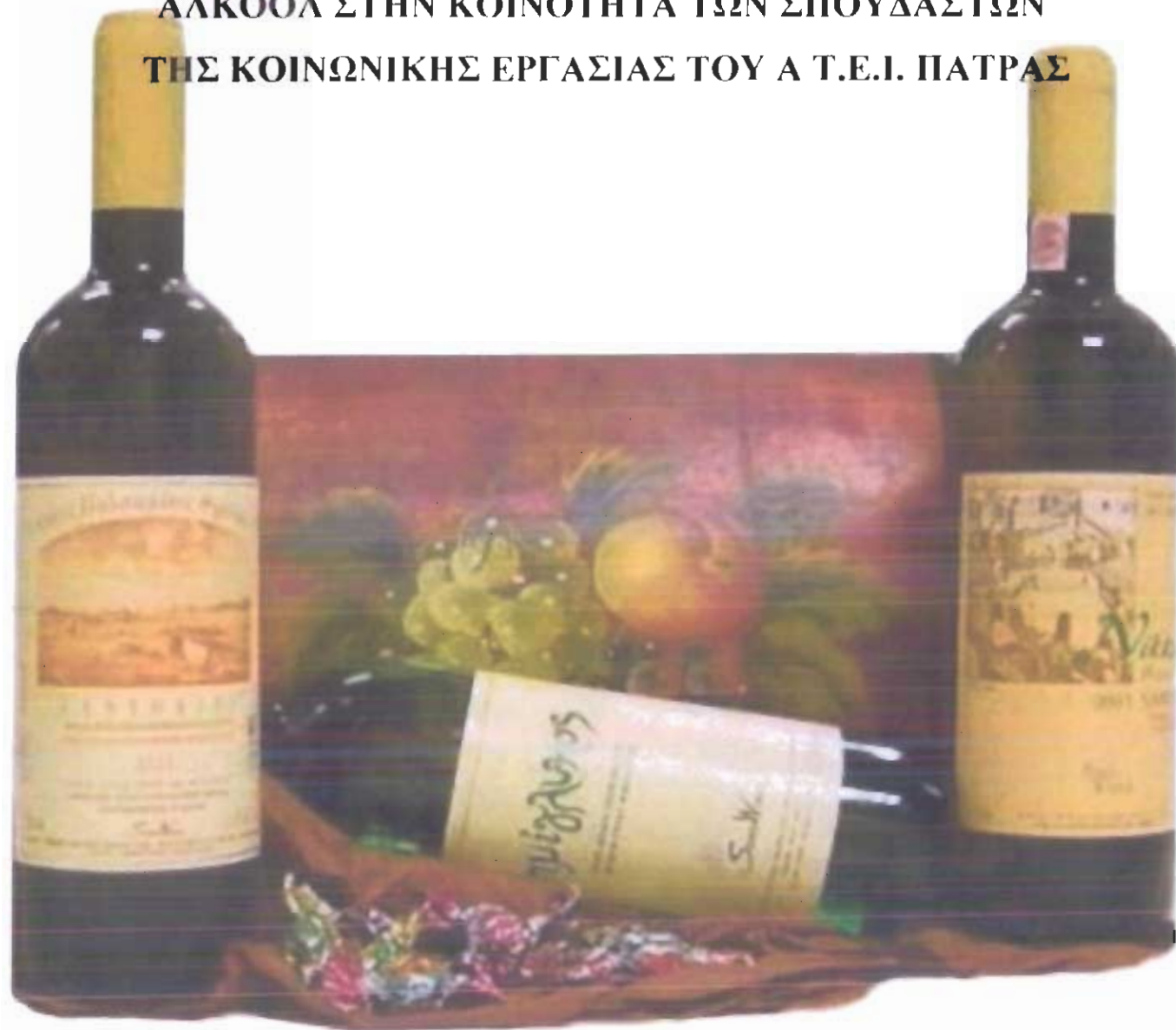


**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ
ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΛΠΙΝΗ – ΧΡΥΣΗ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΦΩΤΙΟΥ ΟΥΡΑΝΙΑ**



Ευχαριστώ:

**Την κ. Παπαδοπούλου Καλπίνη-Χρυσή και
Τον κ. Δρίτσα Ιωάννη**

**Για την προθυμία τους, την στήριξη και την πολύτιμη βοήθειά τους.
Επίσης, ευχαριστώ τους σπουδαστές και σπουδάστριες της
Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι της Πάτρας, που
προθυμοποιήθηκαν να απαντήσουν με ειλικρίνεια σε όλες τις
ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.**

Περίληψη Πτυχιακής Εργασίας.

Η εργασία, «*Αλκοόλ στην κοινότητα των σπουδαστών της Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας*», χωρίζεται σε δύο μέρη.

Το Α Μέρος, περιλαμβάνει την βιβλιογραφική έρευνα του αλκοόλ, η οποία αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Συγκεκριμένα:

Στο πρώτο κεφάλαιο, που αποτελεί την εισαγωγή, καταγράφεται αναλυτικά η ιστορία του αλκοόλ, από την αρχαιότητα μέχρι τις μέρες μας, κατανοώντας τους ρόλους που έχει υποδυθεί στην ζωή των ανθρώπων κατά περιόδους.

Ακολουθεί η αναφορά και η ανάλυση των εννοιών του αλκοολισμού και του αλκοόλ. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την εξάρτηση και για το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ, για την ψυχολογία του πότη, για τις διαφορές ανάμεσα στον αλκοολικό και τον προβληματικό πότη, καθώς επίσης αναλύονται τα Μοντέλα του Αλκοολισμού.

Επιπλέον, γίνεται λόγος για την σχέση των νέων με το αλκοόλ, που φαίνεται να είναι πολύ στενή σύμφωνα με όλα αυτά που αναφέρονται στην εργασία, και στην συνέχεια γίνεται αναφορά για την κυριολεκτικά ανησυχητική «εισβολή» του αλκοόλ στην καθημερινότητά μας και η καθιέρωσή του ως βασική ανάγκη και συνήθειά μας.

Στο τέλος του πρώτου κεφαλαίου, καταγράφονται λίγα λόγια για τον αλκοολισμό στη χώρα μας.

Το τρίτο κεφάλαιο ασχολείται και αναλύει τις αιτίες που οδηγούν στην υπερβολική χρήση της αλκοόλης, οι οποίες διαχωρίζονται στις ψυχολογικές αιτίες (Αλκοολική Προσωπικότητα, στοιχεία του ψυχισμού που ενισχύουν την πιθανότητα της κατάχρησης της αλκοόλης), στους κοινωνικούς παράγοντες όπως (π.χ η δυνατότητα της εύκολης πρόσβασης του αλκοόλ, η νομιμότητα και η κοινωνική αποδοχή του, ο τρόπος ψυχαγωγίας κ.ά), στους πολιτισμικούς παράγοντες (αντιλήψεις, ήθη, έθιμα και θρησκεία του κάθε πολιτισμού) και στις βιολογικές αιτίες όπως (π.χ η κληρονομικότητα του αλκοολισμού).

Το τέταρτο κεφάλαιο μας φέρνει σε επαφή με τις καταστροφικές συνέπειες που δημιουργεί η χρόνια κατάχρηση του αλκοόλ στον άνθρωπο και στην κοινωνία γενικότερα. Αναλυτικότερα:

Στις οργανικές επιπτώσεις, αναφέρονται αναλυτικά οι σωματικές βλάβες που προκαλεί το αλκοόλ κατά σύστημα. (π.χ αναπνευστικό σύστημα, γαστρεντερικό σύστημα, ήπαρ κ.ά).

Στις νευρολογικές επιπτώσεις, γνωρίζουμε τα πιο σοβαρά σύνδρομα από τα οποία προσβάλλονται τα αλκοολικά άτομα. (π.χ Πελλάργα, Σύνδρομο Wernicke-Korsakoff κ.ά).

Στις ψυχιατρικές συνέπειες, αναφέρονται οι σημαντικές διαταραχές που δημιουργεί η χρήση του αλκοόλ όπως (π.χ Ψυχωτική Διαταραχή προκαλούμενη από το αλκοόλ, Αγχώδης Διαταραχή προκαλούμενη από αλκοόλ, κ.ά).

Η βία, η εγκληματικότητα, τα τροχαία ατυχήματα, είναι μερικές από τις σοβαρότερες και θανατηφόρες κοινωνικές συνέπειες που περιγράφονται και αναλύονται στην συγκεκριμένη εργασία. Επιπλέον, αναφέρονται οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια. (Ο αντίκτυπος του αλκοολισμού στα παιδιά, στην ή στον σύζυγο και στις οικογενειακές τους σχέσεις γενικότερα.).

Στο τέλος του τετάρτου κεφαλαίου, γίνεται αναφορά στα προβλήματα που επιφέρει ο αλκοολισμός στην οικονομική ζωή της κοινωνίας.

Το πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο του πρώτου μέρους της εργασίας, επικεντρώνεται αποκλειστικά στην αναφορά αλλά και στην αξιολόγηση των θεραπευτικών μεθόδων και των θεραπευτικών προσεγγίσεων, καθώς και των θεραπευτικών κέντρων, των

οποίων ο λόγος ύπαρξης και λειτουργίας τους βασίζεται σε ένα σημαντικό και δύσκολο στόχο που είναι η αντιμετώπιση και η εξάλειψη του αλκοολισμού, του πολυδιάστατου αυτού φαινομένου. Αναλυτικότερα:

Αναφέρονται και αξιολογούνται δύο βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις:

-Η φαρμακολογική προσέγγιση

-Η ψυχολογική προσέγγιση

Από όλα τα θεραπευτικά προγράμματα που περιγράφονται και αναλύονται,(Ξενώνες, Κέντρα θεραπείας αλκοολισμού),ιδιαίτερο βάρος και ανάλυση, δίνεται στους Ανώνυμους Αλκοολικούς και στα επιμέρους προγράμματα που διαθέτει(ΑΛΑΛΩΝ, ΑΛΑΤΙΝ), τα οποία απευθύνονται στους συγγενείς των αλκοολικών σε ανάρρωση και στους εφήβους.

Επίσης στο κεφάλαιο αυτό, γίνεται λόγος για την πρόληψη από το αλκοόλ και αξιολογείται η αποτελεσματικότητα κάποιων προτεινόμενων προληπτικών μέτρων.

Το πρώτο μέρος της εργασίας, που αποτελεί την βιβλιογραφική ανασκόπηση ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα της βιβλιογραφικής έρευνας.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας περιλαμβάνει την κοινωνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους σπουδαστές της κοινωνικής εργασίας.

Στην αρχή του δεύτερου μέρους, διατυπώνονται οι σκοποί και οι στόχοι της έρευνας όπως (π.χ ποια η σχέση των σπουδαστών με το αλκοόλ κ.ά).

Στην συνέχεια καταγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας σε ποσοστά επί της εκατό με τη μορφή πινάκων.

Στο τέλος του δεύτερου μέρους, αναφέρονται τα συμπεράσματα της έρευνας σύμφωνα με τα οποία το αλκοόλ έχει ενσωματωθεί στην ζωή των σπουδαστών της Κοινωνικής εργασίας.

Το έκτο κεφάλαιο του δεύτερου μέρους, περιλαμβάνει τα συμπεράσματα και τις προτάσεις της εργασίας *«Αλκοόλ στην κοινότητα των σπουδαστών της Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι της Πάτρας»*.

Το παράρτημα Α, περιέχει το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην συλλογή των στοιχείων της συγκεκριμένης κοινωνικής έρευνας που είναι το ερωτηματολόγιο κλειστών και ανοιχτών ερωτήσεων.

Το παράρτημα Β, περιλαμβάνει αληθινές ιστορίες αλκοολικών ανθρώπων σε ανάρρωση και συγγενών τους, που η ανάγνωσή τους ειλικρινά ευαισθητοποιεί και συγκλονίζει όλους μας. Πραγματικά είναι καταθέσεις ψυχής και γι' αυτό το λόγο θέλησα να τις κάνω μέρος της εργασίας μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <i>Περίληψη Πτυχιακής Εργασίας.</i> | <i>Σελ.2</i> |
| <u>Α ΜΕΡΟΣ</u> | |
| <i>Σκοποί και στόχοι της βιβλιογραφικής έρευνας.</i> | <i>Σελ.9</i> |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο | |
| 1. Εισαγωγή | |
| 1.1 <i>Ιστορική Αναδρομή.</i> | <i>Σελ.10</i> |
| 1.2 <i>Ορισμοί των εννοιών Αλκοόλ – Αλκοολισμός.</i> | <i>Σελ.14</i> |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο | |
| 2. Η ψυχολογία του πότη και Μοντέλα Αλκοολισμού. | |
| 2.1 <i>Η ψυχολογία του πότη.</i> | <i>Σελ.17</i> |
| 2.2 <i>Η <<εισβολή>> του αλκοόλ στη ζωή μας και η καθιέρωσή του ως βασική ανάγκη και καθημερινή συνήθεια.</i> | <i>Σελ.18</i> |
| 2.2.1 <i>Η εξάρτηση από το αλκοόλ.</i> | <i>Σελ.19</i> |
| 2.3 <i>Νέοι και αλκοόλ: Πόσο πίνουν, τι πίνουν.</i> | <i>Σελ.22</i> |
| 2.3.1 <i>Αλκοολικός ή προβληματικός πότης;</i> | <i>Σελ.24</i> |
| 2.3.2 <i>Μέθοδοι ανίχνευσης του προβληματικού πότη.</i> | <i>Σελ.25</i> |
| 2.4 <i>Μοντέλα αλκοολισμού.</i> | <i>Σελ.26</i> |
| 2.4.1 <i>Ψυχοδυναμικό Μοντέλο.</i> | <i>Σελ.27</i> |
| 2.4.2 <i>Ιατρικό Μοντέλο.</i> | <i>Σελ.29</i> |
| 2.4.3 <i>Συμπεριφορικό Μοντέλο.</i> | <i>Σελ.32</i> |
| 2.4.4 <i>Κοινωνιολογικό Μοντέλο.</i> | <i>Σελ.33</i> |
| 2.5 <i>Το προφίλ του αλκοολικού.</i> | <i>Σελ.33</i> |
| 2.6 <i>Η οικογένεια του αλκοολικού.</i> | <i>Σελ.37</i> |
| 2.7 <i>Ο αλκοολισμός στην Ελλάδα.</i> | <i>Σελ.43</i> |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 3. Παράγοντες που οδηγούν στη χρήση και στην κατάχρηση από το αλκοόλ | Σελ. 48 |
| 3.1 Ψυχολογικοί παράγοντες (αλκοολική προσωπικότητα) | Σελ. 48 |
| 3.2. Κοινωνικοί παράγοντες | Σελ. 49 |
| 3.2.1. Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ | Σελ. 49 |
| 3.2.2. Τιμή, “νομιμότητα”, κοινωνική αποδοχή | Σελ. 49 |
| 3.2.3. Κοινωνικό περιβάλλον | Σελ. 49 |
| 3.2.4. Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης | Σελ. 50 |
| 3.2.5. Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία | Σελ. 50 |
| 3.3. Πολιτισμικοί παράγοντες | Σελ. 50 |
| 3.4. Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες | Σελ. 51 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

| | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------|
| 4. Επιπτώσεις που σχετίζονται με την κατάχρηση του αλκοόλ. | Σελ. 52 |
| 4.1. Οργανικές επιπτώσεις | Σελ. 52 |
| 4.1.1. Γαστρεντερικό σύστημα | Σελ. 52 |
| 4.1.2. Καρδιαγγειακό σύστημα | Σελ. 53 |
| 4.1.3. Αναπνευστικό σύστημα | Σελ. 53 |
| 4.1.4. Γεννητικό σύστημα | Σελ. 53 |
| 4.1.5. Ουροποιητικό σύστημα | Σελ. 53 |
| 4.1.6. Ερειστικό σύστημα | Σελ. 54 |
| 4.1.7. Ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές | Σελ. 54 |
| 4.1.8. Αίμα | Σελ. 54 |
| 4.1.9. Εγκέφαλος | Σελ. 54 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------|---------|
| 4.2. Νευρολογικές διαταραχές | Σελ. 54 |
| 4.2.1 Πελλάργα | Σελ. 55 |
| 4.2.2. Διατροφικό νωτιαίο σπαστικό-αταξικό σύνδρομο | Σελ. 55 |
| 4.2.3. Εγκεφαλοπάθεια από έλλειψη νικοτινικού | Σελ. 56 |
| 4.2.4. “Αλκοολική” εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας | Σελ. 56 |
| 4.2.5. Εγκεφαλική ατροφία σε αλκοολικούς | Σελ. 57 |
| 4.2.6. Ηπατική εγκεφαλοπάθεια (HE) | Σελ. 57 |
| 4.3. Ψυχιατρικές διαταραχές / Γνωστικές δυσλειτουργίες | Σελ. 59 |
| 4.3.1. Ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από αλκοόλ με ψευδαισθήσεις | Σελ. 61 |
| 4.4 Κοινωνικές Επιπτώσεις | Σελ. 62 |
| 4.4.1. Διάφορα ατυχήματα | Σελ. 62 |
| 4.4.2 Η βία | Σελ. 64 |
| 4.4.3 Εγκληματικότητα | Σελ. 64 |
| 4.4.4 Τροχαία Ατυχήματα: Το Μέγιστο Πρόβλημα | Σελ. 65 |
| 4.4.5 Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια | Σελ. 66 |
| 4.4.6 Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικονομία | Σελ. 69 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 5. Η θεραπεία του αλκοολισμού. Αξιολόγηση θεραπευτικών προσεγγίσεων. | Σελ. 72 |
| 5.1 Φαρμακολογική προσέγγιση | Σελ. 72 |
| 5.2 Ψυχολογική προσέγγιση | Σελ. 73 |
| 5.2.1 Τεχνικές θεραπείες συμπεριφοράς | Σελ. 74 |
| 5.2.2 Ατομική ψυχοθεραπεία | Σελ. 76 |
| 5.2.3 Ομαδική ψυχοθεραπεία | Σελ. 76 |
| 5.3. Τι είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.) | Σελ. 78 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 5.4. Ξενώνες (<i>Half-way houses</i>) | Σελ. 81 |
| 5.5 Κέντρα Θεραπείας του αλκοολισμού (<i>Alcohol treatment centres</i>) | Σελ. 81 |
| 5.6 Προγράμματα για εφήβους ή για οικογένειες | Σελ. 84 |
| 5.7 Πρόληψη: Η λύση | Σελ. 86 |
| 5.8. Συμπεράσματα βιβλιογραφικής έρευνας. | Σελ. 89 |

Β ΜΕΡΟΣ

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. Έρευνα στους σπουδαστές της Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας. | Σελ. 90 |
| 1.1. Σκοποί και στόχοι της έρευνας | Σελ. 90 |
| 1.2. Τα αποτελέσματα της έρευνας | Σελ. 92 |
| 1.3. Συμπεράσματα | Σελ. 127 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

| | |
|----------------------------|----------|
| 6. Συμπεράσματα-Προτάσεις. | Σελ. 128 |
|----------------------------|----------|

| | |
|---------------------|----------|
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | Σελ. 133 |
|---------------------|----------|

| | |
|--------------------|----------|
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α | Σελ. 135 |
|--------------------|----------|

| | |
|--------------------|----------|
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β | Σελ. 143 |
|--------------------|----------|

Σκοποί και στόχοι της βιβλιογραφικής έρευνας.

Πρωταρχικός σκοπός της πτυχιακής εργασίας «*Αλκοόλ στην κοινότητα των σπουδαστών της κοινωνικής εργασίας του ΑΤΕΙ Πάτρας*», είναι η επιδίωξη της γνωριμίας και της κατανόησης της ουσίας του αλκοόλ, την οποία λίγο ή πολύ όλοι μας χρησιμοποιούμε ή έχουμε χρησιμοποιήσει σε κάποιες περιόδους της ζωής μας. Συγκεκριμένα:

- Η προέλευση και η ιστορία του αλκοόλ, από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα.
- Τι είναι το αλκοόλ και ποιοι οι λόγοι της ύπαρξής του.

Άλλος ένας σημαντικός σκοπός της συγκεκριμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης, είναι να διασαφηνιστούν και να γνωστοποιηθούν οι λόγοι της χρήσης της αλκοόλης, αλλά και οι λόγοι που οδηγούν στην υπερβολική χρήση και στην εξάρτηση από την συγκεκριμένη ουσία και κατά συνέπεια στον αλκοολισμό.

Η μελέτη και η καταγραφή των καταστροφικών συνεπειών της ανεξέλεγκτης χρήσης της αλκοόλης, αποτελεί έναν από τους κυριότερους στόχους της συγκεκριμένης μελέτης. Συγκεκριμένα:

- Οι συνέπειες της κατάχρησης του αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα.
- Τα αρνητικά αποτελέσματα του αλκοόλ στην οικογένεια και στην κοινωνία γενικότερα.
- Το κόστος που δημιουργεί ο αλκοολισμός στην οικονομία.
- Τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούνται από την χρήση του αλκοόλ.
- Οι δυσλειτουργίες που επιφέρει στον γάμο και στην οικογενειακή ζωή.
- Κατά πόσο επηρεάζεται η επαγγελματική δραστηριότητα από τη χρήση του αλκοόλ και γενικότερα τις αλλαγές που επιφέρει στην ζωή του χρήστη.

Τέλος, σημαντικός σκοπός είναι να καταγραφούν αναλυτικά οι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος του αλκοολισμού. Συγκεκριμένα:

- Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που βοηθούν στην καταπολέμηση του αλκοολισμού.
- Τα προγράμματα που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία του αλκοολισμού.

- Οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται.

Α ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Εισαγωγή.

1.1 Ιστορική Αναδρομή (Αλκοόλ).

Η αμπελοργία άρχισε στις χώρες της Ανατολής γύρω στην 5^η χιλιετία π.Χ. Στη συνέχεια διαδόθηκε στη Δύση από τις πρώτες μεταναστευτικές ομάδες που έφτασαν στην Ευρώπη, την 3^η χιλιετία π.Χ. Ίσως αρκετά νωρίτερα, λαοί κοινής προέλευσης κατοικούσαν στην Μικρά Ασία, την ηπειρωτική Ελλάδα και τα νησιά του Αιγαίου.

Οι πολλοί μύθοι για την άμπελο –και τον οίνο– είναι η σαφέστερη απόδειξη ότι η καταγωγή της δεν είναι σαφώς προσδιορισμένη. Δεν προέρχεται αμιγώς από την Ανατολή. Αντιθέτως, βρίσκεται σχεδόν πάντα μεταξύ των φυτών της ευρωπαϊκής χλωρίδας. (Τσαρουχάς, 2000, σ.19)

Οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι καλλιέργησαν την Άμπελο και γνώρισαν πολύ νωρίς την τέχνη της παρασκευής του οίνου. Σε επιγραφή που βρέθηκε στην Αίγυπτο, σε πυραμίδα της 6^{ης} Δυναστείας, αναγράφεται το περιεχόμενο των βασιλικών γευμάτων, τα οποία εκτός των άλλων περιλαμβάνουν τέσσερα είδη λευκού και ερυθρού οίνου. Η αιγυπτιακή πίστη αποδίδει την αρχή της καλλιέργειας της αμπέλου στον Όσιρη, γιο του Ουρανού και της Γης, θεό της βλάστησης, «Κύριο της Ανθοφορούσης Αμπέλου» όπως γράφει η ιερογλυφική επιγραφή των πυραμίδων. Στην αρχαία Αίγυπτο ο οίνος, κατ' αρχήν, προοριζόταν για τις ανώτερες οικονομικά κοινωνικές τάξεις. Όσοι δεν είχαν τα μέσα να τον περιλάβουν στην διατροφή τους, αρκούσαν στο ζύθο και έπιναν οίνο μόνο εκτός των γευμάτων. Από την 5^η χιλιετία π.Χ. η Αίγυπτος είναι μία από τις χώρες που δίδαξαν στον αρχαίο κόσμο την καλλιέργεια της αμπέλου. Οι Σουμέριοι, την 4^η χιλιετία π.Χ., ήταν ήδη έμπειροι αμπελοουργοί.(Τσαρουχάς, 2000, σ.20)

Στη ζωή της Μεσογείου διαμορφώθηκε ο μεγάλος πνευματικός κύκλος του οίνου, ο οποίος περιλαμβάνει ποιητές, μουσικούς, γλύπτες, ζωγράφους, τεχνίτες. Δεν υπάρχει σχεδόν Έλληνας και αργότερα Ρωμαίος ποιητής που να μην έχει υμνήσει τον οίνο. Ως κύριο ποτό των αρχαίων Ελλήνων, ο οίνος είχε άμεση σχέση με τον χαρακτήρα και τον πολιτισμό τους. Στην τέχνη, το κύριο θέμα της ποίησης και της μουσικής ήταν συνδεδεμένο με τον οίνο. Οι Έλληνες επιθυμούσαν πάντα το τέλειο στις απολαύσεις τους. Δεν γνώριζαν τον ζύθο, τον περιφρονούσαν.(Τσαρουχάς, 2000, σ.20)

Ο Όμηρος στην Ιλιάδα και την Οδύσσεια μας παρέχει πολύτιμες ενδείξεις για τα σπουδαιότερα αμπελοουργικά κέντρα της Ελλάδας κατά την απαρίθμηση των συμμετεχόντων στην εκστρατεία κατά της Τροίας και μνημονεύει τους οίνους της Θράκης. Ο Αισχύλος έγραφε τις τραγωδίες του μεθυσμένος, γεγονός για το οποίο τον κατηγορούσε ο Σοφοκλής. Στους Ρωμαίους δεν έπινε ούτε ικέτης, ούτε δούλος, ούτε ελεύθερη γυναίκα, ούτε ελεύθεροι έφηβοι μέχρι τριάντα χρονών.(Τσαρουχάς, 2000, σ.20)

Οι γευστικές απαιτήσεις των αρχαίων Ελλήνων ήταν απλές. Πιθανώς, εκείνο που ζητούσαν από έναν οίνο ήταν η ευχαρίστηση κατά την πόση και η πρόκληση συζήτησης μετά την τέρψη των συνδαιτυμόνων. Το “θείον ποτό” του Ομήρου ήταν γενικής χρήσης στην αρχαία Ελλάδα. Και το έπιναν άντρες, γυναίκες και παιδιά, αλλά με μέτρο. Ο οίνος που έπιναν ήταν τόσο κατά τον Όμηρο όσο κατά την κλασική εποχή, πάντοτε κεκραμένος με νερό. Η κράση γινόταν μέσα σ’ ένα μεγάλο αγγείο, τον κρατήρα. Ακρατος οίνος επιτρεπόταν στα συμπόσια για λίγο μόνο, στην αρχή της πόσης, προς τιμήν του αγαθού δαίμονα. Κατ’ αυτόν τον τρόπο, μολονότι έπιναν άφθονο κεκραμένο οίνο, διατηρούσαν τη διαύγεια του πνεύματός τους και μπορούσαν μετά το δείπνο να συζητούν διάφορα φιλοσοφικά ζητήματα. Στους κρατήρες αναμιγνύονταν οίνος, νερό και σπανίως ρητίνη ή μέλι. Τα δοχεία χρησιμοποιούνταν για την μεταφορά του κρασιού από τον κρατήρα στην οينوχόη ή οινόλη. Η ποσότητα νερού που μπορούσε να δεχθεί ο οίνος για να καταστεί πόσιμος, λαμβανόταν ως μέτρο εκτίμησης της δύναμής του. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, έπειτα από οδοιπορία, έβαζαν στον κρατήρα, κατά την κράση, μεγάλη ποσότητα οίνου και τότε τον ονόμαζαν «οίνο ζωρότερο». Πολλές φορές στους γέροντες έδιναν εξαιρετικό οίνο, «οίνο γερώσθο». Η αναλογία της κράσης δεν ήταν κάτι το σταθερό. Φαίνεται, όμως, ότι δινόταν προτίμηση στο νερό και με αναλογία τρία τέταρτα νερού προς ένα τέταρτο οίνου. Το κράμα αυτό ήταν ο κατεξοχήν πόσιμος οίνος. Στη διαρκή, μακράιωνη χρήση του προϊόντος της κράσης του οίνου οφείλεται η χρήση του ονόματος «κρασί» αντί του «οίνου» ο οποίος, βέβαια, στην καθομιλουμένη διατηρείται μόνο στα συνθετικά –οινοπωλείο, οινοποιός, οινοπαραγωγός-

Οι άνθρωποι στα χρόνια της Βίβλου έπιναν κρασί όχι μόνο για προσωπική τους ευχαρίστηση, αλλά και για λόγους διαιτητικούς και φαρμακευτικούς. Ο Απόστολος Παύλος, ενώ στις επιστολές του καταδικάζει τους μεθυσμένους και τη μέθη (που την αποκαλεί μάλιστα απιστία), συμβουλεύει τον μαθητή του Τιμόθεο να μην πίνει νερό για να αποφύγει τις ασθένειές του –προφανώς ο Τιμόθεος έπασχε από κάποιες εσωτερικές διαταραχές–, αλλά να πίνει κρασί (Τσαρουχάς, 2000, σ.21)

Στον μεσαίωνα, το αλκοόλ ήταν το απαραίτητο συστατικό όλων των εκδηλώσεων. Απαραίτητο σε γενέθλια, γάμους, θανάτους, στέψεις βασιλέων, διπλωματικές συναλλαγές, υπογραφές συνθηκών και στα συμβούλια. Τα μοναστήρια μετατρέπηκαν σε κάποιο είδος ταβέρνας και πανσιόν της εποχής, όπου οι ταξιδιώτες απολάμβαναν τα καλά του σταφυλιού.

Το ποτό ήταν πλέον αναγνωρισμένο ως ουσία που άλλαζε την διάθεση και ηρεμούσε...(Ποταμιάνος, 1991, σ.24)

Η φύση, όμως, από μόνη της δεν μπορεί να παράγει προϊόν το οποίο θα είναι δυνατότερο, περιέχοντας πάνω από 14% αλκοόλη. Η κατανάλωση λοιπόν των ποτών που προέρχονται από απόσταξη (όπως το ουίσκι, το κονιάκ, το τζιν) είναι πολύ μεταγενέστερη ανακάλυψη και φαίνεται να εισάγεται στην Ευρώπη 1000 χρόνια πριν, από την Ισπανία που τότε ήταν υπό την κατοχή των Αράβων.(Τσαρουχάς, 2000, σ.21)

Συγκεκριμένα, τον 10^ο αιώνα, ένας Πέρσης γιατρός, ο Ράμσης, ανακαλύπτει την απόσταξη και ως εκ τούτου την παραγωγή ποτών με μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε αλκοόλη. Οι Ευρωπαίοι επιστήμονες πανηγύρισαν για το εύρημα. Το καινούριο προϊόν πήρε την ονομασία “η πηγή της νιότης”, “eau-de-vie”, “aqua vitae”. Κάπου εκεί βρίσκεται και η ρίζα της λέξης “whiskey”.(Τσαρουχάς, 2000, σ.22)

Γεγονός είναι πάντως πως τα αποσταγμένα ποτά, με περιεκτικότητα σε αλκοόλη μεγαλύτερη του 14%, έγιναν δημοφιλή μετά τον 16^ο αιώνα.

Από κει και πέρα το πέρασμα από το σταφύλι στη βύνη και στη συνέχεια σε άλλους τρόπους απόσταξης, συνοδεύεται πια από πολύ θλιβερές στιγμές της ανθρώπινης ιστορίας. Γύρω στο 1700, οι Ολλανδοί φτιάχνουν ένα αποσταγμένο ποτό που

ονομάζεται τζιν. Το ποτό αυτό γνωρίζει πολύ μεγάλη εξάπλωση στα χρόνια της βιομηχανικής επανάστασης στα αστικά κέντρα της Αγγλίας και μεταλλάσσεται σε τρομακτική επιδημία. Και επειδή είναι πολύ φθινό, σε συνδυασμό με τις άθλιες συνθήκες της εποχής, χρησιμοποιείται από την εργατική τάξη και ως τροφή, λόγω της πολύ μεγάλης θρεπτικής αξίας του.(Τσαρουχάς, 2000, σ.22)

Το αλκοόλ είχε δημιουργήσει τόσα πολλά προβλήματα στην Αγγλία, που είχε γίνει γνωστή ως η χώρα των μπεκρήδων, σημειώνει ο Ντέιβιντ Ντάιτς. Με την απόσταξη αρχίζει ένας δρόμος χωρίς επιστροφή στην πορεία του αλκοόλ. Κι ενώ στην αρχαία Αίγυπτο και τη Ρώμη υπάρχουν αναφορές που παραπέμπουν σε κατάχρηση αλκοόλ, τα μεγάλα προβλήματα γεννιούνται με την απόσταξη και με τη φιλοσοφία που αναπτύσσεται: “Όσο δυνατότερο το ποτό, τόσο καλύτερα”.

Τα μπέρμπον –δυνατά ουίσκι– μπαίνουν στην καθημερινή ζωή των Αμερικανών.(Τσαρουχάς, 2000, σ.23)

Σε μια (έστω και σύντομη) αναδρομή του αλκοόλ ανά τους αιώνες, δεν θα έπρεπε να αστοχήσει κανείς και να μην αναφερθεί στην ποτοαπαγόρευση που επιβλήθηκε στην Αμερική. Πως όμως, αλήθεια, έφτασαν οι Αμερικανοί ως την ποτοαπαγόρευση;(Ποταμιάνος, 1991, σ.18)

Το αλκοόλ ως ουσία έφτασε στην Αμερική το 1620. Οι Ισπανοί άποικοι μετέφεραν μαζί τους κλήματα και πριν καλά καλά οι Ηνωμένες Πολιτείες οργανωθούν σε έθνος, παρασκευαζόταν κρασί στην Καλιφόρνια. Ένας νόμος που ψηφίστηκε το 1790, έδινε ως προμήθεια σε κάθε φαντάρο ¼ του λίτρου μπράντι, ρούμι ή ουίσκι. Οι άποικοι παρασκεύαζαν κρασί και καλλιεργούσαν κλήματα, αλλά ήταν το ρούμι, τελικά, που έδωσε την απάντηση στη δίψα του νεοσύστατου έθνους, αναφέρεται στο “Loosing the Grip”, των J. Kinney και G. Leaton. Το αλκοόλ ήταν και ο τρόπος με τον οποίο οι Αμερικανοί κατάφεραν να αποδεκατίσουν τους Ινδιάνους. Το μπέρμπον έγινε πλέον έγινε το δημοφιλέστερο ποτό της Αμερικής.(Ποταμιάνος, 1991, σ.19)

Η κατανάλωση αλκοόλ από τους αποίκους ήταν περισσότερο μια οικογενειακή υπόθεση. Και παρέμεινε έτσι έως τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Με την αύξηση του μεταναστευτικού ρεύματος προς τη χώρα, τη βιομηχανοποίησή της και τις μεγαλύτερες κοινωνικές ελευθερίες, η κατανάλωση αλκοόλ έγινε πλέον λιγότερο κοινωνική υπόθεση. Εξελίχθηκε σε κατανάλωση που φαινόταν περισσότερο και είχε καταστροφικές συνέπειες –συνέπειες που δεν κρυβόταν πίσω από την οικογένεια, μακριά από την κοινωνία–. Η “Άγρια Δύση” έγινε και ταυτίστηκε με τα σαλούν, τα οποία γνώρισαν έξαρση. Τα παλιά και σταθερά κοινωνικά και οικογενειακά μοντέλα άρχισαν να αλλάζουν –ας μην ξεχνάμε τις εικόνες από τα γουέστερν που θέλουν τον ήρωα να ανοίγει το ποτό του με το σπιρούνι της μπότας του–. Οι συμπεριφορές που σχετιζόταν με την χρήση του αλκοόλ έγιναν πιο έντονες.(Ποταμιάνος, 1991, σ.21-22)

Το θέμα άγγιξε πλέον μεγάλες κοινωνικές ομάδες. Και αναπόφευκτα γεννήθηκαν τα κινήματα κατά του αλκοόλ. Η ποτοαπαγόρευση, το 1919, ήρθε σαν φυσική συνέχεια. Μόνο που αυτά τα κινήματα δεν ξεκίνησαν – δημιουργήθηκαν με στόχο την ποτοαπαγόρευση. Η δημιουργία αυτών των κινήματων συνέπεσε με την απαρχή μιας κοινωνικής επαγρύπνησης – συνειδητοποίησης και με την πίστη ότι η αποτελεσματικότητα των νόμων μπορεί να λύσει τα μεγάλα κοινωνικά προβλήματα. Τα κινήματα αυτά στην αρχή αποτελούσαν μέρος των ανθρωπιστικών κινήματων και μεταξύ άλλων ανέπτυσαν δράση για την παιδική εργασία, τους φυλακισμένους, τα δικαιώματα των γυναικών. Στην πραγματικότητα, τα κινήματα αυτά καταδίκαζαν την υπερβολική πόση και όχι το ποτό. Θεωρούσαν ότι όλα τα κακώς κείμενα που προερχόταν από την κατάχρηση του αλκοόλ θα μπορούσαν να θεραπευτούν μέσω της κατάλληλης νομοθεσίας. Τα κίνητρα αυτών των κινήματων προσδιοριζόταν περισσότερο από μία ηθική και μια προσπάθεια αποκατάστασης του μέτρου, τον

αντίποδα της υπερβολής που επικρατούσε. Γρήγορα όμως, οι αντιπαραθέσεις πήραν τη μορφή χιονοστιβάδας κι αυτοί που ήταν κατά της υπερβολικής χρήσης του αλκοόλ έφτασαν στα άκρα: κατά του αλκοόλ γενικώς και αδιακρίτως. Ολόκληρες εκστρατείες οργανώθηκαν για αυτό το σκοπό. Δημιουργήθηκαν νέα κινήματα και παρακλάδια τους, που απλωνόταν σε ολόκληρες τις Η.Π.Α. Όλες αυτές οι ομάδες – πολλές απ’ αυτές θρησκευτικές– επιδίωκαν την απαγόρευση του αλκοόλ. Το 1869 πλέον, είχε ιδρυθεί το Εθνικό Κόμμα Υπέρ της Ποτοαπαγόρευσης με αιχμή του δόρατος, ως πολιτική έκφραση, τη θεσμοθέτηση (με νόμο) της ποτοαπαγόρευσης.(Τσαρουχάς, 2000, σ.23-24)

Το 1874, η Frances Willard ίδρυσε την WCTU στο Κλίβελαντ. Πρόκειται για τα αρχικά μιας ακόμα οργάνωσης (Women’s Christian Temperance Union) θρησκευτικής, όπου οι γυναίκες πλέον ανέλαβαν ενεργό ρόλο στην πρόληψη, την ενημέρωση, αλλά και στην διεκδίκηση νομοθεσίας για το αλκοόλ. Οργανώθηκαν πολυπληθείς συγκεντρώσεις, εκπαιδευτικά προγράμματα και μπόλιασαν τα παιδιά με φόβο και μίσος για το αλκοόλ. Ιδρύθηκαν ακόμη και βιβλιοθήκες γι’ αυτό τον σκοπό. Η WCTU, μετά από πολλές κινητοποιήσεις, κατάφερε τελικά να περάσει τις απόψεις της για το αλκοόλ με εκπαιδευτικά προγράμματα στα σχολεία. Η υπερβολή, όμως, είχε ήδη διαφανεί. Αδιακρίτως, η χρήση του αλκοόλ –περιστασιακή, μικρή, μεγάλη ή υπερβολική– ήταν γι’ αυτούς καταδικαστέα. Όλοι όσοι έπιναν ήταν καταδικαστέοι. Γι’ αυτούς δεν υπήρχαν διαχωρισμοί. Μόνο ποτά και πότες.(Τσαρουχάς, 2000, σ.24)

Το 1895, πολλές μικρές ομάδες ενώθηκαν με την “Anti-Saloon League” (Ένωση κατά των Σαλούν), η οποία γρήγορα άσκησε την μεγαλύτερη επιρροή απ’ όλα αυτά τα κινήματα. Πίεσε το Κογκρέσο (έχοντας την υποστήριξη εκκλησιαστικών ομάδων) και τελικά, περνώντας το μήνυμα ότι το μοναδικό ουσιαστικό και αληθινό πρόβλημα της κοινωνίας ήταν το αλκοόλ και η μόνη αληθινή λύση του προβλήματος η ποτοαπαγόρευση, το 1919 το Κογκρέσο ψήφισε την υπ. αριθμ. 18 τροποποίηση νόμου, η οποία όριζε ότι είναι παράνομη η παρασκευή και η πώληση αλκοολούχων ποτών. Ο νόμος είχε 60 διατάξεις με τις οποίες ετίθετο σε εφαρμογή η ποτοαπαγόρευση.(Τσαρουχάς, 2000, σ.24-25)

Η ποτοαπαγόρευση διήρκεσε από το 1920 έως το 1933. Ο νόμος ανακλήθηκε με την υπ. αριθμ. 21 τροπολογία του 1933. Το τι προσέφερε ή όχι η ποτοαπαγόρευση στην αμερικανική κοινωνία, είναι ένα θέμα που επιδέχεται πολλές ερμηνείες. Σαφώς, η ποτοαπαγόρευση μείωσε τους δείκτες κατανάλωσης και τα κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την κατάχρηση αλκοόλ. Από την άλλη, αύξησε (και μάλιστα σε μεγάλο βαθμό) την παράνομη εμπορία του αλκοόλ, το οργανωμένο έγκλημα γύρω από το αλκοόλ. Τελικά, όσοι ήθελαν να πουν, έπιναν. Και μάλιστα αλκοόλ αμφίβολης ποιότητας, αφού δεν υπήρχε έλεγχος που να διασφαλίζει την ποιότητά του. Έτσι, οι Αμερικανοί προτίμησαν το “μη χείρον”. Όπως διαφαίνεται και από την τελευταία πρόταση του καθηγητή Ντέιβιντ Ντάιτς, η ποτοαπαγόρευση ήταν απλώς ένα μεγάλο λάθος της αμερικανικής κοινωνίας, που διόγκωσε το ήδη υπάρχον πρόβλημα.(Τσαρουχάς, 2000, σ.26-27)

«Μόλις σήμανε το τέλος της ποτοαπαγόρευσης, στη Βοστώνη, το πλήθος που είχε συγκεντρωθεί έξω από το Τοπικό Συμβούλιο για την έκδοση αδειών παρασκευής και διάθεσης αλκοολούχων ποτών, γκρέμισε την μπροστινή πόρτα...» (Loosing the Grip, J. Kinney – G. Leaton).

Τελικά, το αλκοόλ αντί να αποδυναμωθεί είχε εξαπλωθεί περισσότερο στην αμερικανική κοινωνία.(Τσαρουχάς, 2000, σ.28)

1.2 Ορισμοί των εννοιών Αλκοόλ – Αλκοολισμός.

Παρ' όλο που έχουν γραφτεί εκατοντάδες βιβλία για το θέμα και εκατομμύρια ανθρώπων έχουν αναρωτηθεί, «Είναι ο άντρας μου (ή η γυναίκα μου) αλκοολικός;», ο ακριβής ορισμός του αλκοολισμού συζητιέται ακόμα. Υπάρχει, συνήθως, συμφωνία όταν η εξάρτηση είναι σοβαρή και τα περισσότερα στοιχεία του συνδρόμου της εξάρτησης από την αλκοόλη είναι φανερά. Αλλά δεν υπάρχει σαφής διαχωριστική γραμμή για το πότε ο μεγάλος πότης γίνεται αλκοολικός.(Τ.Τζάφρη- Ρ.Πήτερσον- Ρ.Χόντσον, 1986, σ.13)

Ο όρος αλκοολισμός αναφέρεται για πρώτη φορά στα τέλη της δεκαετίας του 1840, από έναν Ολλανδό γιατρό με το όνομα Μάγκνουμ Χους, που περιγράφει, έτσι, τη χρόνια χρήση του αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες. Για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία περιγράφονται όχι μόνο το άτομο που πίνει σε υπερβολικό βαθμό, αλλά και το πλήθος των προβλημάτων που συνεπάγεται αυτή η χρήση. Είναι η πρώτη φορά που ο αλκοολισμός εξετάζεται ως ιατρικό φαινόμενο. Για πολλούς αιώνες ο αλκοολισμός θεωρείτο ηθική αδυναμία χαρακτήρα, που πρόσθετε ένα επιπλέον στίγμα στον εξαρτημένο.

Έκτοτε, και κατά το τελευταίο μισό του 20^{ου} αιώνα έγιναν πάρα πολλές απόπειρες για τη διατύπωση ενός ορισμού για τον αλκοολισμό.(Τσαρούχας, 2000, σ.42)

1940, Αλκοολικοί Ανώνυμοι: Οι Α.Α. δεν είχαν ποτέ έναν «επίσημο» ορισμό. Η σύλληψη της ιδέας του παρακάτω ορισμού ανήκει στον δόκτορα William Silkworth – έναν από τους φίλους των Α.Α.

«Η εμμονή του μυαλού και η αλλεργία του σώματος. Η εμμονή ή η καταπιεστική παρόρμηση εγγυάται ότι αυτός που υποφέρει θα πει ενάντια στη θέλησή του. Η αλλεργία εγγυάται ότι αυτός που υποφέρει, είτε θα πεθάνει, είτε θα τρελαθεί».(Σιμώνη Ξ, 2002, σ.36)

Ένας ακόμα ορισμός που συχνά ακουγόταν μεταξύ των Α.Α. είναι:

«Ο αλκοολικός είναι ένα πρόσωπο που δεν μπορεί να προβλέψει με ακρίβεια τι θα του συμβεί όταν πει».(Σιμώνη Ξ, 2002, σ.37)

1946, E. M. Jellinek: Από τους ανθρώπους που άνοιξαν νέους δρόμους στη μελέτη του αλκοολισμού: «Αλκοολισμός είναι οποιαδήποτε χρήση αλκοολούχων ποτών που προκαλεί οποιαδήποτε βλάβη στο άτομο, στην κοινωνία ή και στα δυο».

1950, Marty Mann: Από τα ιδρυτικά μέλη του Εθνικού Συμβουλίου για τον Αλκοολισμό, των Η.Π.Α.:

«Ο αλκοολικός είναι ένα πολύ άρρωστο άτομο, θύμα μιας ύπουλης προοδευτικής αρρώστιας που συχνά είναι μοιραία (θανατηφόρα). Ο αλκοολικός μπορεί ν' αναγνωριστεί, να διαγνωστεί η κατάσταση του και να θεραπευτεί επιτυχώς».(Κοκκέβη Άννα, 1988, σ.70)

Ο Jellinek, ο οποίος θεωρείται από τους Αμερικανούς αλλά και διεθνώς, ως ο άνθρωπος που άνοιξε το δρόμο για τη μελέτη του αλκοολισμού, είναι αυτός, που κατά τον Γρηγόρη Ποταμιάνο(1991, σ.46) «από-περιθωριοποίησε τον αλκοολικό, τον κατέστησε κοινωνικά αποδεκτό ως άρρωστο και τον έστειλε στο νοσοκομείο για θεραπεία».

Ο Jellinek κατέληξε, ότι το σύνολο των αλκοολικών μπορούσε να διαιρεθεί σε πέντε βασικές κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές πήραν τ' όνομά τους από το ελληνικό αλφάβητο.

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ Α: Πρόκειται για καθαρά ψυχολογική εξάρτηση από το αλκοόλ, χωρίς βιολογικές επιπλοκές.

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ Β: Παρουσιάζεται όταν σωματικά προβλήματα, όπως κίρρωση του ήπατος και άλλα προκαλούνται εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ, χωρίς το άτομο παράλληλα να είναι ψυχολογικά εξαρτημένο.

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ Γ: Αλλοιωμένη βιολογική αντίδραση στο αλκοόλ, που οδηγεί σε αυθόρμητη χρήση της ουσίας και χαρακτηρίζεται από αδυναμία ελέγχου της ποσότητας που καταναλώνεται.

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ Δ: Αλλοιωμένη βιολογική αντίδραση στο αλκοόλ, που οδηγεί σε αδυναμία αποχής από το αλκοόλ.

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ Ε: Άτακτη περιοδική χρήση του αλκοόλ. (Ποταμιάνος, 1991, σ.47-48)

Το 1950, σύμφωνα με το *Loosing the Grip* (των J. Kinney και G. Leaton) η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O.) όρισε τον αλκοολικό ως το άτομο του οποίου η συμπεριφορά (κατανάλωση αλκοόλ) παρεκκλίνει από τα «πολιτιστικά του πρότυπα». Το 1955 αναγνώρισε τον αλκοολισμό ως ασθένεια.

Οι σύγχρονες προτάσεις που φαίνεται να κατευθύνουν την κλινική έρευνα και την θεραπευτική αντιμετώπιση των αλκοολικών, διαμορφώθηκαν από τον Βρετανό καθηγητή G. Edwards και τους συνεργάτες του. (Potamianos-G.Peters-T.J, 1984, σ.57)

Η W.H.O. υιοθέτησε τις προτάσεις του Edwards. Έτσι, σταδιακά, ο όρος «αλκοολικός» αντικαθίσταται με τον όρο «προβληματικός πότης».

Από τότε έως σήμερα, πολλοί έχουν μελετήσει τον αλκοολισμό και τον αλκοολικό. Πολλά έχουν γραφτεί για την ασθένεια. Παρ' όλα αυτά, μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας παγκόσμιος ορισμός του αλκοολισμού. (Potamianos-G.Peters-T.J, 1984, σ.58)

Σύμφωνα με τον Ντέιβιντ Ντάιτς, το «πως ορίζουμε τι είναι ο αλκοολισμός», αποτελεί περίπλοκο θέμα. «Οι περισσότεροι άνθρωποι σήμερα», υποστηρίζει ο Ντάιτς, «θα όριζαν τον αλκοολισμό σαν εξάρτηση από το αλκοόλ σε βαθμό που κάποιος έχει μειωμένη ικανότητα απόδοσης σε πολλές δραστηριότητες της ζωής. Εννοώντας τη χρήση του αλκοόλ, παρ' όλες τις δυσμενείς του επιπτώσεις, δηλαδή τις αρνητικές του συνέπειες. Έτσι, το άτομο καταναλώνει αλκοόλ παρ' όλα τα προβλήματα που επιφέρει στην οικογένειά του, σε βαθμό που περιορίζει την ικανότητά του να εργασθεί ή να εργασθεί σωστά. Καταναλώνει αλκοόλ σε βαθμό που του στερεί την ικανότητα να οδηγήσει. Πίνει συνέχεια παρότι οι οικονομικοί του πόροι στερεύουν ή ο οργανισμός του επηρεάζεται γιατί προκαλούνται βλάβες στα όργανα. Όλα αυτά δημιουργούν εκείνο στο οποίο αναφερόμαστε με τη λέξη αλκοολισμός, η οποία συχνά θεωρείται ασθένεια». (Μαδιανός, 1989, σ.34)

«Ο αλκοολισμός είναι μια κατάσταση που αφορά όλη την ανθρώπινη ύπαρξη», αναφέρει η Κατερίνα Μάτσα, Ψυχίατρος – Υπεύθυνη της Μονάδας Απεξάρτησης στο περίπτερο 18 ΑΝΩ του Δημοσίου Ψυχιατρείου Αττικής. «Και σηματοδοτεί την υποταγή της ύπαρξης αυτής στο αλκοόλ, την απώλεια της ελευθερίας του ατόμου απέναντι στο αλκοόλ. Όταν μιλάμε για αλκοολισμό, δεν αναφερόμαστε απλά στην κατάχρηση του αλκοόλ, στην κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ, αλλά αναφερόμαστε σε μία κατάσταση που σηματοδοτεί οπωσδήποτε εξάρτηση. Δηλαδή, η ουσία του αλκοόλ έχει μπει στο επίκεντρο της ζωής αυτού του ατόμου και την έχει αλλάξει, έχει εκτοπίσει ενδιαφέροντα, σχέσεις, ασχολίες, κάνοντας το άτομο να περιστρέφεται γύρω από το αλκοόλ. Να βρίσκεται αυτό διαρκώς στη σκέψη του, η μόνη του επιθυμία είναι να καταναλώσει αλκοόλ. Και βέβαια, δημιουργώντας τεράστια προβλήματα σε επίπεδο οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό και

υγείας. Γιατί το αλκοόλ είναι ένα πολύ σκληρό ναρκωτικό –και πρέπει αυτό να τονιστεί– που επηρεάζει σοβαρά τον οργανισμό, όλα τα συστήματα. Και πολλές φορές, με μη αναστρέψιμες συνέπειες».

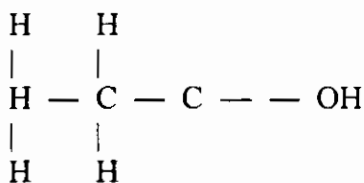
Ο Αλέξανδρος, από την ομάδα των Ανώνυμων Αλκοολικών της Αθήνας, θυμάται: «Τουλάχιστον τα τελευταία 5-6 χρόνια που έπινα θυμάμαι, ότι από ένα σημείο και μετά έχανα τον έλεγχο, δεν θυμόμουν την άλλη μέρα το πρωί τι είχε συμβεί την προηγούμενη, έχοντας φοβερούς πονοκεφάλους, το στομάχι μου να πονάει και να έχω φριχτές ενοχές για το τι είχε συμβεί την προηγούμενη. Δεν θυμόμουν, είχα πολλά μπλακ άουτ».(Τσαρουχάς, 2000, σ.53)

Με δεδομένο ότι το αλκοόλ είναι ψυχοτρόπος ουσία, ουσία που μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση, διερωτάται κανείς ποια διαφορά έχει από τα ναρκωτικά.

Η απάντηση στο ρητορικά διατυπωμένο ερώτημα είναι απλή:

Σαν ουσία το αλκοόλ δεν διαφέρει από τα ναρκωτικά. Σαν ιδέα το αλκοόλ λανσάρεται ως τρόπος ζωής, διαφημίζεται ποικιλοτρόπως, καταλήγει στα σπίτια μας και γίνεται αναγκαίο στις συναναστροφές μας. Στην Ελλάδα μπορεί να το προμηθευτεί από το ψιλικάτζίδικο ή το σούπερ Μάρκετ της γειτονιάς ακόμα και ένα πεντάχρονο παιδί. Το αλκοόλ είναι νόμιμη, εξαρτησιογόνος ουσία. Η ηρωίνη, κοκαΐνη είναι παράνομες.(Τσαρουχάς, 2000, σ.45)

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη “al Kohl”. Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C₂ H₅ OH.



Όπως δείχνει και το παραπάνω διάγραμμα, ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης.

Άλλα είδη αλκοόλης μπορούν να παραχθούν προσθέτοντας ή αφαιρώντας άτομα άνθρακος και υδρογόνου. Η αιθυλική αλκοόλη όμως, είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση. Σύμφωνα με τον Julien (1978), η αιθυλική αλκοόλη ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό το οποίο έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει μια γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.(Ποταμιάνος, 1991, σ.27)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 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 απόφασή 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 τους.(Τ.Τζάφρη-Ρ.Πήτερσον-Ρ.Χόντσον, 1986).

Το να πίνει κανείς, όπως συμβαίνει και με άλλα 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 ποτό, σταματά να πίνει μετά από λίγες μέρες, μόνο και μόνο επειδή ο φιλαράκος του σταμάτησε. Έχει αποδειχτεί πειραματικά, ότι οι κοινωνικοί πότες 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».(Τ.Τζάφρη-Ρ.Πήτερσον-Ρ.Χόντσον, 1986).

Οι άνθρωποι πιστεύουν, συχνά, ότι υπάρχει μια «αλκοολική προσωπικότητα», που μπορούμε να την αναγνωρίσουμε ξεκάθαρα και που είναι ιδιαίτερα εύαλπη. Στην πραγματικότητα, ποτέ δεν έχει περιγραφτεί τέτοιου είδους προσωπικότητα. Εφόσον η δημιουργία του προβλήματος του ποτού είναι μια σύνθετη αλληλλοπλοκή προσωπικότητας και περιβαλλοντικών παραγόντων, δεν είναι πιθανό, να μπορέσουμε να βρούμε κάποιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός αλκοολικού.

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 ποτό, πίνουν για να μειώσουν το άγχος.(Τ.Τζάφρη-Ρ.Πήτερσον-Ρ.Χόντσον, 1986).

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 είκοσι χρόνια... Έκανα μια συμφωνία μ' αυτό το πράγμα: "Θα σε πίνω και συ θα με απαλλάσσεις απ' 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. (Τ.Τζάφρη- Ρ.Πήτερσον- Ρ.Χόντσον, 1989, σ.93-96)

2.2 Η <<εισβολή>> του αλκοόλ στη ζωή μας και η καθιέρωση του ως βασική ανάγκη και καθημερινή συνήθεια.

Ταξιδεύοντας σε πενήντα μία χώρες της Ευρασίας για την πραγματοποίηση της έρευνας, είναι αλήθεια, πολλές φορές είναι δύσκολο να γίνει πιστευτό το προφανές συμπέρασμα στο οποίο οδηγούν όλα τα στοιχεία, οι μελέτες, οι συζητήσεις με αλκοολικούς σε αποχή και γιατρούς.

Η πραγματικότητα, όμως, που επικρατεί στα μπαρ της Στοκχόλμης, στις παμπ του Λονδίνου, στις πλατείες της Μαδρίτης, στις μπιραρίες του Βερολίνου δεν επιδέχεται παρερμηνείες:

Το αλκοόλ είναι η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη ψυχο-δραστική ουσία σε πολλές χώρες του Δυτικού κόσμου, από τις Η.Π.Α. έως τις χώρες της Ευρώπης, με μοναδικές επιπτώσεις στο πρόσωπο που το χρησιμοποιεί. (WWW.in.gr).

Ακούγονται ακόμα τα λόγια του Andrew Varley, Διευθυντή του Ιδρύματος Μελετών για το Αλκοόλ. Μια ακόμα καταγραφή –ένα ακόμα κομματάκι του παζλ– στην έρευνα για το Αλκοόλ. Τα λόγια του:

«Το αλκοόλ είναι νόμιμο γιατί υπάρχει στην κοινωνία από την αρχή της. Δεν ξέρω, αν είχε ανακαλυφθεί την προηγούμενη εβδομάδα, μπορεί να είχαμε διαφορετική γνώμη γι' αυτό. Αν λέγανε “είναι μια καταπληκτική ουσία, σε κάνει ν' ανεβαίνεις στην πίστα του χορού και να μιλάς στα πάρτι και να πιάνεις κουβέντα σε μια όμορφη κοπέλα, αλλά από την άλλη, θα σου προκαλέσει εμετό, θα σου καταστρέψει το συκώτι, αν πεις πολύ απ' αυτό μπορεί να τρακάρεις με τ' αυτοκίνητο, μπορεί να γίνεις βίαιος με τη γυναίκα σου και τα παιδιά σου”, τότε οι άνθρωποι θα το σκέφτονταν το θέμα. Θα έλεγαν: “Θέλουμε πραγματικά αυτή την ουσία στην αγορά;” Τώρα δεν υπάρχει επιλογή. Υπάρχει στην κοινωνία σ' όλη την ιστορία της, μεταφράστηκε σε τέχνη, είναι μεγάλο επίτευγμα για κάποιον να φτιάξει ένα καλό κρασί. Έτσι δεν θα φύγει».

Τα λόγια αυτά αποκτούν ιδιαίτερη σημασία όταν προέρχονται από έναν άνθρωπο που υπήρξε καθηγητής Μέσης Εκπαίδευσης. Κι εγκατέλειψε τη δουλειά του εξαιτίας του αλκοολισμού του. Αυτός ο άνθρωπος έχει βιώσει –όπως και όλοι οι αλκοολικοί– τι θα πει να εξαρτάσαι από το μπουκάλι. Όλη σου η ύπαρξη να γυρίζει γύρω απ' αυτό. Και η ζωή σου να καταστρέφεται. Γιατί στην πραγματικότητα το αλκοόλ είναι μια εξοντωτική ουσία, αναμφισβήτητη πολύ επικίνδυνη. (www.in.gr)

Και ύπουλη, όπως επισημαίνει ο Δημήτρης Κένιχ, μάρμαν, σε ένα από τα μαγαζιά που υπάρχουν στο Μπουρνάτσι, στην Αττική.

«Ύπουλη γιατί στην αρχή μπορεί να μη σου αρέσει ούτε η γεύση του ποτού. Μετά αρχίζεις και έχεις μια ευφορία. Εκεί θα σηκωθείς να χορέψεις. Θα ανοίξεις την ψυχή σου να επικοινωνήσεις. Γιατί καταντήσαμε να επικοινωνούμε μέσα από μπαρ και μέσα από ψυχιάτρους. Αλλά πρέπει να σταματήσεις. Δηλαδή να έχεις τη δύναμη να σταματήσεις. Και να πεις, καλά περνάω τώρα. Γιατί μετά δεν περνάς καλά».

Κανένας δεν κατέληξε να εξαρτηθεί από το αλκοόλ μέσα σε μια νύχτα. Κανένας από τους αλκοολικούς σε αποχή δεν ήπε υπερβολικά από την πρώτη στιγμή. Κανένας δεν συνειδητοποίησε να πέφτει σε κάποια παγίδα, τουλάχιστον στην αρχή. (www.in.gr)

Η Δάφνη ξεμέθυσε στα 35 της χρόνια. Έπινε από την εφηβεία της ακόμα, όπως όλοι οι συνομήλικοί της. Αυτό που θυμάται από εκείνη την εποχή είναι...

«Μου άρεσε το αλκοόλ διότι λειτουργούσα μέσα από αυτό. Μπορούσα να μιλήσω καλύτερα. Θυμάμαι κάτι βράδια με παρέες, όπου φιλοσοφούσαμε. Ήταν τα χρόνια τέτοια, ήταν οι καταστάσεις τέτοιες, μ' άρεσε».(Σιμώνη Ξ, 2002, σ.19)

«Αυτό που ελευθερώνει το αλκοόλ για μένα είναι μια ευεξία στην αρχή. Μετά η ευεξία γίνεται ένας εσωτερικός θυμός. Κουβαλάμε τόσα πολλά μέσα μας και το αλκοόλ μας σπρώχνει. Αυτός ο θυμός κάποια στιγμή βγαίνει. Από 'κει και ύστερα τα πράγματα είναι ανεξέλεγκτα. Όταν έρθει το ένα πίσω από το άλλο και γίνει μια συνήθεια ζωής πλέον, πιστεύω ότι τα πράγματα δεν πάνε καλά».(Σιμώνη Ξ, 2002, σ.19)

Σύμφωνα με τον Κωστή Μπάλλα(1993): «Το αλκοόλ χρησιμοποιείται από πολλούς για να προκαλέσει ευχαρίστηση. Η αύξηση, όμως, της χρήσης του και κυρίως η χρησιμοποίησή του για την πρόκληση ευφορίας οδηγεί σε καταστάσεις που εγκυμονούν κινδύνους για το ίδιο το άτομο αλλά και για το κοινωνικό σύνολο».

Συναντήσαμε την Ρουσίλ στο Παρίσι, την περίοδο που συμμετείχε σε πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Ενθυμούμενη τώρα εκείνο τον πρώτο καιρό του αλκοολισμού της, ήταν –και παραμένει– αποκαλυπτική:

«Το αλκοόλ με έκανε να δεχτώ τη λύπη μου, να βλέπω τη ζωή ρόδινη. Αυτός ήταν αρχικά ο σκοπός μου. Αργότερα μου χρησίμευε ως υπνωτικό. Νομίζω ότι υπέφερα μόνη μου από τον αλκοολισμό μου, καθώς όπως μου είπε ο γιος μου όταν ερχόταν τα Σαββατοκύριακα, πρόσεχα πολύ. Τότε, κατάφερα να πίνω φυσιολογικά. Αυτό ήταν εντυπωσιακό».(Σιμώνη Ξ, 2002, σ.25)

Βέβαια, το αλκοόλ δεν λειτουργεί για όλους τους ανθρώπους ως εξάρτηση. Όμως, ακόμα και η κατάχρηση έχει τα βλαπτικά της αποτελέσματα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει μια έρευνα την οποία μας ανέφερε ο Νικήτας Πατινιώτης:

«Υπάρχει μια πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα για την κατανάλωση του αλκοόλ η οποία λέει, ότι σε μικρές ποσότητες μπορεί κάποιος, ο οποίος υποκειμενικά είναι πολύ καλός στη δουλειά του, να γίνει, αν όχι ακόμα καλύτερος, πάντως ανθεκτικότερος για περισσότερη ώρα. Είχαν κάνει Αμερικανοί επιστήμονες και έρευνα σε μαθηματικούς, που φάνηκε, ότι όταν καταναλώσουν ένα ποτήρι ουίσκι, για περισσότερη ώρα μπορούν να λύσουν πολύ καλά ασκήσεις. Αν, όμως, ξεπεράσουν τα 3, τα 4, τότε η απόδοση τους πέφτει ραγδαία και γίνονται πολύ χειρότεροι».(Σ.Ι Καραγιαννόπουλος, 2001, σ.33)

2.2.1 Η εξάρτηση από το αλκοόλ.

Οι αντιρρήσεις μας για τη μεγάλη ποσότητα ποτιού δεν είναι, βέβαια, μόνο για τη βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Υπάρχουν πολύ πιο δυνατά δηλητήρια. Η υπόθεση ότι το ποτό μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση, μαζί με τη γνωστή βλαπτικότητά του το κάνει πολύ επικίνδυνο.(Κοκκέβη Άννα-Στεφανής Κ, 1989, σ.56)

Οι έννοιες της ανοχής και της σωματικής εξάρτησης κατέχουν την κεντρική θέση στη θεωρία του εθισμού. Η ανοχή αναφέρεται στην τάση του κεντρικού νευρικού συστήματος να προσαρμοστεί στην τοξική δράση της ουσίας έτσι, ώστε να χρειάζεται μεγαλύτερη δόση, για να έχει το ίδιο αποτέλεσμα. Η ανοχή στην αλκοόλη φαίνεται όχι μόνο στον κοινωνικό πότη, που πίνει πολύ και υπερηφανεύεται ότι μπορεί να τους βάλει όλους κάτω στο ποτό, ή στον αλκοολικό με τη σοβαρή εξάρτηση που μπορεί να καταναλώσει μισή μπουκάλια ουίσκι χωρίς να δείχνει μεθυσμένος, αλλά και στα

ποντίκια, όταν τους δώσουμε καθημερινές δόσεις αλκοόλης, 6gr. για κάθε κιλό του σώματός τους, επί δύο εβδομάδες.(Τ.Τζάφρη-Ρ.Πήτερσον-Ρ.Χόντσον, 1986, σ.109)

Η σωματική εξάρτηση έχει ορισθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σαν «μια προσαρμοστική κατάσταση που εκδηλώνεται με εμφανή σωματική διαταραχή, όταν σταματά η παροχή της τοξικής ουσίας». Η παράλληλη ανάπτυξη της ανοχής και της σωματικής εξάρτησης οδηγεί σε αυξημένες ποσότητες κατανάλωσης, εφόσον χρειάζεται μια μεγάλη δόση αλκοόλης για να δράσει και γιατί συνεχίζει κανείς να πίνει για να αποφύγει τα πραγματικά ή τα αναμενόμενα συμπτώματα της αποστέρησης. Έτσι, το άτομο που εξαρτάται από την αλκοόλη, εξαρτάται ταυτόχρονα ψυχολογικά και σωματικά και πάσχει από το σύνδρομο της εξάρτησης απ' την αλκοόλη.

Το σύνδρομο αυτό περιγράφεται με τον ακόλουθο τρόπο: Πρώτα, νιώθει κανείς υποκειμενικά την ανάγκη να πει έτσι, ώστε το ποτό καταλήγει να επισκιάζει τις άλλες δραστηριότητες. Το ποτό αποκτά μεγαλύτερη σημασία από την οικογένεια, την εργασία, τους φίλους και την υγεία. Στη συνέχεια, μικραίνει το φάσμα των ποτών έτσι, ώστε όσο πιο πολύ εξαρτάται το άτομο απ' αυτό, τόσο πιο στερεότυπη να είναι η συμπεριφορά του προς αυτό.(Τ.Τζάφρη-Ρ.Πήτερσον-Ρ.Χόντσον, 1986, σ.110)

Η ανοχή στην αλκοόλη αυξάνει και εμφανίζονται συμπτώματα αποστέρησης, όπως τρεμούλιασμα, εφίδρωση και κατάθλιψη, ιδίως το πρωί μετά από μια νύχτα, όπου τα επίπεδα της αλκοόλης μειώνονται δραστικά. Συχνά πίνει κανείς για ν' αποφύγει τα συμπτώματα που εξαφανίζονται ταχύτατα μετά από 2 – 3 ποτηράκια. Κρύβονται οι μπουκάλες στο σπίτι και στο γραφείο έτσι, ώστε ο αλκοολικός είναι πάντα προετοιμασμένος για την ξαφνική εμφάνιση των συμπτωμάτων αποστέρησης. Τέλος, αν ο αλκοολικός, που έχει αναπτύξει σημαντική εξάρτηση, καταφέρει να μην πει, κινδυνεύει ακόμα. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, πως αν αρχίσει πάλι να πίνει, θα ξαναβυθιστεί στις παλιές του συνήθειες μέσα σε λίγες μέρες.(Τ.Τζάφρη-Ρ.Πήτερσον-Ρ.Χόντσον, 1986, σ.111)

Το σύνδρομο της εξάρτησης

Προς το τέλος της δεκαετίας του '70 και ενώ οι αμερικανοί 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. Κατά 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). Το σύνδρομο της εξάρτησης περιλαμβάνει 7 στοιχεία ή συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν το άτομο που εξαρτάται από το αλκοόλ. Αυτά είναι τα εξής:

A. 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, βράδυ κ.λ.π.) άσχετα αν η ποσότητα της κατανάλωσης είναι μικρή ή μεγάλη.(Ποταμιάνος, 1991).

B. 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.(Ποταμιάνος, 1991).

Γ. 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 κατανάλωσή τους πριν την εμφάνιση του συνδρόμου) για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες για τις οποίες πίνουν.(Ποταμιάνος, 1991).

Δ. 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.(Ποταμιάνος, 1991).

Ε. 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».(Ποταμιάνος, 1991).

Στ. 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.(Ποταμιάνος, 1991).

Ζ. Επαναφορά του συνδρόμου.

Αυτό το στοιχείο αναφέρεται στην πιθανότητα επανεμφάνισης του συνδρόμου μετά από κάποια περίοδο αποχής.(Ποταμιάνος, 1991).

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 πότες 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» (psycho physiological disorder) και είναι αποτέλεσμα της συνεχούς αλληλεπίδρασης φυσιολογικών (σωματικών) ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

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.(Ποταμιάνος, 1991, σ.89-92)

<<Ένας φαύλος κύκλος>>

Η εμφάνιση της σωματικής εξάρτησης είναι σημαντική στη ανάπτυξη της τάσης για αλκοολισμό, αλλά δεν τον εξηγεί πλήρως. Ο αλκοολικός που εξαρτάται σοβαρά από το ποτό βρίσκεται στο έλεος οργανικών και ψυχολογικών διεργασιών. Τυπικά, κάποιος που ήδη πίνει πολύ και θεωρεί, ότι το ποτό μειώνει τις κοινωνικές πιέσεις, θα νιώσει, σε κάθε κατάσταση που είναι κοινωνικά πιεστική, την ανάγκη να πει.(Περιοδικό Κ Α Ελλάδας, «Εκλογή», 1986, σ.28)

2.3 Νέοι και αλκοόλ: Πόσο πίνουν, τι πίνουν.

Η ιστορία αποδεικνύει ότι ο άνθρωπος είχε πάντα μια ροπή στις ψυχοτρόπες ουσίες. Αλκοόλ, καπνός, χασίς και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες χρησιμοποιούνταν και χρησιμοποιούνται σε όλο τον κόσμο. Πόσο διαδεδομένη είναι η χρήση τους, έχει να κάνει με την ίδια τη χώρα. Ποιες από αυτές τις ουσίες χρησιμοποιούνται περισσότερο, και σε ποιες χώρες αποτελούν συνισταμένη κοινωνικών και πολιτισμικών συνθηκών.

Παρόλο που οι πολιτισμικές συνθήκες διαφέρουν από χώρα σε χώρα της Ευρωπαϊκής ηπείρου, πάρα πολλοί νέοι άνθρωποι μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον όπου η κατανάλωση του αλκοόλ αποτελεί μέρος της «καθημερινής» ζωής. Το πολιτισμικό στερεότυπο «απαιτεί» είτε να καταναλώνεις κρασί στο γεύμα σου, είτε «ένα γύρο ποτών» (a round of drinks) στην παμπ μετά τη δουλειά. Οι νέοι έχουν αυτές τις προσλαμβάνουσες από πολύ μικρή ηλικία. Η φράση, βέβαια, ακατάλληλο δι' ανηλίκους συνόδευε πάντα το αλκοόλ. Τέτοιου είδους, όμως, απαγορεύσεις δεν μπόρεσαν ποτέ να νικήσουν το λεγόμενο Life Style. Με αποτέλεσμα, κατά κανόνα, οι έφηβοι να ακολουθούν το παράδειγμα των γονιών τους και να πίνουν.

Έτσι, η κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους είναι κάτι συνηθισμένο. Παρά τη νομοθεσία που απαγορεύει τη διάθεση και κατανάλωση οινοπνεύματος από άτομα

ηλικίας κάτω των 18 ετών (στην Αμερική και στη Ρωσία το όριο είναι το 21^ο έτος της ηλικίας) μια πολύ μεγάλη μερίδα των εφήβων καταναλώνει αλκοόλ, τουλάχιστον περιστασιακά. Αυτό αποδεικνύει έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (W. H. O.) στο μαθητικό πληθυσμό. Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό νέων παιδιών δεν έχει δοκιμάσει αλκοόλ πριν από την ηλικία των 18 ετών.

Οι μαθητικές ομάδες στις οποίες εστιάστηκε η έρευνα της W. H. O. τα έτη 1989 - 1990 ήταν αυτές των παιδιών ηλικίας 11, 13 και 15 ετών. Μόνο μια πολύ μικρή μειοψηφία αποδείχτηκε ότι δεν είχε δοκιμάσει αλκοόλ μέχρι την ηλικία των 15 ετών. Από τις χώρες που πήραν μέρος στην έρευνα (Αυστρία, Βέλγιο, Καναδάς, Φινλανδία, Ουαλία, Σκωτία, Ουγγαρία, Νορβηγία, Πολωνία, Ισπανία, Σουηδία και Αγγλία) η Ουαλία και η Σκωτία είχαν τα μεγαλύτερα ποσοστά στη δοκιμή αλκοόλ. Αντιθέτως, η Νορβηγία είχε τα μικρότερα. Στην ηλικία των 15 ετών διαφάνηκε ότι δεν υπήρχαν αξιοσημείωτες διακυμάνσεις στην πόση των μαθητών. Σε γενικές γραμμές, τα αγόρια στις ηλικίες που εξετάστηκαν είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό δοκιμάσει αλκοόλ απ' ό,τι τα κορίτσια. (Τσαρουχάς, 2000).

Επιπρόσθετα στην ίδια έρευνα εξετάστηκε η εβδομαδιαία πόση, κατά φύλο και ηλικία. Το ποσοστό των ανηλίκων που καταναλώναν αλκοόλ σε εβδομαδιαία βάση ήταν σχετικά μικρό στην ηλικία των 11 ετών, αλλά παρουσίαζε αύξηση στην ομάδα των 15χρονων. Τα ποσοστά των 15χρονων που έπιναν τουλάχιστον μια φορά τη βδομάδα κυμαίνονταν από 10% στην Πολωνία έως 47% στην Ουαλία. (Τσαρουχάς, 2000).

Μια μελέτη του 1990 μεταξύ των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Βέλγιο, Δανία, Γερμανία, Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία και Μεγάλη Βρετανία) κατέληξε στη διαπίστωση ότι:

Οι νέοι από την Ιταλία και την Ελλάδα πίνουν σε εβδομαδιαία βάση περισσότερο σε σχέση με τους νέους των υπολοίπων χωρών. Αντιθέτως, οι νέοι από την Ιρλανδία πίνουν λιγότερο. Σημειώνεται στην έρευνα ότι στην Ιρλανδία μόνο στο 2% των αγοριών και στο 1% των κοριτσιών ηλικίας 13 και 15 ετών καταγράφηκε εβδομαδιαία πόση παρόμοια με αυτή της Ελλάδας και της Ιταλίας. (Τσαρουχάς, 2000).

Το 1995 η Ευρωπαϊκή Έρευνα για τη Χρήση Ουινοπνευματωδών και άλλων Ναρκωτικών σε σχολικό πληθυσμό (ESPAD) έδωσε στοιχεία για πολλές διαστάσεις της χρήσης ουινοπνευματωδών. Στοιχεία, που συγκεντρώθηκαν ταυτόχρονα σε 26 ευρωπαϊκές χώρες. Με ελάχιστες εξαιρέσεις, τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν στις αρχές του 1995. Η ηλικιακή ομάδα που αποτέλεσε τον πληθυσμό της έρευνας ήταν οι μαθητές που γεννήθηκαν μέσα στο 1979, δηλαδή μαθητές 15 και 16 ετών κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Συμμετέχουσες χώρες στην έρευνα ήταν με αλφαβητική σειρά: Αγγλία, Βόρεια Ιρλανδία, Δανία, Εσθονία, Ιρλανδία, Ισλανδία, Ιταλία, Κροατία, Κύπρος, Λετονία, Λιθουανία, Μάλτα, Νήσοι Φερόες, Νορβηγία, Ουαλία, Ουγγαρία, Ουκρανία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σκωτία, Σλοβακία, Σλοβενία, Σουηδία, Τουρκία, Τσεχία, Φινλανδία.

Την πρωτοβουλία και το συντονισμό για τη διεξαγωγή του ερευνητικού προγράμματος είχε το Σουηδικό Συμβούλιο Πληροφόρησης (CAN) σε συνεργασία με την Ομάδα Πομπιντού του συμβουλίου της Ευρώπης. Ο σχεδιασμός της έρευνας και η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συνεργασία ερευνητών στις συμμετέχουσες χώρες, ο καθένας από τους οποίους ήταν υπεύθυνος για την εξασφάλιση χρηματοδότησης και για τη συλλογή και την ανάλυση των στοιχείων στη χώρα του. (Τσαρουχάς, 2000).

Οι εθνικές έρευνες πραγματοποιήθηκαν με κοινή μεθοδολογία και ερωτηματολόγιο, έτσι ώστε να παρέχουν συγκρίσιμα στοιχεία μεταξύ των διαφόρων χωρών. Τα

ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν ομαδικά σε τυχαία επιλεγμένα τμήματα σχολικών τάξεων. Η χορήγηση έγινε από καθηγητές ή ειδικούς ερευνητές. Οι μαθητές απάντησαν ανώνυμα και τοποθέτησαν το ερωτηματολόγιο τους σε ατομικό φάκελο. Ο αριθμός των μαθητών που συμμετείχε στην έρευνα κυμαίνεται στις διάφορες χώρες μεταξύ 543 και 8.940. Για τη μεγάλη πλειοψηφία των χωρών, ο αριθμός των μαθητών που συμμετείχαν προσέγγιζε ή ξεπερνούσε τον ενδεδειγμένο για την έρευνα αριθμό των 2.400 μαθητών.(Τσαρουχάς, 2000).

Η κάθε χώρα συνέταξε μια εθνική έκθεση, ακολουθώντας μια τυποποιημένη μορφή. Οι εκθέσεις όλων των χωρών αποτέλεσαν την πηγή των πληροφοριών για την έκθεση του ESPAD. Τα ελληνικά στοιχεία που περιλαμβάνονται στην έκθεση προέρχονται από την πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα του ΕΠΨΥ που πραγματοποιήθηκε το 1993.(Τσαρουχάς, 2000, σ.193-196).

2.3.1 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.(Snyder, 1958, σ.247-248)

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».(Snyder, 1958, σ.249).

Όπως ο ίδιος σχολιάζει:

«...αλκοολικός και κοινωνικός πότης είναι ασαφείς όροι που εξυπηρετούν τη διαφοροποίηση συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού που καταναλώνει αλκοόλ και στήριζονται σε αναμφίβολα κριτήρια...».(Snyder,1958).

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,1991).

Είναι εμφανές από τα παραπάνω δεδομένα ότι ο όρος «αλκοολικός» ως επιστημονική έννοια αποτελεί παρελθόν. Άντ' αυτού, οι όροι «Σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ» (Alcohol dependence syndrome) και «Προβληματικός πότης» (Problem drinker) θεωρούνται περισσότερο ακριβείς και λειτουργικοί. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι η 9^η αναθεώρηση του γνωστού διεθνούς εντύπου «International Classification of Diseases» (Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων) έχει υιοθετήσει τον όρο «Σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ» αντί του όρου «Αλκοολισμός».(Ποταμιάνος, 1991).

Όπως σχολιάστηκε παραπάνω, ο όρος προβληματικός πότης 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 αλκοόλης (π.χ. οργανικά, ψυχιατρικά, κοινωνικά προβλήματα κ.λ.π.) αλλά δεν παρουσιάζουν το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Γ. Άτομα στα οποία το σύνδρομο εξάρτησης και τα προβλήματα συνυπάρχουν.(Ποταμιάνος, 1991, σ.92-93).

Η χρησιμότητα του όρου προβληματικός πότης, σε αντίθεση με τον όρο αλκοολικός, είναι η «ευρύτητα» αυτής της έννοιας και η δυνατότητά της να περιγράψει, όσο το δυνατό καλύτερα, την ανομοιογένεια των ατόμων που κινδυνεύουν από την κατανάλωση της αλκοόλης.(Ποταμιάνος, 1991, σ.94).

2.3.2 Μέθοδοι ανίχνευσης του προβληματικού πότη.

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 προβλήματά τους φθάνουν σε όρια που οι ίδιοι δεν μπορούν να ελέγξουν). Εξίσου σημαντικός, βέβαια, είναι ο ρόλος των μεθόδων ανίχνευσης ως διαγνωστικών βοηθημάτων.(Graing Nakken, 1996, σ.64).

Οι μέθοδοι ανίχνευσης χωρίζονται τυπικά σε δύο 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 του 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 «στάθμισή» τους (standardization) 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, σ.213) 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.(Graing Nakken, 1996, σ.65).

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, δεκαπενθήμερο 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 βάση «μονάδων αλκοόλ» (alcohol units). Χρήσιμη μπορεί να αποδειχθεί η διασταύρωση πληροφοριών που προέρχονται από τον ασθενή με εκείνες από άτομο του στενού του περιβάλλοντος.(Graing Nakken, 1996, σ.66)

Οι βιοχημικοί δείκτες έχουν σχετική αξιοπιστία σε τακτικούς πότες 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.(Ποταμιάνος, 1987, σ.154).

2.4 Μοντέλα αλκοολισμού.

Για να κατανοήσουμε όμως το φαινόμενο του αλκοολισμού θα πρέπει να συνεκτιμήσουμε τις απόψεις των ειδικών και τα πορίσματα των ερευνών τους από τομείς πέραν της φυσιολογίας που εξετάσαμε μέχρι στιγμής.

Ο όρος «μοντέλο αλκοολισμού» χρησιμοποιείται για να δώσει έμφαση σε δυο σημαντικά σημεία. Πρώτον, ο τρόπος με τον οποίο κατανοούμε το πρόβλημα του αλκοολισμού, δηλαδή οι αντιλήψεις και στάσεις μας απέναντι στον αλκοολικό, τα αίτια που του δημιούργησαν το πρόβλημα, την θεραπευτική αντιμετώπιση που κ.λ.π. δεν έχει μείνει στατικός. Με άλλα λόγια, τόσο η συσσώρευση των γνώσεων σχετικά με τον αλκοολισμό όσο και η γενικότερη επιστημονική και κοινωνική εξέλιξη υπήρξαν καθοριστικά στη διαμόρφωση των διαφόρων «θεωριών» περί αλκοολισμού. Ακόμα και τώρα, όπως άλλωστε είναι φυσικό, η σύγχρονη σχετική επιστημονική δραστηριότητα αποτελεί πρόκληση και διαμορφώνει απόψεις που οδηγούν στην αμφισβήτηση των κρατούντων «μοντέλων» του αλκοολισμού. (Μοντέλο δε σημαίνει απαραίτητα θεωρία. Σημαίνει όμως τρόπο/ους σκέψης και αντίληψης για την κατανόηση φαινομένων).(Ποταμιάνος, 1991).

Το δεύτερο σημείο είναι η απόρροια των παραπάνω θέσεων. Επειδή τα «μοντέλα του αλκοολισμού» προσεγγίζουν το φαινόμενο από διαφορετική οπτική γωνία και βρίσκονται σε συνεχή εξέλιξη, είναι λογικό ότι δεν θα μπορούσε να υπάρξει ένας και μοναδικός ορισμός για το φαινόμενο του αλκοολισμού. Κατά συνέπεια, άλλα κριτήρια όριζαν τον αλκοολικό στις αρχές του αιώνα, διαφορετικά την δεκαετία του '50 και ακόμα πιο διαφορετικά σήμερα. Με βάση τα παραπάνω, ο ορισμός του αλκοολισμού είναι ένας προβληματισμός σε εξέλιξη. Αυτό διαφαίνεται από την κατά καιρούς «πολεμική επιχειρηματολογία», που παρατηρείται μεταξύ των επιστημόνων του κλάδου, τη σχετική με την ανάπτυξη και οριοθέτηση των κριτηρίων που ορίζουν ένα άτομο ως αλκοολικό. Για παράδειγμα, ο Βρετανός ψυχολόγος J. Orford (1985) σχολιάζοντας τον ορισμό του αλκοολικού όπως τον αποδίδει η ΠΟΥ (WHO 1952),

«... Αλκοολικοί είναι οι υπερβολικοί πότες που η εξάρτησή τους από το αλκοόλ έχει φτάσει σε τέτοιο βαθμό, ώστε να παρατηρείται αξιόλογη πνευματική διαταραχή ή γενικότερη διαταραχή της σωματικής και ψυχικής τους υγείας, των διαπροσωπικών, κοινωνικών και οικονομικών τους σχέσεων. Αυτά τα άτομα χρίζουν θεραπειάς...»,

παρατηρεί τα εξής «... με δεδομένο αυτό τον ασαφή και ευρύ ορισμό του αλκοολισμού δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η σχετική βιβλιογραφία είναι γεμάτη επιχειρήματα και αντεπιχειρήματα που αφορούν στην κατάλληλη χρήση των όρων αλκοολισμός και εξάρτηση από το αλκοόλ...».(Ποταμιάνος, 1991, σ.35-36).

Τα επικρατέστερα μοντέλα προσέγγισης του φαινομένου είναι τα ακόλουθα:

2.4.1 Το Ψυχοδυναμικό Μοντέλο

Η προσέγγιση αυτή αντλεί τα επιχειρήματα της και βασίζεται κυρίως στη φροϋδική ψυχαναλυτική θεωρία. (Ψυχαναλυτικές θεωρίες όπως αυτές των Jung, Adler κ.λ.π. αποτελούν επίσης μέρος της ψυχοδυναμικής προσέγγισης). Από τις πρώτες προσπάθειες που έγιναν για την κατανόηση και ανάλυση του φαινομένου του αλκοολισμού, ήταν εκείνες των φροϋδικών ψυχαναλυτών στις αρχές του αιώνα. Οι πρώτες δημοσιεύσεις «περί αλκοολισμού» εμφανίστηκαν στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία το 1915. Χαρακτηριστικά, ο ψυχαναλυτής Ferenczi (Ferenczi 1916) θεώρησε ότι ο αλκοολισμός είναι ένα έκδηλο σύμπτωμα της συμπεριφοράς του ατόμου με λανθάνουσα ομοφυλοφιλία. Είναι ενδιαφέρον βέβαια ότι την εποχή του Ferenczi η ομοφυλοφιλία ήταν ουσιαστικό σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας. Πως όμως τοποθετείται ο αλκοολισμός στα πλαίσια της ψυχοπαθολογίας του ομοφυλόφιλου; Κατά τον Βρετανό ψυχαναλυτή Storr (A. Storr 1974) «...αν η δυνατότητα για ολοκληρωμένες και ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο είναι

αποδεκτή ως κριτήριο συναισθηματικής ωριμότητας, τότε το να είναι κανείς ομοφυλόφιλος σημαίνει ότι είναι συναισθηματικά ανώριμος...». Αυτή λοιπόν η «συναισθηματική ανωριμότητα» του ομοφυλόφιλου, καθώς και άλλα στοιχεία της προσωπικότητας του τον οδηγούν σε «ανώριμες» διεξόδους, όπως ο αλκοολισμός. Περιττό να τονίσω ότι μόνο μια μειοψηφία των σύγχρονων ψυχαναλυτών υιοθετεί την παραπάνω άποψη. Θα ήταν υπερβολή (έως ειρωνεία) να πιστεύει κανείς ότι όλοι οι αλκοολικοί είναι ομοφυλόφιλοι. Εξάλλου, αν κάποιος ομοφυλόφιλος είναι παράλληλα και αλκοολικός, θα πρέπει να λάβουμε, μεταξύ άλλων, σοβαρά υπόψη το ρόλο της κοινωνικής καταπίεσης που δέχονται αυτά τα άτομα για τη μη κοινωνικά αποδεκτή σεξουαλική τους ταυτότητα.(Ποταμιάνος, 1991).

Τριάντα χρόνια αργότερα ο ψυχαναλυτής Fenichel (Fenichel 1944) παρατηρώντας την «εναλλασσόμενη και κυκλική» συμπεριφορά του «περιοδικού» αλκοολικού (δηλαδή του ατόμου που κάνει κατάχτηση αλκοόλης κατά περιόδους π.χ. Σαββατοκύριακα, μερικές μέρες το μήνα κ.λ.π.) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο αλκοολισμός έχει το ίδιο ψυχικό περιεχόμενο με αυτό της μανιοκατάθλιψης. Όπως λοιπόν στη μανιοκατάθλιψη παρατηρούνται στο άτομο εναλλαγές μεταξύ μανίας και κατάθλιψης, έτσι και στον «περιοδικό» αλκοολικό παρατηρούνται εναλλαγές μεταξύ «φυσιολογική» και «αλκοολικής» συμπεριφοράς.(Ποταμιάνος, 1991).

Ένα από τα κύρια ερωτήματα που απασχόλησαν τους θεωρητικούς της ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης ήταν αυτό της προσωπικότητας του αλκοολικού. Οι Kessel & Walton (N. Kessel & H. Walton 1979) στο βιβλίο τους «Αλκοολισμός» αναφέρονται μεταξύ άλλων, σε δυο κύριες διαστάσεις που κατά την άποψη τους χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα του αλκοολικού. Αυτές είναι οι εξής:

A. Καθήλωση και εξάρτηση.

Έχει παρατηρηθεί ότι μερικά άτομα επιδεικνύουν συμπεριφορά που δε θα μπορούσε να χαρακτηριστεί «ενήλικη» στα πλαίσια μίας δεδομένης κουλτούρας. Αυτή η «αδυναμία» για ενηλικίωση φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα «καθήλωσης» (fixation) σε ένα από τα στάδια της ψυχολογικής ανάπτυξης του ατόμου, (όπως περιγράφεται στην ψυχαναλυτική θεωρία) και ιδιαίτερα στο στάδιο που είναι γνωστό ως «στοματικό στάδιο» (oral stage). Σε γενικές γραμμές, αυτά τα άτομα έχουν την τάση να είναι εγωκεντρικά και να παρουσιάζουν δυσκολίες στην ανάπτυξη «ουσιαστικών» σχέσεων με άλλο ή άλλα άτομα. Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να συμβάλλει στην ανάπτυξη της ανώριμης προσωπικότητας είναι μια «αφύσικη προσκόλληση» στους γονείς και ιδιαίτερα η εξάρτηση που παρουσιάζουν ορισμένοι ενήλικες από τη μητέρα τους. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά (δηλαδή τόσο η καθήλωση όσο και η εξάρτηση από τη μητέρα) δημιουργούν εξοντωτικές πιέσεις στο άτομο, ιδιαίτερα όταν καλείται να αναλάβει ρόλους ενηλίκου (π.χ. του συζύγου, πατέρα, επαγγελματία κ.λ.π.). Στην προκειμένη περίπτωση το άτομο «επιλέγει» την κατάχρηση του αλκοόλ ως διέξοδο από τις πιέσεις που αφορούν στην ανάληψη ρόλων. Κάτω από αυτές τις συνθήκες το αλκοόλ προσφέρει μια ανακούφιση στις εσωτερικές αντιθέσεις που δημιουργούνται στο άτομο, και το οδηγεί σε φαντασιώσεις που είναι άσχετες με τη πραγματικότητα που το περιβάλλει.(Ποταμιάνος, 1991).

B. Άμεση ικανοποίηση αναγκών.

Αυτή η διάσταση έχει άμεση σχέση με την τάση για «υπερπροστασία» που δείχνουν πολλοί γονείς στα παιδιά τους. Είναι σύνηθες φαινόμενο το ότι πολλοί γονείς δεν φαίνεται να είναι σε θέση να αξιολογήσουν που πρέπει να σταματήσουν οι γονικές

παροχές (π.χ. διευθέτηση προσωπικών σχέσεων, χρηματοδότηση, επίλυση προβλημάτων κ.λ.π.) και που πρέπει να αρχίσει η ανάληψη ευθυνών από τα παιδιά για την επίλυση των προσωπικών τους προβλημάτων. Αυτή η τάση για υπερπροστασία οδηγεί όχι μόνο στην εξάρτηση των παιδιών από τους γονείς, αλλά και στην άμεση ικανοποίηση αναγκών και στην έλλειψη αυτοπεποίθησης και πρωτοβουλιών στην ενήλικη ζωή. Είναι ευνόητο ότι τα παιδιά που έμαθαν να «στηρίζονται» στους γονείς τους για την επίλυση των σημαντικών τους προβλημάτων, ως ενήλικες παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες όταν αντιμετωπίζουν ματαιώσεις των προσδοκιών τους, όταν γίνονται αντικείμενα κριτικής από άλλους και όταν κληθούν να λάβουν πρωτοβουλίες. Τα παραπάνω και ιδιαίτερα η τάση για άμεση ικανοποίηση των αναγκών μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στον αλκοολισμό για δύο λόγους. Γιατί το αλκοόλ είναι η διέξοδος στην προσωπική δυσφορία που αισθάνεται το άτομο όταν τα «πράγματα δεν πάνε με το μέρος του» (π.χ. όταν οι προσδοκίες δεν υλοποιούνται και όταν οι ανάγκες δεν ικανοποιούνται αμέσως) και γιατί το αλκοόλ είναι μια εύκολη, φτηνή και «νόμιμη» λύση για την άμεση επίλυση αυτής της δυσφορίας.

Τελειώνοντας με το ψυχοδυναμικό μοντέλο του αλκοολισμού, θα πρέπει να τονιστεί ότι παρόλη της χρησιμότητας της «ψυχοδυναμικής σκέψης», το μοντέλο αυτό παρουσιάζει ατέλειες τόσο ως προς την πλήρη κατανόηση του αλκοολισμού όσο και προς την περιγραφή της ανομοιογένειας του «αλκοολικού πληθυσμού».(Ποταμιάνος, 1991, σ.37-40)

2.4.2 Το Ιατρικό Μοντέλο

Η προσέγγιση αυτή αναφέρεται στις βλάβες που μπορεί να προκληθούν από την κατάχρηση της αλκοόλης. Το σημαντικότερο όμως είναι, ότι οι υποστηρικτές αυτού του μοντέλου θεωρούν τον αλκοολισμό περισσότερο ως «αρρώστια» παρά ως ένα κοινωνικό φαινόμενο με επιπτώσεις στη σωματική υγεία του ατόμου. Αυτός είναι και ο σημαντικότερος παράγοντας που διαφοροποιεί το ιατρικό απ το ψυχοδυναμικό ή από το Συμπεριφορικό μοντέλο που θα αναφερθεί παρακάτω και που ουσιαστικά διαμορφώνει τις στάσεις των γιατρών ή/και νοσηλευτών απέναντι στον αλκοολικό.(Ποταμιάνος, 1991).

Το ιατρικό μοντέλο του αλκοολισμού μπορεί να θεωρηθεί το αρχαιότερο από όλες τις προσεγγίσεις σ' αυτό το φαινόμενο. Επιστημονικά άρθρα σχετικά με τις βλάβες που προξενεί η κατάχρηση της αλκοόλης εμφανίστηκαν στην Αμερικάνικη βιβλιογραφία περίπου το 1850. Στις αρχές του αιώνα μας το αμερικάνικο επιστημονικό περιοδικό «Quarterly journal of Alcoholism» είχε δημοσιεύσει περίπου 80 εργασίες, το κυρίως θέμα των οποίων ήταν η «νόσος του αλκοολισμού». Σ' αυτές τις εργασίες η νόσος του αλκοολισμού προσεγγίζονταν μέσα από τις επιστήμες της φυσιολογίας, της νευροφυσιολογίας και της γενετικής. Οι σύγχρονες όμως απόψεις για την «ιατρικοποίηση» του αλκοολισμού έχουν τις ρίζες τους στον γνωστό Αμερικανό ψυχίατρο E. M. Jellinek. Το βιβλίο του Jellinek με τον τίτλο «The disease concept of Alcoholism», δημοσιεύτηκε το 1960 και έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην αλλαγή των στάσεων που επικρατούσαν στην Αμερικάνικη κοινή γνώμη σχετικά με τον αλκοολισμό.(Ποταμιάνος, 1991).

Είναι ενδιαφέρον ότι μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1960, η Αμερικάνικη κοινή γνώμη θεωρούσε τον αλκοολικό ως άτομο χωρίς την ελάχιστη κοινωνική προσφορά, ανίκανο να εργασθεί και επομένως να παράγει και ως άτομο με χαμηλό επίπεδο νοημοσύνης και δυνατοτήτων. Η μεγάλη προσφορά του Jellinek σχετικά με την «ιατρικοποίηση» του φαινομένου ήταν ότι ο αλκοολικός άρχισε να θεωρείται

«άρρωστος» και να απολαμβάνει ευρύτερου ιατρικού ενδιαφέροντος αντί της κοινωνικής απόρριψης που εισέπραττε μέχρι εκείνο τον καιρό. Όπως εκείνος αναφέρει στο βιβλίο του:

«... Η σύλληψη [της ιδέας] του αλκοολισμού ως αρρώστιας δεν αποτέλεσε μόνο σταθμό στην έρευνα και στη θεραπεία του αλκοολισμού, αλλά έγινε και το επίκεντρο των δραστηριοτήτων της κοινότητας σε σχέση με τα προβλήματα του αλκοολισμού. Η ανανεωμένη αυτή ιδέα βρήκε υποστηρικτές όχι μόνο μέσα στους επαγγελματικούς κύκλους αλλά πολύ περισσότερο στην κοινή γνώμη...».(Ποταμιάνος, 1991).

Η μακροχρόνια συνεργασία του Jellinek με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας του έδωσε την ευκαιρία να ταξιδέψει σε πολλές χώρες και να μελετήσει τον αλκοολισμό μέσα σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Η εμπειρία του τον οδήγησε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν ποικίλες «διαστάσεις» και «εκφράσεις» του αλκοολισμού και προβληματίστηκε με το αν ο όρος αλκοολισμός ήταν κατάλληλος ή/και λειτουργικός για να περιγράψει το σύνολο των ατόμων που παρουσιάζουν προβλήματα σχετικά με την χρήση ή την κατάχρηση του αλκοόλ.

Ο προβληματισμός αυτός του Jellinek έθεσε τα θεμέλια για μια σειρά από μελέτες τόσο επιδημιολογικού όσο και κλινικού χαρακτήρα στα περασμένα 30 χρόνια. Ο ίδιος ο Jellinek, προσπαθώντας να «χαρτογραφήσει» την ποικιλία στη συμπεριφορά του αλκοολικού και στα «είδη αλκοολισμού» που αντιμετώπισε, κατέληξε στα παρακάτω συμπεράσματα, όπως ο ίδιος γράφει στο βιβλίο του:

«... Για να μπορέσουμε να δικαιολογήσουμε τις διαφορές τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο [στη συμπεριφορά των αλκοολικών] έχουμε ορίσει ως αλκοολισμό κάθε χρήση αλκοολούχου ποτού που προκαλεί βλάβη στο άτομο ή στην κοινωνία ή και στους δύο. .. Είναι εμφανές ότι υπάρχουν είδη αλκοολισμού που δεν μπορεί να θεωρηθούν ως νόσος. .. Πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα σίγουροι για εκείνα τα είδη του αλκοολισμού που επιθυμούμε να εξετάσουμε ως αρρώστια».(Ποταμιάνος, 1991).

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, ο Jellinek κατέληξε στο ότι το σύνολο των αλκοολικών μπορούσε να διαιρεθεί σε πέντε βασικές κατηγορίες, η κάθε μια από τις οποίες είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά. Οι κατηγορίες αυτές που πήραν το όνομα τους από τα γράμματα του Ελληνικού αλφαβήτου ήταν οι εξής:

Τύπος Α: Ο αλκοολικός αυτής της κατηγορίας παρουσιάζει ψυχολογική εξάρτηση από το αλκοόλ, χωρίς περαιτέρω βιολογικές επιπλοκές.

Τύπος Β: Τακτική χρήση αλκοόλης σε υπερβολικό βαθμό που χαρακτηρίζεται από σωματικές διαταραχές (προβλήματα υγείας).

Τύπος Γ: Αλλοιωμένη βιολογική αντίδραση στο αλκοόλ, που οδηγεί σε αυθόρμητη χρήση της ουσίας και χαρακτηρίζεται από αδυναμία ελέγχου της ποσότητας που καταναλώνεται.

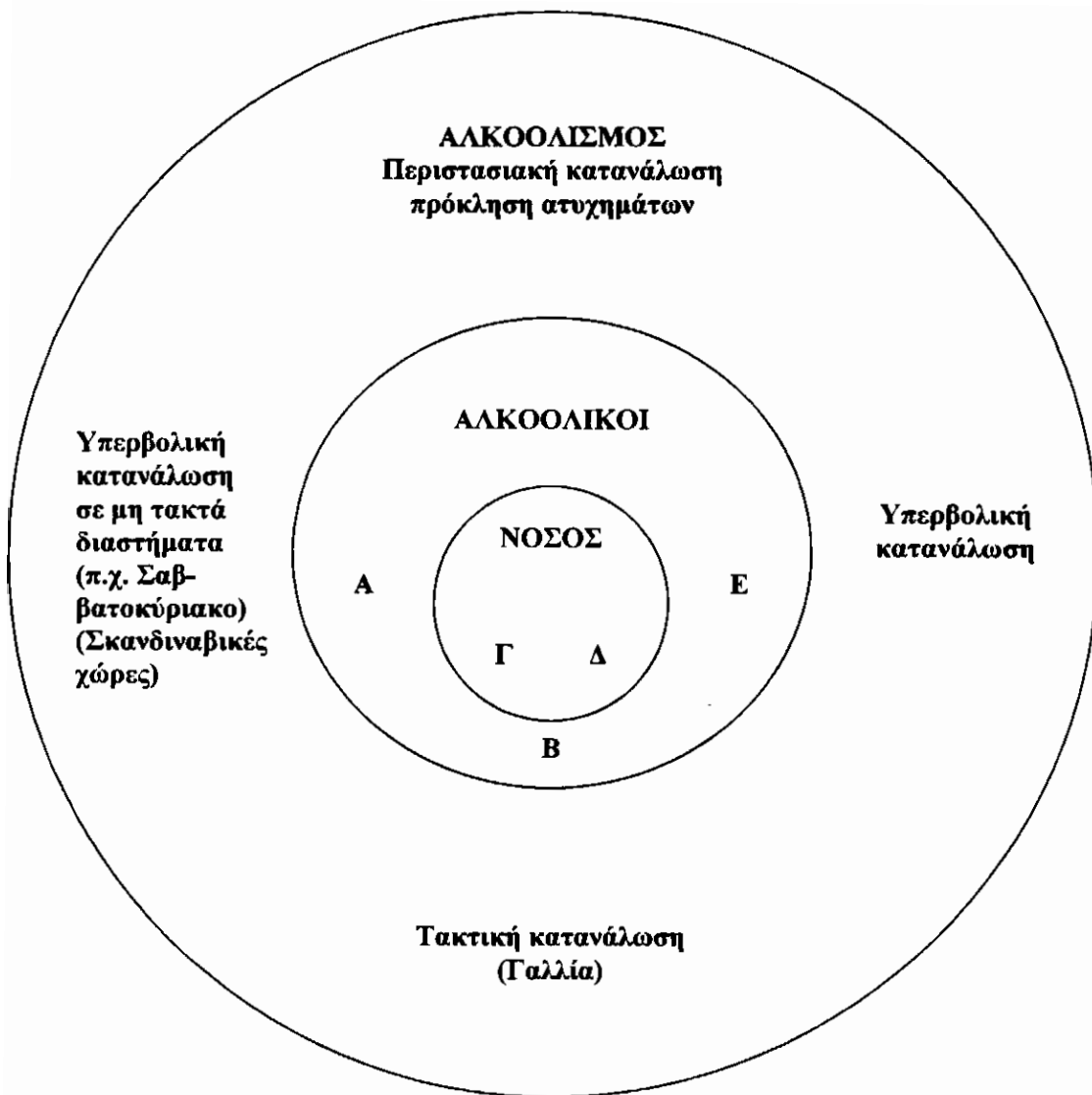
Τύπος Δ: Αλλοιωμένη βιολογική αντίδραση στο αλκοόλ που οδηγεί σε αδυναμία Αποχής από το αλκοόλ.

Τύπος Ε: Άτακτη (περιοδική) χρήση του αλκοόλ.(Ποταμιάνος, 1991).

Το παρακάτω διάγραμμα (Orford 1985) δείχνει την τυπολογία του αλκοολισμού σύμφωνα με τον Jellinek.

Παρόλο που η τυπολογία του Jellinek έχει γίνει αντικείμενο αμφισβήτησης από σύγχρονους ερευνητές και κλινικούς επιστήμονες, θα πρέπει να επαναληφθεί ότι η

προσφορά του στην κατανόηση και αντιμετώπιση του φαινομένου του αλκοολισμού είναι μέγιστης σημασίας για δύο λόγους: Πρώτον, γιατί η τυπολογία του άνοιξε τους ορίζοντες για μια ανανεωμένη προσέγγιση του φαινομένου, το κύριο χαρακτηριστικό της οποίας ήταν η έννοια της «πολυδιάστατης φύσης» του αλκοολισμού σε αντίθεση με τη «δογματική» και «μονοδιάστατη» άποψη που επικρατούσε στον καιρό του και δεύτερον, γιατί η προσπάθεια «ιατρικοποίησης» του αλκοολισμού έφερε σημαντικές αλλαγές στη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στον αλκοολισμό και στον αλκοολικό. Με άλλα λόγια, ο Jellinek «αποπεριθωριοποίησε» τον αλκοολικό, τον κατέστησε κοινωνικά αποδεκτό ως άρρωστο και τον έστειλε στο νοσοκομείο για θεραπεία!!!(Ποταμιάνος, 1991, σ.40-43)



2.4.3 Το Συμπεριφορικό Μοντέλο.

Η προσέγγιση αυτή έχει τις ρίζες της στις θεωρίες της μάθησης και είναι άμεσα και ιστορικά συνδεδεμένη με τις γνωστές παρατηρήσεις και πειράματα του Ρώσου φυσιολόγου Pavlov και την ανάπτυξη της θεωρίας της «κλασικής εξάρτησης». Ο Αμερικανός ψυχολόγος Watson (1919) θεωρείται από τους πιο ένθερμους υποστηρικτές αυτής της θεωρίας και ένας από τους πρωτεργάτες της «θεραπείας της συμπεριφοράς». Μια δεύτερη ουσιαστική προσέγγιση μέσα στα πλαίσια των θεωριών της μάθησης έγινε γνωστή ως «συντελεστική μάθηση» με κύριο πρωταγωνιστή τον Αμερικανό ψυχολόγο B.F. Skinner (1938). Σε γενικές γραμμές, η βασική θέση των θεωριών της μάθησης και κατ'επέκταση της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μιας σειράς από φυσιολογικές αντιδράσεις του ατόμου σε εξαρτημένα και ανεξάρτητα ερεθίσματα. Έτσι, οι «κατάλληλοι χειρισμοί» αυτών των ερεθισμάτων μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή μίας δεδομένης συμπεριφοράς. Ο συμπεριφορισμός, ως θεωρία και μέθοδος ψυχολογικής θεραπείας έχει παίξει ουσιαστικό ρόλο στην ανάπτυξη της κλινικής ψυχολογίας ιδιαίτερα σε χώρες που υιοθετούν την «αγγλοσαξονική» προσέγγιση στον επιστημονικό αυτό χώρο. (Ποταμιάνος, 1991).

Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο η υπερβολική χρήση της αλκοόλης μπορεί να οδηγήσει στον αλκοολισμό είτε γιατί το άτομο συνδέει την κατανάλωση με κάτι ευχάριστο είτε γιατί η κατανάλωση της αλκοόλης συνδέεται με την αποφυγή δυσάρεστων εμπειριών. Και στις δύο περιπτώσεις το άτομο «μαθαίνει να πίνει υπερβολικά». Κατά το μοντέλο της συντελεστικής μάθησης, η υπερβολική χρήση της αλκοόλης είναι μια αντίδραση (που έχει μάθει το άτομο) είτε για την εμφάνιση ενός «ευχάριστου» ερεθίσματος είτε για την αποφυγή ή απομάκρυνση ενός «δυσάρεστου» ερεθίσματος. Για παράδειγμα, αν το άτομο στην πορεία της ανάπτυξης του «ανακαλύψει» ότι η κατανάλωση της αλκοόλης του δημιουργεί ευεξία και το βοηθάει στον εκκοινωνισμό, τότε (σύμφωνα με τις παραπάνω θεωρητικές απόψεις) συνδέει την «ευεξία και τον εκκοινωνισμό» με την κατανάλωση αλκοόλης. Αυτό οδηγεί σε τακτική κατανάλωση αλκοόλ για τη διατήρηση ή επανεμφάνιση του παραπάνω επιθυμητού αποτελέσματος. Μ' αυτόν τον τρόπο, ο πότης «αμείβεται» (εκκοινωνίζεται πιο εύκολα) για την «αντίδραση» του (κατανάλωση αλκοόλης). Στη συνέχεια η αμοιβή αυτή λειτουργεί σαν «ενίσχυση» για την επανεμφάνιση της «αντίδρασης» που θα οδηγήσει πάλι στην «αμοιβή» ή στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος το αποτέλεσμα του οποίου μπορεί να είναι ο αλκοολισμός. Με τον ίδιο τρόπο λειτουργεί και η διαδικασία για την αποφυγή ή απομάκρυνση «δυσάρεστων ερεθισμάτων». Στην προκειμένη περίπτωση, το άτομο μπορεί να καταναλώνει αλκοόλ για να μειώσει το άγχος που δημιουργείται από διάφορα ερεθίσματα (π.χ. προσωπικές ή επαγγελματικές σχέσεις). Μ' αυτό τον τρόπο το αλκοόλ (η αντίδραση στο ερέθισμα) οδηγεί στη μείωση του άγχους (αμοιβή) και στη συνέχεια αυτή η αντίδραση (κατανάλωση αλκοόλης) ενισχύεται από το επιθυμητό αποτέλεσμα (μείωση του άγχους). Έτσι δημιουργείται πάλι ένας φαύλος κύκλος που μπορεί να οδηγήσει στον αλκοολισμό.

Η θεραπευτική προσέγγιση (Behaviour therapy) που προέκυψε από τις θεωρίες της μάθησης έχει ευρεία εφαρμογή στην ψυχιατρική και στην κλινική ψυχολογία. Τεχνικές της συμπεριφορικής θεραπείας, όπως η «συστηματική αποεναισθητοποίηση» έχουν χρησιμοποιηθεί και για τη θεραπεία του αλκοολισμού. Όπως παρατηρεί ο Hodgson (Hodgson 1977):

«... Φαίνεται ότι παράγοντες όπως το άγχος, η ματαιώση προσδοκιών, η κοινωνική πίεση και το στρες μπορούν να οδηγήσουν στον εξαναγκασμό κατάχρησης της αλκοόλης... Μια συμπεριφορική προσέγγιση θα ήταν να μάθει ο αλκοολικός εναλλακτικούς μηχανισμούς για την αποφυγή των στρεσογόνων ερεθισμάτων...».

Το Συμπεριφορικό μοντέλο έχει υποστεί δριμεία κριτική τόσο σε θέματα αιτιολογίας όσο και σε ζητήματα θεραπευτικής αποτελεσματικότητας. (Μια από τις πιο βασικές κριτικές που ασκείται είναι ότι η θεραπεία συμπεριφοράς θεραπεύει το σύμπτωμα αλλά όχι την αιτία της νόσου ή του φαινομένου). Παρ' όλα αυτά εξακολουθεί να είναι ένα μοντέλο λειτουργικό με ευρεία εφαρμογή – η διαδικασία εκπαίδευσης των θεραπευτών είναι βραχύτερη και φτηνότερη σε σύγκριση με την ψυχανάλυση – και αρκετά αποτελεσματικό. (Ποταμιάνος, 1991, σ.45-47)

2.4.4 Το Κοινωνιολογικό Μοντέλο

Η συμβολή της κοινωνιολογίας στον αλκοολισμό έχει πάρει τη μορφή εμπειρικής έρευνας, ο κύριος στόχος της οποίας είναι ο εντοπισμός των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση από το αλκοόλ. (Ποταμιάνος, 1991, σ.47)

Εξετάσαμε τέσσερα από τα επικρατέστερα «μοντέλα» προσέγγισης του φαινομένου του αλκοολισμού. Όπως ήδη αναφέρθηκε, όλα τα μοντέλα παρουσιάζουν ελλείψεις τόσο στον τομέα της έρευνας όσο και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του φαινομένου. Ο αλκοολισμός είναι ένα σύνθετο φαινόμενο όσον αφορά στην αιτιολογία του και ποικίλλει δραματικά τόσο στους τρόπους λήψης της ουσίας όσο και στις δυσλειτουργίες που προκαλεί στο άτομο. Δεν είναι τυχαίο βέβαια ότι οι σύγχρονες απόψεις για τον αλκοολισμό καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι για περαιτέρω κατανόηση του φαινομένου πρέπει να λάβουμε υπόψη βιολογικούς, γενετικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς και πολιτιστικούς παράγοντες (Potamianos 1984, unpublished Ph. D thesis). «Δογματικά» και «στατικά» μοντέλα και θεραπευτικές πρακτικές απ' όποιον επιστημονικό κλάδο και αν προέρχονται όχι μόνο δεν βοηθούν τον αλκοολικό αλλά εμποδίζουν και αυτή την ίδια την επιστήμη στην εξελικτική της πορεία. Με αυτή τη λογική, η έκθεση της ειδικής επιτροπής σε θέματα αλκοολισμού του Βασιλικού Κολεγίου των Ψυχιάτρων της Μ. Βρετανίας αναφέρει:

«... Δεν είναι επιζήμιο να έχουμε περισσότερα από ένα μοντέλα στη διάθεση μας, και θα ήταν πρόωρο να επιμείνουμε ότι υπάρχει μόνο ένας τρόπος σκέψης σχετικά με την κατανάλωση ή/και την κατάχρηση της αλκοόλης...».

(Report of a special committee of the Royal College of Psychiatrist on Alcohol and Alcoholism, 1979). (Ποταμιάνος, 1991, σ.47-48)

2.5 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 τη διακοπή του.

Το άτομο που 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. (Τσαρουχάς, 2000).

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 ματαιώσης, 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. (Τσαρουχάς, 2000).

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 από 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 μη καταφύγει ξανά σ' αυτό μόλις βρεθεί μπροστά σε δυσκολίες και προβλήματα. (Τσαρουχάς, 2000).

Το παραπάνω κείμενο το δανειστήκαμε από ένα ενημερωτικό φυλλάδιο του 18 ΑΝΩ. Είναι ένα απλό, σύντομο και περιεκτικό κείμενο για την ασθένεια του αλκοολισμού. Όμως στην πραγματικότητα κανένας ιατρικός «ορισμός» και καμία εμπεριστατωμένη ανάλυση δεν μπορεί να αποτυπώσει το δράμα των ανθρώπων που γίνονται έρμαιο του αλκοόλ.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας δεν υπήρξε Ευρωπαϊκή χώρα, που να επισκεφθήκαμε και να μη μιλήσαμε με αλκοολικούς σε αποχή. Διαπιστώσαμε ότι πολλοί υπεύθυνοι συμβουλευτικών σταθμών – κέντρων πρόληψης και ερευνητικών ομάδων υπήρξαν οι ίδιοι αλκοολικοί. (Τσαρουχάς, 2000).

Οι ιστορίες τους διαφέρουν. Τουλάχιστον αυτή την αίσθηση αποκτάς ακούγοντάς τες. Γιατί όταν τις ξανακούσεις ή τις διαβάσεις προσεκτικότερα, αντιλαμβάνεσαι ότι είναι όλες ίδιες. Οι διαφορές, που υπάρχουν, είναι μηδαμινές μπροστά στο μοτίβο που επαναλαμβάνεται και συνοψίζεται στο γάντζωμα από την ουσία. Και από 'κει και πέρα, με μαθηματική ακρίβεια, στην εξάρτηση που θέτει σε πρώτη μοίρα το μπουκάλι με το αλκοόλ. Ο δρόμος που διαγράφεται μπροστά τους είναι δύσκολος. Η συνειδητοποίηση αργή. Και η παραδοχή δεκτή μόνο όταν – κατά τους ίδιους – διαπιστωθεί, ότι «δεν πάει άλλο». (Τσαρουχάς, 2000).

Το ερωτηματικό που γεννάται είναι πως, και γιατί, κάποιοι άνθρωποι, από απλοί πότες – χρήστες, όπως όλοι μας, καταλήγουν στην προβληματική πόση;

Ο Γιώργος Μουσσάς, Αναπληρωτής Διευθυντής της μονάδας 18 ΑΝΩ, εξηγεί:

«Όταν μιλάμε για τα προβλήματα του αλκοολισμού δεν αναφερόμαστε μόνο στην εξάρτηση στον 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 ανεπτυγμένες χώρες το πρόβλημα της κατάχρησης – εξάρτησης αλκοόλ είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Και θεωρείται ότι είναι η Τρίτη αιτία θανάτου. 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 μπίρας. Και 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.(Τσαρουχάς, 2000).

Υπάρχει αύξηση των ανθρώπων που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία με προβλήματα υγείας τα οποία σχετίζονται με την κατάχρηση – εξάρτηση από το αλκοόλ. Υπάρχει αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων τα οποία σχετίζονται με τη χρήση του αλκοόλ. Και, γενικότερα, φαίνεται ότι η κοινωνία μας επιχειρεί ν’ αλλάξει ένα επίπεδο, το οποίο χρειάζεται να το δούμε με μεγαλύτερη φροντίδα και προσοχή. Μέχρι στιγμής, κατά τη γνώμη μου, αυτό δεν έχει γίνει.(Τσαρουχάς, 2000).

Ένα από τα θέματα, που φαίνεται να βοηθάει στο να συγκαλύπτεται η εικόνα που σας 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 οπιούχα. 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 υπάρχουνε και πραγματώνονται ανεξάρτητα από το αν η ουσία είναι νόμιμη ή παράνομη. Και αυτή η σχέση έχει επιπτώσεις.(Τσαρουχάς, 2000).

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 η ουσία, αλλά ο ψυχισμός. Υπάρχουν μια σειρά από διαδικασίες, φαίνεται, οι οποίες ανάλογα με τα κοινωνικά προβλήματα, τις δυσκολίες της ζωής που υπάρχουνε, τις επαγγελματικές δυσκολίες, τις συναισθηματικές απογοητεύσεις, την προσωπικότητα του ανθρώπου, αλλά ακόμα θα έλεγα και στοιχεία κληρονομικότητας ή και σοβαρές ψυχικές ανάγκες, κάποια στιγμή οδηγούν από τη κατάχρηση – μια συμπεριφορά που έχει προβλήματα – στην εξάρτηση, μία συμπεριφορά που οδηγεί στην αυτοκαταστροφή.(Τσαρουχάς, 2000).

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.(Τσαρουχάς, 2000).

Γεγονός είναι ότι ο παλιός παραδοσιακός αλκοολικός που ζούσε και ήταν ανεκτός στο επίπεδο της γειτονιάς, δεν υπάρχει. Σήμερα ο αλκοολικός, ο σύγχρονος, έχει να κάνει με έναν άνθρωπο, που ενδεχόμενα 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. (Τσαρουχάς, 2000).

Στις εξαρτήσεις, για να πω την αλήθεια, δεν υπάρχουν στεγανά. Δεν έχει κάποιο φύλο το οποίο είναι μακράν του προβλήματος. Όμως στον αλκοολισμό, ειδικά, φαίνεται να υπάρχει μια υπερίσχυση των ανδρών σε μια σημαντική 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 μια καθυστέρηση χρονικά, αλλά έχουν μια μεγαλύτερη ταχύτητα στο να εξαρτηθούν από το αλκοόλ και ενδεχόμενα να έχουν μεγαλύτερες επιπλοκές από αυτή την ιστορία. Θέλω να πω, ότι και τα δυο 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. (Τσαρουχάς, 2000).

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 σχετιστούν με το αλκοόλ σε ένα παθολογικό επίπεδο. Τουλάχιστον όσον 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. Είναι, όμως, έχει τα σπέρματα μίας εξέλιξης ανησυχητικής». (Τσαρουχάς, 2000).

Η αιτιολογία του αλκοολισμού αναλύεται από τον καθηγητή Γρηγόρη Ποταμίανο στο βιβλίο του για το αλκοόλ και τις νόμιμες αιτίες εξάρτησης:

«Η μελέτη της προσωπικότητας παραμένει – λέει – ένα από τα πιο προσφιλή θέματα των κλινικών ψυχολόγων. Κι έχει δημιουργήσει σωρεία αντικρουόμενων επιχειρημάτων όσον αφορά στη φύση και την εξέλιξη των χαρακτηριστικών που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου. Σε αντίθεση με τα συγκεκριμένα στοιχεία της προσωπικότητας που συζητήσαμε στο ψυχοδυναμικό μοντέλο, και τα οποία φαίνεται να οδηγούν στην κατάχρηση του αλκοόλ, ο κύριος προβληματισμός, στην προκειμένη 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 τεκμηριώναν την ύπαρξη της “αλκοολικής προσωπικότητας”, οι σύγχρονες διαχρονικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν έφεραν στο φως πειστικά στοιχεία που να εδραιώνουν αυτή την άποψη. Τρεις από τις πιο αξιόλογες ανασκοπήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας (Sutherland et al 1950, Syme 1957 και 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 ανέφεραν ότι “... οι μελέτες που έχουν εκπονηθεί μέχρι τώρα, παρουσιάζουν σοβαρή έλλειψη στοιχείων, ώστε να είναι σε θέση να υποστηρίξουν ότι άτομα μίας συγκεκριμένης δομής της προσωπικότητας έχουν περισσότερες

πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί από άτομα με άλλη προσωπικότητα...».(Τσαρουχάς, 2000).

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 που εξετάστηκε.(Τσαρουχάς, 2000).

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 ψυχιάτρους που επεξεργάστηκαν μια ακόμα 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". Το παρακάτω σχόλιο από τον Taylor (1981), είναι 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...».(Τσαρουχάς, 2000, σ.79-86).

2.6 Η οικογένεια του αλκοολικού.

Ο αλκοολισμός αποκαλείται συχνά «οικογενειακή ασθένεια». Κι αυτό λόγω του τεράστιου αντίκτυπου που έχουν τα εξαρτημένα από το αλκοόλ μέλη στους γύρω τους. Δεν υπάρχει περίπτωση να μπορούν τα μέλη της οικογένειας να αγνοήσουν τον αλκοολικό ανάμεσα τους. Οι περισσότερες διαταραχές που προκαλεί η εξάρτηση από το αλκοόλ, αφορούν την συμπεριφορά. Έτσι, στις καθημερινές οικογενειακές συναλλαγές, τα μέλη της οικογένειας έρχονται αντιμέτωπα με τη συμπεριφορά που είναι σύμπτωμα του αλκοολισμού, αν και η συμπεριφορά αυτή μπορεί, αρχικά να μη φαίνεται ότι έχει σχέση με το πρόβλημα του ποτού. Με τον καιρό η οικογενειακή ζωή μπορεί να γίνει τόσο δυσβάστακτη, να μετατραπεί σε καθημερινό μαρτύριο.(Νασιάκου Μ, 1982, σ.86).

Στη Δανία συναντήσαμε ένα νέο ζευγάρι, τον Σερέν και τη Χάιντι. Η Χάιντι είχε πρόβλημα αλκοολισμού. Ο ένας τους γιος, ο Κρίστιαν, ήταν μόλις 5 χρόνων. Μπορούσες να δεις σ' αυτό το παιδί, στο πρόσωπό του, στις κινήσεις του και γενικότερα στη συμπεριφορά του, τις επιπτώσεις που είχε πάνω του το πρόβλημα του αλκοολισμού της μητέρας του. Ήταν υπερκινητικός, εσωστρεφής, ολιγόλογος και δεν εξέφραζε τα συναισθήματα του. Οι γονείς του μας μίλησαν για τα δύσκολα χρόνια που πέρασε ο Κρίστιαν, δίπλα στην αλκοολική μητέρα του. Ευτυχώς, όταν τους συναντήσαμε στο σπίτι τους, - εκτός από τη Χάιντι, η οποία είχε ενταχθεί σε πρόγραμμα απεξάρτησης πριν από ένα χρόνο - και ο Κρίστιαν παρακολουθούσε αντίστοιχο πρόγραμμα για παιδιά αλλά και ο Σερέν συμμετείχε σε προγράμματα των Α.Α. για συγγενείς αλκοολικών.(Σιμώνη Ξ, 2002).

Η μαρτυρία, η παρέμβαση, η εξομολόγηση – λύτρωση, είναι καταλυτική.

Σερέν: «Η Χάιντι σταμάτησε να θηλάζει τον πρώτο μας γιο πολύ νωρίς, για να μπορέσει να πει πάλι. Θυμάμαι όταν ήθελε να πει δεν μπορούσα να τη σταματήσω, ήταν αδύνατο. Ότι κι αν ήταν, εγκυμοσύνη ή οτιδήποτε, αν ήθελε να πει θα έπινε. Όταν μεθούσε, οι φίλοι της σταματούσαν να πίνουν μαζί της. Τότε εκείνη έβρισκε κάποιον άλλον για να πει μαζί του. Δεν μπορούσε να σταματήσει να πίνει μέχρι να λιποθυμήσει...».(Σιμώνη Ξ, 2002).

«...Μετά από 20 μήνες γάμου έμεινε έγκυος στο δεύτερο παιδί. Τότε πίστευε ότι υπάρχει ελπίδα και ότι στα δυο ποτά θα μπορούσε να σταματήσει. Αλλά, δυστυχώς, ούτε και τότε σταματούσε στα δυο ποτά. Δυο μέρες πριν γεννηθεί το παιδί ήταν μεθυσμένη...».(Σιμώνη Ξ, 2002).

«...Οι γονείς της ήταν μοναδικοί, έκαναν ότι ήταν δυνατόν. Η μητέρα της πρόσεχε τον Κρίστιαν κι ήταν κάπως ευκολότερο για μας. Ναι, συνέχεια σκεφτόμουν ότι θα μπορούσαν να γίνουν ατυχήματα στο σπίτι όσο έλειπα. Δεν μπορούσα να κάνω τίποτα. Θυμάμαι μια μέρα που πήρε χάπια με κρασί και την πήγαν οι γονείς της στο νοσοκομείο...».(Σιμώνη Ξ, 2002).

«...Γυρνούσα από τη δουλειά και την έβρισκα μεθυσμένη. Όταν έπινε άλλαζε η συμπεριφορά της. Όταν μεθούσε ήταν πολύ κακιά ενώ όταν ήταν ξεμέθυστη ήταν πολύ καλή. Άλλαζε συμπεριφορά και προσωπικότητα. Γινόταν άλλος άνθρωπος όταν έπινε...».(Σιμώνη Ξ, 2002).

«...Δεν είχα δύναμη, δεν μπορούσα να κάνω τίποτα. Προσπαθούσα συνεχώς. Αλλά δεν μπορούσα να καταφέρω τίποτα. Τώρα ξέρω ότι δεν μπορώ να κάνω τίποτα, αν θελήσει σήμερα να πει, θα πει. Δεν μπορώ να το σταματήσω. Βέβαια, σήμερα δεν ξέρω αν θα είχα το κουράγιο – μετά τα όσα περάσαμε – να ξαναπροσπαθήσω. Δεν νομίζω. Απλώς ελπίζω να μη χρειαστεί. Πηγαίνω σε ομάδα των Ανώνυμων Αλκοολικών που είναι για τις οικογένειες των αλκοολικών. Ευτυχώς και η Χάιντι παρακολουθεί πρόγραμμα απεξάρτησης. Μέρα με την ημέρα πηγαίνει όλο και καλύτερα και σήμερα είναι καλά κι εκείνη κι εμείς».(Σιμώνη Ξ, 2002).

Χάιντι: «...Παλιά έλεγα ότι αντιμετωπίζω πρόβλημα αλκοολισμού εδώ και δέκα χρόνια. Αν γυρίσω, όμως, και κοιτάξω το παρελθόν θα δω ότι ουσιαστικά το πρόβλημα ξεκίνησε πολύ πιο παλιά. Γιατί από τότε που ήμουν 13 – 14 χρόνων έπινα διαφορετικά από όλες τις φίλες και όλους τους φίλους μου. Ενώ οι άλλοι μπορούσαν να πουν δύο ποτά, εγώ συνέχιζα να πίνω. Μία φορά σε ένα πάρτι – δεν θα ήμουν πάνω από 13 ετών – ο πατέρας μου αναγκάστηκε να έρθει να με πάρει γιατί ήμουν πολύ μεθυσμένη... Τελικά αντιμετωπίζω πρόβλημα αλκοολισμού πάνω από δεκαπέντε χρόνια...».

«Τώρα είμαι σε πρόγραμμα απεξάρτησης. Κάθε μέρα που περνά είμαι όλο και πιο χαρούμενη κι ευτυχισμένη. Σήμερα τον αντέχω τον εαυτό μου. Δεν ξυπνάω πια τα πρωινά με μια άσχημη αίσθηση. Πιστεύω πως η ζωή μου είναι πολύ ωραία χωρίς το οινόπνευμα...».(Σιμώνη Ξ, 2002).

«Ο λόγος που ξεκίνησα τη θεραπεία ήταν η ίδια η συμπεριφορά μου. Έβλεπα ότι έπινα διαφορετικά από άλλους ανθρώπους και στο τέλος, όλη αυτή η κατάσταση ήταν ανυπόφορη. Καταλάβαινα πως επηρέαζε το γιο μου και όλη την οικογένεια μας. Βέβαια είναι η δεύτερη φορά που παρακολουθώ πρόγραμμα απεξάρτησης. Την πρώτη φορά έκανα θεραπεία και αφού τελείωσε η θεραπεία και ήμουν νηφάλια για μισό χρόνο, μετά επανήλθα στα παλιά. Μετά από λίγο καιρό άρχισα πάλι θεραπεία. Αυτή τη δεύτερη φορά έγινε κάτι, εντελώς απρόσμενο. Η θεραπεύτρια μου φαίνεται “πάτησε κάτι κουμπιά” και ξαφνικά έβλεπα καθαρά την πραγματικότητα...».(Σιμώνη Ξ, 2002).

«...Ήταν τεταμένες οι σχέσεις με τον άντρα μου. Δεν είχαμε χρόνο για τον Κρίστιαν όπως έχουμε τώρα... Έχει ζήσει πολλά δυσάρεστα επεισόδια, που ήταν φυσικό να τον επηρεάσουν. Έτσι έγινε πολύ ανήσυχος και δυσκολευόταν να καταλάβει πότε ήταν μεθυσμένη η μαμά του και πότε όχι. Πως έπρεπε να λέει τα πράγματα και πως έπρεπε να συμπεριφέρεται. Πιο μικρός είχε πολλά συμπτώματα παιδιού από μίνα αλκοολική και είχε συνέχεια τεντωμένες τις κεραιές για να καταλάβει τι γινόταν γύρω του: Πως είναι τα κέφια της μαμάς, πότε θα πει πάλι, και τέτοια. Νομίζω πως φοβόταν πολύ... Πολλές φορές ήμουν τόσο ναρκωμένη που δεν μπορούσε να έρθει σε επαφή μαζί μου. Δεν τολμούσε να ανοιχτεί. Δεν είχε εμπιστοσύνη στο πως θα αντιδρούσαμε και οι δυο. Ο μπαμπάς του ήταν ευέξαπτος κι εγώ όταν έπινα γινόμουν πραγματικά πολύ κακιά και θύμωνα μαζί του. Δυσκολευόταν να εκφράσει αυτό που αισθανόταν. Δεν μπορούσε να δείχνει ότι στενοχωριέται γιατί θα του έλεγα: “Άσ’ τα αυτά”. Τώρα, όμως, μέσα από το πρόγραμμα που παρακολουθεί και όπου τον βοήθησαν πολύ, έμαθε ότι δεν πειράζει να στενοχωριέται κανείς. Αισθάνομαι ότι έχει γίνει πιο ανοιχτός και ότι έχει περισσότερη αυτοπεποίθηση μετά από αυτή τη θεραπεία παιδιών...».(Σιμώνη Ξ, 2002).

Αν παρακολουθήσει κανείς το διάλογο, που ακολουθεί, ανάμεσα στη Χάιντι και στο γιο της Κρίστιαν, θα καταλάβει πόσο δυσκολεύεται το παιδί – ακόμη και τώρα που όλη η οικογένεια παρακολουθεί πρόγραμμα απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης – να εκφράσει τα συναισθήματα του και τον παιδικό αυθορμητισμό.

- Χάιντι: «Κρίστιαν, οι κύριοι από την Ελλάδα θέλουν τη γνώμη σου για το πρόγραμμα».
- Κρίστιαν: «Το πρόγραμμα; Ποιο πρόγραμμα;»
- Χάιντι: «Θες να πάρεις μέρος ή δε θες;»
- Κρίστιαν: «Τι εννοείς το πρόγραμμα;»
- Χάιντι: «Η θεραπεία. Η θεραπεία για τα παιδιά. Πως περνούσες εκεί;»
- Κρίστιαν: «Ωραία ήταν. Είχε πλάκα».
- Χάιντι: «Έμαθες τίποτα;»
- Κρίστιαν: «Ναι».
- Χάιντι: «Τι έμαθες;»
- Κρίστιαν: «Πολλά πράγματα».
- Χάιντι: «Δεν μπορείς να μας πεις τι έμαθες;»
- Κρίστιαν: «Όχι».
- Χάιντι: «Είχαν κάποιους κανονισμούς εκεί. Πως πέρασες μαζί με τα άλλα παιδιά;»
- Κρίστιαν: «Είχε πλάκα».(Σιμώνη Ξ, 2002, σ.293-295).

«Μια φορά αλκοολικός, πάντα αλκοολικός»

Σερέν: «Μας έχει πει ότι είναι διασκεδαστικό. Έχουν ορισμένους κανόνες που εφαρμόζουν στο πρόγραμμα και νομίζω πως τους θυμάται αλλά δεν μας τους λέει. Ντρέπεται!...».

«...οι κανόνες είναι, μεταξύ άλλων: Μην αποκαλείται τους άλλους κάπως διαφορετικά, παρά μόνο με τα όνομα τους. Αν δε σας αρέσει μπορείτε να μη συμμετέχετε αλλά θα παραμείνετε εδώ. Πρέπει να κάθεστε κάπου, να μην τριγυρνάτε, να βλέπετε τι κάνει η ομάδα...».(Σιμώνη Ξ, 2002).

«...Ναι, του άρεσε πάρα πολύ να είναι μαζί με άλλα παιδιά με το ίδιο πρόβλημα, με τα ίδια συναισθήματα. Βασικό μέρος αυτού του προγράμματος είναι να μπορείς να εκφράζεις τα συναισθήματα σου. Να ξέρεις τι νιώθεις και να το εκφράζεις. Τώρα ο Κρίστιαν μιλάει περισσότερο για το τι νιώθει, έχει περισσότερη αυτοπεποίθηση.

Κάνει περισσότερα πράγματα από πριν. Πριν, όταν η γυναίκα μου έπινε, ο Κρίστιαν φοβόταν να στενοχωρηθεί να κλάψει. Τώρα μπορεί να μας πει πως νιώθει. Κι όταν κλαίει, από τη μια πλευρά στενοχωριέμαι αλλά από την άλλη μ' αρέσει που μπορεί να μου πει ότι είναι λυπημένος...».(Σιμώνη Ξ, 2002).

«...Κατά τη διάρκεια της θεραπείας είδαμε αλλαγές στη συμπεριφορά του Κρίστιαν. Μερικές φορές στο τραπέζι καθώς τρώγαμε, έλεγε ξαφνικά “Δεν θα έπρεπε να μιλήσουμε για συναισθήματα σήμερα;” Δεν το είχε ξανακάνει αυτό.».

«Όταν έπινε η Χάιντι, το χειρότερο ήταν που δεν μπορούσα να είμαι πάντα κοντά του. Μερικές φορές έφευγα από το σπίτι γιατί όταν μεθούσε είχαμε άσχημες καυγάδες και δεν ήταν σωστό για τον Κρίστιαν να μας βλέπει σ' αυτή την κατάσταση. Έτσι, έφευγα από το σπίτι αλλά δεν άντεχα στη σκέψη ότι ήταν μόνος με μια μεθυσμένη μητέρα. Το μετανιώνω τώρα κι ευχαριστώ το Θεό που η Χάιντι σταμάτησε να πίνει εδώ κι ένα χρόνο...».(Σιμώνη Ξ, 2002).

«...Ελπίζουμε ότι μεγαλώνοντας δεν θα θυμάται αυτά τα δύσκολα χρόνια. Αλλά θα βεβαιωθούμε ότι δεν θα ξεχάσει τις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ. Όχι να το φοβάται, αλλά να το προσέχει. Ελπίζω ότι η Χάιντι δεν θα ξαναπιεί. Ότι θα συνεχίσει να προχωρά σε μια καλύτερη ζωή κι ότι κανένα από τα παιδιά μας δεν θα γίνει αλκοολικό. Ξέρω ότι για εκείνο που έχει μετανιώσει περισσότερο από όλα, η γυναίκα μου, είναι για τους ανθρώπους που έχει πληγώσει. Υπάρχουν πολλά σε όλη αυτή την ιστορία. Είναι πολλές οι φορές που πληγωθήκαμε, εγώ και τα παιδιά. Που μέναμε στην άκρη και βλέπαμε τη μαμά να μεθάει χωρίς να μπορούμε να κάνουμε τίποτα. Αυτό ήταν το χειρότερο για μένα... Είναι πολύ σημαντικό να καταλάβουμε ότι ο αλκοολισμός δεν είναι θέμα κακού χαρακτήρα, είναι μια αρρώστια. Και μια φορά αλκοολικός, πάντα αλκοολικός...».(Σιμώνη Ξ, 2002).

Υπάρχει, όμως, και η πιθανότητα σε μια οικογένεια, στην οποία κάποιος αντιμετωπίζει πρόβλημα αλκοολισμού, τα άλλα μέλη της οικογένειας – όσο καλές προθέσεις και αν έχουν – να συμπεριφέρονται με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέψουν τη συνέχιση της κατανάλωσης του αλκοόλ. Μπορεί να προστατεύουν το αλκοολικό μέλος, να βρίσκουν δικαιολογίες, να πιστεύουν στα «άλλοθι», να συμβάλλουν στη «συγκάλυψη». Μπορεί να τηλεφωνήσουν στον εργοδότη και να δικαιολογήσουν την απουσία του αλκοολικού μέλους, λόγω γρίπης. Μπορεί ακόμα να εξοφλήσουν μια ακάλυπτη επιταγή ή να προσλάβουν δικηγόρο για την υπεράσπιση του μέλους, στην περίπτωση που έχει κατηγορηθεί για οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ. Οι πράξεις του αλκοολικού εντείνουν, αναπόφευκτα, το επίπεδο άγχους της οικογένειας. Αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ εκ μέρους του αλκοολικού για να αντιμετωπίσει το δικό του άγχος, πράγμα που εντείνει ακόμα περισσότερο το άγχος της οικογένειας. Όσο μεγαλύτερο το άγχος τόσο περισσότερο τα μέλη της οικογένειας αντιδρούν κάνοντας πιο συχνά αυτά που ήδη έκαναν. Και τότε ο αλκοολικός πίνει ακόμα περισσότερο λόγω αυξημένου άγχους και ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται. Το άγχος κλιμακώνεται και από τις δύο πλευρές, μέχρι να ξεσπάσει κάποια κρίση.(Σιμώνη Ξ, 2002, σ.301-303).

Η αντίδραση της οικογένειας.

Η Joan Jackson, σε άρθρο της που δημοσίευσε το 1954, με τίτλο «Ο αλκοολισμός και η οικογένεια» περιέγραψε πρώτη τα στάδια με τα οποία η οικογένεια αντιμετωπίζει τον αλκοολισμό. Συνέλεξε τα δεδομένα της συμμετέχοντας σε συναντήσεις και μιλώντας με μέλη μίας ομάδας επονομαζόμενης AA Auxiliary. Αργότερα, η ομάδα αυτή πήρε τη γνωστή πια ονομασία Οικογενειακές Ομάδες Ανωνύμων Αλκοολικών. Δεδομένης της εποχής στην οποία διεξήγαγε τη μελέτη, τα στάδια που εντόπισε

αφορούσαν σε οικογένειες όπου ο πατέρας και σύζυγος ήταν ο αλκοολικός. Από τότε, όμως, με την κατάλληλη μετατροπή, τα στάδια που περιέγραψε ισχύουν για οποιαδήποτε οικογένεια με ένα αλκοολικό μέλος. Τα έξι στάδια που σκιαγράφησε η Jackson παρουσιάζονται πιο κάτω, με τη σειρά με την οποία συνήθως εκτυλίσσονται. (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.72)

A. Άρνηση

Στα παντρεμένα ζευγάρια τα περιστασιακά επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης εξηγούνται αρχικά και από τους δύο. Στην αρχή της εξέλιξης του αλκοολισμού, η δικαιολογία της κατανάλωσης λόγω κούρασης, στενοχώριας, νευρικότητας ή δύσκολης μέρας γίνεται πιστευτή. Η υπόθεση είναι ότι το επεισόδιο είναι ένα μεμονωμένο περιστατικό και, επομένως, δεν αποτελεί πρόβλημα. Αν το ζευγάρι ανήκει σε μια ομάδα όπου η μεγάλη κατανάλωση είναι αποδεκτή, αυτό αποτελεί μια βολική κάλυψη για την ανάπτυξη της εξάρτησης. Ένα ποτό πριν από το φαί εύκολα γίνεται δύο ή τρία, το κρασί με το φαγητό και το κονιάκ μετά, περνούν επίσης απαρατήρητα. (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.73)

B. Προσπάθειες εξάλειψης του προβλήματος

Εδώ ο/η σύζυγος του αλκοολικού ατόμου αναγνωρίζει ότι η κατανάλωση δεν είναι φυσιολογική και προσπαθεί να τον/την πείσει να σταματήσει το ποτό, να το ελέγξει ή να το ελαττώσει. «Αν συμμαζεούσωνα λίγο και είχες λίγη θέληση...» ή «αν με αγαπάς στ' αλήθεια θα σταματήσεις». Συγχρόνως ο/η σύζυγος του αλκοολικού ατόμου προσπαθεί να κρύψει το πρόβλημα από τους τρίτους και να κρατήσει τα προσχήματα. Παράλληλα ο/η αλκοολικός /ή σύζυγος φέρνει κρυφά αλκοόλ στο σπίτι ή πίνει έξω, προσπαθώντας να κρύψει την ποσότητα που καταναλώνει. Είναι πολύ πιθανό, τα παιδιά της οικογένειας να αρχίσουν να έχουν προβλήματα ως αντίδραση στο οικογενειακό στρες. Πολλά χρόνια μετά το άρθρο της Jackson, ο Vernon Johnson στο «Αύριο το κόβω» τονίζει ότι αυτές οι αρχικές προσπάθειες εξάλειψης του προβλήματος μπορεί να είναι αποτελεσματικές. Στις περιπτώσεις αυτές, η επίσημη θεραπεία αλκοολισμού ή η εμπλοκή των Α.Α. είναι μάλλον απίθανη. Μπορεί, μάλιστα, να μη χρειάζεται καν. Στο σημείο αυτό, ο κίνδυνος για τις οικογένειες ήταν όταν άρχιζαν κάποια γενική συμβουλευτική – είτε με τον ιερέα, τον ψυχολόγο ή τον κοινωνικό λειτουργό – η οποία δεν αντιμετώπιζε το πρόβλημα του αλκοολισμού κατά μέτωπο. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ατομική θεραπεία ή η θεραπεία του ζευγαριού εντάσσεται εύκολα στη διεργασία της άρνησης. Έτσι συνεχίζεται μεν η κατανάλωση του αλκοόλ αλλά δημιουργείται στο ζευγάρι και η ψευδαίσθηση ότι κάτι κάνει για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα. (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.73-74)

Γ. Αποδιοργάνωση και χάος

Τώρα, η ισορροπία της οικογένειας έχει διαταραχτεί. Ο/η σύζυγος του αλκοολικού δεν μπορεί πια να υποκρίνεται ότι όλα πάνε καλά και η μια κρίση διαδέχεται την άλλη. Τα οικονομικά προβλήματα είναι συχνά. Νιώθοντας πραγματικό στρες και αμφιβάλλοντας για τη δική του/της ψυχική υγεία, ο/η άλλος/η σύζυγος αναζητεί εξωτερική βοήθεια. Γενικά, η γυναίκες ζητούν πιο συχνά εξωτερική βοήθεια από όσο οι άντρες. Συνήθως, απευθύνονται, όμως, σε έναν ιερέα ο οποίος δεν είναι εκπαιδευμένος στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Ή μπορεί να απευθυνθούν στον οικογενειακό γιατρό που, αντιμετώπος με αυτή την διαταραγμένη κατάσταση, έχει

την τάση να συστήνει χάπια για τα «νεύρα». Εάν, στο στάδιο αυτό, ο μη αλκοολικός σύζυγος στραφεί σε επιστήμονες που έχουν ειδικευτεί στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού ή/και εμπλακεί με τους Ανώνυμους Αλκοολικούς, η κατάσταση θα πάρει μια τελείως διαφορετική κατεύθυνση. (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.75)

Δ. Αναδιοργάνωση παρ' όλο το πρόβλημα

Οι ικανότητες αντιμετώπισης του προβλήματος από το μη αλκοολικό σύζυγο ενισχύονται. Σταδιακά, αναλαμβάνει μεγαλύτερη ευθύνη για την οικογενειακή μονάδα. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να πιάσει μια δουλειά ή να αναλάβει τα οικονομικά της οικογένειας. Η ενεργητικότητα δεν επικεντρώνεται στις προσπάθειες να συνέλθει ο/η αλκοολικός/η σύζυγος, αλλά στην προώθηση της οικογενειακής ζωής, παρ' όλο τον αλκοολισμό. (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.76)

Ε. Προσπάθειες φυγής

Μπορεί να επιχειρηθεί χωρισμός ή διαζύγιο. Αν η οικογενειακή μονάδα παραμείνει ανέπαφη, η οικογένεια συνεχίζει να ζει γύρω από το αλκοολικό μέλος. (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.76)

Στ. Αναδιοργάνωση οικογένειας

Σε περίπτωση χωρισμού, η οικογένεια αναδιοργανώνεται χωρίς τον αλκοολικό σύζυγο και γονιό. Εάν ο αλκοολικός αποτοξινωθεί μπορεί να υπάρξει συμφιλίωση. Οτιδήποτε από τα δυο και να συμβεί και οι δυο θα πρέπει να επαναπροσδιορίσουν τους ρόλους τους και να κάνουν νέες προσαρμογές.

Όπως προαναφέρθηκε, οι διατυπώσεις της Jackson αφορούσαν σε οικογένειες όπου ο σύζυγος ήταν το αλκοολικό μέλος. Βρέθηκε μια ενδιαφέρουσα διαφορά στην έκβαση γάμου ανάλογα με το ποιος από τους δυο είχε το πρόβλημα. Η αλκοολική γυναίκα είναι πιο συχνά διαζευγμένη από όσο ο αλκοολικός άνδρας. Στο παρελθόν, όσοι προσπαθούσαν να εξηγήσουν αυτή τη διαφορά φύλου, είκαζαν ότι η γυναίκες που παντρεύονται αλκοολικούς έχουν μια ασυνείδητη νευρωτική ανάγκη να παντρεύονται αδύναμους, ανεπαρκείς άνδρες. Λόγω αυτής της ανάγκης παραμένουν παντρεμένες, κερδίζοντας έτσι «ψυχολογικούς» πόντους. Η άποψη αυτή δεν είναι πια ιδιαίτερα παραδεκτή. Η πιο πρόσφατη θέση είναι ότι ένας μεγάλος αριθμός μη αλκοολικών γυναικών παραμένουν παντρεμένες με τον αλκοολικό σύζυγό τους γιατί το στρες τις αδρανοποιεί.

Πρόσφατες μελέτες των γάμων εντόπισαν άλλους λόγους της επιλογής συζύγου. Γενικά, για όλους τους ανθρώπους αναγνωρίζεται ότι ο «πραγματικός έρωτας» και η επιλογή συζύγου δεν είναι τυχαίο γεγονός. Οι άνθρωποι τείνουν να επιλέγουν για ταίρι του ανθρώπους που έχουν ομοιότητες με τον αντίστοιχο γονιό. Πολλές γυναίκες παντρεμένες με αλκοολικούς είχαν αλκοολικό πατέρα. Γι' αυτές μια κατάσταση που σ' εμάς μοιάζει αγχωτική και οδυνηρή μπορεί να είναι απλώς αυτό που περιμένουν από ένα γάμο. Όσοι ασχολούνται με τη θεραπεία του αλκοολισμού εντυπωσιάζονται από το γεγονός ότι ορισμένες γυναίκες συζούν ή παντρεύονται αλκοολικούς κατ' επανάληψη. Δεδομένης της οικονομικής πραγματικότητας, είναι πολύ πιθανόν, η μη αλκοολική σύζυγος να παραμείνει παντρεμένη για μεγαλύτερο διάστημα από όσο ο μη αλκοολικός σύζυγος γιατί νιώθει ότι χρειάζεται την οικονομική υποστήριξη του συζύγου για την συντήρηση της οικογένειας. Από την άλλη πλευρά είναι λιγότερο πιθανό ένας άνδρας να ζητήσει εξωτερική βοήθεια για οποιοδήποτε πρόβλημα.

Επομένως, ο σύζυγος μίας αλκοολικής γυναίκας μπορεί να θεωρεί το διαζύγιο ως τη μόνη λύση σωτηρίας για τον εαυτό του και τα παιδιά του.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

Φυσικά, τα στάδια αυτά δεν τα βιώνουν με τον ίδιο τρόπο όλες οι οικογένειες. Μερικές οικογένειες μπορεί να «κολλήσουν» σε διαφορετικά στάδια. Μερικές μπορεί να μην ξεπεράσουν το στάδιο της άρνησης. Άλλες παγιδεύονται στον ατέλειωτο κύκλο του χάους και της κρίσης. Και μερικές διέρχονται σειρά οδυνηρών προσπαθειών να ξεφύγουν από την κατάσταση, με συμφιλιώσεις που ακολουθούνται και πάλι, από προσπάθειες διαφυγής.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

Ένας παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει διαφορά είναι η χρονική στιγμή της εμφάνισης του αλκοολισμού. Οι Paolinokai McCrady, που μελέτησαν γάμους αλκοολικών, υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες που είναι περισσότερο σε θέση να βοηθήσουν τον εαυτό τους και την οικογένεια τους, είναι εκείνες που παντρεύτηκαν πριν ο σύζυγος εμφανίσει το πρόβλημα.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη,2002, σ.76-78).

2.7 Ο αλκοολισμός στην Ελλάδα.

Συχνά υποστηρίζεται ότι ο αλκοολισμός στην Ελλάδα είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με άλλες χώρες. Πρόσφατο δημοσίευμα των Liakos, Madianos & Stefanis (1980) έδειξε ότι μεταξύ 1971 – 1976 τόσο οι εισαγωγές όσο και οι επισκέψεις για προβλήματα που σχετίζονται με τον αλκοολισμό στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου δεν αυξήθηκαν κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα. Αξιοπρόσεκτο είναι επίσης το εύρημα αυτής της έρευνας που αναφέρεται στις διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών όσον αφορά στα εξιτήρια με διάγνωση αλκοολισμού από τα δημόσια ψυχιατρεία και τις ιδιωτικές κλινικές 27 νομών της χώρας. Οι παρακάτω πίνακες (ΠΙΝΑΚΕΣ Α , Β) δίνουν την εικόνα αυτών των ευρημάτων.(Μαδιανός, 1989).

ΠΙΝΑΚΑΣ Α.

**Αριθμός επισκέψεων για προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ
στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου μεταξύ 1971 – 1976.**

| | | Άνδρες | Γυναίκες | | |
|---------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------|---------------|--------------------|
| 1971 | 2.946 | 205 | 35 | 240 | 8,1 |
| 1972 | 3.134 | 211 | 20 | 231 | 7,4 |
| 1973 | 3.559 | 280 | 16 | 296 | 8,3 |
| 1974 | 3.555 | 277 | 22 | 299 | 8,4 |
| 1975 | 3.914 | 267 | 23 | 290 | 7,4 |
| 1976 | 4.659 | 183 | 13 | 196 | 4,2 |
| | Συνολικός αριθμός ασθενών | «Αλκοολικοί» ασθενείς | | Σύνολο | Ποσοστό (%) |
| Σύνολο | 21.767 | 1.423 | 129 | 1.552 | 7,1 |

Πηγή: Liakos, Madianos & Stefanis 1980.

ΠΙΝΑΚΑΣ Β.

| Ποσοστό εξιτηρίων (ανά 10.000 πληθυσμό) με διάγνωση αλκοολισμού από δημόσια ψυχιατρεία και ιδιωτικές κλινικές σε 27 νομούς. | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| | 1975 | 1976 | 1977 |
| Αθήνα | 13,3 | 20,7 | 21,8 |
| Πειραιάς | 8,6 | 8,5 | 8,4 |
| Θεσσαλονίκη | 8,7 | 12,8 | 18,9 |
| Επαρχία | 3,3 | 7,7 | 3,8 |

Πηγή: Liakos, Madianos & Stefanis 1980.

Η εικόνα του αλκοολισμού στην Ελλάδα όπως περιγράφεται από την παραπάνω μελέτη δεν πρέπει να μας καθησυχάζει, παρ' όλα τα ευνοϊκά για τη χώρα μας στοιχεία τα οποία δεν δείχνουν έξαρση στην κατανάλωση με αντίθεση με ότι συμβαίνει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς αυτής της μελέτης, τα παραπάνω (και άλλα στοιχεία που παρατίθενται στο δημοσίευμα τους) αποτελούν μια «χονδρική» ένδειξη του αλκοολισμού στη Ελλάδα, κυρίως γιατί υπάρχει σοβαρή έλλειψη στατιστικών στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας της χώρας μας. Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί η παρατηρηθείσα αύξηση στα εξιτήρια ,ε διάγνωση αλκοολισμού ιδιαίτερα στην Αθήνα από 13,3 το 1975 σε 21,8 το 1977. ίσως το κυριότερο πρόβλημα της παραπάνω έρευνας είναι ότι η εικόνα του αλκοολισμού στην Ελλάδα δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί από τις εισαγωγές ή/και τα εξιτήρια του Αιγινήτειου ή των άλλων δημόσιων και μη καταστημάτων. Οι πλέον σημαντικοί παράγοντες που επιδρούν στη δυσκολία εκτίμησης του προβλήματος μέσα από τις παραπάνω διαδικασίες είναι: α) τα «επιλεγμένα» δείγματα των ασθενών αντί δειγμάτων του γενικού πληθυσμού, β) το γεγονός ότι πολλοί αλκοολικοί έχουν αρνητική στάση (και ίσως δικαιολογημένα) απέναντι στις υπηρεσίες που προσφέρονται από τα δημόσια ψυχιατρεία και από αρκετές ιδιωτικές κλινικές, με αποτέλεσμα να μη ζητούν βοήθεια για τα προβλήματα τους (Madianos et al 1984) και γ) είναι γνωστό ότι οι αλκοολικοί που εισάγονται στα γενικά νοσοκομεία και ψυχιατρεία είναι σε προχωρημένα στάδια της εξάρτησης και των διαταραχών εξαιτίας του αλκοόλ. Οι μη «νοσοκομειακοί» πληθυσμοί αποτελούν συνήθως και την πλειονότητα των ατόμων με εξάρτηση και προβλήματα που απορρέουν από τη χρήση της αλκοόλης.(Μαδιανός, 1989).

Από τα ελάχιστα σχετικά δημοσιεύματα, αξιοπρόσεκτα είναι τα στοιχεία που αναφέρουν μια αύξηση της τάξεως του 36% όσον αφορά στη θνησιμότητα εξαιτίας της αλκοολικής κίρρωσης του ήπατος μεταξύ 1950 – 1975, το γεγονός ότι η «πραγματική τιμή» του αλκοόλ «μειώθηκε» κατά 2,6% στη διάρκεια 1970 – 1981, (Υφαντοπούλος 1986) και ότι η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρής αλκοόλης μεταξύ 1970 – 1984 σε λίτρα (6,7 λίτρα) αυξήθηκε κατά 5,2% (Madianos et al 1984). Η κυριότερη πανελλήνια έρευνα σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και την κατανάλωση αλκοόλης εκπονήθηκε από τους Στεφανή, Μαδιανού και Μαδιανό (1986), σε 4.300 νοικοκυριά της χώρας. Σύμφωνα με τους παραπάνω,, ενήλικες 18 – 64 ετών και έφηβοι 12 – 17 αναφέρουν συστηματική κατανάλωση αλκοόλης σε ποσοστά 25% και

12,8% αντίστοιχα. Επίσης, το 12,6% των ανδρών και το 2,5% των γυναικών αναφέρουν δυο ή περισσότερα προβλήματα εξαιτίας της συστηματικής κατανάλωσης της αλκοόλης. Εξάλλου, μεταξύ 1971 και 1980 τα τροχαία ατυχήματα που οφείλονται στη χρήση αλκοόλης, αυξήθηκαν κατά 34%. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει μια πρόσφατη ανάλυση των Madianos et al/Madianou et al (1987), με βάση τα στοιχεία της παραπάνω έρευνας, που αναφέρεται στην υπερβολική κατανάλωση της αλκοόλης και στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε τρεις «ηλικιακές» ομάδες. Ο παρακάτω πίνακας (ΠΙΝΑΚΑΣ Γ) δείχνει τις λεπτομέρειες:(Μαδιανός, 1989, σ.63-66).

ΠΙΝΑΚΑΣ . Γ

| Ποσοστό εξιτηρίων (ανά 10.000 πληθυσμό) με διάγνωση αλκοολισμού από δημόσια ψυχιατρεία και ιδιωτικές κλινικές σε 27 νομούς. | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | Ηλικία 12-17 | Ηλικία 18-24 | Ηλικία 25-64 |
| { | Σύνολο | 49% | 42% | 36% |
| 1 { | Άνδρες | 57% | 59% | 56% |
| { | Γυναίκες | 43% | 29% | 20% |
| { | Σύνολο | 8% | 14% | 4% |
| 2 { | Άνδρες | 11% | 24% | 7% |
| { | Γυναίκες | 5% | 6% | 1% |

Πηγή: Liakos, Madianos & Stefanis 1980.

Οι αριθμοί 1 και 2 στον παραπάνω πίνακα (ΠΙΝΑΚΑΣ Γ) αναφέρονται στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλης κατά τη διάρκεια των περασμένων 12 μηνών και σε δυο ή περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα σχετικά με την κατανάλωση του αλκοόλ, αντίστοιχα. Όπως δείχνουν και τα στοιχεία, σχεδόν το ήμισυ του συνόλου (1.325 άτομα) των εφήβων ηλικίας 12 - 17 ετών και το 42% των νέων ενηλίκων αναφέρουν κατάχρηση της αλκοόλης. Επίσης το 8% της ομάδας 12 - 17 ετών και το 14% της ομάδας 18 - 24 ετών αναφέρουν δυο ή περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ. Είναι φανερό, ότι η τάση για κατάχρηση της αλκοόλης παρατηρείται στους νέους.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα συμπεράσματα των ελαχίστων ερευνών στον τομέα του αλκοολισμού στη χώρα μας είναι ανησυχητικά κυρίως για τη νέα γενιά. Λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος των κοινωνικών προβλημάτων που χαρακτηρίζουν την Ελληνική κοινωνία, την παρατηρηθείσα αύξηση των καταστημάτων πώλησης αλκοολούχων ποτών, την κοινωνική απομόνωση και τη γενικότερη τάση εκκοινωνισμού διαμέσου της αλκοόλης, είναι σίγουρο ότι το πρόβλημα του αλκοολισμού θα αυξηθεί πολύ πιο γοργά απ' ότι φανταζόμαστε. Άλλωστε, η έλλειψη έρευνας στο θέμα του αλκοολισμού και η αδιαφορία της πολιτείας σε θέματα πρόληψης και παροχής υπηρεσιών για τον προβληματικό πότη είναι στοιχεία που πρέπει να προβληματίζουν τόσο τον ενδιαφερόμενο για το θέμα επιστήμονα όσο και το κοινωνικό σύνολο.(Μαδιανός, 1989).

Εξετάσαμε μερικά στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την επιδημιολογία του αλκοολισμού. Τα προβλήματα που παρουσιάζουν οι μέθοδοι συλλογής ερευνητικών στοιχείων και η ασυμφωνία που παρατηρείται στις διεθνείς μελέτες σχετικά με τον όρο του αλκοολισμού, δημιουργούν ιδιαίτερες δυσκολίες στην

διαμόρφωση μίας εικόνας για το μέγεθος του φαινομένου του αλκοολισμού. Είναι εμφανές ότι παρόλα τα μεθοδολογικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν τις παραπάνω έρευνες, το φαινόμενο του αλκοολισμού αυξάνεται σε παγκόσμια κλίμακα. Όσον αφορά στη χώρα μας, η εντύπωση που δημιουργείται από την παρούσα κοινωνική κατάσταση είναι ότι ο αλκοολισμός θα επισκιάσει τις παράνομες ουσίες εξάρτησης στα επόμενα 5 – 10 χρόνια. Το ερώτημα είναι, τι περιμένουμε, για να λάβουμε μέτρα πρόληψης και θεραπείας.(Μαδιανός, 1989).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Παράγοντες που οδηγούν στη χρήση και στην εξάρτηση από το αλκοόλ

3.1 Ψυχολογικοί παράγοντες (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 στην εξέλιξη των χαρακτηριστικών που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου.

Σε αντίθεση με τα συγκεκριμένα στοιχεία της προσωπικότητας, τα οποία φαίνονται να οδηγούν στην κατάχρηση του αλκοόλ, ο κύριος προβληματισμός στην προκειμένη περίπτωση ήταν αν οι αλκοολικοί έχουν μια “ιδιόμορφη” προσωπικότητα που μοιραία οδηγεί στον αλκοολισμό. Παρ’ όλο που η κλινική πρακτική και εμπειρία με αλκοολικούς έδειχναν στοιχεία που τεκμηριώναν την ύπαρξη της αλκοολικής προσωπικότητας, οι σύγχρονες διαχρονικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν έφεραν στο φως πειστικά στοιχεία που να εδραιώνουν αυτήν την άποψη. (Peterson. B-Kristenson.H-Sternby.N.H, 1980).

Τρεις από τις πιο αξιόλογες ανασκοπήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας (Sutherland et al 1950, Syme 1957 και 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 ανέφεραν ότι “... οι μελέτες που έχουν εκπονηθεί μέχρι τώρα παρουσιάζουν σοβαρή έλλειψη στοιχείων, ώστε να είναι σε θέση 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. 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 από τον ορισμό των “αλκοολικών” και “μη αλκοολικών” δειγμάτων του πληθυσμού που εξετάστηκε. (Νασιάκου, 1982, σ.47).

Είναι εμφανές, από τα συμπεράσματα των παραπάνω συγγραφέων, αλλά κι από μελέτες για τις οποίες ο χώρος δεν επιτρέπει ειδική αναφορά, ότι η “αλκοολική προσωπικότητα” δεν είναι υπαρκτή. Η “εφεύρεσή” της φαίνεται να “εξυπηρετούσε” τόσο τους ψυχολόγους ή και ψυχιάτρους που επεξεργάστηκαν μια ακόμα 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”. (Νασιάκου, 1982, σ.48).

Το παρακάτω σχόλιο από τον Taylor (1981) είναι χαρακτηριστικό των συγχρόνων απόψεων για την “αλκοολική προσωπικότητα”:

“... Πριν από μερικά χρόνια είχαν γίνει επίμονες 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.... ”. (Potamianos, 1986, σ.137).

3.2. Κοινωνικοί παράγοντες

Είναι γεγονός ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή κοινωνική συναλλαγή. Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών, από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις περιλαμβάνουν την κατανάλωση της αλκοόλης. Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται μέσω των κοινωνικών προβλημάτων όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων κ.λπ. το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό –ας μην ξεχνάμε τον αυξανόμενο αριθμό αυτοκτονιών που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια σε ενηλίκους αλλά και σε νεαρά άτομα, λόγω κοινωνικών πιέσεων.

Δεν είναι τυχαίο, βέβαια, ότι 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.(Smith.R, 1982).

Οι κοινωνικοί παράγοντες που συντελούν στη γένεση του αλκοολισμού είναι πολλοί. Η παρακάτω περιγραφή αναφέρεται σε αυτούς που εντοπίστηκαν στην πλειοψηφία των μελετών σχετικά με την “κοινωνική διάσταση” του αλκοολισμού.

3.2.1. Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ

Η διάσταση αυτή θα μπορούσε να συνοψιστεί με τη δήλωση “όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια δεδομένη κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί”. Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, ότι η χρήση της αλκοόλης θα πρέπει να “περάσει” στην παρανομία. Η εμπειρία της ποτοαπαγόρευσης στις ΗΠΑ και η σχετική εγκληματικότητα που τη συνόδευσε είναι παράδειγμα προς αποφυγή. Είναι γεγονός όμως ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ της δυνατότητας πρόσβασης στο αλκοόλ και αριθμού αλκοολικών. Ο Γάλλος επιδημιολόγος Requignot (Requignot et al 1984) έδειξε ότι κατά την περίοδο 1941 – 1947, όταν η παραγωγή κι η κατανάλωση του κρασιού μειώθηκε λόγω του πολέμου από 5 σε 1 λίτρο την εβδομάδα, η θνησιμότητα εξαιτίας κιρρώσεως του ήπατος μειώθηκε επίσης κατά 80%. Μείωση της θνησιμότητας, εξαιτίας κιρρώσεως του ήπατος, αναφέρεται επίσης από τον Martini et al (1970) στις ΗΠΑ, κατά την περίοδο της ποτοαπαγόρευσης.(Τσαρουχάς, 2000, σ.247).

3.2.2. Τιμή, “νομιμότητα”, κοινωνική αποδοχή

Σε σύγκριση με τις “παράνομες ουσίες εξάρτησης”, το αλκοόλ είναι σχετικά φθηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Και οι τρεις αυτές κοινωνικές διαστάσεις διατηρούν και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνουν την κατανάλωση ή και την κατάχρηση αυτής της ουσίας.(Τσαρουχάς, 2000, σ.248).

3.2.3. Κοινωνικό περιβάλλον

Παρατηρείται συχνά το γεγονός, ότι πολλά άτομα, κυρίως νέοι, κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση. Η ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια

κοινωνική ομάδα και ο φόβος απόρριψης για την μη συμμετοχή στα κοινά, δημιουργούν πίεση για την εκδήλωση συμπεριφορών όπως η κατανάλωση αλκοόλ.(Ποταμιάνος,1991, σ.86).

3.2.4. Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Τα ΜΜΕ και ιδιαίτερα η διαφήμιση, που εκτός από την ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος στοχεύει στην αύξηση των πωλήσεων, φαίνεται να συμβάλλει ουσιαστικά στην αύξηση της κατανάλωσης της αλκοόλης με δύο 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. Δεν είναι τυχαίο, βέβαια, το ότι η συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά “συνδέουν” την κατανάλωση του αλκοόλ με κοινωνική ή και με σεξουαλική επιτυχία.(Ποταμιάνος,1991, σ.87).

3.2.5. Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία

Πολλές φορές, η βραδινή (π.χ. καλλιτέχνες) και η μονότονη εργασία –ανειδίκευτοι εργάτες- ωθούν σε μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλης, για ευνόητους λόγους. Επίσης, η μακρόχρονη απουσία από την οικογένεια (π.χ. ναυτικοί) έχει θεωρηθεί ως παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης. Τέλος, επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών –ιδιοκτήτης μπαρ, κάβας ή μπάρμαν- φαίνεται ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες προσωπικής κατανάλωσης.(Τσαρουχάς, 2000).

Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου, το γνωστό life style, θεωρείται παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης του αλκοόλ. Ιδιαίτερα ευάλωτα φαίνεται ότι είναι άτομα που ζουν και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης, όπως για παράδειγμα στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι, δικηγόροι κ.λπ. Όσον αφορά την ψυχαγωγία, η συνηθισμένη πλέον έκφραση “να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό” τα λέει όλα!..(Τσαρουχάς,2000, σ.62).

3.3. Πολιτισμικοί παράγοντες

Υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς -π.χ. μουσουλμάνοι- ή άλλους λόγους απαγορεύουν τη χρήση του αλκοόλ. Είναι ευνόητο ότι σε τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως παρουσιάζουν κοινότητες όπου ενώ η χρήση της αλκοόλης είναι κοινωνικά αποδεκτή, οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες. Σύμφωνα με το Snyder (1958), η εβραϊκή κοινότητα αποτελεί ένα παράδειγμα “ελεγχόμενης χρήσης” του αλκοόλ. Στην προκειμένη περίπτωση, τα παιδιά μαθαίνουν να κάνουν χρήση του αλκοόλ στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Με αυτόν τον τρόπο η χρήση είναι αποδεκτή, ενώ η μέθη ή η κατάχρηση του αλκοόλ είναι αξιόποινες συμπεριφορές. Η κατάχρηση, πάνω απ’ όλα, θεωρείται “μη σημιτική” συμπεριφορά (unjewish behaviour).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, χώρες όπως η Ιρλανδία και οι ΗΠΑ, όπου η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή, παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού, πιθανώς επειδή εκλείπει το στοιχείο της “ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς” του αλκοόλ. Σ’ αυτές τις χώρες έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και παιδιά που

προέρχονται από γονείς οι οποίοι δεν κάνουν χρήση αλκοόλ μπορεί να καταλήξουν στον αλκοολισμό (O' Connor 1978, Grant 1979). Τέλος, σε χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία, όπου η χρήση του αλκοόλ επιτρέπεται σε σχετικά μικρές ηλικίες, ενώ παρουσιάζεται σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού, φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη “αντικοινωνική” συμπεριφορά, σχετικά με την κατανάλωση της αλκοόλης.(Τσαρουχάς, 2000, σ.250).

3.4. Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες

Οι προσπάθειες για τον εντοπισμό βιολογικών παραγόντων, π.χ. η αναζήτηση σημαντικών διαφορών μεταξύ αλκοολικών και μη αλκοολικών, όσον αφορά ζητήματα ανατομίας, φυσιολογίας, παθολογίας κ.λπ., στη γένεση του αλκοολισμού απέβησαν άκαρπες και εγκαταλείφθηκαν πολύ γρήγορα. 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 εξάρτησή τους από το αλκοόλ. Η “αλλεργική θεωρία” του αλκοολισμού κατέρρευσε σύντομα, μετά τη δημοσίευση των εργαστηριακών πειραμάτων των Robinson και Voegtlin (1952) που ανέφεραν παντελή έλλειψη στοιχείων προς υποστήριξη της παραπάνω θεωρίας.(Ποταμιάνος, 1991, σ.58).

Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού μέσω γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά τη σχετική επιστημονική κοινότητα (Cadoret 1976, Goodwin 1976). Οι έρευνες που εστιάζονται στο θέμα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης του αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. Τα πορίσματα αυτών των ερευνών έχουν αφήσει αναπάντητο το ερώτημα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων. Όπως είναι γνωστό, η εκπόνηση τέτοιων ερευνών είναι εξαιρετικά δύσκολη, γιατί τόσο η ανεύρεση του δείγματος όσο και η μεθοδολογία τους παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα. Η έρευνα των Roe και Bruks (1945) αναφέρει έλλειψη στοιχείων προς υποστήριξη της κληρονομικότητας του αλκοολισμού. Σε αντίθεση, η έρευνα των Goodwin et al (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 αυτά του Goodwin έδειξε και η έρευνα των Cadoret και Gath (1977). Όπως σχολιάζουν οι παραπάνω ερευνητές, “... ο εντοπισμός του αλκοολισμού σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων...”.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.221).

Η σοβαρότητα με την οποία αντιμετωπίζονται οι γενετικοί παράγοντες που πιθανόν να συμβάλλουν στον αλκοολισμό, το επιστημονικό ενδιαφέρον γι' αυτό το θέμα και τα μέχρι τώρα αντικρουόμενα αποτελέσματα αντανακλώνται σε μια σειρά από σοβαρές επιστημονικές δημοσιεύσεις στα περιοδικά “Lancet” (1979) και “British Medical Journal” (1980) που θεωρούνται διεθνώς από τα πιο έμπειρα ιατρικά περιοδικά.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.221-222).

Τελειώνοντας με το θέμα της αιτιολογίας του αλκοολισμού, θα πρέπει να τονιστούν τα εξής: Πρώτον, ο καθένας από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν 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. Με άλλα λόγια “αλληλhoeξαρτώνται” και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να “παραγάγουν” τον αλκοολισμό.(Τσαρουχάς, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.Επιπτώσεις που σχετίζονται με την κατάγρηση αλκοόλ.

4.1. Οργανικές επιπτώσεις

Ανεπιθύμητες ενέργειες του αλκοόλ κατά σύστημα

Όταν η λήψη αλκοόλ είναι συνεχής και υπερβολική μπορεί να έχει σοβαρές επιδράσεις σε όλους τους ιστούς του σώματος, είτε έμμεσα είτε άμεσα. Αυτό συμβαίνει εν μέρει εξαιτίας του σχετικώς μεγάλου ποσού που πρέπει να προσληφθεί, προκειμένου να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα και εν μέρει εξαιτίας του γεγονότος ότι το αλκοόλ είναι εξαιρετικά υδατοδιαλυτό κι έτσι ταχέως κατανέμεται σε όλους τους ιστούς και τα όργανα. Επιπλέον, υψηλές συγκεντρώσεις είναι άμεσα τοξικές στους ιστούς.(Καραγιαννόπουλος, 2001, σ.176)

Μερικές έμμεσες δράσεις είναι αποτέλεσμα του μεταβολισμού της αιθυλικής αλκοόλης και περιλαμβάνουν αλληλεπιδράσεις με ένζυμα, οδηγώντας σε νεφρική και ηπατική δυσλειτουργία. Το αλκοόλ δεν έχει θρεπτική αξία, πέραν του ενεργειακού του περιεχομένου. Σε αντίθεση με τη διεγερτική δράση στην όρεξη, που έχει ένα ποτό πριν από το γεύμα, υπερβολική λήψη αλκοόλ καταστέλλει την όρεξη και παρεμποδίζει την ικανοποιητική απορρόφηση αμινοξέων, βιταμινών και άλλων θρεπτικών συστατικών, οδηγώντας στη δυσθρεψία. Αν και το αλκοόλ δεν έχει αποδειχθεί ακόμη ως καρκινογόνο, είναι ένα καλό διαλυτικό μέσο για γνωστά καρκινογόνα κι έτσι μπορεί να συμβάλει στην κυκλοφορία τους κι επομένως στις μεταστάσεις.(Καραγιαννόπουλος, 2001, σ.177)

Πιο αναλυτικά, οι ανεπιθύμητες ενέργειες στο αλκοόλ κατά σύστημα έχουν ως εξής:

4.1.1. Γαστρεντερικό σύστημα

Συστηματική λήψη αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει στοματίτιδα, δημιουργία σχισμών και ξηράς απολέπισης του προχειλιδίου και των γωνιών του στόματος, υπεραιμία της γλώσσας, διάβρωση των βλεννογόνων, εξελκώσεις του στόματος, οισοφαγίτιδα, διάχυτο οισοφαγικό σπασμό, ρήξη οισοφάγου, οξεία διαβρωτική γαστρίτιδα, χρόνια υπερτροφική γαστρίτιδα, πεπτικά έλκη, αιματέμεση και δυσαπορρόφηση, με συνέπεια τη λεγόμενη “αλκοολική διάρροια”. Επίσης, η αιθυλική αλκοόλη αυξάνει τη γαστρική έκκριση.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

Η δυσμενέστερη συνέπεια της χρόνιας λήψης αλκοόλ είναι η υψηλή συχνότητα καρκίνου της γλώσσας, του στομάχου και του ήπατος ιδιαίτερα, σε συνδυασμό με το κάπνισμα. Τέλος, αλκοολικοί με καρκίνο έχουν χειρότερη πρόγνωση και μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης κάποιου άλλου πρωτοπαθούς όγκου από μη αλκοολικούς, οι οποίοι πάσχουν από την ίδια μορφή καρκίνου.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

Όσον αφορά στο ήπαρ, σήμερα πιστεύεται πως το αλκοόλ, εκτός από την άμεση ηπατοτοξικότητα, δρα και έμμεσα, με την κακή θρέψη που προκαλεί. Συγκεκριμένα, διαταράσσεται η σύνθεση λιπών, με συνέπεια τη συσσώρευση λίπους και τη

δημιουργία λιπώδους ήπατος, αλκοολικής ηπατίτιδας και αλκοολικής κίρρωσης. Η λειτουργική ανεπάρκεια του ήπατος που προκαλείται έχει ως συνέπεια την ανάπτυξη δευτερογενώς άλλων βλαβών, όπως της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Στο πάγκρεας το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει οξεία ή και χρόνια υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα, καθώς αυξάνει την έκκριση των παγκρεατικών ενζύμων και τον τόνο του σφιγκτήρα του Oddi. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί και άμεση τοξική δράση του στο παγκρεατικό παρέκχυμα. Για να προκληθούν βλάβες στο πάγκρεας απαιτείται καθημερινή λήψη 150 γραμμαρίων αλκοόλ, για διάστημα 11-15 χρόνων. (Μυρωνίδου-Τζουβελάκη, 2002, σ.29)

4.1.2. Καρδιαγγειακό σύστημα

Το αλκοόλ προκαλεί αγγειοδιαστολή, με αποτέλεσμα την αύξηση της θερμοκρασίας του δέρματος. Όμως η διαστολή των περιφερικών αγγείων προκαλεί μεγάλη απώλεια θερμότητας, με αποτέλεσμα το άτομο, έπειτα από μια σύντομη αίσθηση “ζέστης” να κρύνει περισσότερο.

Στην καρδιά το αλκοόλ προκαλεί μυοκαρδιοπάθεια, διαταραχές του καρδιακού ρυθμού και καρδιακή ανεπάρκεια. Μερικά από αυτά τα συμπτώματα οφείλονται στην ανεπάρκεια θειαμίνης, ενώ άλλα οφείλονται στην απευθείας δράση του αλκοόλ και των μεταβολιτών του. Οι βλάβες στο μυοκάρδιο οφείλονται στην καταστροφή των μιτοχονδρίων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η σύνθεση ορισμένων ενζύμων αναστέλλεται από την ακεταλδεϋδη, οπότε διαταράσσεται η δράση τους στο μυοκάρδιο. (Μυρωνίδου-Τζουβελάκη, 2002, σ.29-30).

4.1.3. Αναπνευστικό σύστημα

Μέτριες ποσότητες αιθανόλης στον άνθρωπο μπορούν να διεγείρουν ή να αναστείλουν την αναπνευστική λειτουργία. Μεγάλα ποσά –συγκέντρωση στο αίμα 400 mg/dl ή περισσότερο- προκαλούν επικίνδυνη και θανατηφόρα καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας. Επίσης, καταστέλλεται η αναπνευστική ανταπόκριση στο CO₂. Άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η ευαισθησία στις λοιμώξεις. (Μυρωνίδου-Τζουβελάκη, 2002,σ.30)

4.1.4. Γεννητικό σύστημα

Το αλκοόλ σχετίζεται με υπογοναδισμό και ανικανότητα στους άνδρες και στειρώση στις γυναίκες. (Μυρωνίδου-Τζουβελάκη, 2002, σ.30)

4.1.5. Ουροποιητικό σύστημα

Η αιθανόλη έχει διουρητική δράση, στην οποία συμβάλλει τόσο ο όγκος υγρών που προσλαμβάνεται με τα αλκοολούχα όσο και η αναστολή της έκκρισης ADH, με αποτέλεσμα την ελάττωση της νεφρικής σωληναριακής επαναρρόφησης του ύδατος. Η διουρητική δράση είναι ανάλογη της συγκέντρωσης στο αίμα και συμβαίνει όταν η συγκέντρωση αυξάνεται και όχι όταν ελαττώνεται ή μένει σταθερή. Αντιθέτως, η αιθανόλη σε επαναλαμβανόμενες δόσεις έχει αντιδιουρητική. (Μυρωνίδου-Τζουβελάκη, 2002, σ.30)

4.1.6. Ερειστικό σύστημα

Ελαττώνεται η μυϊκή λειτουργία λόγω καταστολής του Κ.Ν.Σ. και παρατηρούνται ηλεκτρομυογραφικές διαταραχές και μυοπάθεια. Στα οστά προκαλείται οστεοπόρωση, η οποία οφείλεται πιθανώς σε άμεση τοξική δράση του οινοπνεύματος στους οστεοβλάστες, καθώς και στην ελάττωση της απορρόφησης του ασβεστίου από το έντερο, επειδή το οινόπνευμα επηρεάζει το μεταβολισμό της βιταμίνης D.(Μυρωνίδου-Τζουβελάκη, 2002, σ.31)

4.1.7. Ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές

Αναφέρεται ελάττωση της τεστοστερόνης, υπογλυκαιμία, υπεργλυκαιμία, πρωτεϊνικές ελλείψεις και ανεπάρκεια βιταμίνης Β.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.31)

4.1.8. Αίμα

Έχει παρατηρηθεί μεγαλοβλαστική, σιδηροβλαστική αναιμία και ελάττωση της μεταναστευτικής ικανότητας των λευκοκυττάρων σε φλεγμαίνουσες περιοχές, στην οποία αποδίδεται εν μέρει και η ελαττωμένη αντίσταση των αλκοολικών σε λοιμώξεις.(Μυρωνίδου-Τζουβελάκη, 2002, σ.31)

4.1.9. Εγκέφαλος

Το αλκοόλ επηρεάζει τις “κυψέλες” του εγκεφάλου. Αυτό μπορεί να μεταφραστεί σε ζαλάδες, θολή σκέψη, τρίκλισμα, μπέρδεμα στην ομιλία.(Τσαρουχάς, 2000, σ.112)

4.2. Νευρολογικές διαταραχές

Οι νευρολογικές διαταραχές είναι από τις κύριες επιπτώσεις της κατάχρησης της αλκοόλης και παρουσιάζουν ανάλογο ενδιαφέρον με τις ηπατικές δυσλειτουργίες. Η περιφερειακή νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff και η αλκοολική άνοια είναι μερικές από τις νευρολογικές διαταραχές που έχουν άμεση σχέση με τον αλκοολισμό. Ο ρόλος της ελλιπούς διατροφής έχει σημαντική θέση στις παραπάνω νευρολογικές διαταραχές αλλά και στη γενικότερη λειτουργία του εγκεφάλου (Thomson 1982). Ανεπάρκεια βιταμινών της σειράς Β και ιδιαίτερα έλλειψη βιταμίνης Β12 είναι το κυριότερο αίτιο των νευρολογικών διαταραχών. Σύμφωνα με το Marsden (1979), παρ’ όλο που οι περισσότεροι αλκοολικοί παρουσιάζονται με ένα κύριο νευρολογικό πρόβλημα, πολλοί από αυτούς εκδηλώνουν και πρόσθετα νευρολογικά συμπτώματα ή και άλλες διαταραχές- π.χ. επιληψία, εκφυλισμό του πρόσθιου λοβού της παρεγκεφαλίδας κ.λπ.- κατά τη διάρκεια της εξάρτησης από το αλκοόλ.(Μάνος, 1997, σ.90)

Η πιο κοινή από τις νευρολογικές διαταραχές είναι η περιφερειακή νευροπάθεια. Αυτή η ασθένεια εμφανίζεται τουλάχιστον στο 10% των “χρόνιων αλκοολικών”. Σύμφωνα με πρόσφατα 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.(Μάνος, 1997, σ.90)

Το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff είναι η πιο σοβαρή περίπτωση διαταραχής-ουσιαστικά εγκεφαλικής βλάβης. Το σύνδρομο οφείλεται στην ανεπάρκεια της θειαμίνης και τα κύρια συμπτώματα είναι διανοητική διαταραχή οργανικής μορφής, μυϊκή ασυνεργία και αμνησία. Πολλοί από τους ασθενείς με το παραπάνω σύνδρομο πεθαίνουν, εκτός και αν χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή στα αρχικά στάδια της νόσου.(Ποταμιάνος, 1991, σ. 107)

Τέλος, η αλκοολική άνοια είναι μια νόσος παρόμοιου χαρακτήρα με το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αλκοολική άνοια είναι μια πτυχή της ψύχωσης τύπου Korsakoff, αλλά μέχρι στιγμής αυτό παραμένει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας (Thomson 1982). Οι κυριότερες επιπτώσεις αυτής της νόσου έχουν σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες του ασθενούς και ιδιαίτερα με τη δυνατότητα μάθησης και οπτικής αντίληψης, όπως επίσης και με τη δυνατότητα αφαιρετικής σκέψης και της ψυχοκινητικής λειτουργία. Συνοψίζοντας, πρέπει να τονιστεί ότι οι νευρολογικές διαταραχές παρουσιάζονται συχνά στο “χρόνιο αλκοολικό” και προσβάλλουν περίπου το 10-20% αυτού του πληθυσμού. Επίσης οι νευρολογικές διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν με ψυχιατρικά σύνδρομα ή να εμφανίζονται αυτοτελώς.(Ποταμιάνος, 1991, σ.107)

4.2.1.Πελλάργα

Στις αρχές του 20ού αιώνα, η πελλάργα είχε λάβει στις ΗΠΑ διαστάσεις επιδημίας, ειδικά στις νότιες πολιτείες και στον αλκοολικό πληθυσμό των μεγάλων αστικών κέντρων. Μετά το 1940, οπότε άρχισε να εμπλουτίζεται το ψωμί με νιασίνη, η συχνότητα της πελλάργας ελαττώθηκε σημαντικά και σήμερα στις ανεπτυγμένες χώρες εμφανίζεται ουσιαστικά μόνο στους αλκοολικούς. Σε χώρες του τρίτου κόσμου και ιδίως σε χορτοφάγους πληθυσμούς είναι ακόμη ιδιαίτερα συχνή.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.79)

A. Κλινική εικόνα

Στην πλήρως ανεπτυγμένη μορφή της, η πελλάργα χαρακτηρίζεται από προσβολή του δέρματος, της αναπνευστικής οδού, του αιμοποιητικού και του νευρικού συστήματος. Συχνά τα πρώιμα συμπτώματά της μπορεί να εκληφθούν λανθασμένα ως εκδηλώσεις κάποιας νεύρωσης. Οι ασθενείς παραπονιούνται για αϋπνίες, αδυναμία, νευρικότητα, υπερευαισθησία, κατάθλιψη. Αντικειμενικά μπορεί να διαπιστωθεί ελαττωμένη ψυχοκινητικότητα, απάθεια, καθώς και ποικίλες διαταραχές της μνήμης. Συχνά η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί με ένα οξύ συγχυτικό ψυχωσικό επεισόδιο. Αν μείνει χωρίς θεραπεία, η νόσος προοδευτικά καταλήγει σε άνοια. Είναι ενδιαφέρον ότι η πελλάργα όχι μόνο μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση ψυχωσικής συνδρομής, αλλά και να αποτελεί εμπλοκή της ψύχωσης, λόγω της ανορεξίας και της άρνησης λήψης τροφής που συχνά τη συνοδεύουν. Λιγότερο συχνά μπορεί να εμφανιστούν κλινικά σημεία από το νωτιαίο μυελό (πρόσθιες και οπίσθιες δέσμες), καθώς και από τα περιφερικά νεύρα.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.79)

4.2.2. Διατροφικό νωτιαίο σπαστικό-αταξικό σύνδρομο

Παρατηρείται σε αλκοολικούς με κακή θρέψη. Κλινικά εκδηλώνεται με σπαστική πάρεση των κάτω άκρων, κατάργηση των κοιλιακών και αύξηση των τενόντιων αντανακλαστικών, κλώνο, θετικό σημείο Babinsky, έκπτωση της παλλαισθησίας και

της εν τω βάθει αισθητικότητας. Συχνά το σύνδρομο συνδυάζεται με άλλες διατροφικές διαταραχές του ΝΑ, όπως σWK, περιφερική και οπτική νευροπάθεια. Παραλλαγή του συνδρόμου είναι η τροπική σπαστική παραπάρεση, συχνή στις τροπικές χώρες. Μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια, και συνδυάζεται συχνά με αντισώματα έναντι του HTLV-1. Ορισμένες μορφές χρόνιας σπαστικής παραπάρεσης έχουν αποδοθεί σε χρόνια δηλητηρίαση από κυάνιο, ενώ ο λαθουρισμός, άλλη μορφή σπαστικής παραπληγίας, συχνή στην Ινδία και σε ορισμένες περιοχές της Αφρικής, οφείλεται στη β, Ν-οξυλαλαμινοαλανίνη (BOAA), τοξίνη του φυτού *Lathyrus sativus*.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.80)

4.2.3. Εγκεφαλοπάθεια από έλλειψη νικοτινικού

Υπό τον όρο αυτόν, το 1940 περιγράφηκε για πρώτη φορά σε αλκοολικούς ασθενείς ένα οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο, που εκδηλώνονταν με έκπτωση του επιπέδου συνείδησης και οδηγούσε σε κώμα, εξωπυραμιδική δυσκαμψία, τρόμο των άκρων, εμφάνιση αυτόματων πρωτόγονων αντανάκλαστικών (σύλληψης και απομύζησης). Οι περισσότεροι από τους ασθενείς είχαν εκδηλώσεις έλλειψης βιταμινών, όπως WK, πελλάγρα, σκορβούτο και πολυνευροπάθεια. Πολλοί ανταποκρίνονταν θεαματικά στη δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε βιταμίνες, μαζί με ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης και υψηλών δόσεων νικοτινικού. Η ακριβής φύση του συνδρόμου και η σχέση του με την πελλάγρα δεν έχουν ακόμη εξακριβωθεί. Τα κλινικά, διατροφικά και παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά του δεν έχουν καθοριστεί επακριβώς.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.80)

A. Νευροπαθολογία

Οι ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις στις περιπτώσεις αυτές είναι εντονότερες στα μεγάλα κύτταρα Betz του κινητικού φλοιού, παρ' όλο που οι ίδιες αλλοιώσεις παρατηρούνται σε μικρότερο βαθμό και στα μικρότερα πυραμιδικά κύτταρα του φλοιού, καθώς και σε κύτταρα των βασικών γαγγλίων, των κρανιακών πυρήνων, των οδοντωτών πυρήνων της παρεγκεφαλίδας και των προσθίων κεράτων του ΝΜ. Τα προσβεβλημένα κύτταρα είναι εξοιδημένα, αποστρογγυλωμένα, με έκκεντρο πυρήνα και απώλεια των σωματίων του Nissl. Λόγω της ομοιότητας των αλλοιώσεων με αυτές των σωμάτων των νευρώνων των προσθίων κεράτων που υφίστανται αξονοτομή, τα ευρήματα αυτά συχνά χαρακτηρίζονται ως "αξονική αντίδραση". Δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί η ακριβής φύση της βλάβης, δηλαδή αν πρόκειται για αντίδραση του σώματος σε πρωτοπαθή βιοχημική, μηχανική, ισχαιμική ή άλλου τύπου αξονική βλάβη. Η προσβολή του ΝΜ στην πελλάγρα παίρνει συνήθως τη μορφή μιας συμμετρικής εκφύλισης των οπισθίων δεσμών, κυρίως του δεματίου του Goll, και σε μικρότερο βαθμό του πυραμιδικού δεματίου.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.80-81)

4.2.4. "Αλκοολική" εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας

Ο όρος αυτός αναφέρεται σε μια ομοιογενή, κλινικά και παθολογοανατομικά, μορφή εκφύλισης της παρεγκεφαλίδας που παρατηρείται στους αλκοολικούς. Η συχνότητά της είναι σχεδόν διπλάσια από αυτήν της νόσου του Wernicke. Είναι αρκετά συχνότερη στους άντρες παρά στις γυναίκες.

Η προσβολή της παρεγκεφαλίδας εκδηλώνεται με ευρεία βάση στήριξης κατά τη στάση και τη βάδιση, αστάθεια του κορμού και αταξία κυρίως των άνω άκρων. Σπανιότερα εμφανίζεται δυσαρθρία και νυσταγμός. Εκτός από τον αταξικό τρόπο (προθέσεως) μπορεί να εμφανιστεί τρόμος θέσης των δακτύλων ή των χεριών.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

Στις περισσότερες περιπτώσεις το σύνδρομο εξελίσσεται για μια περίοδο αρκετών εβδομάδων ή μηνών, έπειτα από την οποία παραμένει σταθερό για πολλά χρόνια. Άλλοτε η εξέλιξη είναι σταδιακή, με οξείες επιδεινώσεις κατά τη διάρκεια σοβαρών λοιμώξεων ή επεισοδίων τρομώδους παραληρήματος.

Παθολογοανατομικά παρατηρείται εκφύλιση όλων των κυτταρικών στοιχείων του παρεγκεφαλιδικού φλοιού, ιδιαίτερα των κυττάρων Purkin-je, με βαρύτερη προσβολή του άνω και του κάτω σκώληκα, σε βαρύτερες δε περιπτώσεις και των πρόσθιων τμημάτων του πρόσθιου λοβού. Η ατροφία της παρεγκεφαλίδας είναι ορατή στην αξονική τομογραφία.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.81-82).

4.2.5. Εγκεφαλική ατροφία σε αλκοολικούς

Η εγκεφαλική ατροφία των αλκοολικών, όπως συμβαίνει και με την “αλκοολική” άνοια, δεν αποτελεί ενιαία κλινικο-παθολογική οντότητα. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, ο όρος “εγκεφαλική ατροφία” είναι στην περίπτωση αυτή κατά πρώτο λόγο απεικονιστικός, περιγράφει δηλαδή ευρήματα της πνευμοεγκεφαλογραφίας – παλιότερα- της αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας. Τα ευρήματα αυτά συνίστανται κυρίως σε λέπτυνση των ελίκων και διεύρυνση των αυλακών και του κοιλιακού συστήματος.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

Το κλινικό ισοδύναμο της απεικονιστικής αυτής εικόνας είναι αρκετά ασαφές. Ορισμένοι ασθενείς με εγκεφαλική ατροφία είχαν υποστεί διάφορες επιπλοκές του χρόνιου αλκοολισμού, όπως το σWK, ενώ σε άλλους είχε παρατηρηθεί κάποια πάθηση που θα μπορούσε από μόνη της να δικαιολογήσει τα ακτινολογικά ευρήματα (π.χ. κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ηπατική νόσος, υποτροπιάζουσες επιληπτικές κρίσεις κ.λπ.). Σε ορισμένους αλκοολικούς, η ανεύρεση της ατροφίας είναι μη αναμενόμενη, με βάση το γεγονός ότι δεν παρουσιάζουν νευρολογικές ή ψυχιατρικές διαταραχές. Ο Wilkinson, σε μια σημαντική μελέτη του, βρήκε ότι διάφοροι ακτινολογικοί δείκτες της εγκεφαλικής ατροφίας σε φυσιολογικούς αλκοολικούς σχετίζονται με την ηλικία και ότι, αν δεν υπήρχε ο παράγοντας αυτός, τα ακτινολογικά ευρήματα δεν διέφεραν ουσιαστικά από αυτά των μη αλκοολικών της ίδιας ηλικίας.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν παρατηρήσεις σε αλκοολικούς, σύμφωνα με τις οποίες συμβαίνει ταχεία επαναφορά των ακτινολογικών ευρημάτων στο φυσιολογικό, σε διάστημα μηνών μετά τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ. Κάτι παρόμοιο έχει παρατηρηθεί στο σύνδρομο Cushing, στη νευρογενή ανορεξία ή στο σύνδρομο Lennox-Gastaut. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει μετακίνηση υγρών (σε αυτό το χρονικό διάστημα), παρά το ότι τα παθολογικά ακτινολογικά ευρήματα της “ατροφίας” αντιπροσώπευαν απώλεια εγκεφαλικού ιστού.(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.85).

4.2.6. Ηπατική εγκεφαλοπάθεια (HE)

Η χρόνια λήψη μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ συχνά οδηγεί σε σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια, η οποία μπορεί να προκαλέσει, μεταξύ άλλων, την εμφάνιση ηπατικού κώματος ή οξείας HE. Πρέπει να τονιστεί ότι η εικόνα της HE μπορεί να επιπλέξει

οποιαδήποτε ηπατική νόσο που συνοδεύεται από δημιουργία πυλαιο-συστηματικών shunts, τα οποία δεν επιτρέπουν τη μετατροπή της αμμωνίας που απορροφάται από τον πεπτικό σωλήνα σε ουρία, μετατροπή που προϋποθέτει επιπλέον και λειτουργικό ηπατοκύτταρο.(Μάνος, 1997, σ.152)

Α. Κλινική εικόνα

Η κυρίαρχη εκδήλωση της ΗΕ είναι η οξεία ή υποξεία διαταραχή της συνείδησης, που ξεκινά ως νοητική σύγχυση με ελάττωση της ψυχοκινητικότητας και προοδευτικά εξελίσσεται σε stupor και κώμα. Η συγχυτική κατάσταση που προηγείται του κώματος συχνά συνδυάζεται με αστηριξία διαλείπουσα παρατεταμένη σύσπαση μυϊκών ομάδων, που χαρακτηρίζει πολλές μεταβολικές εγκεφαλοπάθειες. Το ΗΕΓ είναι αρκετά ακριβής μέθοδος παρακολούθησης της προόδου του συνδρόμου, αφού δείχνει παθολογικές μεταβολές ήδη από τα αρχικά στάδια.

Το σύνδρομο της ΗΕ εξελίσσεται μέσα σε διάστημα ημερών ή εβδομάδων και συχνά καταλήγει στο θάνατο. Στα 2/3 των ασθενών τα συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν παροδικά. Από εκεί και πέρα η βαρύτητά τους μεταβάλλεται σταδιακά για αρκετές εβδομάδες ή μήνες (εμμένων ηπατικό κώμα). Σε ορισμένους ασθενείς έχουν παρατηρηθεί διαταραχές του συναισθήματος, της νόησης και της προσωπικότητας, που διαρκούν για αρκετά χρόνια. Στους ασθενείς αυτούς έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη εκτεταμένων πυλαιο-συστηματικών shunts και η βαρύτητα της κλινικής τους εικόνας συσχετίζεται με τα επίπεδα αμμωνίας στο αίμα. Τέλος, έχει παρατηρηθεί μια μορφή μη αναστρέψιμης άνοιας ήπιου βαθμού, που συνδυάζεται με διάφορες διαταραχές στο βάδισμα και γενικά στην κίνηση (γκριμάτσες, τρόμος, δυσαρθρία, αταξία βαδίσεως, χορείαθétωση). Η κατάσταση αυτή αναφέρεται συχνά με τον όρο “χρόνια επίκτητη ηπατο-εγκεφαλική εκφύλιση. Η βαρύτητα της κλινικής εικόνας σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, εκτός της τελευταίας, συνδυάζεται πολύ καλά με τα ΗΕΓφικά ευρήματα και, κυρίως, με τα επίπεδα αμμωνίας στο αρτηριακό αίμα.(Μάνος, 1997, σ.153)

Β. Νευροπαθολογία

Αξιοσημείωτο εύρημα στους ασθενείς που πεθαίνουν από ΗΕ είναι μια διάχυτη αύξηση στον αριθμό και στο μέγεθος των πρωτοπλασματικών αστροκυττάρων στις εν τω βάθει στιβάδες του φλοιού, στα βασικά γάγγλια και στους γεφυρικούς πυρήνες. Τα ίδια τα νευρικά κύτταρα, καθώς και τα υπόλοιπα στοιχεία του παρεκχύματος δε φαίνεται να προσβάλλονται. Τα αστροκύτταρα αυτά ονομάζονται κύτταρα Alzheimer τύπου II, από το νευροπαθολόγο που τα περιέγραψε πρώτος σε έναν ασθενή με νόσο του Wilson. Μόνο σε χρόνιες παθήσεις ΗΕ έχει βρεθεί απώλεια νευρικών κυττάρων στο φλοιό, μαζί με κενотоπίωση του παρεκχύματος, που μοιάζει με αυτή της νόσου του Wilson.(Μάνος, 1997, σ.155)

Γ. Παθογένεια

Βασική ουσία στην ανάπτυξη του συνδρόμου της ΗΕ φαίνεται να είναι η αμμωνία. Πράγματι, η τοξική δράση της αμμωνίας στα στροκύτταρα σχετίζεται με αύξηση της δραστηριότητας της γλουταμικής δεϋδρογενάσης, υπερτροφία του κυτταροπλάσματος, πολλαπλασιασμό των μιτοχονδρίων και του ενδοπλασματικού δικτύου. Η απομάκρυνση της αμμωνίας από τον εγκέφαλο εξαρτάται από το σχηματισμό γλουταμίνης, από την ATP-εξαρτώμενη συνθετάση της γλουταμίνης, που εντοπίζεται στα αστροκύτταρα. Σε πειραματικά μοντέλα έχει δειχθεί ότι η υπεραμμωναιμία προκαλεί εξάντληση του ATP στους πυρήνες του μεσοεγκεφαλικού δικτυωτού σχηματισμού, κάτι που μπορεί εν μέρει να εξηγεί την εμφάνιση των διαταραχών της συνείδησης. Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα για τη δράση της

αμμωνίας και άλλων ουσιών στο ΚΝΣ, η ανάλυσή τους όμως δεν είναι στους σκοπούς του παρόντος κειμένου.(Μάνος, 1997, σ.155-156)

Δ. Θεραπεία

Παρά την ελλιπή κατανόηση της παθογένειας της ΗΕ, έχουν προταθεί ορισμένα μέτρα που συχνά αποδεικνύονται αποτελεσματικά στην αντιμετώπισή της. Μεταξύ αυτών αναφέρονται ο περιορισμός της διαιτητικής πρωτεΐνης, η καταπολέμηση της εντερικής γλωρίδας –που περιλαμβάνει στελέχη που περιέχουν ουρεάση- με αντιβιοτικά και η χορήγηση λακτουλόζης με υποκλυσμούς. Επίσης έχει προταθεί η χορήγηση βρωμοκρυπτίνης ή κετο-αναλόγων απαραίτητων αμινοξέων, μέτρα τα οποία θεωρητικά ενισχύουν την ντοπαμινεργική νευρομεταβίβαση και βελτιώνουν την εικόνα του κώματος.(Μάνος, 1997, σ.157)

4.3. Ψυχιατρικές διαταραχές / Γνωστικές δυσλειτουργίες

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

Οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί:

Α. Να προϋπήρχαν του αλκοολισμού και να έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία του.

Β. Να είναι αποτέλεσμα της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Γ. 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 πενήντα 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 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. Άλλα δύο δημοσιεύματα (Idestrom 1974 και Schwarz et al 1969) ανέφεραν παρόμοια αποτελέσματα. Η πρώτη έρευνα εξέτασε τα κατεπείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά και βρήκε ότι το 35% αυτών των περιστατικών ήταν αλκοολικοί. Η δεύτερη έρευνα έδειξε ότι από 117 συνεχείς ψυχιατρικές εισαγωγές οι 28 είχαν διάγνωση αλκοολισμού, 54 διαταραχή προσωπικότητας και 35 χρόνια εγκεφαλικό σύνδρομο.(Ποταμιάνος, 1991).

Υπάρχουν στοιχεία ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς που εισάγονται στο ψυχιατρείο, με κύρια διάγνωση τον αλκοολισμό. Σε σχετικά πρόσφατη έρευνα, ο Tyndal (1974) υποστήριξε ότι από 1.000 εισαγωγές με διάγνωση αλκοολισμού καμιά δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως “μη ψυχιατρικό περιστατικό”. Επίσης οι Halikas et al (1981) βρήκαν ότι 56% γυναικών με κύρια διάγνωση αλκοολισμού είχαν και δευτερεύουσα διάγνωση ψυχιατρικής νόσου. Όπως υποστήριξε και ο Solomon (1982), έρευνες όπως αυτές που αναφέρθηκαν δεν αφήνουν καμιά αμφιβολία ότι ο αλκοολισμός και η ψυχιατρική συμπτωματολογία (κυρίως ψύχωση τύπου Korsakoff,

κατάθλιψη, αλκοολική άνοια κ.λπ.) τείνουν να συνυπάρχουν σε μεγάλο αριθμό ασθενών.(Ποταμιάνος, 1991).

Τα τελευταία χρόνια η διεθνής βιβλιογραφία εμπλουτίστηκε με έναν αριθμό μελετών που εξετάζουν τόσο τη συχνότητα και την ποικιλία εγκεφαλικής βλάβης όσο και τις γνωστικές δυσλειτουργίες στα αλκοολικά άτομα. Μια πρόσφατη μελέτη του Horvath (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' ό,τι στους άντρες αλκοολικούς. Επίσης η ηλικία του ασθενούς και η διάρκεια κατάχρησης της αλκοόλης αναφέρονται ως καθοριστικοί παράγοντες δυσλειτουργίας. Οι Long et al (1974) συνέκριναν τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών δοκιμασιών ενός δείγματος αποτοξινωθέντων αλκοολικών και μιας ομάδας ελέγχου, διαπίστωσαν δε ότι η αλκοολική ομάδα είχε στατιστικά σημαντικά μικρότερη βαθμολογία από την ομάδα ελέγχου σε τρία από τα βασικά υποσύνολα (Block design, Digit symbol και Object assembly) της δοκιμασίας WAIS (δείκτης νοημοσύνης), όπως και στη συνολική εκτίμηση αυτής της δοκιμασίας. Μια περαιτέρω μελέτη από τους ίδιους ερευνητές έδειξε ότι η ίδια ομάδα των αλκοολικών παρουσίασε σημαντική βελτίωση στις ίδιες δοκιμασίες, έπειτα από ένα χρόνο αποχής από το αλκοόλ. Παρ' όλη τη βελτίωση όμως, τα αποτελέσματα της "αλκοολικής ομάδας" δεν ήταν του επιπέδου της ομάδας ελέγχου. Όπως φαίνεται και από τα παραπάνω δημοσιεύματα, οι προβληματικοί πότες παρουσιάζουν συχνά προβλήματα μνήμης. Η ανεπάρκεια αυτή της μνήμης εστιάζεται κυρίως στη δυνατότητα μάθησης νέου, μη λεκτικού υλικού και στην ανάκληση λεκτικού και μη λεκτικού υλικού. Σύμφωνα με τον Ackler (1982) η ηλικία και ο χρόνος εξάρτησης του ασθενούς είναι καθοριστικοί παράγοντες τόσο για το βαθμό μνημονικής ανεπάρκειας όσο και στη δυνατότητα υπέρβασης μνημονικών προβλημάτων. Θα πρέπει να τονιστεί, βέβαια, ότι μόνο οι προβληματικοί πότες με αποχή 6-12 μηνών δείχνουν βελτίωση των μνημονικών προβλημάτων. Η παραπάνω χρονική περίοδος είναι μόνο ενδεικτική και ως εκ τούτου ποικίλλει σημαντικά. Αυτό επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Miglioli et al (1979) που έδειξαν ότι αλκοολικοί με εμφανή ανεπάρκεια λεκτικής μνήμης (αυτό σημαίνει αδυναμία ανάκλησης ενός πεζού κειμένου που είτε διαβάζει ο εξεταζόμενος είτε του το διαβάζει ο εξεταστής) έδειξαν βελτίωση έπειτα από δίμηνη αποχή από το αλκοόλ. Επίσης οι Ryan et al (1980α) έδειξαν έλλειψη σημαντικών διαφορών σε θέματα μνημονικής ανεπάρκειας μεταξύ δύο ομάδων αλκοολικών με χρόνο αποχής 1,6 και 21,2 μηνών, αντίστοιχα.(Ποταμιάνος, 1991).

Από τις πιο αξιόλογες ομάδες ερευνητών που μελετούν τα προβλήματα μνήμης και γενικών γνωστικών δυσλειτουργιών σε "αλκοολικούς πληθυσμούς" είναι αυτή του Βρετανού ψυχολόγου Ackler και των συνεργατών του στο Ινστιτούτο Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου του Λονδίνου. Το παρακάτω απόσπασμα είναι ενδεικτικό του τρόπου προσέγγισης και αξιολόγησης των γνωστικών λειτουργιών των αλκοολικών:

"... Κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών αποχής, οι περισσότεροι αλκοολικοί παρουσιάζουν συμπτώματα στέρησης και πολλοί απ' αυτούς έχουν παραλήρημα και ψευδαισθήσεις. Σ' αυτήν τη φάση η ψυχολογική αξιολόγηση των ασθενών ούτε είναι δυνατή αλλά ούτε και απαραίτητη. ... Έπειτα από την πρώτη αυτήν κρίση, ο ασθενής συνήθως προσανατολίζεται σε σχέση με το χρόνο και το χώρο, η λεκτική του ικανότητα βελτιώνεται και κατά τη διάρκεια κλινικής συνέντευξης οι γνωστικές του λειτουργίες φαίνονται "επιφανειακά" βελτιωμένες. Η ψυχολογική αξιολόγηση μέσα στις δύο πρώτες εβδομάδες αποχής δείχνει ότι αξιόλογος αριθμός ασθενών έχει ουσιαστικά μνημονικά και νοητικά προβλήματα. η βελτίωση συνήθως αρχίζει έπειτα

από το τέλος της δεύτερης εβδομάδας αποχής και συνεχίζει όσο και η αποχή από το αλκοόλ. ... Η αντικειμενική ψυχολογική αξιολόγηση των γνωστικών λειτουργιών του ασθενούς είναι δυνατή μόνο μετά την παρέλευση μερικών εβδομάδων αποχής από το αλκοόλ. ... Η αναγνώριση ειδικών γνωστικών δυσλειτουργιών είναι δυνατή μόνο με τη χρήση επιλεγμένων νευροψυχολογικών δοκιμασιών...".(Ποταμιάνος, 1991).

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη τα πορίσματα των ερευνών που τονίζουν τις γνωστικές, νοητικές και τις γενικές δυσλειτουργίες της αντίληψης σε μεγάλο αριθμό αλκοολικών. Παρ' όλο που πολλές από τις παραπάνω δυσλειτουργίες είναι αντιστρέψιμες, οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του αλκοολισμού σ' αυτό το θέμα είναι αντικείμενο περαιτέρω ενδιαφέροντος και επιστημονικής έρευνας.(Ποταμιάνος, 1991, σ.109-113).

4.3.1. Ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από αλκοόλ με ψευδαισθήσεις.

Και της διαταραχής αυτής τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV περιγράφονται ως κριτήρια Ψυχωτικής Διαταραχής Προκαλούμενης από Ουσίες.

Η έναρξη της διαταραχής μπορεί να γίνει στο στάδιο της τοξίκωσης ή στο στάδιο του στερητικού συνδρόμου, οπότε και προσδιορίζεται ανάλογα Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Τοξίκωσης ή Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου.(Μάνος, 1997).

Η ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από αλκοόλ, με ψευδαισθήσεις, με έναρξη κατά τη διάρκεια στερητικού συνδρόμου λεγόταν στο DSM-III-R αλκοολική ψευδαισθήτωση και χαρακτηρίζεται από έντονες και επίμονες ψευδαισθήσεις, κυρίως ακουστικές με απειλητικό περιεχόμενο, που δημιουργούν έντονο άγχους και φόβο στον ασθενή (μπορεί, όμως, να είναι και οπτικές ή απτικές). Δεν υπάρχει θόλωση της συνείδησης (που ξεχωρίζει τη διαταραχή αυτή από το αλκοολικό στερητικό παραλήρημα) και η εισβολή είναι οξεία, 24-48 ώρες μετά την παύση (ή και την ελάττωση) της λήψης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ. Μολονότι οι ψευδαισθήσεις συνήθως υποχωρούν μέσα σε μια εβδομάδα, μπορεί μερικές φορές να διαρκέσουν εβδομάδες και μήνες, οπότε μόνο το ιστορικό της παύσης λήψης αλκοόλ ξεχωρίζει τη διαταραχή αυτή από τη Σχιζοφρένεια.(Μάνος,1997, σ.526)

4.3.2 Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Αλκοόλ.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της διαταραχής αυτής περιγράφονται ως κριτήρια διαταραχής της διάθεσης προκαλούμενης από ουσίες που μπορεί να έχει χαρακτηριστικά μανικά, καταθλιπτικά ή μεικτά και προσδιορισμό με έναρξη κατά τη διάρκεια τοξίκωσης / με έναρξη κατά τη διάρκεια στερητικού συνδρόμου.(Μάνος,1997, σ.526)

4.3.3 Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Αλκοόλ.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της διαταραχής αυτής περιγράφονται ως κριτήρια αγχώδους διαταραχής προκαλούμενης από ουσίες που μπορεί να έχει συμπτώματα γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, προσβολές πανικού, ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα ή φοβικά συμπτώματα και

προσδιορισμό με έναρξη κατά τη διάρκεια τοξίκωσης / με έναρξη κατά τη διάρκεια στερεητικού συνδρόμου.(Μάνος, 1997, σ.526)

4.3.4 Σεξουαλική Δυσλειτουργία Προκαλούμενη από Αλκοόλ.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της διαταραχής αυτής περιγράφονται ως κριτήρια σεξουαλικής δυσλειτουργίας προκαλούμενης από ουσίες, που μπορεί να έχει προσδιορισμό με έναρξη κατά τη διάρκεια τοξίκωσης.(Μάνος,1997, σ.526)

4.4 Κοινωνικές Επιπτώσεις

4.4.1. Διάφορα ατυχήματα

Το αλκοόλ έχει μία πάρα πολύ μεγάλη κρυμμένη θνησιμότητα, που έχει να κάνει με τροχαία, εργατικά ατυχήματα, πνιγμούς, φωτιές. Ο Γιάννης Παπαδόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, αναφέρει: “Μελέτες σε κράτη, όπως είναι η Φινλανδία και η Αμερική, έχουν δείξει ότι πολλοί πνιγμοί προέρχονται από αλκοολούχα ποτά, δηλαδή από υπερβολική χρήση. Επίσης ατυχήματα με μικρά αεροπλάνα, κάτω των τριάμισι τόνων, οφείλονται - σε πολλές περιπτώσεις- στο γεγονός ότι ο πιλότος έχει πει. Ατυχήματα με ελικόπτερα, επίσης στο ότι ο πιλότος έχει πει. Πτώσεις από πλοία ή από θαλαμηγούς, οφείλονται σε αλκοολούχα ποτά. Πάρα πολλές πυρκαγιές οφείλονται σε αλκοολούχα ποτά, με την έννοια ότι καπνίζει αυτός που έχει πει, του πέφτει το τσιγάρο και παίρνει φωτιά το σπίτι. Σημειωτέον, ότι η πρώτη αιτία των πυρκαγιών στην Ελλάδα είναι υπολείμματα τσιγάρου, δηλαδή αλκοολούχα ποτά στην πράξη”.(Τσαρουχάς, 2000, σ.126).

Στη Γαλλία ο δόκτωρ Craplet, Εκπρόσωπος της Εθνικής Οργάνωσης Πρόληψης του Αλκοολισμού, δεν παρέλειψε να επισημάνει: “Υπάρχει μία αρκετά παλιά, αλλά ενδιαφέρουσα μελέτη, η οποία δείχνει ότι πολλά ατυχήματα στο σπίτι ή στους χώρους διασκέδασης συχνά οφείλονται στο αλκοόλ. Το 15-20% των ατυχημάτων στο σπίτι, οφείλονται στο αλκοόλ”.

Ο δόκτωρ Patussi αναφέρθηκε στα εργατικά ατυχήματα στη χώρα του: “Στην Ιταλία καταγγέλλονται γύρω στα 800.000 περιστατικά το χρόνο. Τα συνδικάτα έχουν υπολογίσει ότι 300.000 περίπου εργατικά ατυχήματα το χρόνο, συνδέονται με το αλκοόλ. Οι υπολογισμοί αυτοί, δεν λαβαίνουν υπόψη την εξάρτηση και την κατάσταση της μέθης, αλλά μόνο τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών”.(Τσαρουχάς, 2000, σ.127)

Το αλκοόλ έχει υπολογιστεί ότι αποτελεί σε ποσοστό 20 με 30% την αιτία διαφόρων ειδών ατυχημάτων στην Ευρώπη:

- α) 13-37% μη θανατηφόρων πτώσεων
- β) 21-47% των πνιγμών
- γ) 9-86% των θανάτων από φωτιά
- δ) 25% των ατυχημάτων στη δουλειά.

Το 65%, περίπου, των αυτοκτονιών προκαλείται από υπερβολική χρήση αλκοόλ.

Στην Αγγλία, το 26% των πνιγμών και το 39% των θανάτων από φωτιά οφείλεται στο αλκοόλ. Ενώ στη Σουηδία, το 1994, στους 46 πνιγμούς που σημειώθηκαν οι 34 οφείλονταν σε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. (Τσαρουχάς, 2000, σ.127)

Στην Αμερική - στην Ελλάδα δεν έχει γίνει αναλυτική καταγραφή - διαπιστώθηκε ότι 11 στα 14 άτομα που πνίγηκαν και ελέγχθηκαν είχαν διπλάσια ποσότητα αλκοόλης στο αίμα από τα επιτρεπόμενα όρια για την οδήγηση αυτοκινήτου.

Παρόμοια ήταν τα στοιχεία αντίστοιχης έρευνας στη Φινλανδία, όπου 4 στα 7 άτομα που πνίγηκαν είχαν αυξημένα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα. Οι αρχές, μάλιστα, υπολογίζουν, ότι το 50% των πνιγμών στη χώρα αυτή οφείλεται κυρίως στη χρήση αλκοολούχων ποτών. (Κοικέβη Α-Στεφανής Κ, 1989, σ.324)

Στη χώρα μας η κατανάλωση αλκοόλ ευθύνεται σε μεγάλο μέρος και για θαλάσσια ατυχήματα που προκαλούν κυβερνήτες ταχύπλοων ή σκαφών αναψυχής, που πλέουν με μεγάλη ταχύτητα σε περιοχές όπου βρίσκονται λουόμενοι. Μόνο το 1998, σύμφωνα με στοιχεία του υπουργείου Εμπορικής Ναυτιλίας, 5 άνθρωποι που κολυμπούσαν κοντά στις ακτές τραυματίστηκαν θανάσιμα από τέτοια σκάφη. Ενώ το 1999 (έως τις 11-06-99) δύο άτομα είχαν χάσει τη ζωή τους και 9 είχαν τραυματιστεί σε 5 θαλάσσια δυστυχήματα. Από το 1999 το υπουργείο Ναυτιλίας έχει ξεκινήσει “σαφάρι” για τους μεθυσμένους καπετάνιους. Προμήθευσε τους λιμενικούς με 30 μηχανάκια ανίχνευσης αλκοόλ και τοξικών ουσιών, ώστε να “τσακώσει” τα “γερά ποτήρια”. (Τσαρουχάς, 2000, σ.127)

Στόχος είναι η μείωση των ατυχημάτων. Όσοι αγνοήσουν το μέτρο και συνεχίσουν να κυβερνούν τα σκάφη τους μεθυσμένοι, τους περιμένει τσουχτερό χρηματικό πρόστιμο, που θα ξεπερνά τα 6 εκατομμύρια δραχμές, ενώ σε περίπτωση ανυπακοής τους, στην πρώτη “καμπάνα” θα τους αφαιρείται η άδεια για ένα χρόνο. Τσουχτερά είναι τα πρόστιμα και για τους οδηγούς των τζετ σκι. (Τσαρουχάς, 2000, σ.128).

ΘΑΛΑΣΣΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

| ΕΤΟΣ | ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ | ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ | ΘΑΝΑΤΟΙ |
|----------------|-----------|--------------|---------|
| 1990 | 23 | 10 | 10 |
| 1991 | 20 | 17 | 4 |
| 1992 | 25 | 12 | 9 |
| 1993 | 27 | 20 | 6 |
| 1994 | 5 | 5 | - |
| 1995 | 27 | 26 | 5 |
| 1996 | 14 | 13 | - |
| 1997 | - | 4 | 1 |
| 1/1/98-24/8/98 | 12 | 12 | 5 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 128 | 107 | 31 |

4.4.2 Η βία

Ο Antonio Zapata Ocel, Αρχηγός της Δημοτικής Αστυνομίας στη Μαδρίτη, ήταν κατηγορηματικός. Το αλκοόλ συχνά έχει ως αποτέλεσμα τη βίαιη συμπεριφορά, την εκτός ελέγχου συμπεριφορά:

“Έν ώρα υπηρεσίας, ορισμένες φορές, χρειάστηκε να επέμβω εξαιτίας έντονων καβγάδων μέσα στη νύχτα και ειδικά τα Σαββατοκύριακα, κατά τις πρώτες πρωινές ώρες, όταν πολλοί νέοι κυκλοφορούν μεθυσμένοι γιατί όλο το βράδυ γύριζαν από μπαρ σε μπαρ. Έτσι, όταν φτάνει το πρωί δεν έχουν πια επίγνωση για τις πράξεις τους και παρασύρονται εύκολα σε μια παράνομη πράξη, όπως χειροδικία. Ο λόγος μπορεί να είναι απλά και μόνο μία λέξη που δεν ευώθηκε σωστά ή ένα προσωπικό πρόβλημα ή ένας μικρός διαπληκτισμός. Και για αυτούς τους λόγους είναι ικανοί, υπό την επήρεια αλκοόλ να χτυπήσουν ένα συνάνθρωπο. Πρόσφατα, είχαμε μία περίπτωση όπου ένας νέος που περνούσε το δρόμο επέπληξε έναν οδηγό που έτρεχε πολύ. Τότε ο οδηγός κατέβηκε, του έδωσε μια γροθιά και τον σκότωσε. Δεν εξηγείται αυτή τη τόσο βίαιη αντίδραση, αν δεν γνωρίζαμε ότι έφταιγε το αλκοόλ που είχε επιφέρει σύγχυση στην αντίληψή του και έλλειψη αυτοκυριαρχίας”.(Τσαρουχάς, 2000, σ.129).

Η βία στα γήπεδα, ειδικά σε χώρες όπως η Αγγλία και η Γερμανία, υποκινείται πολλές φορές από την κατανάλωση αλκοόλ. Παρόλο που δεν υπάρχουν μελέτες γι’ αυτό το θέμα που να πιστοποιούν την άμεση συνέργια στα επεισόδια με χούλιγκαν που έχουν πριν καταναλώσει αλκοόλ, ο Bernd Ahsmann, Ψυχίατρος, στο Μόναχο, αναφέρει: “Πιστεύω ότι αν δει κανείς την ομάδα των χούλιγκαν, βρίσκει πάντα σχέση με το αλκοόλ. Και κατά τη γνώμη μου αυτό το πρόβλημα υποτιμάται πολύ. Αντίθετα, πρέπει πάντα να δείχνουμε την άμεση σχέση με το αλκοόλ. Οι χούλιγκαν πίνουν από πριν αρκετά και μετά πηγαίνοντας στο γήπεδο, χτυπούν τυφλά” Czapler σχολιάζει: “Παρότι δεν υπάρχουν μελέτες, πέρσι με το Παγκόσμιο Κύπελλο πήραμε κάποια παραδείγματα της αύξησης της βίας μέσω του αλκοόλ. Είδαμε ομάδες χούλιγκαν, όχι οπαδών, χούλιγκαν που είχαν έρθει για να διαταράξουν την τάξη. Είδαμε πώς το αλκοόλ παρόξυνε τη βίαιη συμπεριφορά τους. Αναγκαστήκαμε να απαγορεύσουμε την πώληση αλκοόλ στα γήπεδα. Ήταν δύσκολος ο έλεγχος, γιατί οι περισσότεροι έρχονταν με το δικός τους ποτό ή έφταναν ήδη πωμένοι. Τότε, οι αστυνομικές δυνάμεις κατάλαβαν ότι για να περιοριστεί η βία είναι απαραίτητο να περιοριστεί η πώληση αλκοόλ”.(Τσαρουχάς, 2000, σ.129)

Στο Λονδίνο, ο αξιωματικός Agombar της Metropolitan Police Service μίλησε για την ολοένα αυξανόμενη βία στη χώρα του, που εν πολλοίς οφείλεται στην κατανάλωση αλκοόλ: “Η βία στα γήπεδα ποδοσφαίρου ή σε μαζικές συγκεντρώσεις είναι φαινόμενο που παρατηρείται όλο πιο συχνά τα τελευταία χρόνια. Έχουν γίνει βήματα με τις αλλαγές της νομοθεσίας για να αντιμετωπιστεί. Τα περιοριστικά μέτρα αφορούν στις ώρες που διατίθεται το αλκοόλ προς πώληση, στο να μην επιτρέπεται μέσα στα γήπεδα. Τελικά, το θέμα της κατανάλωσης του αλκοόλ εξαρτάται από τις ρυθμίσεις σε κάθε χώρα”.(Τσαρουχάς, 2000, σ.129-130).

4.4.3 Εγκληματικότητα

Πέρα από τη βία στα γήπεδα, στη Φινλανδία έχουν εξετάσει και τη διάπραξη εγκληματικών πράξεων από ανθρώπους που βρίσκονται υπό την επήρεια αλκοόλ. Οι εγκληματολογικές στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι τουλάχιστον στο 80% των βίαιων

εγκλημάτων εμπλέκεται, κατά κάποιον τρόπο, το αλκοόλ. Επομένως, η μέθη αποτελεί σημαντικό παράγοντα από αυτή την πλευρά.(Potamianos, 1987).

Ο Πρόεδρος του “Vie Libre” στη Γαλλία Daniel Dabit, σημειώνει: “Η βία, τα εγκλήματα, οι βιασμοί δεν γίνονται πάντα από αλκοολικούς, αλλά συχνά γίνονται από κάποιους που είχαν προηγουμένως καταναλώσει αλκοόλ και βρέθηκαν εκτός ελέγχου. Αρκεί να κάνουμε ένα γύρο στις φυλακές, όπου συνεργαζόμαστε με τις αρχές για την επανένταξη των κρατουμένων, μιλώντας τους για το αλκοόλ. Στις φυλακές, υπάρχει ένα απίστευτο ποσοστό κρατουμένων που βρέθηκε στη φυλακή εξαιτίας του αλκοόλ. Δεν ήταν αλκοολικοί. Απλώς, κάποια στιγμή ήπιαν υπερβολικά και διέπραξαν αδίκημα, εξαιτίας αυτής της ουσίας”.(Potamianos, 1987, σ.272).

Στην Εσθονία το Ταρμπο Kariis, Γενικός Γραμματέας της Εθνικής Επιτροπής Ναρκωτικών Ουσιών, ανέφερε, ότι “σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε πως το 1/3 των καταχωρημένων εγκλημάτων οφείλονται στο αλκοόλ”.(Potamianos, 1987, σ.274).

Η Βάσω Αρτινοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Εγκληματολογίας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, εξηγεί την αιτιώδη σχέση εγκλήματος - αλκοόλ:

“Παραδοσιακά από τη δεκαετία του '60 και έπειτα, οι εγκληματολόγοι έχουν προσπαθήσει να προβούν σε κάποιο αιτιώδη συσχετισμό μεταξύ της χρήσης οινοπνεύματος και του εγκλήματος. Όχι για όλες τις μορφές εγκληματικής δραστηριότητας, κυρίως για τα εγκλήματα βίας. Οι πιο πρόσφατες απόψεις από τη δεκαετία του '90, είναι ότι αιτιώδης σχέση δεν υπάρχει, δηλαδή δεν μπορούν να ισχυριστούν ότι ο αλκοολικός διαπράττει το έγκλημα, μόνο και μόνο επειδή είναι αλκοολικός. Η σχέση η οποία ερευνητικά διαφαίνεται, είναι ότι το αλκοόλ βοηθάει στη μείωση των αντιστάσεων και των αναστολών και ενδεχομένως να συμβάλει σε ένα πιο εύκολο πέρασμα στην πράξη. Και γι' αυτό σοβαρά εγκλήματα, όπως είναι οι αιμομιξίες, ο βιασμός, εκεί πράγματι έχει παρατηρηθεί ότι το πέρασμα στην πράξη συνοδεύεται με προηγούμενη μεγάλη χρήση αλκοόλ. Ακριβώς γιατί μειώνει τις αντιστάσεις”.

Η Βάσω Αρτινοπούλου δεν παρέλειψε, βέβαια, να τονίσει, ότι οποιοσδήποτε συσχετισμός μεταξύ χρήσης οινοπνεύματος και εγκλήματος είναι επικίνδυνος σε οποιαδήποτε άλλη βάση.(www.ypes.gr).

4.4.4 Τροχαία Ατυχήματα: Το Μέγιστο Πρόβλημα

Άνθρωπος και αλκοόλ αποτελούν σχεδόν πάντα ένα εκρηκτικό μίγμα που μπορεί να τινάξει στον αέρα ολόκληρο το ζήτημα της οδικής ασφάλειας. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν μια από τις πιο σημαντικές έμμεσες συνέπειες της κατάχρησης του αλκοόλ. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι αν το αλκοόλ είχε βωμό, αυτός θα ήταν η άσφαλτος.(Τσαρουχάς, 2000).

Επιστήμονες υποστηρίζουν ότι ένας “πιωμένος” οδηγός δημιουργεί πάνω από 6 φορές περισσότερους νεκρούς και σοβαρά τραυματισμένους απ' ό,τι ένας οδηγός που δεν έχει πει.

Συγκεκριμένα το αλκοόλ μειώνει σημαντικά την ικανότητα οδήγησης, όπως επισημαίνει ο Γιάννης Παπαδόπουλος, αφού:

- Δημιουργεί κενά προσοχής
- Μειώνει το συντονισμό και την επιδεξιότητα κινήσεων
- Μειώνει την ικανότητα όρασης (ιδιαίτερα το σούρουπο)
- Κάνει τα μάτια πολύ ευαίσθητα σε φώτα αντιθέτω ερχόμενων αυτοκινήτων

- Μειώνει το πεδίο όρασης (δυσκολία αντίληψης πεζών από τα πλάγια)
- Δημιουργεί κόπωση, υπνηλία και αυξάνει το χρόνο αντίδρασης
- Δημιουργεί συναίσθημα ευφορίας (υπερεκτίμηση δυνατοτήτων, υποτίμηση κινδύνων)

- **Επιδρά στην ψυχική σφαίρα**
 - Δημιουργεί επικίνδυνες καταστάσεις σε προϋπάρχουσες παθήσεις (π.χ. διαβητικούς, υπερτασικούς κ.λπ.).(Τσαρουχάς, 2000).

Αυτές οι δράσεις της αλκοόλης, κατά τον Γιάννη Παπαδόπουλο, είναι δυνατόν να εμφανιστούν και μετά τη λήψη μικρών ποσοτήτων αλκοόλ. Ακόμα και με ένα μπουκάλι μπίρας υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εμφανισθεί μείωση ικανότητας οδήγησης, που γίνεται μοιραία αν απαιτηθεί άμεση αντίδραση εκ μέρους του οδηγού, π.χ. από το ξαφνικό πέταγμα ενός παιδιού μπροστά στο αυτοκίνητο.(Τσαρουχάς, 2000).

Τραγικά θύματα του αλκοόλ αποτελούν οι συγγενείς των νεκρών ή τραυματιών από τροχαία, καθώς αυτοί συνεχίζουν να ζουν με τις συνέπειες της καταστροφής.(Τσαρουχάς, 2000, σ.131-132).

4.4.5 Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια

Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια είναι αντικείμενο επίπονης μελέτης ιδιαίτερα σε χώρες με υψηλούς δείκτες αλκοολισμού. Πριν εξετάσουμε ένα δείγμα από σημαντικές μελέτες σ' αυτόν τον τομέα, ας δούμε πως δύο γνωστοί βρετανοί ψυχίατροι, οι Kessel και Walton, με μακρόχρονη κλινική πείρα στον τομέα του αλκοολισμού μεταφέρουν τις κλινικές τους παρατηρήσεις από τις αναρίθμητες συνεντεύξεις που τους παρεχώρησαν οι γυναίκες αλκοολικών ατόμων.(Ποταμιάνος, 1991).

“... Η σύζυγος ενός αλκοολικού πολύ συχνά, και αυτό ίσως δεν είναι τυχαίο, είναι κόρη αλκοολικού πατέρα. Είναι λοιπόν πιθανό ότι μέσα απ' αυτό το γάμο προσπαθεί να αναβιώσει τη σχέση που είχε με τον πατέρα της, παρ' όλες τις συστάσεις φίλων και γνωστών αλλά και αυτής της οικογένειάς της ότι ο γάμος της θα είναι προβληματικός...(Ποταμιάνος, 1991).

... Πολύ συχνά οι αλκοολικοί άνδρες παντρεύονται γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό ίσως είναι ενδεικτικό της σχέσης που είχε ο αλκοολικός με τη μητέρα του, δηλαδή σχέση τα κύρια χαρακτηριστικά της οποίας ήταν η εξάρτηση από τη μητέρα και η αποδοχή της εξουσίας της...(Ποταμιάνος, 1991).

... Πολλές γυναίκες παντρεύονται προβληματικούς πότες με κίνητρο να τους βοηθήσουν, ενώ άλλες απλά είχαν άγνοια του προβλήματος του μέλλοντος συζύγου...(Ποταμιάνος, 1991).

... Πολλές φορές μας έκανε εντύπωση η απεριόριστη υπομονή, αλλά και οι δυνατότητες των συζύγων των αλκοολικών. Η σύζυγος γενικά έχει την ευθύνη όλων των υποθέσεων της οικογένειας και επιφανειακά τουλάχιστον φαίνεται να μην έχει την ανάγκη ενός ικανού συντρόφου. Ο ρόλος της απέναντι στα παιδιά της επεκτείνεται με την ανάληψη και του πατρικού ρόλου. Η ανάληψη των γενικών ευθυνών της οικογένειας συχνά μειώνει το σύντροφό της και του τονίζει την αίσθησή της ανικανότητάς του...(Ποταμιάνος, 1991).

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

... Της λείπει η συντροφικότητα, η αγάπη και η στοργή. Της λείπει η ευκαιρία για ανταλλαγή απόψεων στα θέματα των παιδιών και κοινού σχεδιασμού για το μέλλον. Ακόμα κι αν εκείνος την ακούει δεν είναι ποτέ σίγουρη ότι καταλαβαίνει τα προβλήματά της. Όσο περνάει ο καιρός αισθάνεται μοναξιά και απογοήτευση. (Ποταμιάνος, 1991).

... Η γυναίκα του αλκοολικού είναι “μπερδεμένη”. Πολλές φορές αναρωτιέται αν είναι η ίδια υπεύθυνη για την κατάσταση του άντρα της. Δεν ξέρει αν είναι ψυχρή, δύστροπη ή απλά άρρωστη. Δεν μπορεί να αποφασίσει αν πρέπει να του θυμώσει ή αν πρέπει να τον προστατέψει. Δεν ξέρει από πού και από ποιον να ζητήσει βοήθεια. Περιμένει ότι μια μέρα ο ίδιος θα μπορέσει να ξεπεράσει το πρόβλημά του... (Ποταμιάνος, 1991).

... Ψάχνει να βρει τρόπους να τον δικαιολογήσει στον εργοδότη του, στους φίλους του, στους γονείς της. Δεν μπορεί να αποφασίσει αν θέλει να τον εγκαταλείψει ή να μείνει μαζί του...”. (Ποταμιάνος, 1991).

Οι παραπάνω παρατηρήσεις των βρετανών ψυχιάτρων είναι ενδεικτικές του ευρέως φάσματος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι σύζυγοι αλκοολικών ατόμων. Πολύς συχνά η κλινική παρατήρηση μας δίνει μια περισσότερο “προσωπική” εικόνα ενός φαινομένου παρ’ όλες τις μεθοδολογικές ελλείψεις για την επιστημονική του τεκμηρίωση. (Ποταμιάνος, 1991).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, έχει εκπονηθεί ένας αξιόλογος αριθμός μελετών σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια. Ένα ευρύ φάσμα επιστημόνων όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, ανθρωπολόγοι και ειδικοί στη θεραπεία οικογένειας έχουν εμπλουτίσει τη διεθνή βιβλιογραφία με τα ευρήματά τους. Όπως κάθε οικογένεια, έτσι και η οικογένεια του αλκοολικού χαρακτηρίζεται από μια “σύνθετη δυναμική” η κατανόηση της οποίας είναι τουλάχιστον δύσκολη. Όπως παρατηρεί ο Ghodse (1982), το πρόβλημα με τις περισσότερες σχετικές εμπειρικές έρευνες είναι ότι απευθύνονται στη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων των μελών της οικογένειας του αλκοολικού μεμονωμένα και όχι στην οικογένεια ως σύνολο. Ο Oford (1977) σχολιάζοντας και αυτός την σχετική βιβλιογραφία αναφέρει ότι η πλειοψηφία των ερευνών απευθύνεται στις επιπτώσεις που υφίστανται οι γυναίκες αλκοολικών ανδρών, σε αντίθεση με τα ελάχιστα δημοσιεύματα που αναφέρονται στο σύζυγο της αλκοολικής γυναίκας. Στις αρχές της δεκαετίας του '60 οι Kogen et al (1963) ανέφεραν ότι οι γυναίκες αλκοολικών έχουν υψηλό δείκτη ψυχολογικών διαταραχών όπως αυτές αξιολογήθηκαν με το MMPI (ψυχοδιαγνωστική δοκιμασία προσωπικότητας). Πρόσφατα ο Oford (1976a) εξέτασε 100 γυναίκες αλκοολικών με το EPI (δοκιμασία προσωπικότητας του Eysenck) και ανέφερε υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα του “νευρωτισμού”. Τα τελευταία χρόνια ένα ποσοστό ερευνών απευθύνθηκε στο ερώτημα της συζυγικής αλληλεπίδρασης και στη “μορφολογία” των σχέσεων των ζευγαριών με “αλκοολικούς” γάμους. Σύμφωνα με τους Becker et al (1976), οι “αλκοολικοί” γάμοι έχουν πολλά κοινά στοιχεία με τους “νευρωτικούς” γάμους. Το σημείο διαφοροποίησης έγκειται στο ότι ο “αλκοολικός” γάμος χαρακτηρίζεται από παθολογικά στοιχεία σχετικά με τη επιβολή ελέγχου και εξουσίας που ασκεί ο ένας σύζυγος στον άλλο. Η παραπάνω έρευνα, όπως και πολλές άλλες, τονίζουν την επικρατούσα άποψη ότι η “συζυγική δυσλειτουργία” είναι το

φυσικό αποτέλεσμα του αλκοολισμού. Ο Mc Grady (1982) σε μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας τονίζει τα παρακάτω:

“... Είναι γεγονός ότι οι αλκοολικοί γάμοι χαρακτηρίζονται από πολλά προβλήματα που βέβαια είναι το αποτέλεσμα της κατάχρησης της αλκοόλης. Ο αλκοολισμός, συχνά προκαλεί δυσλειτουργίες στη σχέση του ζεύγους, όπως αλλαγές στην οριοθέτηση των ρόλων στην οικογένεια, ανεπαρκείς επικοινωνιακές δεξιότητες και ένα γενικότερο πλαίσιο αλληλεπίδρασης που διαιωνίζει το πρόβλημα...”(Ποταμιάνος, 1991).

Συνοψίζοντας τη συζήτηση για τον “αλκοολικό γάμο”, δεν θα πρέπει να περιοριστούμε μόνο στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει αλλά και στα κοινά στοιχεία που διακρίνουν όλες τις μορφές της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης. Όπως σχολιάζει και ο Orford (1975), οι μελλοντικές έρευνες δεν θα πρέπει να διαφοροποιούν τα “αλκοολικά ζευγάρια” από άλλα ζευγάρια που έχουν προβλήματα με το γάμο τους. Αντίθετα οι διαστάσεις της αξιολόγησης των σχέσεων τόσο των “αλκοολικών” όσο και των “προβληματικών” ζευγαριών θα πρέπει να είναι κοινές.

Οι επιπτώσεις που έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στα παιδιά των αλκοολικών ατόμων είναι αντικείμενο αξιολόγου αριθμού μελετών. Ένα μεγάλο μέρος των δημοσιευμάτων ασχολείται με τις βραχυπρόθεσμες αλλά και με τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του στρες που αισθάνονται αυτά τα παιδιά λόγω της γονικής αλκοολικής συμπεριφοράς. Η έρευνα των Aronson et al (1963) έδειξε ότι έφηβοι από αλκοολικό πατέρα είχαν αρνητική αντιμετώπιση από τους δασκάλους τους σε σύγκριση με παιδιά από μη αλκοολικούς γονείς. Όσον αφορά στη συμπεριφορά των ίδιων των παιδιών, ο Haberman (1966) έδειξε ότι στη σχολική ηλικία παιδιά αλκοολικών είχαν προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και μάθησης σε σύγκριση με παιδιά ομάδας ελέγχου. Σ’ ένα πρόσφατο δημοσίευμα, οι Keane et al (1974) αναφέρουν ότι μερικές από τις πιο συχνές συμπεριφορές που εκδηλώνουν τα παιδιά αλκοολικών είναι υπερκινητικότητα, επιθετικότητα και αυτοκαταστροφικές τάσεις.(Ποταμιάνος, 1991). Στον τομέα της κοινωνικότητας, οι Wilson et al (1978) παρατήρησαν ότι τα παιδιά των αλκοολικών έχουν δυσκολίες στην εξεύρεση φίλων και στη διατήρηση της φιλίας. Ίσως η πιο οδυνηρή επίπτωση του αλκοολισμού στα παιδιά αλκοολικών γονέων είναι η πιθανότητα να γίνουν αλκοολικοί όταν ενηλικιωθούν. Σχολιάζοντας αυτό το θέμα, ο Orford (1977) παρατηρεί:

“... Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα παιδιά αλκοολικών γονέων επιδεικνύουν συμπεριφορές, κατά την εφηβεία, που προμηνύουν την ανάπτυξη του αλκοολισμού. Για εκείνο που δεν είμαστε ακόμα σίγουροι είναι, αν αυτές οι συμπεριφορές είναι γενετικά καθορισμένες ή είναι αποτέλεσμα των πιέσεων (στρες) που δέχονται από το περιβάλλον τους...”.(Ποταμιάνος, 1991).

Παρ’ όλα τα μεθοδολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν αρκετές από τις σχετικές μελέτες, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η οικογένεια του αλκοολικού υποφέρει. Οι πιέσεις που δέχονται οι σύζυγοι και τα παιδιά, η βία και οι οικονομικές δυσκολίες είναι τα πιο κοινά προβλήματα.(Ποταμιάνος, 1991).

Είναι γνωστό ότι εκτός από την “ατομική/ προσωπική ταυτότητα” που έχουμε ως άτομα, έχουμε επίσης και μια “οικογενειακή ταυτότητα” μέσα από την οποία επικοινωνούμε με τα άλλα μέλη της κοινότητας. Μια από τις προσεγγίσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της δυναμικής της οικογένειας (δηλαδή το σύνολο των αλληλεπιδράσεων των μελών της οικογένειας) είναι γνωστή ως “συστημική προσέγγιση”. Οι Kauffman και Pattison (1982) αναφέρουν ότι οι πρώτες πειραματικές παρατηρήσεις των “οικογενειακών συστημάτων” δείχνουν ότι η χρήση της αλκοόλης στην οικογένεια δεν είναι ένα “ατομικό ζήτημα”. Η χρήση και η

κατάχρηση της αλκοόλης είναι “δυναμικά” και άμεσα συνδεδεμένη με γεγονότα στο “οικογενειακό σύστημα”. Όπως οι παραπάνω συγγραφείς εκθέτουν την άποψή τους: “... Το πρόβλημα του αλκοολισμού δεν είναι μόνο οι επιπτώσεις της κατάχρησης per se, αλλά και οι συστηματικές λειτουργίες που σχετίζονται με την κατάχρηση. Έτσι, ο αλκοολισμός μπορεί να θεωρηθεί ως πρόβλημα του οικογενειακού συστήματος...”.(Ποταμιάνος, 1991, σ.113-119).

4.4.6 Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικονομία

Ο αλκοολισμός πληρώνεται ακριβά!! Δεν είναι μόνο η γενική υγεία και η οικογένεια του αλκοολικού που εισπράττουν τις επιπτώσεις του αλκοολισμού, αλλά και η κοινωνία με την ευρύτερη έννοια. Τα τελευταία χρόνια οι οικονομολόγοι υγείας έχουν κάνει προσπάθειες να εκτιμήσουν το κόστος του αλκοολισμού σε εθνικό επίπεδο (δηλαδή πόσο κοστίζει ο αλκοολισμός στο κράτος). Σύμφωνα με τους Weeden & Burchell (1982) υπάρχουν δύο ερευνητικές προσεγγίσεις στο θέμα του κόστους του αλκοολισμού. Η μία απευθύνεται στις εκτιμήσεις του κόστους όπως αυτό αξιολογείται από παράγοντες όπως η θνησιμότητα εξαιτίας του αλκοολισμού, νοσοκομειακές ή άλλες υπηρεσίες, μειωμένη παραγωγικότητα, απουσία από την εργασία κ.λπ.(Κοκκέβη Άννα, 1988).

Οι παρακάτω πίνακες (Πίνακες Α, Β) από τις μελέτες των Berry & Boland (1977) στις ΗΠΑ και των Holterman & Burchell (1981) στη Βρετανία, μας δίνουν μια γεύση για το κόστος του αλκοολισμού στις δύο αυτές χώρες.(Κοκκέβη Άννα, 1988).

ΠΙΝΑΚΑΣ Α

| Εκτίμηση οικονομικού κόστους του αλκοολισμού το 1971 στις ΗΠΑ (σε εκατομμύρια \$) | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|------------------------------------|
| Κατηγορία κόστους | Συνολική κόστους | εκτίμηση | Εκτίμηση αλκοολισμού κόστους |
| Μείωση παραγωγής | - | | 14.869 |
| Παροχές Υγείας | 81.595 | | 8.293 |
| Ατυχήματα | 30.467 | | 4.666 |
| Φωτιά | 3.320 | | 270 |
| Εγκληματικότητα | 2.275 | | 1.466 |
| Διοικητικό κόστος | 16.678 | | 1.858 |
| Σύνολο: 31.422 | | | |

ΠΙΝΑΚΑΣ Β

| Συνολική εκτίμηση κόστους αλκοολισμού. Τιμές Νοεμβρίου 1977 | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Τομέας Οικονομίας | Κόστος αλκοολισμού (σε εκατ. ?) |
| Μειωμένη Παραγωγή | 246,6 |
| Ανεργία και πρόωρος θάνατος | 271,2 |
| Υπηρεσία υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών | 52,4 |
| Υλική ζημιά από ατυχήματα | 49,1 |
| Μη εφαρμογή νόμων (αστυνομία, δικαστήρια, φυλακές) | 10,1 |
| Σύνολο: 629,4 | |

Όπως δείχνει ο πίνακας Α το 1971 οι Αμερικάνοι πλήρωσαν τον αλκοολισμό με 31.422 εκατομμύρια δολάρια! Οι συγγραφείς αυτής της μελέτης σχολιάζουν ότι παρόλο που το κυριότερο κόστος του αλκοολισμού είναι η μείωση της παραγωγής, το κόστος των παροχών υγείας παραμένει υψηλό (9.293 εκατομμύρια δολάρια). Οι ίδιοι οι ερευνητές παραδέχονται ότι η παραπάνω εικόνα του κόστους του αλκοολισμού είναι συντηρητική εκτίμηση και παρατηρούν ότι ο αλκοολισμός κοστίζει περισσότερο από τον καρκίνο, τα καρδιακά και αναπνευστικά προβλήματα. (Κοκκέβη Άννα, 1988). Η βρετανική μελέτη που εκπονήθηκε από τον Holtermen και Burchell 1977-1978. Οι συγγραφείς αυτοί εξέτασαν πέντε τομείς της οικονομίας που επηρεάζονται άμεσα από την κατάχρηση της αλκοόλης. Αυτοί είναι: Μείωση της παραγωγής εξαιτίας νόσου, ανεργία ή πρόωρος θάνατος, υγεία και κοινωνικές υπηρεσίες, υλική ζημιά από ατυχήματα και μη εφαρμογή των νόμων. Ο πίνακας 2 μας δίνει τις λεπτομέρειες.

Εξετάσαμε μέχρι εδώ πόσο περίπου κοστίζει ο αλκοολισμός στην οικονομία αλλά και στην κοινωνία. Η εικόνα όμως των οικονομικών επιπτώσεων του αλκοολισμού θα ήταν ελλιπή αν δεν κοιτάξουμε και την άλλη όψη του νομίσματος. Δηλαδή το κέρδος που αποφέρει στην κοινωνία όχι βέβαια ο αλκοολισμός αλλά οι πωλήσεις αλκοολούχων ποτών. Αυτό το κέρδος συνήθως υπολογίζεται με βάση δύο παραμέτρους. Τις πωλήσεις και, κατά συνέπεια τα κέρδη των αλκοολούχων ποτών και την εργασία που προσφέρει η “αγορά” και η “βιομηχανία” του αλκοόλ. Και σ’ αυτή την περίπτωση θα αναφερθούμε σε μελέτες και παρατηρήσεις εκτός του ελληνικού χώρου. (Κοκκέβη Άννα, 1988).

Μια μελέτη του Thurman (1982) αναφέρεται ειδικά στον αριθμό των επιχειρήσεων που συνδέονται άμεσα με την παραγωγή και πώληση αλκοολούχων ποτών στη Βρετανία. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παραθέτει ο παραπάνω συγγραφέας, το 1979 η Βρετανία είχε:

- 81 εταιρίες παραγωγής μπύρας που είχαν στην κατοχή τους 142 εργοστάσια παραγωγής μπύρας
- 129 εργοστάσια απόσταξης (ποτοποιεία)
- 230 αμπελώνες
- 75.700 pubs και ξενοδοχεία με άδεια πώλησης αλκοόλ
- 20.000 ξενώνες και εστιατόρια με περιορισμένη άδεια πώλησης ποτών
- 32.700 ιδιωτικές λέσχες με άδεια πώλησης αλκοόλ
- 41.100 κάβες
- 12.000 εισαγωγείς αλκοολούχων ποτών.

Στα παραπάνω στοιχεία θα πρέπει να προστεθεί και ο αριθμός των 750.000 ατόμων που εργάζονται στη βιομηχανία παραγωγής αλκοόλ, που σε σύγκριση με άλλες βιομηχανίες εξακολουθεί να επεκτείνεται με γοργό ρυθμό.

Μια άλλη μελέτη από τον Holmes (1976) εκτιμά ότι στον Καναδά, το έτος 1971, τα κέρδη από τις πωλήσεις του αλκοόλ ήταν της τάξεως των 1.267 δισεκατομμυρίων δολαρίων! Σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη, το κοινωνικό κόστος του αλκοολισμού για αυτό το έτος ήταν κατά 500 εκατομμύρια δολάρια λιγότερο από τα προαναφερθέντα κέρδη. Σε μια παρόμοια μελέτη, ο Gay (1979) εκτιμά ότι το 1975 τα κέρδη από τις πωλήσεις αλκοολούχων ποτών στον Οντάριο του Καναδά ήταν περίπου 1 δισεκατομμύριο 87 εκατομμύρια δολάρια. Όπως σχολιάζει ο παραπάνω συγγραφέας, ο κύριος αποδέκτης του μεγαλύτερου ποσοστού των παραπάνω κερδών ήταν το κράτος. (Κοκκέβη Άννα, 1988).

Οι έρευνες που στοχεύουν στη διερεύνηση του κόστους του αλκοολισμού και στα κέρδη από τις πωλήσεις ή /και την προσφορά εργασίας στον τομέα του αλκοόλ

παρουσιάζουν παρόμοια μεθοδολογικά προβλήματα με αυτά που εξετάσαμε στο κεφάλαιο της επιδημιολογίας της κατάχρησης αλκοόλης. Σε ένα πρόσφατο δημοσίευμα με στόχο την ανασκόπηση των οικονομικών μελετών στον τομέα του αλκοολισμού, ο Single (1981) αναφέρει τα εξής:

“... Αντιμετωπίζει κανείς τεράστια προβλήματα αν θελήσει να εκτιμήσει το κόστος και τα οφέλη από την αλκοόλη και θα ήταν ανόητο να επεξεργαστεί μια τόσο σύνθετη κοινωνική πολιτική συγκρίνοντας ασαφείς εκτιμήσεις κόστους και οφελών σε δολάρια...”(Κοκκέβη Άννα, 1988).

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι το θέμα του αλκοολισμού, όπως και άλλων ουσιών εξάρτησης, έχει έντονες πολιτικές προεκτάσεις ιδιαίτερα στη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής. Όπως παρατηρεί και ο Smith (1982), θα ήταν ιδεώδες αν εκπρόσωποι της βιομηχανίας αλκοόλ και αυτοί που ενδιαφέρονται για τη μείωση του αλκοολισμού καθίσουν στο τραπέζι των διαπραγματεύσεων. Δυστυχώς οι μέχρι στιγμής προσπάθειες δείχνουν ότι αυτό είναι αδύνατο. Το γεγονός είναι ότι ο αλκοολισμός δε γίνεται να μειωθεί, αν ο πληθυσμός δεν καταναλώνει λιγότερο αλκοόλ.(Κοκκέβη Άννα, 1988, σ.119-124).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. Η θεραπεία του αλκοολισμού: Αξιολόγηση θεραπευτικών προσεγγίσεων

Τα τελευταία 15-20 χρόνια ένας αξιολογος αριθμός μελετών έχει δημοσιευτεί σχετικά με τη θεραπεία του προβληματικού πότη. Σ' αυτό το κεφάλαιο θα κάνουμε μια ανασκόπηση των κυριότερων θεραπευτικών προσεγγίσεων που έχουν σαν στόχο τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ (απεξάρτηση). Παράλληλα με την παρουσίαση κάθε θεραπευτικής προσέγγισης θα αξιολογείται και η αποτελεσματικότητά της. Τέλος, θα εξετάσουμε τα πιο σημαντικά μεθοδολογικά προβλήματα σχετικά με τις κλινικές έρευνες που στοχεύουν στη θεραπευτική αξιολόγηση του αλκοολισμού.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις του αλκοολισμού μπορούν να χωριστούν σε τρεις ευρείες κατηγορίες:

- A. Φαρμακολογική προσέγγιση
- B. Ψυχολογική προσέγγιση
- Γ. Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα

5.1 Φαρμακολογική προσέγγιση

Η πλειοψηφία των σχετικών δημοσιευμάτων έχει επικεντρωθεί στη χρήση των φαρμάκων Antabuse και το Abstem (Disulfiram) που όπως είναι γνωστό αναστέλλουν τη δράση της αλκοολικής δεϋδρογενάσης και κατ' επέκταση της μετατροπής της αλκοόλης σε ακεταλδεϋδη. Τα παραπάνω φάρμακα δημιουργούν μια δυσάρεστη και συχνά "βίαιη" αντίδραση στο άτομο όταν τα χρησιμοποιεί παράλληλα με αλκοόλ. Στις αρχές της δεκαετίας του '50 η χρήση των παραπάνω φαρμάκων στη θεραπεία του αλκοολισμού ήταν ευρεία παρ' όλες τις παρενέργειες που προκαλούσαν (π.χ. δερματολογικά προβλήματα, νωθρότητα, πονοκέφαλο, ανικανότητα κ.λπ.). Σύμφωνα με τον Lundwall et al (1971), παρόλο που η σχετική βιβλιογραφία είναι εκτενής, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων είναι εξαιρετικά δύσκολη εξαιτίας προβλημάτων με το σχεδιασμό και τη μεθοδολογία των κλινικών δοκιμασιών. Οι περισσότερες απ' αυτές τις μελέτες αναφέρονται σε μη ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες (δηλαδή δοκιμασίες χωρίς ομάδα ελέγχου) και το ποσοστό επιτυχίας που παρουσιάζουν ποικίλει από 19-89% σε θεραπευτικές αγωγές όπου τα παραπάνω φάρμακα αποτελούσαν ένα από τα θεραπευτικά στοιχεία (Miller et al (1980)). Ο Wexberg (1953) διερεύνησε δύο ομάδες ασθενών, η μία εκ των οποίων έλαβε το σύνθετο θεραπευτικό πρόγραμμα του νοσοκομείου, η δε άλλη έλαβε το αυτό πρόγραμμα αλλά και τη φαρμακευτική αγωγή. Ο παραπάνω ερευνητής ανέφερε ότι η δεύτερη ομάδα παρουσίασε ποσοστό επιτυχίας κατά 23% μεγαλύτερο σε σύγκριση με την πρώτη ομάδα. Ο συγγραφέας όμως παρατηρεί ότι το ποσοστό επιτυχίας στη δεύτερη ομάδα ίσως να ήταν απόρροια του γεγονότος ότι οι ασθενείς αυτής της ομάδας ακολούθησαν τη φαρμακοθεραπεία εθελοντικά και ότι αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερα κίνητρα για αποχή από το αλκοόλ. Μια άλλη μελέτη από τον Hoff (1961) ανέφερε ότι οι ασθενείς που δέχτηκαν τη φαρμακοθεραπεία παρουσίασαν βελτίωση της τάξεως του 76% σε σύγκριση με ασθενείς που δεν δέχτηκαν τα φάρμακα και παρουσίασαν βελτίωση κατά 55%. Περαιτέρω ανάλυση των ερευνητικών στοιχείων με στόχο να ελεγχθούν τα κίνητρα των ασθενών (δηλαδή ασθενείς που δεν είχαν διαχρονική παρακολούθηση, follow-up, ή παρασύρθηκαν από τη μελέτη, drop-outs, αποκλείστηκαν από την τελική ανάλυση) δεν έδειξε σημαντική διαφορά μεταξύ των

ομάδων. Ακόμα δύο μελέτες από τους Gerard et al (1966) και Armor et al (1978) ανέφεραν μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωσης σε άτομα που δέχτηκαν φαρμακοθεραπεία σε αντίθεση με αυτούς που αρνήθηκαν τη φαρμακευτική αγωγή. Τέλος μια από τις λίγες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες σχετικά με τη χρήση των φαρμάκων της κατηγορίας Disulfiram εκπονήθηκε από το Gallant et al (1968). Οι ερευνητές αυτοί σύγκριναν την αποτελεσματικότητα 4 ομάδων ασθενών (ομαδική θεραπεία, χρήση Disulfiram, ομαδική θεραπεία και Disulfiram, καμία θεραπεία). Μετά από διαχρονική παρακολούθηση 6 μηνών καμία σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ των παραπάνω ομάδων.

Εκτός από το Disulfiram, μια άλλη ουσία που χρησιμοποιήθηκε προς το τέλος της δεκαετίας του '50 για τη θεραπεία του αλκοολισμού ήταν η Metronidazole (Flagyl). Η αρχική χρήση αυτής της ουσίας ήταν για τη θεραπεία των ουρολοιμώξεων ενώ μια από τις παρενέργειές της ήταν η αποστροφή προς το αλκοόλ. Αρχικές έρευνες για την αποτελεσματικότητα του Flagyl εκπονήθηκαν από τους Taylor (1964) και Semer et al (1966). Τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών έδειξαν ποσοστά επιτυχίας μέχρι και 90% των ασθενών για περιόδους από 2-5 μήνες. Σύμφωνα όμως με τους Merry et al (1968), καλά ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες με στόχο την αξιολόγηση του Flagyl έδειξαν πολύ χαμηλά ποσοστά επιτυχίας. Εξάλλου, η ελεγχόμενη κλινική δοκιμασία των Tyndel et al (1969) δεν βρήκε καμία διαφορά στα ποσοστά βελτίωσης μεταξύ ομάδας ασθενών που τους χορηγήθηκε το Flagyl και ομάδας που τους χορηγήθηκε placebo (εικονικό/ αδρανές φάρμακο).

Η τρίτη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, ήταν τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες ομάδες φαρμάκων (Disulfiram και Metronidazole) που δρουν στα πλαίσια των κανόνων της αποστροφικής θεραπείας (aversion therapy), τόσο τα αγχολυτικά όσο και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται κατά την περίοδο της αποτοξίνωσης προς αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της στέρησης. Μελέτες με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αγχολυτικών φαρμάκων (κυρίως Librium) στη θεραπεία του αλκοολισμού, έδειξαν παρόμοια αποτελέσματα σε 3 ομάδες ασθενών που τους χορηγήθηκε Librium, placebo ή καθόλου φάρμακο αντιστοίχως (Rosenberg 1974, Carlsson et al 1976).

Πρόσφατα δημοσιεύματα αναφέρουν τα αποτελέσματα ερευνών που χρησιμοποίησαν μια σύνθετη φαρμακευτική αγωγή αποτελούμενη από αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Για παράδειγμα, η έρευνα των Kissin et al (1970b) σύγκρινε τα αποτελέσματα 4 ομάδων αλκοολικών που έλαβαν τις εξής θεραπείες: φαρμακευτική αγωγή (Librium και Tofranil), ψυχοθεραπεία, σύνθετες νοσοκομειακό πρόγραμμα και ομάδα ελέγχου (καθόλου θεραπεία). Μετά από διαχρονική παρακολούθηση 12 μηνών τα ποσοστά βελτίωσης που σημειώθηκαν για τις αντίστοιχες ομάδες ήταν: 16%, 22%, 22%, και 6%. Τέλος, σε μια πρόσφατη έρευνα των Shaw et al (1975) μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα του συνδυασμού Librium και Tofranil σε σύγκριση με placebo. Η ομάδα που έλαβε τη φαρμακευτική αγωγή έδειξε βελτίωση μόνο στους δείκτες κατάθλιψης.

5.2 Ψυχολογική προσέγγιση

Ψυχολογικές προσεγγίσεις στην θεραπεία του αλκοολισμού έχουν εφαρμοστεί από τις αρχές του αιώνα. Αναφέρθηκαν οι ψυχαναλυτικές απόψεις για τον αλκοολισμό γύρω στο 1915. Η γοργή ανάπτυξη του κλάδου της κλινικής ψυχολογίας, η γνωστική θεραπεία, οι ψυχοδυναμικές και άλλες προσεγγίσεις έχουν συμβάλλει ουσιαστικά

στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών προσεγγίσεων θα παρουσιαστεί ως εξής: Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς και Άλλα είδη ψυχοθεραπείας.(Νασιάκου, 1982, σ.203).

5.2.1 Τεχνικές θεραπείες συμπεριφοράς

Μια από τις πρώτες μεθόδους που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της θεραπείας συμπεριφοράς ήταν η τεχνική της αποστροφικής θεραπείας (aversion therapy). Συνοπτικά, η τεχνική αυτή βασίζεται στη θεώρηση ότι δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς (π.χ. κατανάλωση αλκοόλης). Χημικά παρασκευάσματα (όπως το Disulfiram) ή/ και ηλεκτρικά ερεθίσματα χρησιμοποιούνται κατ' επανάληψη για να προκαλέσουν αντιδράσεις αποστροφής. (Χημικά παρασκευάσματα όπως η απομορφίνη και ηλεκτρικά ερεθίσματα ποικίλης έντασης έχουν χρησιμοποιηθεί στην αποστροφική θεραπεία). Μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν χημικά ερεθίσματα, στις δεκαετίες του '40 και '50, αναφέρουν ποσοστό αποχής από το αλκοόλ 60-70% (Voegtlin et al 1949), Lamere et al 1950). Αντίθετα, οι Wallerstein et al (1957) που αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα αποστροφικής θεραπείας με χημικό ερέθισμα σε σύγκριση με φαρμακοθεραπεία και υποθεραπεία ανέφεραν ποσοστό αποχής μόνο 4%. Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα οι Wiens et al (1976) βρήκαν ότι το 63% μια ομάδας 261 ασθενών έδειξε βελτίωση για μια περίοδο ενός χρόνου. Ο Hodgson (1977) σχολιάζοντας τα αντιφατικά ευρήματα των σχετικών ερευνών εντοπίζει δύο ουσιαστικά προβλήματα με τα δείγματα των ασθενών. Πρώτον, τα χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβάλλονται σε αποστροφική θεραπεία (π.χ. ιδιωτική περίθαλψη, ανώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη κ.λπ.) δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο γενικότερο πληθυσμό και δεύτερον, οι ασθενείς αυτοί υποβάλλονται και σε άλλα είδη θεραπείας παράλληλα με την αποστροφική θεραπεία (π.χ. ομαδική θεραπεία, ομάδες αλκοολικών ανώνυμων κλπ), γεγονός που δεν επιτρέπει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτής της τεχνικής.(Τσαρουχάς, 2000).

Παρόμοια αποτελέσματα έχουν δείξει και οι έρευνες που χρησιμοποιούν ηλεκτρικά ερεθίσματα (electric shocks). Σύμφωνα με τους Miller et al (1980), ένας αξιολογος αριθμός σχετικών μελετών έχει δημοσιευτεί από το 1930. Οι μελέτες αυτές διαφοροποιούνται όσον αφορά στην ένταση, στη διάρκεια και στο σημείο χορήγησης του ηλεκτρικού ερεθίσματος. Ο Blake (1965-1967) αναφέρει ότι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι τα ποσοστά επιτυχίας μ' αυτή τη μέθοδο ποικίλλουν από 0-60%. Σε ένα πρόσφατο πείραμα οι Wilson et al (1975) χορήγησαν ηλεκτρικά ερεθίσματα σε αλκοολικούς πριν ή μετά τη λήψη αλκοόλης, αυξομειώνοντας τη συχνότητα και την ένταση του ερεθίσματος. Και οι δύο πειραματικές συνθήκες αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές στην καταστολή της κατανάλωσης της αλκοόλης. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν και οι Miller et al (1973) σχετικά με την αυξομείωση της εντάσεως του ηλεκτρικού ερεθίσματος. Σε μια πρόσφατη μελέτη του ο Miller (1978a) βρήκε ότι αλκοολικοί σε "ηλεκτρική" αποστροφική θεραπεία βελτιώθηκαν πιο αργά αλλά δεν διέφεραν ουσιαστικά από ομάδα ασθενών που ακολούθησε ψυχολογική θεραπεία με στόχο τον αυτοέλεγχο (self-control). Και στις δύο περιπτώσεις τα αναφερόμενα ποσοστά επιτυχίας ήταν από 20-60%.(Τσαρουχάς, 2000).

Τα τελευταία χρόνια μεγάλη μερίδα θεραπευτών συμπεριφοράς έχει επικεντρώσει την προσοχή της σε τεχνικές που βοηθούν την αντιμετώπιση του άγχους (anxiety management techniques). Όπως είναι γνωστό, η πλειοψηφία των αλκοολικών παρουσιάζουν μια ποικιλία συμπτωμάτων άγχους για πολλούς και διάφορους λόγους. Σε ένα σχετικό δημοσίευμά του ο Marlatt (1973) παρατηρεί ότι υπάρχουν δυο σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν σε υποτροπή του αλκοολισμού μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση. Πρώτον, πολλοί αλκοολικοί υποτροπιάζουν εξαιτίας της ματαίωσης των προσδοκιών του (frustration) ή λόγω ανικανότητας έκφρασης του θυμού και δεύτερον, επειδή πολλοί υποχωρούν στην κοινωνική πίεση για κατανάλωση αλκοόλης (η γνωστή σε όλους μας παρότρυνση “πιες ένα ποτηράκι δεν θα πάθεις τίποτα”). Στους παραπάνω παράγοντες θα πρέπει να προστεθεί και το στρες που προκαλείται από διαπροσωπικές σχέσεις (Miller 1974). Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, θεραπευτικές τεχνικές όπως η παρρησιαστική θεραπεία (assertive training) και η θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills training) έχουν υιοθετηθεί για την αντιμετώπιση του άγχους που παρατηρείται στον αλκοολικό. Οι μελέτες που αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα των παραπάνω θεραπειών είναι λιγότερες σε σύγκριση με μελέτες άλλων προσεγγίσεων, παρόλο που παρουσιάζουν κοινά προβλήματα, όπως έλλειψη επαρκούς διαχρονικής παρακολούθησης των ασθενών και πρόσθετες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Τα παραδείγματα που ακολουθούν μας δίνουν μια εικόνα της διαδικασίας και της αποτελεσματικότητας αυτών των θεραπειών.(Τσαρουχάς, 2000).

Σε μια πρόσφατη μελέτη οι Foy et al (1976) χρησιμοποίησαν τη θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων σε δύο προβληματικούς πότες που αντιμετώπιζαν κοινωνική πίεση από το περιβάλλον τους για να καταναλώσουν αλκοόλ. Από τους ασθενείς ζητήθηκε να περιγράψουν λεπτομερώς περιπτώσεις όπου αισθάνθηκαν πιέσεις από φίλους και γνωστούς όπως επίσης και τους τρόπους που χρησιμοποίησαν για να αντιμετωπίσουν αυτές τις πιέσεις. Στη συνέχεια, οι ψυχολόγοι - θεραπευτές “εκπαίδευσαν” τους αλκοολικούς σε εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των πιέσεων. Μετά από εκπαίδευση μερικών εβδομάδων οι αλκοολικοί ήταν σε θέση να προσαρμόσουν τη συμπεριφορά τους κατά τέτοιο τρόπο που να τους επιτρέπει να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις κοινωνικές αυτές πιέσεις. Σε μια παρόμοια μελέτη ο Azrin (1973) εκπαίδευσε οκτώ αλκοολικούς ώστε να βελτιώσουν τις επαγγελματικές, κοινωνικές, και ψυχαγωγικές τους δραστηριότητες, όπως επίσης τις συζυγικές τους σχέσεις στα πλαίσια ενός προγράμματος “κοινοτικής ενίσχυσης” (Community reinforcement programme). Μετά από 6 μήνες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας αυτού του προγράμματος οι ασθενείς παρουσίασαν σημαντική βελτίωση σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου που ακολούθησε το παραδοσιακό νοσοκομειακό πρόγραμμα.(Τσαρουχάς, 2000, σ.167-169).

A. Άλλα είδη ψυχοθεραπείας

Εδώ θα εξετάσουμε μια σειρά από μελέτες που διερευνούν την αποτελεσματικότητα διαφόρων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων η θεωρητική βάση των οποίων απορρέει από την ψυχανάλυση (κυρίως φροϋδική) και η εφαρμογή των οποίων είναι σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Η κεντρική άποψη αυτών των προσεγγίσεων είναι ότι ο αλκοολισμός είναι ένα “σύμπτωμα” μια βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης ή συγκρούσεων. Ο κύριος στόχος αυτών των προσεγγίσεων 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 την εξάρτηση από το αλκοόλ. Σύμφωνα με τον Silber (1970), η “ασυνείδητη σύγκρουση”

στην περίπτωση του αλκοολισμού περιλαμβάνει μεταξύ των άλλων στοιχείων και τα εξής: άμυνα κατά της κατάθλιψης εξαιτίας των ανεκπλήρωτων αναγκών εξάρτησης κατά τη στοματική περίοδο της ανάπτυξης, άμυνα κατά του άγχους, άμυνα κατά της λανθάνουσας ομοφυλοφιλίας, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κ.λπ.(Ποταμιάνος, 1991, σ.136).

5.2.2 Ατομική ψυχοθεραπεία

Οι Levinson et al (1969) σύγκριναν τρεις ομάδες ασθενών εσωτερικών σε νοσοκομείο οι οποίες έτυχαν ατομικής ψυχοθεραπείας με άλλες τρεις ομάδες του ίδιου νοσοκομείου που ακολούθησαν το σύνθητες νοσοκομειακό πρόγραμμα (κυρίως εργασιοθεραπεία). Οι συγγραφείς αυτοί ανέφεραν δύο κύρια ευρήματα. Πρώτον, οι ομάδες που ακολούθησαν το νοσοκομειακό πρόγραμμα έδειξαν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης απ' ό,τι οι αντίστοιχες ομάδες της ατομικής ψυχοθεραπείας και δεύτερον, τα αποτελέσματα των ψυχολογικών εξετάσεων στις οποίες υπεβλήθησαν όλες οι ομάδες έδειξαν έλλειψη σημαντικών στατιστικών διαφορών. Το γεγονός όμως ότι οι παραπάνω ασθενείς δεν διανεμήθηκαν με τυχαίο τρόπο στις θεραπευτικές ομάδες (Random assignment) προκαλεί την αμφισβήτηση των παραπάνω αποτελεσμάτων. Σε μια πρόσφατη έρευνα, οι Pomelreau et al (1978) σύγκριναν την αποτελεσματικότητα της ατομικής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με αυτή της θεραπείας συμπεριφοράς σε δύο ομάδες αλκοολικών. Η αξιολόγηση των παραπάνω ομάδων μετά από διαχρονική παρακολούθηση 12 μηνών έδειξε ότι η ομάδα που έλαβε τη θεραπεία συμπεριφοράς είχε ποσοστό βελτίωσης 72% έναντι ποσοστού 50% της άλλης ομάδας. Όπως παρατηρούν αυτοί οι ερευνητές, η διαφορά στην αποτελεσματικότητα μπορεί να οφείλεται στο μεγάλο ποσοστό αποχώρησης (drop-outs) ατόμων από την ομάδα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Τέλος, οι Brandsma et al (1981) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα των εξής προσεγγίσεων: ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (ατομικού επιπέδου), γνωστική ψυχοθεραπεία, αλκοολικοί ανώνυμοι και ομάδα ελέγχου (καμία θεραπεία). Βελτίωση παρατηρήθηκε σε όλες τις ομάδες εκτός της ομάδας ελέγχου. Σημαντικές διαφορές μεταξύ των θεραπευτικών ομάδων δεν σημειώθηκαν.(Ποταμιάνος, 1991, σ.136-137).

5.2.3 Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η ομαδική ψυχοθεραπεία βασίζεται σε παρόμοιες αρχές με αυτές της ατομικής ψυχοθεραπείας. Η ομαδική ψυχοθεραπεία (η συστηματική χρήση της οποίας άρχισε μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο) είναι η πλέον “δημοφιλής” προσέγγιση που υιοθετούν τα περισσότερα ψυχιατρικά θεραπευτικά προγράμματα των ΗΠΑ και της Μ. Βρετανίας. Τα περισσότερα δημοσιεύματα σε αυτόν τον τομέα αφορούν σε μη ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας του αλκοολισμού. Εξάλλου, σε πολλές μελέτες η ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελεί μέρος “πολυδιάστατων θεραπευτικών προγραμμάτων” (Multimodal therapeutic programmes), γεγονός που προκαλεί ευνόητα προβλήματα αξιολόγησης.(Ποταμιάνος, 1991).

Ο Wallerstein (1957) ανέφερε περιορισμένη βελτίωση σε ομάδα αλκοολικών που ακολούθησε ομαδική ψυχοθεραπεία σε σύγκριση με ομάδα που ακολούθησε ατομική ψυχοθεραπεία και με ομάδα που έτυχε φαρμακοθεραπείας (Disulfiram). Σε μια παρόμοια μελέτη, ο Bruun (1963) σύγκρινε δύο ομάδες αλκοολικών η μία εκ των οποίων ακολούθησε ομαδική ψυχοθεραπεία και η άλλη φαρμακοθεραπεία (Disulfiram). Και οι δύο ομάδες έδειξαν ποσοστό βελτίωσης 19% χωρίς όμως να

παρατηρηθούν διαφορές μεταξύ των ομάδων. Δύο ακόμα μελέτες, του Zimberg (1974) και του Pattison (1967), δεν εμφάνισαν διαφορές στα ποσοστά βελτίωση μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Στην πρώτη μελέτη εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα πολυδιάστατης προσέγγισης αποτελούμενης από ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή για τη μία ομάδα, και σύντομης υποστηρικτικής θεραπείας και σύνθηες νοσοκομειακό πρόγραμμα για την άλλη. Στη δεύτερη μελέτη, οι αλκοολισμοί κατανεμήθηκαν με τυχαίο τρόπο είτε σε ομαδική ψυχοθεραπεία είτε σε σύνθηες ψυχιατρικό πρόγραμμα. Τέλος, σε μια μελέτη των Kissin et al (1970a) αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα τριών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ομαδική ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, πρόγραμμα επανένταξης και ομάδα ελέγχου (καμία θεραπεία). τα ποσοστά επιτυχίας για τις αντίστοιχες ομάδες ήταν: 35,5%, 21,2%, 15,2% και 4,9%. Τα παραπάνω αποτελέσματα αμφισβητήθηκαν από τους ερευνητές γιατί πολλοί ασθενείς άλλαξαν τις θεραπείες τους μετά από την τυχαία κατανομή τους στις παραπάνω ομάδες!(Ποταμιάνος, 1991, σ.137-138).

Συμπεράσματα

Όπως αναφέρθηκε η ψυχολογική προσέγγιση στη θεραπεία του αλκοολισμού εφαρμόζεται στα πλαίσια των τεχνικών της θεραπείας συμπεριφοράς και σε ψυχοδυναμικές θεραπείες ατομικού ή ομαδικού επιπέδου. Όπως και στη φαρμακολογική προσέγγιση, οι έρευνες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών προσεγγίσεων παρουσιάζουν αμφισβητήσιμα αποτελέσματα για τρεις κυρίως λόγους: α) έλλειψη ελεγχόμενων δοκιμασιών β) ασαφείς περιγραφές των χαρακτηριστικών τόσο των ασθενών όσο και των θεραπευτικών προσεγγίσεων και γ) ανεπαρκής διαχρονική παρακολούθηση των ασθενών. Σε μια αξιολογή ανασκόπηση της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας από τον Emrick (1974, 1975), αναφέρεται ότι σε σύνολο 384 μελετών που αξιολογούν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών προσεγγίσεων, μόνο οι 72 χρησιμοποίησαν τη μέθοδο τυχαίας κατανομής του δείγματος στις θεραπευτικές ομάδες. Επίσης, μόνο 5 (από τις 384) έρευνες έδειξαν μακροπρόθεσμες σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων που συγκρίθηκαν.(Ποταμιάνος, 1991).

Οι έρευνες που στοχεύουν στην αξιολόγηση των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες, όπως η περιγραφή της θεραπευτικής πορείας και των θεραπευτικών διαδικασιών. Οι Miller et al (1980), σχολιάζοντας αυτές τις δυσκολίες αναφέρουν τα εξής:

“... Ίσως το πιο σημαντικό εμπόδιο στην ερμηνεία της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας είναι η γενική ασάφεια σχετικά με το τι ακριβώς γίνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Πολλές μελέτες αναφέρουν απλώς ότι οι αλκοολικοί έτυχαν ατομικής ή ομαδικής ψυχοθεραπείας. Το περιεχόμενο και οι θεραπευτικές διαδικασίες αυτών των ψυχοθεραπειών ποικίλλουν τόσο πολύ ώστε να πελαγοδρομεί κανείς στην προσπάθεια επανάληψης της θεραπευτικής πορείας...”.

Παρόλο που δεν υπάρχει αμφιβολία ότι μερικοί αλκοολικοί βελτιώνονται μετά από ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, τα κριτήρια επιλογής ασθενών με καλή πρόγνωση χαρακτηρίζονται από ασάφεια.(Ποταμιάνος,1991).

Με βάση τα παραπάνω, η ψυχοθεραπεία ως θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ δεν παρουσιάζει υπεροχή έναντι άλλων προσεγγίσεων. Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις συνήθως διαρκούν και κοστίζουν περισσότερο από τις άλλες θεραπείες, ιδιαίτερα σε χώρες όπου δεν προσφέρονται στα πλαίσια ενός εθνικού συστήματος υγείας.(Ποταμιάνος, 1991, σ.138-140).

Α.Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα.

Σ' αυτό το σημείο θα στρέψουμε την προσοχή μας σε θεραπευτικές προσεγγίσεις και προγράμματα, τα οποία απευθύνονται ειδικά στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Όπως είναι γνωστό, αρκετά από τα θεραπευτικά προγράμματα και τις ειδικές προσεγγίσεις χρησιμοποιούν φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογικές θεραπείες στα γενικότερα θεραπευτικά τους πλαίσια. Εντούτοις, το γεγονός ότι έχουν "σχεδιαστεί" ειδικά για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού είτε μέσα στην κοινότητα είτε στο νοσοκομείο, τα διαφοροποιεί από τις φαρμακολογικές και ψυχολογικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στη γενική ψυχιατρική και τους δίνει μια ξεχωριστή ταυτότητα. Στην προκειμένη περίπτωση, θα εξετάσουμε την αποτελεσματικότητα των ομάδων Αλκοολικοί Ανώνυμοι (ειδική προσέγγιση), των ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων όπως τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού (alcohol treatment centres), των ειδικών ξενώνων (half-way houses) και των νοσοκομειακών θεραπευτικών προγραμμάτων με έμφαση στη θεραπεία του αλκοολισμού.(Μαδιανός, 1989, σ.106).

5.3. Τι είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.)

Την απάντηση την 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.(Τσαρουχάς, 2000).

Μοναδική προϋπόθεση για να γίνει κάποιος /α μέλος είναι η επιθυμία να σταματήσει να πίνει. Τα μέλη των Α.Α. δεν υποχρεώνονται να καταβάλουν καμιάς μορφής συνδρομή, είμαστε αυτοσυντήρητοι μέσα από δικές μας συνεισφορές.

Οι Α.Α. δεν συνδέονται με καμία αίρεση, κανένα θρήσκευμα.

Ο κύριος σκοπός μας είναι να παραμείνουμε νηφάλιοι και να βοηθήσουμε άλλους αλκοολικούς να πετύχουν νηφαλιότητα".(Τσαρουχάς, 2000).

Τι κάνουν οι Α.Α.

Α. Τα μέλη των Α.Α. μοιράζονται τις εμπειρίες τους σε όσους έρχονται ζητώντας βοήθεια για το πρόβλημά τους με το ποτό. Αλληλοβοηθούνται και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους ο ένας στον άλλο.

Β. Το πρόγραμμα των Α.Α., όπως αναπτύσσεται στα Δώδεκα Βήματα, προσφέρει στον αλκοολικό έναν τρόπο να δημιουργήσει μια ικανοποιητική ζωή χωρίς αλκοόλ.

Γ.Το πρόγραμμα αναπτύσσεται μεταξύ των μελών στις συγκεντρώσεις των Α.Α.(Τσαρουχάς, 2000).

α) Ανοικτές Συγκεντρώσεις: με 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 τις προσωπικές του εμπειρίες και μετά οδηγεί τη συζήτηση 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.(Τσαρουχάς, 2000).

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 δυο 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.(Τσαρουχάς, 2000, σ.212-213).

Τα Δώδεκα Βήματα.

Συχνά γίνεται αναφορά για κάποια αίσθηση θρησκευτικότητας που διέπει τα Δώδεκα Βήματα. Στην πραγματικότητα, όμως, δεν γίνεται αναφορά στον Θεό αλλά σε μια ανώτερη δύναμη που ο καθένας την αντιλαμβάνεται και τη βιώνει διαφορετικά.(Τσαρουχάς, 2000).

- Παραδέχομαι ότι δεν μπορώ να εξουσιάσω την ανάγκη μου για αλκοόλ - έχω χάσει τον έλεγχο της ίδιας μου της ζωής.

- Πιστεύω σε κάποια ανώτερη δύναμη που μπορεί να δώσει λογική στη ζωή μου.

- Υπάρχει θέληση και πρόθεση να αφεθώ στα χέρια του Θεού, όπως και αν ο καθένας μας αντιλαμβάνεται αυτή την έννοια.

- Έχω το κουράγιο και την πρόθεση να κάνω άφοβα απολογισμό της ζωής μου.

- Παραδέχομαι στον Θεό, τον εαυτό μου και σε άλλον συνάνθρωπό μου το γεγονός και τη φύση των λαθών μου.

- Είμαι έτοιμος να αφεθώ στη Θεία χάρη για να αντλήσω τη δύναμή της και να θεραπευτώ από τις αδυναμίες μου.

- Ταπεινά ζητώ από τον Θεό την ευλογία του για να απαλείψω τις αδυναμίες μου.

- Κάνω κατάλογο όλων των προσώπων που με τη συμπεριφορά μου έχω βλάψει ή αδικήσει και είμαι έτοιμος για πραγματική αποκατάσταση των ζημιών και την αίτηση συγχώρεσής του.

- Όπου γίνεται είμαι έτοιμος να ζητήσω συγγνώμη.

- Η ζωή είναι ένας αδιάκοπος αγώνας απολογισμού και παραδοχής αδικιών που έχουμε κάνει.

- Αναζητώ επαφή με τον Θεό, όπως εγώ καταλαβαίνω την ύπαρξή του, μέσα από προσευχή και διαλογισμό αναζητώ να εντοπίσω την θέλησή του και αναζητώ τη βούλησή του.

- Μεταφέρω αυτά τα μηνύματα σε κάθε αλκοολικό που συναντώ και ζω όλη τη ζωή σύμφωνα με τις παραπάνω αρχές.

Αρχές που πρέπει να τονίσουμε ότι είναι ίδιες για όλους τους Α.Α., ανά την υφήλιο. Είναι δηλαδή πάνω από συγκεκριμένη θρησκεία και πίστη, όπως εξάλλου τονίζεται και σε πολλά από τα Δώδεκα Βήματα.(Τσαρούχας, 2000, σ.213-214).

Η Δάφνη διηγήθηκε πώς τελικά έφθασε στους Α.Α. μετά την απόπειρα αυτοκτονίας που έκανε:

“Στην ομάδα των Α.Α. μπήκα μετά την απόπειρα αυτοκτονίας και αφού όταν ξύπνησα μέσα σ’ εκείνο το νοσοκομείο, αποφάσισα ότι διαλέγω να ζήσω. Την ομάδα

των Α.Α. την είχε ανακαλύψει η αδερφή μου και ήταν η τελευταία μου λύση. Έτσι σηκώθηκα και πήγα μόνη μου, όταν συνήλθα λιγάκι από αυτό που είχα περάσει και από τότε έμαθα...(Σιμώνη Ξ, 2002).

... Την πρώτη μέρα χωρίς αλκοόλ ενθουσιάστηκα για το βήμα που είχα πραγματοποιήσει, οι επόμενες μέρες ήταν μίζερες, ήταν φτωχές.

Τους έλειπε ζωή, τους έλειπε χαρά, ζούσα για να ζω απλά, ζούσα για να δω τι θα γίνει στη συνέχεια...(Σιμώνη Ξ, 2002).

... Όμως, σιγά σιγά είχα την αίσθηση ότι είχα βρει μια καινούρια ζωή. Άνοιγα τα μάτια μου και δεν ήξερα τι θα μου συμβεί, δεν ήξερα τι με περιμένει. Το μόνο που ήξερα είναι ότι έπρεπε να ακολουθήσω αυτό το δρόμο διότι δεν είχα άλλη λύση...(Σιμώνη Ξ, 2002).

...Σωματικά δεν είχα ιδιαίτερο πρόβλημα. Το στερητικό σύνδρομο από το ποτό κράτησε 2-3 μέρες. Είχα τρεμούλες, κάποιες κομμάρες, πονοκεφάλους. Δεν ήταν ιδιαίτερα τα σωματικά προβλήματα που αντιμετώπισα. Η σωματική απεξάρτηση μπορώ να πω ότι ήταν εύκολη. Εκείνο που δεν θα πω εύκολο, αλλά θα το πω πορεία ζωής, είναι η ψυχική και πνευματική απεξάρτηση...(Σιμώνη Ξ, 2002).

... Στην ομάδα των Α.Α. είμαι τέσσερα χρόνια και είμαι καθαρή.

Μόνο αν πρόκειται να αυτοκτονήσω θα αρχίσω να πίνω ξανά, μόνο όταν θελήσω να αυτοκτονήσω...(Σιμώνη Ξ, 2002).

... Όταν μου προσφέρουν ένα ποτήρι αλκοόλ σήμερα, λέω ευχαριστώ, δεν πίνω.. Ένα ποτήρι κρασί σήμερα δεν έχει να μου πει εμένα τίποτα, διότι για μένα αυτό είναι δηλητήριο, είναι βόμβα νετρονίου".(Σιμώνη Ξ, 2002, σ.236-239).

Αλκοολικοί Ανώνυμοι (Α.Α.)

Τα τελευταία 50 χρόνια, η δραστηριότητα των ομάδων ΑΑ θεωρείται από τις πλέον δημοφιλείς προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού στις χώρες της Β. Ευρώπης και στις ΗΠΑ. Οι συναντήσεις των ομάδων ΑΑ πραγματοποιούνται με τη συμμετοχή αλκοολικών σε αποχή. Οι μελέτες που αναφέρονται αποκλειστικά στην αποτελεσματικότητα των ΑΑ είναι λίγες. Σε μια απ' αυτές τις μελέτες οι Robson et al (1965) σύγκριναν τα αποτελέσματα δύο ομάδων αλκοολικών (πειραματική και ελέγχου). Η πειραματική ομάδα παρακολούθησε περισσότερες από πέντε συνεδρίες ενός νοσοκομειακού προγράμματος και η ομάδα ελέγχου λιγότερο από πέντε συνεδρίες.(Ποταμιάνος, 1991).

Και οι δύο ομάδες όμως είχαν πρόσβαση σε συναντήσεις των ΑΑ. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν αξιόλογες διαφορές μεταξύ των ομάδων. Σημαντικές διαφορές όμως σημειώθηκαν και στις δύο ομάδες μεταξύ των ατόμων που παρακολούθησαν τις συναντήσεις των ΑΑ και αυτών που δεν τις παρακολούθησαν. Σύμφωνα με τα ερευνητικά στοιχεία, το 71% των ασθενών της πειραματικής ομάδας που παρακολούθησαν τους ΑΑ παρουσίασε βελτίωση, ενώ το ποσοστό των μη συμμετεχόντων στις ομάδες ΑΑ που βελτιώθηκε ήταν 57%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την ομάδα ελέγχου ήταν 70% και 37%.(Ποταμιάνος, 1991).

Στη μελέτη των Ditman et al (1966), διερευνήθηκαν τρεις ομάδες ατόμων που είχαν καταδικαστεί για παραπτώματα σχετικά με τη χρήση της αλκοόλης. Οι προσεγγίσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την καταστολή περαιτέρω παραπτωμάτων ήταν: νοσοκομειακό πρόγραμμα αλκοολισμού, συμμετοχή σε ομάδες ΑΑ και αστυνομική επίβλεψη (on probation). Τα ποσοστά επιτυχίας (η επιτυχία αφορούσε έλλειψη νέων συλλήψεων και όχι αποχή από το αλκοόλ) που σημειώθηκαν ήταν 32%, 31% και 44% για το νοσοκομειακό πρόγραμμα, ΑΑ και την αστυνομική επίβλεψη αντιστοίχως. Τέλος σε πρόσφατη έρευνα του Alford (1980) αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα

των ΑΑ σε 56 αλκοολικούς (27 άνδρες και 29 γυναίκες) που ολοκλήρωσαν ένα πρόγραμμα των ΑΑ για εσωτερικούς ασθενείς. Η διαχρονική παρακολούθηση αυτών των ασθενών ήταν 24 μήνες. Η διαχρονική παρακολούθηση αυτών των ασθενών ήταν 24 μήνες.. Η αποτελεσματικότητα αξιολογήθηκε με κριτήρια των ΑΑ που ήταν η επιτυχής επάνοδος στην εργασία, οι σταθερές κοινωνικές σχέσεις και η αποχή από το αλκοόλ. Τα ποσοστά επιτυχίας που σημειώθηκαν κατά την αξιολόγηση των 6, 12 και 24 μηνών ήταν 51%, 45% και 49% αντιστοίχως. Επίσης οι γυναίκες σημείωσαν μεγαλύτερη επιτυχία από τους άνδρες για λόγους που ο συγγραφέας δεν μπόρεσε να εντοπίσει.(Ποταμιάνος, 1991).

Η σύντομη ανασκόπηση των μελετών που αφορούν στην αποτελεσματικότητα των ΑΑ δείχνει ότι το ποσοστό επιτυχίας αυτής της προσέγγισης δεν διαφέρει ουσιαστικά από τη φαρμακολογική ή την ψυχολογική προσέγγιση. Όπως και οι προηγούμενες έρευνες έτσι και αυτές που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των ΑΑ αφήνουν αναπάντητο ένα από τα πλέον σημαντικά ερωτήματα της κλινικής έρευνας, το οποίο αφορά στις παραμέτρους που διαφοροποιούν τους ασθενείς με καλή πρόγνωση από τους ασθενείς που δεν εμφανίζουν βελτίωση.(Ποταμιάνος, 1991, σ.167-168).

5.4. Ξενώνες (Half-way houses)

Σύμφωνα με τον Donahue (1971), ο βασικός στόχος της δημιουργίας των ειδικών ξενώνων για αλκοολικούς είναι η επανένταξή 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. Σ' ένα πρόσφατο δημοσίευμα, ο Rubimgron (1977) ανέφερε ότι περίπου το 20% των ασθενών που παρακολουθούν προγράμματα ξενώνων συνεχίζουν την αποχή για 6 ή περισσότερους μήνες μετά το πέρας του προγράμματος. Ο Smart (1978c) σύγκρινε την αποτελεσματικότητα νοσοκομειακών προγραμμάτων με διάφορα προγράμματα ξενώνων. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δεν έδειξαν διαφορές μεταξύ νοσοκομειακών προγραμμάτων και προγραμμάτων ξενώνων.(Schmidt.w.De Lint, 1982, σ.47).

5.5 Κέντρα Θεραπείας του αλκοολισμού (Alcohol treatment centres)

Τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού (ΚΘΑ) έχουν τη μορφή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και είναι ευρέως διαδεδομένα στις ΗΠΑ. 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 κλπ) 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.(Smith.R, 1982).

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 προκειμένη περίπτωση είναι αυτή του Armoig και των συνεργατών του (1967), 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 εκτέλεσης) “εθνικής 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 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 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.(Smith.R, 1982). Σ’ αυτή την τεραστίων διαστάσεων έρευνα μελετήθηκαν δύο δείγματα αλκοολικών ο αριθμός των οποίων ξεπερνούσε τα 8.000 άτομα (δυστυχώς μόνο 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 επαναξετασθέντος 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 από μνηός 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 μια σειρά αλληλοσυγκρούσεων 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 τους 18 μήνες και στα 4 χρόνια διαχρονικής παρακολούθησης ήταν 67% και 46% αντιστοίχως.(Smith.R, 1982).

Τελειώνοντας την παρουσίαση και την αξιολόγηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων που αφορούν στην εξάρτηση από το αλκοόλ, θα αναφερθούμε και σε ένα δείγμα από τις ελάχιστες μελέτες που αξιολογούν τις υπηρεσίες γενικών νοσοκομείων με ή χωρίς ειδικές μονάδες για τη θεραπεία του αλκοολισμού. Μια τέτοια έρευνα είναι των Rankin et al (1967) που αξιολόγησαν τις υπηρεσίες μιας ιατρικής μονάδας αλκοολισμού ενός γενικού νοσοκομείου. (Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο κύριος στόχος της μονάδας αυτής ήταν η επίλυση των ιατρικών προβλημάτων που παρουσίαζαν οι αλκοολικοί. Η μόνη ιατρική παρέμβαση στο θέμα της εξάρτησης ήταν η συμβουλή των γιατρών προς τους αλκοολικούς να μειώσουν την κατανάλωση). Οι ερευνητές παρακολούθησαν διαχρονικά (12 μήνες) 107 ασθενείς που επισκέφτηκαν αυτή τη μονάδα είτε ως εσωτερικοί ασθενείς είτε στα εξωτερικά ιατρεία. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι το 6,5% επί του συνόλου των ασθενών παρέμειναν σε αποχή από το αλκοόλ για το διάστημα των 12 μηνών, το

11,3% έδειξε κάποια βελτίωση, το 34% δεν έδειξε καμία βελτίωση και το 40% αποσύρθηκε από την έρευνα. Σε μια παρόμοια έρευνα οι Katz et al (1981) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα μιας ηπατολογικής μονάδας γενικού νοσοκομείου που συνεργαζόταν με το τμήμα κλινικής ψυχολογίας του αυτού νοσοκομείου. Οι ερευνητές μελέτησαν 36 αλκοολικούς με ηπατολογικές διαταραχές για μια περίοδο 6 μηνών. Μετά από την αρχική θεραπεία των ηπατολογικών προβλημάτων, οι ασθενείς δέχτηκαν τις υπηρεσίες ενός κλινικού ψυχολόγου με στόχο την αντιμετώπιση του άγχους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι 17 από τους 36 αλκοολικούς έδειξαν ολική αποχή από την κατανάλωση του αλκοόλ, 8 μείωσαν την κατανάλωσή τους, ενώ οι υπόλοιποι 11 συνέχισαν την κατάχρηση της αλκοόλης. (Smith.R, 1982, σ.30-32).

Δύο δημοσιεύματα που παρουσιάζουν εξαιρετικό ενδιαφέρον (τόσο από θεραπευτικής πλευράς όσο και από την σκοπιά της οικονομίας της υγείας) αναφέρονται στη διαχρονική αξιολόγηση αλκοολικών που είτε είχαν το ελάχιστο δυνατό θεραπευτικής παρέμβασης (π.χ. μια συνεδρία) είτε δεν έτυχαν καμιάς θεραπείας. Η έρευνα του G. Edwards και των συνεργατών του στο Ινστιτούτο Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου του Λονδίνου (1977) εξέτασε τα αποτελέσματα διαχρονικής παρακολούθησης 12 μηνών σε 100 αλκοολικούς (σημ.: η προϋπόθεση ήταν να είναι παντρεμένοι) που κατανεμήθηκαν με τυχαίο τρόπο είτε σε μια ομάδα "θεραπείας" (treatment group) είτε σε ομάδα "συμβουλής" (advice group). Η πρώτη ομάδα είχε στη διάθεσή της τις εξής θεραπευτικές προσεγγίσεις: συμμετοχή σε ομάδες ΑΑ, εξωτερικά ιατρεία ή εισαγωγή σε γενικό νοσοκομείο ή ψυχιατρείο, αν ήταν απαραίτητο και φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης. Η δεύτερη ομάδα είχε μια συνεδρία με έναν ψυχίατρο ή κλινικό ψυχολόγο (ο αλκοολισμός και η γυναίκα του παρακολούθησαν μαζί τη συνεδρία) κατά τη διάρκεια της οποίας τους δόθηκαν συμβουλές για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού. (Potamianos-G Peters T.J, 1984).

Δεν τους χορηγήθηκε καμία άλλη βοήθεια εκτός από τη μοναδική αυτή επίσκεψη. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά στην καθημερινή κατανάλωση του αλκοόλ ή στην κοινωνική τους προσαρμογή. Παρόλη την κριτική που ασκήθηκε για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων (το πραγματικό αποτέλεσμα δεν αμφισβητήθηκε βέβαια) η μελέτη αυτή όχι μόνο προβλημάτισε τους ειδικούς στη θεραπεία του αλκοολισμού αλλά άσκησε και σημαντική επιρροή στην πολιτική του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών της Μ. Βρετανίας σχετικά με τη χορήγηση κεφαλαίων για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού. (Potamianos-G Peters T.J, 1984).

Σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα κατέληξε και μια λεπτομερής ανασκόπηση σειράς ερευνών από τον αμερικάνο ερευνητή Emrick (1975). Στην προκειμένη περίπτωση, ο Emrick ανέλυσε τα αποτελέσματα 7 ερευνών που αξιολόγησαν αλκοολικούς οι οποίοι δεν έτυχαν καμιάς θεραπείας και 17 ερευνών που αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα βραχείας θεραπευτικής παρέμβασης. Με μέσο όρο διαχρονικής παρακολούθησης 6 μηνών τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής:

| | Καμία θεραπεία | Βραχεία θεραπευτική παρέμβαση |
|----------|----------------|-------------------------------|
| Αποχή | 13% | 21% |
| Βελτίωση | 41% | 43% |

Παρόλη τη μικρή διαφορά που παρατηρείται υπέρ της βραχείας παρέμβασης, τα παραπάνω αποτελέσματα δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. (Potamianos-G Peters T.J, 1984. σ.89-91).

5.6 Προγράμματα για εφήβους ή για οικογένειες

Παράλληλα με τις ομάδες των Α.Α. λειτουργούν και ομάδες για το οικογενειακό περιβάλλον αλκοολικών.

Πρόκειται για τις ομάδες ΑΛΑΝΟΝ και ΑΛΑΤΙΝ, ομάδες που απευθύνονται στους συζύγους, τα παιδιά και τους φίλους των ανθρώπων που έχουν πρόβλημα με το ποτό, άσχετα αν οι ίδιοι οι αλκοολικοί είναι ή όχι μέλη ενός θεραπευτικού προγράμματος.(Τσαρουχάς, 2000).

Μοιράζονται μεταξύ τους τις εμπειρίες τους, για να λύσουν το κοινό τους πρόβλημα. Μοιράζονται το φόβο, τις ανασφάλειες, την κατεστραμμένη προσωπική τους ζωή σαν αποτέλεσμα του αλκοολισμού - αυτής της οικογενειακής αρρώστιας.

Τα προγράμματα στόχο έχουν να οδηγήσουν το άτομο στο να γνωρίσει τον εαυτό του, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις πνευματικές αξίες και στο πώς μπορούν αυτές να χρησιμοποιηθούν για να αντιμετωπιστούν καταστάσεις καθημερινής σχιζοφρένειας δίπλα σε έναν αλκοολικό.

Σκοπός της ΑΛΑΝΟΝ δεν είναι σε καμία περίπτωση να “δείξει” τρόπο για την αντιμετώπιση ενός αλκοολικού, ή το πώς ο αλκοολικός θα ελέγξει την πόση του. Οι αλκοολικοί θα σταματήσουν να πίνουν μόνο αν το θελήσουν οι ίδιοι. Η ΑΛΑΝΟΝ μπορεί απλώς να βοηθήσει κάποιον να αλλάξει τη στάση του απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να ελαττώσει τα άγχη και τις αγωνίες του. Η απαγκίστρωση από το πρόβλημα του αλκοολικού συγγενούς μπορεί να δώσει μια καλύτερη προοπτική στη ζωή του ανθρώπου που υποφέρει δίπλα στον αλκοολικό.(Τσαρουχάς, 2000).

Εν κατακλείδι, η ΑΛΑΝΟΝ προσπαθεί να δώσει τα “εργαλεία” για να λύσει ο καθένας μόνος του τα δικά του προβλήματα και να βρει απαντήσεις σε προσωπικά ερωτήματα που πολλές φορές, στη διάρκεια της ημέρας, περνούν από το μυαλό της οικογένειας του αλκοολικού.

Ερωτήματα όπως:

- Εάν ο αλκοολικός με αγαπούσε δεν θα σταματούσε να πίνει;
- Είμαι εγώ η αιτία που κάποιος αγαπημένος μου πίνει υπερβολικά;
- Αφού ο αλκοολικός φαίνεται να έχει χάσει κάθε ελπίδα, θα έπρεπε ίσως εγώ να εγκαταλείψω την προσπάθεια για ένα καλύτερο αύριο;(Τσαρουχάς, 2000).

Οι εξομολογήσεις μελών της ΑΛΑΝΟΝ είναι αφοπλιστικές.

Η Τζέιν μεγάλωσε στα περίχωρα του Λονδίνου με ένα πατέρα αλκοολικό. Μόνο μετά την ενηλικίωσή της προσπάθησε να αντιμετωπίσει ουσιαστικά το πρόβλημα του αλκοολισμού που πατέρα της, που ήταν τελικά και δικό της πρόβλημα. Πρόβλημα που την καταδίωκε στις διαπροσωπικές της σχέσεις.

“Όλα τα παιδικά μου και εφηβικά μου χρόνια μεγάλωσα με ένα αλκοολικό πατέρα. Μεγάλωσα με συναισθήματα απελπισίας, απόγνωσης και ενοχής. Μόνο όταν πλησίασα την ΑΛΑΝΟΝ, έμαθα να τα βγάζω πέρα με το θυμό μου και με τα συναισθήματά μου. Έμαθα να έρχομαι αντιμέτωπη με τον κόσμο και να ζω μια μέρα κάθε φορά. Είναι επίσης καλό να ξέρω ότι δεν είμαι ο μόνος άνθρωπος που έχω να ζήσω με αυτό το πρόβλημα. Η ζωή μου έγινε βιώσιμη και ανεκτική. Και αυτό οφείλεται στην ΑΛΑΝΟΝ”.(Τσαρουχάς, 2000).

Η ΑΛΑΤΙΝ, ομάδα για εφήβους, από 12 ετών, λειτουργεί κάτω από την καθοδήγηση των μελών της ΑΛΑΝΟΝ με τους ίδιους στόχους. Μια έφηβη από την ΑΛΑΤΙΝ εξομολογήθηκε:

“Πιστεύω, ότι και μόνο ανακαλύπτοντας ότι δεν ήμουν μόνη, ήταν το μεγαλύτερο δώρο που μου έδωσε η ΑΛΑΤΙΝ. Έμαθα επίσης ότι η μητέρα μου υπέφερε από μια αρρώστια και αισθάνθηκα λιγότερη ντροπή. Συνειδητοποίησα για πρώτη φορά ότι δεν έφταιγα εγώ. Αυτή είναι η τελευταία μου χρονιά στο Λύκειο κι όμως, είναι η πρώτη χρονιά που μπορώ και χαμογελάω στους συμμαθητές μου ειλικρινά. Αισθάνομαι ότι ανήκω κάπου και είμαι αποδεκτή”.(Τσαρουχάς,2000).

Ένα 14χρονο αγόρι από τη Γερμανία κατέθεσε τη δική του εμπειρία:

“Πριν έρθω στην ΑΛΑΤΙΝ, σκεπτόμουν ότι ο πατέρας μου ήταν ένας μέθυσος και η μητέρα μου μια τρελή. Η ΑΛΑΤΙΝ με βοήθησε να καταλάβω ότι ο πατέρας μου ήταν ένας άρρωστος άνθρωπος και η μητέρα μου ήταν τόσο άρρωστη όσο και ο πατέρας μου”.(Σιμώνη Ξ, 2002, σ.355).

Πέρα από τις ομάδες των Α.Α., ΑΛΑΝΟΝ και ΑΛΑΤΙΝ, υπάρχουν διεθνώς διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης και θεραπείας του αλκοολισμού. Στην Ελλάδα υπάρχει η Μονάδα Απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών που αποτελεί συνέχεια και εξέλιξη της Κλινικής Αλκοολικών - Τοξικομανών, του ίδιου Νοσοκομείου. Η Κλινική Αλκοολικών - Τοξικομανών ιδρύθηκε το 1960 και από τότε μέχρι σήμερα αποτελεί τη μοναδική ολοκληρωμένη - οργανωμένη λύση στο πρόβλημα του αλκοολισμού.(Τσαρουχάς, 2000).

“Η Μονάδα - Απεξάρτησης - η θέση του Αναπληρωτή Διευθυντού της, Χρήστου Λασκαράτου - είναι μονάδα παροχής βοήθειας, παροχής θεραπείας σε ανθρώπους που είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Υπάρχουν δύο βασικά τμήματα αυτής της μονάδας. Το ένα αφορά το πρόγραμμα με ναλτρεξόνη - πρόγραμμα κατά το οποίο στη διάρκεια της θεραπείας χορηγείται ναλτρεξόνη- και το άλλο την ψυχολογική απεξάρτηση μακράς θεραπείας”.(Τσαρουχάς, 2000).

Ο Γιώργος Μουσσάς, Αναπληρωτής Διευθυντής στην ίδια μονάδα, μας εξήγησε τη διαδικασία προσέγγισης στη Μονάδα. Και το τι ακολουθεί από τη στιγμή της διάγνωσης.

“Η προσέγγιση με το τμήμα απεξάρτησης είναι μια υπόθεση η οποία είναι αρκετά δύσκολη. Διότι προϋποθέτει ότι ο άνθρωπος ο οποίος έχει πρόβλημα έχει κάνει ένα πολύ σημαντικό βήμα, το έχει αναγνωρίσει. Και αυτό, πιστέψτε με, είναι το σημαντικότερο ζήτημα. Το έχει αναγνωρίσει ο ίδιος, ενδεχόμενα το έχουν αναγνωρίσει οι στενοί του συγγενείς και η οικογένειά του, έρχονται και προσπαθούν να βρουν μια επαφή για να αντιμετωπίσουν το ζήτημα.(Τσαρουχάς, 2000).

Η πρώτη επαφή γίνεται στο συμβουλευτικό σταθμό που έχουμε, όπου εκεί γίνεται η αξιολόγηση της βαρύτερης της εξάρτησης, αλλά γίνεται και κάτι σημαντικότερο. Γίνεται η αξιολόγηση που είναι μια περίπλοκη υπόθεση, τεχνική και θεραπευτική, του κινήτρου πλέον των ανθρώπων που έχουν πρόβλημα εξάρτησης στο να εμπλακούν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα. Γιατί δεν πρέπει να σας ξενίσει το γεγονός ότι πάρα πολλοί άνθρωποι εξαρτημένοι, και όχι μόνο από αλκοόλ αλλά από άλλες ουσίες, επιχειρούν να αντιμετωπίσουν την ουσία σαν κάτι που πρέπει να το σταματήσουν, ενώ σε βαθύτερο επίπεδο - ψυχικό - δεν είναι έτοιμοι να κάνουν όσα πρέπει για να αντιμετωπίσουν την εξάρτησή τους. Είναι αρκετά περίπλοκο αυτό που σας λέω, αλλά σας το λέω γιατί όποιος προσέρχεται στο συμβουλευτικό σταθμό δεν σημαίνει ότι κατ’ ανάγκη μπαίνει σε πρόγραμμα. Πρέπει να γίνει αξιολόγηση του κινήτρου και του επιπέδου της εξάρτησης.

Στο δικό μας το πρόγραμμα, από τη στιγμή που θα γίνει η αξιολόγηση, γίνεται έπειτα η πρόταση για εισαγωγή στο πρόγραμμα, η οποία περιλαμβάνει δύο μήνες παραμονή σε ενδοκλινικό επίπεδο.

Στη διάρκεια του ενδοκλινικού επιπέδου νοσηλείας γίνονται τα εξής πράγματα: Κατ’ αρχήν γίνεται ένας πλήρης εργαστηριακός έλεγχος για να υπάρξει μια τεκμηρίωση

του βιολογικού επιπέδου του ασθενούς. Αμέσως μετά μπαίνει σε μια θεραπεία υποστηρικτική αναφορικά με την οργανική πλευρά της εξάρτησης και συγχρόνως ατομική και ομαδική ψυχολογική θεραπεία. Όπως: χοροθεραπεία, δραματοθεραπεία, θεραπεία με ζωγραφική.

Στο διάστημα αυτό των δύο μηνών που νοσηλεύεται ο ασθενής, του χορηγείται και ένας βιολογικός παράγων, ένα φάρμακο δηλαδή, το οποίο ονομάζεται ναλτρεξόνη, και το οποίο όπως έχουν αποδείξει έρευνες μειώνει την επιθυμία για κατανάλωση του αλκοόλ.

Όταν τελειώσει σε επιτυχία τη δίμηνη παραμονή του σε ενδοκλινικό επίπεδο, παρακολουθείται για άλλους τέσσερις μήνες στο επίπεδο του συμβουλευτικού σταθμού με την ιδιότητα του εξωτερικά παρακολουθούμενου θεραπευμένου, όπου εκεί σε ατομικό και σε ομαδικό επίπεδο έχουμε την πλήρη παρακολούθησή του. Η συνολική λοιπόν διάρκεια του προγράμματος είναι έξι μήνες".(Τσαρουχάς, 2000).

Ταυτόχρονα, το διάστημα αυτό εξακολουθεί να παίρνει τη ναλτρεξόνη.

Η ναλτρεξόνη, βέβαια, δεν είναι το μοναδικό φάρμακο που κυκλοφορεί ανά την Ευρώπη. Ήδη από το 1995 είχε εγκριθεί σε οκτώ ευρωπαϊκές χώρες - Γαλλία, Γερμανία, Βέλγιο, Ισπανία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία και Αγγλία - και κυκλοφόρησε στη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του '96 το acamprosate- που ενισχύει την εγκράτεια των αλκοολικών - υπό την ονομασία Campral. Το φάρμακο αυτό διατίθεται στη Γαλλία από το 1989 με την ονομασία Aotal και μέχρι το 1995 είχε χορηγηθεί σε 500.000 ασθενείς.(Τσαρουχάς, 2000).

Κλινικές έρευνες που έγιναν σε περισσότερους από τέσσερις χιλιάδες αλκοολικούς, σε 12 ευρωπαϊκές χώρες, έδειξαν ότι όταν τηρείται σωστά η αγωγή υπάρχει σημαντική μείωση του ποσοστού υποτροπής των εξαρτημένων ατόμων.

Κανένα, όμως, φάρμακο δεν αποτελεί πανάκεια αν ο ίδιος ο εξαρτημένος δεν αποφασίσει ότι θέλει να απεγκλωβιστεί από τον αλκοολισμό. Γι' αυτό, σε όλα τα κράτη της Ευρώπης, που επισκεφθήκαμε, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχολογική απεξάρτηση του ατόμου από την ουσία. Πέρα λοιπόν από τη φαρμακευτική προσέγγιση του προβλήματος, που απ' ό,τι φαίνεται είναι ευρέως διαδεδομένη στο εξωτερικό, στα κέντρα λειτουργούν παράλληλα και ομάδες ψυχολογικής στήριξης.(Τσαρουχάς, 2000, σ.219-223).

5.7 Πρόληψη: Η λύση

Η κατανάλωση του αλκοόλ στη Γηραιά ήπειρο είναι μεγάλη και αυτό οφείλεται εν μέρει και στην μεγαλύτερη παραγωγή αλκοολούχων ποτών. Η βιομηχανία του αλκοόλ απασχολεί ένα καθόλου ευκαταφρόνητο αριθμό εργατών. Υπάρχουν χώρες όπου ένα μεγάλο μέρος της οικονομίας τους συντηρείται και στηρίζεται από τη βιομηχανία ποτών. Φθάνει κανείς να αναλογιστεί ότι το 1990 και σύμφωνα με τα στοιχεία του Amsterdam Group το εργατικό δυναμικό που απασχολούνταν στην ποτοποιία ξεπερνούσε τις 682 χιλιάδες. Αριθμός που περιλαμβάνει τους αμέσως, απασχολούμενους και όχι τους εμμέσως, όπως διακινητές, πωλητές ή άλλες ειδικότητες.

Όμως, τελικά, αυτό που καλούνται να αποφασίσουν οι ευρωπαϊκές χώρες είναι αν το μικρό πιθανόν κόστος μιας μείωσης της κατανάλωσης με συνέπεια την ανάλογη μείωση της παραγωγής - γεγονός που θα είχε ίσως συνέπεια στην απασχόληση κάποιων ανθρώπων - είναι μεγαλύτερο από το κόστος που πληρώνουν τώρα οι Ευρωπαίοι. Κόστος δυσβάσταχτο και καθόλου ευκαταφρόνητο. Πολλοί, μάλιστα,

τονίζουν ότι είναι μεγαλύτερο από το τυχόν κόστος μιας μειωμένης παραγωγής. Κόστος Βαρύ.(Ποταμιάνος, 1991).

Στον τομέα της υγείας - ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, νοσηλεία.

Στη δουλειά - απουσίες, χαμηλή και κακής ποιότητας παραγωγικότητα

Στο δρόμο - τροχαία ατυχήματα

Στην κοινωνία - βία

Στην οικογένεια.

Σε διάφορα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπολογίζεται ότι το κόστος της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, κυμαίνεται μεταξύ του 2 και 6% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος.(Ποταμιάνος, 1991).

Ερευνητές επισημαίνουν πως όταν σε εθνικό επίπεδο αυξάνεται η κατανάλωση αλκοόλ, έχουμε παράλληλη αύξηση συγκεκριμένων κοινωνικών προβλημάτων. Για παράδειγμα, όταν την περίοδο 1979-1982 είχαμε πτώση της κατά κεφαλή κατανάλωσης στην Αγγλία (από 10,4 λίτρα σε 9,2 λίτρα) διαπιστώθηκε παράλληλη μείωση κατά 11% του αριθμού των ανθρώπων που δικάστηκαν για μέθη, 8% των μεθυσμένων οδηγών και 4% των θανάτων από κίρρωση του ήπατος.

“... Εκτιμούμε ότι το οικονομικό κόστος στη Γερμανία από την κατάχρηση του αλκοόλ είναι 40 δισεκατομμύρια μάρκα το χρόνο”, επισήμανε ο Matthias Boelcow, του Ινστιτούτου Guttempler στο Αμβούργο. Και διευκρίνισε: “Πρόκειται για κόστος που περιλαμβάνει τα πάντα, νοσοκομειακή περίθαλψη, απώλεια παραγωγικότητας, κόστος θεραπείας, κόστος ανεργίας, γιατί οι αλκοολικοί έχουν υψηλό δείκτη ανεργίας. Είναι εκτίμηση συνολικού κόστους, περιλαμβάνει και το κόστος τροχαίων, το κόστος για τη ζωή τρίτων, δηλαδή τα θύματα των τροχαίων ατυχημάτων. Επίσης, εκτιμάται ότι 40 χιλιάδες περίπου άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους ως άμεση ή έμμεση συνέπεια χρήσης του αλκοόλ”.(Ποταμιάνος, 1991, σ.157-158).

Στην Αγγλία

Το κόστος του αλκοολισμού που σχετίζεται με προβλήματα υγείας υπολογίζεται ότι ανέρχεται στα 150 εκατομμύρια λίρες το χρόνο.

Ο αλκοολισμός που σχετίζεται με βία - εγκλήματα κοστίζει περίπου 50 εκατομμύρια λίρες το χρόνο.

Η κακή χρήση του αλκοόλ κοστίζει στη βιομηχανία της χώρας περίπου 2 δις λίρες το χρόνο.(Ποταμιάνος, 1991, σ.158).

Στη Δανία

το κόστος για το 1994 εκτιμάται ότι κυμάνθηκε από 10 έως 12 δις κορόνες Δανίας.

Το μεγάλο ζητούμενο και σ' αυτό το κοινωνικό πρόβλημα είναι η πληροφόρηση του κόσμου για το τι πραγματικά συνεπάγεται η κατάχρηση του αλκοόλ. Πολιτικές που περιλαμβάνουν μόνο κατασταλτικά μέτρα, είναι καταδικασμένες να πεθάνουν. Η Ενωμένη Ευρώπη καλείται να αντιμετωπίσει τα προβλήματα από την κατάχρηση του αλκοόλ με μια ενιαία πολιτική στο θέμα. Πολιτική που θα ξεπερνά τα στενά όρια του κράτους μέλους και θα διασφαλίζει τις κοινωνίες και τα άτομα. Η τελική απόφαση για το τι μέλλει γενέσθαι στη ναρκωμένη από το αλκοόλ Ευρώπη, είναι ζήτημα πολιτικών επιλογών.(Ποταμιάνος, 1991, σ.159).

Πάντως, είναι κοινή πεποίθηση σε όλες τις ανεπτυγμένες κοινωνίες, ότι τα κοινωνικά προβλήματα αντιμετωπίζονται με την πρόληψη. Σε εγχειρίδιο για την πρακτική πρόληψης στην Ευρώπη, σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ - το οποίο συνέταξε το υπουργείο Δημόσιας Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού της Ολλανδίας και εγκρίθηκε από την Ομάδα Πομπιντού - αναφέρεται:

Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι δύσκολη όσον αφορά το συγκεκριμένο ζήτημα και δεν έχει άμεσα αντιληπτό αποτέλεσμα στον αριθμό των εξαρτημένων ατόμων που υπάρχουν στην κοινωνία. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής στρέφονται επανειλημμένα προς την εναλλακτική λύση της πρόληψης. Η εμπειρία έχει δείξει ότι δεν είναι εύκολη η καταπολέμηση της παραγωγής και διακίνησης, τόσο των νόμιμων όσο και των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, ούτε και η πρόληψη άλλων σοβαρών επιπτώσεων σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Η επιβολή απαγορεύσεων ή ποινών αποφέρει συχνά απογοητευτικά αποτελέσματα. Το συμπέρασμα στο οποίο έχει καταλήξει κάθε κοινωνία είναι ότι είναι προτιμότερο να δοθεί έμφαση στην ενίσχυση του αυτό-ελέγχου. Τα μέτρα που αποσκοπούν στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και στην καταπολέμηση της αλόγιστης συμπεριφοράς που συνοδεύει την κατάχρηση αυτή, είχαν μακρά προϊστορία στις ευρωπαϊκές χώρες. Η ενίσχυση του αυτό-ελέγχου, σε αντίθεση με την παρόρμηση της κατανάλωσης αλκοόλ, ανεξαρτήτως χρόνου και χώρου, έχει αποδεχθεί επιτυχώς για τη μεγάλη πλειοψηφία του πληθυσμού... (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

... Σήμερα, υπάρχει ένα τεράστιο κενό μεταξύ της αυξημένης γνώσης και τα αίτια που οδηγούν στην ουσιοεξάρτηση και το σχηματισμό ομάδων κινδύνου από τη μια μεριά και της ακόμη περιορισμένης πρακτικά εφαρμόσιμης γνώσης σχετικά με το τι μπορεί να κάνει κανείς γι' αυτό, από την άλλη. Η συσσώρευση γνώσης όσον αφορά τη διάγνωση και την πρόγνωση είναι σημαντική για την κοινωνία εάν κινείται στην κατεύθυνση υποβοήθησης της πρόληψης... (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

... Όπως συμβαίνει και με τη θεραπευτική αντιμετώπιση, μεγάλο μέρος της δουλειάς πρόληψης βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό στάδιο- υφίσταται ως επαγγελματική δραστηριότητα μόνο κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Γι' αυτό, η δουλειά της πρόληψης πρέπει να εξελιχθεί ανάλογα με την πειραματική εφαρμογή, την περιγραφή και τη διεξοδική αξιολόγηση των μεθόδων και των προγραμμάτων. (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

Η πρόληψη μπορεί να εστιάζεται στη νέα γενιά, αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι οι δραστηριότητες πρόληψης που απευθύνονται σε ενήλικες (όπως οι γονείς) είναι λιγότερο σημαντικές. Οι γονείς παίζουν συχνά το πιο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μικρού παιδιού. Οι νέοι εντοπίζουν τάχιστα την οποιαδήποτε ασυνέπεια μεταξύ των προσπαθειών, εκ μέρους των ενηλίκων, να αλλάζουν τη συμπεριφορά τους και της πραγματικής συμπεριφοράς τους. Η υποκρισία φέρνει, συνήθως, τα αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Το "καλό παράδειγμα" παραμένει ένα σημαντικό μέσο επιρροής. Κατ' αυτό τον τρόπο, στην πρόληψη, οι γονείς αποτελούν τόσο μια ομάδα - στόχο καθαυτή, όσο και μια ενδιάμεση ομάδα - στόχο. Τα θεωρητικά ζητήματα αντιμετωπίζονται σε βάθος. Ο λόγος γι' αυτό είναι, ότι πάρα πολλές προσπάθειες πρόληψης καταλήγουν σε αδιέξοδο ή αποδεικνύονται αναποτελεσματικές, επειδή δεν υπήρχε επαρκής προβληματισμός στην προετοιμασία και ανάπτυξη του βασικού σκεπτικού. Είναι σημαντικό να υπάρχει ένα ολοκληρωμένο θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο θα βασίζονται οι δραστηριότητες της πρόληψης. Με αυτό τον τρόπο αυξάνονται οι πιθανότητες επίτευξης του στόχου και περιορίζεται η απαιτούμενη προσπάθεια". (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002, σ.268-270).

5.8 Συμπεράσματα της βιβλιογραφικής έρευνας.

Στα προηγούμενα 5 κεφάλαια της συγκεκριμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης, εξετάζονται οι έννοιες του αλκοολικού και του προβληματικού πότη, η ιστορία του αλκοόλ και οι επιπτώσεις του στο άτομο και την κοινωνία, καθώς επίσης περιγράφονται και αξιολογούνται οι σχετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Μέσα από όλα αυτά που προαναφέρθηκαν, αντιλαμβανόμαστε την ύπαρξη πλέον του φαινομένου της προβληματικής κατανάλωσης της αλκοόλης, το οποίο αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς σε παγκόσμια κλίμακα, με συνέπεια την δημιουργία σοβαρών και πολυδιάστατων προβλημάτων σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής. Συγκεκριμένα:

Η συνεχής και η υπερβολική λήψη αλκοόλης δημιουργεί σοβαρές επιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, είτε έμμεσα είτε άμεσα. Οι νευρολογικές και οι ψυχιατρικές διαταραχές, κατατάσσονται στις κυριότερες και σημαντικότερες επιπτώσεις που επιφέρει η κατάχρηση της αλκοόλης. (Πελλάργα, Εγκεφαλική ατροφία, Ηπατική εγκεφαλοπάθεια, Ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από αλκοόλ, Διαταραχή της διάθεσης, Αγχώδης διαταραχή κ.ά).

Επιπλέον, η βία, η εγκληματικότητα, τα τροχαία ατυχήματα κατατάσσονται στις κοινωνικές επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ. Το αλκοόλ συχνά έχει ως αποτέλεσμα τη βίαιη συμπεριφορά, την εκτός ελέγχου συμπεριφορά. Τα προβλήματα που προκαλεί στην οικογένεια, είναι τόσο μεγάλα σε βαθμό που οδηγεί ολόκληρη την οικογενειακή ζωή, σε δυσλειτουργία. Τα παιδιά των αλκοολικών υποφέρουν από αυτοκαταστροφικές τάσεις και από χαμηλή αυτοεκτίμηση κατά την περίοδο της παιδικής ηλικίας, ενώ κατά την εφηβεία επιδεικνύουν συμπεριφορές που προμηνύουν την ανάπτυξη του αλκοολισμού.

Τέλος, η αυξημένη κατανάλωση της αλκοόλης, δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστη την οικονομική ζωή. Το υψηλό κόστος της θνησιμότητας εξαιτίας του αλκοολισμού, η μειωμένη παραγωγικότητα, οι δαπάνες για τις νοσοκομειακές ή άλλες υπηρεσίες, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο αλκοολισμός πληρώνεται ακριβά.

Η επιτακτική ανάγκη της αντιμετώπισης και της επίλυσης των προβλημάτων που επιφέρει η χρήση της αλκοόλης, συνετέλεσε στην δημιουργία διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων και προγραμμάτων και στη συνεχή αξιολόγησή τους από τους ειδικούς επιστήμονες με στόχο την εξάλειψη ενδεχομένων μεθοδολογικών δυσκολιών που μπορεί να αποτελέσουν εμπόδιο στην αποτελεσματικότητά τους.

Οι ομάδες των Ανωνύμων Αλκοολικών, τα Κέντρα Θεραπείας του Αλκοολισμού, οι Ξενώνες, είναι φορείς που καταβάλουν σημαντικές προσπάθειες για την καταπολέμηση του φαινομένου του αλκοολισμού.

Η φαρμακοθεραπεία, οι τεχνικές θεραπείες συμπεριφοράς, η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία, είναι ορισμένες από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται κατά την θεραπεία του αλκοολισμού.

B ΜΕΡΟΣ

1. Έρευνα για το αλκοόλ στους σπουδαστές της κοινωνικής εργασίας του ΑΤΕΙ Πάτρας.

Η παρακάτω έρευνα πραγματοποιήθηκε στο ΑΤΕΙ της Πάτρας. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την συγκέντρωση των απαραίτητων πληροφοριών είναι το ερωτηματολόγιο κλειστών και ανοιχτών ερωτήσεων.

Το αντικείμενο μελέτης της συγκεκριμένης έρευνας είναι οι σπουδαστές/στρίες του πρώτου μέχρι και του έκτου εξαμήνου της εαρινής περιόδου του τμήματος της κοινωνικής εργασίας του ΑΤΕΙ Πάτρας.

Συγκεκριμένα, ο ακριβής πληθυσμός της έρευνας είναι 690 σπουδαστές/στρίες της σχολής.

Το αντιπροσωπευτικό δείγμα της έρευνας είναι το 10% του πληθυσμού που αντιστοιχεί σε 69 σπουδαστές/στρίες.

1.1 Σκοποί και στόχοι της έρευνας.

Ένας βασικός σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να μελετηθεί η σχέση των σπουδαστών με το αλκοόλ.

Συγκεκριμένα:

- Αν κάνουν χρήση αλκοόλ ή όχι.
- Την συχνότητα και την ποσότητα του αλκοόλ που χρησιμοποιούν.
- Το είδος του αλκοόλ που προτιμούν.
- Τους λόγους που τους ωθεί να πίνουν.
- Τι σημαίνει για τους ίδιους το αλκοόλ και το ρόλο που κατέχει στη ζωή τους.

Άλλος ένας εξίσου σημαντικός σκοπός είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο ο οικογενειακός, συγγενικός, φιλικός και γενικότερα ο κοινωνικός περίγυρος επηρεάζει την συμπεριφορά τους απέναντι στο αλκοόλ.

Ειδικότερα:

- Αν η οικογένεια καταναλώνει αλκοόλ ή όχι.
- Πόσο συχνά χρησιμοποιείται από την οικογένεια και σε τι ποσότητες.
- Την κατάσταση των σχέσεων των σπουδαστών με τις οικογένειές τους.
- Ποια μέλη της οικογένειας πίνουν.
- Αν υπάρχει άτομο από το οικογενειακό ή το συγγενικό περιβάλλον που αντιμετωπίζει πρόβλημα με το αλκοόλ.
- Τι ρόλο παίζουν οι παρέες και οι φίλοι τους στην στάση τους απέναντι στο αλκοόλ.

Οι αλλαγές που παρατηρούν οι σπουδαστές της κοινωνικής εργασίας στον ψυχισμό και στην συμπεριφορά τους κατά την πόση, αποτελεί έναν από τους κύριους σκοπούς της έρευνας.

Επιπλέον, σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθεί πόσο ενημερωμένοι είναι οι σπουδαστές για τις αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει η ανεξέλεγκτη χρήση του αλκοόλ στον άνθρωπο και πόσο συνειδητοποιημένοι είναι οι ίδιοι για τους κινδύνους που μπορεί να επιφέρει η χρήση του.

Τέλος, αντικειμενικός στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι να φανεί με στατιστικά στοιχεία, η γενική εικόνα της συμπεριφοράς των σπουδαστών σήμερα, απέναντι στο αλκοόλ.

1.2. Τα αποτελέσματα της έρευνας.

1. Φύλλο ερωτηθέντων

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28/ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|----------|-----------------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΑΓΟΡΙΑ | 28 | 40,57 | 69 | 100% |
| B. | ΚΟΡΙΤΣΙΑ | 41 | 59,42 | | |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Από τους σπουδαστές που ερωτήθηκαν το 40,57% ήταν αγόρια, ενώ το 59,42% ήταν κορίτσια.

2. Η ηλικία των σπουδαστών που ερωτήθηκαν

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ-28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ-41 | | ΣΥΝΟΛΟ-69 | |
|-----------|---------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | 19 ΕΤΩΝ | 7 | 25% | 12 | 29.3% | 19 | 27.6% |
| Β. | 20ΕΤΩΝ | 4 | 14.28% | 13 | 31.7% | 17 | 24.7% |
| Γ. | 21ΕΤΩΝ | 8 | 28.57% | 7 | 17.1% | 15 | 21.8% |
| Δ. | 22 ΕΤΩΝ | 9 | 32.2% | 9 | 22% | 18 | 26.1% |

3. Εξάμηνο φοίτησης

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ 28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ 41 | | ΣΥΝΟΛΟ 69 | |
|-----------|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | Α ΕΞΑΜΗΝΟ | 4 | 14.3% | 9 | 22% | 13 | 18.9% |
| Β. | Β ΕΞΑΜΗΝΟ | 3 | 10.8% | 11 | 26.9% | 11 | 16% |
| Γ. | Γ ΕΞΑΜΗΝΟ | 4 | 14.3% | 5 | 12.2% | 10 | 14.5% |
| Δ. | Δ ΕΞΑΜΗΝΟ | 4 | 14.3% | 5 | 12.2% | 14 | 20.3% |
| Ε. | Ε ΕΞΑΜΗΝΟ | 6 | 21.5% | 7 | 17.1% | 9 | 13.1% |
| ΣΤ. | ΣΤ ΕΞΑΜΗΝΟ | 7 | 25% | 4 | 9.8% | 12 | 17.4% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Από τους ερωτηθέντες σπουδαστές, το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούν εκείνοι των 19 ετών με 27,6% και με χαμηλότερο ποσοστό εκείνο των σπουδαστών των 21 ετών με ποσοστό 21,8%.

4 & 5. Επαγγελματική κατάσταση γονέων

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΠΑΤΕΡΑΣ:69 | | ΜΗΤΕΡΑ:69 | | ΣΥΝΟΛΟ:138 | |
|-----------|-----------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤ Ο | ΣΥΧΝ | ΠΟΣΟΣΤ Ο | ΣΥΧΝ | ΠΟΣΟ Σ. |
| A. | ΔΗΜΟΣ.ΥΠΑΛ. | 31 | 45% | 16 | 23.2% | 47 | 34.1% |
| B. | ΙΔΙΩΤ. ΥΠΑΛ. | 12 | 17.4% | 10 | 14.5% | 22 | 16% |
| Γ. | ΕΛΕΥΘ.ΕΠΑΓΓΕΛΜ. | 11 | 16% | 5 | 7.3% | 16 | 11.6% |
| Δ. | ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ/Α | 5 | 7.3% | 1 | 1.5% | 6 | 4.4% |
| Ε. | ΑΓΡΟΤΗΣ/ΣΑ | 10 | 14.5% | 1 | 1.5% | 11 | 8% |
| Σ Τ. | ΑΝΕΡΓΟΣ/Η | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| Z. | ΟΙΚΙΑΚΑ | 0 | 0.0% | 36 | 52.2% | 36 | 52.2% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 34,1% των γονέων απασχολούνται στον Δημόσιο Τομέα (πατέρες:45% και μητέρες:23,2%), ενώ με τα οικιακά ασχολούνται μόνο οι μητέρες με ποσοστό 52,2%. Ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι 16%, οι ελεύθεροι επαγγελματίες 11,6%, οι αγρότες με 8% και οι συνταξιούχοι με 4,4%. Αξιοσημείωτο είναι ότι κανείς από τους γονείς δεν είναι άνεργος.

6. Μορφωτικό επίπεδο γονιών

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑΣΕΙΣ | | ΚΟΡΙΤΣΙΑΣΕΙΣ | | ΣΥΝΟΛΟ | |
|-----------|-------------------------------|------------|---------|--------------|---------|--------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ | 0 | 0.0% | 2 | 2.9% | 2 | 1.5% |
| Β. | ΑΠΟΦ.ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ | 7 | 10.2% | 12 | 17.4% | 19 | 13.8% |
| Γ. | ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/Η ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ | 17 | 24.7% | 15 | 21.8% | 32 | 23.9% |
| Δ. | ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/Η ΛΥΚΕΙΟΥ | 32 | 46.4% | 27 | 39.2% | 59 | 42.8% |
| Ε. | ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ/Α Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι. | 13 | 18.9% | 15 | 21.8% | 28 | 20.3% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 42,8% των γονέων έχουν απολυτήριο Λυκείου. Ακολουθούν εκείνοι του Γυμνασίου με 23,9% των πτυχιούχων Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι. με 20,3% του Δημοτικού με 13,8% ενώ παρουσιάζεται το ποσοστό του 1,5% των αναλφάβητων που το αποτελούν μόνο οι γυναίκες.

7. Ο συχνότερος χώρος διασκέδασης

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ | |
|-----------|----------------|-----------|---------|-------------|---------|--------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΚΑΦΕΤΕΡΙΑ | 12 | 42.9% | 21 | 51.3% | 23 | 47.9% |
| B. | ΤΑΒΕΡΝΑ | 4 | 14.3% | 2 | 4.9% | 6 | 8.7% |
| Γ. | ΜΠΑΡΑΚΙΑ | 5 | 17.9% | 3 | 7.4% | 8 | 19.6% |
| Δ. | CLUB | 10 | 35.8% | 13 | 31.8% | 23 | 33.4% |
| Ε. | ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΣ | 1 | 3.6% | 2 | 4.9% | 3 | 4.4% |
| ΣΤ. | ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Παρατηρήθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 47,9% συχνάζει περισσότερο σε καφετερίες (αγόρια:42.9% και κορίτσια:51,3%). Ακολουθούν ως προτιμήσεις τα κλαμπ με ποσοστό 33,4% (αγόρια:35.8% και κορίτσια:31,8%), τα μπαράκια με ποσοστό 19,6%, οι ταβέρνες με 8,7% και ακόμη χαμηλότερα ο κινηματογράφος με ποσοστό προτίμησης 4,4%.

8. Η ηλικία που δοκίμασαν πρώτη φορά αλκοόλ

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|------------------|----|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΠΡΙΝ ΑΠΟ 9 ΕΤΩΝ | 9 | 5 | 17.9% | 3 | 7.4% | 8 | 11.6% |
| B. | ΑΠΟ 10 — 11 ΕΤΩΝ | 11 | 4 | 14.28% | 5 | 12.2% | 9 | 13.1% |
| Γ. | ΑΠΟ 12—13 ΕΤΩΝ | 13 | 8 | 28.6% | 18 | 44% | 26 | 37.7% |
| Δ. | ΑΠΟ 14—15 ΕΤΩΝ | 15 | 9 | 32.2% | 10 | 24.4% | 19 | 27.6% |
| Ε. | ΑΠΟ 16—17 ΕΤΩΝ | 17 | 2 | 7.2% | 5 | 12.2% | 7 | 10.2% |
| ΣΤ. | ΑΠΟ 18 ΕΤΩΝ | | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων σπουδαστών 37,7% δοκίμασε για πρώτη φορά αλκοόλ μεταξύ των ηλικιών 12-13. ακολουθούν οι ηλικίες 14 και 15 με ποσοστό: 27,6% και οι ηλικίες από 10 έως 11 ετών με ποσοστά 13,1%. Παράλληλα αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε ηλικία πριν των 9 ετών το 11,6% των ερωτηθέντων (αγόρια:17,9% και κορίτσια:7,4%) έχει δοκιμάσει αλκοόλ για πρώτη φορά. Σε χαμηλότερο ποσοστό παρουσιάζεται οι ηλικίες των 16 μέχρι 17 ετών με ποσοστό 10,2% ενώ δεν υπάρχει κανείς από τους δεκαοκτάχρονους νέους που να μην έχει δοκιμάσει αλκοόλ.

9. Αν τους άρεσει η γεύση του αλκοόλ

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|---------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΝΑΙ | 18 | 64.3% | 26 | 63.5% | 44 | 63.8% |
| B. | ΟΧΙ | 3 | 10.8% | 5 | 12.2% | 8 | 11.6% |
| Γ. | ΟΧΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ | 7 | 25% | 10 | 24.4% | 17 | 24.7% |
| Δ. | ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων σπουδαστών 63,8% (αγόρια:64,3% και κορίτσια:63,5%) φάνηκε να τους άρεσε η γεύση του αλκοόλ που δοκίμασαν για πρώτη φορά. Παρατηρήθηκε επίσης ότι το 24,7% των ερωτηθέντων δεν απόλαυσε ιδιαίτερα τη γεύση του, ενώ μόλις το 11,6% δεν του άρεσε καθόλου.

10. Ήπιαν για πρώτη φορά με παρουσία τρίτου ατόμου ή όχι

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΑ:69 | |
|-----------|-------------------------------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΜΟΝΟΣ/Η | 4 | 14.3% | 2 | 4.9% | 6 | 8.7% |
| B. | ΜΕ ΦΙΛΟΥΣ | 17 | 60.8% | 23 | 56.1% | 40 | 58% |
| Γ. | ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | 7 | 25% | 16 | 39.1% | 23 | 33.4% |
| Δ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| Ε. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Παρατηρήθηκε ότι η μεγαλύτερη πλειοψηφία 68,8% των ερωτηθέντων σπουδαστών (αγόρια:60,8% και κορίτσια:56,1%) δοκίμασαν για πρώτη φορά αλκοόλ με την παρούσα των φίλων τους. Επίσης ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 33,4% δοκίμασε με κάποιον από την οικογένεια του, ενώ μόλις το 8,7% δοκίμασε χωρίς την παρουσία κάποιου πρόσωπου.

11. Με ποιο μέλος της οικογένειας ήπια το άτομο και σε τι ποσοστό

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ: 7 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ: 16 | | ΣΥΝΟΛΟ | |
|-----------|-------------------------------------|-----------|---------|--------------|---------|--------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΠΑΤΕΡΑΣ | 3 | 42.9% | 0 | 0.0% | 3 | 13% |
| Β. | ΜΗΤΕΡΑ | 0 | 0.0% | 4 | 25% | 4 | 17.4% |
| Γ. | ΑΔΕΛΦΟΣ/Η | 3 | 42.9% | 9 | 56.25% | 12 | 52.2% |
| Δ. | ΑΛΛΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ | 0 | 0.0% | 2 | 12.5% | 2 | 8.7% |
| Ε. | ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΟΛΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ | 1 | 14.3% | 1 | 6.25% | 2 | 8.7% |
| ΣΤ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| Ζ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών που δοκίμασαν για πρώτη φορά αλκοόλ με την παρουσία κάποιου προσώπου από την οικογένεια ήταν εκείνο που ήπια με παρουσία των αδελφών τους (52,2%). Ακολουθούν με ποσοστό 17,4% αυτοί που ήπια με παρουσία της μητέρας, το 13% με παρουσία του πατέρα και τέλος με την παρουσία όλης της οικογένειας ή άλλου συγγενή με ποσοστό 8,7%.

12. Ποιο είναι το ποτό που συνηθίζουν να πίνουν

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ 28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ 41 | | ΣΥΝΟΛΟ 69 | |
|-----------|---------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΜΠΥΡΑ | 12 | 42.9% | 19 | 46.4% | 31 | 45% |
| Β. | ΚΡΑΣΙ | 4 | 14.3% | 4 | 9.8% | 8 | 11.69% |
| Γ. | ΟΥΖΟ/ΤΣΙΠΟΥΡΟ | 3 | 10.8% | 3 | 7.4% | 6 | 8.7% |
| Δ. | ΟΥΙΣΚΙ/ΒΟΤΚΑ | 8 | 28.6% | 12 | 29.3% | 20 | 29% |
| Ε. | ΚΟΚΤΕΙΛ | 1 | 3.6% | 3 | 7.4% | 4 | 5.8% |
| ΣΤ. | ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων σπουδαστών 45% συνηθίζει να πίνει μπύρα, ακολουθεί ως προτίμηση το ουίσκι και η βότκα με ποσοστό 29%. Με χαμηλότερα ποσοστά προτιμούνται το κρασί με 11,6%, το ούζο και το τσίπουρο με 8,7% και τα κοκτέιλ με ποσοστό 5,8%.

13. Συχνότητα χρήσης αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|-----------------------------------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΑΡΑΙΗ ΧΡΗΣΗ (1-9 ΦΟΡΕΣ) | 11 | 39.3% | 19 | 46.4% | 30 | 43.5% |
| Β. | ΣΥΧΝΗ ΧΡΗΣΗ (10-19 ΦΟΡΕΣ) | 9 | 32.2% | 9 | 22% | 18 | 27% |
| Γ. | ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΗ ΧΡΗΣΗ(20 ΦΟΡΕΣ & ΠΑΝΩ) | 7 | 25% | 3 | 7.4% | 10 | 14.5% |
| Δ. | ΚΑΜΙΑ ΦΟΡΑ | 1 | 3.6% | 10 | 24.4% | 11 | 15% |
| Ε. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0,0% |
| ΣΤ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων σπουδαστών 43,5% έχει κάνει αραιή χρήση (1-9 φορές) τις τελευταίες 30 ημέρες. Ακολουθεί η συχνή χρήση σπουδαστών 27% (δηλαδή 10-19 φορές), καμία φορά με 15% ποσοστό και η πολύ συχνή χρήση με ποσοστό 14,5%. Πρέπει να σημειωθεί ότι το 25% των αγοριών έχει καταναλώσει 20 φορές και πάνω αλκοόλ το ίδιο διάστημα έναντι του 7,4% των κοριτσιών.

14. Ποσότητα κατανάλωσης κάθε φορά χρήσης κατά τις 30 τελευταίες ημέρες

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ-27 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ-31 | | ΣΥΝΘΑΛΟ-31 | |
|-----------|--------------|-----------|---------|-------------|---------|------------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | 1-2 ΠΟΤΑ | 13 | 48.1% | 22 | 70.9% | 35 | 60.4% |
| B. | ΕΩΣ 3 ΠΟΤΑ | 10 | 37.1% | 7 | 22.6% | 17 | 29.4% |
| Γ. | 3 ΠΟΤΑ & ΑΝΩ | 4 | 14.8% | 2 | 6.5% | 6 | 10.3% |
| Δ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| Ε. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών 60,4% κατανάλωσε 1 έως 2 ποτά κάθε φορά που έκανε χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες, ακολουθεί η χρήση των 3 ποτών με ποσοστό 29,4% και εκείνοι των 3 ποτών και άνω με ποσοστό 10,3%. Άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι τα αγόρια καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ (14,8%) έναντι του 6,5% των κοριτσιών στην ποσότητα 3 ποτά και άνω. Κανένας από τους σπουδαστές δεν δέχτηκε να μην απαντήσει.

15. Πόσες φορές τις τελευταίες 30 ημέρες ήπιαν παραπάνω από ότι έπρεπε

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:27 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:31 | | ΣΥΝΟΛΟ:58 | |
|-----------|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | 1-3 ΦΟΡΕΣ | 10 | 37,1% | 11 | 35,5% | 21 | 36,3% |
| Β. | 4-6 ΦΟΡΕΣ | 7 | 25,9% | 5 | 16,1% | 12 | 20,7% |
| Γ. | 7-9 ΦΟΡΕΣ | 2 | 7,5% | 3 | 9,7% | 5 | 8,7% |
| Δ. | 10 ΚΑΙ ΑΝΩ | 2 | 7,5% | 1 | 3,2% | 3 | 5,2% |
| Ε. | ΚΑΜΙΑ ΦΟΡΑ | 6 | 22,3% | 12 | 38,8% | 20 | 34,4% |
| ΣΤ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Ζ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 36,3% των ερωτηθέντων σπουδαστών δεν κατόρθωσε 1-3 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες να σταματήσει να πίνει. Το 20,7% στις 4-6 φορές, το 8,7% στις 7- φορές και τέλος το 5,2% στις 10 φορές και άνω. Παράλληλα το 34,4% δεν έχει έλθει σ' αυτή την κατάσταση.

16. Αν έχουν μεθύσει ποτέ

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΝΑΙ | 18 | 64,3% | 27 | 65,9% | 45 | 65,3% |
| B. | ΟΧΙ | 10 | 35,7% | 14 | 34,2% | 24 | 34,8% |
| Γ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Δ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Παρατηρήθηκε πως το 65,3% δηλώνει πως: <<ναι>> έχει μεθύσει, ενώ το 34,8% πως όχι.

17. Το είδος της μέθης που είχαν

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:18 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:27 | | ΣΥΝΟΛΟ:45 | |
|-----------|----------------------------------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΕΛΑΦΡΙΑ ΜΕΘΗ (ΖΑΛΗ) | 13 | 72,2% | 19 | 70,4% | 2 | 71,1% |
| Β. | ΒΑΡΙΑ ΜΕΘΗ (ΕΜΕΤΟΣ, ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ) | 5 | 27,8% | 8 | 29,7% | 13 | 28,9% |
| Γ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Δ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (71,1%) που δήλωσαν πως έχουν μεθύσει, είχαν ελαφριά μέθη (αγόρια:72,2% έναντι κοριτσιών:70,4%), ενώ το 28,9% (αγόρια:27,8% έναντι κοριτσιών:29,7%), δηλώνει πως είχε συμπτώματα βαριάς μέθης. Όλοι προθυμοποιήθηκαν να δώσουν απαντήσεις.

18. Οι φορές που έχουν μεθύσει

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:18 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:27 | | ΣΥΝΟΛΟ:45 | |
|-----------|------------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | 1-4 ΦΟΡΕΣ | 10 | 55,6% | 18 | 66,7% | 28 | 62,3% |
| Β. | 5-9 ΦΟΡΕΣ | 4 | 22,3% | 6 | 22,2% | 10 | 22,2% |
| Γ. | 10-14 ΦΟΡΕΣ | 3 | 16,6% | 2 | 7,5% | 5 | 11,2% |
| Δ. | 15-19 ΦΟΡΕΣ | 1 | 5,5% | 1 | 3,8% | 2 | 4,5% |
| Ε. | 20 ΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΑΝΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| ΣΤ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Ζ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σπουδαστών που απάντησαν στο προηγούμενο ερώτημα καταφατικά, δηλώνουν ότι: το 62,3% έχει μεθύσει από 1 έως 4 φορές, ακολουθεί και ποσοστό 22,2% που δηλώνει πως έχει μεθύσει από 5 έως 9 φορές. Ακολουθεί το ποσοστό 11,2% εκείνων που απάντησαν ότι έχουν μεθύσει από 10 έως 14 φορές και τέλος , το ποσοστό 4,5% εκείνων που οι φορές που μέθυσαν δεν ξεπερνούν τις 20. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι, πάνω από 20 φορές δεν έχει μεθύσει κανένας.

19. Ο σπουδαιότερος λόγος πόσης

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|------------------------------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΓΙΑ ΝΑ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΕΙ | 7 | 25% | 13 | 31,7% | 20 | 29% |
| B. | ΑΡΕΣΕΙ Η ΓΕΥΣΗ ΤΟΥ | 6 | 21,5% | 5 | 12,2% | 11 | 16% |
| Γ. | ΓΙΑ ΝΑ ΧΑΛΑΡΩΣΕΙ/ΦΤΙΑΞΕΙ Η ΔΙΑΘΕΣΗ | 9 | 32,2% | 17 | 41,5% | 26 | 37,7% |
| Δ. | ΓΙΑ ΔΟΚΙΜΗ | 2 | 7,1% | 3 | 7,4% | 5 | 7,3% |
| Ε. | ΝΑ ΑΠΑΛΛΑΓΕΙ ΑΠΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | 4 | 14,3% | 3 | 7,4% | 7 | 10,2% |
| ΣΤ. | ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Ζ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Η. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το μεγαλύτερο ποσοστό (37.7%) θεωρεί ως σπουδαιότερο λόγο που πίνει την ευκαιρία για χαλάρωση, το 29% για αν διασκεδάσει, ακολουθεί το 16% των ερωτηθέντων που πίνει λόγω αρεσκείας ως προς τη γεύση του ποτού. Ακολουθεί << η δυνατότητα>> να απαλλαγεί από ανησυχίες με ποσοστό 10.2% και για δοκιμή με ποσοστό 7,3%.

20. Τί νιώθουν συνήθως όταν πίνουν

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|---------------------------------------------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΧΑΛΑΡΩΣΗ | 7 | 25% | 11 | 26,8% | 18 | 26,1% |
| B. | ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΘΗΣΗ | 5 | 17,9% | 6 | 14,7% | 11 | 16% |
| Γ. | ΑΠΟΔΟΧΗ ΑΠΟ ΠΑΡΕΑ | 5 | 17,9% | 4 | 9,8% | 9 | 13,1% |
| Δ. | ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΜΕ ΕΥΚΟΛΙΑ (ΑΥΘΟΡΜΗΤΙΣΜΟΣ) | 8 | 28,6% | 19 | 46,4% | 27 | 39,2% |
| Ε. | ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ (ΕΥΕΞΙΑ/ ΕΦΟΡΙΑ) | 3 | 10,8% | 1 | 2,5% | 4 | 5,8% |
| ΣΤ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Ζ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 39,2% συνήθως νιώθει μεγαλύτερο αυθορμητισμό ως προς τη προσέγγιση κάποιου άλλου προσώπου, το 26,1% ότι χαλαρώνει καλύτερα, το 16% μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, το 13,1% ότι γίνεται πιο αποδεκτό απ την παρέα του και μόλις το 5,8% για λόγους που συμπλήρωσαν οι ίδιοι όπως: ευεξία και ευφορία.

21. Αντίληψη για το ποτό

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|--------------------------------------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΑΔΥΝΑΜΙΑ | 7 | 25% | 12 | 29,3% | 19 | 27,6% |
| Β. | ΣΥΝΗΘΕΙΑ | 4 | 14,3% | 9 | 22% | 13 | 18,9% |
| Γ. | ΣΤΥΛ | 3 | 10,8% | 1 | 2,5% | 4 | 5,8% |
| Δ. | ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ | 10 | 35,7% | 16 | 39,1% | 26 | 37,7% |
| Ε. | ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΩΡΙΜΟΤΗΤΑΣ | 1 | 3,6% | 1 | 2,5% | 2 | 2,9% |
| ΣΤ. | ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ/ ΠΕΡΙΣΣΟΤ. ΑΥΘΟΡΜΗΤΙΣΜΟ | 3 | 10,8% | 2 | 4,9% | 5 | 7,3% |
| Ζ. | ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Η. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Θ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 37,7% των ερωτηθέντων σπουδαστών θεωρεί το ποτό ως <<μέσο>> και είδος για ευχαρίστηση. Για το 27,6% (αγόρια:25% και κορίτσια:29,3%) σημαίνει αδυναμία και για το 18,9% (αγόρια:14,3% και κορίτσια:22%) μια συνήθεια. Το 7,3% το αντιλαμβάνεται ως μέσο απελευθέρωσης των αμυνών, ενώ το 5,8% σαν κάτι που προσδίδει στυλ. Τέλος το 2,9% το ταυτίζει ως απόδειξη ωριμότητας.

22. Αν οι φίλοι τους πίνουν

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΝΑΙ | 26 | 92,9% | 33 | 80,5% | 59 | 85,6% |
| B. | ΟΧΙ | 2 | 7,1% | 8 | 19,5% | 10 | 14,4% |
| Γ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Δ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 85,6% των ερωτηθέντων σπουδαστών απάντησαν θετικά στην ερώτηση: αν οι φίλοι τους πίνουν, ενώ το 14,5% έδωσε αρνητική απάντηση.

23. Η ποσότητα που καταναλώνουν οι φίλοι

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:26 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:33 | | ΣΥΝΟΛΟ:59 | |
|-----------|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ | 3 | 11,6% | 2 | 6,1% | 5 | 8,5% |
| Β. | ΠΟΛΥ | 4 | 15,4% | 3 | 9,1% | 7 | 11,9% |
| Γ. | ΑΡΚΕΤΑ | 6 | 23,1% | 9 | 27,3% | 15 | 25,5% |
| Δ. | ΛΙΓΟ | 8 | 30,8% | 13 | 39,4% | 21 | 35,6% |
| Ε. | ΕΛΑΧΙΣΤΑ | 5 | 19,3% | 6 | 18,2% | 11 | 18,7% |
| ΣΤ. | ΚΑΘΟΛΟΥ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Ζ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Η. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 35,6% (αγόρια:30,8% και κορίτσια:39,4%) δηλώνει πως οι φίλοι τους πίνουν λίγο, ενώ το 25,5% (αγόρια:23,1% και κορίτσια:27,3%) θεωρούν πως πίνουν αρκετά. Ακολουθεί το 18,7% όπου οι φίλοι πίνουν ελάχιστα, το 11,9% με το οποίο οι φίλοι τους πίνουν πολύ και τέλος το 8,5% με πολύ μεγάλη πόση. Το αξιοσημείωτο είναι πως κανένας από τους φίλους τους δεν πίνει καθόλου.

24 & 25. Τα μέλη της οικογένειας που πίνουν

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:26 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:36 | | ΣΥΝΟΛΟ:62 | |
|-----------|----------------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΠΑΤΕΡΑΣ | 8 | 30,8% | 13 | 36,1% | 21 | 33,9% |
| Β. | ΜΗΤΕΡΑ | 3 | 11,6% | 2 | 5,5% | 5 | 8,1% |
| Γ. | ΑΔΕΛΦΟΣ/Η | 4 | 15,4% | 7 | 19,5% | 11 | 17,8% |
| Δ. | ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ | 2 | 7,7% | 1 | 2,8% | 3 | 4,9% |
| Ε. | ΟΛΗ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | 6 | 23,1% | 11 | 30,5% | 17 | 27,5% |
| ΣΤ. | ΚΑΝΕΙΣ | 3 | 11,6% | 3 | 8,4% | 6 | 9,7% |
| Ζ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Η. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 92,7% των αγοριών, δηλώνει πως στην οικογένεια τους γίνεται χρήση αλκοόλ. σε αντιστοιχία με το 87,9% των κοριτσιών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δηλώνει πως ο πατέρας (32,9%) κάνει χρήση αλκοόλ και το 26,6% πως όλη η οικογένεια καταναλώνει ποτό. Ποσοστό 17,2% δηλώνει πως τα αδέρφια πίνουν, ακολουθεί το ποσοστό 9,4% όπου κάνει δεν κάνει χρήση στην οικογένεια. Αντίστοιχα παρουσιάζεται εκείνο της μητέρας (7,9%) και μόλις το 4,7% των σπουδαστών δηλώνει πως συγγενικά τους πρόσωπα καταναλώνει αλκοόλ.

26. Ποσότητα που πίνει το μέλος της οικογένειας

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΠΑΤΕΡΑΣ 21 | | ΜΗΤΕΡΑ 5 | | ΑΔΕΛΦΟΣ Η Η | | ΟΛΗ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ 17 | | ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ 3 | | ΣΥΝΟΛΟ 64 | |
|-----------|--------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------------|------------------|------------------|-------|--------------|-------|
| | | ΣΥΧΝ/ ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ/ ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ/ ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ/ ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ/ ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ/ ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ/ ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ/ ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ/ ΠΟΣΟΣΤΟ | | | |
| Α. | ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ | 7 | 33,4% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 7 | 10,9% |
| Β. | ΠΟΛΥ | 3 | 14,3% | 0 | 0,0% | 3 | 27,3% | 3 | 17,7% | 1 | 33,4% | 10 | 15,7% |
| Γ. | ΑΡΚΕΤΑ | 9 | 42,9% | 3 | 60% | 6 | 54,1% | 8 | 47,1% | 2 | 66,7% | 18 | 43,8% |
| Δ. | ΛΙΓΟ | 1 | 4,7% | 0 | 0,0% | 1 | 9,1% | 2 | 11,8% | 0 | 0,0% | 4 | 6,3% |
| Ε. | ΕΛΑΧΙΣΤΑ | 1 | 4,7% | 2 | 40% | 1 | 9,1% | 2 | 11,8% | 0 | 0,0% | 6 | 9,45 |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το μεγαλύτερο ποσοστό 43,8% δηλώνει ότι τα μέλη της οικογένειας τους πίνουν αρκετά, ακολουθεί το ποσοστό 15,7% που καταναλώνει πολύ αλκοόλ. Λίγο και ελάχιστα πίνουν τα ποσοστά: 9,4% και 6,3% αντίστοιχα των μελών της οικογένειας, ενώ αξιοσημείωτο είναι το η μεγάλη πόση γίνεται από το 10,9% και ιδιαίτερα από την πλευρά του πατέρα.

27. Σχέσεις μεταξύ γονέων

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΚΑΛΕΣ | 22 | 78,6% | 33 | 80,5% | 55 | 79,8% |
| Β. | ΔΥΣΧΕΡΕΙΣ | 2 | 7,2% | 1 | 2,5% | 3 | 4,4% |
| Γ. | ΑΡΙΣΤΕΣ | 3 | 10,8% | 6 | 14,7% | 9 | 13,1% |
| Δ. | ΑΝΥΠΑΡΚΤΕΣ | 1 | 3,6% | 1 | 2,5% | 2 | 2,9% |
| Ε. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 79,8% των σπουδαστών θεωρεί τις σχέσεις των γονιών του καλές, ακολουθεί το 13,1% που τις χαρακτηρίζει άριστες, το 4,4% δυσχερείς, ενώ το 2,9% τις χαρακτηρίζει ανύπαρκτες.

28. Χαρακτηρισμός σχέσεων με το γονέα

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΚΑΛΕΣ | 13 | 46,5% | 28 | 68,3% | 41 | 59,5% |
| Β. | ΔΥΣΧΕΡΕΙΣ | 7 | 25% | 11 | 26,9% | 18 | 26,1% |
| Γ. | ΑΡΙΣΤΕΣ | 5 | 17,9% | 1 | 2,5% | 6 | 8,7% |
| Δ. | ΑΝΥΠΑΡΚΤΕΣ | 3 | 10,8% | 1 | 2,5% | 4 | 5,8% |
| Ε. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 59,5% θεωρεί τις σχέσεις με τους γονείς του καλές και το 26,1% δυσχερείς. Ακολουθούν τα ποσοστά 8,7% για το χαρακτηρισμό των σχέσεων με τους γονείς ως άριστες και το 5,8% ως ανύπαρκτες.

29. Αν συζητούν τα προβλήματα τους με τους γονείς τους

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΙΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΝΑΙ | 5 | 17,9% | 13 | 31,8% | 18 | 26% |
| B. | ΟΧΙ | 23 | 82,2% | 28 | 68,3% | 51 | 74% |
| Γ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το αξιοσημείωτο είναι πως το 74% των ερωτηθέντων δεν συζητάει τα προβλήματα του με τους γονείς και μόλις το 26% τα συζητά.

30. Επιτρεπτή ώρα για ξενύχτι

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|---------------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΕΩΣ 24:00 π.μ. | 4 | 14,3% | 12 | 29,3% | 16 | 23,2% |
| Β. | ΕΩΣ 2:00 π.μ. | 7 | 25% | 16 | 39,1% | 24 | 34,8% |
| Γ. | ΧΩΡΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ | 17 | 60,8% | 13 | 31,7% | 30 | 43,5% |
| Δ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 43,5% (αγόρια:60,8% και κορίτσια:31,7%) ξενυχτά χωρίς περιορισμό ώρας. Το 34,8% ως τις 2π.μ. (αγόρια:25% και κορίτσια:39,1%), ενώ το 23,2% ξενυχτά ως τις 24π.μ. (αγόρια:14,3% και κορίτσια:29,3%).

31. Εβδομαδιαίο χαρτζιλίκι

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|---------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | 50-80€ | 5 | 17,9% | 7 | 17,1% | 12 | 17,4% |
| B. | 80-100€ | 2 | 7,2% | 6 | 14,7% | 8 | 11,6% |
| Γ. | 100-130€ | 12 | 42,9% | 8 | 19,5% | 20 | 29% |
| Δ. | 130-150€ | 8 | 28,5% | 14 | 34,2% | 22 | 31,9% |
| E. | 150 € ΚΑΙ ΑΝΩ | 3 | 10,8% | 6 | 14,6% | 9 | 13,1% |
| ΣΤ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Z. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 31,9% των ερωτηθέντων σπουδαστών λαμβάνει χαρτζιλίκι μεταξύ 130-150€, ακολουθεί το ποσοστό 29% με 100-130€. Το ποσοστό 17,4% λαμβάνει 50-80€ την εβδομάδα και 150€ και άνω παίρνει το 13,1%. Τέλος το 11,6% λαμβάνει 80-100€ εβδομαδιαίως.

32 & 33. Αν εργάζονται

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΝΑΙ | 7 | 25% | 12 | 29,3% | 19 | 27,6% |
| B. | ΟΧΙ | 21 | 75% | 29 | 70,8% | 50 | 72,5% |
| Γ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 72,5% των σπουδαστών δεν εργάζεται σε αντίθεση με το 17,6%.

34. Εάν έχει τύχει να δοκιμάσουν ποτό για έναν από τους ακόλουθους λόγους

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΣΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|-------------------------------------------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| Α. | ΛΟΓΩ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ ΜΕΣΩ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε. | 2 | 7,2% | 4 | 9,8% | 6 | 8,7% |
| Β. | ΑΡΕΣΕ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ | 4 | 14,3% | 7 | 17,1% | 11 | 16% |
| Γ. | ΤΟ ΠΡΟΤΕΙΝΕ Η ΠΑΡΕΑ | 19 | 67,9% | 28 | 68,3% | 47 | 68,2% |
| Δ. | ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ (ΚΑΠΟΙΟΣ ΤΟ ΕΠΙΝΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ) | 3 | 10,7% | 2 | 4,9% | 5 | 7,3% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 68,2% έτυχε να δοκιμάσει, επειδή του το πρότεινε η παρέα, το 16% επειδή του άρεσε η εμφάνιση του, το 8,7% επειδή το είδε να διαφημίζεται και το 7,3% των ερωτηθέντων απάντησε <<κάτι άλλο>>.

35. Αν θα έπιναν από φόβο μήπως η άρνηση τους θα θεωρούνταν κατακριτέα από την παρέα

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΝΑΙ | 3 | 10,8% | 2 | 4,9% | 5 | 7,3% |
| B. | ΟΧΙ | 25 | 89,2% | 39 | 95,1% | 64 | 92,7% |
| Γ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Δ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 92,7% των σπουδαστών δεν θα ένιωθε φόβο για απόρριψη από την παρέα έναντι του 7,3% (αγόρια:10.8% και κορίτσια:4,9%) που <<ναι>> θα έπινε από φόβο.

36. Θεωρούν πως η κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί επιπτώσεις στην υγεία, με διαταραχές όπως:

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|-----------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΣΤΟ Κ.Ν.Σ. | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| B. | ΣΤΟ ΗΠΑΡ | 0 | 0,0% | 3 | 7,3% | 3 | 4,4% |
| Γ. | ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Δ. | ΣΤΗ ΚΑΡΔΙΑ | 3 | 10,8% | 2 | 4,9% | 5 | 7,3% |
| Ε. | ΚΑΡΚΙΝΟ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| ΣΤ. | ΕΛΚΟΣ | 7 | 25% | 4 | 9,8% | 11 | 16% |
| Ζ. | ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Η. | ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ | 18 | 64,2% | 32 | 78% | 50 | 72,4% |
| Θ. | ΚΑΜΙΑ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Ι. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 72,4% θεωρεί ότι η χρήση αλκοόλ προκαλεί γενικές δυσλειτουργίες στην υγεία του ανθρώπου, με συχνότερες και μεγαλύτερες εκείνες της πρόκλησης έλκους 16%, στη καρδιά με ποσοστό 7,3% και στο ήπαρ με ποσοστό 4,4%.

37. Επίδραση του αλκοόλ στην οδήγηση

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΓΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|----------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΝΑΙ | 25 | 89,3% | 41 | 100% | 66 | 95,7% |
| B. | ΟΧΙ | 3 | 10,7% | 0 | 0,0% | 3 | 4,3% |
| Γ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 95,7% πιστεύει πως το αλκοόλ επηρεάζει την οδήγηση, έναντι του 4,3% που αποτελείται από αγόρια και το οποίο πιστεύει το αντίθετο.

38. Αν θα οδηγούσαν υπό την επήρεια του αλκοόλ

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | ΑΙΟΡΙΑ:28 | | ΚΟΡΙΤΣΙΑ:41 | | ΣΥΝΟΛΟ:69 | |
|-----------|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|---------|
| | | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΣΥΧΝ. | ΠΟΣΟΣΤΟ |
| A. | ΝΑΙ | 13 | 46,4% | 9 | 21,9% | 22 | 31,8% |
| B. | ΟΧΙ | 15 | 53,6% | 32 | 78,1% | 47 | 68,2% |
| Γ. | ΔΕΝ ΞΕΡΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Δ. | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 68,2% δηλώνει πως δεν θα οδηγούσε υπό την επήρεια αλκοόλ έναντι του 31,8% που αναφέρει πως θα οδηγούσε μετά από κατανάλωση.

1.4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως φάνηκε από την επεξεργασία των δεδομένων των ερωτηματολογίων, η χρήση οινοπνευματωδών είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στους σπουδαστές της Κοινωνικής Εργασίας του 1^{ου} μέχρι του 6^{ου} εξαμήνου. Συγκεντρωτικά το 85% των ερωτηθέντων κάνει χρήση αλκοόλ, από τους οποίους το 43,5% έχει κάνει αραιή χρήση (1-9 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες), το 27% έχει κάνει συχνή χρήση (10-19 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες) και το 14,5% πολύ συχνή χρήση (20 και άνω φορές). Μόλις το 15% δήλωσε ότι δεν έχει καταναλώσει καθόλου αλκοόλ το ίδιο χρονικό διάστημα.

Η κατεξοχήν ηλικίες έναρξης χρήσης είναι εκείνες των 12 και 13 ετών, όπου το άτομο μπαίνει στην εφηβεία (προεφηβεία) και διακατέχεται από έντονη διάθεση να αποκτήσει εμπειρίες, να πειραματιστεί, να μιμηθεί συμπεριφορές μεγάλων αλλά και συνομήλικων.

Πρέπει να σημειωθεί, ότι υπάρχει ιδιαίτερη προτίμηση των σπουδαστών στην κατανάλωση της μπύρας κατά το 45% των ερωτηθέντων, η οποία είναι χαμηλή σε περιεκτικότητα οινοπνεύματος (5-10%) έναντι των αποσταγμένων ποτών που τα προτιμάει το 29%.

Οι κατεξοχήν λόγοι που οδηγούν τους σπουδαστές στην χρήση αλκοόλ, είναι: Η ευκαιρία για χαλάρωση και η δημιουργία καλής διάθεσης με ποσοστό προτίμησης (37,7%), η διασκέδαση με ποσοστό (29%), η αρέσκεια ως προς τη γεύση του ποτού με ποσοστό (16%) και η δυνατότητα απαλλαγής από προβλήματα και ανησυχίες με ποσοστό προτίμησης (7,3%).

Όσον αφορά τις δυνατότητες που προσφέρει η κατανάλωση του αλκοόλ, το 39,2% των σπουδαστών, νιώθει μεγαλύτερο αυθορμητισμό στην προσέγγιση κάποιου άλλου προσώπου, το 26,1% ότι χαλαρώνει καλύτερα, το 16% αισθάνεται μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, το 13,1% ότι γίνεται πιο αποδεκτό από την παρέα, ενώ το 5,8% δηλώνει την δημιουργία αισθημάτων όπως ευεξία και ευφορία.

Επιπλέον, το 7,3% των ερωτηθέντων σπουδαστών, θα έπινε αλκοόλ από φόβο απόρριψης από την παρέα. Από αυτό γίνεται αντιληπτό κατά πόσο επηρεάζεται η στάση τους απέναντι στην χρήση αλκοόλης, από το φιλικό περιβάλλον.

Η αντίληψή τους απέναντι στο αλκοόλ, φαίνεται να ταυτίζει την χρήση του με την ευχαρίστηση και την απόλαυση με ποσοστό 37,7% του δείγματος των σπουδαστών της Κοινωνικής Εργασίας.

Αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός πως το 33,3% των σπουδαστών δοκίμασαν αλκοόλ για πρώτη φορά με την παρουσία προσώπου της οικογένειας. Το οικογενειακό περιβάλλον, φαίνεται να έχει ένα μεγάλο μερίδιο ευθύνης στην σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στο αλκοόλ και στους σπουδαστές.

Έτσι λοιπόν, βγαίνει το συμπέρασμα, ότι το αλκοόλ έχει ενσωματωθεί στην ζωή των σπουδαστών, αφού πολλές φορές ταυτίζεται με τον τρόπο και το χώρο διασκέδασης, ενώ η χαμηλή τιμή πώλησης, η δελεαστική προβολή μέσω της διαφήμισης και η ελεύθερη διάθεση του, κάνουν το αλκοόλ πιο προσιτό για κατανάλωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συμπεράσματα – Προτάσεις.

Μια σύντομη ανασκόπηση της ιστορικής αναδρομής του αλκοόλ, διαπιστώνουμε πόσα έχουν γραφεί και έχουν διαδραματιστεί στο πέρασμα των αιώνων με αφορμή αυτή την ουσία.

Η έκταση της χρήσης το αλκοόλ, χιλιομετρική και πληθυσμιακή, οι τρόποι με τους οποίους έχει αντιμετωπιστεί ανά τους αιώνες, όλα αυτά που έχουν γραφεί γι' αυτή την «παράξενη» ουσία μαρτυρούν την αξία που της δίνουν οι άνθρωποι. Το αλκοόλ υπάρχει παντού, είναι μέρος της καθημερινής ζωής. Είτε το παρασκευάζουμε, είτε το χρησιμοποιούμε ως φάρμακο, είτε το πίνουμε, είτε γράφουμε γι' αυτό, τελικά του αφιερώνουμε πολύ χρόνο και ενέργεια!

Από τη χρονιά της Βίβλου μέχρι και σήμερα το αλκοόλ χρησιμοποιείται σχεδόν για τους ίδιους λόγους: Για προσωπική ευχαρίστηση, για λόγους διαιτητικούς και φαρμακευτικούς, για αλλαγή της διάθεσης, για χαλάρωση. Παίρνει την μορφή του απαραίτητου συστατικού όλων των εκδηλώσεων, γίνεται οικογενειακή και κοινωνική υπόθεση.

Ένας από τους λόγους που πίνει κανείς είναι και η δυνατότητα του να επικοινωνεί ευκολότερα. Γιατί ξεπερνάει τα εσωτερικά εμπόδια, τα οποία βάζουν οι κοινωνικές επιταγές, αυτό που έχει κανείς ενσωματώσει μέσα του σαν κοινωνικότητα, σαν κοινωνία, σαν κοινωνικό πρέπει. Από την άλλη θέλει να είναι πιο απλός, πιο χαλαρός, πιο άμεσος, να ακουμπήσει την ψυχή του άλλου. Το αλκοόλ του δίνει αυτή τη δυνατότητα, να ξεπεράσει αυτά τα εμπόδια. Γενικά το αλκοόλ δίνει πολλές δυνατότητες.

Αυτές ακριβώς, οι «δυνατότητες» που παρέχει το αλκοόλ, είναι που το καθιστούν επικίνδυνο, που πρέπει να τρομάζουν, γιατί είναι αυτές που οδηγούν στην κατάχρηση της αλκοόλης και κατά συνέπεια στον αλκοολισμό, στην απώλεια δηλαδή της προσωπικής ελευθερίας του να πίνει κανείς ή να μην πίνει. Η καθημερινότητα αποδεικνύει ότι παραδοσιακές συμπεριφορές σε σχέση με το αλκοόλ, υπόκεινται σε αλλαγές. Οι πολιτιστικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σχετικά με το αλκοόλ δεν είναι πλέον από την ουσία έντονες. Κι αυτό, δυστυχώς, εγκυμονεί κινδύνους για την Ελλάδα, όμως ακόμα δεν έχουμε συνειδητοποιήσει ότι το αλκοόλ αποτελεί ουσία εξάρτησης. Πίνουμε, επιζητώντας πλέον από την ουσία να μας δώσει δυνατότητες. Πίνουμε, δηλαδή, για επικίνδυνους λόγους, ότι συμβαίνει και με τη χρήση των απαγορευμένων ναρκωτικών, εξαρτησιογόνων ουσιών. Άλλοι λόγοι, που μπορεί να διευκολύνουν το πέρασμα από την υπερβολική χρήση στην εξάρτηση, έχουν κοινωνικό χαρακτήρα κι αποδίδονται στις συνθήκες ζωής. Προβλήματα όπως η ανεργία, για παράδειγμα ή οι φυλετικές διακρίσεις, μπορούν να ωθήσουν ένα άτομο στην χρήση του αλκοόλ σαν διέξοδο, να νιώσει χαρούμενος. Το θέμα του αλκοόλ είναι βασικό. Πληρώνουμε τι τίμημα των κοινωνικών ανισοτήτων, το ότι υπάρχουν, λόγου χάρι πλούσιοι και φτωχοί, άνθρωποι που μπορούν να αποκτήσουν αγαθά, ακριβά ρούχα, ενώ άλλοι όχι,

Επιπλέον, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε τον κληρονομικό παράγοντα, αφού έχει μεγάλη συμμετοχή τόσο στο θέμα της εξάρτησης από το αλκοόλ, όσο και στον εθισμό σε άλλες ναρκωτικές ουσίες.

Η επίδραση του αλκοόλ, επιφέρει μεγάλο οικονομικό και κοινωνικό κόστος στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία γενικότερα.

Επιπλέον το αλκοόλ επιδρά με τρόπο, που προκαλεί βία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, ειδικότερα προς τα παιδιά και της γυναίκες. Τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί όχι μόνο σεξουαλικά, αλλά και τραυματιστεί από ανθρώπους που πίνουν πολύ, είναι δέκα φορές πιθανότερο να γίνουν αλκοολικοί όταν ενηλικιωθούν. Πρόβλημα πολύ μεγάλο και πολύ σοβαρό γιατί η κατανάλωση του αλκοόλ παρουσιάζεται αυξημένη μεταξύ των νέων. Υπάρχει συνεπώς πολύ σοβαρό πρόβλημα από την κατάχρηση του αλκοόλ. Επιφέρει ταραχή, προβλήματα μνήμης, βία, κ.ά. Είναι μια ουσία εξαιρετικά επικίνδυνη.

Για την σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος του αλκοολισμού, θα πρέπει τα θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης αυτού του φαινομένου, να επικεντρώνονται και να απευθύνονται όχι μόνο στο αλκοολικό άτομο μεμονωμένα, αλλά και στον οικογενειακό και συγγενικό περίγυρο του εξαρτημένου ατόμου.

Ένα πρόγραμμα που λειτουργεί στην Ελλάδα μ' αυτές τις προδιαγραφές, είναι οι ομάδες των Αλκοολικών Ανωνύμων, που παράλληλα λειτουργούν ομάδες για την οικογένεια του αλκοολικού, όπως η ΑΛΑΝΟΝ.

Κανείς δεν θέλει την πλήρη απαγόρευση του αλκοόλ. Μία κοινωνία όμως, που σέβεται τα μέλη της πρέπει να κοιτάξει καλά και να μετρήσει το παθητικό που έχει από την κατάχρηση ή εξάρτηση του αλκοόλ.

Στον τομέα της πρόληψης θα πρέπει να ενημερώνονται οι νέοι. Είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος κατά της κατανάλωσης αλκοόλ, η κάθε είδους πρόληψη όπως π.χ (η ενημέρωση για τους κινδύνους του αλκοόλ μέσω της διαφήμισης, είναι σημαντική).

Θεωρείται και έχει στατιστικά αποδειχτεί, ότι η παροχή πληροφόρησης και ενημέρωσης για την αποφυγή της εξάρτησης (άρα και του αλκοόλ) και τις σχετιζόμενες με αυτήν επιπτώσεις, που γίνεται μέσω της εκπαίδευσης και της επιμόρφωσης και στηρίζεται παράλληλα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, συνεισφέρει στην διαμόρφωση στάσεων και πεποιθήσεων αποδοκιμαστικών απέναντι στον κίνδυνο του αλκοόλ. Οι οποίες με τη σειρά τους, βοηθούν στην ακολουθία των αλλαγών για αποτρεπτική συμπεριφορά στην κατανάλωση και την κακή χρήση του.

Όμως, είναι κοινά αποδεκτό, πως παρά το γεγονός, ότι η πληροφόρηση οδηγεί στην αύξηση της γνώσης, αν γίνεται μεμονωμένα χωρίς παράλληλες υποστηρικτικές ενέργειες και αποτελεσματικά θεσμικά μέτρα, η επίδραση και η επιρροή της στην αλλαγή της ανθρώπινης συμπεριφοράς τείνει, ορισμένες φορές, να γίνει μη αποτελεσματική.

Ένας από τους λόγους που συμβαίνει αυτό είναι ότι η μη συστηματική και μονόπλευρη πληροφόρηση, εμπλέκεται σε άνισο ανταγωνισμό με τον βομβαρδισμό των διαφημιστικών μηνυμάτων και των ανθρώπινων εμπειριών, με αποτέλεσμα να υπερισχύει το μήνυμα υπέρ της κατάχρησης του αλκοόλ.

Η βασική αρχή των μηνυμάτων που αφορούν το θέμα της υγείας είναι η πραγματική όψη της κοινωνίας αυτής καθαυτής. Όπως, για παράδειγμα, η διάχυτη, πληθωρική και παντού ορατή διαθεσιμότητα των οινοπνευματωδών ποτών και η παρουσία και αποδοχή τους σε μία ευρεία γκάμα καθημερινών συνθηκών και καταστάσεων.

Η επιρροή που μπορεί να ασκήσει κανείς στις αντιλήψεις και στις πεποιθήσεις του κόσμου για τα θέματα της υγείας, πρέπει να είναι πολύ πιο δυνατή συγκριτικά με κάθε άλλη πληροφορία. Έτσι τα αποτελέσματα των βραχυπρόθεσμων προσπαθειών για την παροχή της πληροφορίας και της ενημέρωσης, γίνονται μικρά έως μηδαμικά όταν δεν ακολουθούν και δεν ακολουθούνται από τις σταθερές και σταδιακές αλλαγές.

Επίσης, τα μηνύματα που απευθύνονται και στοχεύουν στο άτομο, δεν φαίνεται να έχουν περισσότερη γενική επίδραση στη δημόσια υγεία. Έτσι, ένας επιπρόσθετος ρόλος στην εκπαίδευση της υγείας από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, είναι να στηρίζουν τις προσπάθειες και πρωτοβουλίες της πολιτείας σαν ένα μέρος της υποστηρικτικής τους διαδικασίας.

Έρευνες και επιτυχή παραδείγματα δείχνουν ότι σημαντικά οφέλη για την υγεία και την οικονομία μπορούν να επιτευχθούν στον Ευρωπαϊκό χώρο αν οι ακόλουθες δέκα στρατηγικές προαγωγής της υγείας της υγείας και δράσης για τα οινοπνευματώδη εφαρμοστούν, για να ενισχύσουν τις ηθικές αρχές και τους στόχους σύμφωνα με τις πολιτισμικές, κοινωνικές, οικονομικές και νομικές δραστηριότητες της κάθε Χώρας-Μέλους:

Πληροφόρηση του κοινού για τις συνέπειες κατανάλωσης αλκοόλ στην υγεία, την οικογένεια και την κοινωνία και για τα αποτελεσματικά μέτρα που μπορούν να ληφθούν σε ότι αφορά την πρόληψη ή τη μείωση των προβλημάτων, με το σχεδιασμό εκτεταμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων από τα πρώτα στάδια της ζωής.

Προώθηση της δημιουργίας δημόσιων, ιδιωτικών και εργασιακών χώρων προφυλαγμένο από ατυχήματα και βία καθώς και από άλλες αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ.

Ψήφιση και επιβολή νόμων που να αποτρέπουν αποτελεσματικά τον συνδυασμό ποτού-οδήγησης.

Προαγωγή της υγείας μέσω του ελέγχου της διαθεσιμότητας των οινοπνευματωδών, για παράδειγμα στους νέους, και μέσω του ελέγχου των τιμών, όπως για παράδειγμα με τη φορολογία.

Εφαρμογή αυστηρού ελέγχου στην άμεση και έμμεση διαφήμιση των οινοπνευματωδών ποτών, αναγνωρίζοντας τους ήδη υπάρχοντες σε μερικές χώρες περιορισμούς και απαγορεύσεις και διασφαλίζοντας ότι καμία μορφή διαφήμισης δεν απευθύνεται ειδικά στους νέους, συνδέοντας για παράδειγμα, τα οινοπνευματώδη με τα σπορ.

Διασφάλιση της προσεγγισιμότητας αποτελεσματικών υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης με ειδικευμένο προσωπικό, για άτομα που κάνουν επικίνδυνη και επιβλαβή χρήση αλκοόλ καθώς και για μέλη των οικογενειών τους.

Προαγωγή της επίγνωσης για την ηθική και νομική ευθύνη όσων εμπλέκονται στο εμπόριο ή στην προσφορά οινοπνευματωδών ποτών, διασφάλιση αυστηρού ελέγχου της προστασίας του προϊόντος και εφαρμογή κατάλληλων μέτρων εναντίον της παράνομης παραγωγής και πώλησης.

Ενίσχυση της ικανότητας της κοινωνίας να αντιμετωπίζει τα προβλήματα από την κατανάλωση αλκοόλ μέσα από την εκπαίδευση ειδικών σε διαφορετικούς τομείς όπως η υγεία, η κοινωνική πρόνοια, η εκπαίδευση και η δικαιοσύνη, παράλληλα με την ενδυνάμωση της κοινοτικής ανάπτυξης και της τοπικής ηγεσίας.

Υποστήριξη μη-κυβερνητικών οργανώσεων και κινημάτων αυτοβοήθειας που προάγουν τρόπους υγιεινής ζωής, ειδικά αυτών που στοχεύουν στην πρόληψη ή στην μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ.

Διαμόρφωση προγραμμάτων ευρείας βάσης στις Χώρες-Μέλη, λαμβάνοντας υπόψη τον Ευρωπαϊκό Καταστατικό Χάρτη για το αλκοόλ, καθορισμός συγκεκριμένων στόχων και δεικτών αποτελέσματος, παρακολούθηση της πορείας και της προόδου, καθώς και διασφάλιση περιοδικής ενημέρωσης των προγραμμάτων μετά από αξιολόγηση.

Η έρευνα που έγινε στους σπουδαστές της Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι της Πάτρας, με σκοπό να μελετηθεί η σχέση των σπουδαστών με το αλκοόλ, προσεγγίζει και τις οικογενειακές και κοινωνικές προεκτάσεις αυτού του θέματος.

Ένα σεβαστό ποσοστό του δείγματος των ερωτηθέντων σπουδαστών (33,1%) δοκίμασε για πρώτη φορά αλκοόλ με την οικογένειά του, ενώ μεγάλο επίσης είναι το ποσοστό (37,7%) και δοκιμάζει για πρώτη φορά αλκοόλ στην προεφηβική ηλικία των 12 και 13 χρονών. Από τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται η πρόωρη επαφή τους με την ουσία του αλκοόλ και το ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια σ' αυτή την πρώτη επαφή – γνωριμία.

Επιπλέον, γίνεται αντιληπτό ότι ο κοινωνικός τους περίγυρος (οικογένεια, συγγενείς, φίλοι), ο χώρος και ο τρόπος διασκέδασης, σχετίζονται άμεσα με την χρήση της αλκοόλης. Στην ερώτηση αν οι φίλοι τους πίνουν, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απαντά θετικά με ποσοστό 85,6%, καθώς και ο συχνότερος χώρος διασκέδασης είναι η καφετέρια με ποσοστό 42,9%.

Η συχνότητα χρήσης (1 – 9 φορές στο διάστημα των 30 ημερών), οι λόγοι της πόσης (διασκέδαση, χαλάρωση, ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και του αυθορμητισμού), και η αντίληψη που έχουν για το αλκοόλ (μέσο και είδος ευχαρίστησης, συνήθεια), είναι στοιχεία που αποδεικνύουν την στενή σχέση των σπουδαστών με την αλκοόλη.

Από την άλλη, φαίνεται να υπάρχει ενημέρωση όσον αφορά τις καταστρεπτικές συνέπειες που επιφέρει το αλκοόλ στον άνθρωπο.

Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, διαμορφώνεται η εικόνα, κατά την οποία οι σπουδαστές της κοινωνικής εργασίας, εκτός από τις ώρες που τους απασχολεί η σχολή, τις υπόλοιπες σχετίζονται με δραστηριότητες που συνδέονται με την χρήση του αλκοόλ.

Θα ήταν πολύ σημαντικό, αν η σχολή έβρισκε τρόπους να απασχολεί τους σπουδαστές περισσότερες ώρες. Θα μπορούσε λόγω χάρη να δημιουργηθεί μια ομάδα θεάτρου ή χορού, έτσι ώστε οι σπουδαστές να έχουν διεξόδους από τις συνηθισμένες ασχολίες τους, ανακαλύπτοντας τρόπους διασκέδασης που δεν σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλης.

Κάποιες κατευθυντήριες κινήσεις και συμβουλές μπορούν να συνοψιστούν, για τους γονείς στα εξής:

- Πρέπει να δίνουν οι ίδιοι το καλό παράδειγμα.
- Πρέπει να είναι ικανοί να ακούν τα παιδιά τους προσεκτικά και πρέπει να θέτουν σαφείς όρους για την κατανάλωση του αλκοόλ στο σπίτι. Εάν ένα ισχυρό και ξεκάθαρο σύστημα αξιών μεταδοθεί στα παιδιά, τους παρέχει ένα πλαίσιο στήριξης όταν λαμβάνουν αποφάσεις.
- Αφού τα ΜΜΕ (διαφημίσεις, ταινίες) αποτελούν τις κύριες πηγές πληροφόρησης των παιδιών σχετικά με το αλκοόλ, οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αξιολογούν τα μηνύματα των ΜΜΕ.
- Οι γονείς μπορούν και πρέπει να μάθουν να ανιχνεύουν τη χρήση του αλκοόλ στο σε πρώιμο στάδιο. Και να γνωρίζουν τι μπορούν να κάνουν μετά.
- Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους να αναπτύξουν μια θετική εικόνα εαυτού, ενθαρρύνοντάς τα να επιτύχουν και να μην τα συγκρίνουν με άλλα παιδιά.

- Μπορεί να υποδειχθεί σε άλλους γονείς να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των παιδιών τους σε υγιείς και δημιουργικές δραστηριότητες που ενισχύουν την προσωπική τους ανάπτυξη και βοηθούν στην καταπολέμηση της πλήξης, όταν διαπιστώσουν τη συχνή παρέα των παιδιών τους με άλλα παιδιά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Πτυχιακή εργασία: “Αλκοόλ, στην κοινότητα των σπουδαστών της Κοινωνικής Εργασίας του Α΄ Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ”

Σπουδάστρια: Φωτίου Ουρανία

- 1) Καραγιαννόπουλος Στέφανος Ι. “Νικήστε την κόπωση”, Εκδ. Μοντέρνοι Καιροί (Αθήνα, 2001).
- 2) Κοκκέβη Άννα, “Η χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών στην εφηβεία”, Εκδ. Καστανιώτη (Αθήνα, 1988).
- 3) Κοκκέβη Α., Στεφανής Κ., “Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα”
- 4) Μαδιανός Μ., “Κοινωνία και Ψυχική Υγεία”, Εκδ. Καστανιώτη (Αθήνα, 1989).
- 5) Μάνος Νίκος, “Βασικά στοιχεία Γενικής Ψυχιατρικής”, Εκδ. University Studio Press (Αθήνα, 1997).
- 6) Μυρωνίδου – Τζουβελέκη Μαρία κ’ Συνεργάτες, “Αλκοόλ και Κ.Ν.Σ.”, Εκδ. University Studio Press (Αθήνα, 2002).
- 7) Νασιάκου Μ., “Η Ψυχολογία σήμερα”, Εκδ. Παπαζήση (Αθήνα, 1982).
- 8) Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδας «Εκλογή», (1986).
- 9) Ποταμιάνος Γρηγόρης Α., “Νόμιμες ουσίες εξάρτησης. Αλκοόλ”, Εκδ. Παπαζήση (Αθήνα, 1991).
- 10) Ποταμιάνος Γ., “Αλκοολισμός. Θεραπευτική προσέγγιση στα πλαίσια της κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής”, Εκδ. Ειρήνη (Αθήνα, 1987).
- 11) Ποταμιάνος Γ., “Προβληματικός Πότης”, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα (Αθήνα, 1988).
- 12) Σιμώνη Ξ., “Με λένε Μαρία και είμαι αλκοολική σε ανάρρωση”, Εκδ. Άγκυρα (Αθήνα, 2002).
- 13) Τζάφφη Τ, Πήτερσον Ρ, Χόντσον Ρ, “Ναρκωτικά –Τσιγάρο - Αλκοόλ ”, Εκδ. Ο κύκλος της ζωής (Αθήνα, 1986).
- 14) Τσαρούχας Κώστας, “Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό”, Εκδ. Άγκυρα (Αθήνα, 2000).
- 15) Hodgson, R. “Do we need more models of addiction? ”, (1977).

- 16) Holtermen. S, Burchell. A, "*The cost of alcohol misuse*", (1978).
- 17) Liakos. A, Madianos. M, Stefanis. C. "*Alcohol consumption and rates of alcoholism in Greece*", (1980).
- 18) Miller, P.M, Hersen, M., Eisler, R.M. ,"*Electrical aversion therapy with alcoholics: An analogue study*", (1980).
- 19) Nakken Graing, "*The Addictive Personality*", Hazelden, Center City, Minnesota (1996).
- 20) Orford, J. "*Excessive Appetites: A psychological view of addictions*", (1985).
- 21) Peterson B., Kristenson H., Sternby N. H., Trelle E., Fex G., Hood B., "*Alcohol consumption and premature death in middle – aged men*", (1980).
- 22) Potamianos G., "*A comparison of the structure of two models of alcoholism*", (1986).
- 23) Potamianos G., Gorman D. M., Duffy S. W., Peters T. J., "*Alcohol consumption by patients attending outpatient clinics*", (1988).
- 24) Potamianos G, Peters. T.J, "*Indicators of excessive drinking in alcoholic patients at a district general hospital*", (1984).
- 25) Schmidt W, De Lint J., "*Causes of death of alcoholics*", (1982).
- 26) Smith R, "*The politics of alcohol*", (1982).
- 27) Snyder G. R, "*Alcohol and the Jews. N. Haven*", (1958).
- 28) www.in.gr
- 29) www.ypes.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΈΡΕΥΝΑΣ

1. Φύλο:

Αγόρι
Κορίτσι

2. Ηλικία:

3. Εξάμηνο Φοίτησης

Α' Εξάμηνο
Β' Εξάμηνο
Γ' Εξάμηνο
Δ' Εξάμηνο
Ε' Εξάμηνο
ΣΤ' Εξάμηνο

4. Το επάγγελμα του πατέρα σου

5. Το επάγγελμα της μητέρας σου

6. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο των γονιών σου.

Αναλφάβητος/
Απόφοιτος/η Δημοτικού
Απόφοιτος/η Απόφοιτος /η Γυμνάσιου
Απόφοιτος/η Λυκείου
Πτυχιούχος/α Α.Ε.Ι.- Τ.Ε.Ι.

Πατέρας

Μητέρα

7. Που συνηθίζεις να διασκεδάζεις συχνότερα;

Καφετέρια

Ταβέρνα
Μπαράκια
Κλαμπ
Κινηματογράφος
Κάτι άλλο

8. Σε τι ηλικία δοκίμασες για πρώτη φορά αλκοόλ;

9. Σου άρεσε η γεύση του;

Ναι
Όχι
Όχι ιδιαίτερα
Δεν θυμάμαι

10. Την πρώτη φορά που ήπιας ήσουν:

Μόνος
Με φίλους
Με την οικογένεια

11. Αν απάντησες στο <<με την οικογένεια>>, ποιο ήταν το πρόσωπο;

Πατέρας
Μητέρα
Αδελφός/η
Άλλος συγγενείς
Παρουσία όλων των μελών
Δεν θυμάμαι
Δεν απαντώ

12. Ποιο είναι το ποτό που συνηθίζεις να πίνεις;

Μπίρα
Κρασί
Ούζο/Τσίπουρο
Ουίσκυ/Βότκα
Κοκτέιλ(Αναψυκτικό με αλκοόλ)
Κάτι άλλο

13. Τις τελευταίες 30 ημέρες πόσο συχνά έκανες χρήση αλκοόλ;

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

14. Η ποσότητα κατανάλωσης κάθε φορά;

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

15. Σου έτυχε τις τελευταίες 30 ημέρες να πεις παραπάνω από ότι έπρεπε;

- Ναι Αν <<ναι>> πόσες φορές;
- 1-3
- 4-6
- 7-9
- 10 και άνω

- Όχι
- Δεν θυμάμαι
- Δεν απαντώ

16. Έχεις μεθύσει ποτέ;

- Ναι
- Όχι
- Δεν απαντώ

17.Αν έχεις μεθύσει πόσες φορές ήταν αυτές;

18.Αν έχεις μεθύσει ήταν:

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

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

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

20.Όταν πίνεις τι νιώθεις συνήθως;

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

21.Τί σημαίνει για σένα περισσότερο το ποτό;

Αδυναμία
Συνήθεια
Στυλ

Ευχαρίστηση
Απόδειξη ωριμότητας
Απελευθέρωση /περισσότερος αυθορμητισμός
Δεν ξέρω
Δεν απαντώ

22. Πίνουν οι φίλοι σου;

Ναι
Όχι
Δεν ξέρω
Δεν απαντώ

23. Αν ναι, πίνουν:

Πάρα πολύ
Πολύ
Αρκετά
Λίγο
Ελάχιστα
Δεν ξέρω
Δεν απαντώ

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

Ναι
Όχι
Δεν ξέρω
Δεν απαντώ

25. Αν ναι, ποιο μέλος;

Πατέρας
Μητέρα
Αδελφός/η
Κάποιος συγγενείς
Όλη η οικογένεια
Δεν ξέρω
Δεν απαντώ

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

Πάρα πολύ
Πολύ
Αρκετά
Λίγο
Ελάχιστα
Δεν ξέρω
Δεν απαντώ

27. Οι γονείς σου:

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

28. Πως θα χαρακτήριζες τις σχέσεις σου με τους γονείς σου;

Καλές
Δυσχερείς
Άριστες
Ανύπαρκτες
Δεν απαντώ

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

Ναι, με τον γονέα
Όχι, με τον γονέα
Δεν απαντώ

30. Οι γονείς σου μέχρι τώρα σου επιτρέπουν να ξενυχτάς;

Έως τις 24:00
Έως τις 02:00
Δεν υπάρχει περιορισμός

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

32. Εργάζεσαι;

Ναι
Όχι

33. Αν ναι, που;

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

Το είδες να διαφημίζεται στα Μ.Μ.Ε.
Σου άρεσε η εμφάνιση του
Σου το πρότεινε η παρέα
Κάτι άλλο

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

- Ναι
- Όχι
- Δεν απαντώ
- Δεν ξέρω

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

- Στο κεντρικό νευρικό σύστημα
- Στο ήπαρ
- Στην καρδιά
- Καρκίνο
- Έλκος
- Στην εγκυμοσύνη
- Όλα τα παραπάνω
- Ασήμαντες επιπτώσεις

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

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω

38. Θα οδηγούσες ποτέ υπό την επήρεια αλκοόλ;

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

“Αληθινές ιστορίες αλκοολικών και συγγενών τους”

Σ Τ Ε Φ Α Ν Ο Σ

**ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟ ΠΑΤΕΡΑ, ΤΕΧΝΙΚΟΣ, ΠΑΝΤΡΕΥΤΗΚΕ
ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ, ΤΗ ΜΑΡΙΑ ΠΡΙΝ ΑΥΤΗ ΑΡΧΙΣΕΙ ΝΑ ΠΑΣΧΕΙ,
ΤΟ ΕΝΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙ ΔΙΑΛΕΓΕΙ ΕΘΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥΣ.**

Γεια σας. Με λένε Στέφανο, είμαι σαράντα οχτώ ετών, παντρεμένος με αλκοολική, έχω δυο παιδιά, επίσης υπάρχει ιστορικό στην οικογένειά μου, ο πατέρας μου ήταν αλκοολικός. Η γυναίκα μου είναι καθαρή-ξεμέθυστη εφτάμισι χρόνια κι είμαι σε επαφή με τις Ομάδες ΑΛΑΝΟΝ/συγγενών των αλκοολικών εξίμισι χρόνια.

Μεγάλωσα σ' ένα σπίτι που η ζωή ήταν πολύ σκληρή. Έφυγα μικρός από το χωριό, σε ηλικία δώδεκα ετών, γιατί το Γυμνάσιο τότε ήταν μακριά. Έμαθα να ζω μόνος μου και σιγά σιγά, μεγαλώνοντας, χωρίς να έχω πάρει καθόλου αγάπη ούτε από τη μητέρα μου ούτε από τον πατέρα μου. Η μητέρα μου το έλεγε και ακόμα το λέει και με συμβουλεύει, «ν' αγαπάς τα παιδιά, αλλά να μην το γνωρίζουν». Μετά από αρκετά χρόνια αντιλήφθηκα ότι ο πατέρας μου έπινε αρκετά. Το έβλεπα το πρωί που σηκωνότανε κι έπρεπε πρώτα να πει το τσίπουρο και μετά τον καφέ. Τελικά πέθανε από κίρρωση του ήπατος. Εγώ, βέβαια, δεν γνώριζα ότι ο άνθρωπος ήταν αλκοολικός, το έμαθα αφού παντρεύτηκα και η σύζυγός μου εξελίχθηκε σε αλκοολική. Από τις εμπειρίες μου και απ' αυτά που έμαθα στην Ομάδα κατάλαβα ότι κι ο πατέρας μου ήταν αλκοολικός διότι σύγκρινα συμπεριφορές της συζύγου με αυτουνού και έβλεπα ότι ταιριάζανε, ότι ήταν οι ίδιες.

Αφού παντρεύτηκα, μετά από κάποια χρόνια μας τύχανε και κάτι αρρώστιες που συνεπαγόntonουσαν λεπτές εγχειρήσεις. Η γυναίκα μου λέει ότι αυτό ήταν η αιτία για να ξεκινήσει το αλκοόλ, εγώ δεν το πιστεύω βέβαια. Εξελίχθηκε κι αυτή μετά από κάποια χρόνια σε αλκοολική και άρχισαν τα προβλήματα στο σπίτι. Δεν ήξερα πως ν' αντιμετωπίσω την κατάσταση, δεν γνώριζα τίποτα σχετικά με τον αλκοολισμό. Προσπαθούσα να κάνω τα πάντα, να κάνω τον Θεό, νομίζοντας ότι εγώ θα την κάνω καλά και εκείνη μου υποσχότανε κάθε μέρα ότι την επόμενη θα είναι καλύτερα, θα το κόψει.

Προσπαθούσα τρέχοντας είτε να την προστατεύω, είτε να την πηγαίνω στους γιατρούς, είτε να της δίνω διάφορες συμβουλές, ότι «ξέρεις... κι υποσχέσεις κι ότι εγώ είμαι κοντά σου, μη φοβάσαι το ένα, μη φοβάσαι το άλλο», αλλά κατάλαβα μετά που πήγα στην Ομάδα ότι της έκανα κακό αντί για καλό. Τα προβλήματα άρχισαν να γίνονται μεγάλα. Τα παιδιά ήτανε στην εφηβεία και η αρρώστια εξελισσότανε πολύ γρήγορα. Εγώ ζούσα μες στην άγνοια, άλλαζα συμπεριφορές συνέχεια μήπως τυχόν και την κάνω να σταματήσει να πίνει, μήπως και με λυπηθεί. Κλεινόμουν σ' ένα δωμάτιο με τις μέρες και δεν έτρωγα, πιστεύοντας ότι κάποια στιγμή θα χτυπήσει την πόρτα και θα μου πει «Σταμάτα, εγώ θα σταματήσω το ποτό για να πας να κοιμηθείς». Πολλές φορές έφευγα από το σπίτι και πολλές φορές βριζόμασταν. Γενικά, η κατάσταση ήταν πολύ άσχημη και έγινε ακόμα πιο άσχημη όταν είδα να συμπεριφέρεται στο μεγαλύτερο παιδί πολύ άσχημα και να το βρίζει. Άκουσα να το βρίζει χυδαία και να το φωνάζει μέχρι και πουτάνα.

Αποφάσισα κάποια μέρα, αφού είχα κουραστεί όταν είδα ότι δεν γινόταν τίποτα, πήρα το παιδί το ένα, το μεγαλύτερο, γιατί το μικρότερο ήταν πολύ συναισθηματικό και δεν ήθελε να φύγει, και είπα να σηκωθώ να φύγω από το σπίτι γιατί δεν άντεχα

άλλο. Αλλά αυτό μέσα μου έλεγα ότι ήταν και σαν κόλπο, γιατί δεν το είχα αποφασίσει ότι θα φύγω για πάντα. Δεν είχα τη δύναμη να το κάνω, αυτό έχω καταλάβει σήμερα. Φύγαμε για μια εβδομάδα και αυτό πιστεύω ήταν –όπως λέει κι εκείνη– μια αιτία για να ζητήσει βοήθεια και να πάει στην Ομάδα των Αλκοολικών Ανωνύμων.

Εγώ, στην αρχή του πτόματος χαιρόμουν που την έβλεπα γιατί έπινε και γλεντούσαμε πολύ κι έλεγα ότι έχω μια γυναίκα γλεντζού. Ανέβαινε πάνω στο τραπέζι, χόρευε, έπινε κρασί στο γοβάκι σαν τους παλιούς τους μάγκες και νόμιζα ότι είχα μια γυναίκα που ήτανε γλεντζού κι ευχάριστη. Αλλά σιγά σιγά, κάθε φορά που πηγαίναμε σε μια ταβέρνα, έβλεπα ότι δεν μπορούσε να σταματήσει, γινότανε τύφλα και μετά αρχίζανε οι εμετοί, αρχίζανε οι ιστορίες, κοιμότανε έπεφτε ξερή και δεν μπορούσε ούτε τα συζυγικά καθήκοντα να εκτελέσει.

Εγώ, αφού κατάλαβα ότι υπήρχε πρόβλημα ένιωθα ότι με είχε τιμωρήσει ο Θεός, ότι δεν άξιζα κάτι καλύτερο, ότι ήμουν ατύχος και είχα και ενοχές διότι η επιλογή ήταν δικιά μου – και επίμονη επιλογή για να πάρω αυτή τη γυναίκα. Είχα ενοχές σχετικά με την επιλογή που έκανα. Δηλαδή, ένας νέος άντρας, αγωνιστής, που αγωνίστηκε να φτιάξει την οικογένειά του, να φτιαχτεί, πέφτει μέσα σ' αυτή τη μοίρα. Μέσα σ' αυτή τη μοίρα! Θυμάμαι ότι δούλευα σε τρεις δουλειές και τα λεφτά δεν περίσσευαν. Έφτασα στο σημείο να ρωτήσω έναν συνάδελφο και να του πω, «καλά, πόσα δίνεις στη γυναίκα σου και περνάει;». Ε, μου είπε ένα ποσό τότε, γιατί ήτανε γύρω στο '88-'90, ένα ποσό γύρω στις 100.000. «Τι λες;» του λέω εγώ. «Εγώ δίνω 200 κι όλο γκρινιάζει ότι δεν φτάνουν». Αυτά πηγαίνανε, φαίνεται, στο ποτό. Κι αναγκαζόμουν κι έκανα τρεις δουλειές.

Αλλά το μεγάλο το χτύπημα ήτανε με το μεγαλύτερο παιδί, που στην εφηβεία του δεν άντεξε αυτή την κατάσταση, όπως λέει κι αυτό σήμερα και όπως κατάλαβα κι εγώ, δεν άντεξε αυτή την κατάσταση και ήθελε να φύγει από το σπίτι μας. Σταμάτησε το σχολείο και πήγε και παντρεύτηκε, κι όχι μόνο παντρεύτηκε αλλά κι αυτό πήρε εξαρτημένο. Η κόρη μου, λοιπόν, στη συνέχεια, έκανε ένα παιδί μαζί του, χώρισε και ξανά τα 'φτιαξε με εξαρτημένο. Που σημαίνει ότι η αρρώστια είναι οικογενειακή, ότι η αρρώστια από τη στιγμή που θα μπει στο σπίτι είναι για όλους, δεν είναι μόνο για έναν, επηρεάζει όλη την οικογένεια και χρειάζεται προσπάθεια απ' όλους. Την προσπάθεια βέβαια αυτή την κάνει ο καθένας όσο μπορεί. Κι εγώ αυτό έκανα. Το ίδιο έκανε κι η κόρη. Αλλά πιστεύω ότι δύσκολα, πολύ δύσκολα ξεφεύγεις απ' αυτές τις καταστάσεις. Είναι μια κατάσταση που σημαδεύει τη ζωή, που σημαδεύει την ψυχή, που σημαδεύει το μυαλό, θέλει πολλή δύναμη, κουράγιο, αγώνα. Και μέσα απ' όλη την προσπάθειά μου κατάλαβα, γιατί πολλές φορές προσπάθησα να σηκωθώ να φύγω από το σπίτι και μετά αφού είχε σταματήσει να πίνει, αλλά είδα ότι δεν είμαι σε θέση να το κάνω, νιώθω πολύ άσχημα και αποφάσισα ότι θα μείνω στο σπίτι για πάντα, τουλάχιστον όσο γίνεται, όσο μπορώ. Δεν ξαναλέω ότι δεν θα φύγω αν δεν είμαι έτοιμος.

Εγώ γενικά πέρναγα από συναισθήματα θυμού, ενοχής, έλλειψης αυτοεκτίμησης επειδή δεν κατάφερα να την κάνω να σταματήσει να πίνει και έτσι σκεφτόμουν μήπως χρειάζομαι κι εγώ βοήθεια για τον εαυτό μου. Τα συναισθήματα εναλλάσσονταν κάθε μέρα και κάθε ώρα. Δηλαδή, εκεί που ένιωθα θυμό, μετά από λίγο την έβλεπα, τη λυπόμουν, ένιωθα ότι έπρεπε να τη βοηθήσω, πίεζα τον εαυτό μου ότι έπρεπε ν' αλλάξω τα συναισθήματά μου μήπως τυχόν και γίνει κάτι. Και κάθε μέρα, κάτι καινούριο προέκυπτε. Κάθε μέρα εκείνη έβρισκε μια δικαιολογία, έτσι ώστε να με έπειθε ότι «ξέρεις, η επόμενη μέρα θα είναι καλύτερη». Κι αυτό ήτανε και η δύναμη που έπαιρνα εγώ. Δηλαδή, μέσα από την άγνοια αυτό μ' έκανε να προσπαθώ για την επόμενη μέρα, όπου πάλι κουραζόμουν, απογοητευόμουν, ένιωθα

θυμό, ένιωθα μίσος, το οποίο μίσος το νιώθω ακόμα, το ομολογώ ειλικρινά, ακόμα και σήμερα, μετά από τόσα χρόνια, κούραση, ξενύχτι, κλάμα, απομόνωση από τον κόσμο όλο. Είχαμε ξεχάσει τον κόσμο, κλειστήκαμε μέσα στο σπίτι, ντρεπόμασταν να βγούμε προς τα έξω, ντρεπόμασταν να έρθει κανείς στο σπίτι. Γενικά, η κατάσταση ήτανε πολύ άσχημη. Μέσα στην αρρώστια νιώθω, δηλαδή, συνεχώς να εξουθενώνομαι. Να μην τα βγάζω πέρα ό,τι κι αν κάνω. Είναι πολύ δύσκολα τα πράγματα, δεν βγαίνουν εύκολα πέρα αλλά μέσα απ' όλη αυτή τη διαδικασία κατάλαβα πως μπήκα εγώ σ' αυτό το παιχνίδι. Γιατί να μπω εγώ σ' αυτό το παιχνίδι; Δηλαδή, εγώ πιστεύω ότι ήταν ένα παιχνίδι, αυτό μου λέει σήμερα η ανάλυση που κάνω, ήταν ένα παιχνίδι που μου άρεσε να μπω κι εγώ μέσα σ' αυτό, κι αυτό το κατάλαβα όταν εκείνη σταμάτησε να πίνει.

Στην αρχή, τον πρώτο καιρό, που είχε αφοσιωθεί στον εαυτό της, δεν την ένοιαζε τίποτα παρά μόνο το Πρόγραμμα της, δεν μου έδινε καμιά σημασία κι εγώ εκείνο τον καιρό ένιωθα πολύ άσχημα. Άρχισα να χάνω το παιχνίδι γιατί δεν μπορούσα να της πω κάτι να το κάνει, ή δεν με άκουγε καθόλου. Είχα χάσει δηλαδή τον έλεγχο, αυτόν που νόμιζα ότι είχα, και ένιωθα πολύ άσχημα και κατάλαβα ότι εγώ πια άρχισα να έχω το πρόβλημα. Έπρεπε να έχω κάποιον να τον ορίζω, κάποιον να του λέω τι να κάνει. Δεν ένιωθα καλά δηλαδή που ήμουν μοναχός μου. Και κατάλαβα ότι κάπου υπάρχει πρόβλημα και για μένα και από τότε ξεκίνησα και μπήκα στην Ομάδα των συγγενών, δηλαδή στους ΑΛΑΝΟΝ. Στην αρχή, βέβαια, πονηρά, με τη σκέψη ότι θα πάω στην ομάδα να βρω τρόπο να την ελέγγω, αλλά εκεί κατάλαβα πραγματικά ότι είχα εγώ πρόβλημα κι έτσι έμεινα στην Ομάδα, δουλεύοντας μόνο για μένα.

Εκείνο που άλλαξε για μένα είναι ότι κατάλαβα πως είμαστε δυο ξεχωριστοί άνθρωποι, ότι εκείνη έχει τη δική της ζωή, μπορεί να την κάνει ό,τι θέλει, εγώ τη δικιά μου. Το κατάλαβα αυτό, δύσκολα βέβαια. Δεν ξέρω αν θα μπορέσω και ποτέ να το εφαρμόσω πλήρως. Ότι είμαστε δυο ξεχωριστοί άνθρωποι κι ότι εγώ πρέπει να κοιτάζω τον εαυτό μου, να δουλέψω για μένα, και κατάλαβα πως όσο δουλεύει ο καθένας για τον εαυτό του, τόσο πιο κοντά ερχόμαστε ο ένας στον άλλο. Δηλαδή, στην αρχή είδα ότι πρέπει ν' απομακρυνθούμε ο ένας από τον άλλο αρκετά για να μπορέσει να εφαρμόσει ο καθένας ξεχωριστά το Πρόγραμμά του, και μετά είδα ότι σιγά σιγά αρχίζαμε να πλησιάζουμε ο ένας τον άλλο, αλλά κατάλαβα ακόμα ότι ανάμεσά μας έχει μπει ο εγωισμός και δεν ανοιγόμαστε, να πει ο ένας στον άλλο κάτι. Υπάρχει ακόμα ο εγωισμός αυτός. Είδα ότι δεν μπορούμε να κάνουμε συζήτηση διότι ο ένας ξέρει κάτι, το έχω δει και σε άλλα ζευγάρια αυτό να υπάρχει, αυτός ο συναγωνισμός και ο ανταγωνισμός, ποιος θα πάρει το πάνω χέρι. Έτσι δεν μπορούμε να κάνουμε συζήτηση, δεν μπορούμε δηλαδή να κάτσουμε να βάλουμε τα πράγματα κάτω να συζητήσουμε, κι αυτό μας κρατάει σε μια απόσταση αρκετά μεγάλη. Καμιά φορά το σκέφτομαι και λέω «άσ' το, δεν βαριέσαι, ας είναι κι έτσι. Καλύτερα από πρώτα είναι». Βολευόμαστε, δηλαδή, μέσα σ' αυτή την κατάσταση.

Με την εμπειρία που έχω τώρα πιστεύω ότι κάποιος συγγενής δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα μ' έναν αλκοολικό χωρίς να καταλάβει ότι κι αυτός πάσχει από ασθένεια και να ζητήσει ο ίδιος βοήθεια.

Για να τα βγάλει πέρα μοναχός του, αποκλείεται. Σίγουρα χρειάζεται βοήθεια. Το θέμα είναι ότι πηγαίνοντας σε κάποια Ομάδα ή ζητώντας βοήθεια από κάποιο άτομο, να καταλάβει ο ίδιος το δικό του πρόβλημα. Αν δεν καταλάβει το δικό του το πρόβλημα και η προσπάθειά του επικεντρώνεται μόνο στο πως θα κάνει τον αλκοολικό να σταματήσει να πίνει, έχει αποτύχει. Και όχι έχει αποτύχει, θα μπει σε πιο βαθιά νερά, θα πελαγώσει και θα πνιγεί. Γιατί δεν πρόκειται, όπως λαθεμένα νομίζουμε, για ένα ελάττωμα, μια κακή συνήθεια. Εγώ πιστεύω ότι είναι μια ασθένεια πολύ βαριά και επίσης πιστεύω ότι το να βρεθείς μ' έναν τέτοιο άνθρωπο και να

μείνεις κοντά του, δεν μένεις τυχαία. Σημαίνει ότι και αυτός που είναι κοντά στον αλκοολικό, γενικά στον εξαρτημένο, έχει κι ο ίδιος πρόβλημα, διαφορετικά δεν μένει. Είναι πολύ δύσκολο να το καταλάβεις, είναι πολύ δύσκολο να δεχθείς ότι κι εσύ έχεις πρόβλημα γιατί άμα το δεχθείς αρχίζει και η ανάρρωση, αλλά δεν μπορείς να το δεχθείς διότι οι ενοχές είναι πολλές. Μπαίνει μέσα το θέμα της επιλογής που έχεις κάνει γι' αυτόν τον άνθρωπο. Δεν χρησιμοποιείς το αλκοόλ εσύ, οπότε λες «δεν χρησιμοποιώ το αλκοόλ, άρα είμαι φυσιολογικός», αλλά αν κάποιος ψάξει και δει τη συμπεριφορά που έχει απέναντι στον αλκοολικό, θα δει ότι υπάρχει πρόβλημα, αν δεν πω ίσο με αυτό του αλκοολικού, τουλάχιστον υπάρχει κάποιο πρόβλημα.

Πάντως, πιστεύω ότι κανείς δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα, γι' αυτό χρειάζονται οι Ομάδες, χρειάζεται η βοήθεια, χρειάζεται η συζήτηση με άλλους ανθρώπους που έχουν περάσει αυτό το πρόβλημα ή είναι μέσα σ' αυτό το πρόβλημα, γιατί είναι οι μοναδικοί οι οποίοι μπορούν να σε καταλάβουν, οι μοναδικοί που κοντά τους μπορείς να νιώσεις αγάπη, στήριξη, κατανόηση και τελικά γνώση. Συνιστώ δηλαδή στους ανθρώπους να κάνουν αυτό που έκανα κι εγώ, να πάρουν τα πόδια τους και να πάνε σε κάποια Ομάδα για να ζητήσουν βοήθεια.

Μέσα στην Ομάδα, το πρώτο που θα κάνεις είναι να δεις ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι που έχουν το ίδιο πρόβλημα και θα δεις ότι εκεί θα ξεφορτώσεις το δικό σου πρόβλημα, θ' ανοίξεις την καρδιά σου και θα δεις μια αγκαλιά να σε περιμένει. Θα δεις δηλαδή μια κατανόηση από τους άλλους ανθρώπους, θα δεις μια αγάπη. Δεν θα γελάσει ο άλλος με το πρόβλημά σου όπως γελάγανε με μένα όπου τόλμησα να το πω, σε κάνα δυο φίλους και το μόνο που εισέπραξα ήταν η λύπη τους, «ο κακομοίρης, πού έχει μπλέξει». Ενώ στην Ομάδα θα δεις ακριβώς το αντίθετο, θα δεις την αγάπη και την κατανόηση.

Κατ' αρχήν, μέσα στην Ομάδα, δεν σου επιβάλλει κανείς τίποτα, το Πρόγραμμα είναι εντελώς ελεύθερο. Αν θες πας, αν δεν θες δεν πας. Αν θες μιλάς, αν δεν θες δεν μιλάς. Αν θες ακούς, αν δεν θες δεν ακούς. Το χαρακτηριστικό του καινούριου είναι ότι δεν ακούει. Στη συνέχεια, αφού καταλάβεις ότι υπάρχει πρόβλημα με τον ίδιο τον εαυτό σου, αρχίζεις να δουλεύεις εσύ τον δικό σου εαυτό, να δουλεύεις τα δικά σου συναισθήματα, αρχίζεις σιγά σιγά ν' αναγνωρίζεις το πρόβλημά σου. Αρχίζεις δηλαδή να ψάχνεις ο ίδιος για τον εαυτό σου κι όχι για τον αλκοολικό και αρχίζεις μια δουλειά με σένα, με τον εαυτό σου και αυτή η δουλειά βέβαια είναι δύσκολη, επίπονη, θέλει χρόνο, κόπο, πόνο πολύ. Αλλά εμένα μου μάθανε ότι όσο πιο πολύ πονάς, τόσο πιο καλά θα νιώθεις μετά. Γι' αυτό το έχω συνηθίσει. Πάντως, εγώ σήμερα έχω φτάσει σ' ένα σημείο να λέω ότι «ξέρεις, το πρόβλημα της συζύγου ήτανε ένα μήνυμα και δεν ήτανε πρόβλημα και μέσα απ' αυτό το μήνυμα που πήρα είδα κάποια διαφορά για τον εαυτό μου δουλεύοντας για μένα». Το μήνυμα ήτανε ότι «κοίτα τον εαυτό σου διότι δίπλα σου έχεις έναν αλκοολικό άνθρωπο τον οποίο δεν μπορείς ούτε να τον εξουσιάζεις, ούτε να τον συμβουλεύεις, ούτε να του λες τι θα κάνει και το μόνο που μπορείς να κάνεις είναι να δουλέψεις τον εαυτό σου, δηλαδή να προσφέρεις στον εαυτό σου. Κι όσο πιο πολλά προσφέρεις στον εαυτό σου, τόσο πιο κοντά έρχεσαι στον αλκοολικό». Αυτό ήταν το μήνυμα που πήρα εγώ μέσα από τις ομάδες και μέσα απ' αυτά που έμαθα.

Δεν εννοώ ότι μ' έναν τρόπο εγωιστικό φτύνουμε όλους τους άλλους, τους γράφουμε και κοιτάμε την πάρτη μας. Απλώς, επειδή όταν υπάρχει ο αλκοολισμός μέσα στο σπίτι, κάποιος πρέπει να το παίζει Θεός, κάποιος να το παίζει λογικός, κάποιος πρέπει να το παίζει ότι τα ξέρει όλα κι ότι μπορεί να βοηθήσει. Αυτό το ρόλο τον έπαιξα εγώ. Σταματώντας όμως να πίνει η σύζυγος και κοιτάζοντας εκείνη τον εαυτό της, είδα ότι αυτός ο ρόλος ο δικός μου δεν ήταν τυχαίος. Ήταν ένας ρόλος που εμένα με γέμιζε και τον έχασα πια. Τώρα λοιπόν που τον έχασα τον ρόλο αυτό, έμεινα άδειος.

Βρέθηκα στο κενό, δεν ήξερα τι να κάνω, να λέω «εγώ τώρα που είμαι; Τι κάνω; Ζω; Δεν ζω;». Είδα λοιπόν ότι κάτι μου λείπει, ότι έχω πρόβλημα, γενικά ότι έχω πρόβλημα. Δηλαδή, έπρεπε να έχω κάποιον να χειρίζομαι. Τώρα που δεν υπάρχει κάποιος να χειρίζομαι, τι θα κάνω; Ψάχτηκα λοιπόν και είδα ότι υπάρχει πρόβλημα με μένα. Αυτό το πρόβλημα πήγα στην Ομάδα για να λύσω, κι αυτή τη δουλειά κάνει η Ομάδα. Βοηθάει να βρεις το δικό σου το δρόμο, όχι το δρόμο του αλκοολικού.

Ως άντρας, σύμφωνα με τα κοινωνικά δεδομένα, ίσως θα 'πρεπε να νιώθω λίγος, παραδεχόμενος τα προβλήματά μου – όχι, δεν νιώθω μειωμένος. Δεν νιώθω καθόλου μειωμένος, ίσα ίσα που είμαι κι ευχαριστημένος, που νιώθω –με την καλή έννοια– ότι κάτι κέρδισα. Γιατί να νιώθω μειωμένος; Δεν το καταλαβαίνω. Επειδή είχα μια γυναίκα αλκοολική; Σου είπα και προηγουμένως ότι εγώ το έχω πάρει πια σαν μήνυμα. Ότι μέσα απ' αυτή την ιστορία κοίτα να επωφεληθείς. Και πραγματικά αυτό έκανα. Να χτίσω έναν καλύτερο εαυτό. Ταυτόχρονα, έμαθα και γι' αυτό το πράγμα, γι' αυτή την αρρώστια και έμαθα πως ν' αποφεύγω κάποιες στιγμές τις συγκρούσεις και τις προκλήσεις, διότι δεν είναι εύκολο να ζεις με έναν αλκοολικό. Δίκιο έχει κι αυτός, από τη στιγμή που είναι άρρωστος κάπου πρέπει να ξεσπάσει. Που θα ξεσπάσει; Στον πιο κοντινό. Ποιος ήταν ο πιο κοντινός; Ήμουν εγώ. Έπρεπε λοιπόν να βρω τρόπο ν' αντιμετωπίζω αυτές τις καταστάσεις κι αυτό το έμαθα μέσα από τις Ομάδες.

Επίσης, επιβεβαιώνω ότι δεν αρκεί ο αλκοολικός ν' αφήσει το ποτήρι κάτω. Πρέπει κι αυτός να δουλέψει με τον εαυτό του, με τα δικά του 12 Βήματα. Εγώ που ζω καθημερινά με τη σύζυγο η οποία έχει σταματήσει να πίνει, βλέπω ότι το πρόβλημα του αλκοολισμού, ναι μεν σταμάτησε να πίνει αλλά δεν παύει να είναι αλκοολική και ότι, πίσω από το αλκοόλ κρύβονταν άλλα πράγματα. Απλώς, το αλκοόλ ήταν η αιτία. Ήτανε μάλλον το μέσον για να καλύψει τα υπόλοιπα προβλήματα. Εγώ πιστεύω ότι η αρρώστια είναι ψυχική. Το αλκοόλ είναι απλώς η ουσία ή το μέσον που καλύπτει αυτά τα ψυχικά. Τώρα, αν μπορέσει εκείνη, που κάνει μεγάλη προσπάθεια, μετά το αλκοόλ να βοηθηθεί πάνω σ' αυτά τα πράγματα, καλώς. Πάντως η δική μου σύζυγος προσπαθεί, τρέχει από Ομάδα σε Ομάδα, τρέχει από όμιλο σε όμιλο και είδα ότι το έχει καταλάβει και προσπαθεί. Όμως, δεν γίνονται τα πράγματα από τη μία μέρα στην άλλη. Τα προβλήματα υπάρχουνε καθημερινώς μέσα στο σπίτι. Οι επιθέσεις είναι συχνές και ο εγωισμός βρίσκεται στα ύψη. Έχω παρατηρήσει ότι δεν υπάρχει περίπτωση, δηλαδή είναι σε θέση να πουλήσει τα πάντα, προκειμένου να ρίξει τον εγωισμό της. Δεν τον ρίχνει με τίποτα. Δεν υπάρχει περίπτωση να ζητήσει συγγνώμη για το παραμικρό. Αυτό το ζω κάθε μέρα.

Εύχομαι να είναι βοήθειαί μας και βοήθεια κάποιου άλλου συγγενούς που ακούγοντας τον πόνο μου, να καταλάβει ότι υπάρχει λύση.

Θέλω να πω για τα παιδιά που έχουν μεγαλώσει μέσα σε οικογένειες αλκοολικών. Είδα –όχι ότι είναι ποσοστό 100%– αλλά εγώ έχω δυο παιδιά και το ένα παιδί, σας είπα για την κόρη μου η οποία παντρεύτηκε προκειμένου να φύγει από το σπίτι, παντρεύτηκε εξαρτημένο άνθρωπο, έκανε ένα παιδί, χώρισε και ξανά έμπλεξε με εξαρτημένο, θέλω να πω ότι είναι πολύ δύσκολο να ξεφύγεις μέσα από το πρόβλημα, ειδικά τα παιδιά. Και γι' αυτό τα παιδιά χρειάζονται προσοχή, χρειάζονται να τα πλησιάζεις περισσότερο, χρειάζονται κατανόηση και συζήτηση, χρειάζεται να πάνε στις δικές τους Ομάδες, τις ΑΛΑΤΙΝ τα νεότερα ή τις ΑΛΑΝΟΝ τα μεγαλύτερα. Βέβαια, είναι πολύ δύσκολο να κάνεις αυτά τα πράγματα. Εγώ, προσωπικά, δυσκολεύομαι πάρα πολύ και πολλές φορές αντιδρώ άσχημα, αλλά έχω δει ότι όσες φορές έχω κάτσει κι έχω συζητήσει με την κόρη, ότι πάντα βγαίνει κάτι θετικό. Η απόρριψη και η άρνηση για συζήτηση είναι μεγάλο λάθος.

Η δική μου κόρη πήγε για κάποιον καιρό στις Ομάδες αλλά από τη στιγμή που έκανε την πρώτη σχέση με εξαρτημένο και απέτυχε και συνεχίζει να κάνει και τη δεύτερη σχέση με εξαρτημένο, καταλαβαίνω ότι είναι πολύ δύσκολο να σταθεί σε μια Ομάδα διότι οι ενοχές είναι μεγάλες.

Και ένα τελευταίο. Φοβάμαι για τα παιδιά μου – το ένα παιδί διαλέγει να κάνει αυτό που κάνουν το 70% των παιδιών των αλκοολικών, ή παντρεύονται εξαρτημένο δηλαδή, ή γίνονται τα ίδια εξαρτημένα. Φόβο έχω μήπως κάποιο από τα παιδιά μου καταλήξει το ίδιο εξαρτημένο. Ειλικρινά το λέω, έχω φόβο, ειδικά για την κόρη μου, αλλά δεν μπορώ να κάνω τίποτα. Ο Θεός ξέρει. Ξέρω ότι ο καθένας θα τραβήξει το δρόμο του κι αυτό που είναι να περάσει, εγώ δεν θα το αποτρέψω. Για τον γιο μου έχω παρατηρήσει ότι είναι ένα πολύ καλό παιδί, ένα εργατικό παιδί, αλλά δεν μπορεί να μείνει μόνο. Είναι χαρακτηριστικό δικό του ότι δεν μπορεί να μείνει μόνο και δεν μπορεί να μείνει στο σπίτι για πολλές ώρες. Πρέπει να βρει κάποιον φίλο του να βγει. Αυτά είναι χαρακτηριστικά, είναι σημάδια τα οποία εγώ τα προσέχω πολύ και με ανησυχούν. Αλλά επειδή κουράστηκα να ανησυχώ, κουράστηκα πια να σκέφτομαι την κόρη, το γιο, τη σύζυγο γιατί μ' αυτά και μ' αυτά είχα παρατήσει τον εαυτό μου και πήγα να χαθώ, σταμάτησα να τα σκέφτομαι και τα έχω αφήσει πια στα χέρια του Θεού και ας τα βοηθήσει ο Θεός κι εγώ θα δεχθώ οποιοδήποτε πρόβλημα συμβεί και όπως σας είπα θα το πάρω και σαν μήνυμα για να διορθώσω κάτι καινούριο. (Σιμώνη Ξ, 2002, σ.366-374).

ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ

Ο ΙΔΕΟΛΟΓΟΣ ΑΝΑΡΧΙΚΟΣ ΤΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΤΟΥ ΙΙ4

Το όνομά μου είναι Δημοσθένης, είμαι αλκοολικός σε συνεχή αποχή και ανάρρωση δέκα χρόνια και κάτι μήνες. Όταν μας προτείνανε μικρά, σ' εμένα και στην αδελφή μου ο πατέρας μου και η μάνα μου να πιούμε στο τραπέζι κρασί που είχανε μια γιορτή, δοκιμάσαμε. Η αδελφή μου άρχισε να πίνει κάθε μεσημέρι ένα ποτηράκι, εμένα δεν μου άρεσε και έλεγα «πως το πίνουν αυτό; Τι ποτό είναι;». Μου άρεσε το νερό, γάλα, πορτοκάλια, χυμοί και τέτοια. Και δεν μου άρεσε και έλεγα «γιατί το κάνουν». Τότε, παλιά, τραγουδούσαμε στο τραπέζι, όταν τρώγαμε, όταν πίνανε, πίνανε και τραγουδούσανε κι εγώ δεν είχα κανένα πρόβλημα να τραγουδήσω και δεν νομίζω ότι είχα και προβλήματα τότε. Ζούσα σε μεγάλη οικογένεια, με γειτονιά, με ανθρώπους, κ.λ.π. Και συνέχιζα πάντα, όταν οι άλλοι πίνανε στα πάρτι ή στις ταβέρνες, εγώ έκανα πως έπινα, έβαζα λίγο και ρούφαγα λιγάκι γιατί το σιχαινόμουν, δεν μου άρεσε στο στόμα.

Όσπου μια φορά πήγαμε μια εκδρομή, εκεί νομίζω άρχισε. Πήγαμε με το Ελληνοαμερικανικό Μορφωτικό Ινστιτούτο που μάθαινα εγώ αγγλικά. Πήγαμε την εκδρομή και γυρίζοντας σταθήκαμε στα Μεσόγεια και εκεί ήπια παραπάνω κι ένιωσα στο μυαλό μου κάτι, μια ωραία γλύκα στο μυαλό, κάτι ιδιαίτερο και όταν μπήκαμε ξανά στο πούλμαν, εγώ μίλαγα φαρσί αγγλικά και μου έλεγαν όλοι «πω, πω, τι ωραία αγγλικά που μιλάς, καλύτερα απ' όλους μας, κ.λ.π., περίεργο, όταν πηγαίναμε δεν μιλούσες καθόλου και όταν γυρίζουμε μιλάς τόσο καλά».

Εκεί ανακάλυψα τη λειτουργία του οίνοπνεύματος σε μένα, στον εγκέφαλό μου, ότι όλα τα κάνω καλύτερα άμα πιω. Εγώ χορό έμαθα χωρίς οινόπνευμα. Ήμουν σ' ένα πάρτι και χορεύανε οι άλλοι και εγώ δεν ήξερα χορό και βγάζω ένα φίλο μου έξω και του λέω, «μάθε μου αυτό το βαλς» και πήγε να με μάθει ανάποδα, τα βήματα όπως θα τα 'κανε η κοπέλα δηλαδή, «όχι», του λέω, «έτσι όπως θα χορεύω εγώ με τις κοπέλες». Και μου έμαθε. Στο δρόμο χορεύαμε οι δυο μας και μετά πήγα μέσα και χόρεψα, την πάταγα, άθλια χόρεψα, αλλά χόρεψα. Μπορούσα δηλαδή να κάνω τέτοια πράγματα στη ζωή μου χωρίς κανένα φάρμακο. Όμως, όταν ανακάλυψα εκεί με τα αγγλικά αργότερα, ότι μπορώ και να χορεύω καλύτερα, όλα τα έκανα καλύτερα πίνοντας, άρχισα να πίνω όχι γιατί μου άρεσε, ξίνιζα στην αρχή τα μούτρα μου, αλλά γιατί με βοηθούσε να τα βγάζω πέρα καλύτερα με την πραγματικότητα.

Όταν σταμάτησα να πίνω, όταν αναγκάστηκα να σταματήσω να πίνω και βγήκα από το νοσοκομείο, όπου πέθανα από το αλκοόλ και ξαναγύρισα στη ζωή, δεν μπορούσα χωρίς αλκοόλ να κάνω τίποτα σ' αυτή τη ζωή. Δεν το κατάλαβα αμέσως τότε. Μετά δέκα χρόνια – τώρα δηλαδή τα τελευταία επτά, ας πούμε, χρόνια – κατάλαβα ότι ήμουν ανίκανος, αυτή ήταν η κύρια αρρώστια μου, ήμουν ανίκανος να ζω σ' αυτή την κοινωνία, σ' αυτή την πραγματικότητα, χωρίς φάρμακα και γι' αυτό πήρα το φάρμακο. Τότε που πήρα το φάρμακο μπορούσα να ζήσω με σ' αυτή την κοινωνία, αλλά δεν ζούσα τόσο καλά – πήρα το φάρμακο, δηλαδή, για να ζήσω καλά. Το φάρμακο σε μένα είχε την εξής επιρροή: μου μεγάλωσε την αρρώστια μου, μου μεγάλωσε και τις δυσκολίες μου να ζήσω σ' αυτή την πραγματικότητα και μου την έκανε αδυναμία να ζήσω, μου την έκανε αρρώστια. Δεν μπορούσα να ζήσω σ' αυτή την κοινωνία χωρίς φάρμακο.

Πέρασα τριάντα τρία χρόνια, πίνοντας φάρμακο, πέρασα διάφορα στάδια. Στην αρχή ήτανε ωραία, αν κι εγώ έπεσα με τα μούτρα στο φάρμακο. Μόλις ανακάλυψα τι είναι δεν μπορούσα να σταματήσω σε σχέση με τους άλλους, το πήρα για τον ίδιο λόγο που πίνουν όλοι, για να κάνω καλύτερα τα πράγματα, να ζω καλύτερα, να αισθάνομαι

καλύτερα, να ενεργώ καλύτερα, να χορεύω καλύτερα, να μιλάω αγγλικά καλύτερα. Τώρα τα ξέχασα τα αγγλικά, τέλος πάντων. Και τέλος, για να μου φύγουν οι φόβοι. Μου έπαιρνε τους φόβους, ενεργούσε σε μένα σαν αγχολυτικό, αντιτρικυμιώδες, αντισεισμικό, ούτε έπαιρνα χαμπάρι τους σεισμούς, τα μάθαινα την άλλη μέρα τι έγινε κ.λ.π. Ενώ μακροπρόθεσμα αυτό το φάρμακο σ' αυτά τα τριάντα τρία χρόνια μ' έκανε να έχω φοβίες εκεί που δεν είχα, να μην μπορώ να ζήσω χωρίς αυτό το φάρμακο.

Μου δημιούργησε και πίεση, αρτηριακή υπέρταση, την οποία μπορούσε μόνο αυτό το φάρμακο να μου την κατεβάσει, αλλά κοντοπρόθεσμα, για ώρες: όσο ενεργούσε το φάρμακο μόλις έπαυε η ενέργεια του φαρμάκου, ανέβαινε πάνω από 20 η πίεση. Αυτό μου την δημιουργούσε και αυτό μου την κατέβαζε, κι έτσι είχα την ψευδαίσθηση πάντα ότι αυτό με γιατρεύει, με κάνει ικανό να ζήσω σ' αυτή την πραγματικότητα χωρίς πίεση, χωρίς άγχη, χωρίς φόβους, χωρίς θυμούς, μου κατεύναζε τους θυμούς, με ησύχαζε, ήταν το φάρμακο για όλα. Όταν με ρωτούσαν «δεν θα πάρεις το τάδε φάρμακο;» έλεγα «ένα είναι το φάρμακο, μόνο αυτό». Εγώ στην αρχή της ζωής μου, από δεκατεσσάρων χρονών, γνώρισα την αυτοθεραπεία. Δηλαδή, με τη βοήθεια του Θεού και με προσευχή και μεγάλη πίστη, θεράπευα τις αρρώστιες μου, μου τις θεράπευε ο Θεός τις αρρώστιες όταν έδειχνα εγώ πίστη και Τον παρακαλούσα θερμά.

Από ένα σημείο κι έπειτα έπαψα να πιστεύω στον Θεό, αυτό έγινε με δύο τρόπους: άρχισα να πιστεύω στον Ιησού Χριστό που Αυτός υπήρχε πράγματι, ήταν ένα ιστορικό πρόσωπο, ενώ τον Θεό, ποιος Τον έχει δει; Δεν Τον έχει δει κανένας. Πρώτον αυτό και δεύτερον πήγαμε στο αγίασμα ή το ιερό ποτό: ακριβώς το αλκοόλ και αυτό μου θεράπευε τις αρρώστιες, δεν χρειαζόμουν πια Θεό, ούτε τον Ιησού Χριστό, ούτε κανέναν. Είχα το αλκοόλ.

Και όπως είπα, εγώ είμαι βέβαιος τώρα ότι έπασχα από μία αρρώστια γιατί κανένας δεν παίρνει φάρμακο και δεν παραμένει στο φάρμακο και δεν τον βοηθάει ένα φάρμακο αν δεν έχει μία αρρώστια. Κι εμένα αυτή η αρρώστια ήταν η αδυναμία μου να ζήσω σ' αυτή την πραγματικότητα. Το φάρμακο κοντοπρόθεσμα, όπως είπαμε, ενεργούσε, υποτίθεται ότι θεράπευε, αλλά μακροπρόθεσμα μου χειροτέρευε την αρρώστια, αυτό μου την δημιουργούσε, αυτό μου την επαύξανε. Π.χ., παλιά δεν είχα και δεν αισθανόμουν τον παραμικρό φόβο, τουλάχιστον συνειδητά, να πηγαίνω στον κουρέα. Και τον καιρό που έπινα, μια μέρα που δεν είχα πει αρκετά αισθάνθηκα ότι δεν μπορούσα να σταθώ πλέον ούτε στον κουρέα, έπρεπε να φύγω, δεν μπορούσα να κάθομαι εκεί και να με κουρεύει και ήθελα να πληρώσω και να φύγω, έστω και μισοκουρεμένος. Πως κρατήθηκα μέχρι τέλους, μόνο εγώ το ξέρω – πανικός δηλαδή, ναι, πανικός. Στην αρχή ένιωσα φόβο και μετά προχώρησε σε πανικό.

Αυτά ήτανε και, στο τέλος, δεν μπορούσα να βγω και από το σπίτι μου. Στην αρχή έβγαινα, τα πρώτα δέκα χρόνια δεν μπορούσα να πω μόνος μου. Μπορούσα να χτυπιέμαι έξω να βρω μπαρ ανοιχτό, με κόσμο κ.λ.π. και αν δεν έβρισκα, πήγαινα σπίτι μου, πέρναγα δίπλα από τα αλκοόλ και τις μπουκάλες και κοιμόμουν, έτρωγα και κοιμόμουν.

Αλλά από ένα σημείο κι έπειτα, μπορούσα να τα πίνω σπίτι μου και από ένα σημείο κι έπειτα έπινα κυρίως σπίτι μου και για να βγω από το σπίτι μου έπρεπε να βγω πωμένος. Πολλές φορές γύριζα πίσω γιατί με πιάνανε οι φοβίες, για να συμπληρώσω τη δόση μου. Μετά, δεν μπορούσα να κρατηθώ έξω ώσπου να βρω το επόμενο βενζινάδικο = ούζο και κουβάλαγα μπουκάλια μαζί μου, μέσα σε κάτι πλαστικά μπουκάλια ενός φαρμάκου για τους πόνους στο στομάχι. Και πήγαινα σε διάφορες τουαλέτες, όπου βρισκόμουν και το έπινα σε γωνιές. Μετά, στο τέλος όμως, δεν πρόφταινα να πάω σε τουαλέτες και το έβγαζα όπου να 'ναι, μπροστά στον κόσμο,

έκανα ότι με πόναγε το στομάχι και διπλώνομουν στα δύο, έδειχνα πόνο στο πρόσωπό μου, έτριβα το στομάχι με το ένα χέρι και μετά έβγαζα το μπουκάλι που ήταν από φάρμακο για το στομάχι, υποτίθεται ότι οι άλλοι αυτό θα καταλαβαίνανε, το έβαζα στο στόμα, ρουφούσα και ανακουφιζόμουν και οι άλλοι υποτίθεται ότι θα σκέφτονταν ότι «του παιδιού του πόναγε το στομάχι, έβγαλε το φάρμακο του στομάχου, ήπιε λίγο φάρμακο, του πέρασε». Έτσι νόμιζα πέρασε η υπόθεση.

Εγώ είχα κάνει και μια θεωρία η οποία στήριζε την αρρώστια μου, τον αλκοολισμό μου. Ο αλκοολισμός ήταν η αρρώστια του φαρμάκου, η δεύτερη αρρώστια. Το φάρμακο το πήρα για την πρώτη αρρώστια, για τις δυσκολίες μου με την πραγματικότητα, και ο αλκοολισμός ήταν η ανίατη αρρώστια του φαρμάκου. Δηλαδή, δεν μπορούσα όταν άρχιζα να πίνω να σταματήσω, όταν έπινα θα γινόμουν τάβλα, τελείωσε. Και κάθε μέρα αυτό ενώ ήταν λογικότατο, θα το έβλεπε και ο πιο ηλίθιος άνθρωπος, εγώ δεν το έβλεπα, έλεγα «σήμερα δεν θα πω, θα πω μόνο ξύ». Και αυτό το έλεγα επί τρεις δεκαετίες και τρία χρόνια «εγώ σήμερα θα πω; Όχι», στο τέλος δεν το έλεγα, το είχα καταλάβει, το είχα αποδεχθεί, αυτή ήταν η αρρώστια μου και ζούσα με την αρρώστια, λέγοντας ότι η κοινωνία είναι χάλια, κακή, άδικη και οι καλοί άνθρωποι σαν κι εμένα, για να ζήσουνε σ' αυτή την παλιοκοινωνία πρέπει κάτι να παίρνουνε, ένα φάρμακο. Και με μένα μην ασχολείστε, μη σκοτίζεστε, να σκοτίζεστε για σας τους ίδιους, γιατί εσείς έχετε πρόβλημα που μπορείτε να ζείτε χωρίς φάρμακο σ' αυτή την παλιοκοινωνία. Πλήρης διαστρέβλωση της πραγματικότητας. Αν και τώρα θεωρώ ότι η κοινωνία είναι αρκετά άρρωστη, δηλαδή αρκετά ατελής για να ζήσεις το τέλειο για την ψυχή του ανθρώπου, εν πάση περιπτώσει, ήτανε βλακεία το να καταστρέφω εγώ τον εαυτό μου, για ποιο λόγο;

Στο μεταξύ, είχα σπουδάσει, εργαζόμουν, είχα κάνει οικογένεια, παντρεύτηκα. Εμένα με ενδιέφερε ότι δεν υπήρχαν ειλικρινείς σχέσεις, σχέσεις αγάπης, εγώ αγάπησα πολύ δύσκολα και αυτό προσπάθησα και αυτό κατόρθωσα στο τέλος κι αυτή ήταν μια διαδικασία σπουδής για μένα. Είχα καταφέρει και προπαντός σπουδάζοντας την πραγματικότητα, σπουδάζοντας τις σχέσεις μου, να φτιάξω καλές σχέσεις αλλά χάλαγαν οι σχέσεις μου πάντα. Η σύντροφός μου έλεγε «λες ότι το καλύτερο πράγμα σ' αυτόν τον κόσμο που μπορεί να σου συμβεί είναι η ειλικρινής σχέση αγάπης, και αυτή λες ότι την έχεις μαζί μου, όπως μου φαίνεται την έχεις, και εγώ έτσι αισθάνομαι κι είμαι μια χαρά, αλλά γιατί εξακολουθείς να πίνεις;».

Και άρχιζα εγώ, η άδικη κοινωνία, κ.λ.π., τα παιδιά πεθαίνουν και στο Βιετνάμ ο πόλεμος και σκοτώνονται εκεί και κάπου όμως, όταν ήμουνα μόνος μου, έλεγα «αλήθεια, αυτή είναι η αλήθεια, αφού βρήκα αυτό που πραγματικά ζητάω στη ζωή, γιατί εγώ συνεχίζω να πίνω;». Δεν ήξερα ότι είναι αρρώστια, δεν ήξερα ότι είμαι αλκοολικός, δεν ήξερα ότι δεν μπορώ, όση θέληση και να έχω, δεν μπορώ να σταματήσω να πίνω, άμα σηκώσω το πρώτο ποτήρι ή πρέπει να σταματήσω μια για πάντα και με άλλους όρους, ή...

Κι έλεγα και το εξής: έβαζα όρους, έλεγα ότι εγώ θα ζω καλά αν ζω σ' ένα κοινόβιο με άλλους ανθρώπους μαζί, μια αλλιώςτική ζωή και όχι σε αυτή την πραγματικότητα, τότε θα κόψω το ποτό. Και το έλεγα αυτό ενώ ήξερα, είχα διαβάσει ότι οι άνθρωποι αυτού του τύπου πέτυχαν να ζουν αρμονικά σ' ένα κοινόβιο, ήταν ακριβώς εκείνοι που το πρώτο που έκαναν ήταν να σταματήσουν τις ουσίες. Ήταν προϋπόθεση το να σταματήσεις τις ουσίες, εγώ όμως δεν το έβλεπα αυτό. Αφού το ήξερα, το είχα διαβάσει, το ξέρω και τώρα γι' αυτό το θυμάμαι, δεν το ξαναδιάβασα στο μεταξύ, δεν το έβλεπα γιατί ήθελα τότε να μη βλέπω, να μην ακούω, να μην αισθάνομαι ό,τι αφορούσε την αρρώστια μου, το ποτό μου, ήταν κάπως μία άμυνα ενάντια στο να πάψω να πίνω, στο να στερηθώ το φάρμακό μου.

Γιατί εγώ έλεγα διάφορα ψέματα στον εαυτό μου. Και το μεγαλύτερο ψέμα ήταν ότι εγώ δεν μπορούσα να ζήσω σ' αυτή την πραγματικότητα χωρίς αλκοόλ. Τα δέκα χρόνια και οι τέσσερις μήνες που ζω χωρίς αλκοόλ αποδεικνύουν και πολύ καλά μάλιστα ότι αυτό δεν ήταν αλήθεια, ήταν ένα μεγάλο ψέμα, μια πλάνη, ένα ψέμα που είπα εγώ στον εαυτό μου και το κράταγα. Ένα ψέμα που μου δημιούργησε η αρρώστια, ο αλκοολικός εαυτός μου, ας πούμε.

Εγώ δεν είμαι της γνώμης ότι το αλκοόλ είναι πανούργο, απατηλό κ.λ.π., ο αλκοολικός εαυτός μου, αυτός διαστρεβλώνει τα πράγματα, αυτός με παρασύρει και, πράγματι, έχω δύο ανθρώπους μέσα μου, είναι δύο τάσεις, δύο γνώμες, δύο άνθρωποι, αυτό το λέω δύο ανθρώπους. Και αυτό το γνώρισα όταν έκοβα το τσιγάρο. Εκεί γνώρισα τον καπνιστή εαυτό μου, τρομερός. Στην αρχή δεν έκοψα εγώ το τσιγάρο, έπαψα ν' αγοράζω και να παίρνω από άλλους. Και τα δυο τελευταία πακέτα, όταν κάπνιζα, είχα καταλάβει ότι μετά απ' αυτά τα δύο δεν θα υπήρχε άλλο γιατί δεν θ' αγόραζα και δεν θα έπαιρνα από άλλους και ο καπνιστής άρχισε να μη θέλει να καπνίζει και όλο το ανέβαλλε. Εγώ ήθελα επιτέλους να τελειώσουν αυτά τα πακέτα και να μπούμε στην ίσια γραμμή. Αυτός δεν ήθελε, και όλο το ανέβαλλε και έκανε τρομερή μάχη μαζί μου για να μην καπνίσω.

Όταν έσβησα την τελευταία γόπα και τα πέταξα, έτρεξα γρήγορα έξω, τα πέταξα στον κάδο όλα και ξαναγύρισα, εκεί άρχισε η μεγάλη μάχη. Άρχισα να ψάχνω τα χέρια μου, κουνούσε αυτός ο άθλιος τα χέρια μου, τα έβαζα στις τσέπες μου, έβγαζα τον αναπτήρα, έψαχνα ντουλάπια που πριν έκρυβα τα τσιγάρα, τρεις μέρες μου έκανε μεγάλο πόλεμο ώσπου σιγά σιγά καταλάγιασε και εντάξει. Αυτός ο εαυτός μου, λοιπόν, είναι που θέλει φάρμακο.

Όμως με το αλκοόλ έξι μήνες κρατήθηκα μόνος μου, βρήκα και διάφορους τρόπους να κρατιέμαι, τον έκτο μήνα ξαναγνώρισα την Ομάδα στην οποία είχα έρθει, όμως για άλλους λόγους, παλιά, αλλά δεν ήξερα ότι είναι η ίδια. Άκουσα μια εκπομπή στο ραδιόφωνο για τους Α.Α. και ήρθα στους Α.Α. Και αφού κάθισα αρκετό καιρό κι έμαθα χρήσιμα πράγματα, στο να αντιμετωπίζω τις επιθυμίες μου όταν μου έρχονταν, και τις αντιμετώπιζα με επιτυχία, δηλαδή απέφευγα να σηκώσω το πρώτο ποτήρι και ζούσα μετά καλά και κάθε μέρα που δεν έπινα γινόταν καλύτερη η ζωή μου, έμαθα και για την αρρώστια μου πολλά πράγματα, και αφού άκουγα όλα αυτά που λέμε εδώ, και έλεγα «όλο τα ίδια και τα ίδια λέμε, πάω τώρα να φύγω, εγώ ούτως ή άλλως το έκοψα μόνος μου, μου το έκοψαν οι γιατροί του Ευαγγελισμού δόξα τω Θεώ», και πάω να φύγω γιατί δεν έχω τίποτε άλλο να κάνω, αποφάσισα να μείνω.

Κι ευτυχώς που αποφάσισα να μείνω, γιατί κατάλαβα μετά, μένοντας και συνεχίζοντας να λέω τα ίδια και τα ίδια και ν' ακούω τα ίδια και τα ίδια, να συνειδητοποιώ τι ήτανε αυτά τα ίδια και τα ίδια, και να συνειδητοποιώ ότι εγώ μάθαινα να ζω χωρίς την ανάγκη του αλκοόλ ή κανενός άλλου φαρμάκου στην ίδια πραγματικότητα στην οποία δεν μπορούσα να ζήσω πριν χωρίς φάρμακο, χωρίς αλκοόλ. Γιατί εγώ δεν έπαιρνα ούτε ηρεμιστικά, ούτε τίποτε άλλο. Ήμουν καθαρά αλκοολικός. Θα μπορούσα ν' αντικαταστήσω το αλκοόλ με κάτι άλλο, ήταν το ίδιο, εγώ λέω το φάρμακο και εννοώ γενικά η ουσία που θα με κάνει ικανό να ζήσω σ' αυτή την πραγματικότητα.

Λοιπόν, χωρίς αυτές τις ουσίες, άρχισα να ζω καλά και κάθε μέρα γίνεται καλύτερα, μαθαίνω όλο και περισσότερα να καταφέρνω να κάνω και το κύριο, αυτό που ήταν δυσκολία για μένα, δυσκολία πριν αρχίσω να πίνω και την ξεπέρασα με το αλκοόλ, δεν ξέρω αν θα την ξεπερνούσα χωρίς αλκοόλ, νομίζω ναι, δεν ξέρω όμως, δεν μπορώ να το αποδείξω. Η δυσκολία λοιπόν αυτή ήταν ότι εγώ όταν συναντούσα γυναίκες οι οποίες μιλούσαν μέσα μου, δηλαδή μου δημιουργούσαν μέσα μου αγάπη, έρωτα, αίσθημα, εγώ τις απέφευγα αυτόματα και ασυνείδητα, τις απέφευγα και

τράβαγα τον δρόμο μου. Αυτό το συνειδητοποίησα αργότερα, αφού έκανα την πρώτη μου συνειδητή σχέση με το αλκοόλ.

Όταν έπαψα να πίνω, εγώ νόμιζα ότι θα ζήσω χωρίς να χαμογελάω, χωρίς να γελάω, ήμουνα βέβαιος, σίγουρος ότι δεν μπορώ να ζήσω χωρίς φάρμακο και περιμένα να πεθάνω και βιολογικά. Έλεγα «θα ζήσεις έτσι, δεν πειράζει». Εγώ τρώμαζα να γυρίσω στην κατάσταση που ήμουνα τον τελευταίο καιρό. Που άρχιζα μόλις ξύπναγα, είναι λάθος έκφραση, μόλις έφευγε η επήρεια του φαρμάκου και άνοιγα τα μάτια μου, τότε μ' έπιανε κάτι τρομερό, ήμουνα πολύ άρρωστος και έπρεπε να πιω, τα είχα ετοιμάσει από το βράδυ τα προκαταρκτικά, και τα έπινα αυτά και αν πήγαινε καλά η υπόθεση έπαυε η τυραννία, όταν έβγαζα, αχ, τον αναστεναγμό και από εκεί έπινα μέχρι το βράδυ, μέχρι να κοιμηθώ, σιγά σιγά, διατηρούσα την ποσότητα μέσα μου.

Σε αυτή την κατάσταση δεν ήθελα να γυρίσω, γιατί όταν έβηχα, άρχιζαν τα στερητικά και τα στερητικά άρχιζαν με κρυάδες και μετά έφταναν σε σπασμούς. Και το χειρότερο που ήτανε, έπαυε η πέψη, έπαυε δηλαδή να πηγαίνει το φάρμακο στο αίμα. Τέλος πάντων, την πρώτη φορά που σταμάτησα έλεγα ότι θα πεθάνω έτσι, δεν θα γελάω. Πράγματι, στην αρχή δεν μπορούσα να ζήσω χωρίς φάρμακο. Βέβαια, έτρωγα, αλλά δεν ήξερα τι τρώω. Έβλεπα τηλεόραση αλλά δεν ήξερα ότι κοιτάω τηλεόραση. Καθόμουν με φίλους, πρώην φίλους, αλλά ούτε μιλούσα, ούτε έλεγα τίποτα, ούτε γελούσα. Ένα τίποτα, μια αποχαύνωση, σαν ζόμπι ήμουνα. Έτρωγα, θυμάμαι, μια φορά που μου είπε η μάνα μου, «για σένα το πήρα το φαί», και λέω, «τι φαί είναι, χόρτα;». Και ήταν καλαμαράκια. Μάσαγα μηχανικά, δεν είχα καμιά επαφή με τη ζωή. Νομίζω ότι είναι αυτό που λένε οι άλλοι κατάθλιψη. Εγώ δεν είχα ποτέ κατάθλιψη, τότε είχα, αν είναι αυτό κατάθλιψη.

Και πέρασε αυτή η πρώτη περίοδος, η κυρίως σωματική και μετά μπήκα στα «ροζ συννεφάκια», όπως λέμε εδώ στην Ομάδα στους Α.Α. την περίοδο που σου φαίνεται ότι όλα πάνε καλά επειδή το έκοψες. Και πήγα όταν είδα ότι μπορώ να ζήσω, μπορώ να χαμογελάσω και τότε άρχιζα να γελώ και πήγα στο αντίθετο άκρο, στα «ροζ συννεφάκια». Είδα όμως ότι στην αρχή ερωτεύτηκα. Ερωτεύτηκα μεν, αλλά δεν τις απόφευγα, δεν έμεινε ασυνείδητο το ότι ερωτεύτηκα, αλλά έτρεμα ολόκληρος. Πήγα μια φορά να της δώσω ένα δώρο και έτρεμαν τα χέρια μου και ντρεπόμουνα πολύ που το έβλεπε ότι ντρέπομαι. Και μια φορά μπαίνει στην κουζίνα, είχα έναν καφέ στο χέρι και μου πέφτει ο καφές και μου λέει «σε μάτιασα». Τρομάρα μου!

Τα κατάφερα σιγά σιγά να φύγουν και αυτοί οι φόβοι και να γίνονται όλα συνειδητά χωρίς κανένα φάρμακο και αυτό είναι ωραίο. Από τον ύπνο που κοιμάμαι χωρίς κανένα φάρμακο ώσπου ερωτεύομαι χωρίς κανένα φάρμακο, ώσπου μιλάω χωρίς κανένα φάρμακο, ώσπου πηγαίνω και συναλλάσσομαι με κάποιον χωρίς κανένα φάρμακο κι ούτε μετά χρειάζομαι φάρμακο και όσα δεν μπορώ, τ' αφήνω, είναι πάνω από τις δυνάμεις μου, τ' αφήνω, δεν πρέπει οπωσδήποτε να τα κάνω, δεν είμαι ο Τζον Γουέιν. Γιατί πριν από το αλκοόλ είχα πέσει με τα μούτρα στο σινεμά. Αυτό με έφτιαχνε πριν από το αλκοόλ και έπινα τον Τζον Γουέιν και όλους αυτούς που παίζανε τους ρόλους τους και ήτανε τρομεροί και φοβεροί, πράμα που ήθελα να είμαι κι εγώ σαν Τζον Γουέιν κι άρχισα να πιστεύω ότι είμαι Τζον Γουέιν και να προσπαθώ να γίνω Τζον Γουέιν, δηλαδή να δρω πάνω από τις δυνάμεις μου.

Αυτοί όμως ήταν ηθοποιοί, τα έκαναν ψέματα, υποκριτές, υποκρίνονταν, δεν τα αισθάνονταν, δεν τα έκαναν αλήθεια, δεν πονούσαν. Έπαιζαν ένα ρόλο. Εγώ μέσα στο ποτό και θέλοντας να υπερβώ τον εαυτό μου, να φτιάξω τέτοια πράγματα, γινόμενοι ο Τζον Γουέιν στην πραγματικότητα. Και όσο έπαιρνα φάρμακο για να κατορθώσω αυτό, τόσο δεν το κατόρθωνα και το έφτιαχνα και χειρότερα. Εν πάση περιπτώσει, είναι μεγάλη χαρά να καταφέρνω το ένα μετά το άλλο πράγμα και να κάνω μάλιστα πράγματα που δεν τα έκανα ποτέ στη ζωή μου και πολύ ωραία, χωρίς

κανένα φάρμακο και χωρίς να θέλω να υπερβώ τον εαυτό μου, αν μπορώ, όσο μπορώ, κι όσο μπορώ τα κάνω και τ' αφήνω στα χέρια του Θεού και κάνω πράγματα, π.χ. ζωγραφίζω με τη βοήθεια του Θεού και μόνο. Λοιπόν, έτσι έχουν τα πράγματα.

Εγώ πήρα φάρμακο σαν όλους τους άλλους που πίνουν. Πάνε στο μπαρ και πίνουν για να ριλαξάρουν, για να τραγουδήσουν, για διάφορους λόγους. Εγώ τραγουδούσα και χωρίς φάρμακο, αλλά τραγουδούσα καλύτερα με το φάρμακο. Έτσι άρχισα κι εγώ αλλά μετά είδα, διαπίστωσα και πολύ γρήγορα σε μένα έγινε αυτό, ότι διέφερα από τους άλλους, ότι εγώ δεν μπορούσα να σταματήσω, στο ότι δεν μπορούσα να σταματήσω. Αυτοί έπιναν δύο-τρία και φεύγανε. Καμιά φορά ξεχνούσανε και το μισό άπλωτο στο ποτήρι τους.

Εγώ δεν τα είχα αυτά τα πράγματα. Εγώ θα έπινα μέχρι σκασμού, δεν ξέρω, μέχρι να πέσω τάβλα, δεν μπορούσα να σταματήσω. Αυτό το νόμιζα αδυναμία, δεν ήξερα ότι είναι αρρώστια. Είχα πια γίνει αλλεργικός στο ίδιο το φάρμακο. Νόμιζα ότι με τη θέληση θα το κατόρθωνα αυτό, να πίνω λίγο. Όχι, με τη θέληση κατόρθωσα να μην πίνω καθόλου, με τη θέληση κατόρθωσα να κόψω το τσιγάρο, να κόψω τον καφέ, ό,τι θέλεις κόβω, ό,τι θέλεις κάνω με τη θέληση, αλλά όχι αυτό γιατί είναι αρρώστια, σε μένα είναι αρρώστια. Δεν μπορώ εγώ, δεν είναι δυνατόν από τη φύση της αρρώστιας μου να σταματήσω, να το ελέγξω ή να σταματήσω να πίνω από μόνος μου. Να σταματήσω να πίνω, εφόσον σήκωσα το πρώτο ποτήρι. Ενώ οι άλλοι, αυτούς που λέμε κοινωνικούς πότες, δεν έχουνε πρόβλημα, κι αυτοί για τον ίδιο λόγο παίρνουν το φάρμακο, για να αισθανθούν καλύτερα, για να τολμήσουν κάτι, αλλά μπορούν να σταματήσουν... κρατούν τη δοσολογία, τόσες σταγόνες. Εγώ δεν είχα τόσες σταγόνες, άμα άρχιζα θα τελείωνα. Έπαιρνα για να φύγω τελείως. Αυτή είναι η διαφορά.

Εγώ, στην αρχή, όταν σταμάτησα μόνος μου είπα ότι θα ξαναπιώ λίγο πριν αυτοκτονήσω και τρόμαξα γιατί λέω, «πω, πω, τόσο πολύ δεν θα πίνω;» και μετά σκέφτηκα ότι μπορεί ν' αυτοκτονήσω και αύριο, οπότε ησύχασα γιατί θα έπινα και αύριο λίγο πριν αυτοκτονήσω. Στην Ομάδα έμαθα να μη με ενδιαφέρει για πόσο δεν θα πω. Μόνο για σήμερα δεν πίνω. Δεν πίνω τώρα, μόνο για σήμερα, δεν μ' ενδιαφέρει. Και, πράγματι, πως μπορεί να μ' ενδιαφέρει; Εγώ μπορεί να πω αύριο ή σ' ένα μήνα, μπορεί να πω και μάλιστα να μην ξαναγυρίσω στην Ομάδα, πράγμα που θα με λυπήσει τώρα με τη σκέψη ότι μπορεί να γίνει κάτι τέτοιο, αλλά μπορεί να γίνει. Επομένως, εγώ μπορώ ένα πράγμα μόνο. Μόνο για σήμερα δεν πίνω, ό,τι και να συμβεί, ο ουρανός και τ' άστρα ν' αλλάξουν, εγώ δεν πίνω για κανένα λόγο.

Στην Ομάδα άρχισα να ζω, έμαθα να ζω μέσω του Προγράμματος, χωρίς να χρειάζεται ποτό, χωρίς να το χρειάζομαι, χωρίς να έχω επιθυμία για ποτό, στην ίδια πραγματικότητα την οποία ζω τώρα, σε όποιες συνθήκες έρθουν κάθε φορά και για την ώρα στις ίδιες συνθήκες που νόμιζα όταν έπινα ότι δεν μπορούσα να ζήσω χωρίς να πίνω.

Αυτά έγιναν κατορθωτά λόγω του Προγράμματος. Εγώ είχα ορισμένες ιδιότητες του χαρακτήρα μου, στα βιβλία μας λέγονται ελαττώματα του χαρακτήρα, αλλά εγώ τις λέω ιδιότητες γιατί ήτανε και πράγματα που θεωρούνται γενικά και προτερήματα, που έπρεπε εγώ ν' αλλάξω. Δηλαδή, εγώ ήθελα να βοηθάω κάθε άνθρωπο κ.λ.π., και κατανάλωνα πολύ καιρό να βοηθάω πολλούς ανθρώπους, πράγμα που ήταν πάνω από τις δυνάμεις μου και αυτό έπρεπε να το κόψω, να μάθω να λέω όχι, να κοιτάω πρώτα τον εαυτό μου, να κοιτάω τι μπορώ και τότε, όταν έκανα αυτά που έπρεπε για τον εαυτό μου μπορώ να βοηθήσω άλλους κι αυτό, μέσα σε όρια, δεν μπορώ απεριόριστα να βοηθάω κάποιον γιατί αυτά όλα, αυτές οι ιδιότητες του χαρακτήρα μου με οδηγούσανε στο ποτό. Να τα υπερβώ, να τα νικήσω. Π.χ. έπινα για φόβο, μου δημιουργούσαν πολλά πράγματα φόβο. Να πάω να κάνω μια συνδιαλλαγή μου

προκαλούσε φόβο, οι εξετάσεις μου προξενούσαν φόβο, και διάφορα. Γι' αυτό έπινα. Για θυμό, όταν με θύμωναν κάποιοι και δεν είχα το θάρρος ν' απαντήσω ή να τους κάνω καυγά, έπινα. Καθόμουν κι έπινα κι έλεγα, δεν βαριέσαι.

Όταν πήγαινα να κάνω μια δουλειά, μια πώληση, έπινα προηγουμένως για να πάρω θάρρος, ένας άλλος πωλητής που δεν είναι αλκοολικός θα έπινε δύο και θα έκανε την πώληση, εγώ μόλις σήκωνα το ένα έλεγα άντε και δεύτερο, άντε και τρίτο, μετά έλεγα άντε, δεν βαριέσαι, και τέταρτο και πάμε αύριο. Και αφού το έκανα αυτό τρεις φορές, τρεις μέρες, ντράπηκα από εκεί και πέρα δεν ξανατηλεφώνησα στον πελάτη, δεν ξαναπήγα. Λοιπόν, αυτό είναι η διαφορά μου εμένα με τον κοινωνικό πότη. Ότι αυτός έπινε δυο φαρμακάκια κι έκανε την πώληση, εγώ δεν μπορούσα, όταν άρχιζα να πίνω έφτανα μέχρι το τέλος.

Αυτό βεβαίως είχε αντίκτυπο στην εργασία μου. Έφευγα μόνος μου από τις δουλειές, ή δεν πήγαινα και σε εξετάσεις. Έλεγα σήμερα αύριο έχω εξετάσεις για τις οποίες είχα δουλέψει έξι μήνες, για τις οποίες είχα δουλέψει κιόλας για να βγάλω τα λεφτά να μπορώ να δουλεύω έξι μήνες για τις εξετάσεις. Έλεγα σήμερα να μην πω τόσο πολύ και τότε ακριβώς ήταν που ήμουν τάβλα και ζύπναγα όταν είχαν τελειώσει οι εξετάσεις. Και δεν συνειδητοποιούσα ότι εγώ γι' αυτό ήπια, για να μην πάω στις εξετάσεις, γιατί φοβόμουν να πάω στις εξετάσεις. Ήμουν σε μια συνεχή ενοχή και αγωνία... Είπα ότι όπως τα βλέπω τώρα, ενώ μου φαινόταν τότε ότι το ποτό, το αλκοόλ, το φάρμακο, με έκανε καλά, στην ουσία μακροπρόθεσμα χειροτέρευε την αρρώστια μου, επιδείωνε την αρρώστια μου.

Πίνοντας λοιπόν δεν προχώρησα ούτε επαγγελματικά ούτε ολοκλήρωσα τίποτε άλλο. Τίποτα. Ενώ είχα τις δυνατότητες να προχωρήσω σε όλα, είμαι βέβαιος τώρα εκ των υστέρων. Και ένα άλλο που νόμιζα ότι χαίρεσαι όταν πίνεις, ξεχνάς και χαίρεσαι όταν έχεις λύπη. Είναι λάθος. Το ανακάλυψα κι αυτό μια φορά που ενώ νόμιζα ότι εντάξει, πέρασε ο πόνος ενός χωρισμού πίνοντας ένα ολόκληρο βράδυ, κι όμως την άλλη μέρα οι άνθρωποι στο μπαρ που με ξέρανε μου λέγανε «δενμίλαγες, πιο δυστυχή άνθρωπο δεν είδαμε, ήσουν η προσωποποίηση της δυστυχίας» και φεύγοντας μου είπαν, «καμιά φορά η ζωή είναι αφάνταστα δύσκολη. Και ήσουν να σε λυτούνται όλος ο κόσμος». Και εγώ νόμιζα ότι ήπια, ευθύμησα και μου έφυγε. Ότι ήμουν καλά.

Α, ναι, με τις σχέσεις μου αυτό που άρχισα και δεν το τελείωσα. Λοιπόν, επειδή οι σχέσεις μου χάλαγαν επειδή έπινα, έκανα ωραίες σχέσεις, αλλά ναυαγούσαν στο ότι πίνω και συνεχίζω να πίνω και όλα γίνονται χειρότερα, γιατί η ασθένειά μου είναι προοδευτική και εκεί χάλαγε. Μου έλεγαν οι γυναίκες «γιατί πίνεις; Αφού λες ότι έφθασες στο ωραίο, γιατί πίνεις;» και στην τελευταία που παντρεύτηκα, της είπα, «άκου να δεις. Ναι, εντάξει, να παντρευτούμε, αλλά εγώ είμαι αλκοολικός και δεν μπορώ να σταματήσω και μάλλον θα μείνω σ' όλη μου τη ζωή αλκοολικός», λέει, «καλά, εντάξει», απαντώ, «όχι, για σκέψου το καλά και μετά απαντάς» και απάντησε μετά από μια εβδομάδα, δέκα μέρες, θετικά και παντρευτήκαμε αλλά στο τέλος χωρίσαμε και η πρώτη γυναίκα μου πρόβαλε ότι δεν μπορούσε, δεν άντεχε πλέον τον αλκοολισμό μου.

Έχω κι ένα γιο. Οι σχέσεις μου ακόμα και στο πίομα δεν ήταν άσχημες, αλλά του δημιούργησα τραυματικές εμπειρίες στην παιδική του ηλικία, αλλά όχι και τόσες πολλές γιατί δεν ήμουν πολύ κακός μεθυσμένος, στην αρχή, εκείνη την εποχή δεν γινόμουν βίαιος. Στο τέλος άρχισα, πολύ στο τέλος άρχισα να γίνομαι βίαιος, δηλαδή όχι στο τέλος, στο τέλος ήμουν ανήμπορος. Λίγο πριν γίνω ανήμπορος ήμουν και λιγάκι βίαιος μερικές φορές και τους δημιούργησα προβλήματα. Και λέω στη γυναίκα μου, «μα εγώ σε προειδοποίησα», «ναι», μου λέει, «εσύ με προειδοποίησες και σ' ευχαριστώ γι' αυτό που έκανες, αλλά εγώ δεν αντέχω πλέον. Η έγινες χειρότερα ή εγώ δεν αντέχω πλέον ή και τα δύο».

Με το παιδί μου, τώρα έχω καλές σχέσεις. Εκείνος πίνει αλλά δεν είναι αλκοολικός ή δεν είναι ακόμα αλκοολικός, δεν ξέρω αλλά νομίζω δεν είναι.

Γενικώς, καταλήγοντας παραδέχομαι ότι ναι, αλκοολικός ήμουνα. Λέω ότι εγώ είχα μια κύρια δυσκολία στην αρχή, να ζήσω αυτή την πραγματικότητα, μετά εξελίχθηκε σε αρρώστια. Εγώ ανακάλυψα το φάρμακο που πολύ διαφημίζεται κ.λ.π., και αν ξέρει κανείς την ψυχολογία της διαφήμισης ξέρει ακριβώς τι πίνουν για να διαφημίσουν το φάρμακο, πίνουν πράγματα της αρρώστιας, δηλαδή της δυσκολίας να ζήσεις σ' αυτή την πραγματικότητα, και πήρα το φάρμακο για να τα κάνω όλα καλύτερα, να γίνω καλύτερος, και το φάρμακο μου επιδείνωσε την αρρώστια, μου την έκανε πάρα πολύ άσχημη γιατί ήμουνα άρρωστος/αλλεργικός και στο ίδιο το φάρμακο, αλκοολικός δηλαδή.

Δεν μπορούσα να σταματήσω γιατί υπάρχουν άνθρωποι που παίρνουν το φάρμακο και τα καταφέρνουν μια χαρά, σταματάνε όποτε θέλουνε. Εγώ δεν μπορούσα να σταματήσω κι έπρεπε να πίνω μέχρι τέλους ή αναισθησίας κι αυτό ήταν η αρρώστια του φαρμάκου κι έτσι είχα δύο αρρώστιες, την αρρώστια του φαρμάκου και την αρρώστια την κύρια, η οποία επιδεινώθηκε τόσο πολύ, ώστε στο τέλος χωρίς φάρμακο ήταν αδύνατο να ζήσω εγώ σ' αυτή την κοινωνία. Και από αυτή την αδυναμία με έβγαλε η Ομάδα των Αλκοολικών Ανωνύμων.

Να και ένα άλλο πράγμα που έκανε η ομάδα. Μόνος μου ζούσα έτσι, με τη βία. Βίαζα τον εαυτό μου να μην πάρω φάρμακο, ζούσα σε αποχή. Σε σκληρή αποχή, γιατί έχω δυνατή θέληση, πράγμα που δεν πίστευα παλιά, αλλά αυτό αφορούσε μόνο το αλκοόλ, γιατί στο αλκοόλ δεν ήταν έλλειψη θέλησης, ήταν αρρώστια. Ζούσα έτσι, με τη θέλησή μου μακριά από το αλκοόλ, και τώρα ζω χωρίς να το έχω ανάγκη. Δεν το έχω ανάγκη, δεν έχω επιθυμίες. Απλούστατα, εγώ γιατρεύομαι τώρα με τα 12 Βήματα, με τα 11 από τα 12 Βήματα, το 1^ο το έκανα μια και καλή («Παραδεχθήκαμε ότι είμαστε ανίσχυροι απέναντι στο αλκοόλ – ότι η ζωή μας είχε ξεφύγει από τον έλεγχό μας»).

Με τα άλλα έντεκα Βήματα εγώ ζω, προσπαθώ να ζήσω σε αρμονία με την κοινωνία, με τους γύρω μου, με τους ανθρώπους, τις καταστάσεις, τα πράγματα, την εργασία, τις σχέσεις κ.λ.π., αυτά προσπαθώ πάντα να εναρμονίσω. Αυτά τα πράγματα. Να ζω δηλαδή εγώ με τον έξω κόσμο, με αυτή την πραγματικότητα στην οποία ζω να είμαι συμβατός. Αν όχι αρμονικά, όσο μπορώ να προσπαθώ, όχι αρμονικά αλλά συμβατά, να μην αρρωσταίνω, να μην αισθάνομαι πολύ άσχημα, να μην αισθάνομαι θυμούς, φόβους, φοβίες κ.λ.π. Αυτή είναι η αρρώστια μου. Η συναναστροφή μου με αυτή την πραγματικότητα μου προξενεί αυτά τα πράγματα, αυτά τα συναισθήματα που δεν τα μπορώ εγώ. Λοιπόν, το Πρόγραμμα και η Ομάδα των Α.Α. με κάνουν ικανό να ζω χωρίς να με κυβερνούν αυτά τ' αρνητικά συναισθήματα.

Επανέρχομαι δηλαδή στο να θεραπεύσω την αρχική αρρώστια του πώς να ζω μέτρια ή κανονικά ή ευχάριστα μέσα σ' αυτή τη ζωή όπως είναι, κοιτώντας τι κάνω εγώ. Ναι. Όσο πιο ευχάριστα μπορώ στις όποιες συνθήκες, χωρίς φάρμακο. Και χωρίς ζόρι. Δηλαδή, κάνω έναν αγώνα. Αυτός ο αγώνας δεν έχει αγωνία πια.

Όχι, δεν είναι αγώνας με αυτή την έννοια, δεν έχω πια αγωνία για την ώρα. Έρχονται και στιγμές που έχω δυσκολίες, για εμένα λέγονται δυσκολίες, αλλά όταν ξεπερνάς μια δυσκολία, είναι η μεγάλη ευχαρίστηση της ζωής, έτσι; Κι όταν την ξεπερνάς χωρίς καμιά χημική βοήθεια, είναι ακόμα περισσότερο ευχάριστο πράγμα, π.χ. ο ύπνος, τρομερά ωραίο να κοιμάσαι ωραία και καλά χωρίς φάρμακα. Και ν' αγαπάς επίσης είναι ωραίο χωρίς φάρμακα, γιατί δεν γίνεται με φάρμακο, είναι ένα πράγμα που δεν γίνεται με φάρμακο. Και το φάρμακο μου χαλούσε όλα αυτά τα πράγματα.

Δεν θ' άλλαζα τη σημερινή μου ζωή με τίποτα. Αν ερχόταν κάποια μεγάλη δύναμη, κάποιος και μου εγγυούταν ότι εγώ θα μπορώ να πίνω και ένα ποτήρι, θα έλεγα όχι

γιατί δεν μ' ενδιαφέρει να πίνω τώρα. Δεν με ενδιαφέρει ποσώς. Ούτε το ποτήρι που πίνει κάποιος, ένα ποτήρι φάρμακο όταν έχει μια αρρώστια, εγώ έχω βρει έναν τρόπο που δεν την έχω πια την αρρώστια, δηλαδή την καταπολεμώ κάθε μέρα, παραμερίζω την αρρώστια μου κάθε μέρα με άλλους τρόπους, με το Πρόγραμμα και την Ομάδα εδώ, με το Πρόγραμμα και την Ομάδα.

Και οι ανθρώπινες σχέσεις το ίδιο είναι. Τώρα έχω μάθει ότι μια ανθρώπινη σχέση που δεν την μπορώ, την αφήνω χωρίς ούτε να σκοτίζομαι, ούτε να κάθομαι να χτυπέμαι, ούτε να λέω το γιατί. Όχι, δεν χάνω τον καιρό μου, λέω έχασα τη σχέση μου με την τάδε, κέρδισα τη δυνατότητα να βρω τη σωστή σχέση. Δεν έχασα τίποτα, αντίθετα κέρδισα τη δυνατότητα να βρω τη σωστή σχέση ή τη σωστή δουλειά. Δεν υποφέρω τώρα πλέον, δε ζω σε στρες.

Κάθε μέρα αγωνίζομαι γι' αυτό, ναι, κάθε μέρα.

Είμαι δέκα χρόνια και τέσσερις-πέντε μήνες καθαρός και δεν έχει τελειώσει αυτή η υπόθεση. Με ενδιαφέρει να μην πω σήμερα. Για αύριο δεν ξέρω, αύριο θα μ' ενδιαφέρει να μην πω σήμερα.

Δηλαδή, γνωρίζω ότι μια φορά αλκοολικός, για πάντα αλκοολικός; Βεβαίως. Εγώ το έχω ζήσει. Μια φορά έκοψα το ποτό, όχι εδώ, πριν έρθω και γνωρίσω την Ομάδα, πριν το έκοψα μια φορά, όταν πήγαινε ο γάμος μου να χαλάσει, όταν αρχίσαμε να τσακωνόμαστε, όταν δεν με υπέφερε πια. Μου είπε ότι δεν με υποφέρει πια, δεν μπορεί, μπορεί να μου είχε πει ότι εντάξει, σε θέλω και αλκοολικό, αλλά δεν μπορώ πια. Τότε το έκοψα για έξι μήνες, αλλά ήταν απλό κόψιμο, δεν ήταν με Πρόγραμμα μέσα, δεν άλλαξα τον εαυτό μου, δεν έβγαζα αυτές τις ιδιότητες που μ' έκαναν να έχω ανάγκη από φάρμακο για να ζήσω την πραγματικότητα αυτή. Δεν άλλαξα τον εαυτό μου για να τον κάνω ικανό να ζήσει σ' αυτή την πραγματικότητα και ήταν επόμενο να κάνω «υποτροπή».

Ήμασταν σε μια εκδρομή στον Όλυμπο κι εγώ δεν είχα ποτά, αλλά είχε ένας ένα μπουκάλι κονιάκ και ο άλλος ένα μπουκάλι ουίσκι και σκέφτηκα να πω μια γουλιά γιατί έκανε κρύο στον Όλυμπο και είχε χιόνια, ήταν τέλη Δεκεμβρίου. Και λέω, ας πω μια γουλιά κονιάκ να ζεσταθώ. Και εκείνη η γουλιά κόστισε τα δώδεκα τελευταία χρόνια του ενεργού αλκοολισμού μου. Όταν πήρανε χαμπάρι είχα πει το κονιάκ, το είχα τελειώσει, και το μισό ουίσκι επίσης και τότε μου είχε έρθει η όρεξη για περισσότερο και τους φώναξα, τσακωνόμουνα, άρχισα πάλι τσακωμό τρομερό εκεί. Γιατί με φέρατε εδώ στο βουνό, εγώ θέλω να πάω εκεί στο ξενοδοχείο ν' αγοράσω ποτό, ούζο, γιατί μου πήρανε το μισό μπουκάλι ουίσκι. Και φώναξα, «γιατί μου το παίρνετε αυτό; Τώρα εγώ θέλω να πω», «πάμε να φάμε», μου έλεγαν, «τι να φάμε; Δεν θέλω να φάμε, θέλω το ούζο και πίνω αυτό το σκατοποτό σας, τα κόκκινα τα κονιάκ και τα ουίσκια κι εγώ θέλω ρακί και άσπρα ποτά, διαυγή και πάμε πίσω».

Λες και είχα προτίμηση όταν ήθελα να πω! Ό,τι θέλεις έπινα. Έχω πει και καθαρό οινόπνευμα αλλά όχι από ανάγκη, για να δω πώς θα είναι όταν έχω ανάγκη και πώς να κάνω τη μίξη. Έκανα 1 προς 1 με νερό. Το διέλυα με νερό 1 προς 1 και 2 προς 1, 2 νερό 1 αλκοόλ, και μου άρεσε το 1 προς 1, τώρα το έπινα και τελείως σκέτο, δεν ξέρω, δεν το δοκίμασα αλλά μου άρεσε το 1 προς 1 για όταν θα τύχαινε να το χρειαστώ. Και το ήπια και όλο κιόλας, μην τυχόν και πάει χαμένο το ιερό ποτό, το αγίασμα. Λοιπόν, καθαρό οινόπνευμα, όχι πράσινο, γιατί ξέρω ανθρώπους που ήπιαν και πράσινο και πετρέλαιο.

Τώρα γελάω, αλλά δόξα τω Θεώ γιατί είμαι πέρα απ' αυτό και με τη βοήθεια του Θεού επιτέλους βρήκα αυτό, έκανα την παραδοχή ξαφνικά, όταν με παρατήσαν όλοι και έπιασα τον πάτο. Έφυγε και η ίδια μου η μάνα και όλοι με παρατήσανε, είχα τα χάλια μου και εκεί, τρεις μέρες προτού μπω στο νοσοκομείο είπα, «Θεέ μου», ξανά Τον θυμήθηκα τον Θεό. Και ήταν και ένα μυστήριο που μου φάνηκε παράξενο τότε.

Μόλις είχα πει τα προκαταρκτικά κι έβγαλα τον αναστεναγμό, που έφυγε δηλαδή η τυραννία των στερητικών, και λέω «Θεέ μου, ας μην πω ψέματα στον εαυτό μου, δεν αλλάζει η κοινωνία όταν πίνω εγώ, και όταν έρθει η μάνα μου πίσω θα μπω σε μια κλινική να κάνω αποτοξίνωση κι όταν βγω έξω δεν θα βάλω σταγόνα στο στόμα μου πλέον».

Και το εννοούσα, χωρίς να ξέρω τι δύσκολο είναι και ότι δεν γινόταν χωρίς Ομάδα, γιατί μετά το διαπίστωσα. Τώρα το ξέρω ότι χωρίς Ομάδα δεν γίνεται, γιατί στην Ομάδα γίνεται το κάτι άλλο. Μαθαίνω εγώ να ζω χωρίς επιθυμίες. Δεν θέλω πια, δεν στερούμαι τίποτα από πολύ καιρό. Ήταν κάπου ένας με ενάμισης χρόνος που είχαν πάψει να μου έρχονται επιθυμίες για αλκοόλ, γιατί οι επιθυμίες ερχόντουσαν, μετά όμως έμαθα το εξής σημαντικό, ότι οι επιθυμίες προειδοποιούν. Όταν δούλευα το Πρόγραμμα έφτασα και είπα, ακόμα το δουλεύω, όταν άρχισα να το δουλεύω, κάποια στιγμή έφυγαν οι επιθυμίες και κάποια στιγμή λέω, «είναι ένας χρόνος τώρα που δεν έχω καμιά ανάγκη, το αλκοόλ είναι για μένα ότι είναι και το τσάι, το χαμομήλι. Δεν παίζει κανένα ρόλο στη ζωή μου». Το είδα αυτό και χάρηκα και λέω, «μήπως δεν είμαι αλκοολικός;» και μόλις το σκέφτηκα αυτό θυμήθηκα τον Δ... έναν αδελφό μας που πέθανε πιωμένος και λέω, «τι σε νοιάζει αν είσαι αλκοολικός ή δεν είσαι; Μη σε νοιάζει καθόλου. Και αν δεν είσαι αλκοολικός, δηλαδή, τι πρέπει να κάνεις; Πρέπει ν' αρχίσεις να πίνεις, δηλαδή, αν δεν είσαι;» και έτσι δεν του έδωσα σημασία πλέον και τώρα ξέρω ότι δεν θέλω, δεν θέλω. Μου είναι άχρηστο το αλκοόλ, άχρηστο το φάρμακο.

Έχω βρει την πραγματική ζωή έτσι όπως έπρεπε να ζω. Αν ερχόταν κάποιος και μου έλεγε ότι πρέπει να ζεις έτσι, δεν θα τον πίστευα τότε, αλλά αν τον πίστευα και άρχιζα να ζω έτσι όπως ζω τώρα με το Πρόγραμμα και με τις Ομάδες Α.Α., θα γλίτωνα όλα αυτά τα τριάντα τρία χρόνια του φαρμάκου. Δηλαδή, είχα αφήσει την πραγματική ζωή. Αν άρχιζα τότε την πραγματική ζωή, δεν θα χρειαζόμουνα και φάρμακο. Όσο είχα την ψεύτικη ζωή τότε χρειαζόμουνα και φάρμακο και μέσα στην ψεύτικη ζωή δεν χώραγε και Θεός.

Δεν αλλάζω την Ομάδα με τίποτα, ούτε τη σημερινή ζωή μου. Κάποτε, κάποια μου είπε, «κρίμα, σκέψου αν το είχες κόψει από τότε», και λέω, «δεν πέρασα εγώ ωραία ζωή τότε; Τότε, θυμάσαι; Πέρασε κανένας άλλος τόσο ωραία ζωή όσο εγώ;». «Δεν σου είπα», μου λέει, «τέτοιο πράγμα, σου είπα σκέψου τι ωραιότερα θα πέρναγες αν το είχες κόψει από τότε». Και από εκεί και πέρα πέρασα δυο εβδομάδες δραματικές να σκέφτομαι πως θα γίνονταν όλα αν το είχα κόψει από τότε, κι αυτό θα γινόταν έτσι, και να ξαναφτιάχνω τη ζωή μου υποθετικά, και λέω στο διάολο, φύγε από 'δω. Και δυστυχία τρομερή για το τι έχασα. Τώρα δεν με νοιάζει, καλά περνάω.

Πάντως, δεν είμαστε στο πόμα αυτά τα τέρατα που μας έχουνε, ότι και καλά δεν έχουμε τη δύναμη της θέλησης και πίνουμε και είμαστε, κάτι τέρατα που ζούμε γράφοντας όλο τον άλλο κόσμο. Όχι. Είμαστε αδαείς. Εγώ ήμουν αδαής. Νόμιζα ότι δεν μπορώ, δεν έχω τη θέληση. Είναι αρρώστια, είμαι άρρωστος και δεν ήμουν απ' αυτούς τους βίαιους μπεκρήδες. Εγώ τουλάχιστον ξέρω το εξής, πριν να έχω μεθύσει, πριν να έχω πέσει σε μπλακ άουτ, γιατί εγώ έπεφτα καθημερινά σε μπλακ άουτ, δεν θυμόμουν τα 2/3 της ζωής μου, μου τα λέγανε την άλλη μέρα. Τη ζωή μου τη θυμάμαι από ιστορίες άλλων, τρίτων.

Πριν πέσω, ήταν κάποιος που γινόταν πολύ βίαιος και έτρωγε και ξύλο αυτός ο άνθρωπος και άρχισε να τους βρίζει. Όταν έπινε πάνω από ένα σημείο άρχιζε να βρίζει, άρχισε να βρίζει τον κόσμο, και σηκώνεται ένας Γιώργος και του λέει, «πήγες στην Αμερική και πούλαγες λουκάνικα για δύο χρόνια και νόμισες ότι μπορείς να μας βρίζεις και έγινες κάτι;», και του λέει κάποιος άλλος, «ας' τονα, ρε Γιώργο, αφού ξέρεις ότι είναι μεθυσμένος, όταν είναι μεθυσμένος αυτό κάνει», και γυρνάει ο

Γιώργος και μου λέει, «εσύ είσαι κάθε μέρα τάβλα, γιατί δεν μας έβρισες μια φορά;», και αυτό μου έλεγε για τον εαυτό μου κάτι, ότι εγώ δεν έβριζα τότε γιατί εγώ δεν ήξερα τι κάνω, εγώ τα μάθαινα από άλλους τι κάνω. Δεν ήμουν δηλαδή επιθετικός, και πολλοί μου έλεγαν ότι έχω πλάκα όταν πίνω, στις αρχές, μετά, στο τέλος δεν είχα πλάκα, δεν μου μιλάγανε οι άνθρωποι. Όσοι κινδυνεύανε να πάνε στο καφενείο και να κάτσω στο τραπέζι τους, σηκώνόντουσαν κι έφευγαν. Η μάνα μου με παράτησε και αυτός ήταν ο πάτος, ευτυχώς όλα αυτά. Γιατί αν δεν τα έκαναν όλα αυτά, εγώ δεν θα έπινα πάτο και θα πέθαινα πίνοντας.

Και τώρα εδώ ανοίγω την ψυχούλα μου και το κάνω για να βοηθήσω τον εαυτό μου πιστεύοντας ότι βοηθά άλλους, ελπίζοντας ότι βοηθά άλλους ανθρώπους. Γιατί όλα αυτά δεν είναι τίποτα. Εγώ δεν τα θεωρώ κακά αυτά. Εγώ θεωρώ τον εαυτό μου πιο τυχερό απ' όλους τους άλλους, από αυτούς τους πότες που πίνουν δυο ποτήρια και παίρνουν θάρρος και πάνε και κάνουν τη ζωή τους, εγώ με θεωρώ πολύ πιο τυχερό γιατί εγώ κανονίζω τη ζωή μου χωρίς κανένα ποτήρι και χωρίς να φεύγω καθόλου. Δεν έκανα και τίποτα πολύ κακά, που θα μπορούσα να είχα κάνει ή μπορεί να έχω κάνει και να μην το ξέρω, και αυτό δεν αποκλείεται. Γιατί στην αρχή εγώ έπεσα με τα μούτρα. Πέρναγα κάτι 48ωρα αμνησίας. Μου έλεγε η νοικοκυρά μου ότι έφυγες την τάδε μέρα μεθυσμένος και ξανάρθες την τάδε μέρα και έπεσες και κοιμόσουνα και ήτανε 48 ώρες, αυτό ήτανε το ρεκόρ. Αλλά έφευγα κάτι 24ωρα, 18ωρα, χανόμουνα και δεν ήξερα που πήγαινα.

Θυμόμουνα κομμάτια, ότι ήμουν κάπου κι έτρωγα ένα λουκάνικο, ότι με κατεβάσανε σ' ένα τέρμα αλλά εγώ ήθελα να πάω σε μια στάση πριν το τέρμα και έμεινα ξυπνητός και συνειδητός μέχρι να φτάσει το τραμ εκεί και όταν κατέβηκα ξαναξέχασα, από εκεί και πέρα δεν θυμάμαι. Διερωτώμαι τι ζήταγα εγώ εκεί και δεν ξέρω σε ποιο 24ωρο από τα δύο ήτανε, νύχτα ήτανε, αλλά σε ποια νύχτα; Του πρώτου 24ωρου ή του δεύτερου; Και τι γύρευα εγώ σ' εκείνη τη στάση; Δεν ήξερα κανέναν. Τι στο διάολο γύρευα; Πού την ήξερα αυτή τη στάση; Γιατί την άλλη μέρα, ξέπιωτος, αυτά τα απωθούσα στο ασυνείδητο και την άλλη μέρα δεν ήξερα τι γινόταν. Με ρωτάει κάποτε ένας, «το τρίτο γκολ ποιος το έβαλε;», του λέω, «δεν ξέρω, δεν το είδα», μου λέει, «με κοροϊδεύεις; Αφού χτες το βράδυ που πήγαινα σπίτι σε συνάντησα και μου περιέγραψες και τα τρία γκολ μια χαρά, όπως μου τα είπαν κι άλλοι σήμερα». Πριν κοιμηθώ τα ήξερα ακριβώς πως γίνανε τα πράγματα, την άλλη μέρα δεν ήξερα τίποτα. Δεν θυμόμουνα ότι πήγα κάποιον μεθυσμένο στο σπίτι του γιατί ξερνούσε και δεν μπορούσε, ότιμίλαγα μια ώρα με τη γυναίκα του κι εγώ όταν μου τα έλεγε αυτά δεν ήξερα ούτε που μένει αυτός ο άνθρωπος, δεν θυμόμουνα τίποτα. Επομένως, δεν ξέρω αν έκανα κάτι κακό. Μια φορά ράγισα το πλευρό μου και δεν έχω μάθει ποτέ που και πως έγινε. Υποθέτω ότι έπεσα από μια πολυθρόνα. Αυτά είναι υποθέσεις.

Ευχαριστώ, κι ελπίζω η ιστορία μου να μπορέσει να βοηθήσει κάποιον άλλο. (Σιμώνη Ξ, 2002, σ.261-278).

ΣΙΜΩΝΗ

Δεν είχα κλείσει τα έντεκα ακόμη – κοριτσάκι, ό,τι είχα αρχίσει να μοιάζω με κοπελίτσα. Καλοκαίρι, με φιλοξενούσαν για λίγες μέρες στον Πειραιά οι μεγάλες μου εξαδέλφες, η Μαρίκα και η Λίνα. Αυτό σήμαινε διακοπές. Με πήγαιναν για μπάνια, με κανάκευαν, μου ‘καναν όλα τα χατίρια! Διακοπές!

8 Ιουλίου το πρωί: «Ξύπνα, μωρό μου», είπε η Μαρίκα μας.

Ε, για να το λέει η μεγάλη εξαδέλφη, σηκώθηκα.

«Πρέπει να πάμε σπίτι, αρρώστησε ο μπαμπάς». Σουβλιά, μικρή θολούρα. Εγώ: «Τι έχει ο μπαμπάς;» «Την καρδιά του». Δυσπιστία, πιο μεγάλη σουβλιά εγώ, και κόμπο στο λαιμό, σκέφτομαι, «Ο μπαμπάς δεν πάσχει από την καρδιά του», αγωνία, προαίσθημα; Τρεμούλα, «Χριστούλη μου, κάνε να μην έχει πεθάνει ο μπαμπάς!».

Κοντά στο σπίτι, μέσα από το ταξί είδα το πενθόσημο. Πόνος, σφίξιμο και θυμός δήθεν με την αγαπημένη εξαδέλφη, που δεν μου το είχε πει εξαρχής.

Η μαμά περίπου αγνώριστη, κόσμος στα μαύρα και μια μύγα να στέκεται στο κεφαλάκι του πατέρα, εκεί που υπήρχε τμήμα της νεκροτομής.

Εγώ παγωμένη, χαμένη. Ο πολύ αγαπημένος μακαρίτης θείος Γιάννης, το απόγευμα, την ώρα της κηδείας, μου είπε: «Τώρα μπορεί να σου φαίνεται ότι δεν θα μοιάζεις με τα’ άλλα παιδάκια, αλλά αυτό δεν θα είναι αλήθεια!».

Ξύπνησα μετά από είκοσι πέντε περίπου χρόνια. Έχοντας ζήσει ερήμην μου, έχοντας βιώσει μονορούφι έναν εφιάλτη, έχοντας συνθλιβεί και συντριβεί από τον αλκοολισμό και πάντα οδυνηρά κι αφύσικα βέβαιη ότι ήμουν διαφορετική «από τα άλλα... παιδάκια». Ποτέ ξανά ανέμελη, αφού είχα χάσει το βασικό παρηγορητικό μου στήριγμά μου, έρημη.

Θα μπορούσε και αυτό το γεγονός, μαζί με τη στάση μου απέναντί του, καθώς και όλα όσα ακολούθησαν ως συναισθηματικές δομές και συμπεριφορές στη μετέπειτα ζωή μου με τη μητέρα μου, να με ετοιμάζαν για τον ερχόμενο αλκοολισμό μου. Θα μπορούσε το πιο σημαντικό γεγονός της ζωής μου, αυτό που με στιγμάτισε δια βίου και σημάδεψε όλες τις στάσεις της οικογένειάς μου, να είναι αυτό που λέω από έφηβη ότι μου συνέβη πριν καν γεννηθώ: Δηλαδή, οι γονείς μου υπήρξαν και οι δύο θύματα της εθνοκάθαρσης του 1922. Η μητέρα ήρθε εδώ έξι χρονών – ο πατέρας της είχε αφήσει τα κοκαλάκια του κάπου στην Ανατολία, περπατώντας στα «Τάγματα Εργασίας και Θανάτου» και η μητέρα της είχε σφαγιαστεί. Εδώ μας βάφτισαν πρόσφυγες κι εκείνη μεγάλωσε λίγο με μια γιαγιά, λίγο με τα μεγαλύτερα αδέρφια της. Που και πως γνώρισε αγάπη και συναισθηματική ισορροπία, για να ‘χει να δώσει κιόλας μετά σε μένα; Ο πατέρας μου έφερε την ευθύνη της ταλαιπωρίας και των αγωνιών όλης του της οικογένειας εφόσον μόλις έβγαλε «μύστακα» κατετάγη στον ελληνικό στρατό και ως μετέφηβος ένιωσε τον πόλεμο κι είδε τον αδελφό του να σκοτώνεται. Έκτοτε είχε μείνει εκεί, πίσω, στην πατρίδα – ποιος ξέρει σε ποιες εικόνες κατοικούσε. (Θυμάμαι από κοριτσουδάκι να κάθομαι στα γόνατά του πλάι και ν’ αναρωτιέμαι που είναι ο μπαμπάς!)

Ψυχαναλυτές, ψυχοθεραπευτές και ψυχίατροι θα έψαχναν –κι έψαξαν– μαζί μου να «βρουνε τις αιτίες που με κάνανε λειψή» και να δώσουν όνομα σ’ αυτό που μου συνέβαινε. Δυστυχώς, νιώθω και ταπεινά εκφράζω ότι:

- Ζούμε τον ανθρώπινο πολιτισμό που δεν διδάσκεται από τα λάθη και τις διορθώσεις των άλλων.
- Ζούμε σε μια χώρα που εκσυγχρονίζεται δίχως εκσυγχρονισμό και, το κυριότερο, γυρίζει αλλού το βλέμμα ή κλείνει πονηρά το μάτι στην ψυχική υγεία.

Για παράδειγμα, ο αλκοολισμός μαστίζει τις αστικές και καπιταλιστικές κοινωνίες από τον 18^ο αιώνα – αν όμως εμείς, μια δράκα 10.000.000, το λαβαίναμε υπόψη μας απαρχής και παίρναμε μέτρα πρόληψης και ενημέρωσης όπως οι Σουηδοί, λόγω χάρη, δεν θ' αποφεύγαμε καταστάσεις που, δυστυχώς, ακόμα δεν είναι απλώς ορατές σε όλο το μέγεθός τους;

Ή, αν λαβαίναμε υπόψη τις μελέτες και τα μέτρα που έχουν πάρει άλλοι λαοί οι οποίοι υπέστησαν διαταραχή τραυματικών και μετατραυματικών στρες (PTSD) – όπως οι Εβραίοι, οι Ιθαγενείς της Αμερικής, οι Ιάπωνες της Αμερικής, οι Αρμένιοι, οι βετεράνοι του Βιετνάμ και όλοι οι σημερινοί κακοποιημένοι λαοί των Βαλκανίων–εμείς, ένα έθνος μισοστηριγμένο στον Ελληνισμό, στις ψυχές που βίαια εκπατρίστηκαν, και στ' άλλο μισό σ' ένα έθνος που βγήκε από εμφύλιο σπαραγμό, δεν θα φροντίζαμε την ψυχική μας υγεία (που όπως σιγά σιγά αποκαλύπτεται ίσως είναι και η βασικότερη) με τους σύγχρονους τρόπους, αντί να εκπαιδευόμαστε σε παυσίλυπα και στοίβες συνταγογραφιών με ηρεμιστικά και αντικαταθλιπτικά, αφού ο άνθρωπος πάσχει ψυχοσωματικά; Σας παρακαλώ αφουγκραστείτε με.

Έτσι λοιπόν, ψάχναμε αλλού και ψάχνουμε αλλού, ελπίζοντας πως εμείς δεν θ' αγγιχτούμε!

Το κρασάκι και η μπίρα στο σπίτι των γονιών μου θεωρούνταν θετικά προϊόντα, αφού οι άνθρωποι θετικά τα καταλάβαιναν: στο τραπέζι, την Κυριακή, με παρέες, έτσι. Στην εφηβεία μου εγώ έπινα λίγο πιο πολύ από τους συνομηλίκους μου για να κάνω κάτι πιο πολύ, να 'χω ένα όνομα, η επαναστατημένη και η τ' αβάσταχτα αίρουσα. Στα δεκάξι μου παθαίνω ηπατίτιδα και μένω μακριά από το σχολείο και τις πρώτες βασικές φίλες, για τρεις μήνες. Όταν επιστρέφω είμαι πια αποκομμένη, η μητέρα έχει πιάσει δουλειά ως οικονόμος σε μια φιλική μας οικογένεια και ζούμε έξι άνθρωποι μαζί σ' ένα σχετικά μικρό σπίτι, όπου εγώ χάνω για πρώτη φορά τον προσωπικό-ζωτικό θα 'λεγα χώρο μου και μένω κι από απουσίες, πότερο για πολιτικούς λόγους. Βουβάθηκα ξανά, ήθελα να πεθάνω και τώρα πια ήμουν ολότελα χαμένη κι απαρηγόρητη, χωρίς στόχο, απελπισμένη, σε αδιέξοδο, άγγιζα οριακές συμπεριφορές. Επιπλέον, η εικόνα της φτώχειας που εκλεπτυσμένα καλύπταμε και εγώ και η μητέρα, μέσα μου είχε πια καταρρεύσει. Που να στραφώ – τον πατέρα μου, μου είχαν απαγορεύσει ακόμη και να τον κλάψω. Από ποια αλήθεια να βαστηχτώ;

Η πρώτη φίλη, η Ελένη, δώδεκα χρόνια πιο μεγάλη – δεν καταλάβαινα καν ότι ήταν φίλη. Στα είκοσί μου δίνει ένα πάρτι προς τιμήν μου. Φερέλπιδα ονόματα νέων επιστημόνων-ταγών σήμερα και άλλοι, που τους θεωρούσα «πολύ» και μάλιστα πολύ για... μένα.

Χτυπώντας το κουδούνι ένιωσα τα γόνατά μου να λύνονται. Που να καταλάβω από αγάπη κι αναγνώριση; Κι είπα τρέμοντας, και τώρα πως θα τα βγάλω πέρα εγώ με όλους αυτούς – τους καλύτερούς μου; Ήδη από το Λονδίνο –που είχα πάει δήθεν για να σπουδάσω, ενώ απλώς σουρνόμουν να επιβιώσω μακριά από την εδώ πραγματικότητα– είχα μάθει να πίνω λίγο διαφορετικά. Έπινα κάθε βραδάκι δύο ουισκάκια σαν επιβράβευση της ημέρας και για να χαλαρώσω. Με τρόμαζαν φίλοι Άγγλοι που μέθαγαν τα Σαββατοκύριακα, αλλά αυτό όχι έξω από μένα – σαν να 'κανα μια προβολή του εαυτού μου. Μου άρεσε η κουλτούρα του ποτού των κολασμένων διανοούμενων κι ενώ εξωτερικά αγαπούσα το ροκ, εσωτερικά φλέρταρα με την ιδέα των άλλων ψυχοτρόπων εξαρτησιογόνων ουσιών, δηλαδή των ναρκωτικών, μα τα έτρεμα κιόλα.

Έτσι, εκείνο το βράδυ στις αγαπημένης, συχωρεμένης Ελένης, στη δυσκολία απάντησα: θα πω. Και ήπια. Κι όλα άλλαξαν, μαγικά. Δεν θυμάμαι πως, δεν θυμάμαι τι, μόνο ξέρω πως άλλαξαν – κι άλλαξαν προς το καλύτερο. (Γι' αυτό, γονείς και παιδαγωγοί, σας ικετεύω, μη λέτε στα παιδιά σας ότι το αλκοόλ και τα' άλλα

ναρκωτικά –πφφ!– είναι απαίσια. Στην αρχή είναι καλά και μάλιστα πολύ καλύτερα – έτσι, οι ενήλικες βγαίνουν ψεύτες στα μάτια των παιδιών ή των εφήβων που θα δοκιμάσουν. Τα παιδιά θα συγκλονιστούν όταν «φτιάξουν κεφάλι» και θα βρουν άλλες πτυχές του εαυτού τους και του εγώ τους. Και τότε, εμείς οι ενήλικες πως θα φαινόμαστε; Χώρια που, περιγράφοντάς τα επικίνδυνα και θανατηφόρα, απλώς ερεθίζετε τα παιδιά σας να παίξουν με τον κίνδυνο, τη μοναδικότητά τους – ότι σ’ αυτά δεν θα συμβεί τίποτα, και με την αθανασία.)

Έγινε το επίκεντρο. Την άλλη μέρα ξύπνησα στο σπίτι της Ελένης μου μην ξέροντας που βρίσκομαι, μ’ ένα κεφάλι καζάνι, στόμα τσαρούχι, στομάχι ανακατεμένο, λίγο τα γύρω να γυρίζουν ευχάριστα και μια αγωνία, μια αγωνία... Τι είχα κάνει, άραγε; Δεν θυμόμουν τίποτα. Μου είπαν ότι διασκέδασα, ότι πέρασαν κι οι άλλοι καλά και είπαν τα χίλια καλά για μένα, αλλά μετά έκανα εμετό στο χαλί και σωριάστηκα, έπεσα τάβλα να κοιμάμαι. Ντροπή. Ε, και; Τι να τις κάνω τώρα τις καλές κουβέντες που είπαν; Εγώ, η Ελένη κι άλλη μια φίλη της ξέραμε – κι εγώ ήμουν γεμάτη ενοχές. Μια ιστορία που θα επαναλαμβανόταν για δεκαέξι και μισό χρόνια. Άλλοτε παροδικά κι άλλοτε καθημερινά.

Στα είκοσι δύο μου σκοτώνεται η φίλη Ελένη σε τροχαίο ατύχημα. Μοναξιά, ζωή δίχως στήριγμα κανένα πια – η μητέρα ήταν μόνο το κόκκινο πανί και το «φέρε» για μένα, το σχολείο που είχα κατορθώσει να μπω δεν μέτραγε πια μέσα μου. Βρέθηκα διακοπές στη Θήρα, όπου έπινα από την ώρα που ξύπναγα για να πεθάνω. Τώρα προσέξτε, μην κάμετε το λάθος που κάνουν όσοι δεν ξέρουν για τον αλκοολισμό και ρωτάνε, «Μα καλά, βρε παιδί μου, με ποια αφορμή άρχισες να πίνεις;». Εγώ που πια ξέρω, κι εσείς που μου δανείτε καρδιά για να μάθετε, γνωρίζουμε ότι δεν χρειάζεται λόγος και αιτία για ν’ αρχίσει να πίνει κάποιος αλκοολικά. Είναι τάχα γενετήσιο, είναι κληρονομικό, φταίει κάποια ένζυμα, παίζει ρόλο η όλη η δομή του ανθρώπου, «φταίει» και η κοινωνία μας, είναι όλ’ αυτά μαζί; Ακόμη δεν το ξέρει με βεβαιότητα η επιστήμη.

Γι’ αυτό εγώ λέω, κι αν θέλετε εσείς μ’ ακούτε, ότι πίνω αλκοολικά επειδή είμαι αλκοολική. Ότι, δηλαδή, το οινόπνευμα κάνει κάτι σ’ εμένα, αμέσως μόλις το πω, που με ωθεί να ζητάω κι άλλο. Σεις οι κανονικοί πότες ζαλίζεστε λιγάκι απ’ ότι ακούω, νιώθετε μια ευχαρίστηση και σταματάτε. Για μένα δεν είν’ έτσι όμως: εγώ, ανεξάρτητα από το αν μου αρέσει η γεύση του ή όχι, νιώθω μια ταραχή, νιώθω να ψηλώνω και να μεγαλώνω κι ότι μπορώ να κάνω τα πάντα (και βέβαια, κάνω κάθε είδους ζαβολιά κι εξευτελιστικές και ψεύτικες πράξεις) αλλά θέλω κι άλλο.

Οι αναστολές σιγά σιγά αδυνατίζαν, άρχισα να μην μπορώ να υποστηρίξω μέχρι τέλους τις αρχές μου, άρχισα να αλλοιώνομαι, έπεσα με τα μούτρα στο σχολείο και στην πολιτική (είχαμε χούντα τότε) ενώ φούντωναν τα αναίτια ξεσπάσματα μελαγχολίας, μοναξιάς και ιδιαιτερότητας. Στις ερωτικές σχέσεις μου έπεφτα με τα μούτρα κι όλο ζητάγα κι όλο δεν μου ‘φτανε κι όλο έφευγα, αυτό-πληγωνόμουνα και πλήγωνα. Κάποιοι άρχισαν να διακρίνουν ότι όχι μόνο χρειαζόμουν ποτό, αλλά ότι μπορούσαν να μου το δώσουν και για δόλωμα αν, ας πούμε, ήθελαν να με κάνουν να μείνω πιο πολύ μαζί τους.

Εμένα όλο κάτι μου ‘φταιγε, όλο μια τρύπα υπήρχε κάπου στο στομάχι αλλά ούτε να την βουλώσω μπορούσα, ούτε τι πήγαινε στραβά καταλάβαινα. Πάντως, την πραγματικότητα δεν την ερμήνευα με τους όρους της. Είχα αρχίσει να μην μπορώ να μετρώ τις συνέπειες των αποφάσεων και των πράξεών μου. Ανήσυχη, ευερέθιστη και ανικανοποίητη, παρορμητική, ψυχαναγκαστική, αναζητούσα τις αιτίες για ευχαρίστηση όλο έξω από μένα και αδυνατούσα να συνδέσω αιτία με αποτέλεσμα. Μια ευφυής και κατά τα άλλα ευαίσθητη και με ικανότητες κοπέλα αδυνατούσε να ζησει, να αναλύσει και να συνθέσει την πραγματικότητα της ζωής της. Αδυνατούσα,

επίσης, να γεφυρώσω τις ιδέες μου (που συνήθως ήταν καλές μα υψηλόστοχες) μέχρι του σημείου να τις πραγματώσω.

Δεκαπέντε χρόνια αργότερα θα μάθαινα ότι αυτά είναι τα κύρια συμπτώματα του αλκοολισμού, συν την άρνηση του πάσχοντος ότι πάσχει από αυτήν την αρρώστια – ακούτε οδυνηρό σύμπτωμα! Μπορεί οι ειδικοί να έβρισκαν κι άλλα να πούνε, λόγου χάρη κατάθλιψη ή δεύτερης γενιάς διαταραχή μετατραυματικού στρες, ή ότι ήμουν κακοποιημένο παιδί –που ήμουν– ή δεν ξέρω τι άλλο, και μπορεί να ‘χαν και δίκιο – το ζήτημα είναι ότι εγώ με αυτά δεν έγινα καλύτερα, εγώ άρχισα να καλυτερεύω όταν πήρα μέτρα απέναντι στον αλκοολισμό μου, δηλαδή την εξάρτηση από το –για μένα πια– «ναρκωτικό» αλκοόλ.

Μετά τις όποιες σπουδές και όνειρα ανέφικτα καριέρας επέστρεψα στην Ελλάδα όπου για επτά χρόνια ζούσα πίνοντας, ως ψευτο-διανοούμενη αντιρρησίας των πάντων κι αρχόντισσα της μοναδικής αλήθειας, βυθιζόμενη στην απραξία και στην ισοπέδωση κάθε αρχής και αξίας ουσιαστικής, κάτι σαν καθυστερημένη χίπισσα και κομμουνίστρια. Ψευτοδουλειές μερικής απασχόλησης, ατελείωτες συζητήσεις όπου ο αρνητισμός μου έβγαινε πάντα δικαιωμένος, μεθύσια καθημερινά, ηδονισμός, πρόκληση, απείθεια (έξω από τις κομματικές ντιρεκτίβες), αψηφισιά, περιφρόνηση, έπαρση και αλαζονεία ενώ το πρωί –γιατί τότε ξεραινόμουνα πια για ύπνο– η τρύπα εκεί γύρω στο στομάχι μεγάλωνε και βάθαινε, τρωγόμουν από τα ψέματά μου, τις ενοχές, την ντροπή, την περίπου αναίτια ανικανότητα, τη μηδαμινότητά μου, την παντελή έλλειψη αυτοεκτίμησης και στηρίγματος, το να μην ξέρω τι μου φταίει.

Είχα αρχίσει και ψυχανάλυση, αφού υπέφερα πια από φρικτά κενά μνήμης – να μην ξέρεις τι έκανες για ώρες ή όλη τη νύχτα, να μην ξέρεις γιατί είσαι χτυπημένη, γιατί ο σύντροφός σου κλαίει και δεν θέλει να σε δει, να μην μπορείς να θυμηθείς την ζωή σου. Σε δυο περιόδους, μάλιστα, πέρασα κάτι σαν υπερκόπωση, ή τι άλλο ήταν αυτό που με είχε πιάσει, για ένα μήνα να μην μπορώ να κάνω τίποτα, να δω κανέναν, ούτε το φως, ν’ ακούσω ή να φάω τίποτα παρά μόνο να πίνω, ενώ η γιατρός του κόμματος αποφάνθηκε ότι είχα επιληψία (ακόμη δεν μου έχει ζητήσει συγγνώμη).

Στα τριάντα ένα μου, δεν ξέρω πως έλαμψε για πρώτη φορά μια αλήθεια:

«Και τι είμαι εγώ στα τριάντα ένα μου, άνεργη, να περιμένω χαρτζιλίκι από μια μάνα που περίπου ξενοδούλευε, ακόμη και για τα τσιγάρα και για το πύομα, να μου δώσει χρήματα προκειμένου εγώ να τρέχω να “ξυπνήσω” –εγώ!– τους ανθρώπους για τη μοναδικότητα της επανάστασης η οποία, μάλιστα, βρισκόταν και προ των πυλών;». Απάντηση καμία, τραβήχτηκαν οι πρώτες κουρτίνες του ψέματος, χαλάρωσα τη συμμετοχή μου στο κόμμα και πήγα κι έπιασα δουλειά. Κανονική.

Συνάμα, οι ατελείωτες συζητήσεις, η αναγκαιότητα της αλλαγής των άλλων, μια βεβαίως αποτυχημένη προσπάθεια για ένα πολιτισμικό κίνημα με λάθος ανθρώπους (βλέπε αυλικούς), το πύομα, τα κενά μνήμης, η δολοφονία χαρακτήρων στις συζητήσεις δίχως κανείς να μου ‘χει γυρέψει να του κάμω την κριτική του και μην κάνοντας ποτέ εγώ τη δικιά μου – απλώς από τα ψηλά στα χαμηλά ανεβοκατέβαινα, οι συνεχείς εναλλαγές σε συντρόφους που τους θεοποιούσα, ή μάλλον τους έκανα απαραίτητους για κάνα τρίμηνο, οι καυγάδες να πυκνώνουν, και να με κρατάνε να μη σκοτώσω τη μάνα. Συνεχής, βασανιστική και αναποτελεσματική προσπάθεια να πω λιγότερο σήμερα, ντροπή, πίκρα ανικανότητας –μα γιατί δεν μπορώ;–, ενοχές, θυμός, δηλητήρια.

Παρ’ όλα αυτά, πετυχαίνω στη δουλειά μου, που γίνεται και το μόνο μου στηρίγμα. Κατήφορος στις παρέες, κατάπτωση στον τρόπο ζωής, θλίψη, μαυρίλα, επιθυμία για θάνατο, εξευτελισμοί, πύομα πύομα πύομα ακόμη και για ν’ αντέξω τους πόνους που μου φέρνει το ίδιο το πύομα, να θέλω ν’ αγαπήσω, να φτάσω στους ανθρώπους και να αδυνατώ, όλες οι σχέσεις κι επαφές μετέωρες, σχεδόν ψεύτικες, αντί για τον νιπτήρα

το πρωί το κεφάλι μέσα στη λεκάνη, πράσινοι εμετοί, τρεμούλες, εσείς να μην καταλαβαίνετε τι μπορεί να μου συμβαίνει κι εγώ να αδυνατώ να βάλω δυο και δυο πόσο κάνουν, δηλαδή, αφού, κοπέλα μου, κάθε μέρα προσπαθείς να πεις λιγότερο και δεν σου βγαίνει, μήπως πρέπει να δοκιμάσεις να μην πεις καθόλου;

Έγινε κι αυτό, αφού μου το υπέδειξε ένας φίλος ψυχίατρος: χειρότερα όλα εκτός από το πόμα αυτό καθαυτό, σαν κουρδισμένα ανθρωπάκια τους ήθελα όλους γύρω μου, γιατί δίχως πιτό δεν άντεχα καμία ανατροπή, ένα υπαρκτό τέρας. Άλλα επτά χρόνια έτσι και χειρότερα. Πίνοντας να τσακώνομαι μέσα στον κινηματογράφο Embassy της Αθήνας με την πρωταγωνίστρια του έργου, να με πιάσουν στερητικά μέσα σε αεροπλάνο εσωτερικού που δεν είχε αλκοόλ κι εγώ να μην έχω χρήματα κι αντί να σπάσω την κάβα της γειτονιάς έτσι όπως σχεδίαζα, να περπατήσω με στερητικά ενάμισι χιλιόμετρο για να πάρω δανεικά από τη φίλη. Ξημερώματα σε αστυνομικά τμήματα για διατάραξη κοινής ησυχίας, να με λυπούνται –μια αξιοθρήνητη μεκρού– οι μπάτσοι κι εγώ να βγάζω λογύδρια περί ατομικών δικαιωμάτων, ρεζιλέματα, σφιζιμο, στενοχώρια, ενοχές, ντροπή, ανομολόγητοι φόβοι, αγωνία, επιδρώσεις και τρεμούλα σαν να μου βγαίνει η ψυχή, καυγάδες, ατυχήματα, κλεψιές και δανεικά – αν και καλοπληρωμένη. Προβλήματα με τα δόντια, τα μάτια, το στομάχι: πίνε λιγότερο, μου έλεγαν οι γιατροί, καλοί άνθρωποι, βαθαίνοντας το δίλημά μου. Εμ αυτό ήταν το ζητούμενο για μένα και συνάμα ανέφικτο: να πίνω λιγότερο, σαν κανονικός άνθρωπος και να μην τα καταφέρνω. Ζόφος.

Δεν θα με ξεχάσω, χειμώνα, κρύο αφόρητο, με απονεύρωση να τρέμω περιμένοντας ένα ραντεβού μου μέσα στην αγορά του Πειραιά και να μην αντέχω να περιμένω για πέντε λεπτά, να μπαίνω περίπου σκιαγμένη και τρεμάμενη σε ένα καταγώγιο και να ζητάω μπίρα. Που είχα καταντήσει; Ποια η διαφορά μου τάχα από τους κολασμένους, περιθωριακούς, κουρελήδες μεκρήδες; Ξανά ζόφος.

Μόνο στη δουλειά πάω –σερνάμενη, βέβαια, αλλά πάω– και την κάνω και... καλά. Βλέπετε, έτσι εξασφαλίζω την ουσία, πίνω όμως και μέσα στην τάξη. Σινεμά ή σε συναυλία, ακόμη και στο σπίτι σας έρχομαι με το μπουκάλι μέσα στον ντορβά μου. Και δεν κατανοεί κανείς –δεν ξέρει– δεν υποψιάζεται επειδή δεν ξέρει. Οι φίλοι με λένε γραφική και η μητέρα μου πετάει στη μούρη: πόσο, κόρη μου, νομίζεις ότι μπορείς ν' αντέξεις;

Ποιος να 'ξερε; Δεν έχει τον ίδιο χρόνο επώασης αυτή η ασθένεια για όλο τον κόσμο. (Μα αν ζούσα σε άλλη ευρωπαϊκή χώρα θα με βουτάγανε με την πρώτη που θα τους μύριζα και θα έτρεμα, θα μ' έστελναν για αποτοξίνωση, δεν θα 'χαν δικαίωμα να με απολύσουν εκτός κι αν ξανάπινα, και το κράτος θα φρόντιζε για την περαιτέρω απεξάρτησή μου, γιατί αυτοί ξέρουν ότι δεν γίνεσαι καλά επειδή το 'κοψες! Έχετε ακούσει κι ίσως πιστέψει τους δικούς μας δημοσιογράφους να λένε «ΠΡΩΗΝ... χρήστες»). Προσπάθεια να γυρίσω στο χασίς για να μην καταστρέφω τόσο το κορμάκι μου – δεν έτρωγα πια. Αποτέλεσμα, κόντεψα να κολλήσω και στα δύο. Παρέμεινα στα Τανογ και στο οινόπνευμα.

Ανάσταση του '86, κλεισμένη μόνη μέσα στο σπίτι, μάτια χειρουργημένα, στο μπαλκόνι μ' ανοιχτή την τηλεόραση, ούισκι με παγάκια στο χέρι που κάνουν εκείνο τον γλυκό θόρυβο (δεν αντέχει πια ο λαιμός μου να το κατεβάσει σκέτο – καίγομαι), να κοιτώ τα αναμμένα κεράκια να κατεβαίνουν από τον Λυκαβηττό κι επιτέλους κλάμα κλάμα κλάμα, όχι εκείνους τους βρυχηθμούς της λύσσας όταν κάτι δεν μου πήγαινε καλά στα μεθύσια, μα κλάμα καθαρτήριο, ζεστό, σαν κάτι να 'λιωνε, λύπη πραγματική για τον εαυτό μου κι όχι αυτολύπηση και πείσμα.

Κι έρχεται σε μια βδομάδα ακριβώς μια άγρια ευλογημένη νύχτα, παραμονή του προστάτη Αγίου μου Σίμωνος του Ζηλωτού. Ολόκληρο πάλι το συνηθισμένο σενάριο των βραδιών μου, μόνο πως τα ξημερώματα συνήλθα έχοντας λιποθυμήσει μέσα σε

κεντρικό δρόμο της Αθήνας – και πάλι βέβαια να μην ξέρω τι έχει γίνει από ένα σημείο της νύχτας και μετά.

Το άλλο βραδάκι επανέκτησα τις αισθήσεις μου, αλλά μόνο για να καταλάβω ότι δεν μπορώ να σηκωθώ απ’ το κρεβάτι από τους πόνους. Κι έτσι κάθισα εκεί, σταύρωσα τα χεράκια μου κι είπα μάλλον τώρα θα πεθάνω, ας είμαι τουλάχιστον ήσυχη και σοβαρή αυτή τη στιγμή. Πρώτη φορά που δεν ήθελα να δραστηριοποιηθώ ώστε να κρύψω τις πομπές μου. Δεν ξέρω πότε, ούτε για πόση ώρα είδα με ταχύτητα τη ζωή μου να ξεδιπλώνεται – με μια άλλη, όμως, οπτική. Αλλού και σ’ άλλους ήταν τα άδικα κι αλλού τα δίκια. Το βάρος όλων των εικόνων και των πράξεών μου έπεφτε σ’ εμένα κι υπήρχε διάχυτο ένα φως και μία άπλετη ησυχία και τότε ήρθε η αλήθεια (τ’ ακούς, Δέσπω, που τόσο με βοήθησες προς αυτή την κατεύθυνση;): «Σιμώνη μου, το φάρμακο έγινε φαρμάκι, εσύ μου ‘βαλες την τρικλοποδιά κι έπεσα δυο ορόφους επειδή ήμουν μεθυσμένη».

Κι ανάσανα, έτοιμη να δεχτώ τα πάντα. Διάσειση, όμως, τρία πλευρά σπασμένα. Δεν μου είχαν ξανασυμβεί ατυχήματα; Σ’ αυτό με λυπήθηκε ο Θεός κι έπιασα πάτο – όπως λέμε οι αλκοολικοί. Και ζητώ βοήθεια για πρώτη φορά στη ζωή μου. Πρώτα να κοιμηθεί η μητέρα μου σπίτι μου, και μετά; – και μετά, δεν ήξερα να ζήσω χωρίς να πίνω.

Επισκέπτομαι τον φίλο ψυχίατρο που είχε το κουράγιο και τη γνώση να μου πρωτοθίξει το πρόβλημά μου – ελαφρύ το χόμα που σε σκεπάζει, Γιώργο Νικολαΐδη. Τρεμούλες, αφόρητοι πόνοι, αστάθεια, έλλειψη προσανατολισμού, σκιές, μου εξηγεί με δάκρυα στα μάτια από τη χαρά του – που είχα παραδεχτεί κι αποφασίσει να κάμω κάτι για το πρόβλημά μου με το αλκοόλ – ότι όλα είναι στερητικά φαινόμενα κι ότι πρέπει ν’ αντέξω και να φύγω στο εξωτερικό. Εδώ τότε δεν υπήρχε τίποτα για γυναίκες.

Να μην τα πολυλέω, αποφασίστηκε να μείνω εδώ λόγω έλλειψης χρημάτων κι αυτός ο φίλος να τραβήξει μόνος του την αποτοξίνωσή μου. Όσο είμαι άπιωτη θα τον ευγνωμονώ για τρία πράγματα: 1) πως στάθηκε τις πρώτες μέρες πλάι μου χωρίς εγώ να νοσηλευτώ, 2) που μου εξήγησε όλη την αρρώστια και τη θεραπεία χωρίς περιστροφές και, 3) μου ξεκαθάρισε ότι τα χάπια δεν θα μ’ έκαναν καλά. Κατόπιν αναζήτησα την καλύτερη δυνατή λύση (όπως, ας πούμε, αν ήμουν καρδιοπαθής θα ‘βρισκα τον καλύτερο ειδικό – τον Γιακούμπ μου, λόγου χάρη), μου είπαν ότι η παλαιότερη, πλέον αποτελεσματική μέθοδος απεξάρτησης ήταν οι ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ ΑΝΩΝΥΜΟΙ κι επομένως εκεί πήγα δόξα τω Θεώ που υπήρχαν στην Ελλάδα (Ανδρέα και Κυριάκο, οι πρώτοι που ξεκινήσατε τους Ελληνόφωνους Α.Α., ας είναι ο Θεός πάντα μαζί σας).

Μέχρι τότε πίστευα πως είχα δυο ξέχωρα προβλήματα – ένα τον τρόπο που ένιωθα, βίωνα κι εξηγούσα τον βίο μου, κι ένα άλλο, τη σχέση μου με το αλκοόλ. Εκεί μέσα κατάλαβα ότι επρόκειτο για ένα πρόβλημα. Ότι ναι μεν το σώμα μου είχε κάποια αλλεργία – όπως το λένε εκλαιϊκευμένα εκεί και δεν είχα πια κανέναν έλεγχο στο πόσο θα πω και ότι, συνάμα, έπασχα από μια μανία να πιστεύω το ψεύτικο για αληθινό, μια μανία που με κατηύθυνε να ερμηνεύω έτσι τα πράγματα, τα συναισθήματά μου, τις πράξεις μου, την πραγματικότητα, ώστε να οδηγούμαι στο ποτό, κι άντε πάλι ο φαύλος κύκλος.

Δεν ήθελα και πολύ να πειστώ, μιας και όσα έλεγαν εκείνοι στα μοιράσματά τους μέσα στις συνεδρίες μας, επιτέλους έμοιαζαν με εμένα. «Να κάτι παιδάκια από τα οποία δεν ήμουν αλλιώτικη!». Τα λάθη ανθρώπων πριν από μένα γινόταν πηγή προσοχής κι επομένως καλύτερης ζωής για μένα. Έτσι άρχιζα να ενώνομαι ξανά και με την ανθρώπινη ράτσα. Η άποψη των Α.Α. –όπως την καταλαβαίνω εγώ– ήταν

απλώς ότι αφού δεν μπορώ να σταματήσω να πίνω, ε, ας μην αρχίζω. Έτσι δεν θα 'μπαινε σε τροχιά ο σωματικός φαύλος κύκλος του κι άλλο κι άλλο κι άλλο.

Έπειτα, αφού έχω αυτή τη μανία, ας πούμε, να διαστρεβλώνω την πραγματικότητα και να κάνω συνεχώς τα ίδια πράγματα περιμένοντας άλλο αποτέλεσμα (θυμόσαστε που λέω πιο πάνω πόσα χρόνια αγωνιζόμουν να πω με μέτρο, σαν κανονικός άνθρωπος;), ε, ας μην κάνω το δικό μου λοιπόν, που έχει δείξει τη χρεοκοπία του – μιας και κάνοντας το δικό μου κατάντησα εδώ– κι ας προσπαθήσω ν' αντικαταστήσω αυτόν τον τρόπο προσέγγισης στα πράγματα με έναν άλλο που λέγεται ο δρόμος και οι οδηγίες του Θεού και σαρκώνει παντοτινές και πανανθρώπινες αξίες. Τόσο απλά. Για όλους, ακόμη και για τους άθεους.

Εύκολη η συνταγή, δύσκολη η εφαρμογή της. Ένας νους κατεστραμμένος από το οινόπνευμα και τον τρόπο που θόλωνε την πραγματικότητα, ένας άνθρωπος που μέσα στον πόνο, στη δυστυχία και τη μιζέρια του είχε καταντήσει τελείως απομονωμένος και τυφλός, μια γυναίκα που ζούσε τόσα χρόνια για τα δίκια της και θυσίαζε τα δικαιώματά της στη ζωή, επηρμένη και αλαζών από μοναξιά κι έλλειψη προστασίας, πραγματικής αγάπης, στοργής, συναισθηματικής φροντίδας, μια γυναίκα που για να επιβιώσει σύρθηκε πιστεύοντας το ψέμα γι' αλήθεια, πως και πότε θα μπορούσε να τα δει, να τα μάθει και να τα κάνει αυτά;

Σιγά σιγά, μου είπαν, και σιγά σιγά κάνω. Μόνο μια μέρα τη φορά, μου είπαν, και μόνο μια μέρα τη φορά κάνω. Υποχώρησε από το πείσμα σου κι άσ' τα στα χέρια του Θεού, μου είπαν, κι έτσι κάνω. Ζήσε κι άσε και τους άλλους να ζήσουν, μου είπαν, κι έτσι προσπαθώ να κάνω. Είναι για πάντα η αρρώστια μας κι η θεραπεία της, ό,τι κι αν γίνει μη σηκώσεις το πρώτο ποτήρι, μου είπαν, κι έτσι βλέπω κι έτσι κάνω. Οποιαδήποτε στιγμή σου ζητηθεί, βοήθα έναν άλλο αλκοολικό γιατί βοηθάει κι εσένα, μου είπαν, το κάνω κι αυτήν εδώ τη στιγμή – έτσι ξεκίνησε αυτό το πόνημα, μαζί και για να γνωρίσει η κοινότητα τον άπιωτο αλκοολικό, τον αγώνα του και τις προσπάθειές του.

Στην αρχή ξεκίνησα να στηρίζομαι στο φόβο για να μην πάω ξανά πίσω εκεί και στην ευγνωμοσύνη για τις τωρινές μου μέρες που κύλαγαν χωρίς αλκοόλ, χωρίς έλλειψη μνήμης. Συναισθήματα αρνητικά και αρνητικός τρόπος σκέψης εγειρόνταν πιο τακτικά κι από τακτικά, μα τώρα είχα εργαλεία αυτές τις μεθόδους, τις τεχνικές που μου 'διναν οι Α.Α., την από τηλεφώνου συζήτηση ό,τι ώρα να 'ταν με κάποιο παλαιότερο μέλος και, κυρίως, την πεποίθηση πως ό,τι είχε γίνει για τριάντα επτά χρόνια δεν θα ξεγινόταν σε τριάντα επτά εβδομάδες ή σε τριάντα επτά μήνες.

Έτσι, έχοντας βάση και στήριγμα, με τη βοήθεια ενός παλαιότερου μέλους που ασχολείται ειδικά με κάποιους νεοφερμένους και τον λέμε σπόνσορα, και εξασκώντας, έστω και σε κάθε βήμα μου, αν μπορούσα, τα Δώδεκα Βήματα των Αλκοολικών Ανωνύμων (το Πρόγραμμα Απεξάρτησης, δηλαδή), άρχισα να μπορώ σιγά σιγά να παίρνω κάποια ρίσκα και να διερμηνεύω αλλιώς την πραγματικότητα. Έφτασα να ζω πιο ευχάριστα, η τρύπα στο στομάχι βούλωσε, η μοναξιά εξαφανίστηκε, τα σκούρα πήραν φως και χρώμα και παρόν, δεν έμοιαζαν πια αβάσταχτα κι ατελείωτα και σ' αυτά βοήθαγε πάντοτε η σύγκριση που έκανα με το παρελθόν κι οι διεργασίες και διαδικασίες του παρόντος μαζί με άλλους ανθρώπους και η πίστη στο Θεό. (Επειδή πολλές φορές θ' ακουστούν τα 12 Βήματα σ' αυτό το βιβλίο και πιθανόν ν' αναρωτιέστε τι είναι πια αυτό το φάρμακο καθώς και το Μεγάλο Βιβλίο, επιτρέψτε μου να ενημερώσω ότι επειδή είναι υλικό που μπαίνει σε πράξη και εφαρμογή μαζί με όλο το υπόλοιπο Πρόγραμμα των Α.Α., ελάτε σε μια συγκέντρωση να δείτε και ν' ακούσετε κι από 'κεί μπορείτε να τα προμηθευτείτε κιόλας).

Βλάσφημα κι ορκισμένα άθεη όταν πρωτοπήγα στις Ομάδες άρχισα, μόλις στηρίχτηκα λιγάκι, να ενοχλούμαι λίγο μ' αυτήν την ιδέα. Μέχρι που βεβαιώθηκα ξανά ότι ήμουν έτοιμη να κάνω τα πάντα για να μείνω άπιαστη κι έπειτα, ούτε έβλεπα ούτε άκουγα τίποτε θεούσους εκεί μέσα. Μέχρι που βρήκα το κλειδί της προθυμίας που ανέφερα και πιο πάνω κι είδα τον δρόμο του Θεού, της Φύσης, των πανανθρώπινων αξιών – όπως θέλει μπορεί να το πει κάποιος, ως καλύτερο από τον δικό μου τρόπο.

Περιπλανήθηκα σε θρησκείες της μόδας και ιδεολογήματα μέχρι που ευλογήθηκα να κάτω να διαβάσω στα ελληνικά, κείμενα των Πατέρων. Μετά άρχισε η σχοινοβασία μου και με την Ορθόδοξη πίστη, αλλά αυτό συνέβη σε μένα – δεν χρειάζεται να γίνει για όλους έτσι.

Πέρασα μέσα από εμπειρίες έντονες αυτά τα χρόνια και στάθηκα άπιαστη – όχι μόνη μου! Να γηροκομά τις γριούλες μου, να περάσω μέσα από θανάτους αγαπημένων, να δω υποτροπές αδελφών μου μέσα από τις Ομάδες, να 'χω να τα βγάλω πέρα οικονομικά με πολλά έξοδα, να μου κάνουν άνθρωποι συνειδητά κακό κι εγώ ακόμη να μην ξέρω πώς να προστατευτώ, ν' αντιμετωπίζω σοβαρές, χρόνιες και οδυνηρές παθήσεις, να κάνω εθελοντικά δεκατρία χρόνια ενημέρωση για τον αλκοολικό και τον συγγενή του και να βρίσκω ώτα μη ακούντων – όχι πάντα, βέβαια, πολλά κι έντονα, όπως σε κάθε οικογένεια και δεν ήπια εφαρμόζοντας αυτό το Πρόγραμμα.

Στα δεκατρία και μισό χρόνια ανάρρωσης, κι αφού είχα πάψει να πηγαίνω στις Ομάδες, πέρασα κατάθλιψη – κι αυτή είναι μια φρικτή ασθένεια. Με τη βοήθεια και των Ομάδων πάλι, ζω και μ' αυτό το πρόβλημα μια μέρα τη φορά άπιαστη. Μ' άλλα λόγια, δεν κάνω τίποτε άλλο παρά να εφαρμόζω τα απαιτούμενα για την ανίατη ασθένειά μου, την προοδευτική και θανατηφόρο και, επιτέλους, υπάρχω – άλλοτε πιο εύκολα, άλλοτε πιο δύσκολα. Εγώ απλώς ακολουθώ αυτό που μου έδειξαν άλλοι που πέτυχαν, και το μόνο κλειδί ήταν να παραδεχτώ από τι πάσχω – προβιάστηκα, δηλαδή, από μπεκρού σε αλκοολική και βρίσκω, πάντα με άλλους, δρόμο για να ζήσω άπιαστη, σχετικά ικανοποιημένη κι ευχαριστημένη. Σας παραδίδω τώρα και τις ψυχούλες των υπολοίπων – κρατήστε τις τρυφερά στα χεράκια σας κι όσοι πάσχετε νιώστε, παρακαλώ, ότι πρόκειται για ασθένεια, ότι είναι ίδια με τα άλλα ναρκωτικά κι ότι υπάρχει όχι μόνον ελπίδα, μα και λύση.

Σας ευχαριστώ και σας περιμένουμε. Είθε οι οικογένειες οι δικές σας να μην ταλανίζονται απ' αυτό το μαρτύριο.

Σιμώνη, αλκοολική σε ανάρρωση δεκαπέντε χρόνια και ενάμιση μήνα, 5.532 μέρες και –κυρίως– νύχτες.(Σιμώνη Ξ, 2002, σ.45-57).

Αθήνα, 13 Ιουλίου 2001

