα των Α.Α., β) συγκεντρώσεις με θέμα, «κλειστές»: Κάποιο μέλος ανοίγει την συζήτηση ανάλογα με το θέμα ή το πρόβλημα που θα αναφέρει κάποιος σχετικά με το αλκοόλ.

Οι κλειστές αυτές συγκεντρώσεις είναι για τους Α.Α. ή για όποιον μπορεί να έχει πρόβλημα ποτού, γ) οι συγκεντρώσεις βημάτων, οι οποίες είναι κλειστές και στις οποίες γίνεται συζήτηση πάνω σε ένα από τα 12 βήματα.

Επίσης τα μέλη των Α.Α. κάνουν συγκεντρώσεις σε φυλακές και σε κέντρα θεραπείας (κλινικές, νοσοκομεία, κέντρα αποτοξίνωσης) καθώς και πληροφοριακές συγκεντρώσεις για τους Α.Α., από οργανισμούς που θα τους το ζητήσουν.

Αυτή τη στιγμή στην Αθήνα λειτουργούν δύο ομάδες Α.Α., μία ελληνόφωνη και μία αγγλόφωνη.

Η ανοιχτή συγκέντρωση που εμείς παρακολουθήσαμε είχε σαν βασικό θέμα συζήτησης την προσευχή των Α.Α., η οποία κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί γιατί πιστεύουμε ότι κάνει σαφές ένα κομμάτι της ιδεολογίας τους:

Θεέ μου

Δώσε μου τη γαλήνη

να δέχομαι τα πράγματα

που δεν μπορώ ν' αλλάξω

τη δύναμη ν' αλλάξω

αυτά που μπορώ

και τη σοφία

να γνωρίζω τη διαφορά.

Παράλληλα είχαμε την ευκαιρία να συζητήσουμε μαζί τους μετά το τέλος της συγκέντρωσης, εμπειρία που σίγουρα ήταν πολύ σημαντική για εμάς, αφού μας έδειξε άλλες διαστάσεις του θέματος του αλκοολισμού.

Τέλος να πούμε ότι παράλληλα λειτουργούν και ομάδες AI-Anon και Alateen για τις (τους) συζύγους και τα παιδιά των αλκοολικών.

#### 4.7. Η Επαγγελματική Αποκατάσταση απεξαρτημένων στο θεραπευτικό πρόγραμμα της μονάδας απεξάρτησης 18 Άνω

Η θεραπευτική διαδικασία στην οποία εντάσσεται ο εξαρτημένος εθελοντικά έχει ως σκοπό της:

- ❖ Να βοηθήσει τον εξαρτημένο να κατανοήσει τους λόγους που τον οδήγησαν στην εξάρτηση.
- ❖ Να τον βοηθήσει να κατακτήσει την αυτοδυναμία του.
- ❖ Να αποκτήσει την ικανότητα να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες της ζωής του.
- ❖ Να δημιουργήσει σχέσεις οικογενειακές, φιλικές, εργασιακές, κοινωνικές.
- ❖ Να αναπτύσσει ενδιαφέροντα, να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή.

(Πρακτικά διήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου Υποστήριξη κ Απασχόληση= ζωή, Κατσαρού Μ.- εισηγήτρια, 2004).

Κατά τη διάρκεια της εξάρτησης τα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί είναι πολλά, σύνθετα και πολυδιάστατα.

Οι ίδιοι οι ενδιαφερόμενοι αναφέρονται:

- ❖ Στην έλλειψη επικοινωνίας.
- ❖ Στην μακροχρόνια απουσία από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.
- ❖ Στο χάσιμο χρόνου και ευκαιριών σε όλους τους τομείς.
- ❖ Στην ελλειμματική υγεία.
- ❖ Στην ψυχική οδύνη.
- ❖ Στη θολή προσωπική ταυτότητα.
- ❖ Στα τεράστια νομικά προβλήματα.
- ❖ Στην έλλειψη γενικής εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης.
- ❖ Στην έλλειψη δεξιοτήτων.
- ❖ Στην ανεργία.

( Πρακτικά εκπαιδευτικού σεμιναρίου, Κατσαρού Μ., 2004).

Σύμφωνα με σχετικό άρθρο της κας Μάτσα σκοπός της θεραπευτικής διαδικασίας είναι:

- ❖ « Να γίνει ο ίδιος ικανός να οργανώσει τη ζωή του σε νέες βάσεις δίνοντας της νέο περιεχόμενο, νέες δεξιότητες, νέους στόχους.
- ❖ Να αναπτύσσει δηλαδή αυτές τις δεξιότητες ζωής ώστε να μπορεί να συναλλάσσεται με το περιβάλλον του με τέτοιο τρόπο ώστε να επιλύει προβλήματα.
- ❖ Να αυτοδιαχειρίζεται, νιώθοντας ο ίδιος καλά με τον εαυτό του και τους άλλους ».

Η κοινωνία θέτει τα δικά της όρια μέσα από κανόνες, νόμους αξίες, θεσμούς. Γι' αυτό και ο θεραπευόμενος λοιπόν καλείται να τους γνωρίσει, να τους κατανοήσει, να τους αποδεχθεί ή όχι. Η μη αποδοχή δεν σημαίνει πια ρήξη που θα τον οδηγήσει στην απομόνωση αλλά συνειδητή απόφαση έχοντας εξασφαλίσει και άλλες επιλογές. Όλα τα παραπάνω πετυχαίνονται μέσα από μακροχρόνια οδυνηρή και επίμονη προσπάθεια του θεραπευόμενου. Το θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεί μετάβαση.

Τα κριτήρια που θέτονται για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας είναι:

- ❖ Η σταθερή αποχή τους από τις ουσίες και η κατάκτηση ενός νέου τρόπου ζωής με ιδανικά, στόχους, οράματα.
- ❖ Η επαγγελματική τους κατάρτιση.
- ❖ Η επαγγελματική τους αποκατάσταση.
- ❖ Η συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικές, καλλιτεχνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες.
- ❖ Καλλιέργεια ενδιαφερόντων.
- ❖ Δημιουργία νέων σχέσεων .
- ❖ Επιδίωξη στόχων μέσα σε σχεδιασμό και χρονικό προγραμματισμό.
- ❖ Ανεξαρτησία στην πατρική οικογένεια και αυτοδιαχείριση.
- ❖ Ενεργητική συμμετοχή στα κοινά.
- ❖ Επεξεργασία στρατηγικών αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων.
- ❖ Δημιουργία υποστηρικτικών συστημάτων.

Μόνο κατακτώντας τα παραπάνω ο εξαρτημένος θα θεωρήσει τις ουσίες του παρελθόντος και θα μπορέσει να ενσωματωθεί στο κοινωνικό σύνολο ως ισότιμο μέλος. (Πρακτικά εκπαιδευτικού σεμιναρίου, Κατσαρού Μ., 2004).

#### 4.7.1. Ο ρόλος της επαγγελματικής αποκατάστασης

Στη φάση της κοινωνικής επανένταξης εντάσσεται και η προετοιμασία τους για την αγορά εργασίας και κατ' επέκταση η επαγγελματική τους κατάρτιση και αποκατάσταση.

Οι λόγοι όπου έχει ενταχθεί η επαγγελματική αποκατάσταση στο θεραπευτικό πρόγραμμα είναι:

- ❖ Κυρίως η ποσοτική έλλειψη σχετικών υπηρεσιών.
- ❖ Η ιδιαιτερότητα της Ομάδας στόχου.
- ❖ Η ανεργία
- ❖ Ο κοινωνικός αποκλεισμός.

Η αλήθεια είναι ότι η κοινωνική πραγματικότητα είναι σκληρή. Η ανεργία εξελίσσεται σε ένα ιδιαίτερο πρόβλημα οικονομικής και κοινωνικής σταθεροποίησης στην Ελλάδα και στις άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες. (Πρακτικά εκπαιδευτικού σεμιναρίου, Κατσαρού Μ., 2004).

Υπάρχουν πολλοί κοινωνικοί παράγοντες που εμποδίζουν αυτή την ενσωμάτωση των απεξαρτημένων στο κοινωνικό σύνολο, πέρα των ιδιαίτερων προσωπικών δυσκολιών.

Είναι γνωστό ότι η ανεργία αποτελεί παράγοντα υψηλού κινδύνου για τους νέους γενικότερα. Όπως όλοι λένε η σταθερή δουλειά θεωρείται η σημαντικότερη αξία του ανθρώπου.

Η Κατσαρού Μ., συνεχίζει με το ότι οι εξαρτημένοι που ζητούν να ενταχθούν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα στην πλειοψηφία τους είναι μακροχρόνια άνεργοι. Έρευνες σχετικά με την κατάσταση των μακροχρόνια ανέργων διαπίστωσαν μεταξύ άλλων:

- ❖ Περιορισμό των κοινωνικών επαφών.
- ❖ Συναισθήματα απογοήτευσης και απάθειας.
- ❖ Επιθετικότητα ενάντια στο κοινωνικό σύνολο.

Η εργασία θεωρείται ότι είναι η διασφάλιση του εισοδήματος για την ικανοποίηση βασικών υλικών όρων επιβίωσης, η οποία επιδρά και στην αυτοεκτίμηση του ανθρώπου γιατί του δίνει το αίσθημα ότι είναι παραγωγικό μέλος της κοινωνίας με κοινωνικά και ψυχολογικά οφέλη.

Καλύπτεται η βασική ψυχολογική ανάγκη του ανθρώπου «το ανήκειν». Σύμφωνα με το άρθρο της Μάτσα ειδικά δε για το εξαρτημένο άτομο ισχύει, ότι έχοντας βρει μια δουλειά, αρχίζει σιγά- σιγά να ξαναβρίσκει «τα χαμένα αντικείμενα», τον προσωπικό του χώρο, τον προσωπικό του χρόνο, την προσωπική του ταυτότητα, κι αφού διαμορφώνει σιγά- σιγά την προσωπική του ταυτότητα, μέσα στο κοινωνικό σύνολο αποκτά επίσης το αίσθημα του «ανήκειν» βιώνοντας την αυτεκτίμηση. (Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 46, Μάτσα Κ.).

Η εργασία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη θετική πορεία του απεξαρτημένου και πολλοί περισσότερο στα νεαρά άτομα.

#### 4.7.2. Ο ρόλος του θεραπευτικού πλαισίου

Το θεραπευτικό πλαίσιο παρεμβαίνει στην επαγγελματική αποκατάσταση των θεραπευόμενων των 18 άνω σε:

Α) Με την ψυχολογική στήριξη των θεραπευόμενων για να μπορέσει να σταθεί σε μια δουλειά με σταθερότητα και συνέπεια, κάτι που πολλοί κάνουν ή μαθαίνουν να κάνουν για πρώτη φορά στη ζωή τους. Για να μπορέσει να αναλάβει τις ευθύνες του και να αποδώσει χωρίς να είναι αντικείμενο διακρίσεων ή εκμετάλλευσης κάθε τύπου.

Είναι γεγονός ότι ικανός αριθμός θεραπευόμενων προτιμά όπου μπορεί με παρέμβαση φίλων οικογένειας ή γνωστών να βρίσκει δουλειά.

Χωρίς την παρέμβαση του θεραπευτικού προγράμματος ή μέσω της επιδότησης του ΟΑΕΔ κρύβοντας επιμελώς το παρελθόν του από φόβο ότι δε θα γίνει δεκτός στη δουλειά μέσα σε ένα κλίμα κοινωνικού ρατσισμού.

Β) Με το να σταθεί δίπλα στον εργοδότη για να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τους αρχικούς του δισταγμούς, φόβους και προκαταλήψεις.

Γ) Παρεμβάσεις στην ευρύτερη κοινότητα ώστε να προκύψουν αλλαγές σε

θεσμικό και νομικό πλαίσιο που δυσχεραίνουν την επαγγελματική αποκατάσταση των θεραπευομένων. (Πρακτικά εκπαιδευτικού σεμιναρίου, Κατσαρού Μ., 2004).

#### 4.8. Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Παρά το ότι ο ρόλος του Κ.Λ. είναι από τη φύση του θεραπευτικός, η θεραπευτική προσέγγιση του αλκοολικού παραμένει ακόμη μία πρόκληση στην οποία οι Κ.Λ. αρνούνται να απαντήσουν.

Ενώ λοιπόν έχουν δουλέψει και συνεχίζουν να δουλεύουν με τις επιπτώσεις του αλκοολισμού, αποφεύγουν ν' αντιμετωπίσουν απευθείας τους αλκοολικούς γιατί, όπως αναφέρει ο Krimmel (1971), αισθάνονται από τη μια ότι η εκπαίδευση τους είναι ανεπαρκής ώστε ν' ανταποκριθεί στην πρόκληση και τα προγνωστικά θεραπείας από την άλλη είναι φτωχή. Η κύρια πολιτική των περισσότερων υπηρεσιών είναι ν' αποθαρρύνουν το προσωπικό να αναλάβει αλκοολικούς, γιατί είναι πολύ διαταραγμένοι ψυχικά ώστε ν' ανταποκριθούν στην βοήθεια μέσω της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομο. Έτσι τους παραπέμπουν σε ειδικές υπηρεσίες οι οποίες όμως σύμφωνα με τον συγγραφέα αντιμετωπίζουν ανυπέρβλητα εμπόδια οικονομικά, ελλείψεως προσωπικού και μικρής εμβέλειας, που δεν επιτρέπουν την ικανοποίηση των αναγκών του μεγάλου αριθμού των αλκοολικών που χρειάζονται βοήθεια.

Εκτός όμως από τις υπηρεσίες είναι οι ίδιοι οι Κ.Λ. που αισθάνονται ανασφαλείς και αβέβαιοι μπροστά στον αλκοολισμό. Η Leikin λέει ότι «η αντίδραση του Κ.Λ. προς τον αλκοολισμό μπορεί να δικαιωνίζεται από την έλλειψη εμπιστοσύνης ενός Κ.Λ. στον εαυτό του ως προς την ικανότητά του να διαγνώσει ή να θεραπεύσει την ασθένεια».

Ο ένας βασικός λόγος γι' αυτήν την στάση είναι η επί χρόνια εμφάνιση του αλκοολισμού σαν κατεξοχήν φαρμακευτικό και κατ' επέκταση ιατρικό πρόβλημα που εναποτίθεται στους γιατρούς.

Ο άλλος μύθος που για καιρό τρομάζει τους Κ.Λ. είναι η άποψη ότι οι αλκοολικοί μπορούν να βοηθηθούν μόνο με την ομαδική προσέγγιση (Krimmel 1979).

Άλλες δυσκολίες στην αντιμετώπιση του αλκοολικού είναι η ανάγκη μακρόχρονης θεραπείας και η απογοήτευση που εισπράττεται από την συχνή αποτυχία απόλυτης θεραπείας.

Ωστόσο σύμφωνα με το συγγραφέα όλοι αυτοί οι φόβοι είναι ασήμαντοι, ενώ αντίθετα η δυνατή προσφορά των Κ.Λ. μπορεί να γίνει σημαντική.

Από την άλλη, επειδή συνήθως ο αλκοολισμός συνοδεύεται και από άλλα προβλήματα κοινωνικά, οικονομικά, ψυχολογικά ή υγείας, ο κάθε Κ.Λ. στην υπηρεσία που εργάζεται. θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος ν' αντιμετωπίσει τα δευτερεύοντα αυτά προβλήματα, που ο ίδιος ο αλκοολικός ή η οικογένειά του συναντά και οι ειδικές υπηρεσίες δεν είναι πάντα σε θέση ν' αντιμετωπίσουν.

Οι υπηρεσίες στις οποίες ο Κ.Λ. μπορεί να συναντήσει τον αλκοολικό είναι οι:

1. Κοινωνικές υπηρεσίες που δουλεύουν με νέους και ηλικιωμένους, υπηρεσίες επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης, ή υπηρεσίες οικογένειας, μπορεί να συναντήσουν προβλήματα που σχετίζονται με τον αλκοολισμό άμεσα ή έμμεσα. Ο Κ.Λ. εκεί θα χρειαστεί να δουλέψει με τον/τη σύζυγο του αλκοολικού ή τα παιδιά του, αλλά και με τον ίδιο που έρχεται με αίτημα για ανεύρεση δουλειά, για επιδότηση ή ό,τι άλλο.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν μπορεί να γίνει παραπομπή σε ειδικές υπηρεσίες, αφού τα αιτήματα του αλκοολικού ή της οικογένειας του είναι διαφορετικά, ενώ σίγουρα μπορεί να γίνει δουλειά για τον αλκοολισμό που υποβόσκει ξεκινώντας έστω από τα έμμεσα αιτήματα που υπάρχουν.

2. Νοσοκομεία, όπου έρχονται για νοσηλεία ασθενείς με γαστρεντερικά προβλήματα, νευρικές διαταραχές, προβλήματα στο στομάχι, στο συκώτι κ.ά. που στην πραγματικότητα είναι καμουφλαρισμένος αλκοολισμός. Οι κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων θα πρέπει να βοηθούν στην αποτελεσματική αποκατάσταση αυτών των ασθενών πέρα από την ιατρική, την κοινωνική, τη συμπεριφεριολογική, την οικογενειακή, ή και την επαγγελματική, ώστε ν' αποφευχθεί επαναφορά του ασθενή στην αιτία της εισαγωγής του στο νοσοκομείο, το ποτό.

3. Δικαστήρια – Υπηρεσία Επιμελητών Ανηλίκων, όπου συχνά Κ.Λ. αναλαμβάνουν περιπτώσεις ανθρώπων που εκτός των άλλων παραπτώματων που τους οδήγησαν εκεί, υποφέρουν και από αλκοολισμό. Σε τέτοιες περιπτώσεις η συμβολή του Κ.Λ. είναι αναγκαία προκειμένου να πάψει ο φυλακισμένος να πέφτει συνεχώς στον φαύλο κύκλο, που θα τον επαναφέρει στα δικαστήρια.

4. Βιομηχανίες. Το κόστος του αλκοολισμού στις βιομηχανίες είναι πολύ μεγάλο με αποτέλεσμα οι Κ.Λ. που εργάζονται εκεί να δουλεύουν συχνά

με αλκοολικούς εργαζόμενους που η απόδοσή τους δεν ικανοποιεί τον εργοδότη τους και αντιμετωπίζουν το φόβο απόλυσης που θα έχει άμεσο αντίκτυπο στην υπόλοιπη ζωή του εργάτη και ίσως θα συμβάλλει στη χειροτέρευση του αλκοολισμού του.

5. Σχολεία. Οι σχολικοί Κ.Λ. συχνά έρχονται σε επαφή με τ' αποτελέσματα του αλκοολισμού των γονέων πάνω στα παιδιά των οποίων η συμπεριφορά αποτελεί το αντίκτυπο της κατάστασης που επικρατεί στο σπίτι.

Το πρόβλημα λοιπόν, του αλκοολισμού υπάρχει παντού γύρω μας και οι Κ.Λ. δεν μπορούν να συνεχίσουν ν' αποφεύγουν την ενασχόληση μ' αυτό, όσο το φαινόμενο θ' αυξάνεται και οι πιθανότητες να παρουσιαστεί και στις μη ειδικές υπηρεσίες που εργάζονται, μεγαλώνουν.

Από την άλλη υπάρχουν και οι ειδικές υπηρεσίες για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του αλκοολισμού όπου οι Κ.Λ. καλούνται να λειτουργήσουν στους αντίστοιχους ρόλους συμμετέχοντας στις ομάδες των ειδικών θεραπειών. Η πείρα που κερδίζεται με τον χρόνο ενασχόλησης με αλκοολικούς και τις οικογένειές τους και μερικές φορές η ειδική εκπαίδευση μέσω παρακολούθησης σεμιναρίων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων συχνά και στο εξωτερικό, βοηθούν τους Κ.Λ. να αισθανθούν πιο άνετα και πιο σίγουρα απέναντι στην ευθύνη θεραπείας ενός αλκοολικού.

Ο Φ. Ζαφειρίδης (1986) αναφέρει τους Κ.Λ. ανάμεσα σε άλλους ειδικούς και μη, που στάλθηκαν στο εξωτερικό για εκπαίδευση, ώστε να είναι έτοιμοι να συμμετάσχουν στο θεραπευτικό προσωπικό του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Υπάρχουν επίσης μέθοδοι θεραπείας όπως η συμπεριφοριστική των Hunt και Azrin (1973) που σκοπό έχει την ενίσχυση στην κοινότητα και όπου ο Κ.Λ. έχει σίγουρα ένα σημαντικό ρόλο να διατελέσει (B. Hudson 1982). Οι υπηρεσίες που προσφέρονται σε ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι ένα club πρώην αλκοολικών που βρίσκονται σε αποχή και βοηθούνται μέσα σ' αυτό να βρουν δουλειά, ν' αποκτήσουν με δάνειο μέσο μεταφοράς και άλλα καταναλωτικά αγαθά, καθώς και να ανασυστήσουν τις οικογένειές τους και τις σχέσεις τους με το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Κοινωνικοί λειτουργοί επίσης υπάρχουν ανάμεσα στο θεραπευτικό προσωπικό όλων σχεδόν των θεραπευτικών προγραμμάτων που λειτουργούν στην Ελλάδα.



Ποια είναι όμως τα μέσα και οι μέθοδοι που ο Κ.Λ. πρέπει να εφαρμόσει στη θεραπευτική προσέγγιση του αλκοολικού;

#### 1. Κοινωνική Εργασία Με Άτομο

Το πρώτο που πρέπει να καταφέρει ο Κ.Λ., σύμφωνα με την Κοινωνική Εργασία με Άτομο, είναι να πείσει τον αλκοολικό να δεχτεί τη θεραπεία που σημαίνει να παραδεχτεί το πρόβλημα. Οι αλκοολικοί αναπτύσσουν ένα πολύπλοκο δίκτυο μηχανισμών άμυνας με υπερισχύουσα την άρνηση που τους προστατεύει από την ενοχή, το φόνο, τον ψυχικό πόνο, το θυμό, το άγχος, (Leikin, 1986). Για τον αλκοολικό, το να του ζητηθεί να σταματήσει το ποτό είναι σαν να του ζητείται να εγκαταλείψει το μοναδικό του στήριγμα. Για να πεισθεί γι' αυτό πρέπει να του δοθεί ένα άλλο στήριγμα μέσα από την σχέση με τον ίδιο τον Κ.Λ.

Ο Krimmel (1971) αναφέρει τα εξής προσόντα που πρέπει να έχει καθένας που προσπαθεί να βοηθήσει τον αλκοολικό:

1. Ν' αναγνωρίζει την ανάγκη για επιτυχία, ενώ η θεραπεία από τον αλκοολισμό θα σημαδευτεί από απογοητεύσεις και αποτυχίες.

2. Η ικανότητα ν' αντιμετωπίζει τις απαιτήσεις εξαιρετικά εξαρτημένων ατόμων χωρίς να γίνεται ούτε υπερ-καθοδηγητικός, ούτε απορριπτικός.

3. Η ικανότητα να θέτει ρεαλιστικά επίπεδα στις βλέψεις του για τα θεραπευτικά επιτεύγματα του ασθενή του.

4. Η ικανότητα να δέχεται εχθρότητα και απόρριψη από τον ασθενή και να παραμένει υποστηρικτικός στη σχέση.

Η σχέση που θα δημιουργηθεί μεταξύ Κ.Λ. και αλκοολικού δε θα πρέπει να τρομάζει τον Κ.Λ. περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη σχέση Κ.Λ. – πελάτη. Στην πραγματικότητα δεν είναι σε τίποτα διαφορετική εκτός ίσως από το ότι απαιτεί από το θεραπευτή περισσότερη ακόμα αποδοχή και υποστήριξη προς τον πελάτη – αλκοολικό. Η γνώση ότι κάποιος νοιάζεται είναι η πιο επείγουσα ανάγκη πολλών αλκοολικών και το ότι τώρα για πρώτη φορά κάποιος ενδιαφέρεται για το τι το ποτό σημαίνει γι' αυτόν είναι ένα σημείο που μπορεί να κάνει τη σχέση να εδραιωθεί (Krimmel, 1971).

Ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει ότι ο Κ.Λ. για να βοηθήσει τον αλκοολικό να παρατήσει το ποτό πρέπει να ασκήσει κοινωνική εργασία με άτομο δηλαδή:

- 1) Να τον βοηθήσει να αισθανθεί αξιόλογο ανθρώπινο ον.
- 2) Να τον βοηθήσει ν' αφήσει την άρνηση και ν' αντικρίσει την πραγματικότητα.
- 3) Τέλος να τον βοηθήσει να μάθει να ζει νηφάλιος, που σημαίνει να μάθει να ζει μ' ένα εντελώς καινούριο τρόπο ζωής χωρίς υποκατάστατα και εξωτερικά στηρίγματα.

Τα αποτελέσματα της θεραπευτικής προσέγγισης του αλκοολικού από τον Κ.Λ. δεν θα είναι πάντα τα επιθυμητά. Ωστόσο, όπως και ο Kimmel (1971) αναφέρει, η απόλυτη αποχή δεν πρέπει να είναι το μέτρο της επιτυχίας σε όλες τις περιπτώσεις.

Θα υπάρξουν περιπτώσεις για παράδειγμα που η μείωση της κατανάλωσης ή της εισαγωγής σε νοσοκομεία, πρέπει να θεωρηθούν επιτυχίες για τον Κ.Λ. που εργάστηκε μ' αυτές.

## 2. Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια

Η Leikin (εκλογή 1986) αναφέρει ότι οι θεραπευτικοί στόχοι του Κ.Λ. σύμφωνα με την κοινωνική εργασία με οικογένεια είναι : 1) Να βοηθήσει τον αλκοολικό και τα μέλη της οικογένειας του να δεχτούν την πραγματικότητα, 2) Να βοηθήσει όλους τους ενδιαφερόμενους να δεχτούν ότι ο αλκοολισμός είναι το πρωταρχικό πρόβλημα, 3) Να εμπνεύσει ένα αίσθημα ελπίδας για αποθεραπεία και στον αλκοολικό και στην οικογένεια.

Από την άλλη υπάρχει πάντα κοινωνική εργασία με οικογένεια που ο Κ.Λ. θα δουλέψει μαζί της ακόμα και αν ο αλκοολικός αρνηθεί τη θεραπεία. «Η αποθεραπεία μιας οικογένειας μπορεί τελικά να προκαλέσει έναν αλκοολικό ν' αρχίσει κι αυτός θεραπεία. Όταν η οικογένεια αρχίζει ν' αλλάζει τα υπάρχοντα πρότυπα, η ισορροπία της διασπάται, πράγμα που μπορεί να προκαλέσει τον αλκοολικό να δράσει», Leikin (Εκλογή 1986).

Τα μέλη της οικογένειας ενός αλκοολικού μπορούν να βοηθηθούν προς δύο κατευθύνσεις. Από τη μία να μάθουν τα πάντα σχετικά με το πρόβλημα, ώστε ν' απαλλαγούν από αισθήματα θυμού, ενοχής ή απελπισίας. Από την άλλη να βοηθηθούν ν' απομακρύνουν το ενδιαφέρον τους αποκλειστικά από τον αλκοολικό, να ξαναποκτήσουν την αυτοεκτίμηση και την δημιουργικότητά τους.

Για τον Κ.Λ., λοιπόν, υπάρχει ρόλος εξίσου σημαντικός με

οποιοδήποτε άλλου ειδικού, στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού και των συνεπειών του, προληπτικά, διαγνωστικά, θεραπευτικά. Όταν πάψουν οι ίδιοι οι Κ.Α. αρχικά και οι υπηρεσίες στις οποίες δουλεύουν έπειτα, να αισθάνονται ανήμποροι απέναντι στο φαινόμενο, τότε και οι ίδιοι οι αλκοολικοί θα έχουν βρει περισσότερους δρόμους διεξόδου και ελπίδας.

Ας δούμε για το τέλος, μία απρόβλεπτη πλευρά του θέματος, την άλλη όψη του νομίσματος. Το περιοδικό "Social Work" των Ηνωμένων Πολιτειών δημοσίευσε άρθρο των Fewell, King, Weinstein με τίτλο, «Αλκοόλ και άλλες εξαρτήσεις μεταξύ των Κ.Α. και των οικογενειών τους. Επίδραση στην εξάσκηση του επαγγέλματος».

Το άρθρο παρουσιάζει τα αποτελέσματα έρευνας του 1987 στα μέλη της πολιτείας της Νέας Υόρκης του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικών Λειτουργιών.

Σ' αυτήν την έρευνα ερωτήθηκαν 198 μέλη δειγματοληπτικά και απ' αυτούς το 43% ανέφερε ότι ήξερε τουλάχιστον έναν ή περισσότερους Κ.Α. με πρόβλημα αλκοολισμού ή άλλου ναρκωτικού. Απ' αυτό το 43% που γνώριζε κάποιο συνάδελφο με πρόβλημα εξάρτησης, το 21% ανέφερε ότι το πρόσωπο αυτό κατείχε εποπτική ή άλλη ανώτερη θέση. Επίσης από το 43% οι μισοί περίπου ανέφεραν ότι είχαν προσπαθήσει να μιλήσουν με τον συνάδελφο για το πρόβλημα ή όσοι ανέφεραν ανώτερο, προσπάθησαν να μιλήσουν σε κάποιον στην οργάνωση γύρω από το πρόβλημα που μπορεί να υπάρχει.

Όσον αφορά την οικογένεια και φίλους το 60% των απαντητών δήλωσαν ότι είχαν στενούς φίλους ή συγγενείς που είχαν πρόβλημα αλκοολισμού ή άλλης εξάρτησης, που όπως δήλωσαν ειδικά όσοι είχαν αλκοολικούς γονείς ή συζύγους επηρεάστηκαν σημαντικά στην δουλειά τους.

Η κοινωνική εργασία, σύμφωνα με το άρθρο, έχει δείξει σε σχέση με άλλα επαγγέλματα, αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ύπαρξη αλκοολισμού και άλλων εξαρτήσεων μέσα στο επάγγελμα, από ενδιαφέρον και επιθυμία να βοηθηθούν οι συνάδελφοι στο αρχικό επίπεδο και επίσης από ενδιαφέρον για τους πελάτες που εξυπηρετούνται. Έτσι σε πολλές πολιτείες μέλη του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικών Λειτουργιών των Η.Π.Α. έχουν οργανωθεί επιτροπές που ασχολούνται με το θέμα. Στην Ν.Υ. έχει οργανωθεί από το 1979 Επιτροπή Αλκοολισμού και Άλλων Εξαρτήσεων, που παρέχει συμβουλές και πληροφορίες σε Κ.Α. που έχουν πρόβλημα ή σε συναδέλφους τους που

ενδιαφέρονται.

Η τελευταία αυτή αναφορά δίνει μια άλλη διάσταση στο θέμα, την απλή και ανθρώπινη, ρίχνοντας φως σε δύο κατευθύνσεις. Από τη μία, σύμφωνα με την κοινωνική εργασία σε κοινότητα (Κ.Ε.Κ.), φανερώνεται ο αλκοολισμός όπως πράγματι είναι πρόβλημα που αφορά όλους, ακόμα και μας τους ίδιους ή το άμεσο περιβάλλον μας, όχι μόνο τους άλλους. Από την άλλη εμφανίζεται η ανθρώπινη πλευρά των ειδικών που παρά την επιστημονική μας κατάρτιση δεν παύουμε να είμαστε άνθρωποι ευάλωτοι, ευπρόσβλητοι από προβλήματα, διαταραχές, δυσλειτουργίες και αυτή η εικόνα μας, βοηθάει στην καλύτερη προσέγγιση και κατανόηση της εξίσου ευάλωτης ανθρώπινης πλευράς των πελατών μας.

## Κεφάλαιο Πέμπτο

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της εργασίας ήταν να ασχοληθεί με τις συνέπειες του αλκοολισμού στους εφήβους. Μέσα όμως από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και τις έρευνες διαπιστώσαμε πως τα αλκοολικά άτομα διακατέχονται από ιδιαίτερα έντονα χαρακτηριστικά. Αυτά είναι:

Το συναίσθημα του ανικανοποίητου, η συναισθηματική χαλάρωση (καθήλωση), η ανωριμότητα, η ευαισθησία που είναι σε μερικά άτομα έντονα.

Η περιέργεια και η τάση της κοινωνίας μας να μεταβάλλει σε «μόδα» κάτι καινούριο και παράξενο ή επικίνδυνο και τολμηρό. Υπάρχουν άτομα που δοκιμάζουν απλώς και μόνο για να αποκτήσουν *την σχετική εμπειρία*. Και ασφαλώς ορισμένα απ' αυτά, αν όχι αρκετά ή πολλά δεν κατορθώνουν να μην ξαναδοκιμάσουν.

Σε συνάρτηση με την νοοτροπία «μόδας» βρίσκεται μια άλλη ομάδα παραγόντων χρήσης αλκοόλ, είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με την *τάση προσαρμογής* ορισμένων ατόμων σε κάποια ομάδα φίλων ή γνωστών με τους οποίους συνδέονται και οι οποίοι κάνουν χρήση για διάφορους λόγους.

Για άλλους εφήβους κυρίως, *αποτυχίες και απογοητεύσεις* γίνονται αιτίες προσφυγής τους στην χρήση αλκοόλ. Και οι αποτυχίες αυτές μπορεί να είναι στο σχολείο, στην οικογένεια, στο επάγγελμα. Έτσι νομίζουν ότι αποφεύγουν τον ψυχικό πόνο και την στεναχώρια.

*Οι πιέσεις* για καλύτερη και κυρίως για άριστη επίδοση που γίνονται πολλές φορές άμεσα ή έμμεσα από τους γονιούς ή τους δασκάλους, μπορούν να οδηγήσουν στη χρήση αλκοόλ.

Οι έφηβοι διακατέχονται από *ανασφάλεια* η οποία θεωρείται ψυχική κατάσταση εφηβικής ηλικίας. Αυτή η ανασφάλεια συνδυασμένη με εσωτερικές

συγκρούσεις, σπρώχνει τους εφήβους στην χρήση αλκοόλ. Οι συγκρούσεις αυτές αποτελούν βέβαια φυσιολογική κατάσταση στην εφηβική ηλικία.

Πολλά άτομα, κυρίως σε μεγάλες πόλεις, κατά την *αναζήτηση επικοινωνίας* φτάνουν στην χρήση αλκοόλ είτε μέσω παρέας μπροστά στο *άγχος απομόνωσης*, είτε ακριβώς από το άγχος που δημιουργείται στην μοναξιά τους την οποία νομίζουν ότι υπερνικούν.

Το άγχος της ζωής γενικά που στην εποχή μας δημιουργείται τόσο εύκολα και αυτόματα από την έλλειψη χρόνου (κυρίως στις μεγαλουπόλεις) και την υπερβιασύνη καθώς και από την έλλειψη επαρκών οικονομικών μέσων και σύγχρονα την αύξηση των αναγκών μας, οδηγεί επίσης το αλκοόλ. Και ασφαλώς όχι μόνο τους εφήβους.

Η αποχή από ουσίες εμφανίζει θετική συσχέτιση με την ψυχοκοινωνική βελτίωση του αλκοολικού αλλά η σχέση αυτή δεν είναι αμετάβλητη. Αρκετά άτομα παρά την σταθερή αποχή τους από τις ουσίες, παραμένουν άνεργοι και συνεχίζουν να έχουν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα και δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και σε πολλές περιπτώσεις την χρήση ουσιών την υποκαθιστά η εξάρτηση από το *οινόπνευμα*.

Μολονότι κανένα είδος θεραπευτικής αντιμετώπισης δε φαίνεται ξεκάθαρα να υπερέχει έναντι των υπολοίπων, οι αλκοολικοί που ακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα φαίνεται ότι έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτούς που δεν ακολούθησαν κανένα.

Η λεπτομερής εκτίμηση της κατάστασης κάθε αλκοολικού φαίνεται να είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαμόρφωση και την εφαρμογή κάθε θεραπευτικής τεχνικής και κάθε θεραπευτική προσπάθεια θα πρέπει να προσαρμόζεται στα μέτρα του συγκεκριμένου χρήστη.

Οι έφηβοι χρήστες αλκοολικοί με μικρό ιστορικό χρήσης έχουν καλύτερη πρόγνωση σχετικά με την αποχή και περισσότερες πιθανότητες για κοινωνική επανένταξη.

Οι γνωστικοί μηχανισμοί, οι συναισθηματικές διαταραχές, η διαθεσιμότητα των ουσιών, η κοινωνική πίεση και η απομάκρυνση από το προστατευτικό θεραπευτικό περιβάλλον είναι από τους πλέον συχνούς παράγοντες που κάνουν τους αλκοολικούς να ξαναρχίζουν τις ουσίες.

Η πολιτεία δεν αντιμετωπίζει το πρόβλημα κατάλληλα. Επικεντρώνεται μόνο στη θεραπεία του αλκοολισμού χωρίς όμως να υπάρχουν κατάλληλα κέντρα αποτοξίνωσης τα οποία πρέπει να είναι επανδρωμένα με επιστημονικό προσωπικό (ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, παθολόγοι) και να βοηθούν στη θεραπεία του αλκοόλ, στην κοινωνική και επαγγελματική του επανένταξη καθώς και στην αντιμετώπιση του αλκοόλ από τις οικογένειες με αλκοολικό άτομο.

Η πολιτεία δεν παίρνει μέτρο πρόληψης, δηλώνοντας έτσι με τη στάση αυτή ότι δεν θεωρεί τον αλκοολισμό μάλιστα όπως τα ναρκωτικά στα οποία δίνει μεγάλο βάρος πρόληψης με ενημερωτικά διαφημιστικά και συζητήσεις στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Αδυναμία παρατηρείται στο ότι τα θεραπευτικά προγράμματα δεν οργανώνουν αποτελεσματικά την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου ως προς τη δουλειά που πραγματοποιούν. Έτσι ώστε οι απλοί πολίτες δεν γνωρίζουν την προσφορά τους, το πρόγραμμα ακόμη και την ύπαρξη τους.

Τέλος, ένα μεγάλο ποσοστό εφήβων όπως επίσης και νεολαίας καταφεύγει στο αλκοόλ με οδυνηρές συνέπειες.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι προτάσεις που παραθέτουμε είναι οι εξής:

Στην προσπάθεια αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτημένων ατόμων είναι χρήσιμο και αποτελεσματικό να προτείνονται από το θεραπευτή αρχικά βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι θεραπευτικοί στόχοι, που να είναι εύκολοι και αποδεκτοί από το χρήστη και να παρέχουν τη δυνατότητα να αναπτυχθεί μια σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο. Έτσι θα δοθεί η ευκαιρία να τεθούν μελλοντικά πιο ουσιαστικοί μακροχρόνιοι στόχοι, ώστε να μην να τρομάξουν τον αλκοολικό και να βλάψουν τη σχέση του με τον θεραπευτή εάν δεν είχαν προταθεί από την αρχή. Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία αποτελεί πάντα το κλειδί για κάθε θεραπευτική προσπάθεια και δε φαίνεται να υπάρχει ένας και μόνος τρόπος αντιμετώπισης για όλους τους Αλκοολικούς.

Η θεραπεία σε εξωτερική βάση είναι σημαντική και αποτελεσματική μόνο με την αντιμετώπιση σε ενδονοσοκομειακό επίπεδο ή σε θεραπευτική κοινότητα.

Σημαντικό ρόλο κατά την γνώμη μας, έπαιξε ο νόμος ο οποίος απαγορεύει την παροχή ΑΛΚΟΟΛ σε ανήλικα άτομα.

Στα θεραπευτικά προγράμματα θα πρέπει να γίνεται διάκριση ανάλογα με τον τύπο της ουσίας και τον τρόπο χρήσης της για να υπάρχει αποτελεσματικότητα.

Οι εσφαλμένες προσδοκίες από την χρήση Αλκοόλ μπορεί να προέρχονται από εσφαλμένες πληροφορίες ή από πλήρη έλλειψη σχετικής πληροφόρησης άρα ένα σημαντικό κομμάτι θα πρέπει να είναι η ενημέρωση γύρω από την ΠΡΟΛΗΨΗ ,η οποία θα πρέπει να ξεκινά από το σχολείο με την σωστή ενημέρωση των παιδιών και των γονιών τους από ειδικούς για να αποτραπούν τα “φαινόμενα του Αλκοολισμού “ όπως επίσης και οι



συνέπειες που θα προκύψουν στην υγεία του εφήβου, στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στην μελλοντική του ζωή.

Για να βελτιωθεί η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο έφηβος αλκοολικός, θα πρέπει να συντρέξουν κάποιοι παράγοντες, όπως είναι η καλή κοινωνική προσαρμογή(επανεένταξη-αποφυγή στιγματισμού),η ύπαρξη εργασίας, το σταθερό συγγενικό περιβάλλον ,η μικρού βαθμού παραπρωματικότητα, η έλλειψη συναναστροφών με άλλους χρήστες και η απουσία συνοδού ψυχοπαθολογίας.

Η ψυχοπαθολογία του χρήστη παίζει σημαντικό διαμορφωτικό ρόλο στην έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να υπάρχει κάποιος ειδικός προγνωστικός παράγοντας σχετικός με την πρώιμη απομάκρυνση του αλκοολικού από το θεραπευτικό πρόγραμμα αλλά να του δίνεται και η δυνατότητα να μπορεί όποτε επιθυμεί να ζητήσει ψυχολογική ή οποιαδήποτε άλλη υποστήριξη για να μην υποτροπιάσει πάλι στην εξάρτηση του για το αλκοόλ.

Επίσης, έχουμε παρατηρήσει ότι οι υπάρχουσες υπηρεσίες είναι ποσοτικά ανεπαρκείς, με ανορθολογική γεωγραφική κατανομή και περιορισμένο αριθμό επαγγελματικού προσωπικού για να δεχτούν τον συνεχώς διογκούμενο αριθμό χρηστών. Θα πρέπει το ίδιο το κράτος να πάρει σημαντικά μέτρα για να μειωθεί ο αριθμός αυτών και να δίνεται η δυνατότητα σε άτομα που είναι μακριά από τις μεγαλουπόλεις.

Σε κάθε πρόγραμμα είναι αναγκαία η με οποιαδήποτε τρόπο άμεση η έμμεση υποστήριξη και συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού έτσι ώστε να μπορεί να γίνει πραγματικότητα η θεραπεία των αλκοολικών με συστηματική και εξατομικευμένη επίβλεψη, εφόσον προσπελαθούν ορισμένα προβλήματα , τα οποία συνδέονται από την μια μεριά με βαθιές *προκαταλήψεις* και από την άλλη με την απουσία ειδικευόμενου προσωπικού. Ο ασφαλέστερος τρόπος αντιμετώπισης είναι η οργανωμένη παρέμβαση.

Θα πρέπει να αποφευχθούν οι «ετικέτες». Δηλαδή, να πάψει η κοινωνία να είναι προκατειλημμένη απέναντι σε κάθε απεξαρτημένο άτομο. Να σταθεί δίπλα του, να έχει την επιθυμία να το βοηθήσει να αντιμετωπίσει την νέα πραγματικότητα και να δημιουργήσει με ευχαρίστηση τις προϋποθέσεις για την επανένταξη του σε αυτήν και την επαγγελματική του αποκατάσταση.

Τα θεραπευτικά προγράμματα θα πρέπει να είναι πλαισιωμένα από κατάλληλα εκπαιδευμένα στελέχη, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, και εκπαιδευτικούς για την πρόληψη. Πρέπει να δώσουν μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και έπειτα στην αντιμετώπιση της εξάρτησης. Εάν υπήρχε στο παρελθόν η σωστή ενημέρωση, η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλους φορείς τότε θα είχαν ξεκινήσει διάφορα προγράμματα σε επίπεδο τοπικής κοινότητας.

Στο σχολείο να προωθηθούν δραστηριότητες, εκδηλώσεις εξωσχολικές και κάθε τι που θα επιτρέψει στα παιδιά να φανερώσουν τις δυνατότητες τους.

Να γίνει αντικειμενική, σοβαρή και υπεύθυνη πληροφόρηση, σε όλους τους τομείς, σχολεία πανεπιστήμια από άτομα ειδικά εκπαιδευμένα για ομιλίες πρόληψης.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να προβάλλουν τακτικές ενημερωτικές εκπομπές.

Αύξηση κονδυλίων για προγράμματα. Επίσης, το κράτος να αποστείλει στο εξωτερικό άτομα ώστε να μεταφέρουν στην Ελλάδα, ιδέες και προτάσεις που μπορούν να υλοποιηθούν στη χώρα μας.

---

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α- ΣΤ**

---

# Παράρτημα Α

## Μέγεθος Γραμμάτων

Αριθ.43500/5691 (ΦΕΚ Β' 1055 12.8.2002) Μέθοδοι διαπίστωσης χρήσης οινόπνευματος, τοξικών ουσιών και φαρμάκων από οδηγούς κατά την οδήγηση οχημάτων, καθώς και από πεζούς που εμπλέκονται σε τροχαία ατυχήματα.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ -  
ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ -  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ

Εχοντας υπόψη

1. Τις διατάξεις του άρθρου 42 του Ν.2696/1999 (Α 57) "Κύρωση Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας" όπως αυτό τροποποιήθηκε με το άρθρο 43 του Ν.2963/2001 (Α 268).
2. Τις διατάξεις του άρθρου 29Α του Ν.1558/1985 "Κυβέρνηση και κυβερνητικά όργανα" (Α 137), το οποίο προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν.2469/1997 (Α 38).
- 3, Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της παρούσας απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, αποφασίζουμε

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

### ΕΠΙΤΡΕΠΟΜΕΝΑ ΟΡΙΑ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

#### ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΟΔΗΓΩΝ

##### Άρθρο 1

1. Απαγορεύεται η οδήγηση επιβατηγών αυτοκινήτων δημόσιας χρήσης (ΕΔΧ), φορτηγών αυτοκινήτων με μέγιστο επιτρεπόμενο βάρος μεγαλύτερο των 3,5 τόνων, σχολικών και λοιπών κατηγοριών λεωφορείων, ασθενοφόρων, οχημάτων μεταφοράς επικίνδυνων εμπορευμάτων) μοτοσικλετών και μοτοποδηλάτων, από οδηγό στον οργανισμό του οποίου υπάρχει οινόπνευμα σε ποσοστό μεγαλύτερο από 0,20 γραμμάρια ανά λίτρο αίματος (0,20gr/l), μετρούμενο με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή από 0,10 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα και άνω, όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου.

Η αυτή απαγόρευση ισχύει και για την οδήγηση οχήματος οποιασδήποτε κατηγορίας, από οδηγό που είναι κάτοχος αδείας οδήγησης επί χρονικό διάστημα μικρότερο των δύο ετών.

2. Η διαπίστωση της ύπαρξης οινόπνευματος στον οργανισμό του οδηγού γίνεται με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή με συσκευή αλκοολομέτρου από τον εκπνεόμενο αέρα, σύμφωνα με τα διαλαμβανόμενα στις διατάξεις του άρθρου 42 του Ν. 2696/1999 (Α' 57) όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 2 του άρθρου 43 του Ν. 2963/2001.

3. Στους οδηγούς της παρ. 1 του παρόντος άρθρου και μόνο για το πρόστιμο των εκατόν σαράντα έξι ευρώ και 74 λεπτά, (146,74), που προβλέπει η διάταξη της παραγράφου 7α του άρθρου 42 του Ν. 2696/1999 όπως ισχύει, τούτο επιβάλλεται αν η μέγιστη συγκέντρωση οινοπνεύματος κυμαίνεται από 0,20 έως 0,80 γραμμάρια ανά λίτρο αίματος, μετρούμενη με τη μέθοδο της αιμοληψίας και σε 0,10 έως 0,40 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα, όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου.

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

### Επιστημονικοί τρόποι

και διαδικασία διαπίστωσης της χρήσης οινοπνεύματος,

τοξικών ουσιών και φαρμάκων

#### Άρθρο 2

Εξέταση υπόπτων (οδηγών -πεζών) χρήσης οινοπνεύματος

1. Στην περίπτωση που οι αρμόδιοι ανακριτικοί υπάλληλοι ή αυτοί που ορίζονται με διαταγές των Υπηρεσιών τους, είναι εφοδιασμένοι με τα προβλεπόμενα από την παρούσα ηλεκτρονικά μέσα, για εξέταση των υπόπτων χρήσης οινοπνεύματος, προβαίνουν άμεσα σε εξέταση τούτων. Σε αντίθετη περίπτωση, εφόσον σε οποιαδήποτε από τα αρμόδια όργανα εφαρμογής των διατάξεων του ΚΟ. Κ., δημιουργούνται υπόνοιες από τον τρόπο ομιλίας, οσμής οινοπνεύματος, βαδίσματος, κ.λπ. ότι οδηγοί ή πεζοί χρησιμοποίησαν οινοπνευματώδη ποτά πριν ή κατά τον χρόνο της οδήγησης ή του ατυχήματος, προβαίνουν στις απαραίτητες ενέργειες για την εξέτασή τους.

2. Η εξακρίβωση, χρήσης οινοπνεύματος από οδηγούς κατά την οδήγηση οχημάτων και σε περιπτώσεις τροχαίων ατυχημάτων από οδηγούς και πεζούς, γίνεται είτε με ηλεκτρονική αλκοολομετρική συσκευή είτε με αιμοληψία.

---

#### Άρθρο 3

Εξέταση με ηλεκτρονική αλκοολομετρική συσκευή.

1. Ο προσδιορισμός του οινοπνεύματος στον εκπνεόμενο αέρα, γίνεται με τη χρήση ηλεκτρονικών συσκευών, οι οποίες έχουν πιστοποιηθεί από αρμόδιο φορέα χώρας της Ε.Ε.

Με τις παραπάνω συσκευές διαπιστώνεται η συγκέντρωση του οινοπνεύματος στον εκπνεόμενο αέρα. Αυτές εκτυπώνουν το αποτέλεσμα του ελέγχου, καταγράφοντας σε διπλή τουλάχιστον χαρτοταινία το ποσοστό οινοπνεύματος στον εκπνεόμενο αέρα, που εκφράζεται σε χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα την ημερομηνία, την ώρα, τον αριθμό του οργάνου, τον αύξοντα αριθμό του ελέγχου και την ημερομηνία και ώρα της τελευταίας

βαθμονόμησης.

Στην ταινία αυτή ο ανακριτικός υπάλληλος συμπληρώνει τα στοιχειαελεγχόντων και ελεγχόμενου και τοντοπο ελέγχου. Η ταινία υπογράφεται από τους ανωτέρω και το ένα αντίτυπο αυτής παραδίδεται στον ελεγχόμενο. Οι ταινίες αποτελούν αποδεικτικό υλικό που συνοδεύει την έκθεση -πράξη βεβαίωσης παράβασης, που συντάσσεται από τον υπάλληλο.

Σε περίπτωση αδυναμίας ή άρνησης υπογραφής των αποτελεσμάτων της μέτρησης, από τον ελεγχόμενο, αρκούν μόνο οι υπογραφές των αστυνομικών υπαλλήλων οι οποίοι θα βεβαιώνουν, την αδυναμία ή άρνηση υπογραφής, καταχωρώντες σχετική εγγραφή στην οικεία θέση.

## 2. Τρόπος χειρισμού συσκευής

Ο χειριστής θέτει σε λειτουργία τη συσκευή και αφού διαπιστώσει την καλή λειτουργία της από τις ενδείξεις της οθόνης, τοποθετεί στην υποδοχή της συσκευής το επιστόμιο, αφού αφαιρέσει το προστατευτικό κάλυμμα. Το υπό εξέταση άτομο αφού πάρει μια βαθιά αναπνοή τοποθετεί το άκρο του επιστομίου στο στόμα του και φυσά δυνατά, έως ότου υπάρξει οπτική ένδειξη και ηχητική σήμανση της συσκευής ότι ο εκπνεόμενος αέρας είναι επαρκής για τη σωστή δειγματοληψία.

## 3. Δειγματοληψία

Η δειγματοληψία διενεργείται με επιστόμιο που χρησιμοποιείται μια μόνο φορά και με βαθμονομημένη συσκευή. Η βαθμονόμηση επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Η πρώτη δειγματοληψία γίνεται μετά την παρέλευση δέκα πέντε (15) λεπτών από την τελευταία λήψη οινοπνευματωδών ποτών, ώστε να μεσολαβήσει ο απαιτούμενος χρόνος για την απομάκρυνση του οινοπνεύματος από τη στοματική κοιλότητα. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι ο ελεγχόμενος βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος, τότε επαναλαμβάνεται ο έλεγχος μετά την παρέλευση δέκα πέντε (15) λεπτών από τον πρώτο.

Δύο (2) έως τρία (3) λεπτά πριν από την εξέταση, το υπό έλεγχο άτομο δεν πρέπει να καπνίζει.

Για την επιβολή των ποινικών και διοικητικών κυρώσεων στον ελεγχόμενο, λαμβάνεται υπόψη το αποτέλεσμα του δεύτερου δείγματος.

---

## Άρθρο 4

Ποσοτικός προσδιορισμός οινοπνεύματος στο αίμα.

### 1. Αιμοληψία

Σε περίπτωση θανατηφόρου τροχαίου ατυχήματος, λαμβάνεται υποχρεωτικά από τα θανόντα πρόσωπα, (οδηγούς και πεζούς), πάντοτε, αίμα για εξέταση, από δε

τους ζώντες, εάν δεν υπάρχουν ειδικοί παθολογικοί λόγοι που να το εμποδίζουν. Για την ύπαρξη ή μη των προβαλλομένων πιο πάνω λόγων, χρειάζεται ιατρική πιστοποίηση σύμφωνα με το άρθρο 42 παρ. 3 του Ν. 2963/2001. Στην περίπτωση που οι λόγοι αυτοί ευσταθούν, γίνεται χρήση των ηλεκτρονικών αλκοολομετρικών συσκευών ή άλλων επιστημονικά παραδεκτών οργάνων -μεθόδων.

Στα λοιπά ατυχήματα, λαμβάνεται αίμα μόνο στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η εξέταση των εμπλεκομένων με τις ηλεκτρονικές αλκοολομετρικές συσκευές.

Η εξέταση των εμπλεκομένων προσώπων, σε όλες τις περιπτώσεις, γίνεται με την ίδια μέθοδο με την οποία έγινε για το ένα από αυτά (είτε με αιμοληψία, είτε με τις συσκευές).

Εάν η λήψη αίματος γίνεται από πώμα, το αίμα λαμβάνεται από το υπάρχον μέσα στις κοιλότητες της καρδιάς μετά τη διάνοιξή της, λαμβάνονται δε 20ml από αυτό.

Η λήψη 10 ml αίματος διενεργείται πάντοτε, από ιατρό ή νοσηλευτικό προσωπικό υπό την επίβλεψη ιατρού και παρουσία του υπαλλήλου δια της φλεβοκεντήσεως της μεσοβασιλικής ή άλλης φλέβας, με προηγούμενη ασηψία του δέρματος με αντισηπτικό που δεν περιέχει καμία αλκοόλη ή αιθέρα. (π.χ. εξαχλωροφαίνιο ή άλλη αντίστοιχη αντισηπτική ένωση που θα αναφέρονται με σαφήνεια από τον ιατρό).

Το αίμα συγκεντρώνεται σε υποδοχέα ο οποίος αποτελείται από ένα φιαλίδιο ή δοκιμαστικό σωλήνα που κλείνεται στεγανά, έχει ετοιμασθεί με διάλυμα οξαλικών αλάτων (WIN- TROBE) προς παρεμπόδιση της πήξης του αίματος και περιέχει 0,05 του γραμμαρίου φθοριούχο νάτριο για την παρεμπόδιση της οξειδωσής του οιονοπνέυματος. Στη συνέχεια ο ιατρός διαμοιράζει ισομερώς το αίμα σε δύο από τα επιλεγέντα φιαλίδια (5 ml στο καθένα) και ανακινεί αυτά καλώς για να παρεμποδισθεί η πήξη του αίματος.

Κάθε υποδοχέας αποτελείται από ένα φιαλίδιο ή δοκιμαστικό σωλήνα που θα κλείνεται στεγανά και θα περιέχει επιπλέον των οξαλικών αλάτων και 0,05 του γραμμαρίου φθοριούχο νάτριο για την παρεμπόδιση της οξειδωσής του οιονοπνέυματος.

2. Συσκευασία και αποστολή του αίματος σε ειδικό εργαστήριο.

Μετά την αιμοληψία τα χρησιμοποιούμενα φιαλίδια ή δοκιμαστικοί σωλήνες (δείγματα) σφραγίζονται από το προσωπικό που διενήργησε την αιμοληψία, παρουσία πάντοτε του υπαλλήλου και του εξεταζόμενου και αποστέλλονται στην αρχή που ζήτησε την αιμοληψία, προκειμένου στη συνέχεια να αποσταλούν στο αρμόδιο εργαστήριο για εξέταση.

Σε κάθε φιαλίδιο ή δοκιμαστικό σωλήνα ο ιατρός επικολλά ετικέτα, στην οποία αναγράφει το ονοματεπώνυμο του ατόμου από το οποίο ελήφθη το αίμα και ένα ενδεικτικό αριθμό που παραπέμπει στο συνοδευτικό έγγραφο, το οποίο περιέχει λεπτομερή στοιχεία απαραίτητα στον τοξικολόγο.

Τα περιέχοντα το προς εξέταση αίμα φιαλίδια ή δοκιμαστικοί σωλήνες, συνοδεύονται από επίσημο στερεότυπο έγγραφο, στο οποίο αναγράφονται τα απαραίτητα στοιχεία για τη διενέργεια της εξέτασης (ονοματεπώνυμο, ημερομηνία, ώρα και τόπος ατυχήματος, ώρα και τόπος αιμοληψίας, ονοματεπώνυμο ιατρού και υπαλλήλου που παρέλαβε το δείγμα).

Από τα αποστελλόμενα δύο φιαλίδια αίματος, το μεν ένα χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό και ποσοτικό προσδιορισμό οιονοπνέυματος, το δε άλλο φυλάσσεται στα ψυγεία της αρμόδιας προς εξέταση υπηρεσίας, για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των τριών (3) μηνών από τη λήψη του αίματος.

Το δείγμα, σε άριστη και ασφαλή συσκευασία προς αποφυγή θραύσης ή αντικατάστασης των πειστηρίων αποστέλλεται το συντομότερο δυνατόν στο εργαστήριο. Μέχρι τότε διατηρείται σε ψυγείο και σε θερμοκρασία 20- 4°C.

Αρμόδια εργαστήρια για την ανάλυση του αίματος, προς καθορισμό της ληφθείσης ποσότητας οιονοπνέυματος, είναι τα εργαστήρια της Δ/νσης εγκληματολογικών ερευνών της Αστυνομίας, των ιατροδικαστικών Υπηρεσιών

της Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Πανεπιστημίων, όπως και κάθε άλλο που θα οριστεί με απόφαση των αρμοδίων φορέων.

3. Τεχνικές ανίχνευσης του οινοπνεύματος στο αίμα. Για το σκοπό του εντοπισμού και του ποσοτικού προσδιορισμού του οινοπνεύματος στο αίμα χρησιμοποιείται η μέθοδος της αέριας χρωματογραφίας (GLC) -Head Space καθώς και κάθε άλλη επιστημονικά αναγνωρισμένη μεθοδολογία.

## □ρθρο 5

### Εντοπισμός τοξικών ουσιών και φαρμάκων

1. Η διαπίστωση ύπαρξης τοξικών ουσιών ή φαρμάκων στα άτομα γίνεται ομοίως στα παραπάνω αρμόδια εργαστήρια με την ταυτόχρονη λήψη αίματος και ούρων.

2. Προς τούτο λαμβάνεται αίμα σε ποσότητα 20-30 ml μέσα σε αντιπηκτικές ουσίες (WINTROBE) και φθοριούχο νάτριο, διαμοιράζεται όπως παραπάνω και αποστέλλεται το ταχύτερο δυνατό στα εργαστήρια. Η αποστολή συνοδεύεται ομοίως, από λεπτομερές πρωτόκολλο δειγματοληψίας, στο οποίο αναφέρονται επιπλέον, τα στοιχεία του εξεταζομένου ατόμου, το βάρος, η ηλικία, όπως και κάθε σύντομο ιστορικό της κλινικής εικόνας του.

3. Ο εντοπισμός τοξικών ουσιών και φαρμάκων, γίνεται σε ποσότητα ούρων της τάξεως των 50 -100 ml, τα οποία έχουν ληφθεί εντός του τελευταίου 24ώρου, συλλέγονται δε και διαμοιράζονται μέσα σε δύο κοινούς ουροσυλλέκτες, που περιέχουν 10 ml τολουολίου το οποίο προστίθεται ως συντηρητικό. Για τη λήψη, συσκευασία και αποστολή των δειγμάτων των ούρων, ακολουθούνται διαδικασίες παρόμοιες με αυτές του αίματος, όπως αναφέρονται παραπάνω. Για τον προσδιορισμό των φαρμάκων ή των τοξικών ουσιών εκτελούνται προδοκιμαστικές αναλύσεις (screening tests) , κάνοντας χρήση δόκιμων επιστημονικών μεθόδων και στη συνέχεια τα θετικά αποτελέσματα επιβεβαιώνονται με χρωματογραφικές μεθόδους GLC, HPLC, καθώς επίσης και με κάθε άλλη επιστημονικά αναγνωρισμένη μέθοδο.

---

## □ρθρο 6

### Τελικές διατάξεις

1. Οι αρχές που αποστέλλουν δείγματα αίματος και ούρων για ανίχνευση οινοπνεύματος, υποχρεούνται να ανακοινώνουν εγγράφως στους ελεγχόμενους τα αποτελέσματα της εξέτασης. Ο ελεγχόμενος μπορεί εντός αποκλειστικής προθεσμίας πέντε (5) ημερών από τη γνωστολογία επίδοσης, να ζητήσει την





## Μέγεθος Γραμμάτων

ΦΕΚ Α'57 23.3.1999 ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘ.2696  
Κυρωση του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας.

---

### "Άρθρο 42 Οδήγηση υπό την επίδραση οινοπνεύματος, φαρμάκων ή τοξικών ουσιών

1. Απαγορεύεται η οδήγηση κάθε οδικού οχήματος από οδηγό, ο οποίος κατά την οδήγηση του οχήματος βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων που σύμφωνα με τις οδηγίες χρήσης τους ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανότητα του οδηγού. Ο ελεγχόμενος οδηγός θεωρείται ότι βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος όταν το ποσοστό αυτού στον οργανισμό είναι από 0,50 γραμμάρια ανά λίτρο αίματος (0,50 gr./l) και άνω, μετρούμενο με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή από 0,25 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα και άνω, όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Δημόσιας Τάξης και Μεταφορών και Επικοινωνιών μπορεί να ορισθεί και μικρότερο ποσοστό από το αναφερόμενο στο προηγούμενο εδάφιο, να καθοριστούν ειδικές κατηγορίες οδηγών με μικρότερα ποσοστά, προσαρμοζόμενων αναλόγως και των ορίων της παραγράφου 7, να εξειδικεύονται τα όρια τοξικών ουσιών ή φαρμάκων της παρούσας παραγράφου που ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανότητα του οδηγού και να καθορίζονται οι επιστημονικοί τρόποι και η διαδικασία διαπίστωσης της χρήσης οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων κατά τις παραγράφους του παρόντος άρθρου, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια.
2. Τα αρμόδια αστυνομικά και λιμενικά όργανα μπορούν κατά περίπτωση να ασκούν έλεγχο για τη διαπίστωση ύπαρξης, στον οργανισμό των οδηγών, οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων κατά την προηγούμενη παράγραφο, οι δε οδηγοί υποχρεούνται να δέχονται τον έλεγχο αυτόν.
3. Σε περίπτωση θανατηφόρου τροχαίου ατυχήματος ο έλεγχος για τη διαπίστωση ύπαρξης στον οργανισμό οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων, κατά την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου, γίνεται υποχρεωτικά με αιμοληψία από τα θανόντα πρόσωπα, ως και από τους ζώντες, εκτός και αν για τους τελευταίους ειδικοί παθολογικοί λόγοι δεν το επιτρέπουν, οπότε στην περίπτωση αυτή η μέτρηση γίνεται, για μεν το οινόπνευμα στον εκπνεόμενο αέρα με τη συσκευή αλκοολομέτρου, για δε τις τοξικές ουσίες και φάρμακα με τη λήψη ούρων ή άλλο πρόσφορο μέσο. Για την ύπαρξη ή μη των προβαλλόμενων αυτών λόγων χρειάζεται Ιατρική πιστοποίηση από δημόσιο νοσοκομείο.
4. Σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος με σωματικές βλάβες ο έλεγχος για τη διαπίστωση ύπαρξης στον οργανισμό οινοπνεύματος γίνεται είτε στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρων είτε με αιμοληψία.
5. Στους τροχονομικούς ελέγχους στο δρόμο ή σε τροχαία ατυχήματα χωρίς σωματικές βλάβες, ο έλεγχος για τη διαπίστωση ύπαρξης στον

οργανισμό οινόπνεύματος γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου, για δε τη διαπίστωση ύπαρξης τοξικών ουσιών ή φαρμάκων της παραγράφου 1 του παρόντος γίνεται με τη χρησιμοποίηση κάθε κατάλληλου επιστημονικού μέσου. Η διαπίστωση του ποσοστού συγκέντρωσης οινόπνεύματος σε ατύχημα πεζού, στις περιπτώσεις της παρούσας και των δύο προηγούμενων παραγράφων, διαπιστώνεται με τον ίδιο τρόπο.

6. Με την επιφύλαξη του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 3, όποιος αρνείται να υποβληθεί σε έλεγχο για τη διαπίστωση ύπαρξης στον οργανισμό του οινόπνεύματος, είτε δια αιμοληψίας είτε με τη χρήση συσκευής αλκοολομέτρου, τεκμαίρεται ότι η συγκέντρωση οινόπνεύματος στο αίμα του είναι άνω του 1,10 gr/l σύμφωνα με τη μέθοδο της αιμοληψίας. Επίσης όποιος αρνείται να υποβληθεί σε έλεγχο για τη διαπίστωση ύπαρξης τοξικών ουσιών ή φαρμάκων στον οργανισμό τεκμαίρεται ότι βρίσκεται υπό την επίδραση τοξικών ουσιών ή φαρμάκων που σύμφωνα με τις οδηγίες τους ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανότητα οδήγησης, σύμφωνα με την παράγραφο 9.

7. Οποιος διαπιστώνεται ότι οδηγεί όχημα υπό την επίδραση οινόπνεύματος τιμωρείται ως εξής:

α. Με πρόστιμο 50.000 δραχμών, εάν η συγκέντρωση οινόπνεύματος στο αίμα του κυμαίνεται από 0,50 gr./l. έως 0,80 gr./l. μετρούμενη με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή από 0,25 έως 0,40 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα, όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου.

β. Με πρόστιμο 100.000 δραχμών και με αφαίρεση, επιτόπου, της άδειας ικανότητας οδηγού για τρεις (3) μήνες, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 του παρόντος Κώδικα, εάν η συγκέντρωση οινόπνεύματος στο αίμα του είναι άνω του 0,80 gr./l. και μέχρι 1,10 gr./l. μετρούμενη με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή άνω των 0,40 έως 0,60 χιλιοστών του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα, όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου.

γ. Με φυλάκιση τουλάχιστον δύο (2) μηνών, διοικητικό πρόστιμο 200.000 δραχμών και αφαίρεση, επιτόπου, της άδειας ικανότητας οδηγού για έξι (6) μήνες, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 του παρόντος Κώδικα, εάν η συγκέντρωση οινόπνεύματος στο αίμα του είναι άνω του 1,10 gr./l. μετρούμενη με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή άνω των 0,60 χιλιοστών του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα, όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου.

Στην περίπτωση αυτή η άδεια ικανότητας οδηγού επιστρέφεται μετά την παρέλευση του εξαμήνου, μόνο με την προσκόμιση αποδεικτικού καταβολής του διοικητικού προστίμου.

δ. Στις πιο πάνω περιπτώσεις α', β', και γ' το όχημα ακινητοποιείται υποχρεωτικά και φυλάσσεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 46 του ν. 2696/1999 και των, κατ' εξουσιοδότηση αυτού, εκδιδόμενων αποφάσεων.

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

8. Εάν διαπιστωθεί ότι ο οδηγός οχήματος βρίσκεται υπό την επήρεια οινόπνεύματος για δεύτερη φορά εντός δύο (2) ετών από προηγούμενη παράβαση της απαγόρευσης οδήγησης υπό την επίδραση οινόπνεύματος και η συγκέντρωση οινόπνεύματος στο αίμα του, κατά τη δεύτερη παράβαση, είναι άνω του 1,10 gr./l., μετρούμενη με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή άνω των 0,60 χιλιοστών του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα, όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή

αλκοολομέτρου, επιβάλλεται επιτόπου αφαίρεση της άδειας ικανότητας οδηγού, για πέντε (5) χρόνια, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 του παρόντος Κώδικα.

9. Εάν διαπιστωθεί ότι ο οδηγός βρίσκεται υπό την επίδραση τοξικών ουσιών ή φαρμάκων, που σύμφωνα με τις οδηγίες τους ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανότητα οδήγησης, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο (2) μηνών και με χρηματική ποινή τουλάχιστον πενήντα χιλιάδων (50.000) δραχμών και με αφαίρεση της άδειας ικανότητας οδηγού για χρονικό διάστημα τριών (3) μέχρι έξι (6) μηνών, η οποία επιβάλλεται υποχρεωτικά από το δικαστήριο.

10. Στις περιπτώσεις των παραγράφων 7 εδάφιο γ' και 8 του άρθρου αυτού, η παράβαση τιμωρείται, παράλληλα και ανεξάρτητα από τις ποινικές και λοιπές κυρώσεις που προβλέπουν οι διατάξεις αυτές, και με την ποινή της αφαίρεσης των κρατικών πινακίδων και της άδειας κυκλοφορίας του οχήματος για χρονικό διάστημα από δέκα (10) ημέρες έως έξι (6) μήνες, η οποία επιβάλλεται από το δικαστήριο. Η κύρωση αυτή δεν ισχύει για τις περιπτώσεις των κατηγοριών οχημάτων του άρθρου 103 παρ. 4 στοιχεία α' και β' του παρόντος.

"11. Οι διατάξεις των παραγράφων 1 έως και 6, εφαρμόζονται κατ' αναλογία στους κυβερνήτες ή χειριστές των μικρών σκαφών και των θαλάσσιων μέσων αναψυχής, η κίνηση και κυκλοφορία των οποίων καθορίζεται με τους Γενικούς Κανονισμούς Λιμένα, που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση του άρθρου 156 του Κ.Δ.Ν.Δ., καθώς και στους κυβερνήτες των πλοίων αναψυχής του Ν. 2743/ 1999 (ΦΕΚ 211 Α), εφόσον αυτά δεν έχουν συγκροτημένο πλήρωμα. Στις περιπτώσεις αυτές, εφαρμόζονται κατ' αναλογία και οι ποινικές διατάξεις της παραγράφου 7 και επιβάλλονται οι διοικητικές κυρώσεις του άρθρου 157 του Κ.Δ.Ν.Δ., με τη διαδικασία που ορίζεται σ' αυτό".

\*\*\* Η παρ.11 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 42 Ν.3153/2003, ΦΕΚ Α 153/19.6.2003.

\*\*\* Το άρθρο 42 αντικαταστάθηκε ως άνω από την παρ.2 του άρθρου 43 του Ν.2963/2001 (Α' 278). Με το άρθρο 50 του αυτού νόμου καταργήθηκε το (προφανώς προισχύσαν )άρθρο 42

\*\*\* ΠΡΟΣΟΧΗ:ΒΛ. σχ. και ΥΑ 43500/5691/2002 "Μέθοδοι διαπίστωσης χρήσης οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών και φαρμάκων από οδηγούς κατά την οδήγηση οχημάτων, καθώς και από πεζούς που εμπλέκονται σε τροχαία ατυχήματα", ΦΕΚ Β' 1055/12.8.2002, με το άρθρο 1 της οποίας ορίζεται ότι:

"1. Απαγορεύεται η οδήγηση επιβατηγών αυτοκινήτων δημόσιας χρήσης (ΕΔΧ), φορτηγών αυτοκινήτων με μέγιστο επιτρεπόμενο βάρος μεγαλύτερο των 3,5 τόνων, σχολικών και λοιπών κατηγοριών λεωφορείων, ασθενοφόρων, οχημάτων μεταφοράς επικίνδυνων εμπορευμάτων) μοτοσικλετών και μοτοποδηλάτων, από οδηγό στον οργανισμό του οποίου υπάρχει οινόπνευμα σε ποσοστό μεγαλύτερο από 0,20 γραμμάρια ανά λίτρο αίματος (0,20gr/l), μετρούμενο με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή από 0,10 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα και άνω, όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου.

Η αυτή απαγόρευση ισχύει και για την οδήγηση οχήματος οποιασδήποτε κατηγορίας, από οδηγό που είναι κάτοχος άδειας οδήγησης επί χρονικό διάστημα μικρότερο των δύο ετών.

2. Η διαπίστωση της ύπαρξης οινοπνεύματος στον οργανισμό του οδηγού γίνεται με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή με συσκευή αλκοολομέτρου από τον εκπνεόμενο αέρα, σύμφωνα με τα διαλαμβανόμενα στις διατάξεις του άρθρου 42 του Ν. 2696/1999 (Α' 57) όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 2 του άρθρου 43 του Ν. 2963/2001.

3. Στους οδηγούς της παρ. 1 του παρόντος άρθρου και μόνο για το πρόστιμο των εκατόν σαράντα έξι ευρώ και 74 λεπτά, (146,74), που προβλέπει η διάταξη της παραγράφου 7α του άρθρου 42 του Ν. 2696/1999 όπως ισχύει, τούτο επιβάλλεται αν η μέγιστη συγκέντρωση οινοπνεύματος κυμαίνεται από 0,20 έως 0,80 γραμμάρια ανά λίτρο αίματος, μετρούμενη με τη μέθοδο της αιμοληψίας και σε 0,10 έως 0,40 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα, όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου".

## Παράρτημα Β

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΙΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΠΡΟΤΑΣΕΩΣ

ΠΟΙΝΗΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ

### Μέγεθος Γραμμάτων

Εισαγωγή αλκοολικών και τοξικομανών σε θεραπευτικό κατάστημα

#### Άρθρο 71

1. Αν κάποιος καταδικαστεί: α) για κακούργημα ή πλημμέλημα που ο νόμος το τιμωρεί με ποινή φυλάκισης πάνω από έξι μήνες και που μπορεί να αποδοθεί σε κατάχρηση οινόπνευματων ποτών ή άλλων ναρκωτικών μέσων, ή β) για έγκλημα σε κατάσταση υπαίτιας μέθης, κατά το άρθρο 193, το δικαστήριο μπορεί να διατάξει την εισαγωγή του σε ειδικό θεραπευτικό κατάστημα, αν πρόκειται για πρόσωπο που κάνει καθ' έξη κατάχρηση οινόπνευματων ποτών ή άλλων ναρκωτικών μέσων.

2. Η εισαγωγή στο θεραπευτικό κατάστημα επακολουθεί την έκταση της ποινής και η παραμονή σ' αυτό διαρκεί όσο χρόνο απαιτεί ο σκοπός της, ποτέ όμως περισσότερο από μία διετία. Την απόλυση πριν από τη διετία την αποφασίζει το δικαστήριο των πλημμελειοδικών στην περιφέρεια του οποίου βρίσκεται το κατάστημα με πρόταση της διεύθυνσής του.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΙΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΠΡΟΤΑΣΕΩΣ

ΠΟΙΝΗΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ

### Μέγεθος Γραμμάτων

#### "Άρθρο 123 Θεραπευτικά μέτρα

1. Αν η κατάσταση του ανηλίκου απαιτεί ιδιαίτερη μεταχείριση, ιδίως αν πάσχει από ψυχική ασθένεια ή τελεί σε νοσηρή διατάραξη των πνευματικών του λειτουργιών ή από οργανική νόσο ή κατάσταση που του δημιουργεί σοβαρή σωματική δυσλειτουργία ή του έχει γίνει έξη η χρήση οινόπνευματων ποτών ή ναρκωτικών ουσιών και δεν μπορεί να την αποβάλει με τις δικές του δυνάμεις ή εμφανίζει ανώμαλη καθυστέρηση στην πνευματική και την ηθική του ανάπτυξη, το

δικαστήριο διατάσσει: α) την ανάθεση της υπεύθυνης επιμέλειας του ανηλίκου στους γονείς, στους επιτρόπους του ή στην ανάδοχη οικογένεια, β) την ανάθεση της επιμέλειας του ανηλίκου σε προστατευτικές εταιρίες ή σε επιμελητές ανηλίκων, γ) την παρακολούθηση συμβουλευτικού θεραπευτικού προγράμματος από τον ανήλικο και δ) την παραπομπή του ανηλίκου σε θεραπευτικό ή άλλο κατάλληλο

κατάστημα. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να επιβληθούν τα μέτρα που προβλέπονται στις περιπτώσεις α' ή β' σε συνδυασμό με το μέτρο που προβλέπεται στην περίπτωση γ'.

2. Τα θεραπευτικά μέτρα διατάσσονται ύστερα από προηγούμενη διάγνωση και γνωμοδότηση από εξειδικευμένη ομάδα ιατρών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι κατά περίπτωση υπάγονται σε Μονάδα του Υπουργείου Δικαιοσύνης ή σε Ιατρικά κέντρα υγείας ή κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα.

3. Αν ο ανήλικος είναι χρήστης ναρκωτικών και αν η χρήση του έχει γίνει έξη και δεν μπορεί να την αποβάλει με τις δικές του δυνάμεις, το δικαστήριο πριν επιβάλει θεραπευτικά μέτρα που προβλέπονται στην παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου διατάσσει ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακή εξέταση, σύμφωνα με το άρθρο 13 παράγραφος 2 του Ν. 1729/1987."

\*\*\* Το άρθρο 123 αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.4 άρθρ.1 Ν.3189/2003, ΦΕΚ Α 243/21.10.2003.

## Παράρτημα Γ

### **Μέγεθος Γραμμάτων**

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ'ΑΡΙΘ. 350 (ΦΕΚ Α' 315 31.12.2003)

Τροποποίηση συμπλήρωση διατάξεων του Π.Δ.36/1994 «Μέτρα προστασίας ανηλίκων και άλλες διατάξεις» (Α' 26).



Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφ. α', γ' και 2 του Ν.1481/1984 «Όργανισμός Υπουργείου Δημόσιας Τάξης» (Α' 152), όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 4 του άρθρου 5 του Ν. 2452/1996 (Α' 283).
2. Τη διάταξη του άρθρου 28 παρ. 1 του Ν.2800/2000 «Αναδιάρθρωση Υπηρεσιών Υπουργείου Δημόσιας Τάξης, σύσταση Αρχηγείου Ελληνικής Αστυνομίας και άλλες διατάξεις» (Α' 41).
3. Τις διατάξεις του άρθρου 29Α του Ν. 1558/1985 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα» (Α' 137), το οποίο προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν.2081/1992 (Α'154) και αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν.2469/1977 (Α' 38).
4. Το γεγονός ότι, από τις διατάξεις του παρόντος δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.
5. Την 459/2003 Γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, ύστερα από πρόταση του Υπουργού Δημόσιας Τάξης, αποφασίζουμε:

---

Άρθρο 1.

Μετά το εδάφιο β' της παραγράφου 1 του άρθρου 1 του Π.Δ. 36/1994 (Α'26), προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Προς τούτο, σε εμφανές σημείο των εισόδων των καταστημάτων αυτών τοποθετούνται πινακίδες, διαστάσεων τουλάχιστον 0,60 X 0,30 μ. στις οποίες αναγράφεται με κεφαλαία γράμματα, μεγέθους δύο (2) τουλάχιστον εκατοστών, στα μεν καταστήματα του εδαφίου α' η ένδειξη:

«ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΕΙΣΟΔΟΣ ΚΑΙ Η ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 17 ΕΤΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΓΟΝΕΙΣ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΕΣ», στα δε καταστήματα του εδαφίου β' η ένδειξη: «ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΙΩΝ ΑΠΟ ΑΤΟΜΑ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 17 ΕΤΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΓΟΝΕΙΣ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΕΣ».»

---

Άρθρο 2.

Η ισχύς του παρόντος διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Στον Υπουργό Δημόσιας Τάξης αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 29 Δεκεμβρίου 2003

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΦΛΩΡΙΔΗΣ



**Μέγεθος Γραμμάτων**

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 36 1994 Α'26  
Μέτρα προστασίας των ανηλικων και άλλες διατάξεις.

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 12 παρ. 1, εδαφ. α και γ και παρ. 2 του Ν. 1841 /1984 "Οργανισμός Υπουργείου Δημόσιας Τάξης" (Α' 1524).

2. Τις διατάξεις του άρθρου 29Α του Ν. 1558/1985 "κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα" (Α' 137), το οποίο προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081 /1992 (Α' 154).

3. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις του παρόντος δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.

4. Την υπ' αριθ. 75/1994 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, ύστερα από πρόταση του Υπουργού Δημόσιας Τάξης, αποφασίζουμε:

---

#### Άρθρο 1

1. Σε ανηλίκους κάτω των 17 ετών, οι οποίοι δεν συνοδεύονται από τους γονείς ή κηδεμόνες τους, δεν επιτρέπεται:

α. Η είσοδος και παραμονή σε κέντρα διασκεδάσεων και αμιγή μπαρ.

β. Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στα λοιπά δημόσια κέντρα.

«Προς τούτο, σε εμφανές σημείο των εισόδων των καταστημάτων αυτών τοποθετούνται πινακίδες, διαστάσεων τουλάχιστον 0,60 X 0,30 μ. στις οποίες αναγράφεται με κεφαλαία γράμματα, μεγέθους δύο (2) τουλάχιστον εκατοστών, στα μεν καταστήματα του εδαφίου α' η ένδειξη:

«ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΕΙΣΟΔΟΣ ΚΑΙ Η ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 17 ΕΤΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΓΟΝΕΙΣ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΕΣ», στα δε καταστήματα του εδαφίου β' η ένδειξη: «ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΙΩΝ ΑΠΟ ΑΤΟΜΑ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 17 ΕΤΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΓΟΝΕΙΣ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΕΣ».»

\*\*\* Τα άνω εντός " " εδάφια της περ. β' προστέθηκαν με το άρθρο 1 ΠΔ 350/2003, ΦΕΚ Α 315/31.12.2003.

2. Υπεύθυνοι για κάθε παράβαση των οριζόμενων στην προηγούμενη παράγραφο θεωρούνται οι ιδιοκτήτες ή διευθυντές των καταστημάτων και σε περίπτωση απουσίας τους οι υπάλληλοι ή βοηθοί αυτών, οι οποίοι τιμωρούνται με τις ποινές του άρθρου 45θ του Π.Κ., εάν η παράβαση δεν τιμωρείται βαρύτερα από άλλη διάταξη.

3. Οι παραβάσεις της παύσης διατάξεως συνιστούν παραβάσεις για την εφαρμογή του άρθρου 2 παρ. 2 του Π.Δ. 180/1979 και την επιβολή των διοικητικών κυρώσεων, με τους ίδιους όρους και προϋποθέσεις που ορίζονται στο άρθρο αυτό, όπως ισχύει κάθε φορά.

---

## Άρθρο 2

Στους καταδικασθέντες τελεσίδικα για παράβαση των διατάξεων του άρθρου 394Α του Π.Κ. (νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματική δραστηριότητα) όπως αυτό προσετέθη με το άρθρο 5 του Ν. 2145/1993 (Α' 88), επιβάλλονται οι απαγορεύσεις και οι διοικητικές κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 1 και παρ. 1 του άρθρου 2 του Π.Δ. 180/1979 , όπως αυτό ισχύει κάθε φορά.

---

## Άρθρο 3

1. Η παράγραφος 1 του άρθρου 4 του Π.Δ. 180/1879 αντικαθίσταται ως εξής:

"1. Η εργασία με οποιαδήποτε ιδιότητα στα καταστήματα των κέντρων διασκεδάσεως, μπαρ, καφετεριών, αμιγών αιθουσών διενέργειας τεχνικών παιγνίων, καθώς και στα λοιπά καταστήματα στα οποία διενεργούνται τεχνικά παίγνια, απαγορεύεται χωρίς άδεια της αστυνομικής αρχής.

Η διάταξη αυτή εφαρμόζεται και για τους παρέχοντες μη εξηρημένη εργασία, εφόσον η απασχόλησή τους συνδέεται με την εξυπηρέτηση λειτουργικών αναγκών του καταστήματος. Η κατά τα ανωτέρω άδεια ισχύει για χρονικό διάστημα ενός ( 1 ) έτους.

2. Η παράγραφος 3 του άρθρου 4 του ίδιου ως άνω προεδρικού διατάγματος αντικαθίσταται ως εξής:

"3. Οι εργαζόμενοι χωρίς την προβλεπόμενη από το παρόν άρθρο άδεια, καθώς και οι απασχολούμενοι τέτοιο προσωπικό, τιμωρούνται με τις ποινές του άρθρου 458 του Π.Κ., εάν η παράβαση δεν τιμωρείται βαρύτερα από άλλη διάταξη".

3. Παραβάσεις, που βεβαιώθηκαν πριν από την ισχύ του παρόντος, λαμβάνονται υπόψη για την επιβολή των προβλεπομένων διοικητικών κυρώσεων.

4. Αποφάσεις προσωρινής αφαίρεσεως, που έχουν εκδοθεί πριν από την ισχύ του παρόντος εκτελούνται.

---

## Άρθρο 4

Η ισχύς του παρόντος διατάγματος αρχίζει μετά 15 ημέρες από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Στον Υπουργό Δημόσιας Τάξης αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 24 Φεβρουαρίου 1994

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΔΗΜ. ΤΑΞΗΣ

ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ. ΑΓΓΕΛΟΣ ΠΑΠΑΘΕΜΕΛΗΣ

# Η χρήση οινοπνευματωδών ποτών στην εφηβεία.

## Μια επιδημιολογική έρευνα στο Νομό Έβρου

### A. Εισαγωγή

Όπως είναι ευρέως γνωστό, ο άνθρωπος γνωρίζει τα αλκοολούχα ποτά από τα πανάρχαια χρόνια, η δε χρήση τους προσδιοριζόταν και προσδιορίζεται, κατά κύριο λόγο, από τα κατά τόπους και χρονικές περιόδους ισχύοντα ήθη και έθιμα, παραδόσεις αλλά και σχετικές νομοθεσίες.

Σήμερα, η λήψη αλκοολούχων ποτών αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο, το οποίο απασχολεί ευρύτερα στρώματα της κοινωνίας και ταυτόχρονα είναι αντικείμενο συστηματικής μελέτης από ερευνητές διαφορετικών επιστημονικών κατευθύνσεων.

Τα τελευταία μάλιστα χρόνια αποδίδεται ιδιαίτερο βάρος στο γεγονός ότι, η χρήση αλκοολούχων ποτών γίνεται απ' όλο και μικρότερης ηλικίας άτομα, κάτι που μπορεί να αποδειχθεί καθοριστικό τόσο για την υγεία τους, όσο και για τη μελλοντική συμπεριφορά τους απέναντι τόσο στα αλκοολούχα ποτά, όσο και στις υπόλοιπες ψυχότροπες ουσίες. Για το λόγο αυτό έχει εκπονηθεί, ιδιαίτερα σε διεθνές επίπεδο, ένας ικανός αριθμός σχετικών ερευνών, συμφωνά με τις οποίες οι περισσότεροι έφηβοι πίνουν, σε μέτριο βαθμό, ενώ υπάρχει ένας μικρός αριθμός που κάνουν βαριά χρήση και οι οποίοι αναπτύσσουν διάφορα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση αλκοόλ<sup>01</sup>.

### Β. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Η εργασία αυτή έχει ως αντικείμενο την επιδημιολογική μελέτη σχετικά με τη λήψη αλκοολούχων ποτών από τους έφηβους μαθητές του Νομού Έβρου και εντάσσεται στο "Πρόγραμμα για την Καταπολέμηση των Ναρκωτικών στο Νομό Έβρου", με φορείς το Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, το Δήμο Αλεξανδρούπολης και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Προσδοκεί δε να συμπληρώσει τα υπάρχοντα ερευνητικά στοιχεία ως προς τη λήψη οινοπνευματωδών ποτών από έλληνες εφήβους, και ιδιαίτερα αυτούς του εν λόγω νομού. Για το σκοπό αυτό αναλύθηκε η χρήση αλκοολούχων ποτών ως προς διάφορες παραμέτρους, όπως είναι ο βαθμός χρήσης αλκοόλ, τα δημογραφικά στοιχεία των μαθητών, ο ελεύθερος τους χρόνος και οι απόψεις σχετικά με τα θέματα που τους απασχολούν.

### Γ. Μέσα συλλογής δεδομένων

Για την υλοποίηση των στόχων της παρούσας έρευνας κρίθηκε ότι, το γραπτό ανώνυμο ερωτηματολόγιο συνιστά το αποτελεσματικότερο μέσο συλ-

λογής δεδομένων. Λαμβάνοντας υπόψη τη σχετική βιβλιογραφία, επιλέχθηκε μεθοδολογικά αλλά και πρακτικά ως καταλληλότερη, η υιοθέτηση ενός ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες, σχετικές με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, έρευνες από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους μαθητές παρουσία ειδικά εκπαιδευμένων επιτηρητών και απουσία των καθηγητών τους.

#### **Δ. Τρόπος επιλογής και περιγραφή του δείγματος**

Πληθυσμό - στόχο της έρευνας αποτέλεσαν οι 5.680 μαθητές των τάξεων Γ Γυμνασίου και Α', Β\* και Γ των Γενικών, Τεχνικών-Επαγγελματικών και Ενιαίων-Πολυκλαδικών Λυκείων που φοιτούσαν σε δημόσια ή ιδιωτικά σχολεία του Νόμου Έβρου.

Πιο συγκεκριμένα, οι μαθητές ήταν κατανεμημένοι σε 226 συνολικά τμήματα των αντίστοιχων τάξεων, στα σχολεία της Αλεξανδρούπολης, του Σουφλίου, του Διδυμοτείχου, της Ορεστιάδας και τέλος των Δικαίων. Στα 34 τμήματα που επιλέχθηκαν, με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης αναλογικά δειγματοληψίας, φοιτούσαν συνολικά 849 μαθητές (ποσοστό 15%), οι οποίοι και αποτέλεσαν τα υποκείμενα της ερευνάς.

#### **Σύνθεση του τελικού δείγματος**

Το τελικό δείγμα παρουσιάζει την εξής εικόνα ως προς τα διάφορα ατομικά στοιχεία. Σχετικά με το φύλο, το 54% ήταν αγόρια και το 46% κορίτσια, ενώ ως προς την ηλικία, το 22% ήταν κατά τη διεξαγωγή της ερευνάς τουλάχιστον 18 ετών, το 30% 17 ετών, το 27% 16 ετών, ενώ το 21% ήταν το πολύ 15 ετών.

Η στατιστική ανάλυση των εμπειρικών δεδομένων διενεργήθηκε με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S./PC, ενώ για όλες τις περιπτώσεις στατιστικού ελέγχου ως ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το  $p=0,05$ .

#### **Ε. Περιγραφή αποτελεσμάτων**

##### **1. Χρήση αλκοόλ**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι μαθητές και οι μαθήτριες του δείγματος έχουν πει, κατά μέσον όρο, σε όλη τους τη ζωή 10-19 φορές, τους τελευταίους 12 μήνες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας 6-9 φορές και τις τελευταίες 30 ημέρες 3-5 φορές αλκοολούχα ποτά. Σχετικά με το φύλο βρέθηκε ότι, τα αγόρια πίνουν έως και δυο φορές περισσότερο από τα κορίτσια για όλα τα χρονικά διαστήματα, ενώ ως προς την ηλικία, παρατηρείται σταδιακή αύξηση από τους 15χρονους (3-5 φορές) έως τους άχρονους (10-19 φορές) μαθητές.

Για πρώτη φορά οι έφηβοι ήπιαν 2-3 γουλιές αλκοολούχου ποτού, κατά μέσον όρο, στην 1η ή 2α Γυμνασίου. Τα αγόρια άρχισαν να πίνουν κάπως ενωρίτερα από τα κορίτσια, τα οποία τείνουν να έχουν αρχίσει το ποτό στην 3η Γυμνασίου, ενώ ως πριν την ηλικία, οι μικρότεροι μαθητές άρχισαν να πίνουν 2-3 γουλιές ενωρίτερα (το πολύ στην 1η ή 2η Γυμνασίου) από τους μεγαλύτερους (στην 3η Γυμνασίου). Σχετικά με τη χρήση παρατηρείται ότι όσο αυτή αυξάνεται, τόσο ελαττώνεται η ηλικία έναρξης λήψης αλκοολούχων

ποτών.

Ως προς την **ιεράρχηση των προτιμήσεων** για -διάφορα αλκοολούχα ποτά, στην πρώτη θέση έρχεται η μπύρα, στη δεύτερη τα κοκτέιλ, στην τρίτη το ουίσκυ και στην τέταρτη τα σφηνάκια, ενώ το κρασί κι το ούζο ακολουθούν τελευταία. Ως προς το φύλο, αγόρια πίνουν συχνότερα από τα κορίτσια όλα τα παραπάνω ποτά, ενώ ως προς την ηλικία, οι μεγαλύτεροι πίνουν περισσότερο ουίσκυ από τους μικρότερους μαθητές και οι 17χρονοι προτιμούν τα σφηνάκια περισσότερο από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Σχετικά με τη χρήση, σημαντικές διαφορές παρατηρούνται κυρίως μεταξύ των κατηγοριών πιο συχνή χρήση ή κατάχρηση<sup>3</sup> και όλων των υπόλοιπο στα μη "παραδοσιακά" ποτά (μπύρα, ουίσκυ, κοκτέιλ σφηνάκι), όπου οι μαθητές που κάνουν πολύ συχνή χρήση ή κατάχρηση, πίνουν έως και τρεις φορές περισσότερο από τους υπόλοιπους συμμαθητές τους.

Αναφορικά με τη λήψη αλκοολούχων ποτών από-τους εφήβους **κατά τη διάρκεια της ίδιας ημέρας** και κατά το χρονικό διάστημα των τελευταίων 3 ημερών πριν την έρευνα, τα αγόρια αναφέρουν οι πίνουν δύο και τα κορίτσια σχεδόν δύο φορές 1 ποτήρια από το ίδιο ή διαφορετικά ποτά, ενώ κατά την ίδια περίοδο, τα αγόρια πίνουν μια φορά και τα κορίτσια σχεδόν μια φορά 3-5 ποτήρια αλκοολούχου ποτού.

Ως προς **την ηλικία**, οι 16-, 17- και 18χρονοι μαθητές πίνουν έως και μια φορά την ημέρα 3-5 ποτήρια, ενώ οι 17χρονοι πίνουν συχνότερα απ' όλους (δύο φορές) 1-2 ποτήρια. Αντίστοιχα, οι έφηβοι που κάνουν κατάχρηση, πίνουν μια φορά την ημέρα περισσότερα από έξι ποτήρια από το ίδιο ή διαφορετικά ποτά.

Πάντα για το ίδιο χρονικό διάστημα (30 τελευταίες ημέρες πριν την έρευνα) τα αγόρια δηλώνουν ότι ήπιαν στην καθισιά μια φορά πέντε ή περισσότερα ποτήρια από το ίδιο ή διαφορετικά ποτά, ενώ τα κορίτσια τείνουν να πίνουν μια φορά την παραπάνω ποσότητα. Οι μαθητές που κάνουν κατάχρηση ήπιαν αντίστοιχα δυο φορές, ενώ αυτοί που κάνουν πιο συχνή χρήση μια φορά την προαναφερθείσα ποσότητα.

Όσον αφορά την παρουσία ζάλης λόγω λήψης αλκοολούχων ποτών, τα αγόρια αναφέρουν ότι, ήπιαν, κατά μέσον όρο, σε όλη τους τη ζωή τόσο που να ζαλιστούν κάτι παραπάνω από δυο φορές, ενώ τα κορίτσια ήπιαν την ανάλογη ποσότητα δυο φορές. Αντίστοιχα, οι μαθητές που κάνουν κατάχρηση ήπιαν, για το παραπάνω χρονικό διάστημα τόσο που να νιώσουν ζάλη, 6-9 φορές, κατά τους τελευταίους 12 μήνες 3-5 φορές και τις τελευταίες 30 ημέρες μια φορά.

Σχετικά με τη συχνότητα που έχουν **μεθύσει** οι έφηβοι, αυτοί αναφέρουν ότι, έχουν μεθύσει σε όλη τους τη ζωή έως τη διεξαγωγή της έρευνας, κατά μέσον όρο, μια φορά, όπου τα αγόρια τείνουν προς τις δύο φορές, ενώ τα κορίτσια έχουν μεθύσει μόνο μια 1 φορά. Ανάλογα, οι 17- και 18χρονοι μαθητές έχουν μεθύσει δυο φορές, ενώ αυτοί που κάνουν πολύ συχνή χρήση έχουν μεθύσει δυο και αυτοί που κάνουν κατάχρηση 3-5 φορές. Αντίστοιχα, για το διάστημα των τελευταίων 12 μηνών πριν την έρευνα, τα αγόρια τείνουν στη μια φορά μέθης, ακολουθούμενα από τα κορίτσια, ενώ οι 16-, 17- και 18χρονοι μαθητές: δηλώνουν μια φορά μέθης, σε αντίθεση με τους 15χρόνους που δεν έχουν



μεθύσει σχεδόν ποτέ. Οι έφηβοι, τέλος, που κάνουν κατάχρηση, δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει δυο φορές, ενώ αυτοί που κάνουν συχνή ή πολύ συχνή χρήση μια φορά κατά το παράπανω χρονικό διάστημα.

Σχετικά με **το μέρος και τις παρέες** με τις οποίες οι μαθητές και οι μαθήτριες έκαναν χρήση αλκοόλ αυτοί αναφέρουν, κατά μέσον όρο, ότι, κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν την έρευνα, ήπιαν αρκετές φορές αλκοολούχα ποτά με φίλους της ηλικίας τους και με το φίλο ή με τη φίλη τους, όταν βριζόταν σε καφετέρια, μπαρ ή ντισκοτέκ. Τα παραπάνω ισχύουν και για τους εφήβους που κάνουν πολύ συχνή χρήση ή κατάχρηση, ενώ ως προς το φύλο, τα αγόρια πίνουν, στις παραπάνω περιπτώσεις, συχνότερα από τα κορίτσια. Επίσης, το 8,4% των μαθητών έχουν πει μέσα σε αυτοκίνητο, όπου η συμπεριφορά αυτή συναντάται συχνότερα στους μαθητές που κάνουν πολύ συχνή χρήση ή κατάχρηση, ενώ ως προς το φύλο, τα αγόρια το κάνουν συχνότερα από τα κορίτσια. Σχετικά με τη χρήση κατά ηλικιακές ομάδες επισημαίνεται ότι, οι μικρότεροι μαθητές πίνουν περισσότερο από τους μεγαλύτερους συμμαθητές τους, όταν βρίσκονται με την οικογένεια τους.

Αναφορικά με τα αίτια που κάνουν τους έφηβους να πίνουν χωρίς την οικογένεια τους, οι μεγαλύτεροι από αυτούς δηλώνουν ότι, το κάνουν για να νιώσουν ευχάριστα, ενώ οι μικρότεροι από περιέργεια. Τέλος, οι μαθητές που κάνουν πολύ συχνή χρήση ή κατάχρηση, πίνουν για να διασκεδάσουν με τους φίλους τους ή για να κάνουν φιγούρα. Επίσης, το 37,7% των εφήβων πίνει επειδή του αρέσει η γεύση του ποτού, κάτι που παρουσιάζεται εντονότερα στους μαθητές που κάνουν πολύ συχνή χρήση ή κατάχρηση.

Τέλος, η χρήση αλκοολούχων ποτών δε δημιούργησε ιδιαίτερα προβλήματα στους μαθητές του δείγματος, αν και τα αγόρια αναφέρουν περισσότερα από τα κορίτσια, καθώς και οι μεγαλύτεροι μαθητές περισσότερα από τους μικρότερους, ενώ σχετικά με τη μελλοντική χρήση, η πλειονότητα των εφήβων (70%) πιστεύουν ότι, μάλλον θα πίνουν αλκοολούχα ποτά μετά από πέντε χρόνια.

## **2. Υγεία**

Με βάση τα σχετικά στοιχεία συμπεραίνεται ότι, οι μαθητές θεωρούν τη σωματική τους υγεία, σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας τους και κατά τη διάρκεια του τελευταίου πριν την έρευνα χρόνου, σχεδόν το ίδιο καλή ή κάπως καλύτερη. Ως προς το φύλο, η υγεία των αγοριών αναφέρεται κάπως καλύτερη από αυτήν των κοριτσιών, ενώ ως προς την ηλικία, η υγεία των μικρότερων μαθητών εμφανίζεται να είναι καλύτερη από αυτήν των μεγαλύτερων. Σχετικά με την χρήση οινόπνευματων ποτών παρατηρούμε ότι, οι μη χρήστες αναφέρουν σημαντικά καλύτερη υγεία από τους συμμαθητές τους που κάνουν κατάχρηση.

Τέλος, το 10,3% των εφήβων αναφέρουν ότι, η χρήση αλκοολούχων ποτών τους δημιούργησε προβλήματα μνήμης και προσοχής, γεγονός που συναντάται ιδιαίτερα σε αυτούς που κάνουν χρήση ή κατάχρηση.

### 3. Σχολείο

Η βαθμολογία των μαθητών στο σχολείο βρίσκεται, κατά μέσον όρο, μεταξύ των βαθμών 15 και 17, όπου τα κορίτσια ξεπερνούν τα αγόρια και οι μαθητές που πίνουν λίγο ή καθόλου έχουν υψηλότερους βαθμούς από αυτούς που κάνουν πολύ συχνή χρήση ή κατάχρηση. Αντίστοιχα, οι έφηβοι που κάνουν πολύ συχνή χρήση ή κατάχρηση, ξεπερνούν σαφώς τους υπόλοιπους συμμαθητές τους με μεγάλη διαφορά στις αδικαιολόγητες απουσίες.

Οι μαθητές και οι μαθήτριες τέλος, το έχουν σκάσει απ' το σχολείο, από την αρχή της σχολικής χρονιάς, κατά μέσον όρο, δύο φορές, όπου τα αγόρια υπερτερούν επίσης των κοριτσιών.

### 4. Ελεύθερος χρόνος

Σχετικά με τις ασχολίες των εφήβων κατά τον ελεύθερο τους χρόνο, αυτοί αναφέρουν, κατά μέσον όρο, ότι, βγαίνουν συχνά με την παρέα τους, πηγαίνουν σε καφετέρια ή κάνουν βόλτες με μηχανάκι.

Αναφορικά με τη σχέση χρήσης αλκοολούχων ποτών και ελεύθερου χρόνου παρατηρείται ότι, στους εφήβους που κάνουν πολύ συχνή χρήση ή κατάχρηση αρέσει να κάνουν συχνά βόλτες με μηχανάκι, να ακούν μουσική, να διαβάζουν περιοδικά, όπως επίσης να πηγαίνουν σε ντισκοτέκ, σε καφετέριες, σε πάρτυ ή σε ζαχαροπλαστεία και εστιατόρια.

Οι έφηβοι αναφέρουν επίσης ότι, βγαίνουν, κατά μέσον όρο, δύο βράδια την εβδομάδα για να διασκεδάσουν, όπου τ' αγόρια το κάνουν συχνότερα από τα κορίτσια. Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των εφήβων που δεν πίνουν ή πίνουν λίγο και αυτών που κάνουν πολύ συχνή χρήση ή κατάχρηση, όπου οι μεν πρώτοι βγαίνουν ένα ή δύο βράδια, ενώ οι δεύτεροι έως και τρία βράδια την εβδομάδα.

Σχετικά με τη συμμετοχή των νέων σε ομίλους ή οργανώσεις, τα μισά αγόρια αναφέρουν ότι, είναι μέλη ενός αθλητικού ομίλου, ακολουθούμενα από το 21,2% των κοριτσιών, ενώ αντίθετα είναι περισσότερα τα κορίτσια (27,8%) από τα αγόρια (17,6%) που δηλώνουν ότι είναι μέλη ενός πολιτιστικού συλλόγου. Ως προς τη χρήση, σχεδόν οι μισοί από τους εφήβους που κάνουν κατάχρηση δηλώνουν ότι, είναι μέλη μιας πολιτικής οργάνωσης (48,3%), ακολουθούμενοι από αυτούς που κάνουν αραιή χρήση (20,7%), ενώ οι έφηβοι που είναι μέλη ενός αθλητικού ομίλου, κάνουν κατά τα 2/3 αραιή και πολύ συχνή χρήση και το 1/5 κάνουν κατάχρηση.

### 5. Αξίες-προβληματισμοί

Στη συνέχεια περιγράφονται συνοπτικά τα αποτελέσματα που αναφέρονται στα "πιστεύω" των εφήβων, στις αξίες τους, αλλά και στους προβληματισμούς τους, όπου παρατηρήθηκαν οι ακολουθεί τάσεις για το δείγμα της έρευνας.

Οι μαθητές, κατά μέσον όρο, αναφέρουν ότι, θρησκεία έχει αρκετή σημασία για τη ζωή του όπου για τους εφήβους που κάνουν πολύ συχνή χρήση ή κατάχρηση, αυτή έχει μικρότερη σημασία από αυτήν που έχει για τους υπόλοιπους συμμαθητές τους.

Αντίστοιχα, οι έφηβοι, κατά μέσον όρο, συμφωνούν αρκετά με τους γονείς τους για το πως να ξοδεύουν τα χρήματα τους, ενώ διαφωνούν με αυτό ως προς την ορθότητα του καπνίσματος, όπου παρατηρείται ότι, ο βαθμός διαφωνίας αυξάνει ανάλογα με το βαθμό λήψης αλκοολούχων ποτών, ενώ ως προς το φύλο, τα αγόρια διαφωνούν περισσότερο με τους γονείς τους απ' ότι τα κορίτσια. Ανάλογα για συμπεράσματα εξάγουμε και για το θέμα σχετικά με το εάν είναι σωστό να καπνίζουν οι μαθητές όπου, όσο περισσότερο αυτοί πίνουν, τόσο αυξάνει και ο βαθμός διαφωνίας με τους γονείς τους.

Εν συνεχεία, ακολουθούν διάφορα θέματα για τα οποία οι μαθητές αναφέρουν ότι τους προβληματίζουν πολύ, όπου σε πρώτη θέση έρχεται η μελλοντική επαγγελματική αποκατάσταση και σε δεύτερη οι μελλοντικές σπουδές. Την τρίτη θέση καταλαμβάνει η σεξουαλική δραστηριότητα που το απασχολεί αρκετά, καθώς επίσης και οι σχέσεις τους φίλους, ενώ λίγο τους προβληματίζουν οι σχέσεις με τους γονείς.

Ειδικότερα παρατηρούμε ότι, όσο αυξάνει χρήση, ελαττώνεται η δυσκολία των μαθητών να κάνουν φίλους, ενώ αυτούς που κάνουν κατάχρηση τους προβληματίζει λιγότερο από τους υπόλοιπο το γεγονός ότι δεν έχουν ένα στενό φίλο ή φίλη. Παρατηρείται επίσης ότι, όσο αυξάνει η χρήση, αυξάνει και η ανησυχία για τη σεξουαλική δραστη-οιότητα, ανησυχία που παραμένει όμως σε μέτρια επίπεδα.

## **6. Μελλοντικές προοπτικές και επιθυμίες**

Σχετικά με τις επιθυμίες αλλά και τις πιθανότητες που πιστεύουν ότι έχουν οι μαθητές και οι μαθήτριες του δείγματος για το μέλλον, αυτοί αναφέρουν κατά μέσον όρο ότι, μόλις τελειώσουν το σχολείο το 1/3 είναι πιθανό να φοιτήσει σε μια ανώτατη και το 1/4 σε μια ανώτερη σχολή, το 29% σε μια στρατιωτική σχολή, το 15% να πάει φαντάρος και τέλος το 12% να κάνει οικογένεια.

## **7. Στάσεις ζωής**

Αναφορικά με διάφορες στάσεις, συναισθήματα αλλά και γενικότερες επιθυμίες των εφήβων του δείγματος συμπεραίνουμε ότι, αυτοί έχουν ένα μάλλον υψηλό αίσθημα αυτοπεποίθησης, δε διστάζουν να γίνουν μέρος του κόσμου των ενηλίκων, ενώ δε βιάζονται να φύγουν από το σπίτι τους για να ζήσουν μόνοι τους.

Ειδικότερα, τα αγόρια εμφανίζονται να νιώθουν πιο σίγουρα από τα κορίτσια, ενώ τα τελευταία νιώθουν περισσότερο μόνα, όταν όμως παραστεί κάποια ανάγκη, μπορούν να μιλήσουν με κάποιον για τα προσωπικά τους θέματα. Ως προς την ηλικία, οι μικρότεροι μαθητές τείνουν να έχουν παθητικότερη στάση και πιστεύουν λιγότερο στην τύχη, ενώ οι μεγαλύτεροι είναι πρόθυμοι να "ενηλικιωθούν" και τείνουν να ζήσουν μόνοι τους. Σχετικά με τη χρήση, οι έφηβοι που πίνουν λίγο ή καθόλου, εύχονται να είχαν περισσότερους καλούς φίλους, κάνουν σχέδια για το μέλλον και πιστεύουν λιγότερο στην τύχη. Αντίθετα, αυτοί που πίνουν περισσότερο, μάλλον ανυπομονούν να φύγουν από το σπίτι τους, θέλουν να πιάσουν δουλειά, μερικές φορές κάνουν κάτι το ρισκοκίνδυνο και γενικά έχουν "ανεπτυγμένο" το αίσθημα της αυτοπεποίθησης.

## **8. Αντικοινωνική – παραβατική συμπεριφορά**

Σχετικά με τις αντικοινωνικές, επιθετικές και παραβατικές συμπεριφορές τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι, κατά μέσον όρο, οι μαθητές του δείγματος είχαν τις εν λόγω συμπεριφορές ελάχιστες φορές κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν την έρευνα, όπου παρατηρείται ότι, τα αγόρια υπερτερούν των κοριτσιών (εξαίρεση αποτελεί το γεγονός ότι, τα τελευταία τσακώθηκαν και ήρθαν στα χέρια με κάποιον από τους γονείς τους συχνότερα από τα αγόρια). Ως προς την ηλικία, οι μεγαλύτεροι μαθητές προκάλεσαν συχνότερα από τους μικρότερους ηθελημένα ζημιά σε ιδιοκτησία του σχολείου, ενώ ως προς τη χρήση παρατηρείται μια σημαντική αύξηση των παραβατικών ή αντικοινωνικών συμπεριφορών στους εφήβους που κάνουν κατάχρηση αλκοολούχων ποτών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία ως προς την επιθετική συμπεριφορά, όπου οι μαθητές των κατηγοριών πολύ συχνή χρήση και κατάχρηση τείνουν, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους, να τσακώνονται ή να έχουν την επιθυμία να τα σπάσουν όλα έως και μερικές φορές για τις 30 τελευταίες μέρες πριν την έρευνα.

Ανάλογα, οι έφηβοι που κάνουν πολύ συχνή χρήση ή κατάχρηση, το έχουν σκάσει 3-4 φορές από το σχολείο κατά το τελευταίο εξάμηνο, ενώ αυτούς που κάνουν κατάχρηση τους έχει συλλάβει η αστυνομία ή έχουν κάνει

απόπειρα αυτοκτονίας συχνότερα από όλους τους άλλους συμμαθητές τους.

### **9. Οικογενειακή κατάσταση**

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των εφήβων προκύπτει ότι, η πλειονότητα ζουν με τη μητέρα τους (94,8%) και με τα αδέλφια τους (81,6%) όπου, στη δεύτερη περίπτωση, οι μικρότεροι μαθητές υπερτερούν των μεγαλύτερων συμμαθητών τους.

Ως προς τη χρήση συμπεραίνουμε ότι, περισσότεροι από τους μισούς μαθητές που ζουν με τα αδέλφια τους, ανήκουν στις κατηγορίες αραιή και πολύ συχνή χρήση, ενώ το 48% των εφήβων που κάνουν κατάχρηση αναφέρουν ότι έχουν μεγαλύτερα αδέλφια που πίνουν πολύ, κάτι που συμβαίνει και για το 18,5% των μαθητών που κάνουν συχνή χρήση.

### **ΣΕ Η χρήση αλκοολούχων ποτών στο Νομό Έβρου και στην υπόλοιπη Ελλάδα. Μια προσπάθεια σύγκρισης.**

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει εκπονηθεί από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (1), γεγονός που καθιστά τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συγκρίσιμα, έως ένα βαθμό τουλάχιστον, με αυτά παρόμοιων ερευνών που έχει διεξάγει το παραπάνω Πανεπιστήμιο. Στη συνέχεια παρουσιάζονται και σχολιάζονται, συνοπτικά, σε έξι πίνακες τα αποτελέσματα της χρήσης αλκοολούχων ποτών της παρούσας έρευνας και αυτής του πανελληνίου δείγματος (1993), όπου οι δείκτες χρήσης (περιστασιακή, συχνή και βαριά χρήση) είναι προσαρμοσμένοι, προς διευκόλυνση της σύγκρισης, σε αυτούς των Κοκκέβη και Στεφανή (1).

**Πίνακας 1. Χρήση αλκοολούχων ποτών (%)**

	Δείγμα Νομού Έβρου	Πανελλήνιο δείγμα
Όλη τη ζωή	97,2	95,9
Τελευταίος χρόνος	92	91,5
Τελευταίος μήνας	76,7	75,8

Από την ανάγνωση του πρώτου πίνακα διαπιστώνεται ότι, η χρήση στο Νομό

Έβρου είναι παρόμοια με αυτήν της υπόλοιπης Ελλάδας για όλα τα χρονικά διαστήματα.

Αντίστοιχα, ο δεύτερος πίνακας, επαληθεύοντας τον πρώτο, μας δείχνει ότι, κατά τον τελευταίο μήνα πριν την έρευνα, οι έφηβοι που δεν πίνουν καθώς και αυτοί που κάνουν περιστασιακή χρήση, είναι κάπως λιγότεροι στο Ν. Έβρου απ' ό,τι στην υπόλοιπη Ελλάδα, ενώ αντίθετα αυτοί που κάνουν συχνή

χρήση είναι περισσότεροι στον εν λόγω νομό κατά δύο ποσοστιαίες μονάδες.

**Πίνακας 2. Χρήση κατά τον τελευταίο μήνα πριν την έρευνά (%).**

	Δείγμα Νομού Έβρου	Πανελλήνιο δείγμα
Καθόλου χρήση	23,3	24,2
Περιστασιακή χρήση (1-9 φορές)	58,8	59,9
Συχνή χρήση (> 10 φορές)	17,9	15,9

Ανάλογες διαφορές παρατηρούνται και ως προς τη βαριά χρήση (λήψη 5 ή περισσότερων ποτηριών στην «καθησιά» κατά τον τελευταίο μήνα πριν την έρευνα), όπου οι μαθητές του Ν. Έβρου υπερτερούν επίσης του πανελληνίου δείγματος (πιν. 3), ενώ όπως μας δείχνει ο πίνακας 4, είναι περισσότεροι οι μαθητές και οι μαθήτριες, σε όλες σχεδόν τις κατηγορίες απάντησης, στο Ν. Έβρου που έχουν μεθύσει απ' ότι οι συμμαθητές τους σε πανελλήνιο επίπεδο.

**Πίνακας 3. Βαριά χρήση (%).**

	Δείγμα Νομού	Πανελλήνιο ο δείγμα
1-2 φορές	23,4	21,8
2-3 φορές	13,6	12,5

**Πίνακας 4. Μέθη σε όλη τη ζωή (%).**

	Δείγμα Νομού Έβρου	Πανελλήνιο δείγμα
1 φορά	20,7	17,4
2 φορές	11	11,2
3-9 φορές	18,5	13,8
2-10 φορές	7	5,1
Σύνολο	57,2	47,5

Ως προς το είδος του ποτού που προτιμούν οι έφηβοι παρατηρούμε επίσης ότι (πιν. 5), είναι περισσότεροι οι μαθητές και οι μαθήτριες στο Ν. Έβρου από αυτούς του πανελληνίου δείγματος που πίνουν κάθε μέρα μπίρα ή ούισκι, αυτοί που πίνουν μερικές φορές την εβδομάδα όλα τα ποτά εκτός του κρασιού, καθώς και αυτοί που πίνουν μερικές φορές το μήνα όλα τα αναφερόμενα ποτά.

Μια επιπλέον σύγκριση που θεωρούμε σημαντική, είναι αυτή μεταξύ της βαριάς χρήσης οινοπνευματωδών ποτών στον εν λόγω νομό και της χρήσης στις αστικές και ημιαστικές/αγροτικές περιοχές της υπόλοιπης χώρας, όπου παρατηρείται ότι, οι μαθητές του Ν. Έβρου που πίνουν 1-2 φορές πάνω από 5 ποτήρια στην «καθησιά», είναι κάπως λιγότεροι από τους συμμαθητές τους των άλλων περιοχών, ενώ αυτοί που πίνουν πάνω από 3 φορές βρίσκονται σχεδόν στο ίδιο επίπεδο χρήσης (πιν. 6).

**Πίνακας 5. Χρήση οινοπνευματωδών κατά είδος ποτού (%)**

		Μπίρα	Ούισκυ	Κοκτέιλ	Κρασί	Ούζο
Σχεδόν κάθε μέρα	Δείγμα Έβρου	7,7	2,5	4,1	1,5	0,4
	Πάνελ, δείγμα	4,3	2	5	2,3	0,8
Μερικ. φορές την εβδομάδα	Δείγμα Έβρου	23,2	13,4	12,9	5,3	3,6
	Πάνελ, δείγμα	15,9	10,6	12,7	7,5	1,8
Μερικ. φορές το μήνα	Δείγμα Έβρου	39,3	34,7	43,1	41,4	11,6
	Πάνελ, δείγμα	37,7	30,4	34,6	29,9	8,4

**Πίνακας 6. Βαριά χρήση αλκοολούχων ποτών κατά γεωγραφική περιοχή (%)**

	Ν. Έβρου	Αστικές περιοχές	Ημιαστικές/ Αγροτικές περιοχές
1-2 φορές	23,4	26,6	24,8
Σ 3 φορές	13,6	14,8	13,3

Συμπερασματικά λοιπόν μπορούμε να ισχυρισθούμε ότι, σε ότι αφορά στη γενικότερη χρήση αλκοολούχων ποτών, το δείγμα του Ν. Έβρου εμφανίζεται να υπερτερεί ελαφρώς από αυτό του πανελληνίου (0,5-1,3%), ενώ «υπερτερεί» στις κατηγορίες συχνή χρήση (2%), συχνότητα μέθης (1,9-4,7%), βαριά χρήση (1,5%) και λήψη ορισμένων ποτών (μπίρα, ούισκι, κοκτέιλ και

ούζο). Από την άλλη μεριά όμως, αν συγκριθεί η βαριά χρήση στο Ν. Έβρου με αυτήν στις υπόλοιπες αστικές και ημιαστικές/αγροτικές περιοχές της χώρας μας, αυτή φαίνεται να βρίσκεται στα ίδια σχεδόν επίπεδα, αν όχι σε κάπως χαμηλότερα.

## Ζ. Συζήτηση

Όπως αναμενόταν, το υπό συζήτηση δείγμα παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με το πανελλήνιο ως προς το φύλο, την ηλικία, τη συχνότητα χρήσης, καθώς και την ηλικία έναρξης λήψης αλκοολούχων ποτών (1, 4). Βασιζόμενοι στα στοιχεία που προκύπτουν από την εν λόγω έρευνα θεωρούμε ότι, η ομάδα των εφήβων που κάνει βαριά χρήση ή κατάχρηση αλκοόλ και που ανέρχεται περίπου στο 14% του δείγματος, χρήζει ιδιαίτερης μέριμνας, ως περισσότερο επιρρεπής στη χρήση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών, καθώς και στην ανάπτυξη επιθετικών ή παραβατικών συμπεριφορών (1, 3).

Αναλυτικότερα επισημαίνεται ότι, οι μαθητές και οι μαθήτριες που κάνουν βαριά χρήση ή κατάχρηση, πίνουν μέχρι και τρεις φορές περισσότερο από τους υπόλοιπους, ενώ μπορούν να πιουν την ημέρα περισσότερα από έξι ποτήρια αλκοολούχου ποτού. Επίσης, οι έφηβοι νιώθουν ζάλη κατά μέσον όρο μια φορά το μήνα και αναφέρουν μέθη λόγω του αλκοόλ δύο φορές το χρόνο. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς που κάνουν κατάχρηση πίνουν επειδή τους αρέσει η γεύση του ποτού, ενώ τα 2/3 του δείγματος πιστεύουν ότι θα πίνουν και μετά από πέντε χρόνια. Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται επίσης σε θέματα υγείας, όπου οι μαθητές που κάνουν κατάχρηση αναφέρουν χειρότερη υγεία από τους υπόλοιπους και ότι το ποτό τους δημιούργησε προβλήματα μνήμης και προσοχής. Οι ίδιοι παρουσιάζουν επίσης χαμηλή απόδοση στο σχολείο και αρκετές απουσίες, ενώ δίδουν λιγώτερη σημασία στη θρησκεία και συγκρούονται συχνότερα με τους γονείς τους. Επίσης, επιθυμούν να ανεξαρτητοποιηθούν από το σπίτι τους και να εργαστούν, ενώ αναφέρουν περισσότερο επιθετική συμπεριφορά και προβλήματα με την αστυνομία, καθώς και συχνότερες απόπειρες αυτοκτονίας. Σημαντικό, τέλος, θεωρείται το στοιχείο σύμφωνα με το οποίο, οι έφηβοι αυτοί έχουν συνήθως περισσότερα χρήματα μαζί τους απ' ότι οι υπόλοιποι, ενώ έχουν μεγαλύτερα αδέρφια που πίνουν πολύ.

Μπορούμε λοιπόν να ισχυρισθούμε ότι, η λήψη οινοπνευματωδών ποτών είναι αρκετά διαδεδομένη στους μαθητές του Νομού Έβρου και ότι τα παρουσιαζόμενα επιδημιολογικά στοιχεία περιγράφουν τόσο τις ομάδες που κάνουν ήδη χρήση ή κατάχρηση, όσο και αυτές που κινδυνεύουν να κάνουν κατάχρηση στο μέλλον.

Συμπερασματικά, λοιπόν, μπορεί να ειπωθεί ότι, τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας προσδιορίζουν ένα γενικό πλαίσιο, το οποίο προσφέρει αρκετές ευκαιρίες ανάλυσης καθώς και μια σειρά πληροφοριών, που μπορούν να αποδειχθούν χρήσιμες για τη βαθύτερη γνώση του προβλήματος της χρήσης αλλά και της κατάχρησης αλκοολούχων ποτών από τους εφήβους του



Νομού Έβρου. Παράλληλα, οι πληροφορίες αυτές μπορούν να αξιοποιηθούν για την εκπόνηση ανά λόγων ενημερωτικών ή προληπτικών προγραμμάτων με στόχο την πληροφόρηση των εφήβων σχετικά με τις συνέπειες της λήψης αλκοολούχων ποτών.

## ΤΙΤΛΟΣ Ι

### Δικαιώματα και ελευθερίες

**Άρθ. 2. – Το δικαίωμα στη ζωή.** 1. Το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις την ζωήν προστατεύεται υπό του νόμου. Εις ουδένα δύναται να επιβληθή εκ προθέσεως θάνατος, ειμή εις εκτέλεσιν θανατικής ποινής εκδιδομένης υπό δικαστηρίου εν περιπτώσει αδικήματος τιμωρουμένου υπό του νόμου διά της ποινής ταύτης.

2. Ο θάνατος δεν θεωρείται ως επιβαλλόμενος κατά παράβασιν του άρθρου τούτου, εις ας περιπτώσεις θα επήρχετο συνεπεία χρήσεως βίας καταστάσης απολύτως αναγκαίας:

- α) διά την υπεράσπισιν οιοδήποτε προσώπου κατά παρανόμου βίας.
- β) διά την πραγματοποιήσιν νομίμου συλλήψεως ή προς παρεμπόδισιν αποδράσεως προσώπου νομίμως κρατουμένου.
- γ) διά την καταστολήν, συμφώνως τω νόμω, στάσεως ή ανταρσίας.

**Άρθ. 3. – Απαγόρευση των βασανιστηρίων.** Ουδείς επιτρέπεται να υποβληθή εις βασάνους ούτε εις ποινάς ή μεταχειρίσιν απανθρώπους ή εξευτελιστικάς.

**Άρθ. 4. – Απαγόρευση της δουλείας και των καταναγκαστικών έργων.** 1. Ουδείς δύναται να κρατηθή εις δουλείαν ή ειλωτείαν.

2. Ουδείς δύναται να υποχρεωθή εις αναγκαστικήν ή υποχρεωτικήν εργασίαν.

3. Δεν θεωρείται ως «αναγκαστική ή υποχρεωτική εργασία» υπό την έννοιαν του παρόντος άρθρου:

- α) πάσα εργασία ζητούμενη παρά προσώπου κρατουμένου συμφώνως προς τας διατάξεις του άρθρου 5 της παρούσης Συμβάσεως ή κατά την διάρκειαν της υπό όρους απολύσεώς του.
- β) πάσα υπηρεσία στρατιωτικής φύσεως ή, εις την περίπτωσιν των εχόντων αντιρρήσεις συνειδήσεως εις τας χώρας όπου τούτο αναγνωρίζεται ως νόμιμον, πάσα άλλη υπηρεσία εις αντικατάστασιν της υποχρεωτικής στρατιωτικής υπηρεσίας.
- γ) πάσα υπηρεσία ζητούμενη εις περίπτωσιν κρίσεων ή θεομηνιών, αι οποίαι απειλούν την ζωήν ή την ευδαιμονίαν του συνόλου.
- δ) πάσα εργασία ή υπηρεσία απαραίτουσα μέρος των τακτικών υποχρεώσεων του πολίτου.

~~**Άρθ. 5. / – Το δικαίωμα στην προσωπική ελευθερία και ασφάλεια.** 1. Παν πρόσωπον έχει δικαίωμα εις την ελευθερίαν και την ασφάλειαν. Ουδείς επιτρέπεται να στέρηθή της ελευθερίας του ειμή εις τας ακόλουθως περιπτώσεις και συμφώνως προς την νόμιμον διαδικασίαν:~~

α) εάν κρατήται κανονικώς κατόπιν καταδίκης υπό αρμοδίου δικαστηρίου.

β) εάν υπεβλήθη εις κανονικήν σύλληψιν ή κράτησιν λόγω ανυποταγής εις νόμιμον διαταγήν δικαστηρίου, ή εις εγγύησιν εκτελέσεως υποχρεώσεως οριζομένης υπό του νόμου.

γ) εάν συνελήφθη και κρατήται όπως οδηγηθή ενώπιον της αρμοδίας δικαστικής αρχής εις την περίπτωσιν ευλόγου υπονοίας ότι διέπραξεν αδίκημα, ή υπάρχουν λογικά δεδομένα προς παραδοχήν της ανάγκης όπως ούτος εμποδισθή από του να διαπράξη αδίκημα ή δραπετεύση μετά την διάπραξιν τούτου.

δ) εάν πρόκειται περί νομίμου κρατήσεως ανηλίκου, αποφασισθείσης διά την επιτήρησιν της ανατροφής του, ή την νόμιμον κράτησίν του ίνα παραπεμφθή ενώπιον της αρμοδίας αρχής.

ε) εάν πρόκειται περί νομίμου κρατήσεως ατόμων δυναμένων να μεταδώσωσι μεταδοτικήν ασθένειαν, φρενοβλαβούς, αλκοολικού, τοξικομανούς ή αλήτου.

στ) εάν πρόκειται περί νομίμου συλλήψεως ή κρατήσεως ατόμου επί σκοπώ όπως εμποδισθή από του να εισέλθη παρανόμως εν τη χώρα, ή εναντίον του οποίου εκκρεμεί διαδικασία απελάσεως ή εκδόσεως.

2. Παν συλληφθέν πρόσωπον δέον να πληροφορηθή κατά το δυνατόν συντομώτερον και εις γλώσσαν την οποίαν εννοεί, τους λόγους της συλλήψεώς του ως και πάσαν διατυπωμένην εναντίον του κατηγορίαν.

3. Παν πρόσωπον συλληφθέν ή κρατηθέν, υπό τας προβλεπομένας εν παραγράφω 1γ του παρόντος άρθρου συνθήκας οφείλει να παραπεμφθή συντόμως ενώπιον δικαστού ή ετέρου δικαστικού λειτουργού νομίμως εντεταλμένου όπως εκτελή δικαστικά καθήκοντα, έχει δε το δικαίωμα να δικασθή εντός λογικής προθεσμίας ή απολυθή κατά την διαδικασίαν. Η απόλυσις δύναται να εξαρτηθή από εγγύησιν εξασφαλίζουσιν την παράστασιν του ενδιαφερομένου εις την δικάσιμον.

4. Παν πρόσωπον στερούμενον της ελευθερίας του συνεπεία συλλήψεως ή κρατήσεως έχει δικαίωμα προσφυγής ενώπιον δικαστηρίου, ίνα τούτο αποφασίση εντός βραχείας προθεσμίας επί του νομίμου της κρατήσεώς του και διατάξη την απόλυσίν του εν περιπτώσει παρανόμου κρατήσεως.

5. Παν πρόσωπον θύμα συλλήψεως ή κρατήσεως υπό συνθήκας αντιθέτους προς τας ανωτέρω διατάξεις, έχει δικαίωμα επανορθώσεως.

**Άρθ. 6. – Δικαίωμα στη χρηστή απονομή δικαιοσύνης.** 1. Παν πρόσωπον έχει δικαίωμα όπως η υπόθεσις του δικασθή δικαίως, δημοσία και εντός λογικής προθεσμίας υπό ανεξαρτήτου και αμερολήπτου δικαστηρίου, νομίμως λειτουργούντος, το οποίον θα αποφασίση είτε επί των αμφισβητήσεων επί των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων του αστικής φύσεως, είτε επί του βασίμου πάσης εναντίον του κατηγορίας ποινικής φύσεως. Η απόφασις δέον να εκδοθή δημοσία, η είσοδος όμως εις την αίθουσαν των συνεδριάσεων δύναται να απαγορευθή εις τον τύπον και το κοινόν καθ' όλην ή μέρος της διάρκειας της δίκης προς το συμφέρον

**Μέγεθος Γραμμάτων**

**Αριθ. Υ5γ/Γ.Π.οικ.19546 (ΦΕΚ Β' 265/5-3-2003)**

**Καθορισμός ουσιών, όρων και προϋποθέσεων χορήγησης ανταγωνιστικών ουσιών στη  
θεραπεία της εξάρτησης από αλκοόλ και οπιοειδή (Ν. 2955/2001).**

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Εχοντας υπόψη:

1. Τον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Π.Δ. 95/2000 ΦΕΚ Α' 76/10.3.2000).
2. Το Ν. 1729/87 ΦΕΚ 144/7.8.87 Τ.Α όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από το Ν. 2161/93 ΦΕΚ 119/26.7.93 Τ.Α "Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις".
3. Το Ν. 2955/2001 ΦΕΚ 256/2.11.2001 τ.Α άρθρο 12 παρ. Ε που αφορά την χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης.
4. Το 13327/25.11.2002 έγγραφο του οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών.
5. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις αυτής της απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη εις βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

1. Ορίζουμε ότι οι ανταγωνιστικές των οπιοειδών ουσίες Ναλτρεξόνη και Ναλοξόνη χορηγούνται από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς και ιατρούς με τους κατωτέρω όρους και προϋποθέσεις:

Η χορήγηση τους επιτρέπεται για τις ενδείξεις που αναφέρονται στην άδεια κυκλοφορίας τους ως συμπληρωματική, αποτρεπτική αγωγή σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης από οπιοειδή και αλκοόλ υπό την προϋπόθεση της συνεχούς ιατρικής παρακολούθησης.

Στόχος είναι η μείωση των υποτροπών και η βοήθεια στην προσπάθεια αποχής από τις αναφερθείσες ουσίες.

2. Προϋποθέσεις για τη χορήγηση Ναλτρεξόνης:

Τα άτομα να είναι άνω των 20 ετών.

Να έχουν υψηλό κίνητρο για απεξάρτηση

Να πληρούν τις προϋποθέσεις σωματικής υγείας για την ασφαλή χορήγηση της ουσίας

Να διαπιστώνεται έλλειψη συμπτωμάτων στέρησης και αποχή από τη χρήση των οπιοειδών κατά το τελευταίο πενήντημερο, με κλινική αξιολόγηση, είτε συμπληρωματικά με εξέταση ούρων ή και με τεστ πρόκλησης με ναλοξόνη, με την ευθύνη του θεράποντος ιατρού.

Να συνδυάζεται με άλλες μεθόδους θεραπείας και παρεμβάσεις όπως ψυχολογική υποστήριξη, πρόληψη υποτροπών, υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης, αντιμετώπιση παθολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων.

Να γίνεται η λήψη υπό επιτήρηση επίβλεψη από τον θεράποντα ιατρό, ο οποίος ενημερώνει τον ασθενή για τους κινδύνους παράλληλης χρήσης οπιοειδών και ελέγχει με σποραδική απροειδοποίητη ανάλυση ούρων για ανίχνευση οπιοειδών, αφού κατά την έναρξη της θεραπείας έχει εξασφαλίσει την προς τούτο συναίνεση του ασθενούς.

Η αγωγή με Ναλτρεξόνη, υποχρεωτικά συνοδεύεται από τις αναγκαίες δοκιμασίες στον ασθενή για τη διερεύνηση τυχόν φαρμακευτικής ηπατικής βλάβης.

Στα υπό θεραπεία με ανταγωνιστές άτομα χορηγείται ειδική κάρτα στην οποία αναφέρεται η ακολουθούμενη αγωγή με Ναλτρεξόνη προκειμένου να τύχει της κατάλληλης ιατρικής αντιμετώπισης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης όταν κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση αναλγησίας με οπιοειδή.

3. Η Ναλοξόνη χορηγείται ως επείγουσα θεραπευτική παρέμβαση στις περιπτώσεις οξείας τοξικωσης με οπιοειδή, σε επαναλαμβανόμενη χορήγηση λόγω της ταχείας δράσης της, από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς και ιατρούς. Η αντίδραση του ασθενούς παρακολουθείται στενά, παράλληλα με τον έλεγχο και την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών. Χορηγείται επίσης για τον έλεγχο της αποτοξίνωσης από οπιοειδή κατά την προετοιμασία του ασθενούς, προκειμένου να τεθεί σε θεραπεία με Ναλτρεξόνη.

4. Η χορήγηση ανταγωνιστικών στα οπιοειδή ουσιών για ταχεία απεξάρτηση, υπό νάρκωση, επιτρέπεται μόνο στα δημόσια νοσοκομεία και μάλιστα σ' εκείνα στα οποία λειτουργεί Μονόδα Εντατικής Θεραπείας, και ειδικό πρόγραμμα αποτοξίνωσης.

Κάθε προγενέστερη απόφαση που ορίζει διαφορετικά παύει να ισχύει.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 25 Φεβρουαρίου 2003

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
Κ. ΣΤΕΦΑΝΗΣ

ΑΡΘΡΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΩΝ

Εφημερίδα: "ΥΠΑΙΘΡΟΣ"

Μάιος-Ιούνιος 2004, Έκδοση Συλλόγου Προστασίας, Υγείας και Περιβάλλοντος περιοχής Κέντρου Υγείας Χαλανδρίτσας. Μέλος Πανελληνίου Δικτύου Οικολογικών Οργανώσεων

## ΒΑΡΥ ΑΛΚΟΟΛ ΑΠΟ ΤΑ ΘΡΑΝΙΑ

Αυξάνεται μεταξύ των εφήβων η χρήση αλκοόλ, ενώ πλέον καταναλώνουν περισσότερο «σκληρά» ποτά σε σχέση με τέσσερα χρόνια νωρίτερα, σύμφωνα με την τελευταία πανελλήνια έρευνα για τη χρήση οινοπνευματωδών και άλλων ουσιών στον μαθητικό πληθυσμό, η οποία συνέκρινε τα αποτελέσματα του 2003 με αυτά του 1999.

Σύμφωνα με τα κυριότερα ευρήματα της έρευνας που υλοποίησε το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ/ Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), σε 3.775 μαθητές δευτέρας και τρίτης λυκείου:

Προβληματίζει η αύξηση στην υπερβολική ανά περίπτωση κατανάλωση ποτών, καθώς το 28,2% των εφήβων κατανάλωσε πέντε ή και περισσότερα ποτά στην «καθισιά» του για δύο φορές τις τελευταίες 30 μέρες, έναντι του 18,3% το 1999. επίσης το 2003 περισσότεροι έφηβοι δήλωσαν ότι είχαν εμπειρίες μέθης (34,2% έναντι 30,6% το 1999), με τα αγόρια να σηματοδοτούν την αυξητική τάση.

Τα αγόρια φαίνεται να επιδίδονται στο «πίνειν» και μάλιστα σε διπλάσιο ποσοστό από αυτό των κοριτσιών (35,2% έναντι 15,5%).

Σαφής είναι η στροφή τους σε ποτά με υψηλή περιεκτικότητα οινοπνεύματος, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό (44%) προτίμησε τέτοιο ποτό, έναντι του 30,1% το 1999, τα οποία παίρνουν τα πρωτεία από την μπύρα, που ήταν το ποτό προτίμησης το 1999 για το 35% έναντι του 31,3% το 2003, η προτίμηση στα «βαριά» οινοπνευματώδη σχετίζονται από τους ερευνητές με την είσοδο στην αγορά έτοιμων παρασκευασμάτων, που συνδυάζουν οινοπνευματώδη με αναψυκτικό.

Πράγματι το οινοπνευμα καταναλώνεται πάρα πολύ και όλο και από νεότερες ηλικιακές ομάδες, αναφέρει ο καθηγητής και του θεραπευτικού προγράμματος «Αθηνά» Γιάννης Λιάππας.

Όμως τι φταίει; Οπωσδήποτε φταίει η διαφήμιση ενός τρόπου διασκέδασης, που δεν είναι και ο καλύτερος: αποτελεί πλέον «πρέπει» να πας σε κάποιο κέντρο ή κλαμπ μετά τη μιάμιση τη νύχτα, να πιεις πολλά σφηνάκια, που σημαίνει σκληρό ποτό 40% περιεκτικότητας σε αλκοόλ, σε αντιδιαστολή με παλαιότερους τρόπους διασκέδασης, που δεν ήταν το ποτό ο τρόπος διασκέδασης και έπιναν το κρασάκι τους ή καμιά μπύρα, που η περιεκτικότητά τους σε αλκοόλ είναι γύρω στο 4%. Το πρόβλημα δεν είναι άσχετο με την νομοθεσία: η διαθεσιμότητα του οινοπνεύματος είναι μεγάλη, πολύ εύκολα το προμηθεύεται κανείς, ακόμα και από τα περίπτερα, χώρια του ότι είναι σχετικά φτηνό.

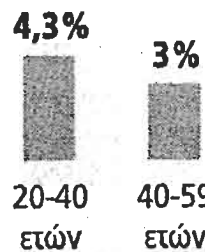


# Από 12 χρόνων ξεκινούν να

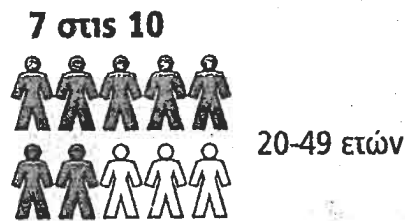
## Πόσο πίνουν οι Έλληνες



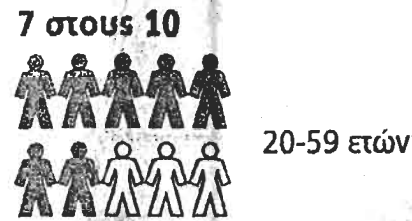
✓ Περισσότερα από δύο ποτήρια την ημέρα...



✓ Τουλάχιστον δύο ποτήρια καθημερινώς...



✓ Καθημερινά τρία ή λιγότερα ποτήρια αλκοόλ...



### Νεαροί, ενήλικες ή μεσοήλικες

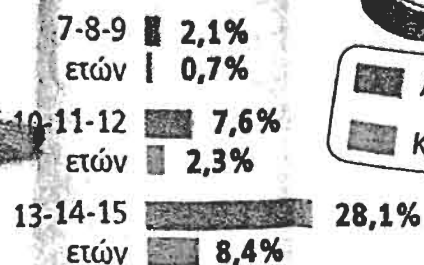
✓ Περισσότερα από τρία ποτήρια αλκοόλ την ημέρα...



✓ Όσοι έπιναν κρασί βρέθηκε να έχουν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν «σκληροί» πότες συγκριτικά με όσους έπιναν άλλα αλκοολούχα ποτά.

✓ Οι Έλληνες που ζουν μόνοι τους απέχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από το αλκοόλ συγκριτικά με όσους ζουν με σύντροφο.

### Αλκοολούχα ποτά



Την πρώτη θέση στην κατανάλωση αλκοόλ κατέχουν οι νέοι της Ελλάδας σε σχέση με τους συνομηλίκους τους στα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Την ίδια στιγμή, επίσημοι φορείς επισημαίνουν πως ο αλκοολισμός στη χώρα μας έχει ανοδική πορεία και ότι μεγάλο ποσοστό νέων ξεκινά τη χρήση αλκοόλ σε ηλικία μόλις 12 χρόνων...

Η συνεχώς αυξανόμενη τάση για κατάχρηση του αλκοόλ προκαλεί σοβαρή ανησυχία στους ειδικούς, αφού, σύμφωνα με τους ίδιους, το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει τα ίδια ή και σοβαρότερα προβλήματα υγείας με την ηρωίνη.

Στο μεταξύ, η ανεπαρκής ενημέρωση, οι ανεξέλεγκτες διαφημιστικές καμπάνιες των οινοπνευματωδών ποτών και η σχεδόν ανύπαρκτη κρατική μέριμνα για την απεξάρτηση των αλκοολικών συμβάλλουν ακόμα περισσότερο στην άνοδο του δείκτη του αλκοολισμού στον τόπο μας.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο αλκοολισμός θεωρείται μια από τις σοβαρότερες μάστιγες της εποχής μας και κατατάσσεται στις χρόνιες ασθένειες.

### Θύματα

Παράλληλα, επισημαίνει ότι τα πιο πολλά θύματα αλκοολισμού είναι έφηβοι και γενικά νέοι ηλικίας 12 έως 15 χρόνων.

Το αλκοόλ - το «νόμιμο ναρκωτικό» - έχει γίνει πλέον ένας σχεδόν μόνιμος και επικίνδυνος «σύντροφος» στη ζωή

αλκοολούχων ποτών, που μπορεί ορισμένες φορές να γίνεται ακόμα και στο σπίτι, σε ώρες «δύσκολες» ή... «έτσι, για το τσακίρ κέφι».

### Σε μπαρ

Ερευνα του Ινστιτούτου Καταναλωτών (INKA) για τις διατροφικές συνήθειες των μαθητών για το 2002 έδειξε ότι το 64% των παιδιών ηλικίας 15 έως 19 χρόνων που συχνάζουν σε μπαρ, ντίσκο και άλλα μέρη ψυχαγωγίας συνδυάζει τη διασκέδασή του με το αλκοόλ.

**Η κατανάλωση αλκοόλ και προϊόντων καπνού είναι συνδεδεμένη σε ποσοστό το οποίο υπερβαίνει το 70%**

Επίσης, οι νοπνευματώδη καταναλώνουν 4 στα 10 αγόρια ηλικίας 16 έως 18 χρόνων, καθώς και το

21,1% των κοριτσιών ηλικίας 16 έως 18 χρόνων.

Από την ίδια έρευνα προκύπτει ότι αγόρια 13 έως 15 χρόνων προτιμούν τα οινοπνευματώδη ποτά σε ποσοστό 29,1%, ενώ σε ποσοστό 7,6% τα αγόρια 10 έως 12 χρόνων.

Τα ποσοστά στα κορίτσια αυτών των ηλικιακών ομάδων εν συγκρίσει με τα αγόρια είναι πολύ μικρότερα.

Να σημειωθεί ότι η κατανάλωση αλκοόλ και προϊόντων καπνού είναι συνδεδεμένη σε





# Πίνουν τα Ελληνόπουλα

Το ένα ποτήρι είναι πολύ και τα χίλια είναι λίγα...

«Για τον αλκοολικό ένα ποτήρι είναι πολύ και τα χίλια ποτήρια λίγα» δηλώνει ο Σταμάτης, μέλος της ομάδας Ανώνυμων Αλκοολικών «Ελπίδα». «Ο αλκοολισμός είναι μια αρρώστια ανίατη, πάει από το κακό στο χειρότερο και είναι θανατηφόρο. Αποτελεί, άλλωστε, την τρίτη αιτία θανάτου στον κόσμο αλλά και στον τόπο μας». Η Μαρία, 34 χρόνων, μέλος της ομάδας Α.Α., ξεκίνησε να πίνει ακατάπαυστα από τα 17 της και ύστερα από πολλές προσπάθειες κατόρθωσε τα τελευταία 4 χρόνια να παραμείνει «καθαρή». «Δεν άντεχα να πίνω άλλο, ήθελα πια να ζήσω τη ζωή μου και με το αλκοόλ ναρκώνεις συναισθήματά σου, τη ζωή σου. Ξεκίνησα να πίνω ένα καλοκαίρι τόσο που κάποια στιγμή ο οργανισμός μου ζητούσε οινόπνευμα κάθε δύο ώρες. Τότε συνειδητοποίησα πως είμαι αλκοολική. Προσπαθούσα τουλάχιστον ένα χρόνο να βρω λύσεις και βοήθεια. Πήγα σε ψυχιάτρους και ψυχαναλυτές, που μου χορηγούσαν αντικαταθλιπτικά, αλλά το πρόβλημα δεν λυνόταν. Έτσι, αποφάσισα να ενταχθώ στην ομάδα Α.Α., έκτοτε η ζωή μου έχει άλλη ποιότητα». «Ο αλκοολισμός δεν υποχωρεί και δεν θεραπεύεται εξ ολοκλήρου, γιατί είναι μια

## Το τρίγωνο της εξάρτησης



Η χρονική διάρκεια των φάσεων αυτών ποικίλλει από 3-5 χρόνια έως και δεκαετίες. Κάθε φάση εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα βασικότερα των οποίων είναι:

ασθένεια πνευματική, σωματική και ψυχική» λέει ο Θόδωρος, μέλος επίσης των Α.Α. «Παρότι έχει περάσει καιρός που είμαι στο πρόγραμμα απεξάρτησης οι αιτίες που μ' έκαναν να ξεκινήσω και να συνεχίσω το αλκοόλ υπάρχουν ακόμα, είναι μέσα μου. Η συμμετοχή μου στην ομάδα είναι ζήτημα επιβίωσης. Προσπαθούμε

μέσα από την ομάδα να ζούμε την καθημερινότητα χωρίς να επιζητούμε το αλκοόλ», εξηγεί. Ωστόσο, τονίζει ο ίδιος: «Το φαινόμενο του αλκοολισμού είναι οξύμωρο. Παρότι τα οινόπνευμα διαφημίζονται κατά κόρον και το να τα βρει κάποιος είναι πολύ εύκολο, ο αλκοολικός αντιμετωπίζεται ως «κοινωνικό απόβλητο». Τα

οινόπνευμα, μάλιστα, διαφημίζονται πολύ περισσότερο ακόμα και από τα τσιγάρα, η διαφήμιση των οποίων τα τελευταία χρόνια έχει μειωθεί». Για να φτάσει κανείς στο στάδιο του αλκοολισμού περνάει από τέσσερις φάσεις: την προαλκοολική φάση (χρήση), την κατάχρηση, την κρίσιμη φάση του εθισμού, που χαρακτηρίζεται από την απώλεια του ελέγχου στη χρήση οινόπνευματών ποτών. Το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει πριν φτάσει σε κάποιο σημείο μέθης, είτε μεθάει άλλοτε σε άλλα χρονικά διαστήματα με χαρακτηριστικά κενά μνήμης της προηγούμενης ημέρας.

### 1 Προαλκοολική φάση

Είναι η «κοινωνικά αποδεκτή» χρήση του οινοπνεύματος που «επιτρέπει» την ελαφρά μέθη στις κατάλληλες περιστάσεις και περιβάλλον.

### 2 Η αρχική φάση

Χαρακτηρίζεται από τη συνειδητοποίηση της κατάχρησης και από την αποτυχημένη προσπάθεια επανόδου σε παλαιότερες συνήθειες. Αναζητούνται όλο και συχνότερα ευκαιρίες για «ένα ποτηράκι».

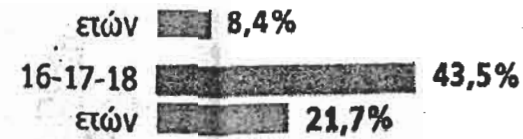
### 3 Η κρίσιμη φάση

Χαρακτηρίζεται από την απώλεια του ελέγχου στη χρήση οινόπνευματών ποτών. Το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει πριν φτάσει σε κάποιο σημείο μέθης, είτε μεθάει άλλοτε σε άλλα χρονικά διαστήματα με χαρακτηριστικά κενά μνήμης της προηγούμενης ημέρας.

### 4 Η χρόνια φάση

Η χρήση του οινοπνεύματος είναι καθημερινή και αποτελεί το βασικό άξονα γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η συμπεριφορά του ατόμου. Οι σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που έχουν αρχίσει ήδη στην προηγούμενη φάση, τώρα μεγιστοποιούνται και γίνονται εμφανείς στο περιβάλλον.

κτιρίζεται από την απώλεια ελέγχου στη χρήση των αλκοολούχων ποτών και, τέλος, την εξάρτηση, οπότε η χρήση του αλκοόλ γίνεται επί καθημερινής βάσεως και αποτελεί πια το βασικό άξονα, γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η συμπεριφορά του ατόμου. Ένα από τα άτομα που έχει περάσει και τις 4 αυτές φάσεις είναι και η 44χρονη Λίτσα, επίσης μέλος των Α.Α. Υπήρξε αλκοολική επί 14 χρόνια, ενώ τώρα μετράει 12 χρόνια και 11 μήνες ανάρρωσης. Το εντυπωσιακό στην περίπτωση της Λίτσας είναι ότι ήταν αλκοολική της μπύρας. «Ξεκίνησα από την μπύρα, το πιο αθώο και το πλέον προσιτό ποτό. Ηθελα να ξεπερνάω τη μοναξιά μου με το αλκοόλ. Εκ των υστέρων όμως συνειδητοποίησα ότι ήταν η χειρίστη «λύση» για τα προβλήματά μου. Όταν έφτασα στο στάδιο της εξάρτησης και όλος ο κόσμος με κοιτούσε περίεργα, κατάλαβα ότι είχα φτάσει πια στον πάτο. Οικογενειακά, κοινωνικά και επαγγελματικά. Τότε είπα στον εαυτό μου: «Φτάνει πια, ως εδώ ήταν». Με το σλόγκαν της ομάδας των Α.Α. «Μόνο για σήμερα όχι στο ποτό» κατάφερα να απομακρυνθώ από το ποτό και ιδιαίτερα την μπύρα», καταλήγει.



Επιπλέον: 8,4% για τους 16-17-18 ετών

## ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

# Το οινόπνευμα πολύ πιο επικίνδυνο από την ηρωίνη

Η ολοκληρωμένη θεραπεία χρήζει και φαρμακευτικής αγωγής

Το αλκοόλ είναι συχνά πολύ πιο επικίνδυνο ακόμα και από την ηρωίνη, λέει ο ο ψυχίατρος του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Μονάδα Απεξάρτησης «18 Ανω») στο Δαφνί κ. Λασκαράτος, για να δώσει έτσι τις σοβαρές διαστάσεις του προβλήματος του αλκοολισμού.

Σύμφωνα με τον ίδιο, μια ολοκληρωμένη θεραπεία επιβάλλει, μεταξύ των άλλων, τη «χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, διότι τα στερεοτικά σύνδρομα και οι παρενέρ-

γειες κρίσεις είναι εκείνα – πέραν των οργανικών βλαβών – που προκαλούν το θάνατο».

### Επιπτώσεις

Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού είναι μεγάλες και μπορούν να προκαλέσουν κίρρωση του ήπατος, έλκος, καρδιακή ανεπάρκεια, καρκί-

νο -στομάχου, λάρυγγα, φάρυγγα, στόματος, οισοφάγου και ήπατος, ενώ η υπερβολική κατανάλωση των αλκοολούχων ποτών οδηγεί σε άγχος, μελαγχολία, σεξουαλική ανικανότητα και απόπειρες αυτοκτονίας.

Όσον αφορά στο Εβρυϊκό Αλκοολικό Σύνδρομο (γυναίκες που πίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης) αποτελεί την πρώτη γνωστή αιτία διανοητικής υστέρησης των παιδιών στο δυτικό κόσμο.

Σύμφωνα με έρευνες, ο κίνδυνος σε εγκυμονούσες γυναίκες, που πίνουν έστω και δύο «ποτήρια» την ημέρα, είναι μεγάλος για το έμβρυο, αφού μπορεί να αποβάλουν, να γεννήσουν παιδιά με παραμορφωμένα μέλη του σώματος ή να έχουν πρόωρο τοκετό.

κίνδυνος «σύντροφος» στη ζωή του ανθρώπου και κυρίως των νέων.

Σχεδόν κάθε έξοδος συνοδεύεται από την κατανάλωση

πνού είναι συνδεδεμένη σε ποσοστό το οποίο υπερβαίνει το 70%.

Δ. Αιγ.



Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού είναι μεγάλες και μπορούν να προκαλέσουν κίρρωση του ήπατος, έλκος, καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνο -στομάχου, λάρυγγα, φάρυγγα, στόματος, οισοφάγου και ήπατος.

ΜΕΡΙΜΝΑ

# Ούτε ένα κρατικό κέντρο απεξάρτησης από το αλκοόλ

Ανύπαρκτα και τα μέτρα πρόληψης

«Στην Ελλάδα ο αλκοολισμός τα τελευταία χρόνια έχει αυξανόμενη πορεία, ενώ ολοένα περισσότεροι άνθρωποι ζητούν τη βοήθεια των ειδικών» τονίζει ο κ. Ζαφειρίου, ειδικός του προγράμματος «Αθηνά» του Αιγυπτειού Ψυχιατρικού Νοσοκομείου. Παρ' όλα αυτά, όπως τονίζει ο ίδιος, «δεν υπάρχει πλήρης ενημέρωση των πολιτών για το πρόβλημα και σχεδόν κανείς δεν ασχολείται με αυτό το τόσο σοβαρό ζήτημα.

Κρατικά κέντρα απεξάρτησης που να ασχολούνται αποκλειστικά με την απεξάρτηση από το αλκοόλ δεν υπάρχουν. Αντ' αυτού λειτουργούν μόνον κάποιες μονάδες απεξάρτησης αλκοολικών, οι οποίες εντάσσονται στα κέντρα απεξάρτησης τοξικομανών ή σε κλινικές».

Και επικρίνοντας όλο το σύστημα πρόληψης – θεραπειάς, καταλήγει: «Είναι φυσικό βέβαια ότι, εάν δεν λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη, δεν θα ληφθούν μέτρα και για τη θεραπεία του αλκοολικού».

## Πνευματική ασθένεια

Όσον αφορά στη θεραπεία των αλκοολικών, οι ειδικοί τονίζουν ότι ο αλκοολισμός είναι μια ασθένεια πνευματική, σωματική και ψυχική, ενώ δεν υποχωρεί ούτε θεραπεύεται εύκολα.

Πάντως, αλκοολικός δεν γίνεται κάποιος, από τη μια μέρα στην άλλη, επισημαίνουν οι ίδιοι.

Η χρονική διάρκεια από την απλή χρήση στην κατάχρηση, τον εθισμό και την ε-

ξάρτηση ποικίλλει και χρειάζονται μερικά χρόνια έως και δεκαετίες για να «πιάνει κάποιος πάτο».

Εξαρτάται μάλιστα από τρεις παράγοντες: την προσωπικότητα, το κοινωνικό περιβάλλον, τη συχνότητα αλλά και την ποσότητα κατανάλωσης του οινοπνεύματος.

Σε σχέση, τέλος, με τους νέους που κάνουν κατάχρηση οινοπνευματωδών οι ειδικοί αναφέρουν ως κύρια αιτία την αδυναμία ελέγχου – εκ μέρους των νέων – της ποσότητας των οινοπνευματωδών ποτών που καταναλώνουν ως επί το πλείστον με στόχο την αλλαγή της ψυχολογικής της διάθεσης.

Ομάδες Ανώνυμων Αλκοολικών ανά την Ελλάδα υπάρχουν:

Στην Αθήνα – 210-6452972.

Στον Πειραιά – 210-4224142 / 6977740490.

Στο Μπραχάμι – 6936017990.

Στη Θεσσαλονίκη – 2310-697765 / 6945054782.

Στην Κομοτηνή – 25310-71623.

Στην Πάτρα – 6972483863.



## Επιπτώσεις

Ο παρακάτω πίνακας εξηγεί, με βάση τη συγκέντρωση αλκοόλ στο αίμα (BAC mgr/lit), τις επιπτώσεις στον άνθρωπο.

BAC

0,1-0,5

Τα νεύρα γίνονται πιο ευερέθιστα και αυξάνουν οι καρδιακοί παλμοί.

- Βράδυνση σε διάφορες λειτουργίες του εγκεφάλου.
- Μείωση της ικανότητας αντίληψης και κρίσης.
- Αίσθηση χαλάρωσης και ευτυχίας.

0,6-1,0

- Ψυχολογική νάρκωση όλων των συστημάτων του οργανισμού.
- Μείωση της δύναμης των μυών, καθυστέρηση αντίδρασης.
- Ανυπομονησία. • Άγχος και κατάθλιψη.

1,0-1,5

- Δραματική μείωση του χρόνου αντίδρασης. • Εμετος, • Αστάθεια στην κίνηση. • Δυσκολία στην ομιλία.

1,6-2,9

- Σοβαρή καταστροφή αισθητηρίων οργάνων.

3,0-3,9

- Λιποθυμία
- Αναισθησία (σε βαθμό χειρουργικής επέμβασης).
- Θάνατος

4,0+

- Παύση αναπνοής
- Θάνατος





# ΕΡΕΥΝΑ-ΣΟΚ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ συνεχώς η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών από ανηλίκους. Οι νέοι της Ελλάδας κατέχουν την πρώτη θέση σε κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, σε σχέση με τους συνομηλικούς τους στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η ραγδαία αύξηση του αριθμού των ανηλίκων που καταναλώνουν αλκοόλ ανησυχεί ιδιαίτερα τους ειδικούς, αλλά και την Πολιτεία, η οποία θα τιμωρεί στο εξής με ποινή φυλάκισης έως και δύο έτη τους ιδιοκτήτες νυκτερινών κέντρων διασκέδασης (όπου διατίθεται αλκοόλ) όταν επιτρέπουν σε παιδιά κάτω των 17 ετών να εισέρχονται στα καταστήματά τους χωρίς συνοδεία.

Οι ειδικοί εκφράζουν την έντονη ανησυχία τους για το μεγάλο αριθμό ανηλίκων που βρίσκουν διέξοδο στο ποτό. Όπως επισημαίνουν, το οινόπνευμα, πιστός σύντροφος των περισσότερων ανηλίκων κατά τις νυκτερινές τους εξόδους, μπορεί να προκαλέσει τα ίδια ή και σοβαρότερα προβλήματα στην υγεία με την

ηρωίνη. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του INKA, 4 στα 10 αγόρια

ηλικίας 16 έως 18 ετών, καθώς και το 21,1% των κοριτσιών ηλικίας 16

έως 18 ετών καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ.

Από την ίδια έρευνα προκύπτει ότι αγόρια 13 έως 15 ετών προτιμούν τα οινοπνευματώδη ποτά σε ποσοστό 28,1% ενώ σε ποσοστό 7,6% τα αγόρια ηλικίας από 10 έως 12 ετών.

Ειδικότερα, η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών αλλά και ο εθισμός στη νικοτίνη αρχίζει τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια από την ηλικία 7 με 9 ετών. Στα 10 με 12 έτη γίνεται ανησυχητική και κορυφώνεται στις ηλικιακές ομάδες των 13 - 15 και 16 - 18 ετών.

Καθοριστικό ρόλο στην αύξηση του αριθμού των ανηλίκων που καταναλώνουν αλκοόλ έχει παίξει, σύμφωνα με το INKA, το μεγάλο χαρτζιλίκι που δίνουν οι γονείς στα παιδιά τους.

Επίσης, οι διαφημιστικές καμπάνιες και η ανεπαρκής ενημέρωση των παιδιών από τους γονείς και το σχολείο οδηγούν ακόμη περισσότερο τους νέους στην κατανάλωση οινοπνεύματος.



## Αλκοόλ και καπνός ανά ηλικιακή ομάδα

	7,8,9 ΕΤΩΝ		10,11,12 ΕΤΩΝ		13,14,15 ΕΤΩΝ		16,17,18 ΕΤΩΝ	
	A	K	A	K	A	K	A	K
Συνήθεια								
Αλκοολούχα ποτά	2,1%	0,7%	7,6%	2,3%	28,1%	8,4%	43,5%	21,7%
Τσιγάρα	1,1%	0,2%	6,2%	1,9%	31,2%	23,5%	54,2%	40,2%

A=Αγόρια, K=Κορίτσια

Γνωμοδότηση του αντεισαγγελέα του Αρείου Πάγου

# Τσουκτερές ποινές για το σερβίρισμα ποτού σε... σπόρους

**Α**υστηρές ποινές θα επιβάλλονται στο εξής σε όσους ιδιοκτήτες νυκτερινών κέντρων διασκέδασης, τα οποία διαθέτουν αλκοόλ, επιτρέπουν σε ανήλικους κάτω των 17 ετών να εισέρχονται στα καταστήματά τους χωρίς συνοδεία.

Σύμφωνα με γνωμοδότηση του αντεισαγγελέα του Αρείου Πάγου, Ελευθ. Βορτσέλα, τέτοιες περιπτώσεις θα τιμωρούνται με ποινή φυλάκισης δύο ετών και χρηματικά πρόστιμα.

Η γνωμοδότηση του αντεισαγγελέα Α.Π. εκδόθηκε κατόπιν ερωτήματος του υπουργείου Δημόσιας Τάξης για το αν οι παραβάτες των διατάξεων του Προεδρικού Διατάγματος 36/1994, μετά την έκδοση του Ν. 2452/1996, τιμωρούνται σε βαθμό πταίσματος ή πλημμελήματος.

Σύμφω-  
να με το

Π.Δ. 36/1994, σε ανήλικους κάτω των 17 ετών χωρίς συνοδεία δεν επιτρέπεται: α) Η είσοδος και παραμονή σε κέντρα διασκέδασης και αιγιή μπαρ, β) Η κατανάλωση οι-

νοπνευματωδών ποτών στα υπόλοιπα κέντρα.

Απαντώντας στο ερώτημα του υπουργείου Δημόσιας Τάξης, ο αντεισαγγελέας Α.Π. τονίζει στη γνωμοδότησή του ότι οι παραβάτες των διατάξεων των

εν λόγω Π.Δ. τιμωρούνται σύμφωνα με το άρθρο 458 του Ποινικού Κώδικα που προβλέπει ποινή φυλάκισης μέχρι έξι μηνών ή χρηματική ποινή ή και τις δύο ποινές, εφόσον η παράβαση

δεν ετιμωρείτο βαρύτερα με άλλη διάταξη.

Με τη διάταξη του Ν. 2207/1994 τροποποιήθηκε το άρθρο 458 του Π.Κ. και οι παραβάσεις υποβαθμίστηκαν σε πταισματικές, με προβλεπόμενη ποινή πρόστιμο τουλάχιστον 58,69 ευρώ. Στη συνέχεια, όμως, με νεότερη διάταξη στο Ν. 2452/1996 ορίστηκε, σύμφωνα με τον κ. Βορτσέλα,



ότι οι παραβάτες των διατάξεων των Π.Δ., που εκδίδονται ύστερα από πρόταση του υπουργού Δημόσιας Τάξης, τιμωρούνται

πλέον με φυλάκιση δέκα ετών και χρηματική ποινή εάν η παράβαση δεν τιμωρείται βαρύτερα από άλλη διάταξη.

**Αυστηρές ποινές σε ιδιοκτήτες νυκτερινών κέντρων που δεν «βλέπουν» την ηλικία των πελατών**



# Καταστρεπτικό το αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη

*Μπορεί να επιφέρει στο έμβryo παραμόρφωση του προσώπου ή νευρολογικές διαταραχές*

Το αλκοόλ είναι ο χειρότερος εχθρός του αναπτυσσόμενου εμβρύου, πολύ χειρότερος από την κοκαΐνη και τη μαριχουάνα, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες διαφόρων επιστημόνων από την Ευρώπη

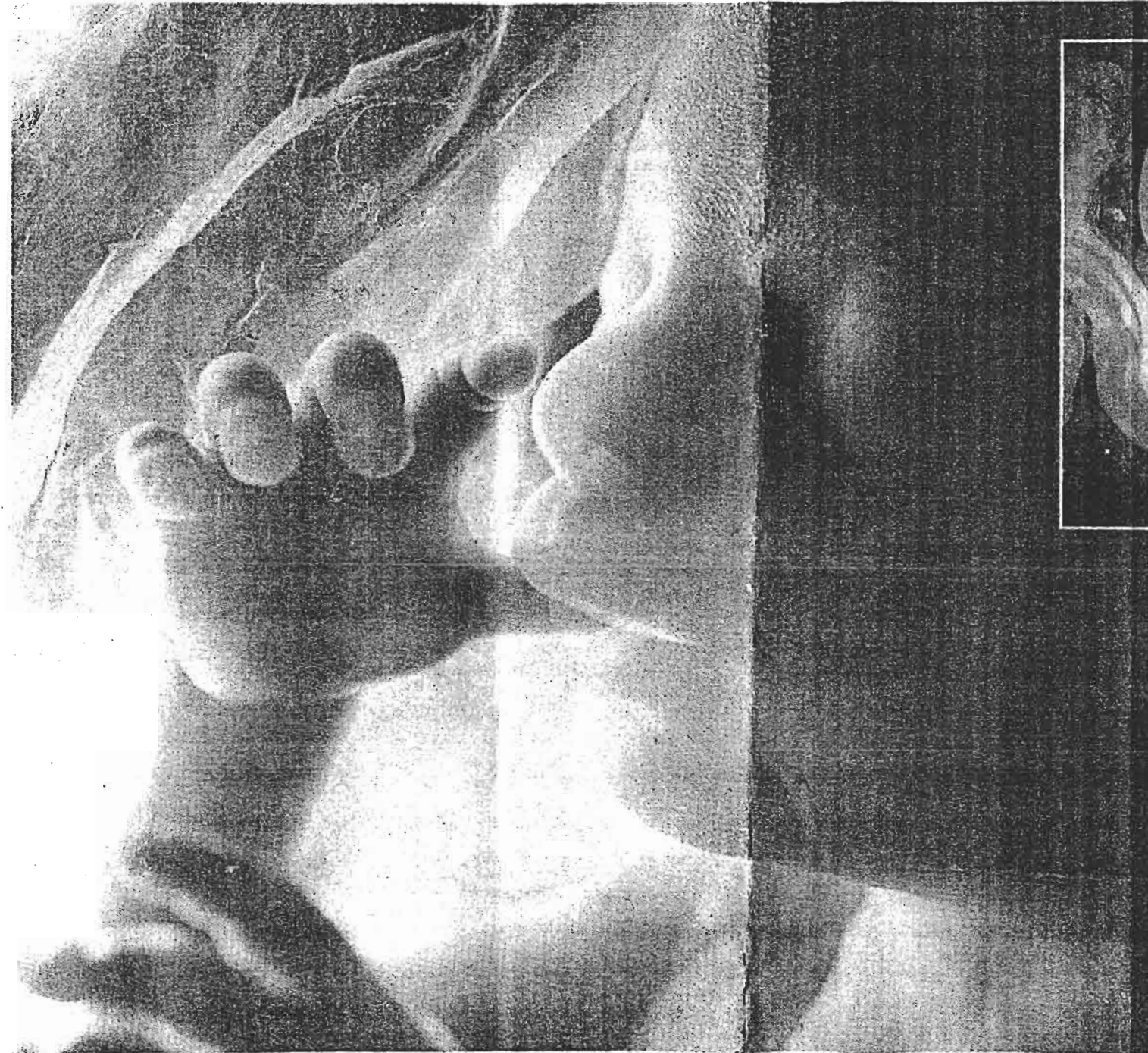
και τις ΗΠΑ. Η σύνδεση της κατανάλωσης αλκοόλ από την υποψήφια μητέρα και των ανωμαλιών των βρεφών έγινε πριν από τριάντα και πλέον χρόνια. Ωστόσο, μόνο σήμερα με τις βελτιωμένες τεχνικές

απεικόνισης του εγκεφάλου, αλλά και τις προόδους στη Μοριακή Βιολογία οι επιστήμονες είναι σε θέση να εκτιμήσουν το μέγεθος της καταστροφής που μπορεί να επιφέρει το αλκοόλ στα έμβρυα.

**Σ**ΥΜΦΩΝΑ με τα ευρήματά τους, το αλκοόλ, εν αντιθέσει προς άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες, όπως η κοκαΐνη, οι οποίες προσλαμβάνονται από ορισμένα μόνο κύτταρα, προσλαμβάνεται από όλα τα κύτταρα του εμβρύου προκαλώντας πληθώρα προβλημάτων. Έτσι, κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου η κατανάλωση αλκοόλ από τη μητέρα έχει αποτέλεσμα την παραμόρφωση του προσώπου του εμβρύου. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου το αλκοόλ αναστέλλει την ανάπτυξη των νευρικών κυττάρων, ενώ κατά το τελευταίο τρίμηνο σκοτώνει τα ήδη υπάρχοντα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου.

Αποτέλεσμα της επίδρασης του αλκοόλ στο αναπτυσσόμενο έμβryo είναι η γέννηση παιδιών με μια σειρά νευρολογικών διαταραχών, οι οποίες περιγράφονται με τον όρο «σύνδρομο του αλκοόλ». Το σύνδρομο μπορεί να είναι ελαφράς μορφής, αλλά και πολύ βαριάς, όπου το παιδί έχει εξαιρετικές διανοητικές και κινητικές διαταραχές. Στη λίστα των συμπτωμάτων του συνδρόμου εντάσσονται η αδυναμία συγκέντρωσης, η υπερκινητικότητα, οι μαθησιακές δυσκολίες (ιδιαίτερα στα Μαθηματικά), τα γλωσσικά προβλήματα, προβλήματα μνήμης, δυσκολίες στον έλεγχο των κινήσεων, παρορμητική συμπεριφορά, αδυναμία ενσωμάτωσης παρελθούσης εμπειρίας στον σχεδιασμό και στην οργάνωση μελλοντικής συμπεριφοράς.

Σε κυτταρικό και μοριακό επί-



πεδο, οι επιστήμονες έχουν διαπιστώσει ότι το αλκοόλ επιδρά στην ανάπτυξη του corpus callosum, του τμήματος του εγκεφάλου που μετέχει στην επικοινωνία των δύο ημι-

σφαιρίων. Επιπροσθέτως, καταστρέφει το περιβλήμα μυελίνης, το οποίο μονώνει τα νευρικά κύτταρα με αποτέλεσμα τα νευρικά σήματα να μη μεταδίδονται κανονικά.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα από τα περιέργα του αλκοόλ είναι το ότι η ποσότητα που θα καταναλώσει η υποψήφια μητέρα δεν είναι ευθέως ανάλογη με τα προβλήματα που θα

**Έμβρυα σε δύο διαφορετικές φάσεις της εγκυμοσύνης.** Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η κατανάλωση οινοπνευματωδών μπορεί να προκαλέσει σοβαρότατες βλάβες, που διαφοροποιούνται ανάλογα με την περίοδο της κύησης. Οι φωτογραφίες είναι του διάσημου σουηδού φωτογράφου Λέναρτ Νίλσον

εμφανισθούν στο παιδί. Με άλλα λόγια, μπορεί μια μητέρα να έχει καταναλώσει το μισό σε σχέση με μια άλλη, αλλά το παιδί της να εμφανίσει πολύ πιο σοβαρά συμπτώματα. Πάντως φαίνεται ότι η επίδραση είναι μεγαλύτερη όταν το αλκοόλ καταναλώνεται σε μεγάλες ποσότητες σποραδικά, παρά σε μικρές ποσότητες σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Η ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΘΑ ΕΣΩΣΕ 350 ΑΤΟΜΑ ΣΕ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ

# Η αμέλεια σκοτώνει!

Λιγότερους θανάτους από καρζινο θα είχαμε στην Δυτική Ελλάδα εάν εφαρμόζοταν την τελευταία δεκαετία μια συστηματική προληπτική πολιτική και μάλιστα σε ένα σημαντικό ποσοστό που αγγίζει ακόμα και το 20%. Δηλαδή, από τους 1.800 θανάτους που καταγράφονται από καρζινο στην Δυτική Ελλάδα ετησίως, θα είχαν σωθεί τουλάχιστον οι 350 εάν είχε υφιστάσει η ιδέα της προληψης η οποία θα οδηγούσε στην πρόωπη διάγνωση του όγκου και στην καλύτερη αντιμετώπισή του.

Αυτό και μόνο το στοιχείο που καταθέτει ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Προληπτικής Ογκολογίας, Δρ. Παναγιώτης Β. Γκινόπουλος (Παθολόγος - Ογκολόγος), είναι ικανό για να καταδείξει τον σπουδαίο ρόλο που έχει η πρόληψη και η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με την πρόκληση των νεοπλασμών.

"Είναι γνωστό ότι η πρόληψη σε όλοια νόσο αλλά ιδίαιτερα στις νεοπλασίες έχει την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και οικονομική παρέμβαση με πολύ μικρότερο κόστος, ανθρώπινο και χρηματικό" επισήμανε χθες σε συνέντευξη Τύπου του παρκαχώρησε ο κ. Γκινόπουλος, καλώντας τους πολίτες να μη φοβηθούν ένα νέο μοντέλο ζωής.

Η προληπτική ιατρική είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα επισήμανε ο κ. Γκινόπουλος, παρουσιάζοντας το πεπιοτήριο, οτι δηλαδή, ένας μόλις στους 15 - 20 ανθρώπους σήμερα προβαίνει σε προληπτικούς ιατρικούς ελέγχους και αυτό δείχνει ότι υπάρχει μεγάλο "κενό" στην ευαοθητοποίηση του πληθυσμού. Η συμπεριφορά του πληθυσμού απέναντι στην πρόληψη και τα χαμηλά επίπεδα ανταπόκρισης ήταν ο λόγος που ώθησε μια

ομάδα ανθρώπων - επί το πλείστον γατρών- να συστήσουν πρόσφατα μια Επιστημονική Εταιρεία με την επωνυμία "Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ογκολογίας", με έδρα την Πάτρα, η οποία μάλιστα, ανέιο διοργανώνει την πρώτη της ημερίδα για το θέμα αυτό, στις 6.30 στο χώρο "Πολιτεία" στα Παλαιά Σφαγεία.

## «ΓΥΜΝΑ» ΑΠΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ ΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Την ίδια ώρα που η πρόληψη είναι επιτακτική ανάγκη, τα περιφερειακά νοσοκομεία της χώρας είναι "γυμνά" από δομές προληπτικής ιατρικής σε επίπεδο της ογκολογίας. Αυτό δήλωσε χθες ο Δ/ντής της Μονάδας Ογκολογίας του ΓΚΝΠ "Ο Άγιος Ανδρέας" κ. Γκινόπουλος, θέλοντας να καταδείξει την αναγκαιότητα μέριμνας από την πολιτεία ώστε να προωθηθεί πολιτική πρόληψης.

"Τα περιφερειακά νοσοκομεία της χώρας μας είναι γυμνά από επανδρωση μηχανημάτων. Η μαστογραφία είναι από τα βασικά στοιχεία πρόληψης, όπως και το τεστ ΠΑΠ, ακόμα και η εξέταση ανήνευσης αίματος στα κόπρανα. Είναι πολύ ατιμή εξέταση η οποία μπορεί να προλάβει τον καρζινο του παχέος εντέρου και του γαστρεντερικού συστήματος. Γι αυτό συστήσαμε την Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ογκολογίας, η οποία στοχεύει στην ευαοθητοποίηση του κοσμου, ανάλογα με το ρίσκο που έχει ο καθένας" ανέφερε χαρακτηριστικά.

## Ο ΦΟΒΟΣ "ΕΜΠΙΟΔΙΖΕΙ" ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο κ. Γκινόπουλος διεπίστωσε, ωστόσο, ότι υπάρχει φόδος γύρω από τον καρζινο, ο οποίος κάρφαινει "τα-

## ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΣ-ΣΟΚ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΟΥ ΠΑΝ. ΓΚΙΝΟΠΟΥΛΟΥ



μπου" ακόμα και ως λέξη. "Για να ξεπεράσουμε τον φόδο θα πρέπει να πληροφορηθούμε" είτε ο κ. Γκινόπουλος θέλοντας να καταδείξει πως η ενημέρωση έχει ως αποτέλεσμα την έγκαιρη διάγνωση του όγκου οπότε και την καλύτερη αντιμετώπισή του.

Κατέδειξε την αναγκαιότητα αλλαγής μοντέλου ζωής, λέγοντας "πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι η πρόληψη είναι ανθρωποκεντρική χαρακτηρισά, μειώνει το κόστος για την θεραπεία και αφαιρεί χρηματοδοτικά κονδύλια".

## ΚΑΙΝΙΣΜΑ - ΠΙΣΤΟ - ΚΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΑΥΞΑΝΟΥΝ ΤΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ

Κάπνισμα, ποτό, υπερχατανάλωση λιπών και πρωτεϊνών, επιδάρωση του υδροφόρου ορίζοντα, χρήση φυτοφαρμάκων, αζόμα και στοιχεία όπως το ράδιο, αποτελούν ορισμένους από τους βασικούς παράγοντες που επιδάρουν την υγεία μας και ευθύνονται για την αύξηση της επίπτωσης των νεοπλασιών, αναφέρει ο Γκινόπουλος. Ωστόσο, όπως είτε, η Ε-

ταιρεία Προληπτικής Ογκολογίας σκοπεύει να εκλονήσει μελέτη για τα αίτια που προκαλούν τις νεοπλασίες ώστε να καταθέσουν μια ολοκληρωμένη πρόταση στους αρμόδιους φορείς, για τις παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν ώστε να ευαοθητοποιηθεί η κοινωνία, να προωθηθεί η πρόληψη και να υπάρξουν καλύτερα ιατρικά αποτελέσματα λόγω της πρόωπης διάγνωσης.

Τέλος, κάλεσε όσους ενδιαφέρονται για την πρόληψη του καρζίνου να ενταχθούν στην Εταιρεία και να συμβάλουν στην ευαοθητοποίηση των κρατικών δομών (Δήμων, Νομαρχιών, Περιφερειών και Υπουργείων) π.λ.λ. και του πληθυσμού.

Ανακοίνωσε ότι η Εταιρεία θα εκδώσει τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό και θα εκλονήσει ολοκληρωμένη πρόταση για τις παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν στην Ελλάδα και στην Ευρώπη για την μείωση των επιπτώσεων και της θνησιμότητας.

## ΑΥΡΙΟ Η ΗΜΕΡΙΑ

Στην ημερίδα θα αναπτυχθούν ενδιαφέροντα θέματα για την συσχέτιση του καρζίνου με το κάπνισμα, την διατροφή και την άσκηση, για τον καρζινο του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου και για την υγεία και το περιβάλλον.

Θα μιλήσουν οι Παναγιώτης Αδραγιάς, Ιωάννης Βαρθαλίτης, Ανδρέας Γεωργίουπουλος, Παν. Γκινόπουλος, Γεώργιος Κουρούνης, Ενώγγελος Μαφαζιώτης και Γεράσιμος Πανάγος. Στην αρχή θα πραγματοποιηθεί Γενική Συνέλευση των Μελών και εισηγογές για την ανάδειξη του νέου Διοικητικού Συμβουλίου και των επιμέρους επιτροπών.

ΕΛΕΝΗ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ



# ΠΟΛΙΤΕΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ



Επιμέλεια: Μαρία Μακρίδου

ΧΑΝΓΚΟΒΕΡ: Ναυτία, πονοκέφαλος και ατονία ακολουθούν συνήθως νύχτες γεμάτες αλκοόλη και η επιστήμη σηκώνει τα χέρια ψηλά

## Σίγουρο «φάρμακο»... η αποχή!

Τα Χριστούγεννα είναι μια καλή αφορμή για κάθε είδους υπερβολή και η συχνότερη όλων -μετά τα ψώνια (σως- είναι η κατανάλωση... γενναίων ποσοτήτων αλκοόλ. Και ναι μεν κυκλοφορούν στην αγορά διάφορα σκευάσματα που υπόσχονται να σας απαλλάξουν από το χανγκόβερ, στην πράξη ωστόσο ελάχιστα βοηθούν.



Κάντε κράτει γιατί τα Χριστούγεννα... ενδείκνυται για τρελές νύχτες, αλλά το χανγκόβερ είναι αβάσταχτο.

Τα συμπτώματα είναι λίγο πολύ γνωστά: πονοκέφαλος, ναυτία, εξάντληση και κόπωση. Τα γιατροσόφια της γιαγιάς αμέτρητα: πρωινό πλούσιο σε λιπαρά, χυμός τομάτας, ανθρακούχα αναψυκτικά, περισσότερο αλκοόλ κ.λπ. Παρ' όλα αυτά, το «θαυματουργό» φάρμακο κατά της γενικής αδιαθεσίας που ακολουθεί κάθε μεθύσι -γνωστή και ως χανγκόβερ (hangover) από τον όρο που έχει επικρατήσει διεθνώς- εξακολουθεί να αποτελεί άπιαστο όνειρο για τους λάτρεις των οινοπνευματωδών ποτών.

Ενας από τους βασικούς λόγους γι' αυτό είναι ότι το χανγκόβερ ελάχιστα έχει μελετηθεί, κυρίως γιατί στην επιστημονική κοινότητα επικρατεί η άποψη ότι ένα τέτοιο φάρμακο θα ενθάρρυνε τον κόσμο να καταναλώσει άφοβα μεγάλες ποσότητες αλκοολούχων ποτών. Ενας δεύτερος εξίσου σημαντικός λόγος είναι και το γεγονός ότι τα συμπτώματα του χανγκόβερ διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο.

### Σκευάσματα

Στη διάρκεια του 2004 κυκλοφόρησαν τουλάχιστον δυο τέτοια σκευάσματα στις ΗΠΑ. Το ένα έχει ως βάση το εκχύλισμα του κάκτου Ορυπτία ficus και το άλλο το ανθρακικό ασβέστιο. Στις μελέτες που συνοδεύουν τα φάρμακα οι επιστήμονες που τα παρασκεύασαν διατείνονται ότι, παρόλο που δεν εξαφανίζουν εντελώς τα συμπτώματα της... επόμενης μέρας, τα μειώνουν σημαντικά.

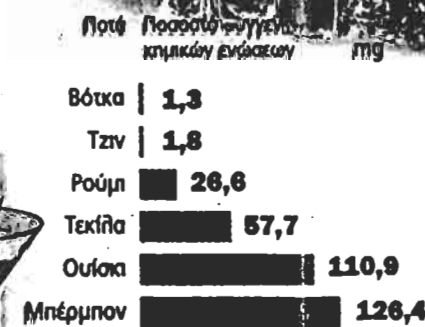
Κατά την άποψή τους, η μέθη προκαλείται από ορισμένες χημικές ε-

### ΠΩΣ ΕΠΙΔΡΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

ΧΑΝΓΚΟΒΕΡ: Ο αμερικανικός όρος που περιγράφει το σύνολο των συμπτωμάτων που ακολουθούν ένα γερό μεθύσι.



ΑΙΤΙΑ: Οι χημικές ενώσεις που σχηματίζονται κατά την παρασκευή των αλκοολούχων ποτών είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση του «χανγκόβερ». Ονομάζονται «συγγενείς» και προκαλούν φλεγμονή των κυττάρων του ανοσοποιητικού. Το ποσοστό τους διαφέρει στα διάφορα ποτά.



Η μπύρα και το κρασί περιέχουν επίσης τέτοιες ενώσεις, αλλά διαφέρουν αισθητά από είδος σε είδος.

νώσεις γνωστές ως «συγγενείς», οι οποίες σχηματίζονται κατά την παρασκευή των αλκοολούχων ποτών. Η παρουσία τους στον οργανισμό προκαλεί την ίδια αντίδραση στο ανοσοποιητικό με την παρουσία ενός ιού. Και τα δυο σκευάσματα δρουν ε-

μποδίζοντας την αντίδραση του ανοσοποιητικού. Παρ' όλα αυτά, οι ειδικοί θεωρούν ότι το καλύτερο φάρμακο εξακολουθεί να είναι η άφθονη κατανάλωση νερού ανάμεσα στα ποτά και φυσικά η περιορισμένη κατανάλωση.

### Φύλακας-άγγελος του μεθυσμένου αφεντικού του

Ενα κόλεϊ, με μια δόση από τον ηρωισμό και την ευφάνταση της τπλεοπτικής «Λάσι», κατάφερε να σώσει το μεθυ-

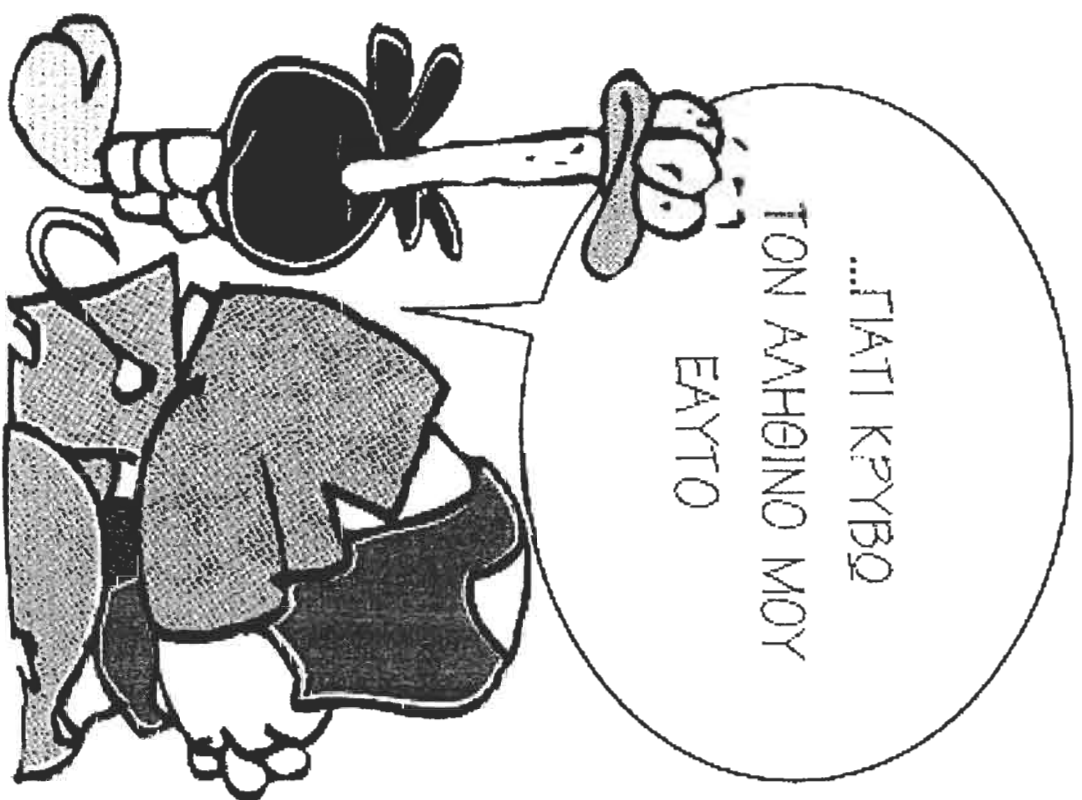


σμένο αφεντικό του από βέβαιο πνιγμό. Ο Βίνι όταν είδε το 65χρονο αφεντικό του Τζίμι Πράις να χάνει την ισορροπία του και να πέφτει στα παγω-

μένα νερά ενός ποταμού - ύστερα από μερικές μπύρες στην τοπική παμπ - κατευθύνθηκε στο πλησιέστερο σπίτι κι αφού ξεσέκωσε τους ενοίκους του με τα γαβγίσματά του, τους οδήγησε ως το σημείο που βρισκόταν το αφεντικό του, σώζοντάς τον από βέβαιο πνιγμό.



# Αλκοόλ



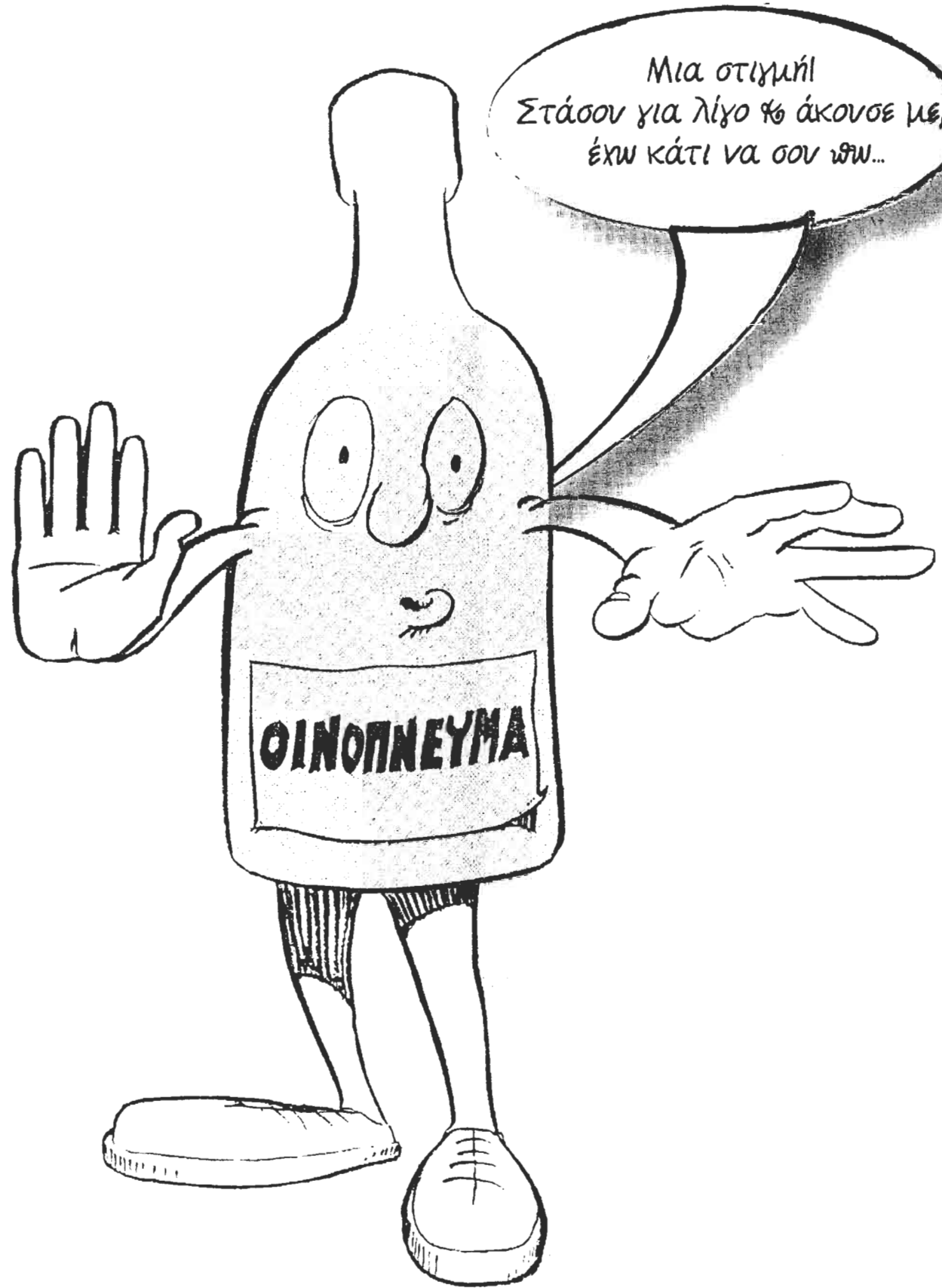
...ΓΙΑΤΙ ΚΡΥΒΩ  
ΤΟΝ ΑΛΗΘΙΝΟ ΜΟΥ  
ΕΑΥΤΟ

**ΓΙΑΤΙ ΕΓΩ  
ΔΕΝ ΘΑ ΠΙΩ**



...ΕΙΣΙ ΚΙ ΑΝΑΙΩΣ  
ΠΙΝΟΥΜΕ ΚΑΙ ΚΑ'ΝΑ  
ΠΟΤΗΡΑΚΙ

**ΓΙΑΤΙ ΚΑΠΟΙΟΣ  
ΣΚΕΦΤΕΤΑΙ ΝΑ ΠΙΕΙ**



Προσθέτουμε στην πτυχιακή ένα έντυπο ραντεβού και ένα έντυπο πρώτης επαφής όταν κάποιος επισκέπτεται ένα κέντρο πρόληψης εξαρτησιογόνων ουσιών.

«ΝΗΡΕΑΣ»

Βυζαντίου 10, 61 100

Κιλκίς

Τηλ: 03410 75 311

Φαξ: 03410 75 312

e-mail: nireaskp@otenet.gr

## Έντυπο πρώτης επαφής

Ημερομηνία προσέλευσης:

Προηγούμενη επαφή με το Κ.Π.:

Όνομα:

Επώνυμο:

Ηλικία:

Τόπος κατοικίας:

Τηλέφωνο:

Επάγγελμα:

Εκπαίδευση:

Πηγή παραπομπής:

Αίτημα:

Σχέση με το αίτημα:

## Έντυπο ραντεβού

Αριθμός και ημερομηνίες συναντήσεων:

Πρόβλημα:

Αίτημα:

Προηγούμενες παρεμβάσεις:

Σωματικές παθήσεις:

Εμφάνιση:

Διάθεση:

Οικογενειακή κατάσταση:

Εκπαίδευση:

Κοινωνικό δίκτυο:

Καταγωγή:

Δικαστικές εκκρεμότητες:

Κίνητρα προς θεραπεία:

Παραπομπή:

Παρακολούθηση παραπομπής:

Στέλεχος πρόληψης:

Ημερομηνία συμπλήρωσης εντύπου:

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

1. Αβραμίδης Β. Αθανάσιος: Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών..... με ελπίδα!, Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα, 1991.
2. Αλεβιζόπουλος Γιώργος: Δικαστική Ψυχιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις- Γρ. Παρισσιανός, Αθήνα, 1998.
3. Αναστασίου Πασχάλης: Εισαγωγή στην επιστήμη της ψυχολογίας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1989.
4. Αποστολόπουλος Απ.: Πληθυσμιακή Υγιεινή – Αγωγή Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα 2001
5. Γκουρνέλη Θωμά Κ.: Υγιεινή, Εκδόσεις Μπαχαρίδη, Θεσσαλονίκη 1992.
6. Δαρδανός Γεώργιος : Υγεία για όλους του 21ου αι.
7. Δοξιάδη-Τριπ Α. : Η Εφηβεία σαν οικογενειακή κρίση, Εκδόσεις Εστία, Αθήνα, 1985 .
8. Ζαφειρίδης Φ.: Το ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα για άτομα εξαρτημένα από φαρμακευτικές ουσίες, Εκλογή, Οκτώβριος- Δεκέμβριος, 1986
9. Καραβάτος Αθ.: Ψυχιατρική, Επιμέλεια: Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ε. Δημητρίου, Εκδόσεις Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη 1988.
10. Καρβουντζής Γεώργιος : Αλκοόλη και Αλκοολισμός, 1986.
11. Κοκκέβη Άννα Μαδιανού Δήμητρα, Στεφανής Κώστας : Τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα- Η χρήση ουσιών στον μαθητικό πληθυσμό, Τόμος ΄β, Εκδόσεις Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1992.
12. Κουκουτσάκη Αφροδίτη: Μορφές εγκληματικότητας και παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς, Πάντειος, 1978/88.
13. Κουτσελίνη Α.Σ.: Ναρκωτικά-Συνοπτική Παρουσίασις, Εκδόσεις Gutenberg 1973.
14. Λιάππας Α. Ιωάννης: Ναρκωτικά- Εθιστικές ουσίες, Εκδόσεις: Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα, 1992.
15. Μάνος Νίκος : Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997.

- 16 Μάνος Γ. Κώστας: Ψυχολογία του εφήβου- με εισαγωγή στην ψυχολογία του παιδιού- εξελικτική ψυχολογία, Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα, 1986.
- 17 Μαρσέλος Μάριος: Ναρκωτικά Φαρμακολογία και Τοξικολογία των Εξαρτησιογόνων Ψυχοτρόπων Ουσιών, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1986.
- 18 Μαρσέλος Μάριος: Εξαρτησιογόνες Ουσίες, Εκδόσεις: τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα, 1997.
19. Μάτσα Κ. : Θεραπεία απεξάρτησης, μια διαδικασία απελευθέρωσης, Τετράδια Ψυχιατρικής, Ιούλιος- Σεπτέμβριος 1991, σελ. 109- 116.
- 20 Μπεναρδή Νικ. Ι. : Εγχειρίδιο Ιατροδικαστικής, Εκδόσεις Επιστημονικές-Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985.
- 21 Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος: Ψυχιατρική, Αθήνα 2002.
- 22 Παπαγεωργίου Ε.: Η εξάρτηση στη ζωή μας, Εκδόσεις Πασχαλίδη, 'β έκδοση, Αθήνα, 1990
- 23 Παπαδόπουλος Γ. Νίκος: Σύγχρονη ψυχολογία- θέματα και προβλήματα (αυτοτελείς μελέτες- έρευνες), 'β έκδοση, Εκδόσεις Παπαδόπουλος, Αθήνα, 1988.
- 24 Παπαδόπουλος Γ. Νίκος: Ψυχολογία (εξελικτική προσωπικότητας- ατομικών διαφορών , κοινωνική- ανθρώπινες σχέσεις, γενική πειραματική), Έκδοση 'β, Εκδόσεις Παπαδόπουλος, Αθήνα, 1992.
- 25 Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης: Εξελικτική Ψυχολογία- Ψυχολογική Θεώρηση της πορείας της ζωής από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση, Τόμος 4, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 1985.
- 26 Ποταμιάνος Γρηγόρης: Αλκοολισμός, Θεραπευτική Προσέγγιση στα πλαίσια Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, Εκδόσεις Παπαζήση ,Αθήνα,1987.
- 27 Ποταμιάνος Γρηγόρης : Προβληματικός Πότης, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα,1989.
- 28 Ποταμιάνος Γρηγόρης Α.: Αλκοόλ-Νόμιμες Ουσίες, Εκδόσεις, Παπαζήση, Αθήνα,1991.
- 29 Σιάμος Νίκος: Νεολαία και Ναρκωτικά, Αχαϊκές Εκδόσεις, Αγρίνιο, 1992.
- 30 Τριχόπουλος Δημήτριος και Αντωνία: Προληπτική Ιατρική, Εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανός , Αθήνα, 1986.
- 31 Τσαρούχας Κ.,Χούνος Νέστορας:Αλκοόλ, Ένα Σκληρό Ναρκωτικό, Εκδόσεις Άγκυρα, 2000.

- 32 Τσιλιχρήστος Νίκος: Ναρκωτικά- Όχι η Ιθάκη δεν είναι εδώ, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1991.
- 33 Χαρτοκόλλης Π.: Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, Έκδοση 'β, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1991.
- 34 'Αλκοόλη", "Αλκοολισμός" στην Μαθητική Υδρία, Εκδόσεις Γ.Αξιωτέλλης κ' Σια ΕΠΕ, Αθήνα, Τόμος 1<sup>ος</sup>, σελίδες 265-268.
- 35 Αξιολόγηση στο Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με θέμα τις εξαρτησιογόνες ουσίες Ν. Αχαΐας : Τερζίδου-Στεφανής.
- 36 Εκπαιδευτικό Υλικό-Πρόγραμμα Εκπαίδευσης για Προαγωγή Υγείας με στόχο πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα 1994.
- 37 Πρόληψη εξαρτησιογόνων ουσιών, Προαγωγή διαπροσωπικών σχέσεων και αντιμετώπιση του σχολικού άγχους, Πιλοτικό Πρόγραμμα για πρόληψη-αγωγή και προαγωγή υγείας, Πάτρα 1999.: Πασσάς Β.
- 38 Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, "Πρόληψη η μεγάλη λεωφόρος της Υγείας-Αγωγή Υγείας, Σπηλιόπουλος Χ., Αθήνα 1995.
- 39 Διακογιάννης Ιωάννης Α.:Στοιχεία προσωπικότητας και νοητικών λειτουργιών ομάδας "ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ", Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Θεσσαλονίκη 1993.
- 40 Σκεπάρνη Φωτεινή: Η κατανάλωση αλκοόλης ως αιτιολογικός παράγοντας πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, 1999.
- 41 Dimitrijevic Ivan: Συστημική οικογενειακή θεραπεία εφήβων αλκοολικών, Τετράδιο Ψυχιατρική, Απρίλης- Οκτώβρης, 1989.
- 42 Ginott G., Haim G.:Μεταξύ γονέων και εφήβων , (Μετάφραση: Παπαρίδου Νικ.), Εκδόσεις Μπεργκαδής, Αθήνα, 1969.
- 43 J. Jaffe, R. Peterson, R. Hodgson: Ναρκωτικά -Τσιγάρο-Αλκοόλ, (μετάφραση:Όλγα Μαράτου- Maria Solman), Εκδόσεις Ψυχογίος, Αθήνα, 1981.
- 44 Leikin Celia: Η Διάγνωση και θεραπεία του αλκοολικού, (μετάφραση: Καπέλου Μ., Δημοπούλου Μ.), Εκλογή, Οκτώβριος 1986, τεύχος 71, (σελ. 141- 151).

- 45 Rhona Rapoport, Robert Rapoport: Ο κύκλος της ζωής- Τα στάδια της ζωής, (μετάφραση: Μαρία Σόλμαν), Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα, Σεπτέμβριος, 1981.
- 46 T. Lempriere- A. Feline και συνεργάτες: Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ανηλίκων- Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα, (μετάφραση: Χαχαμίδου Μ.), Τόμος Α, Υπεύθυνος Έκδοσης: Σακελλαρόπουλος Π., Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1995.



## ΠΗΓΕΣ

- 1 Πρακτικά από το διήμερο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο «Υποστήριξη και Απασχόληση= Ζωή», Κατσαρού Μ.- εισηγήτρια, 2004.
- 2 Συμβουλευτικό Κέντρο Εφήβων στην Λάρισα
- 3 Συμβουλευτικό Κέντρο Εφήβων στο Βόλο
- 4 Στοιχεία από την Ετήσια Έκθεση σχετικά με την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ΕΚΤΕΠΝ, 1997.
- 5 Στοιχεία από την Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, 1998- ΕΠΙΨΥ.
- 6 Τετράδιο Ψυχιατρικής, Νο 46, Μάτσα Κ.
- 7 Τριμηνιαίο περιοδικό της Κίνησης Πρόταση, «Πρόσωπο», Απρίλιος- Μάιος- Ιούνιος 2002, Τεύχος 33<sup>ο</sup>, Άρθρο του Βλάχου Ι.
- 8 Υλικό από Internet.
- 9 Υλικό από το ΚΕΘΕΑ στη Λάρισα (ΕΞΟΔΟΣ).
- 10 Υλικό από το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ν. Κιλκίς – ΝΗΡΕΑΣ.
- 11 Υλικό από ΚΙΝΗΣΗ-ΠΡΟΤΑΣΗ στην Πάτρα.
- 12 Υλικό από το ΟΚΑΝΑ-ΓΕΦΥΡΑ, Πάτρα.
- 13 Φυλλάδιο Δρίτσας Ιωάννης, καθηγητής ΑΤΕΙ Πατρών, τμήματος κοινωνικής εργασίας, 2004.
- 14 Φυλλάδιο για το διαβήτη και το αλκοόλ το οποίο προέρχεται από Νονο, Novordisk, Hellas, 2003.

