

Η ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μετέχοντες Σπουδάστριες :

Αθανασίου Μαρία

Τσιομπάνη Ρεζινούλα



Υπεύθυν Εκπαιδευτικός :

Γαϊτάνη Ρεγγίνα

Καθηγήτρια Εφαρμογών



Πτυχιακή εργασία για την λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματίων Υγείας και Πρόνοιας του Ανωτάτου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	I
-----------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

Εισαγωγή.....	1
Το πρόβλημα.....	2
Σκοπός της μελέτης.....	7
Ορισμοί όρων.....	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

A. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	11
B. ΑΛΚΟΟΛ – ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ.....	14
1. Τι είναι το αλκοόλ.....	14
2. Οι φάσεις του αλκοολισμού.....	14
3. Οι τύποι του αλκοολισμού.....	17
4. Η μέθη.....	18
5. Εθισμός – Εξάρτηση.....	19
6. Κριτήρια παθολογικού τρόπου χρήσης του αλκοόλ.....	21
7. Η τάση της κατανάλωσης αλκοόλ στην Ελλάδα.....	21
8. Τα νοθευμένα ποτά.....	21
Γ. Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.....	23
1. Η χρονολογική οριοθέτηση της εφηβείας.....	23
2. Τα γενικά χαρακτηριστικά της εφηβείας.....	24
2.1 Οι βιολογικές αλλαγές της εφηβικής ηλικίας.....	24

2.2 Οι ψυχικές αλλαγές της εφηβείας	25
2.3 Αλλαγές στις νοητικές ικανότητες των εφήβων	26
3. Τα βασικά προβλήματα της εφηβείας.....	27
3.1 Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους.....	27
3.2 Η σεξουαλική συμπεριφορά.....	28
3.3 Η επιλογή επαγγέλματος.....	29
4. Το οικογενειακό περιβάλλον των εφήβων.....	30
5. Τα χαρακτηριστικά των εφήβων που οδηγούνται στην χρήση αλκοόλ.....	32
Δ. ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ.....	34
1. Βιολογικά αίτια.....	34
2. Κοινωνικά αίτια.....	35
3. Οικογενειακά αίτια.....	36
4. Ψυχολογικά αίτια.....	37
5. Πολιτισμικά αίτια.....	38
6. Θεωρίες αιτιών του αλκοολισμού.....	39
Ε. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ – ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ...	49
1. Ψυχολογικές επιπτώσεις.....	49
2. Σωματικές επιπτώσεις.....	53
3. Οικογενειακές επιπτώσεις.....	56
4. Κοινωνικές επιπτώσεις.....	57
ΣΤ. ΠΡΟΛΗΨΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ.....	61
1. Πρόληψη.....	61
1.1 Ο ρόλος του σχολείου στην πρόληψη.....	63
1.2 Η οικογένεια ως μέσο πρόληψης.....	65
1.3 Ο ρόλος της κοινότητας στην πρόληψη.....	66
1.4 Η συμβολή των Μ.Μ.Ε. στην πρόληψη.....	68
1.5 Ο ρόλος των συνομηλίκων εφήβων στην πρόληψη.....	69

2. Θεραπεία.....	70
2.1 Η φαρμακευτική προσέγγιση.....	70
2.2 Ψυχολογική προσέγγιση.....	71
– Τεχνική θεραπεία συμπεριφοράς.....	72
– Ατομική – Ομαδική ψυχοθεραπεία.....	72
– Οικογενειακή θεραπεία.....	74
2.3 Ομάδες αυτοβοήθειας.....	76
2.4 Οι φάσεις θεραπείας των εφήβων νεαρών αλκοολικών.....	77
2.5 Οι παράγοντες που εξασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.....	79
Z. Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ Κ.Λ. ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ.....	81
1. Πρόληψη.....	82
2. Θεραπεία.....	83
3. Κοινωνική επανένταξη.....	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	87
1. Είδος της έρευνας – σκοπός.....	87
2. Ερωτήματα.....	87
3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	88
4. Το δείγμα.....	88
5. Το ερωτηματολόγιο.....	89
6. Το πλαίσιο για την μελέτη.....	89
7. Τρόπος ανάλυσης πληροφοριών.....	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	99
2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	113
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	129

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστούμε θερμά την κα. Ρεγγίνα Γαϊτάνη, καθηγήτρια εφαρμογών του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, για τις παρατηρήσεις και τις διορθώσεις πάνω στην μελέτη που κάναμε.

Ακόμα ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Χρήστο Γκανιάτσα, για την πολύτιμη βοήθεια που προσέφερε στην στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Τέλος, ευχαριστούμε όλους τους σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας που συμμετείχαν στην πραγματοποίηση της έρευνας μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τα τελευταία χρόνια όπως προκύπτει από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει αυξηθεί η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από τους εφήβους σε βαθμό τέτοιο, ώστε να αποτελεί ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα.

Αλλά που οφείλεται αυτό το φαινόμενο; Μήπως δεν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση σε όλους τους ενδιαφερόμενους, γονείς, σχολεία κ.α., ώστε να έχουν μια γενική γνώση για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εφηβείας, αλλά και τα αίτια, τις επιπτώσεις, τα προληπτικά μέτρα και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις του αλκοολισμού.

Ο λόγος αυτός αποτέλεσε πρόκληση να μελετηθεί το θέμα της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών από τους εφήβους και να διαπιστωθεί ποια είναι η έκταση του προβλήματος στους σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

Στην προσπάθεια επίτευξης του σκοπού αυτού γίνεται αναφορά στα παρακάτω θέματα:

- Στο πρώτο κεφάλαιο προσεγγίζεται το θέμα της χρήσης αλκοόλ στην εφηβική και μεταεφηβική ηλικία, αναλύεται ο σκοπός της μελέτης, ενώ ορίζονται οι όροι που περιλαμβάνονται στο θέμα.
- Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή για την χρήση αλκοόλ. Στη συνέχεια αναφέρεται το αλκοόλ και ο αλκοολισμός. Επίσης εξετάζοντας τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εφηβείας και τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο έφηβος.

Ακόμη στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά για τα αίτια που οδηγούν τους εφήβους στην χρήση αλκοόλ. Εξετάζονται οι επιπτώσεις -

συνέπειες που έχει η χρήση οινοπνευματωδών ποτών . Στη συνέχεια περιγράφεται η πρόληψη και θεραπεία του αλκοολισμού.

Τέλος γίνεται μια αναφορά στο ρόλο της διεπιστημονικής ομάδας και ιδιαίτερα του κοινωνικού λειτουργού όσον αφορά την πρόληψη, θεραπεία του αλκοολισμού καθώς και την κοινωνική επανένταξη του αλκοολικού.

•Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία για την πραγματοποίηση της έρευνας με θέμα την διάσταση του προβλήματος του αλκοολισμού στους σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι.

•Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται τα αποτελέσματα της έρευνας και ταυτόχρονα γίνεται μια μικρή ανάλυση.

•Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις από την μελέτη αυτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Στη σύγχρονη πραγματικότητα το αλκοόλ κατέχει κυρίαρχη θέση και αποτελεί βασικό συστατικό της καθημερινής ζωής του ανθρώπου. (Ν. Τσιλιχρήστος, 1991, σελ.144).

Το οινόπνευμα χρησιμοποιήθηκε από αρχαιοτάτους χρόνους για την παρασκευή ευφραντικών ποτών και θεωρήθηκε σαν θεϊκό δώρο. Ιδιαίτερα στην πατρίδα μας τίποτα δεν τραγουδήθηκε και υμνήθηκε τόσο πολύ όσο το κρασί.

Το αλκοόλ συνοδεύει τον άνθρωπο από το απλό οικογενειακό γεύμα ως το γάμο και τις διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις. (Α. Αβραμίδης, 1988, σελ.135, Ν. Τσιλιχρήστος, 1991, σελ. 143).

Ένας σημαντικός αριθμός ανθρώπων εκφράζει τα συναισθήματα του μέσω του αλκοόλ. Σταδιακά αυτό θα γίνει απαραίτητο συστατικό της ζωής τους με αποτέλεσμα να οδηγηθούν στον αλκοολισμό. (Ν. Τσιλιχρήστος, 1991, σελ. 143).

Τα αλκοολούχα ποτά καταναλώνονται ευρέως από όλες τις κοινωνικές ομάδες και ηλικίες, χωρίς να γνωρίζουν τις επιπτώσεις που επιφέρει αυτό. Κατατάσσεται στα σκληρά ναρκωτικά, δηλαδή στις ουσίες που προκαλούν ψυχική και σωματική εξάρτηση, εθισμό και έντονο σύνδρομο στέρησης. (Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 148).

Η εφηβεία είναι κατά μείζονα λόγο η πρώτη περίοδος επαφής του ατόμου με το αλκοόλ. (Θ. Υφαντής, 1991, σελ.345).

Αν και η φράση «Ακατάλληλο για ανηλίκους» συνοδεύει πάντα το αλκοόλ, πολύ εύκολα ακόμα και ένα παιδί μπορεί να το προμηθευτεί. Συχνά παρατηρείται το γεγονός ότι οι ίδιοι οι γονείς προσφέρουν αλκοόλ στο παιδί τους, με καμάρι ή «για να γελάσουν» ή «για να μάθει».

Επιπλέον πολλά σπίτια έχουν μπαρ ή κάβα. (Α. Αβραμίδης, 1988, σελ.147-148).

Γενικά παρατηρείται ότι ο αλκοολισμός επεκτείνεται με γρήγορους ρυθμούς γι' αυτό θεωρείται απαραίτητη η πληροφόρηση, κυρίως των νέων για να αποκτήσουν τα εφόδια ώστε να αντιμετωπίσουν του κινδύνους οι οποίοι συχνά κάνουν τους ανθρώπους να εξαρτηθούν από ουσίες. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 292).

Το πρόβλημα

Στη συνέχεια θα αναφέρουμε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών σε παγκόσμια κλίμακα, αλλά και στην Ελλάδα για να διαπιστώσουμε την έκταση του προβλήματος.

Έρευνες σε παγκόσμια κλίμακα

Στη Γερμανία το 1973 και 1982 παρατηρήθηκε μια σημαντική μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ στην ηλικία 14-17 ετών. Ενώ στην Βαυαρία το 1976 και 1980 παρατηρήθηκε αύξηση της κατανάλωσης από 19% στο 31% για δείγμα πληθυσμού από 12-24 ετών. (Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 361).

Στη Γαλλία παρατηρήθηκε μείωση στη χρήση οινοπνεύματος στους μαθητές ανάμεσα στο 1971 και 1978, ενώ ανάμεσα στο 1978 και 1984 αύξηση κυρίως στα ποτά με μεγάλη περιεκτικότητα οινοπνεύματος. Το 30% των μαθητών ηλικίας 15-18 πίνουν σχεδόν καθημερινά αλκοολούχα ποτά. Το 1979, το 31% των μαθητών ηλικίας 15-18 και το 15% των

μαθητριών πίνουν σε καθημερινή βάση οινοπνευματώδη. Το 10% των αγοριών και το 5% των κοριτσιών αναφέρουν ότι έχουν μεθύσει τουλάχιστον τρεις φορές στην ζωή τους. (Α. Κοκκέβη, 1992, σελ. 68, Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 361, Α. Κωλλέτα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ. 15).

Στη Σουηδία ο αριθμός των μαθητών που δεν έχουν καταναλώσει καθόλου αλκοολούχα ποτά αυξήθηκε μεταξύ του 1976 και 1982 από 9% σε 19%. (Α. Κοκκέβη, 1992, σελ. 361).

Στον Καναδά, το 91% των μαθητών έχουν πει στην διάρκεια του έτους 1982 και το 23% ήπιαν πέντε ή περισσότερα ποτήρια καθημερινά. (Α. Κοκκέβη, 1992, σελ. 68).

Στην Αυστραλία, το 13% των μαθητών ηλικίας 16 ετών έχουν αναφέρει ότι πίνουν σε καθημερινή βάση (1985). (Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 361, Α. Κωλλέτα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ. 15).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες μετά από μια περίοδο αύξησης της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών παρατηρείται μια σταθερότητα στα τέλη του 1970 και στις αρχές του 1980 με τάσεις μείωσης μετά το 1980. Συγκεκριμένα μαθητές 18 ετών αναφέρουν ότι το 1980 έπιναν καθημερινά σε ποσοστό 6,9% ενώ το 1985 το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε 4,8%. Επιπλέον την περίοδο 1980 και 1985 η χρήση οινοπνευματωδών μειώθηκε από 72% σε 62%. Ενώ το 40% των μαθητών αναφέρει πως έχει πει πέντε ή περισσότερα ποτά «στην καθισιά του». Σχεδόν το σύνολο των μαθητών ηλικίας 18 ετών έχουν δοκιμάσει οινοπνευματώδη και οι περισσότεροι περίπου τα 2/3, πίνουν μια φορά τον μήνα. Σύμφωνα με στατιστικές από 120 μελέτες που έχουν γίνει σε νέες και νέους γυμνασίων, οι έφηβοι έχουν δοκιμάσει ποτό σε ηλικία 13,7 ετών

κατά μέσο όρο. (Α. Δοξιάδη, 1985, σελ. 193, Α. Κοκκέβη, 1992, σελ. 68, Α. Κωλλέτα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ. 15).

Στην Φιλανδία, το 1994 το ψυχιατρικό τμήμα του Πανεπιστημίου, πραγματοποίησε έρευνα για να εξετάσει το ποσοστό των παιδιών που οδηγούνται στην κατάχρηση αλκοόλ, όταν ζουν κάτω από άσχημες οικογενειακές συνθήκες. Το 58,3% των παιδιών έκαναν χρήση αλκοόλ από τα 14 χρόνια τους.

Στοιχεία για την χρήση αλκοολούχων ποτών στην Ελλάδα

Είναι γνωστό ότι το ποτό είναι συνδεδεμένο με την πολιτισμική ζωή του τόπου και με την καθημερινή ζωή της οικογένειας. Έτσι, η Ελλάδα καταλαμβάνει μια από τις πρώτες θέσεις ανάμεσα στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες στην κατανάλωση οινοπνευματωδών. Η χώρα μας κατείχε το 1982 την 22^η θέση μεταξύ 37 χωρών σε κατά κεφαλή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και τη 17^η θέση σε θανάτους από κύρωση ήπατος. (Θ. Υφαντής, 1990, σελ. 584, Μ. Τερζίδου, 2000 σελ. 48).

Σε έρευνα που έκανε το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των Η.Π.Α. το 1983, σε Έλληνες εφήβους, φαίνεται ότι οι περισσότεροι αρχίζουν να πίνουν από προεφηβική ηλικία γύρω στα 10 χρόνια τους. Ακόμα οι έφηβοι στις Η.Π.Α. πίνουν σε πολύ μικρότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους συνομήλικους Έλληνες. (Γ. Τσιάντης, 1998, σελ. 227-229).

Το 1984, η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών διεξήγαγε έρευνα σε 11.065 μαθητές ηλικίας 14-18 ετών. Το 98% των μαθητών αναφέρουν χρήση οινοπνευματωδών ποτών, το 29% πίνει τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα, ενώ το 16% πίνει τέσσερις φορές την

εβδομάδα. Επίσης, το 18% ανέφερε ότι μέθυσε πάνω από δύο φορές στην ζωή του. Ενώ το 15% κάνει συχνή χρήση οινοπνεύματος δέκα ή περισσότερες φορές. (Α. Κωλλέτα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ. 15, Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 121-122, 364).

Την ίδια χρονιά η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, πραγματοποίησε πανελλαδική έρευνα σε 4000 μαθητές ηλικίας 12-17 ετών. Το πρώτο μεθύσι κατά μέσο όρο γίνεται στα 12 χρόνια, ενώ η μέση ηλικία που άρχισαν είναι τα 7 χρόνια. Ακόμα, η καθημερινή χρήση υπερβαίνει το 42% για τα κορίτσια και το 55% για τα αγόρια. Σύμφωνα με αυτήν την έρευνα τα ποσοστά αυξάνονται επικίνδυνα στις ηλικίες 18-24 χρονών.

Το 1984-1985, πραγματοποιήθηκε έρευνα στις πόλεις Αθήνα-Πάτρα-Ιωάννινα, σε 7.904 μαθητές ηλικίας 13-15 και 17-19 ετών. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι : ένα ποσοστό 22,8% δεν πίνουν καθόλου, περίπου 2% πίνουν συστηματικά δύο φορές την εβδομάδα, 0,7% του συνόλου θεωρήθηκαν «βαριοί πότες», 3% πίνουν περιστασιακά, η πλειοψηφία 72,2% πίνει αραιά. (Θ. Υφαντής, 1990, σελ. 584-586).

Το 1986, πραγματοποιήθηκε πανελλαδική έρευνα από τους Στεφάνη, Μαδιανού και Μαδιανό, η οποία αναφέρει ότι το 12,8% των εφήβων 12-17 ετών κάνουν συστηματική χρήση αλκοόλ. (Α. Κωλέττα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ.15).

Το 1993, το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, διεξήγαγε έρευνα και κατέληξε στα εξής συμπεράσματα : οι μαθητές ηλικίας 13-14 ετών κάνουν συστηματική χρήση αλκοολούχων ποτών, σε ποσοστό 8,9%, ενώ περιστασιακή χρήση έκανε το 54,1%. Οι μαθητές ηλικίας 15-16 ετών έκαναν συχνή χρήση σε ποσοστό 13,2%, ενώ

περιστασιακή χρήση έκανε το 61,8%. Τέλος, οι μαθητές ηλικίας 17-18 ετών έκαναν συστηματική χρήση σε ποσοστό 24,8%, ενώ περιστασιακή το 60,6%. Ακόμα η ομάδα των νεαρών ηλικίας 18-24 ετών σημείωσε διπλασιασμό της χρήσης. (Μ. Σεφέρου, 1997, σελ.132, Περιοδικό «πρόσωπο», 1994, σελ. 9-10).

Το 1996-97, πραγματοποιήθηκε έρευνα στις, Ιωάννινα-Πάτρα-Αθήνα, σε μαθητές της Γ' Λυκείου με συνολικό αριθμό 2.109. Η διαφορά που παρατηρείται στη χρήση μεταξύ των δύο φύλων είναι στατιστικά σημαντική. Όσον αφορά την βαριά χρήση τα αγόρια πίνουν 2,5 φορές περισσότερο από τα κορίτσια. Στην συστηματική χρήση υπερτερούν τα αγόρια, ενώ στην περιστασιακή ή αραιή χρήση, πρωτοπορούν τα κορίτσια. Το συνολικό ποσοστό αποχής από αλκοόλ ήταν 23,1%. (Α. Δημητρίου, 1998, σελ. 96).

Το 1998, πραγματοποιήθηκε έρευνα από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής με δείγμα 1,225 μαθητών ηλικίας 11-15 ετών. Το 86% των αγοριών και το 80% των κοριτσιών αναφέρουν ότι έχουν δοκιμάσει κάποιο οινοπνευματώδες ποτό. Το 25% των μαθητών δηλώνει ότι πίνει τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Τέλος, το 16% των μαθητών έχουν μεθύσει μια φορά και το 10% δύο ή περισσότερες φορές σε όλη τους τη ζωή. (Μ Τερζίδου, 2000, σελ. 46-48).

Το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, το 1987 πραγματοποίησε μελέτη στην οποία διαπιστώθηκε ότι το χρονικό διάστημα 1980-87 νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο σε κατάσταση οξείας μέθης, 80 παιδιά ηλικίας 4-14 ετών. Ενώ από έρευνα που πραγματοποίησε το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής το 1989 κατατάσσει την Ελλάδα στις πρώτες θέσεις σε ποσοστό

εβδομαδιαίας χρήσης οινοπνεύματος 23-25% (Μ. Τερζίδου, 2000, σελ. 48. Α. Αβραμίδης, 1994, σελ. 87).

Σκοπός μελέτης

Το αλκοόλ είναι μια κοινωνικά αποδεκτή ουσία που χρησιμοποιείται από όλες τις κοινωνικές τάξεις και ηλικίες συμπεριλαμβανομένης και της εφηβικής.

Σκοπός της μελέτης είναι να διαπιστώσουμε τα αίτια της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, τις επιπτώσεις που έχει σε όλες τις πτυχές της ζωής του εφήβου, τα προληπτικά μέτρα που λαμβάνονται από διάφορους φορείς, τις θεραπευτικές προσεγγίσεις που υπάρχουν και τον ρόλο της διεπιστημονικής ομάδας και ιδιαίτερα του Κ.Λ. στην πρόληψη, τη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη.

Ορισμοί όρων

Αλκοολικό άτομο : σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας χαρακτηρίζεται αυτός που καταναλώνει υπερβολικά οινοπνευματώδη ποτά και η εξάρτηση του οποίου έχει φτάσει σε τέτοιο σημείο ώστε να διακρίνονται έντονα σημεία βλάβης της σωματικής και ψυχικής υγείας, διαταραχές στην επικοινωνία του με τους συνανθρώπους του, όπως και βλάβες στο κοινωνικοοικονομικό του περιβάλλον ή πρόδρομα σημεία μιας τέτοιας εξέλιξης. (Ε. Παπαγεωργίου, 1990, σελ. 56).

Αλκοολούχο ποτό : είναι το υγρό που περιέχει οινόπνευμα (αιθανόλη) και προορίζεται για πόση. Σχεδόν όλα τα αλκοολούχα ποτά παρασκευάζονται με ζύμωση μετά την οποία επακολουθεί απόσταξη. Επίσης είναι ουσία κοινωνικά αποδεκτή με ευρεία καθημερινή χρήση,

ενώ παράλληλα συγκαταλέγεται στις ουσίες εθισμού και μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση σωματική και ψυχική. (Λεξικό αναφερομένο στο αλκοόλ και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες, 1999, σελ. 12-13, Α. Κωλέττα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ. 14).

Αλκοολισμός : είναι η χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς που εκδηλώνεται με την επανειλημμένη πόση αλκοολούχων ποτών σε υπερβολικό βαθμό που ξεφεύγει από την παραδοσιακή και εθιμική χρήση του οινοπνεύματος σε βαθμό τέτοιο ώστε η κατάσταση μέθης είναι γι' αυτά αναπόφευκτη και σχεδόν συνεχής. Κάτω από την κυριαρχία οινοπνεύματος, οι αλκοολικοί στερούνται τον αυτοέλεγχο, με την άμβλυνση ή και την στέρηση της χρήσης του λογικού και της συνείδησης των πράξεων τους. Κοινός παρονομαστής όλων των παθολογικών καταστάσεων που εμφανίζονται στα πλαίσια του αλκοολισμού είναι η απώλεια της ελευθερίας του ατόμου απέναντι στο αλκοόλ, η αδυναμία αποχής από αυτό, η υποταγή των αξιών, των ενδιαφερόντων του, των σχέσεων και των αναγκών του στο αλκοόλ. (Γ. Παπαδημητρίου, 1974, σελ.1400, Α. Κωλέττα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ. 14, Εγκυκλοπαίδεια Υδρία, 1978, σελ. 145, Κ. Μάτσα, χ.χ, σελ. 1).

Ανοχή : είναι η κατάσταση που προκαλείται από την συνεχή χρήση της ουσίας και κατά την οποία απαιτείται συνεχώς αυξανόμενη ποσότητα της ουσίας για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή υπάρχει μειωμένο αποτέλεσμα με την κανονική λήψη της ίδιας δόσης. (Ν. Μάνος, 1988, σελ. 394).

Εθισμός : προς κάποια ουσία ονομάζεται η συνήθεια που αποκτά κανείς να τη χρησιμοποιεί, με σκοπό να αισθανθεί πάλι και πάλι το συναίσθημα της ευφορίας δηλαδή μιας ευχάριστης κατάστασης ή ευεξίας την οποία προκαλεί η ουσία, οπότε δημιουργείται μια ψυχική εξάρτηση. (Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 22).

Εξάρτηση : είναι ψυχολογική, από την ευχάριστη δράση της ουσίας και σωματική, με τις δυσάρεστες συνέπειες της διακοπής της ουσίας, δηλαδή το σύνδρομο στέρησης. (Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 23).

Εφηβεία : είναι η περίοδος της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία και έχει για κέντρο της την ήβη. (Φ. Ντόλτο, 1997, σελ. 15).

Ήβη : αναφέρεται σε μια σχετικά σύντομη περίοδο, διάρκειας 2 έως 4 ετών περίπου , βιολογικής ανάπτυξης, κατά την οποία πραγματοποιούνται οι βιοσωματικές αλλαγές που σχετίζονται με την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας. (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 11).

Κατάχρηση : θεωρείται η χρήση κατά τρόπο ο οποίος είναι διαφορετικός από το παραδεδεγμένο ιατρικό ή κοινωνικό τρόπο χρήσης, σε μια δεδομένη κοινωνία με δική της νοοτροπία και πνευματική καλλιέργεια. Ο όρος «κατάχρηση» εκφράζει την διάθεση μιας κοινωνικής αποδοκimasίας. (Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 22).

Ναρκωτικά : με την πλατιά σημασία είναι οποιαδήποτε ουσία, που δρα στο νευρικό σύστημα και προκαλεί εθισμό και εξάρτηση. (Β. Αναστασιάδης, 1993, σελ. 183.).

Νεότητα : είναι η περίοδος της ζωής, στην διάρκεια της οποίας αποκτούνται τα εφόδια και τα κοινωνικά εχέγγυα σαν προετοιμασία για την ανάληψη ευθυνών για την αποδοτική για το άτομο ένταξη στον κόσμο των ώριμων ενηλίκων. (Β. Αναστασιάδης, 1993, σελ. 14).

Σύνδρομο Στερήσεων : Έτσι ονομάζεται το σύνολο των συμπτωμάτων, τα οποία παρατηρούνται ύστερα από στέρηση του οργανισμού από την ουσία προς την οποία έχει αναπτυχθεί εξάρτηση. (Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 23).

Ψυχοτρόπες ουσίες : είναι οι ουσίες που έχουν την ιδιότητα να επιδρούν στο Κ.Ν.Σ. μεταβάλλοντας την ψυχική διάθεση ή την συμπεριφορά, που

αποτελεί σήμερα μια διαδεδομένη συνήθεια στους νέους και ενήλικες.
(Α. Κοκκέβη, 1992, σελ. 358).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Α. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με ακρίβεια πότε αρχίζει στην ανθρώπινη ιστορία, η χρήση του αλκοόλ, ούτε μπορούμε να το συσχετίσουμε με την εμφάνιση ορισμένων ιστορικών και κοινωνικών γεγονότων. (εργασία 6^{ου} Γυμνασίου Σερρών, σελ. 3)

Το 6500π.Χ. υπάρχουν στοιχεία για την ύπαρξη του κρασιού και της μύρας από μούρα. (Μ. Σαλτουγιάννη, Ζ. Στεργιάκα, 1990, σελ. 8).

Η καλλιέργεια του αμπελιού στις χώρες της Ανατολής άρχισε γύρω στην 5^ηπ.Χ. χιλιετία και μεταδόθηκε από τις πρώτες μεταναστευτικές ομάδες στην Ευρώπη την 3^ηπ.Χ. χιλιετία. Αναφορικά με την καταγωγή του αμπελιού δεν έχουμε σαφές ενδείξεις ότι προέρχεται από την Ανατολή. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 19).

Στοιχεία αναφέρουν ότι η αμπελοκαλλιέργεια στην Μεσόγειο είχε ξεκινήσει ήδη από το 3500π.Χ. (Α. Κωλέττα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ. 14).

Οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι καλλιεργούσαν την άμπελο και το κρασί προοριζόταν για τις ανώτερες κοινωνικές τάξεις. (Κ. Τσαρουχας, 2000, σελ. 19).

Επίσης οι γιατροί της ίδιας εποχής χρησιμοποιούσαν την μύρα και το κρασί σαν φάρμακο. (Εγκυκλοπαιδεία Υδρία, 1978. σελ. 144).

Στην Αρχαία Ελλάδα και αργότερα στη Ρώμη, οι άνθρωποι των τεχνών υμνούσανε τον οίνο που σχετιζόταν με τον χαρακτήρα και τον πολιτισμό τους. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 20).

Όπως αναφέρουν ο Όμηρος και ο Πλάτωνας συνήθειες οινοποσίας. (Α. Κωλέττα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ. 14).

Άλλωστε στην Αρχαία Ελλάδα υπήρχε ο Διόνυσος ή Βάκχος, θεός του κρασιού, που προς τιμήν του γιορτάζονταν τα «Διονύσια» στα οποία

κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες σε κρασί. (Α. Κωλέττα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ. 14, Εγκυκλοπαίδεια, Υδρία, 1978, σελ. 145).

Στη Βίβλο αναφέρεται ότι το κρασί είναι ευλογία. Οι άνθρωποι έπιναν κρασί όχι μόνο για ευχαρίστηση, αλλά και για φαρμακευτικούς λόγους, ενώ ταυτόχρονα το χρησιμοποιούσαν και στις τελετές, όπως γάμος, θάνατος, γέννηση. (Εγκυκλοπαίδεια Υδρία, 1978, σελ. 145, Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 21).

Στην εποχή του Μεσαίωνα, το αλκοόλ χρησιμοποιούνταν σε όλες τις εκδηλώσεις, όπως στέψεις Βασιλειάδων, συμβούλια, υπογραφές συνθηκών κ.α. Ενώ τα μοναστήρια μετατράπηκαν σε ένα είδος ταβέρνας, στα οποία πήγαιναν οι άνθρωποι και έπιναν. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 21).

Σε αντίθεση στο Ισλάμ για θρησκευτικούς λόγους, απαγορεύεται η χρήση αλκοόλ, γιατί το καταδικάζει το Κοράνι. (Εγκυκλοπαίδεια Υδρία, 1978, σελ. 145).

Το μεγαλύτερο ποσοστό αλκοόλης που παράγεται από την φύση είναι 14%, γι' αυτό τον 10^ο αιώνα ένας Πέρσης γιατρός ο Ραμσής, ανακαλύπτει την απόσταξη για την παραγωγή αλκοόλ με μεγαλύτερο ποσοστό αλκοόλης.

Γύρω στο 1700 οι Ολλανδοί κατασκεύασαν ένα ποτό, το τζιν, που ήταν φτηνό και καταναλωνόταν από την εργατική τάξη, σε μεγάλες ποσότητες με αποτέλεσμα να εμφανισθεί η επιδημία του τζιν. Το 1751 στην Μ. Βρετανία εκδόθηκε νομοθετικό διάταγμα για την μείωση της κατανάλωσης.

Το αλκοόλ ως ουσία έφθασε την Αμερική το 1620. Από πολύ νωρίς άρχισαν να φαίνονται οι κίνδυνοι από την χρήση αλκοόλ και το 1919 έχουμε το κίνημα του αλκοόλ, το οποίο καταδίκασε την υπερβολική πόση και όχι το ποτό.

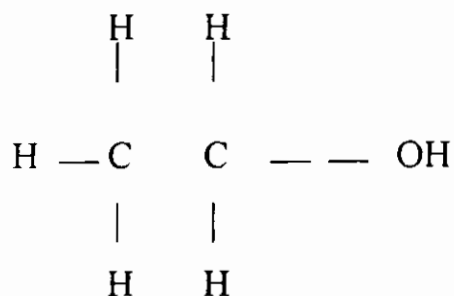
Το Κογκρέσο την ίδια χρονιά ψήφισε την υπ' αριθμό 18 τροποποίηση νόμου, όπου απαγορεύει την κατασκευή και πώληση αλκοόλ. Η ποτοαπαγόρευση διήρκεσε από το 1920 – 1933. Η ποτοαπαγόρευση μείωσε την κατανάλωση, αλλά αύξησε την παράνομη εμπορία του αλκοόλ και το οργανωμένο έγκλημα. Τελικά όσοι ήθελαν να πιουν, έπιναν. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 21-26).

Στην σύγχρονη εποχή η αιθυλική αλκοόλη συγκαταλέγεται στα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος και θεωρείται ως κατ' εξοχήν ουσία εθισμού, ενώ παράλληλα ο αλκοολισμός αποτελεί ένα μεγάλο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα των δυτικών κοινωνιών. (Α. Κωλέττα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ. 14).

B. ΑΛΚΟΟΛ – ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

1. Τι είναι το αλκοόλ;

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη «al Kohl». Το αλκοόλ βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά και ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει χημικό τύπο C_2H_5OH .



Ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης.

Σύμφωνα με τον Julien (1978) η αιθυλική αλκοόλη ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό το οποίο έχει την δυνατότητα να προκαλέσει μια γενική, μη επιλεκτική καταστολή του Κ.Ν.Σ. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 27).

2. Οι φάσεις του αλκοολισμού

Για να φτάσει στο σημείο ένα άτομο να χαρακτηριστεί αλκοολικός πρέπει να περάσει τέσσερις φάσεις, διαφορετικής έντασης και χρονικής διάρκειας, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ανθρώπου.

Από έρευνα που έκανε ο Jellinek σε περισσότερους από 2000 αλκοολικούς, προσδιόρισε τα ακόλουθα στάδια, με συγκεκριμένα συμπτώματα, που είναι κοινά για την εξάρτηση από το αλκοόλ.

α. Προαλκοολική φάση

Σε αυτή τη φάση ο υποψήφιος αλκοολικός πίνει σε κοινωνικές συγκεντρώσεις για να ανακουφιστεί από τις καθημερινές δραστηριότητες και να διαφύγει από την υπερένταση και το άγχος των προβλημάτων. Το άτομο καταφεύγει στο αλκοόλ γιατί δεν έχει μάθει να αντιμετωπίζει τις εντάσεις και τις δυσκολίες της ζωής του.

Αρχικά η κατανάλωση του αλκοόλ γίνεται περιστασιακά και σιγά-σιγά οδηγείται στο αλκοόλ σχεδόν καθημερινά. Η περίοδος από την περιστασιακή στην πιο συχνή χρήση διαρκεί περίπου 2 χρόνια. Σε αυτό το στάδιο ο χρήστης έχει μεγάλη ανεκτικότητα στο αλκοόλ.

β. Η πρώιμος αλκοολική φάση

Ο χρήστης καθώς αυξάνει την ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνει, μπορεί να έχει την εμπειρία της πρώτης Αλκοολικής Συσκότισης. Ο πότης μετά την κατανάλωση αλκοόλ οδηγείται σε μια περίοδο «προσωρινής αμνησίας», κατά την διάρκεια της οποίας μπορεί να πραγματοποιεί όλες τις δραστηριότητες όπως κάνει φυσιολογικά, αλλά όταν συνέλθει από την συσκότιση δεν θυμάται τι έκανε κατά την διάρκεια της.

Ορισμένα συμπτώματα που κάνουν την εμφάνιση τους σε αυτή την φάση είναι τα εξής :

1. Η μυστική πόση. Ο χρήστης πίνει «κρυφά», χωρίς να γνωρίζουν την ποσότητα που κατανάλωσε οι άλλοι.

2. Συνεχή ενασχόληση μόνο με το αλκοόλ. Ο χρήστης όταν πηγαίνει σε κοινωνικές συγκεντρώσεις το μόνο που τον απασχολεί είναι αν θα προσφέρεται αρκετή ποσότητα αλκοόλ.
3. Ο χρήστης πίνει τα πρώτα ποτά πολύ γρήγορα.
4. Ακόμα αρχίζουν να αναπτύσσονται και συναισθήματα ενοχής για την κατανάλωση αλκοόλ.

γ. Η πραγματική αλκοολική φάση

Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της φάσης είναι η απώλεια του ελέγχου, πράγμα που σημαίνει ότι ο χρήστης όταν ξεκινήσει την κατανάλωση αλκοόλ δεν μπορεί να σταματήσει μέχρι να φθάσει σε κατάσταση μέθης. Το βασικό ενδιαφέρον του χρήστη είναι μόνο τα οινοπνευματώδη ποτά και παραμελεί τις διαπροσωπικές σχέσεις, την οικογένεια του, την εργασία του, την περιουσία του, όλα αυτά έχουν δευτερεύουσα σημασία. Ο αλκοολικός δεν ενδιαφέρεται για την διατροφή του, την εμφάνιση του, ενώ παρουσιάζει και μειωμένη σεξουαλική ορμή.

δ. Η χρόνια φάση

Μετά από συστηματική κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ είναι απαραίτητη η παρουσία οινοπνευματώδη ποτού στον οργανισμό του χρήστη, για να τον προφυλάξει από τα συμπτώματα της αποστέρησης. Ο αλκοολικός αρχίζει να πίνει από το πρωί. Σταδιακά αρχίζει να χάνει την ανεκτικότητα που είχε στο αλκοόλ, ενώ εμφανίζονται και διαταραχές στην προσωπικότητά του, όπως είναι το τρομώδες παραλήρημα. Σε αυτό το στάδιο ο αλκοολικός πρέπει να λάβει βοήθεια από ειδικούς για να σταματήσει να πίνει. (Ι. Δετοράκης, 1994, σελ. 13-21, Μ. Σαλτουγιάννη, Ζ. Στεργιάκα, 1990, σελ. 12-15).

3. Τύποι αλκοολισμού

Κατά τον Jellinek υπάρχουν 5 τύποι αλκοολισμού :

Αλκοολισμός Τύπου α' : Η εξάρτηση είναι μόνο ψυχολογική, καταναλώνει αλκοόλ για να καταπραΰνει την ένταση της καθημερινότητας. Οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει ο αλκοολικός είναι μόνο στην κοινωνική του θέση, ενώ μπορεί να σταματήσει την χρήση αλκοόλ για ορισμένα χρονικά διαστήματα.

Αλκοολισμός Τύπου β' : Δεν υπάρχει ακόμη σωματική εξάρτηση, αλλά εμφανίζονται μερικά σωματικά προβλήματα και μπορεί να ελέγχει κατά κάποιο τρόπο την κατανάλωση αλκοόλ.

Αλκοολισμός Τύπου γ' : Εμφανίζεται και σωματική εξάρτηση. Ο χρήστης καταναλώνει αλκοόλ χωρίς να μπορεί να ελέγξει την ποσότητα, αλλά υπάρχουν και διαστήματα αποχής.

Αλκοολισμός Τύπου δ' : Ο χρήστης παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά όλων των προηγούμενων τύπων και επιπλέον καταναλώνει αλκοόλ χωρίς να μπορεί να το διακόψει ακόμη και για μια μέρα.

Αλκοολισμός Τύπου ε' : Το άτομο καταναλώνει αλκοόλ περιοδικά του τύπου της «διψομανίας». Ενώ το υπόλοιπο διάστημα ο πότης πίνει πολύ λίγο ή δεν πίνει καθόλου οινοπνευματώδη.

(Μ. Μαρτσέλος, 1986, σελ. 115-116, Κ. Μάτσα, 1995, σελ. 13, Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 42-43)

Ο Ρόμπερτ Νάιτ όρισε δύο τύπους αλκοολισμού τουλάχιστον στους άντρες και είναι ο ουσιώδης και ο αντιδραστικός.

Ο ουσιώδης παρουσιάζεται κυρίως σε νέους πότες και ενώ εμφανίζουν δυσκολίες στην συμπεριφορά τους και ανταποκρίνονται με δυσκολία στην θεραπεία.

Ο αντιδραστικός τύπος παρουσιάζεται σε αλκοολικούς που βρίσκονται σε πιο ώριμες ηλικίες, ενώ οδηγούνται στον αλκοολισμό από αντίδραση σε κάποιο τραυματικό γεγονός και ο μόνος τρόπος που μπορούσαν να το αντιμετωπίσουν ήταν μόνο η κατανάλωση αλκοόλ. (Π. Χαρτοκόλλης, 1986, σελ. 251-252).

4.Η μέθη

Η αλκοολική τοξίκωση ή αλκοολική δηλητηρίαση πρόκειται για την γνωστή μέθη. (Χ. Ιεροδιακόνου, 1988, σελ. 275, Ν. Μάνου, 1997, σελ. 522).

Η μέθη προκαλείται από το αλκοόλ το οποίο επηρεάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, πρόκειται δηλαδή για μια οξεία δηλητηρίαση από οινόπνευμα που οδηγεί σε καταστολή της σωματικής και ψυχικής δύναμης του χρήστη. (Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 139, Ι. Δετοράκης, 1994, σελ. 8).

Όταν η ποσότητα του αλκοόλ στο αίμα ξεπεράσει τα 0,8gr/lit το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση οξείας αλκοολικής δηλητηρίασης (μέθης) ανεξάρτητα από τις ατομικές διαφορές. Η συμπεριφορά, η μνήμη και η λογική του ατόμου όταν βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση αλλάζουν, δηλαδή έχει ευμετάβλητη διάθεση, γίνεται εύθυμο ή καταθλιπτικό, είναι πιο ζωηρός, δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του, δεν μπορεί να κρίνει σωστά, ενώ γίνεται ευερέσθιτος και επιθετικός.

Εάν η ποσότητα αλκοόλ στο αίμα είναι περίπου 2gr/lit εμφανίζονται και άλλα συμπτώματα, όπως αταξία στο βάδισμα, δυσκολία στον συντονισμό

των κινήσεων, δυσαρθική ομιλία, μείωση της κριτικής ικανότητας, νυσταγμός, ενώ ελαττώνεται και η προσοχή. Αν η ποσότητα αλκοόλ ξεπεράσει το όριο των 3gr/lit το άτομο πέφτει σε κώμα. Θάνατοι από αλκοόλ έχουν αναφερθεί όταν τα επίπεδα αλκοολαιμίας είναι περίπου 400-700mg/lit και οφείλονται στην καταστολή της αναπνοής ή στην εισρόφηση εμετού. (Χ. Ιεροδιακόνου, 1988, σελ. 275-276, Ν. Μάνου, 1997, σελ. 522-524, Ι. Δετοράκης, 1994, σελ. 8).

5.Εθισμός – Εξάρτηση

Χρειάζονται 5-15 χρόνια κατάχρησης αλκοόλ για να εμφανιστούν συμπτώματα εξάρτησης στον χρήστη. Η εξάρτηση ή ο εθισμός εμφανίζεται με δύο τρόπους : την ανεκτικότητα και το στερητικό σύνδρομο. (Π. Χαρτοκόλλης, 1986, σελ. 249-250, Κ. Μάτσα, σελ. 6, Ν. Μάνος, 1997, σελ. 525).

Μετά από χρόνια κατανάλωσης αλκοόλ ο πότης έχει αποκτήσει μεγαλύτερη ανοχή σε σύγκριση με τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ περιστασιακά. Για να επιτύχουν όμως οι μεγάλοι πότες το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή να μεθύσουν, πρέπει να αυξήσουν τα επίπεδα αλκοόλ στο αίμα, με την κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας. Αν όμως συνεχιστεί η κατανάλωση αλκοόλ με τον ίδιο αριθμό οδηγούμαστε στον εθισμό που μειώνει την ανοχή του χρήστη και με μικρή ποσότητα αλκοόλ οδηγείται στην μέθη. (Α. Αποστολόπουλος, 1997, σελ. 30-31, Ι. Δετοράκης, 1994, σελ. 7, Π. Χαρτοκόλλης, 1986, σελ. 250).

Όταν ο χρήστης έχει εθιστεί στο αλκοόλ η διακοπή του προκαλεί σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, εμφανίζονται δηλαδή στερητικά φαινόμενα και γι' αυτό αδυνατεί να απέχει από το αλκοόλ. Ενώ η ηλικία εμφάνισης τους είναι 30-40 χρονών. (Α. Αποστολόπουλος, 1997, σελ. 31, Π. Χαρτοκόλλης, 1986, σελ. 250, Χ. Ιεροδιακόνου, 1988, σελ. 274-275)

Τα πρώτα συμπτώματα του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου είναι : Τρέμουλο στα βλέφαρα, της γλώσσας και των χεριών. Ακόμη ταχυκαρδία, ευερεσθιτότητα, διέγερση, άγχος, αϋπνία, κατάθλιψη, ναυτία, εμετός, κοιλιακό άλγος, διάρροια, κεφαλαλγία, ιδρώτας κ.α. Οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται συνήθως τις πρώτες 48 ώρες αποχής από το αλκοόλ ενώ ορισμένες φορές το άτομο καταλαμβάνεται από επιληπτικές κρίσεις. (Ν. Μάνος, 1997, σελ. 523-524, Π. Χαρτοκόλλης, 1986, σελ. 250, Κ. Μάτσα,χ.χ, 1995, σελ. 13).

Χαρακτηριστικό του στερητικού συμπτώματος αποτελεί η κατανάλωση αλκοόλ το πρωί μετά από «υποχρεωτική» αποχή της νύχτας που προηγήθηκε (Χ. Ιεροδιακόνου, 1988, σελ. 275).

Το κλασικό στερητικό σύμπτωμα είναι το τρεμώδες παραλήρημα. Το σύμπτωμα του είναι τρέμουλο των χεριών, της γλώσσας, έντονες ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, διανοητική σύγχυση, ταχυκαρδία, υπερδιέγερση. Ενώ το κύριο σύμπτωμα είναι το παραλήρημα. Τέλος, μια συχνή επιπλοκή του αλκοολισμού είναι η τάση για αυτοκτονία των αλκοολικών, ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αυτοκτονούν. Ο Καρλ Μενινγκερ θεωρεί τον αλκοολισμό μια χρόνια αυτοκτονία. Το τρεμώδες παραλήρημα εμφανίζεται με την βοήθεια κάποιας ιατρικής κατάστασης όπως πνευμονία, ηπατική ανεπάρκεια γαστρεντερική αιμορραγία, τραύμα της κεφαλής κ.α. (Ν. Μάνος, 1997, σελ. 525, Π. Χαρτοκόλλης, 1988, σελ. 250, Κ. Μάτσα,χ.χ, σελ. 7).

Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι αντίστοιχη με την εξάρτηση από τα άλλα ναρκωτικά και παρουσιάζει τις ίδιες ιδιότητες και τους ίδιους βιοψυχολογικούς δυναμισμούς που παρατηρούνται και εξελίσσονται στις άλλες τοξικομανίες. (Γ. Παπαδημητρίου, 1974, σελ. 1401-1402).

6.Κριτήρια παθολογικού τρόπου χρήσης του αλκοόλ

«Βαριοί πότες» χαρακτηρίζονται τα άτομα που κάνουν συστηματικά χρήση αλκοόλ για χρονικό διάστημα από ένα χρόνο και πάνω, έχουν μεθύσει μια φορά τουλάχιστον και προτιμούν τα ισχυρά οινοπνευματώδη ή τους συνδυασμούς ποτών. Ακόμη κάνουν καθημερινή χρήση αλκοόλ ενώ αδυνατούν να το ελαττώσουν ή να το σταματήσουν. (Χ. Ιεροδιακόνου, 1988, σελ. 270, Πρακτικά Α' Πανελληνίου Συνεδρίου αγωγής υγείας, 1991, σελ 21).

7.Η τάση της κατανάλωσης αλκοόλ στην Ελλάδα

Η Ελλάδα βρίσκεται διεθνώς σε υψηλή θέση ως προς την συνολική κατανάλωση αλκοόλ και παρατηρείται μια τάση για αύξηση της κατανάλωσης την περίοδο 1961-1991. Χαρακτηριστικό αποτελεί η μείωση της κατανάλωσης του παραδοσιακού κρασιού και την αύξηση της κατανάλωσης μύρας. Οι Έλληνες και κυρίως οι νέοι καταναλώνουν ποτά υψηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ όπως ουίσκι, τζιν, βότκα, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος για κύρωση του ήπατος να είναι υψηλότερος. Η αλλαγή αυτή στην κατανάλωση από το παραδοσιακό κρασί στην μύρα οφείλεται στην εισαγωγή ξένων προτύπων. Οι ξένοι τουρίστες που έρχονται στην Ελλάδα επηρεάζουν σημαντικά το είδος των ποτών που θα καταναλώσουν οι Έλληνες. (Ι. Ρόντος, 1996, σελ. 119-126, Κ.Τσαρούχας, 2000, σελ. 118-119).

8.Τα νοθευμένα ποτά

Το αλκοόλ προκαλεί πολλές και σοβαρές βλάβες στον οργανισμό του πότη, όμως θα πρέπει να τονιστούν και οι πρόσθετοι κίνδυνοι που κρύβουν τα νοθευμένα ποτά, τα γνωστά ως «μπόμπες». Έλεγχοι που έγιναν στα νυχτερινά κέντρα της Αθήνας το 1993 έδειξαν ότι το 4,9% των ποτών βρέθηκαν νοθευμένα, ενώ το ποσοστό ανέβηκε στο 10% τους

πρώτους μήνες του 1994. Η νοθεία των ποτών γίνεται με συνθετικό οινόπνευμα που παράγεται από πετρέλαιο, δηλαδή με μεθυλική αλκοόλη ή το γνωστό «ξυλόπνευμα», ουσία η οποία σε μεγάλες ποσότητες μπορεί να βλάψει το οπτικό νεύρο και να προκαλέσει τύφλωση μέχρι και το θάνατο. Ο Σύλλογος Γονέων Πρόληψης Ναρκωτικών διενήργησε έρευνα σε μπαρ της Αττικής και διαπιστώθηκε ότι το 30% των νυχτερινών κέντρων που διασκεδάζουν οι νέοι σέρβιραν νοθευμένα ποτά. Τέλος, το ποτό που κυρίως ήταν νοθευμένο ήταν το ουίσκι. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 116, Μ. Σεφέρου, 1997, σελ. 138).

Γ. Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η εφηβεία είναι μια μεταβατική ηλικία στην οποία το άτομο περνά από τον ανέμελο παιδικό κόσμο στον υπεύθυνο κόσμο των ενηλίκων. Είναι μια περίοδος που θα σφραγίσει την υπόλοιπη ζωή του ατόμου. Λόγω της σπουδαιότητας αλλά και της πολυπλοκότητας αυτής της ηλικίας σε παγκόσμια κλίμακα έχει γίνει αντικείμενο έρευνας από πολλές κοινωνικές επιστήμες. (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 11, Β. Αναστασιάδης, 1993, σελ. 13-14).

1. Χρονολογική οριοθέτηση της εφηβείας

Ο προσδιορισμός των ακριβών χρονολογικών ορίων της εφηβείας παρουσιάζει δυσκολίες γιατί είναι συνάρτηση του φύλλου, των βιολογικών και κοινωνικών συνθηκών αλλά και της ιδιοσυγκρασίας του κάθε ατόμου. Η εφηβεία καλύπτει την δεύτερη δεκαετία ζωής του ατόμου και διαρκεί περίπου 8 χρόνια. Η έναρξη της εφηβείας γίνεται όταν το άτομο είναι ικανό για αναπαραγωγή, ενώ το τέλος της είναι όταν το άτομο μπορεί να αναλάβει τα καθήκοντα ενηλίκου. (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 13-15, Γ. Κρασανάκης, σελ. 19).

Δηλαδή η εφηβεία αρχίζει για τα κορίτσια περίπου στην ηλικία των 11 χρόνων, ενώ για τα αγόρια περίπου στην ηλικία των 13 χρόνων.

Η εφηβική ηλικία διακρίνεται σε 3 φάσεις :

1. Στην προεφηβική ηλικία (11-13 για τα κορίτσια και 13 έως 15 για τα αγόρια)
2. Στην κυρίως εφηβεία (14 έως 17 για τα κορίτσια και 16 έως 18 για τα αγόρια)
3. Στην μετεφηβική ηλικία (18-20 για τα κορίτσια και 19-21 για τα αγόρια)

(Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 15-16, Β. Αναστασιάδης, 1993, σελ. 14- 19).

2. Τα γενικά χαρακτηριστικά της εφηβείας

2.1.Οι βιολογικές αλλαγές της εφηβικής ηλικίας

Το βασικό αναπτυξιακό χαρακτηριστικό της εφηβείας είναι η γρήγορη ανάπτυξη των οργάνων του σώματος και κυρίως των γεννητικών.

Κατά την εφηβική ηλικία παρατηρείται ραγδαία αύξηση των διαστάσεων του σώματος δηλαδή του ύψους και του βάρους των χεριών και των ποδιών. Τα χαρακτηριστικά του προσώπου χάνουν την στρογγυλότητα τους, ακόμη εμφανίζεται τριχοφυία σε διάφορα μέρη του σώματος και το φαινόμενο της ακμής, ενώ αλλαγές παρατηρούνται και στην φωνή. Επιπλέον, παρατηρείται αστάθεια στην πίεση, στους σφυγμούς και τη θερμοκρασία.

Τα αγόρια και τα κορίτσια στην εφηβεία εμφανίζουν σημαντικές διαφορές στο σώμα τους. Τα στήθη του αγοριού είναι υποτυπώδη, ενώ του κοριτσιού είναι διογκωμένα. Το αγόρι έχει στενή λεκάνη και φαρδείς ώμους ενώ τα κορίτσια στενούς ώμους και φαρδιά λεκάνη. Οι μυς και τα κοκάλια είναι πιο γερά στα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια. (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 50-56, Β. Λιντεκε, σελ. 100, W. Kopp, χ.χ, σελ. 38-41, Π. Κυριακίδης, 2000, σελ. 134, Α. Κοσμόπουλος, 1985, σελ. 37-38).

Σημαντική ανάπτυξη γίνεται και στα γεννητικά όργανα. Τα γεννητικά όργανα στα αγόρια και στα κορίτσια υπάρχουν από την γέννηση τους σε μικρό μέγεθος και αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό με την έναρξη της εφηβείας. Τα αναπαραγωγικά κύτταρα ωριμάζουν, το ωάριο στα κορίτσια όπου έχουμε την πρώτη έμμηνο ρύση, ενώ η αιμορραγία διαρκεί 4 ως 5 ημέρες και έτσι αρχίζει και διαμορφώνεται ο περιοδικός κύκλος.

Στα αγόρια ωριμάζουν τα σπερματοζώαρια και το σπέρμα εκχύνεται έξω από το σώμα με την εκσπερμάτωση. Η πρώτη εκσπερμάτωση συνήθως γίνεται στον ύπνο, είναι η γνωστή ονειρώξη. Τα γεννητικά όργανα στα αγόρια αναπτύσσονται με γρηγορότερους ρυθμούς σε σύγκριση από τα κορίτσια. (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 82-86, Α. Κοσμόπουλος, 1985, σελ. 38).

Και στα δύο φύλα η αλλαγή της μορφής του σώματος προκαλεί αναστάτωση και ταραχή γι' αυτό είναι πολύ χρήσιμο να ενημερωθούν οι έφηβοι ώστε να είναι προετοιμασμένοι γι' αυτές τις αλλαγές. (Ν. Παπαδόπουλος, 1992, σελ. 97, Α. Κοσμόπουλος, 1985, σελ. 41-42).

2.2.Οι ψυχικές αλλαγές της εφηβείας

Η εφηβεία είναι η ηλικία που πραγματοποιούνται αλλαγές και αναδόμηση της προσωπικότητας του ατόμου και κατ' επέκταση γίνονται και ψυχικές αλλαγές.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις που παρατηρούνται στους εφήβους είναι :

- Τάση για απομόνωση
- Αποφυγή της εργασίας
- Δυσκολία στον συντονισμό κινήσεων
- Ανία, πλήξη, νευρικότητα-ανησυχία
- Ευαισθησία
- Αντιδραστικότητα-εχθρική στάση προς τους άλλους
- Αντιδραστική-ανταγωνιστική στάση προς το άλλο φύλο
- Αντίθεση προς κάθε είδους εξουσίας
- Συνεχή ενασχόληση με θέματα αναφορικά για το σεξ
- Υπερβολική αιδημοσύνη
- Μειωμένη πεποίθηση για τον εαυτό τους
- Ονειροπόληση (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 173-175)

Το κύριο πρόβλημα στην εφηβεία είναι η απόκτηση της ταυτότητας του εγώ, δηλαδή ο έφηβος ψάχνει για απάντηση στην ερώτηση : Ποίος είμαι, αλλά και στον ρόλο που θα αναλάβει μέσα στην κοινωνία. Ο έφηβος πρέπει να κάνει επιλογές και για να προσπαθήσει να τις επιτύχει κάνει σημαντικές προσπάθειες γι' αυτές τις επιδιώξεις. Όταν όμως, ο έφηβος δεν διαμορφώσει μια σαφή εικόνα για τον εαυτό του τότε έχουμε «σύγχυση ρόλων», γεγονός που θεωρείται ως η βασική αιτία για την διαταραχή της προσωπικότητας των εφήβων.

Η ταυτότητα του εγώ των εφήβων μπορεί να τροποποιηθεί με την πάροδο της ηλικίας, γιατί αποκτά νέες εμπειρίες και γνωρίζει καινούργιους ρόλους. (Ν. Παπαδόπουλος, 1993, σελ. 97, Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 143-173).

Η πρώτη αλλαγή του εφήβου προς το κοινωνικό περιβάλλον είναι η απόκτηση του πρώτου στενού και εγκάρδιου φίλου. (Ν. Παπαδόπουλος, 1993, σελ. 95).

2.3.Αλλαγές στις νοητικές ικανότητες των εφήβων

Λέγοντας νοημοσύνη εννοούμε την δυνατότητα του μυαλού να λύνει τα προβλήματα και να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες (Α. Κοσμόπουλος, 1985, σελ. 38).

Οι νοητικές ικανότητες όπως συμβαίνει και τα άλλα χαρακτηριστικά του ανθρώπου, με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζουν βελτίωση και ανάπτυξη. (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 144).

Κατά τον Piaget η νοημοσύνη φτάνει στον έφηβο με την μορφή της αφηρημένης ή της τυπικής σκέψης. Η εφηβική νοημοσύνη εμφανίζει ανάπτυξη του κριτικού πνεύματος, της φαντασίας, αλλά και την γνώση του εσωτερικού κόσμου και στο στοχασμό των μεγάλων προβλημάτων του ανθρώπου. (Α. Κοσμόπουλος, 1985, σελ. 38, Β. Αναστασιάδης, 1993, σελ. 16-17).

Τέλος στην εφηβεία παρατηρείται διαφοροποίηση στην νοημοσύνη ανάλογα με τις κλίσεις, τα ενδιαφέροντα και τις επαγγελματικές προοπτικές. (Ν. Παπαδόπουλος, 1993, σελ. 100).

3. Τα βασικά προβλήματα της εφηβείας

3.1.Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους

Στην εφηβική ηλικία είναι απαραίτητες οι στενές ανθρώπινες σχέσεις, που τις αναζητούν στις παρέες των φίλων τους, μακριά από την οικογένεια τους. (Π. Κυριακίδης, 2000, σελ. 138).

Η επιλογή των φίλων δεν βασίζεται σε τυχαία γεγονότα αλλά στην αμοιβαία έλξη, στα κοινά ενδιαφέροντα ή ακόμη και στις αντιθέσεις. Οι παρέες των φίλων είναι κοινωνικές ομάδες που τα μέλη του συζητούν για θέματα κοινού ενδιαφέροντος όπως η αναζήτηση αυτονομίας, η αντιμετώπιση της σεξουαλικότητας κ.α., γι' αυτό το λόγο οι συνομήλικοι παίζουν σημαντικό ρόλο στην ζωή των εφήβων, ενώ μέσα από τις παρέες των φίλων αρχίζουν και ανεξαρτητοποιούνται (Β.Σατίρ, 1989, σελ. 366. J. Head, 2000, σελ. 54, Π. Κυριακίδης, 2000, σελ. 138, Α. Κοσμόπουλος, 1985, σελ. 50-51, W.Kopp, χ.χ, σελ. 156-158).

Τα χαρακτηριστικά της εφηβικής φιλίας είναι :

- Η ύπαρξη έντονης συμπάθειας μεταξύ των εφήβων και παρατηρείται η τάση για απόλυτη ταύτιση.
- Η προσπάθεια του νέου να φτάσει το απόλυτο και το τέλειο, θέλει να εκφράσει την μοναξιά που ζει και την επιθυμία του για συντροφικότητα. (Α. Κοσμόπουλος, 1985, σελ. 51).

Στην αρχή της εφηβείας οι ομάδες είναι κυρίως ομόφυλες ενώ αργότερα οι ομάδες μεγαλώνουν και περιλαμβάνουν αγόρια και κορίτσια. Μέσα από τις παρέες ο έφηβος αποκτά έντονη αυτοπεποίθηση

που συμβάλει στην οικοδόμηση ολοκληρωμένης προσωπικότητας. (J. Head, 2000, σελ. 54-55).

Οι ομάδες των συνομήλικων διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ζωή των εφήβων γι' αυτό ορισμένοι έφηβοι προκειμένου να μην απορριφθούν συμπεριφέρονται όπως θέλει η ομάδα, όμως αυτό μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο σε αντικοινωνική συμπεριφορά. (Α. Κοσμόπουλος, 1985, σελ. 52, Π. Κυριακίδης, 2000, σελ. 138, J. Head, 2000, σελ. 55).

Η επιρροή που ασκούν οι συνομήλικοι έχει αρνητικά στοιχεία αλλά έχει και δύο πολύ σημαντικές επιδράσεις :• Οι έφηβοι έχουν την δυνατότητα να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες αλλά και να κατανοήσουν τους συνομήλικους τους και • ακόμη μπορούν να αναγνωρίσουν τα ατομικά τους προσόντα. (J. Head, 2000, σελ. 57).

3.2. Η σεξουαλική συμπεριφορά

Κατά την εφηβεία εμφανίζεται η επιθυμία της αναζήτησης του αντίθετου φύλου γεγονός που (τον) προετοιμάζει για την ενήλικη ζωή. (Π. Κυριακίδης, 2000, σελ. 139, Α. Κοσμόπουλος, 1985, σελ. 53).

Στην αρχή ο έφηβος αγαπά γενικά και ακαθόριστα, αισθάνεται έντονα την ανάγκη για αγάπη. Στη συνέχεια παρατηρεί τα «πνευματικά» στοιχεία του σώματος του ατόμου που το ενδιαφέρει : τα μάτια, τις εκφράσεις, τις κινήσεις κ.α. Ενώ αργότερα θα επικεντρωθεί στο σώμα και θα ελκυστεί ο έφηβος από αυτό. Μετά τα 16 χρόνια παύει ο «αγγελικός» έρωτας και παίρνει την ίδια μορφή με τους ενήλικες. (Α. Κοσμόπουλος, 1985, σελ. 53).

Ενώ τα κορίτσια μπαίνουν στην εφηβεία περίπου 2 χρόνια νωρίτερα από τα αγόρια, έχουν λανθάνουσα σεξουαλικότητα ενώ τα αγόρια είναι ώριμα σεξουαλικά. Τα κορίτσια προσπαθούν να ελκύσουν τα αγόρια με διάφορα τεχνάσματα, ενώ τα αγόρια προσπαθούν να επιβάλουν τον ανδρισμό τους. Γενικά η είσοδος της σεξουαλικότητας στα αγόρια είναι

απότομη, ενώ στα κορίτσια πραγματοποιείται με αργούς ρυθμούς. (Α. Κοσμάπουλος, 1985, σελ. 53-54, J. Head, 2000, σελ. 103).

Η σεξουαλικότητα είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα για τους εφήβους για το οποίο όμως πρέπει να ενημερωθούν. Οι Moore και Rosenthal έκαναν έρευνες για το συγκεκριμένο θέμα και διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι ενημερώνονται για το σεξ από τους συνομήλικούς τους, ενώ οι γονείς έχουν ελάχιστο ρόλο στην εκπαίδευση των παιδιών τους για την σεξουαλικότητα. Υπάρχει μεγάλη δυσκολία για την ενημέρωση, γιατί οι γονείς δεν μπορούν να κατανοήσουν τους εφήβους για προβλήματα σχετικά με το σεξ, αλλά και οι ίδιοι οι έφηβοι δυσκολεύονται να εκφράσουν τις απορίες τους στους γονείς τους. (J. Head, 2000, σελ. 1140-1150).

Οι γονείς και κυρίως η μητέρα είναι αυτή που θα ενημερώσει το παιδί για τις αλλαγές που θα γίνουν στην διάρκεια της εφηβείας και θα καταλάβει ευκολότερα το αντίθετο φύλο και θα αναλάβει με ομαλό τρόπο το γενετήσιο και ερωτικό ρόλο. (Ν. Παπαδόπουλος, 1993, σελ. 95, Μ. Χουρδάκη, 1992, σελ. 174).

3.3.Η επιλογή επαγγέλματος

Σύμφωνα με τον Freud η ευτυχία προέρχεται από τον έρωτα και την εργασία.

Η απόφαση που παίρνει ο έφηβος για το επάγγελμα που θα ακολουθήσει είναι η πιο σημαντική. Η επιλογή αυτή θα γίνει αποκλειστικά από τον έφηβο, αλλά βέβαια θα δεχτεί και συμβουλές από τους γονείς του, αφού η επίδραση των συνομηλίκων σε αυτό το θέμα είναι περιορισμένη. (J. Head, 2000, σελ. 111-120, W. Kopp, χ.χ, σελ. 209).

Η επιλογή του επαγγέλματος θα γίνει με βάση τα ενδιαφέροντα, τις ικανότητες, τις δεξιότητες, τις κλίσεις και το ταλέντο του κάθε εφήβου. Ακόμη σημαντικός παράγοντας για την όρθη εκλογή είναι η όσο το

δυνατό πληρέστερη γνώση των επαγγελμάτων αλλά και του ίδιου του, του εαυτού Κάτι το οποίο είναι πολύ δύσκολο αφού υπάρχει ρευστότητα στον χαρακτήρα του εφήβου, αλλά και δεν μπορεί να γνωρίζει το αντικείμενο όλων των επαγγελμάτων αφού υπάρχουν πάνω από 20000 με επίσημες έρευνες (W. Kopp, χ.χ, σελ. 207-213, J. Head, 2000, σελ. 120, Ν. Παπαδόπουλος, 1993, σελ. 102-103, Α. Κοσμοπούλου, 1985, σελ. 41,).

Η επιλογή του σωστού επαγγέλματος χαρίζει στο άτομο από ψυχολογικής πλευράς : ισορροπία αφού αποφεύγονται οι συγκρούσεις, η ένταση και η κόπωση αλλά του δίνει και ένα αίσθημα εφορίας απ' την ικανοποίηση που παίρνει από την εργασία του και την κοινωνική αποδοχή. (Α. Κοσμοπούλου, 1985, σελ. 49).

4. Το οικογενειακό περιβάλλον των εφήβων

Οι γονείς δεν πρέπει να πανικοβάλλονται με τις μεταβολές που παρατηρούν στα παιδιά τους κατά την διάρκεια της εφηβείας. (Β. Αναστασιάδης, 1993, σελ. 20).

Χαρακτηριστικός είναι ο αγώνας που κάνουν οι έφηβοι για να ανεξαρτητοποιηθούν από τις οικογένειες τους και γι' αυτό το λόγο οι σχέσεις του εφήβου με τους γονείς είναι τεταμένες και γενικά η οικογένεια βρίσκεται σε μια περίοδο κρίσης. (Π. Κυριακίδης, 2000, σελ. 134, Η. Martin, 1994, σελ. 150, J. Head, 2000, σελ. 52).

Τα κυριότερα ζητήματα που γίνονται αντικείμενο συγκρούσεων ανάμεσα στους εφήβους και στους γονείς τους είναι :

- Οι αρνητικές φαντασιώσεις των γονέων ότι οι έφηβοι κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών, ποτών και βίας.
- Διαφωνίες σχετικά με το θέμα της ώρας επιστροφής στο σπίτι, ιδίως τις νυχτερινές ώρες.

- Στην επιλογή των φίλων τους.
- Στα έξοδα.
- Το χτένισμα, τα ρούχα που φοράει.
- Τον τρόπο διασκέδασης του κ.α.
- Στην επιθυμία των εφήβων να τους φέρονται σαν ενήλικες, όμως ούτε ενήλικες είναι αλλά ούτε και παιδιά, αφού υπάρχει σημαντική διαφορά στην σωματική τους ανάπτυξη και την κοινωνική τους ωριμότητα. (N. Τσιλιχρήστος, 1991, σελ. 29, N. Παπαδόπουλος, 1993, σελ. 97, H. Martin, 1994, σελ. 89, Π. Κυριακίδης, 2000, σελ. 136-137, Β. Σατίρ, 1989, σελ. 357-358).

Η ένταση στην οικογένεια μπορεί να προληφθεί ή και να μειωθεί όταν οι σχέσεις είναι βασισμένες στην αγάπη, την κατανόηση και την εμπιστοσύνη, η οποία όμως πρέπει να υπάρχει με μέτρο. (W. Kopp, χ.χ, σελ. 163, N. Παπαδόπουλος, 1993, σελ. 98).

Ο διάλογος σε αυτές τις περιπτώσεις είναι χρήσιμος γιατί οι συνδιαλεγόμενοι είναι ισότιμοι, μπορούν να κάνουν αμοιβαίες υποχωρήσεις και τελικά να δημιουργηθεί μια γερή σχέση. (H. Martin, 1994, σελ. 90-91, J. Head, 2000, σελ. 20, Β. Σατίρ, 1989, σελ. 361-362).

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι οι περισσότεροι γονείς που έχουν παιδιά στην εφηβεία διανύουν την μέση ή ώριμη ηλικία, είναι δηλαδή 40-55 χρόνων, μια περίοδο που πραγματοποιούνται σημαντικές αλλαγές και υπάρχουν πολλά προβλήματα

Πολλοί γονείς μαζί με τα παιδιά τους διανύουν και οι ίδιοι την εφηβεία αν δεν την είχαν ολοκληρώσει. Σε αυτή την περίπτωση οι γονείς δεν γνωρίζουν πώς να χειριστούν την κατάσταση, αφού δεν αισθάνονται «σοφοί αρχηγούς». Δεν πρέπει να υποκρίνονται ότι μπορούν να χειριστούν την κατάσταση, αλλά να συζητήσουν με τους έφηβους τις ανησυχίες τους και να συνεργαστούν για να λάβουν τις σωστές αποφάσεις. (Β. Σατίρ, 1989, σελ. 362).

5. Χαρακτηριστικά που οδηγούνται στην χρήση αλκοόλ

Σύμφωνα με την Ματσάκα Ιωάννα, «η χρήση ουσιών όπως το αλκοόλ συμπίπτει με την χρονολογική ηλικία έναρξης των υπόλοιπων προβλημάτων της εφηβείας» (Ι. Ματσάκα, χ.χ, σελ. 3).

Η Ματσάκα προσδιόρισε τα κυριότερα χαρακτηριστικά των εφήβων που έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ και είναι τα ακόλουθα :

- Οι άσχημες ενδοοικογενειακές σχέσεις. Οι έφηβοι στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν την έλλειψη κατανόησης και διαλόγου μέσα στην οικογένεια οδηγούνται στην χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Ακόμη όταν υπάρχουν συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια, οι γονείς αδυνατούν να λάβουν τα μηνύματα των εφήβων.
- Αλκοολισμός στην οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον. Όταν μέσα στην οικογένεια υπάρχει ένα άτομο που είναι αλκοολικός θα χρησιμοποιηθεί από τον έφηβο ως αρνητικό πρότυπο και υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες για κατάχρηση αλκοόλ.
- Χαμηλές ακαδημαϊκές φιλοδοξίες και σχολική απόδοση.
- Φίλοι, παρέες συνομηλίκων στις οποίες είναι αποδεκτή η χρήση αλκοόλ. Ο έφηβος έχει έντονη την επιθυμία να ενσωματωθεί σε μια ομάδα συνομηλίκων, αυτό όμως εγκυμονεί κινδύνους όταν η ομάδα κάνει κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, γιατί είναι πιθανό ο έφηβος να υιοθετήσει αυτή την συμπεριφορά.
- Τα στοιχεία της προσωπικότητας των εφήβων. Οι έφηβοι έχουν την τάση να πειραματίζονται για να αποκτήσουν καινούργιες εμπειρίες, επιθυμούν να δοκιμάζουν το άγνωστο, όπως το αλκοόλ. Ακόμη, δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα, δεν έχουν στόχους και ιδανικά, έχουν ένα εσωτερικό κενό που θα το καλύψει η

χρήση αλκοόλ. (Α. Κωλέττα, Ε. Μπλάτσιου, 1994, σελ. 16, Ι. Ματσάκα, χ.χ, σελ. 3-4).

Δ. ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Η χρήση και κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών είναι ένα φαινόμενο πολυαιτιολογικής προέλευσης και καθορίζεται από την αλληλεπίδραση ποικίλων παραγόντων.

Τα αίτια αυτά είναι :

1. Βιολογικά – Γενετικά αίτια

Πολλές ήταν οι προσπάθειες που έγιναν για τον εντοπισμό των βιολογικών αιτιών του αλκοολισμού, οι οποίες όμως απέβησαν άκαρπες και γι' αυτό εγκαταλείφθηκαν γρήγορα.

Στα μέσα της δεκαετίας του '40 μερικοί επιστήμονες υποστήριζαν πως οι αλκοολικοί παρουσιάζουν έναν «αλλεργικό παράγοντα» στον οργανισμό τους που είναι υπεύθυνος για την εξάρτησή τους από το αλκοόλ. Η θεωρία όμως αυτή κατέρρευσε σύντομα λόγω παντελούς έλλειψης στοιχείων.

Η θεωρία της κληρονομικότητας του αλκοολισμού, υποστηρίζεται από έρευνες που έχουν γίνει στην Β. Αμερική. Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι το ποσοστό αλκοολισμού ήταν μεγαλύτερο σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, σε σχέση με υιοθετημένα παιδιά που ο πατέρας δεν ήταν αλκοολικός.

Επίσης, έρευνα που έχει γίνει σε περιπτώσεις διδύμων, έδειξε ότι η γενετική επίδραση μπορεί να είναι της τάξης του 40-60% για την γενετική προδιάθεση στον αλκοολισμό.

Οι έρευνες αυτές οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η προδιάθεση για σοβαρές μορφές αλκοολισμού έχει γενετική βάση. Γι' αυτό οι βιολογικοί – γενετικοί παράγοντες παίζουν σπουδαίο ρόλο στην

αιτιολογία της κατανάλωσης αλκοόλ. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 58-59, Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 89-91).

2. Κοινωνικά αίτια

Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη κοινωνία, είναι τέτοιος, που μπορεί να οδηγήσει έναν αριθμό ατόμων και κυρίως των νέων στην χρήση αλκοολούχων ποτών.

Η δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ είναι πολύ εύκολη λόγω του χαμηλού κόστους, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Αυτές οι κοινωνικές διαστάσεις διατηρούν και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνουν την κατανάλωση ή και την κατάχρηση αυτής της ουσίας. Επίσης συχνό είναι το γεγονός ότι πολλά άτομα, κυρίως έφηβοι κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από «κοινωνική πίεση».

Η επίδραση των συνομήλικων παίζει σημαντικό ρόλο στην έναρξη της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών. Η παρέα και ιδιαίτερα οι στενοί φίλοι που καταναλώνουν αλκοόλ καθώς και η στάση τους απέναντι σ' αυτό συνιστούν καθοριστικούς παράγοντες για την έναρξη του. Ο έφηβος από φόβο να μην απορριφθεί και απομονωθεί από την ομάδα του ως διαφορετικός, αναγκάζεται και αυτός να κάνει κατανάλωση αλκοόλης. Επίσης δεν θέλει να θεωρηθεί «ανώριμος» και «απροσάρμοστος» όσον αφορά τους κανόνες της ομαδικής συμπεριφοράς και ακατάλληλος για παρέα. Ακόμα, οι έφηβοι κάνουν χρήση οινοπνεύματος για να τραβήξουν την προσοχή του αντίθετου φύλου. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 55-56, Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 369, Β. Αναστασιάδης, 1993, σελ. 187, Ε. Παπαγεωργίου, 1989, σελ. 61).

Τα Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα η διαφήμιση, η οποία προβάλλει στερεότυπα, φαίνεται να συμβάλλει ουσιαστικά στην αύξηση κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών. Η τηλεόραση αποτελεί πια ένα σημαντικό παράγοντα κοινωνικοποίησης του ατόμου μέσα από το οποίο

αναπαράγονται τρόποι ζωής, προωθούνται και μεταβιβάζονται έντεχνα αξίες και είδωλα.

Οι στερεότυποι χαρακτήρες που προβάλλονται στην τηλεόραση κάνουν τον έφηβο τηλεθεατή να σκέφτεται πως όλα τα μέλη μιας ομάδας θα πρέπει να έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με εκείνα τα πρόσωπα των διαφημίσεων, ενώ παράλληλα παρουσιάζει τις καταστάσεις όχι όπως ακριβώς είναι, αλλά όπως η κυρίαρχη ιδεολογία θα ήθελε να είναι.

Έτσι, μπορεί να δείχνει ανθρώπους ευτυχισμένους και χαρούμενους να απολαμβάνουν με την συντροφιά τους κάποιο οινοπνευματώδες ποτό. Και επειδή οι έφηβοι μιμούνται συχνά, θεωρούν πως ότι παρουσιάζεται σε ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα πρέπει να θεωρείται αυτόματα και κοινωνικά αποδεκτό. (Δ. Στασινού, 1988, σελ. 54-57, Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 56).

Τέλος, οι δυσκολίες στις ανθρώπινες σχέσεις και το άγχος της καθημερινότητας, έχουν σαν αποτέλεσμα την καταφυγή μερικών ατόμων στην χρήση αλκοόλ. Επίσης, ο τρόπος ζωής και το επάγγελμα θεωρούνται παράγοντες αύξησης της κατανάλωσης αλκοόλ. Όσον αφορά την ψυχαγωγία – διασκέδαση, η συνηθισμένη πλέον έκφραση «να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό» τα λει ολα. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 56-57).

3. Οικογενειακά αίτια

Η οικογένεια και η δομή της είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας επίδρασης της συμπεριφοράς των νέων απέναντι στο αλκοόλ.

Η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια, η αντικοινωνική συμπεριφορά των γονιών και η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση συνδέονται με την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς στα παιδιά, στα πλαίσια της οποίας εμφανίζεται και η χρήση του αλκοόλ. Αντίθετα, σωστές διαπροσωπικές σχέσεις και σταθερότητα στους συναισθηματικούς

δεσμούς με την οικογένεια προστατεύουν τον έφηβο από την κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.

Η οικογένεια, επιδρά στην χρήση ουσιών και μέσω των προτύπων που προσφέρει στον έφηβο. Δηλαδή οι έφηβοι που πίνουν οινοπνευματώδη έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό γονείς που πίνουν ή έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας και αλκοολισμού. (Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 368-369).

Ένας έφηβος που για οποιοδήποτε λόγο έχει μειωμένη αυτοπεποίθηση και συνεχώς βλέπει το παράδειγμα του/της μεγαλύτερου/ης αδερφού/ης του, που δοκιμάζει τα πάντα, πίνει πολύ και όλοι τον/την θαυμάζουν, είναι πολύ πιθανό να αποκτήσει και ο ίδιος την προδιάθεση να πίνει. (Μ. Herbert, 1994, σελ. 175).

Τέλος, όπως πολύ σωστά υποστηρίζουν οι Νηλ και Ντράικορς δεν υπάρχουν «προβληματικά» παιδιά παρά μόνο «προβληματικές» οικογένειες οι οποίες δεν αντέχουν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ζωής, με αποτέλεσμα τα παιδιά τους να καταφεύγουν στην χρήση αλκοόλ. (Β. Αναστασιάδης, 1993, σελ. 188).

4. Ψυχολογικά αίτια

Με τον όρο ψυχολογικά αίτια εννοούμε το σύνολο των κινήτρων που ωθούν ορισμένα άτομα στην χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

Άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες προσαρμογής του περιβάλλοντος, μοναξιά, στρες, άγχος, ανασφάλεια, κατάθλιψη, χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, αναζητούν στο αλκοόλ την ανακούφιση από αυτά τα συναισθήματα.

Οι άνθρωποι που πίνουν είναι πιο ευαίσθητοι, δυσκολεύονται να μιλήσουν και τους ενοχλεί το άγχος τους. Το οινόπνευμα τους βοηθάει να μην νιώθουν πια ντροπαλοί, να νιώθουν πιο δυνατοί και σίγουροι για τον εαυτό τους, λιγότερο αγχώδεις. Τους προσφέρει μια απόδραση από την δυσάρεστη πραγματικότητα, δημιουργεί κέφι και διευκολύνει τις

κοινωνικές σχέσεις, δηλαδή προσφέρει στιγμές ανακούφισης από την στεναχώρια και την δυστυχία.

Πολλοί πίνουν από μιμητισμό για να ενταχθούν σε κάποια κοινωνική ομάδα. Οι έφηβοι συνήθως πίνουν γιατί πιέζονται στο σχολείο, έχουν άσχημες σχέσεις με τους γονείς τους ή δεν έχουν καθόλου σχέσεις με τους συνομήλικούς τους. (M. Herbert, 1994, σελ. 173-175, Φ. Ντόλτο, 1997, σελ. 112).

Ο έφηβος αντιδρά με συναισθήματα δυσπιστίας, απόρριψης, εχθρικότητας και οργής. Τα συναισθήματα αυτά εκδηλώνονται στο σχολείο, όπου ο νέος γίνεται «πρόβλημα», αντικοινωνικός και ανταγωνιστικός προς τους εκπαιδευτικούς και τους συμμαθητές του, ενώ στην πραγματικότητα λαχταρά αγάπη, προσοχή και κατανόηση.

Έτσι αισθανόμενοι αποξενωμένοι και μόνοι οι έφηβοι στρέφονται στο ποτό, με σκοπό να καθησυχάσουν τους φόβους τους, να περιορίσουν τα συναισθήματα απογοήτευσης, οργής και ενοχής που αισθάνονται, να βρουν την γαλήνη, τη χαρά και την ευτυχία. Το αλκοόλ βοηθάει στο να ανακουφιστούν οι νέοι από αυτά τα συναισθήματα και να τα κάνει πιο υποφερτά. (Α. Δοξιάδη, 1985, σελ. 198, Β. Αναστασιάδης, 1993, σελ. 190).

Τέλος, οι έφηβοι πίνουν για να αισθανθούν ενήλικες καθώς και για επίδειξη αρρενωπότητας.

5. Πολιτισμικά αίτια

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η ποσότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, το επάγγελμα και την χώρα που ζει το άτομο.

Υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς λόγους (π.χ. Μουσουλμάνοι) απαγορεύουν την χρήση αλκοόλ. Είναι φυσικό ότι σε

τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού.

Σύμφωνα με τον Snyder (1958), οι Εβραίοι αποτελούν παράδειγμα «ελεγχόμενης χρήσης» του αλκοόλ, όπου τα παιδιά μπορούν να πίνουν μέσα στην οικογένεια με τρόπο κοινωνικά αποδεκτό, ενώ η μέθη ή κατάχρηση του αλκοόλ απαγορεύεται. Μ' αυτόν τον τρόπο η πιθανότητα παθολογικής χρήσης ελαττώνεται.

Αντίθετα, στην Ελλάδα που το ποτό είναι ένα κοινωνικά αποδεκτό φαινόμενο, υπάρχουν μεγάλα ποσοστά αλκοολισμού ανεξάρτητα από το φύλο και την ηλικία. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 57, Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 121-122).

6. Θεωρίες αιτιών του αλκοολισμού

Πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να βρουν σημεία της κοινωνίας τα οποία θα μπορούσαν να συνδεθούν με το φαινόμενο του αλκοολισμού.

Οι σημαντικότερες από αυτές τις φαινομενολογικές κοινωνικές υποθέσεις για τα αίτια του αλκοολισμού είναι οι ακόλουθες :

A. Horton και θεωρία του άγχους

Ο Horton στην προσπάθειά του να βρει μια απάντηση για την ανάγκη κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών, σε διάφορους πολιτισμούς, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι κοινό χαρακτηριστικό αυτής της συμπεριφοράς ήταν η προσπάθεια για μείωση του άγχους, το οποίο είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής που επικρατεί σε ένα δεδομένο κοινωνικοοικονομικό σύστημα.

Το ασθενές σημείο της έρευνας του Horton είναι ότι μετρήθηκαν μόνο οι παράμετροι «κοινωνικό-οικονομικό» σύστημα και «αλκοολική συμπεριφορά».

Γενικά όμως, η παρατήρηση για την ανάγκη μείωσης του άγχους, του οφειλόμενου σε παθολογικές κοινωνικές δομές, αποτελεί ένα αρκετά ενδιαφέρον κοινωνιολογικό στοιχείο.

B. Field (1962) και η υπόθεση της κοινωνικής οργάνωσης

Ο Field ασχολήθηκε με τα αποτελέσματα της θεωρίας του Horton και δημιούργησε την «τροπολογία της θεωρίας του Horton», κατά την οποία η ανάγκη για κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών εμφανίζεται κυρίως σε πολιτισμούς με ασθενή πολιτική οργάνωση, με έλλειψη ιεραρχίας και γενικότερα χαλαρής κοινωνικής δομής.

Υποστήριξε ότι οι σταθερά δοκιμασμένες κοινωνίες που έχουν ισχυρή κοινωνική δομή έχουν την δυνατότητα ελέγχου της αλκοολικής συμπεριφοράς σε μεγαλύτερο βαθμό από εκείνες που στερούνται τέτοια δομή. Επίσης υποστήριξε ότι οι καλά οργανωμένες κοινωνίες έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα για μια «εκπαιδευτική κοινωνικοποίηση» του ατόμου μέσα στα κοινωνικά τους πλαίσια.

Και αυτή όμως η θεωρία παρουσιάζει ένα ερώτημα του είδους της οργάνωσης μιας κοινωνίας για την οποία οπωσδήποτε δεν επαρκούν μόνο τα τυχόν νομοθετικά πλαίσια, αλλά ή όλη ιστορική οργανωτική ανάπτυξη της κοινωνίας αυτής με τα «πατροπαράδοτα» ήθη και έθιμα της.

Γ. Η συμβολική λειτουργία του αλκοόλ

Η συμβολική λειτουργία του αλκοόλ, μέσα στα πλαίσια μιας δεδομένης κοινωνίας, αποτελεί ένα κοινό χαρακτηριστικό που οδήγησε σε διάφορες θεωρίες σχετικά με την χρήση οινοπνεύματος στις κοινωνίες αυτές (Klausner).

Το ερώτημα που απασχόλησε τους ερευνητές ήταν αν και κατά πόσο η χρήση οινοπνευματωδών ποτών συνεισφέρει στην ανάπτυξη ενός

αισθήματος αλληλεγγύης (π.χ. συμπόσια) ή έχει αντικατασταθεί στις μέρες μας από άλλες ανάγκες της καθημερινής ζωής (π.χ. κοινωνικές εκδηλώσεις).

Γεγονός είναι όμως ότι η συνήθεια κατανάλωσης αλκοόλης διαφέρει στις διάφορες κοινωνικές τάξεις καθώς και των μελών διαφόρων κοινωνικών ομάδων.

Δ. Boyatzic(1976) και η υπόθεση της αδυναμίας

Η θεωρία αυτή σχετίζεται με την χρήση οινοπνευματωδών ποτών και συνδέεται με τις θεωρίες των Horton και Field.

Υποστηρίζει ότι η κατάχρηση οινοπνεύματος γίνεται κυρίως σε κοινωνίες όπου συναντάμε μεγάλη κοινωνικοοικονομική αβεβαιότητα.

Η διαφορά με τις θεωρίες των Horton και Field είναι ότι εδώ η χρήση του αλκοόλ γίνεται όχι τόσο για περιορισμό του αισθήματος του άγχους, όσο για την προσπάθεια απόκτησης ενός αισθήματος σιγουριάς δύναμης και ξεπεράσματος της αίσθησης της αδυναμίας και αβεβαιότητας που πηγάζουν από την γενικότερη κοινωνικοοικονομική αστάθεια.

Σε τέτοιου είδους διαφοροποιημένες κοινωνίες, παρουσιάζεται μια ανασφάλεια όσον αφορά την ατομική κοινωνική τοποθέτηση που ξεπερνιέται με την «δύναμη» που αντλεί ο αλκοολικός από την κατάχρηση οινοπνεύματος.

Ε. Bacon (1965-1976), Barry (1976) και η υπόθεση του προβλήματος εξάρτησης στην παιδική ηλικία

Σύμφωνα με αυτήν την θεωρία, η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών οφείλεται σε ένα λανθασμένο σύστημα διαπαιδαγώγησης του παιδιού στα χρόνια της ανάπτυξης του χαρακτήρα του.

Η υπερβολική προστασία των γονέων (εξάρτηση) από την μια μεριά και η εγκατάλειψη (απόρριψη) από την άλλη, θεωρείται ότι είναι τα κύρια χαρακτηριστικά διαπαιδαγώγησης του μελλοντικού αλκοολικού.

Η ακραία αυτή συμπεριφορά δημιουργεί τραυματικές εμπειρίες στο παιδί που όταν ενηλικιωθεί αναζητά μια κατάσταση προστασίας (εξάρτησης) στις δύσκολες στιγμές της ζωής του. Έτσι καταφεύγει στο αλκοόλ.

Η θεωρία αυτή θυμίζει την ψυχαναλυτική θεωρία της εξαρτημένης συμπεριφοράς η οποία και εξηγεί αναλυτικότερα την όλη διαδικασία που ξεκινά από την βρεφική ηλικία και φτάνει στην εξάρτηση.

Πολλοί νεότεροι ερευνητές όπως ο Schaffer, ο Marschall κ.α. τείνουν σε μια σύνδεση αυτών των υποθέσεων για την δημιουργία ενός πολυαιτιολογικού συστήματος ερμηνείας της κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών.

Σίγουρα πάντως τέτοιου είδους κοινωνικοπολιτικές υποθέσεις, αν και έχουν μεγάλη σημασία στην κοινωνική έρευνα, είναι δύσκολο να βοηθήσουν στην πρακτική αντιμετώπιση και θεραπεία του αλκοολικού ατόμου. Αποκτούν όμως ιδιαίτερη σημασία όταν ενταχθούν στο σύστημα πρόληψης της εμφάνισης κοινωνικών συνθηκών που θα ευνοούσαν στην κοινωνική ανάπτυξη σε μια κοινωνία εξαρτημένων ατόμων. (Ε. Παπαγεωργίου, 1990, σελ. 51-53).

Στη συνέχεια θα αναφερθούν ορισμένες θεωρίες που θα περιγράψουν το πολύπλευρο φαινόμενο της κατάχρησης και εξάρτησης οινοπνευματωδών ποτών από εφήβους, αλλά και άλλων ηλικιακών ομάδων.

Όπως επισημαίνουν οι Anderson και Magnusson, για τους περισσότερους νέους το ποτό φαίνεται να αποτελεί στάδιο της πορείας της ανάπτυξης τους. Για μερικούς όμως από αυτούς, η πρώτη τους

εμπλοκή με την χρήση μπορεί να είναι η αρχή μιας πορείας σοβαρής κατάχρησης.

A. Το πρότυπο του Zucker για το ποτό των νέων

Το πρότυπο αυτό περιλαμβάνει τις μεταβλητές που επηρεάζουν την σχετική με το ποτό συμπεριφορά.

Οι 4 ομάδες επιρροών είναι : α) Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες, β) Οικογένεια, γ) Φίλοι και δ) επιρροές που έχουν σχέση με την προσωπικότητα του ατόμου.

Το πρότυπο βασίζεται στο ότι τα 4 επίπεδα επιρροών έχουν διαφορετικά αποτελέσματα κατά την διάρκεια των περιόδων ανάπτυξης.

Μια σχηματική ανάλυση των 4 μεταβλητών είναι η παρακάτω :

(Κοινωνικές και πολιτισμικές επιρροές)

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

(Επιρροές της πρωταρχικής ομάδας και της στενής δευτερεύουσας ομάδας)

- Οικογένεια**
 Πατέρας-Μητέρα-Αδέρφια
- Γονική προσωπικότητα
 - Αλληλεπιδράσεις-Επιρροές
 - Τρόπος ανατροφής
 - Τύπος ποτού και στάσεις

- Φίλοι**
- Προσωπικότητα φίλων και επιρροές
 - Επιρροές των φίλων στην κοινωνικοποίηση
 - Τύπος ποτού και στάσεις

(Ενδοατομικοί παράγοντες)

- Γνωσιακή δομή (συμπεριλαμβανομένων των στάσεων, των πεποιθήσεων και των εκτιμήσεων)
- Δομή της προσωπικότητας (κίνητρα, χαρακτηριστικά, ψυχοσύνθεση)
- Μη αντιπροσωπευτικά στοιχεία (Συμπεριλαμβανομένων των γενετικών και άλλων βιοχημικώς μεσολαβουσών επιδράσεων)

(Ενδεχόμενη) Συμπεριφορά πότη

B. Η θεωρία της «Προβληματικής συμπεριφοράς»

Ως προβληματική, ορίζεται η συμπεριφορά που αποκλίνει από τα καθιερωμένα με διαβάθμιση ανάλογη με την ηλικία.

Οι μεταβλητές που ελέγχθησαν είναι :

- α) Δημογραφική κοινωνική δομή και συμπεριφορά
- β) Κοινωνικό περιβάλλον που αντιλαμβάνεται ο έφηβος
- γ) Σύστημα της προσωπικότητας (δομή, κίνητρα, πιστεύω)

Η θεωρία αυτή προτάθηκε από τους Jessor και Jessor και βασίστηκε στις κοινωνικό-δομικές προσεγγίσεις της αποκλίνουσας συμπεριφοράς και στην θεωρία της κοινωνικής μάθησης.

Σύμφωνα με τους ίδιους, τα χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν το πλαίσιο της «προβληματικής συμπεριφοράς» περιλαμβάνουν λιγότερο γονικό έλεγχο και υποστήριξη, μεγαλύτερη επιρροή φίλων, μεγαλύτερη προβολή προτύπων για το ποτό από τους φίλους και τον κοινωνικό περίγυρο, λιγότερη ενασχόληση με την θρησκεία και μικρότερη επιτυχία στο σχολείο.

Όσο μεγαλύτερη είναι η «απόκλιση» από τα συστήματα που αναφέρθηκαν, τόσο νωρίτερα αρχίζει η προβληματική συμπεριφορά και ιδιαίτερα εκείνη που αφορά στη χρήση οινοπνεύματος.

Γ. Κοινωνικοψυχολογική προσέγγιση

Η προσέγγιση αυτή βασίζεται σε θεωρίες των Chassin et al, Leventhal και Cleary, σύμφωνα με την οποία η εικόνα που έχει ο έφηβος για την κοινωνία και τον εαυτό του, σχετίζονται με την χρήση οινοπνεύματος. Αν η εικόνα της κοινωνίας σε σχέση με την ουσία περιέχει θετικά χαρακτηριστικά, οι έφηβοι μπορεί να χρησιμοποιήσουν την ουσία, για να κατακτήσουν αυτά τα χαρακτηριστικά, είτε για τους ίδιους είτε για τους άλλους.

Οι κύριοι τρόποι σύνδεσης της εικόνας με την οποία είναι συνδεδεμένη μια συμπεριφορά, με την ίδια συμπεριφορά είναι :

α) Θεωρία της σταθερότητας

Ο έφηβος υιοθετεί περισσότερο μια συμπεριφορά, αν η εικόνα της συμπίπτει με την εικόνα που έχει ο ίδιος για τον εαυτό του.

Η Chassin διαπίστωσε ότι οι έφηβοι, που θεωρούσαν πως η εικόνα που είχαν για τον εαυτό τους έμοιαζε με την εικόνα ενός πότη, έπιναν πολύ περισσότερο.

β) Αυτό-επαυξητική θεωρία

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

γ) Χειρισμός εντύπωσης

Ένας έφηβος μπορεί να πίνει για να κάνει εντύπωση στους φίλους του. Αν η εικόνα που συνδέεται με το ποτό είναι εκείνη που θαυμάζουν οι φίλοι του, οι έφηβοι μπορεί να πίνουν για να δημιουργήσουν κοινωνικά επιθυμητή εικόνα στον περίγυρο των φίλων.

Δ. Ψυχαναλυτικές θεωρίες

Το βασικό στοιχείο πάνω στο οποίο κινείται η ψυχανάλυση για την ερμηνεία της κατάχρησης, είναι εκείνο της μερικής καθήλωσης σε ένα ορισμένο στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης.

Τα αποτελέσματα της συνοδεύονται από πολλά προβλήματα όπως εχθρότητα, σεξουαλική ανωριμότητα, κατάθλιψη, σχιζοειδείς αντικειμενότητες σχέσεις, δυνατές επιθυμίες εξάρτησης, βαθιά προσήλωση στη μητέρα και χρήση της άρνησης ως άμυνα.

Για τους ψυχαναλυτές, η κατάχρηση οινόπνεύματος είναι η κατάρρευση του εγώ, μια στρατηγική για να ησυχάσει, να προστατευτεί και να τονωθεί ο ευάλωτος εαυτός.

Ε. Θεωρία της κοινωνικής μάθησης

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η συνήθεια των εφήβων να πίνουν είναι συμπεριφορά, όπως και άλλες συμπεριφορές, η οποία μαθαίνεται από το άτομο.

ΣΤ. Θεωρία της κοινωνικοποίησης

Η θεωρία αυτή επικεντρώνεται στο πλέγμα των διαπροσωπικών σχέσεων των εφήβων με το ευρύτερο περιβάλλον τους, κυρίως με τους γονείς και τους φίλους τους. Βασική αρχή είναι πως η χρήση οινόπνευματών είναι μια από τις πολλές μορφές συμπεριφοράς των εφήβων, που είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών και των επιρροών διαφόρων κοινωνικών ομάδων.

Η επίδραση σημαντικών προσώπων του περιβάλλοντος των εφήβων σε αυτούς θα μπορούσε να διακριθεί σε δύο σκέλη :

- α) Η μίμηση. Οι νέοι διαπλάθουν τη συμπεριφορά πάνω σε συμπεριφορές άλλων, απλώς παρατηρώντας τους και αντιγράφοντας τις συμπεριφορές τους.
- β) Η κοινωνική ενίσχυση. Οι έφηβοι υιοθετούν συμπεριφορές, που επιδοκιμάζονται από σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντος τους.

Ζ. Η θεωρία της αυτό-υποτίμησης του Kaplan

Η θεωρία αυτή βασίζεται στα «απαιτούμενα κίνητρα αυτοεκτίμησης». Σύμφωνα με αυτά, ένα πρόσωπο εμπλέκεται σε αποκλίνουσες δραστηριότητες για να αποκαταστήσει μια όψη του εαυτού του, που

προηγουμένως καταστράφηκε από γεγονότα που το υποτιμούν στα μάτια της παρέας του.

Υπάρχουν τέσσερις τρόποι για να επιτυγχανθεί η σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και αποκλίνουσας συμπεριφοράς :

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

Η θεωρία ελέγχθηκε εμπειρικά με λέξεις σε μεγάλο αριθμό μαθητών. Βρέθηκε ότι υψηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί στο ποτό μόνο όταν οι έφηβοι δοκιμάζουν υποτιμητικές εμπειρίες στο σχολείο και κρατούν αντισυμβατικές στάσεις, ενώ επηρεάζει περισσότερο νέους προερχόμενους από μεσαία παρά από χαμηλά κοινωνικά στρώματα. (Θ. Υφαντής, 1991, σελ. 345-352).

Ε. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ-ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

1. Ψυχολογικές επιπτώσεις

Όλοι όσοι έχουν δοκιμάσει κάποιο οινοπνευματώδες ποτό είναι λίγο πολύ γνωστή η δράση του οινοπνεύματος στην ψυχολογία τους.

Εφόσον το οινόπνευμα λαμβάνεται σε μεγάλες ποσότητες και για μεγάλο χρονικό διάστημα, είναι δυνατό να προκαλέσει μείωση των ψυχικών και διανοητικών ικανοτήτων του ατόμου και την εκδήλωση ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, που καμιά φορά δεν είναι πια επανορθώσιμες.

Η πιο απλή και επανορθώσιμη διαταραχή της ψυχικής λειτουργίας είναι η κατάσταση μέθης. Δεν συνδέεται απαραίτητα με εξάρτηση από το αλκοόλ, μπορεί όμως να έχει δυσάρεστα επακόλουθα, τόσο στο σωματικό, όσο και στο κοινωνικό επίπεδο. Η μέθη είναι «περαστική» εφόσον σταματήσει η δράση του οινοπνεύματος στον εγκέφαλο.

Κύρια χαρακτηριστικά της «περαστικής» αυτής «ψυχωτικής κατάστασης» είναι η εύθυμη διάθεση, η οποία δημιουργεί ένα αυξημένο αίσθημα αυτοπεποίθησης, η ψυχοκινητική ανησυχία, η διευκόλυνση της επικοινωνίας, η ελάττωση της κριτικής σκέψης, μεγαλοϊδέες, εξασθένηση μνήμης, η ελάττωση της ικανότητας διακρίσεως των χρωμάτων κ.λ.π. (Ε. Παπαγεωργίου, 1990, σελ. 70-71, Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 137-142).

Σε μεγάλα όμως χρονικά διαστήματα κατανάλωσης οινοπνεύματος, εμφανίζεται η ναρκωτική δράση του οινοπνεύματος που συνδέεται συνήθως από κατάθλιψη και ελαφρά παράλυση κεντρικών νευρικών λειτουργιών όπως δυσκολία στο βάδισμα, την ομιλία κ.λ.π.

Εκτός όμως από την απλή μέθη, σε πολλά άτομα η δράση του οινοπνεύματος παρουσιάζεται σαν «παθολογική μέθη». Το άτομο δεν ελέγχει τις ψυχοκινητικές του λειτουργίες, τα χέρια του τρέμουν και δυσκολεύεται να γράψει ευανάγνωστα. Συνήθως ψεύδεται για το πάθος

του και φτάνει στο σημείο να κλέψει αν δεν έχει τα χρήματα για να εξοικονομήσει το ποτό του. Επίσης, παραγνωρίζει την πραγματικότητα και συχνά παρουσιάζονται φανταστικές ιδέες και οπτικοακουστικό παραλήρημα. Αυτά συνδέονται συνήθως από υπέρμετρο θυμό, άγχος, επιθετικότητα και μνησικακία. Μερικοί εκδηλώνουν επιθετικές τάσεις ή τάσεις αυτοκτονίας καθώς και κακοποίηση παιδιών από τις παρενέργειες του αλκοόλ.

Αυτή η κατάσταση της σύγχυσης καταλήγει τις περισσότερες φορές σε βαθύ ύπνο και απόλυτη αμνησία, που περιλαμβάνει σχεδόν ολόκληρα τα χρονικά όρια της μέθης. (Ε. Παπαγεωργίου, 1990, σελ. 71, Μ. Σεφέρου, 1997, σελ. 135, Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 141).

Άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που παρουσιάζονται μετά από χρόνια κατάχρησης οινοπνεύματος είναι :

- **Παράφρονη ζήλια**, η οποία παρουσιάζεται κυρίως σε άνδρες και έχει σαν αντικείμενο την φίλη ή σύζυγο. Χαρακτηρίζεται από έντονες ιδέες ζήλιας, που παίρνουν παράλογο χαρακτήρα.

Ο αλκοολικός «ασθενής» κατηγορεί συνήθως την φίλη του ότι τον απατά και προσπαθεί να ελέγξει κάθε της κίνηση. Ολόκληρη η σκέψη του καταλαμβάνεται από τις ζηλόφθονες αυτές ιδέες και δεν μπορεί να συγκεντρωθεί σε άλλες δραστηριότητες.

Κατά την ψυχαναλυτική θεώρηση, έχουμε μια κατάσταση προβολικής σκέψης, κατά την οποία ο αλκοολικός προσπαθεί να απελευθερωθεί από τις δικές του τύψεις, κατηγορώντας τη φίλη του. (Ε. Παπαγεωργίου, 1990, σελ. 72).

- **Αλκοολική παρανοϊκή κατάσταση**, η οποία εμφανίζεται κυρίως σε υστερικά ή σχιζοειδικά άτομα. Ο αλκοολικός νομίζει ότι όλοι ασχολούνται μαζί του και έχει το συναίσθημα ότι τον παρακολουθούν και καμιά φορά βασανίζεται από τρομακτικές ψευδαισθήσεις της αφής και της όρασεως, που ενισχύει παραπέρα την παρανοϊκή του

κατάσταση. (Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 141, Ε. Παπαγεωργίου, 1990, σελ.72).

- **Αλκοολικό παραλήρημα**, εμφανίζεται κυρίως ακουστικό παραλήρημα, ο «ασθενής» ακούει φωνές γνωστών ή άγνωστων προσώπων που ασχολούνται μαζί του, τον κριτικάρουν και τον κατηγορούν.

Ο ασθενής ερμηνεύει λαθεμένα την στάση των γύρω, οι οποίοι όπως νομίζει θέλουν να τον σκοτώσουν, να τον ρεζιλέψουν, να τον τιμωρήσουν άδικα (παραλήρημα διώξεως). (Ε. Παπαγεωργίου, 1990, σελ. 72, Μεγάλη Σοβιετική Εγκυκλοπαίδεια, σελ. 195).

- **Ψύχωση Korsakow**, η οποία φέρει το όνομα του Ρώσου ψυχιάτρου. Korsakow, από τον οποίο και μελετήθηκε για πρώτη φορά το 1987.

Κατ' αρχήν παρουσιάζεται με μια ψυχική κατάσταση, ένα είδος ψυχικής κούρασης και απώλειας του ενδιαφέροντος για πρακτικές πλευρές της ζωής.

Το σύμπτωμα στο οποίο οφείλεται αυτή η έλλειψη ενδιαφέροντος είναι ότι με τον καιρό παρατηρούνται ελαφρές διαταραχές της νόησης, της ικανότητας για πνευματική συγκέντρωση, απώλεια μνήμης και του θυμητικού. Το χαρακτηριστικό των θυμητικών διαταραχών είναι ότι ο ασθενής θυμάται το μακρινό παρελθόν, δεν μπορεί όμως να θυμηθεί τι έκανε πριν λίγα λεπτά. Συνήθως ο αλκοολικός για να μην δείξει ότι δεν θυμάται λει ψέματα, παραποιεί τα γεγονότα ή αλλάζει θέμα.

Τέτοιου είδους αντίδραση συμβαίνει συνήθως σε χρόνιους αλκοολικούς και εμφανίζεται σε 3-5% των χρόνιων αλκοολικών ασθενών, κυρίως μεταξύ πεντηκοστού και εξηκοστού έτους. (Ε. Παπαγεωργίου, 1990, σελ. 73).

- **Delirium Tremens**, είναι η πιο συχνή ψυχωτική κατάσταση και εμφανίζεται μετά από χρόνια κατάχρηση οινοπνεύματος.

Αυτή η αντίδραση παρουσιάζεται συχνότερα μετά από απότομη διακοπή της χρήσης αλκοόλ, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και κατά την διάρκεια της χρήσης του.

Το παραλήρημα παρουσιάζεται με ελαφρό τρέμουλο των χεριών, της γλώσσας, των χειλιών, διαταραχές του ύπνου, αγχώδη όνειρα, έντονη νευρικότητα, ανησυχία, ανορεξία, ιδρώτας. Επίσης ο ασθενής παρουσιάζει έντονο άγχος θανάτου, διαταραχή της βάδισης και γενικότερα της κινητικότητας των άκρων, τρέμουλο της φωνής και δυσαρθρία. Ο ασθενής είναι πλήρως αποπροσανατολισμένος και δεν μπορεί να εκτελέσει στοιχειώδη εντολές. Ακόμα έχει διαταραχή προσανατολισμού ως προς το χώρο, το χρόνο, το περιβάλλον.

Το οπτικό παραλήρημα παρουσιάζεται κυρίως με την μορφή μικρών ζώων, όπως ποντίκια, αράχνες που φοβίζουν τον ασθενή και προσπαθεί να τα αποφύγει. (Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 141, Ε. Παπαγεωργίου, 1990, σελ. 73-74).

Τελειώνοντας αναφέρουμε ορισμένα συμπτώματα που δεν παρουσιάζονται σαν ιδιαίτερη ασθένεια, αλλά εμφανίζονται μεμονωμένα ή ομαδικά σε όλα σχεδόν τα χρόνια αλκοολικά άτομα.

Τα συμπτώματα αυτά είναι : α) Διαταραχές της μνήμης και της ικανότητας για πνευματική συγκέντρωση, β) Μείωση ικανότητας για μάθηση και προσοχή, γ) Σωματοψυχική κόπωση, δ) Μείωση της ικανότητας κρίσης και ιδιαίτερα για ότι αφορά τον ίδιο, ε) Ελάττωση φαντασίας και σκέψης, στ) Ελάττωση της εμπιστοσύνης, τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους άλλους, ζ) Συναισθηματική αστάθεια και η) Ελάττωση της ικανότητας για παραγωγικότητα (Ε. Παπαγεωργίου, 1990, σελ. 74-75).

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε 9040 εθελοντές εφήβους στο Όρεγκον το 1987-1991, οι έφηβοι ήταν 14-18 ετών και το 1993-1999 ηλικίας 24 ετών οι έφηβοι.

(AUD) :Άτομα που χρησιμοποιούν αλκοόλ και υπάρχει πιθανότητα να γίνουν αλκοολικοί.

(NON) :Δεν έχουν κανένα πρόβλημα αλκοολισμού.

(PROB):Είναι προβληματικοί πότες που όμως δεν έχουν διαγνωστεί συμπτώματα αλκοολισμού

έδειξε ότι :

Οι έφηβοι AUD έχουν συμπτώματα αλκοολισμού και χαρακτηρίζονται από κατάθλιψη, επίπεδα αντικοινωνικότητας και συμπτώματα στην προσωπικότητά τους. Αν συγκρίνουμε τους NON με τους PROB έχουν μεγάλα ρίσκα να γίνουν αλκοολικοί και θα έχουν τις ίδιες επιπτώσεις με τους AUD, αλλά οι PROB έχουν λιγότερα ποσοστά για να γίνουν μελλοντικοί αλκοολικοί σε σύγκριση με τους εφήβους AUD. Οι AUD έχουν μεγαλύτερα ποσοστά να γίνουν αλκοολικοί στο μέλλον. (P. ROHDE, κ.α., 2001, σελ. 83-88).

2. Σωματικές επιπτώσεις

Το αλκοόλ απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα και λειτουργεί σαν δηλητήριο σε όλα τα όργανα του σώματος περισσότερο όμως στον εγκέφαλο. Μικρές ποσότητες αλκοόλ προκαλούν εγκεφαλικές διαταραχές, ενώ μεγαλύτερη ποσότητα προκαλεί εξασθένηση της μνήμης. (Μ. Σεφέρου, 1997, σελ. 129, Ν. Μάνου, 1997, σελ. 520. Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 137).

Το αλκοόλ είναι κατασταλτικό του Κ.Ν.Σ. και ελαττώνει τον αυτοέλεγχο με αποτέλεσμα άνθρωποι λιγόλογοι να γίνονται ομιλητικοί, να αδιαφορούν για την εμφάνισή τους, να βγάζουν τα ρούχα τους, να χορεύουν, να πηδούν, να γελάνε, να επιζητούν καυγάδες, γενικά οι φυσικές, κοινωνικές και προσωπικές αναστολές καταργούνται με το αλκοόλ, δηλαδή πίνοντας αλκοόλ οι πότες χαλαρώνουν και

απελευθερώνονται. (Μ. Σεφέρου, 1997, σελ. 134, Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 137).

Τα οινοπνευματώδη ποτά περιέχουν πολλές θερμίδες χωρίς να έχουν καμία θρεπτική αξία, συγκεκριμένα 1γρ. αλκοόλ περιέχει 7 θερμίδες χωρίς βιταμίνες ή πρωτεΐνες. (Κ. Μάτσα, 1995, σελ. 12, Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 111, Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 136).

Με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών ο χρήστης έχει την τάση να αυξάνει την σεξουαλική διέγερση, ενώ μειώνει την σεξουαλική εκτέλεση. Ο αλκοολικός προχωρεί στην ικανοποίηση των σεξουαλικών ορέξεων χωρίς ή με ελαττωμένη επίγνωση των πράξεων του. Στο 1/3 των αλκοολικών παρατηρείται εξασθένηση της σεξουαλικής ορμής οδηγεί στην «αλκοολική ζήλια» που ο αλκοολικός κατηγορεί το/τη σύζυγό του για εξωσυζυγικές σχέσεις. (Σοβιετική ιατρική εγκυκλοπαίδεια, Α' τόμος, σελ. 70, Ι. Δετοράκης, σελ. 18, Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 137-138).

Η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει :

- Στον εγκέφαλο εγκεφαλική βλάβη της παρεγκεφαλίδας, ζαλάδες, θολή σκέψη, τρίκλισμα, μπέρδεμα στην ομιλία.
- Στα μάτια θολή όραση.
- Στο πεπτικό σύστημα προκαλείται γαστρίτιδα, έλκη του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου, καρκίνους του πεπτικού συστήματος, οξεία παγκρεατίτιδα.
- Στην καρδιά η κατάχρηση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο καρδιοπάθειας.
- Στα νεύρα το αλκοόλ έχει την δυνατότητα να σταματήσει την σωστή λειτουργία τους.
- Στις φλέβες-αρτηρίες το αλκοόλ επηρεάζει την σωστή λειτουργία τους με αποτέλεσμα την εμφάνιση πονοκεφάλων και υποθερμίας.

- Οι ηπατικές βλάβες είναι η πιο γνωστή συνέπεια από την κατάχρηση αλκοόλ και αυτό συμβαίνει επειδή η μεγάλη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει ο πότης περνά από το συκώτι. Η κύρωση του ήπατος είναι το τελευταίο στάδιο μιας χρόνιας ηπατικής αλκοολικής βλάβης. Οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην κύρωση. Οι αλκοολικοί έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσληφθούν από κύρωση του ήπατος.

Η εγκυκλοπαίδεια WERNICKE : Είναι χαρακτηριστική η συμπτωματολογική τριάδα του συνδρόμου, δηλαδή απώλεια της μνήμης, οφθαλμοπληγία (αδυναμία των ματιών να ελέγχουν την κίνηση των οφθαλμών) και αταξία (πτώση ή ανικανότητα του ατόμου να περπατήσει ή να σταθεί όρθιο). Το σύνδρομο μπορεί να οδηγήσει σε κώμα ή και στο θάνατο, βέβαια είναι αρκετές οι περιπτώσεις που θεραπεύονται, ενώ συχνά καταλήγει σε σύνδρομο Korsakoff.

Το σύνδρομο Korsakoff : Η νόσος οφείλεται στην έλλειψη βιταμίνης Β₁. Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι ανεπάρκεια βραχυχρόνιας (πρόσφατης) μνήμης και ιδιαίτερη αδυναμία δημιουργίας νέων αναμνήσεων, δηλαδή πρόκειται για αμνησία από την έναρξη της διαταραχής και έπειτα. Συνήθως οι ασθενείς καταφεύγουν στην μυθοπλασία δηλαδή απαντούν στις ερωτήσεις κατασκευάζοντας τις απαντήσεις για να γεμίσουν τα κενά που έχουν. Αυτά που λένε μπορεί να μην είναι απόλυτα λανθασμένα αλλά να είναι κανονικές αναμνήσεις συγχυσμένες με μερικές πρόσφατες. Από το σύνδρομο Korsakoff μόνο το 25% έχει αναρρώσει πλήρως αφού έχει διακόψει το αλκοόλ και τρέφεται σωστά. (Ν. Μάνος, 1997, σελ. 521, Ι. Δετοράκης, 1994, σελ. 21, Κ. Μάτσα, χ.χ, σελ. 4, Χ. Ιεροδιακόνου, 1988, σελ. 279-280, Εργασία 6^{ου} γυμνασίου Σερρών, σελ. 26).

Η ζωή ενός αλκοολικού είναι μειωμένη κατά 15 χρόνια του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων. (Μ. Σαλτουγιάννη, Ζ. Στεργιάκα, 1990, σελ. 36-37). Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας το 1999 κατέταξε το αλκοόλ στην

4^η θέση ως αιτία θανάτου παγκοσμίως. Ενώ το 3% των καρκίνων παγκοσμίως οφείλονται στο αλκοόλ. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 114-115).

3. Οικογενειακές επιπτώσεις

Είναι κοινά αποδεκτό ότι ο αλκοολισμός αποκαλείται συχνά «Οικογενειακή ασθένεια», γιατί δεν πλήττει μόνο τον αλκοολικό, αλλά και αυτούς που τον περιστοιχίζουν, επιφέροντας πολλές συνέπειες και στα άλλα μέλη της οικογένειας, τα οποία δεν μπορούν να αγνοήσουν τον αλκοολικό ανάμεσα τους. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 151).

Οι αλκοολικές οικογένειες χαρακτηρίζονται από πολλά προβλήματα, τα οποία είναι αποτέλεσμα της κατάχρησης αλκοόλ. Συγκεκριμένα, ο αλκοολισμός συχνά προκαλεί δυσλειτουργίες στη σχέση των μελών μεταξύ τους, όπως αλλαγές στην οριοθέτηση των ρόλων μέσα στην οικογένεια, ανεπαρκείς επικοινωνιακές δεξιότητες και ένα γενικότερο πλαίσιο αλληλεπίδρασης που διαιωνίζει το πρόβλημα. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 117).

Τα μέλη της οικογένειας έρχονται αντιμέτωπα με την συμπεριφορά που είναι σύμπτωμα του αλκοολισμού, αν και η συμπεριφορά αυτή μπορεί στην αρχή να μην φαίνεται ότι έχει σχέση με την χρήση αλκοόλ. Με τον καιρό όμως η οικογενειακή ζωή μπορεί να γίνει δυσβάσταχτη και να μετατραπεί σε καθημερινό μαρτύριο. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 151).

Η κατάχρηση αλκοόλ από τον έφηβο αποτελεί συχνά αιτία δυσλειτουργίας της οικογένειας του. Σταδιακά με την συστηματική χρήση αλκοόλ, η σχέση των μελών αλλοιώνεται, φθείρεται και οδηγεί στην εξασθένηση της λειτουργίας της οικογένειας.

Η συμπεριφορά του αλκοολικού προς τα άλλα μέλη της οικογένειας γίνεται βίαιη και απότομη. Η αγάπη και η στοργή λείπει ανάμεσα τους. Επικρατούν τα ψέματα, οι δικαιολογίες, τα μυστικά τα οποία

δημιουργούν ένα τεράστιο συναισθηματικό χάος. (S. Rowward, 1992, σελ. 104).

Η οικογένεια με ένα έφηβο αλκοολικό ζει σε ένα περιβάλλον με ατμόσφαιρα σύγκρουσης, έντασης και αβεβαιότητας. Οι ανάγκες τους για ζεστασιά, ασφάλεια, ακόμα και για σωματική φροντίδα, πιθανότατα να μην καλύπτονται επαρκώς. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 171).

Υποφέρουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθουν ότι διαφέρουν από τις άλλες οικογένειες, αισθάνονται ντροπή και κρατούν μυστικό ότι συμβαίνει στο σπίτι τους. Γι' αυτό το λόγο είναι πολύ απομονωμένες και λένε πολλά ψέματα για να κρύβουν την αλήθεια. Είναι σχεδόν αδύνατο γι' αυτές να αναπτύξουν αισθήματα αυτοπεποιθήσεως, αν πρέπει συνεχώς να ψεύδονται γι' αυτά που αισθάνονται και σκέπτονται.

Η οικογένεια ζει συνεχώς μέσα στο φόβο, ότι μπορεί από λάθος να φανερωθεί το μεγάλο μυστικό. Για να το αποφύγει αυτό, συχνά αποφεύγει και την δημιουργία φιλικών σχέσεων, με αποτέλεσμα να οδηγείται στην μοναξιά. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 183, S. Rowward, 1992, σελ. 114).

Το μόνο σίγουρο είναι ότι η οικογένεια του αλκοολικού υποφέρει. Οι πιέσεις που δέχονται οι γονείς και τα αδέρφια, η βία και οι οικονομικές δυσκολίες είναι τα πιο κοινά προβλήματα. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 118).

4. Κοινωνικές επιπτώσεις

Το αλκοόλ δεν δημιουργεί βλαβερά αποτελέσματα μόνο στο ίδιο το άτομο και την οικογένεια του, αλλά αποτελεί και ένα τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα. (Μ. Σεφέρου, 1997, σελ. 137).

Τα τελευταία χρόνια οι οικονομολόγοι υγείας έχουν κάνει προσπάθειες να εκτιμήσουν πόσο κοστίζει ο αλκοολισμός στο κράτος.

Σύμφωνα με τους Weeden και Burchell (1982) υπάρχουν δύο ερευνητικές προσεγγίσεις στο θέμα του κόστους του αλκοολισμού.

Η μια απευθύνεται στις εκτιμήσεις του κόστους από παράγοντες όπως η θνησιμότητα εξαιτίας του αλκοολισμού, μειωμένη παραγωγικότητα, απουσία από την εργασία κ.λ.π.

Η δεύτερη προσέγγιση διερευνά την ανάπτυξη κριτηρίων «κόστους-αποτελεσματικότητας» σχετικά με τα προβλήματα που συνδέονται με τον αλκοολισμό, τα οποία παίζουν τον πιο σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό παροχής υπηρεσιών, στην εκπαίδευση κ.λ.π. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 119-120).

Το κράτος κερδίζει από την κατανάλωση των οινοπνευματωδών ποτών, ενώ ταυτόχρονα ξοδεύει πολύ περισσότερα για την επανόρθωση των ζημιών που προκαλούν. Δυστυχώς, όμως, το ότι μια ουσία είναι επικίνδυνη δεν αναγκάζει ένα κράτος να την απαγορεύσει. (Α. Αβραμίδης, 1988, σελ. 147).

Το αλκοόλ προκαλεί το 1/3 έως το 1/2 των οδικών ατυχημάτων στις αναπτυγμένες χώρες. Προξενεί το 1/3 των εργατικών ατυχημάτων και επιπλέον επηρεάζει αρνητικά την επαγγελματική απόδοση γιατρών, επιχειρηματιών και πολιτικών. Μειώνει την παραγωγή εξαιτίας της νόσου, προκαλεί πρόωρο θάνατο ή ανεργία. Επίσης επηρεάζει τη σχέση του ζευγαριού με αποτέλεσμα να φτάσουν στο διαζύγιο και με όλες τις περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών. (Μ. Σεφέρου, 1997, σελ. 137, Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 121).

Ακόμα, υπό την επίδραση της αλκοόλης στον οργανισμό τελούνται δολοφονίες, ενδοοικογενειακή βία, βιασμοί, και σεξουαλική κακοποίηση παιδιών και γυναικών.

Εξάλλου, κάθε χρόνο στις Η.Π.Α., γεννιούνται 50.000 μωρά με ανωμαλίες που σχετίζονται με το αλκοόλ. Το 20% των παιδιών αυτών γεννιούνται με διανοητική καθυστέρηση, το λεγόμενο «σύνδρομο του

αλκοόλ του εμβρύου», ενώ τα υπόλοιπα εμφανίζουν σωματικές δυσμορφίες έως καρδιακές ανωμαλίες. (Μ. Σεφέρου, 1997, σελ. 137).

Μέχρι τώρα είδαμε πόσο κοστίζει ο αλκοολισμός στην οικονομία αλλά και στην κοινωνία. Θα πρέπει όμως να κοιτάξουμε και την άλλη όψη του νομίσματος. Δηλαδή, το κέρδος που προσφέρει στην κοινωνία, όχι βέβαια ο αλκοολισμός, αλλά οι πωλήσεις αλκοολούχων ποτών.

Το κέρδος αυτό υπολογίζεται συνήθως, στις πωλήσεις και κατά συνέπεια τα κέρδη των αλκοολούχων ποτών και την εργασία που προσφέρει η «αγορά» και η «βιομηχανία» του αλκοόλ. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 122).

Είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι τα οينوπνευματώδη έχουν γίνει μια μεγάλη διεθνής βιομηχανία. Στη Βρετανία, η κατανάλωση οينوπνευματωδών έχει διπλασιαστεί τα τελευταία χρόνια, ενώ εκείνοι που εργάζονται στην παραγωγή, διαφήμιση και πώληση αλκοολούχων ποτών υπερβαίνουν τα 750.000 άτομα.

Σε όλο τον κόσμο οι φόροι από την παραγωγή και πώληση αλκοολούχων ποτών καλύπτουν ένα σημαντικό μέρος του κρατικού προϋπολογισμού. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η δημιουργία μιας βιομηχανίας οينوπνευματωδών είναι συχνά ένα από τα πρώτα βήματα στην εκβιομηχάνιση. (Μ. Σεφέρου, 1997, σελ. 133).

Επίσης, οι περισσότερες βιομηχανίες αλκοολούχων ποτών υπολογίζουν πολύ στην νεανική αγορά. Γι' αυτό το λόγο, εφευρίσκουν συνεχώς νέους τρόπους διάθεσης, όπως τα περίφημα αλκοότς. Με αυτά τα προϊόντα, οι βιομηχανίες στοχεύουν σκοπίμως στους νέους. Από την άλλη μεριά, οι νέοι βρίσκουν εύκολα αυτά τα προϊόντα αφού βρίσκονται στα ράφια των σούπερ μάρκετ, σε πολύ φτηνή τιμή και με συσκευασία που προκαλεί. Το κυριότερο είναι ότι υπάρχουν σε διάφορες γεύσεις, ώστε να αρέσουν περισσότερο. Οι νέοι λοιπόν έχουν ένα φτηνό και

γευστικό ποτό για να μεθύσουν. Και έτσι όλο και περισσότεροι νέοι σήμερα πίνουν για να μεθύσουν. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 206).

Είναι λοιπόν βέβαιο ότι το πρόβλημα του αλκοόλ δεν αφορά μόνο τους εξαρτημένους και τις οικογένειες τους, αλλά ολόκληρη την κοινωνία. Οι συνέπειες της κατανάλωσης οινοπνεύματος είναι ολέθριες και μπορούν να πλήξουν τον οποιοδήποτε πολίτη.

Γεγονός είναι ότι ο αλκοολισμός δεν γίνεται να μειωθεί, αν ο πληθυσμός δεν καταναλώνει λιγότερο αλκοόλ. (Μ. Σεφέρου, 1997, σελ. 138, Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 124).

ΣΤ. ΠΡΟΛΗΨΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

1. Πρόληψη

Σύμφωνα με την Άννα Κοκκέβη η εξάρτηση από το αλκοόλ εκτός από σωματικά και ψυχικά προβλήματα προκαλεί δυσκολίες και στην κοινωνική προσαρμογή του χρήστη. (Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 373-374).

Ο ενδεδειγμένος τρόπος για την μείωση του αλκοολισμού αλλά και των προβλημάτων που προκαλεί είναι η πρόληψη που στοχεύει στην βελτίωση της δημόσιας και ψυχικής υγείας. (J. Stel, 1999, σελ. 41, Μ. Μαδιανός, 1998, σελ. 158).

Η πρόληψη έχει τρεις μορφές :

- Την πρωτογενή πρόληψη που σκοπό έχει την παρέμβαση και την προσπάθεια αποτροπής πριν την χρήση.
- Την δευτερογενή πρόληψη που περιλαμβάνει την πρόωμη ανίχνευση του προβλήματος με το αλκοόλ πριν όμως πάρει την μορφή προβλήματος ή ασθένειας.
- Την τριτογενή η οποία συνδέεται στενά με την θεραπεία και αποσκοπεί στην πρόληψη της υποτροπής και τον περιορισμό των συμπτωμάτων της χρήσης. (J. Stel, 1999, σελ. 41-42).

Σύμφωνα με την Κοκκέβη, τον Stel και τον Αποστολόπουλο οι πρώτες προσπάθειες πρωτογενούς πρόληψης βασίσθηκαν στην μέθοδο της πληροφόρησης ή της διαφώτισης. Με την πληροφόρηση γινόταν ενημέρωση στην ομάδα στόχου αναφορικά με τους κινδύνους που δημιουργεί το αλκοόλ στην υγεία και στηρίζονταν στην δημιουργία αισθημάτων φόβου και άγχους με υπερβολικά και αναξιόπιστα στοιχεία. Αξιολογώντας τα αποτελέσματα αυτού του είδους προσέγγισης διαπιστώθηκε πως όχι μόνο ήταν αναποτελεσματικές αλλά και ότι ορισμένες φορές κέντριζαν την περιέργεια των εφήβων και τους οδηγούσαν στην δοκιμή αλκοόλ. Ένας άλλος λόγος που απέτυχε η

πρόληψη μέσα από την ενημέρωση ήταν ότι οι πληροφορίες δίδονταν με τον ίδιο τρόπο και το ίδιο περιεχόμενο σε όλο το πληθυσμό. Όμως για να έχει αποτελέσματα η πληροφόρηση πρέπει να δίνεται έμφαση στα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του δέκτη και κυρίως όταν απευθυνόμαστε σε εφήβους, γιατί πολύ εύκολα μπορούν να παρερμηνευθούν τα μηνύματα που τους δίνονται. (Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 374-375, J. Stel, 1999, σελ. 81-82, Α. Αποστολόπουλος, 1998, σελ. 106).

Τα νέα προληπτικά προγράμματα είναι επικεντρωμένα στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο και δίνουν έμφαση στην εκπαίδευση, στην εξάσκηση και στην πληροφόρηση που είναι συνδεδεμένη με την διαπαιδαγώγηση των εφήβων και όχι στην στεία παροχή πληροφοριών. Η πρόληψη γίνεται με την αντιμετώπιση των αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν στην χρήση αλκοόλ. (Φ. Ζαφειρίδης, 1994, σελ. 16).

Οι στόχοι της πρόληψης είναι οι εξής :

- Η αντικειμενική ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών απαλλαγμένη από τον εκφοβισμό.
- Η κινητοποίηση των πολιτών της τοπικής κοινωνίας για τον εντοπισμό και την επίλυση των αιτιών που οδηγούν στην κατάχρηση αλκοόλ.
- Στην ενίσχυση και την βελτίωση των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων ώστε να μπορεί ο έφηβος να αντισταθεί στην κοινωνική πίεση που οδηγεί στην κατανάλωση του αλκοόλ και στην αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων συμπεριφοράς μακριά από τη χρήση (Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 375, J. Stel, 1999, σελ. 82-83, Α. Αποστολόπουλος, 1998, σελ. 107, Φ. Ζαφειρίδης, 1994, σελ. 16).

1.1.Ο ρόλος του σχολείου στην πρόληψη

Σύμφωνα με την Χουρδάκη και τον Τσιλιχρήστο το σχολείο έχει δύο ρόλους να επιτελέσει : την παροχή γνώσεων αλλά και την διαμόρφωση της προσωπικότητας των ατόμων, δηλαδή προσπαθεί να προσαρμόσει το παιδί στους κανόνες της κοινωνίας, ώστε να ενταχθεί ομαλά στον κόσμο των ενηλίκων. (N. Τσιλιχρήστος, 1991, σελ. 144, Μ. Χουρδάκη, 2000, σελ. 40).

Το σχολείο αποτελεί τον ιδανικό χώρο για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης, γιατί εκεί βρίσκεται η πλειοψηφία των νέων παιδιών και των εφήβων. Δυστυχώς όμως σε ορισμένες περιπτώσεις όχι μόνο αδιαφορεί για το δεύτερο ρόλο που έχει αναλάβει δηλαδή την διαμόρφωση ατόμων με ισορροπημένη προσωπικότητα, αλλά κάνει το αντίθετο και αποδυναμώνει το μαθητή (Μ. Χουρδάκη, 2000, σελ. 41, Β. Πασσάς, χ.χ, σελ. 4, Α. Αποστολόπουλος, 1998, σελ. 107).

Την κύρια ευθύνη για την πρόληψη την έχουν οι εκπαιδευτικοί, όμως είναι απαραίτητο να έχουν προηγουμένως εκπαιδευτεί και ενημερωθεί για τα οιοπνευματώδη ποτά και για την πρόληψη, ώστε να γνωρίσουν τις αρχές, την φιλοσοφία και να αναπτύξουν τις ανάλογες δεξιότητες για την πραγματοποίηση τέτοιων προγραμμάτων. (J. Stel, 1999, σελ. 85, Α. Αποστολόπουλος, 1998, σελ. 107, Β. Πασσάς, χ.χ, σελ. 4, Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 376).

Τα προληπτικά προγράμματα στα σχολεία πρέπει να γίνονται από εκπαιδευμένους εκπαιδευτικούς και να μην υποκαθιστούνται από ειδικούς γιατί μπορεί να διεγείρουν την περιέργεια των εφήβων για τα οιοπνευματώδη ποτά. Ένας σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία των προληπτικών προγραμμάτων είναι η ενεργός συμμετοχή των μαθητών και όχι η παθητική παρακολούθηση (N. Τσιλιχρήστος, 1991, σελ. 145, Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 376, Α. Αποστολόπουλος, 1998, σελ. 107, Β. Πασσάς, χ.χ, σελ.4).

Σύμφωνα με την Χουρδάκη για να είναι αποτελεσματική η πρόληψη που κάνουν οι εκπαιδευτικοί πρέπει να κάνουν τα ακόλουθα :

- Να αναπροσαρμοστούν οι σχέσεις με τον μαθητή, ώστε να είναι πιο οικείες με περισσότερο διάλογο και συζήτηση.
- Να δίνεται η δυνατότητα στον μαθητή να συμμετέχει στην διαδικασία των μαθημάτων.
- Στην διδασκαλία του μαθήματος αγωγή υγείας πρέπει να περιλαμβάνεται και το αλκοόλ και να γίνεται συζήτηση γι' αυτό.
- Τέλος, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να αποκτήσουν αυτογνωσία ώστε να μπορούν να διαχωρίσουν τα προσωπικά τους προβλήματα από την δουλειά.

(Μ. Χουρδάκη, 2000, σελ. 42-43)

Σημαντικός παράγοντας για ένα προληπτικό πρόγραμμα στο σχολείο είναι η συνεργασία των εκπαιδευτικών με τους γονείς. Είναι απαραίτητο να γίνονται τακτικές και ουσιαστικές συναντήσεις, ώστε γονείς και εκπαιδευτικοί να ανταλλάσσουν απόψεις για την εξελισσόμενη προσωπικότητα του μαθητή. Ακόμη είναι πολύ χρήσιμο να παρέχονται στους γονείς πληροφορίες ώστε το παιδί να μην λαμβάνει αντιφατικά μηνύματα στο σπίτι και στο σχολείο. Γιατί το αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτό και δεν γίνεται να τρομοκρατείται το παιδί από το σχολείο ότι είναι επικίνδυνο και οι γονείς να καταναλώνουν αλκοόλ στο σπίτι τους. (Ν. Τσιλιχρήστος, 1991, σελ. 145, Μ. Χουρδάκη, 2000, σελ. 43, Α. Κοκκέβη, 1987, σελ. 376).

Δυστυχώς το σχολείο μόνο γνώσεις παρέχει και δεν αναπτύσσει προγράμματα πρόληψης, γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η ανάγκη μεταρρύθμισης του ρόλου του σχολείου. (Μ. Χουρδάκη, 2000, σελ. 40 - 45).

1.2. Η οικογένεια ως μέσο πρόληψης

Η οικογένεια είναι το περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται το παιδί και δέχεται τα πρώτα ερεθίσματα για να διαμορφώσει τα βασικά στοιχεία της προσωπικότητας του.

Το σχολείο και η πολιτεία δεν είναι οι μόνοι που έχουν την ευθύνη για την πρόληψη. Στην προληπτική δράση πρέπει να περιλαμβάνονται και οι γονείς γιατί είναι σημαντικοί παιδαγωγοί, επιθυμούν το καλό των παιδιών τους και μπορούν να κάνουν σημαντικές προσπάθειες γι' αυτά. (Μ. Χουρδάκη, 2000, σελ. 28-29).

Ορισμένες συμβουλές που μπορούν να ακολουθήσουν οι γονείς για να συμβάλλουν στην πρόληψη του αλκοολισμού είναι οι ακόλουθες :

- Η απόφαση για την απόκτηση παιδιού πρέπει να λαμβάνεται αφού οι γονείς το επιθυμούν και είναι προετοιμασμένοι για να αναπτύξουν μια στενή και θετική σχέση. Σε αντίθετη περίπτωση θα νιώθουν τα παιδιά την εγκατάλειψη, την αδιαφορία και την ανασφάλεια.
- Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς να αναθέτουν στο παιδί ευθύνες και να μην είναι υπερπροστατευτικοί απέναντι του.
- Ακόμη, πρέπει να έχουν την ικανότητα να συζητούν, να ακούν προσεκτικά το παιδί τους, αλλά και να θέτουν συγκεκριμένους όρους αναφορικά με τις διάφορες ουσίες και το αλκοόλ.
- Είναι σημαντικό οι γονείς να αποδέχονται το παιδί τους όπως είναι, να αναγνωρίζουν την αξία του και να μην κάνουν συγκρίσεις με άλλα παιδιά ή με τον εαυτό τους.
- Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους να αυξήσουν την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, να αποκτήσουν αυτεπίγνωση, αυτοεκτίμηση και γενικά να σχηματίσουν μια θετική εικόνα για τον εαυτό τους.

- Στην διάρκεια της εφηβείας οι σχέσεις γονέων – παιδιών δοκιμάζονται και οι γονείς πρέπει να διατηρήσουν την ισορροπία γιατί είναι κρίσιμη ηλικία και οι έφηβοι τους έχουν ανάγκη.
- Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνουν τα παιδιά τους να συμμετέχουν σε υγιείς και δημιουργικές δραστηριότητες όπως σε αθλητικές ομάδες, πολιτιστικές κ.α. με αυτό τον τρόπο μπορούν να αντιμετωπίσουν την πλήξη και την ακινησία. Οι ομαδικές δραστηριότητες ενισχύουν την προσωπική ανάπτυξη, την αναγνώριση και την παραδοχή των παιδιών.
- Τα παιδιά πρέπει να γνωρίζουν οποιοσδήποτε κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχολογικές δυσκολίες στην οικογένεια τους.
- Οι γονείς έχουν την δυνατότητα και πρέπει να μάθουν να εντοπίζουν την κατανάλωση σε αλκοόλ των παιδιών τους.
- Επειδή τα Μ.Μ.Ε. είναι το βασικό μέσο που το παιδί μπορεί από τις διαφημίσεις, τις ταινίες, να μάθει για το αλκοόλ οι γονείς πρέπει να αξιολογούν τα μηνύματα τους και να ελέγχουν τι βλέπουν τα παιδιά τους.
- Ο καλύτερος τρόπος για να μειωθεί η πιθανότητα κατάχρησης αλκοόλ είναι το παράδειγμα των γονιών. Πρέπει οι ίδιοι να δίνουν το καλό παράδειγμα πίνοντας με μέτρο το αλκοόλ.
- Τέλος, είναι σημαντικό να καλλιεργείται με τον έφηβο μια σχέση βασισμένη στον αμοιβαίο σεβασμό.

(Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 279-280, J. Stel, 1999, σελ. 83-84, Μ. Χουρδάκη, 2000, σελ. 35-36, Φ. Γουώλτον, 1982, σελ. 38)

1.3. Ο ρόλος της κοινότητας στην πρόληψη

Η τοπική αυτοδιοίκηση επειδή έχει μικρό γεωγραφικό χώρο και μπορεί να έρθει σε επαφή με τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς και τους νέους,

έχει την δυνατότητα να αποτελέσει σημαντικό φορέα πρόληψης, με την βοήθεια της πολιτείας, αλλά και με την χάραξη ενός ενιαίου ευρωπαϊκού σχεδίου δράσης για το αλκοόλ. Η τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί να υλοποιήσει προγράμματα που θα απευθύνονται στην οικογένεια, το σχολείο, την γειτονιά κ.α. Ακόμη είναι πολύ σημαντικό να δημιουργηθούν πρωτοβουλιακές ομάδες πρόληψης και να παρέχει τα απαραίτητα τεχνικά μέσα για την διασφάλιση μιας υγιούς κοινωνίας. (Φ. Ζαφειρίδης, 1994, σελ. 16-17, Β. Μυλωνά, 1994, σελ. 14, Μ. Χουρδάκη, 2000, σελ.46).

Είναι πολύ σημαντικό η πολιτεία να χαράζει εθνική πολιτική για τα οινόπνευματώδη και να διαθέσει ένα ποσό από τον προϋπολογισμό του κράτους. Στα πλαίσια της πρόληψης για το αλκοόλ θα μπορούσε η πολιτεία να λάβει ορισμένα μέτρα όπως : Να αναλάβει πολιτικές πρόληψης στην βιομηχανία παραγωγής αλκοόλ με τον έλεγχο της παραγωγής. Με νομοθετικά μέτρα να απαγορεύσει την διάθεση αλκοολούχων ποτών σε ανήλικα άτομα, να απαγορευτεί η διαφήμιση, να αυξηθεί η φορολογία των ποτών με συνέπεια την αύξηση της τιμής του. Ακόμη με μέτρα κοινωνικής πολιτικής η κυβέρνηση μπορεί να κάνει τα ακόλουθα : Να οργανωθούν κοινωνικές υπηρεσίες με σκοπό την πληροφόρηση και την ευαισθητοποίηση του κοινού και να οργανωθούν εκπαιδευτικά προγράμματα που θα απευθύνονται στα άτομα υψηλού κινδύνου και στους νέους. Απαραίτητη είναι η λειτουργία συμβουλευτικών σταθμών 1 ανά 10.000 κατοίκους, ενώ η προσέγγιση στις θεραπευτικές υπηρεσίες πρέπει να είναι εύκολη, ενώ πρέπει να είναι στελεχωμένες με ειδικά εκπαιδευτικό προσωπικό. Ακόμη είναι σημαντικό να οργανωθούν και εθελοντικές οργανώσεις και κινήματα αυτοβοήθειας όπως Α. Α. που στοχεύουν στην πρόληψη και την μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με τα οινόπνευματώδη ποτά. (Κ.

Τσαρούχας, σελ. 278-289, J. Stel, 1999, σελ. 86, Μ. Μαδιανός, 1998, σελ. 159-162, Κ. Μάτσα, 1995, σελ. 45, Β. Μυλωνά, 1994, σελ. 14).

1.4. Η συμβολή των Μ.Μ.Ε. στην πρόληψη

Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας αν χρησιμοποιηθούν σωστά μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη για το αλκοόλ. (Φ. Ζαφειριάδης, 1994, σελ. 17).

Στατιστικές έχουν δείξει ότι η πληροφόρηση και η ενημέρωση που γίνεται με την συνεργασία των Μ.Μ.Ε. συνεισφέρει στην διαμόρφωση στάσεων και απόψεων ενάντια στην κατάχρηση αλκοόλ. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ. 285).

Οι εκστρατείες των Μ.Μ.Ε. μπορεί να είναι αποτελεσματικές όταν συνοδεύονται με υποστηρικτικές ενέργειες, θεσμικά μέτρα και προληπτικές παρεμβάσεις που απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες – στόχους. Τα μηνύματα των Μ.Μ.Ε. πρέπει να είναι κατάλληλα προσαρμοσμένα στα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της ομάδας – στόχου, μια βασική αρχή για θέματα υγείας είναι ότι πρέπει να δείχνουν την πραγματική εικόνα που υπάρχει στην κοινωνία αναφορικά με το αλκοόλ. Η δράση των Μ.Μ.Ε. ως μέσα πρόληψης είναι σημαντικές για την συνειδητοποίηση του προβλήματος και είναι το πρώτο βήμα για την αλλαγή της συμπεριφοράς. (Κ. Τσαρούχας, 2000, σελ.285-286, J. Stel, 1999, σελ. 85-86).

Σύμφωνα με τους Ζαφειρίδη και τον Stel οι προληπτικές παρεμβάσεις των Μ.Μ.Ε. μπορούν να έχουν την μορφή εκπαιδευτικών προγραμμάτων με ταινίες, συζητήσεις, ντοκιμαντέρ, video, αφίσες κ.α. (Φ. Ζαφειρίδης, 1994, σελ. 17, J. Stel, 1999, σελ. 86).

1.5. Ο ρόλος των συνομηλίκων εφήβων στην πρόληψη

Η πίεση των φίλων και συνομηλίκων είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας συμπεριφοράς ανάμεσα στους εφήβους.

Ο νέος θέλει να ανήκει σε μια παρέα από την οποία να είναι αποδεκτός και δεν επιθυμεί να τον απορρίψουν. Μέσα από την προσπάθεια που κάνει να ανεξαρτητοποιηθεί από την οικογένεια στην παρέα επιβεβαιώνει την ανεξαρτησία του. Έτσι πολλές φορές κάνει πράξεις που προσωπικά δεν εγκρίνει αλλά τις δέχεται κάτω από την πίεση της παρέας.

Από τις παρέες ο έφηβος, διαμορφώνει στάσεις και συμπεριφορές. Ανάλογα με την παρέα δέχεται θετικές ή αρνητικές επιδράσεις. Είναι πολύ σημαντικό για την εξέλιξη του εφήβου το είδος της παρέας.

Θα ήταν πολύ βοηθητική η προσέγγιση των νέων ή «περιθωριακών» ομάδων από άλλους συνομηλίκους τους «εμψυχωτές». Οι εμψυχωτές θα εφοδιαστούν κατάλληλα με γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να πείσουν τους συνομηλίκους τους να στραφούν στις θετικές πλευρές της ζωής και δράσης.

Οι Harnth Swadi και Harry Zeitlin (1989) προτείνουν να χρησιμοποιηθεί η μέθοδος προσέγγισης από έφηβο σε έφηβο, γιατί είναι πολύ φυσικό οι έφηβοι να ανταποκρίνονται θετικότερα στους συνομηλίκους παρά στους ενήλικες όπου συχνά νιώθουν ότι στην επαφή τους υποβόσκει μια «σχέση εξουσίας».

Η υποστήριξη του κράτους, της Τ.Α. και άλλων φορέων, αλλά και της οικογένειας είναι αναγκαία για την εκπαίδευση, κατάρτιση και υποστήριξη των ομάδων νέων «εμψυχωτών». (Ν. Φακιάλας, 1995, σελ.10-11).

2. Θεραπεία

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα γίνει μια συνοπτική παρουσίαση των κυριότερων θεραπευτικών προσεγγίσεων με σκοπό την θεραπεία του αλκοολισμού.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις του αλκοολισμού περιλαμβάνουν 3 ευρείες προσεγγίσεις :

1. Η φαρμακολογική προσέγγιση
2. Η ψυχολογική προσέγγιση
3. Ομάδες αυτοβοήθειας, οι Α.Α.

2.1. Η φαρμακολογική προσέγγιση

Η χορήγηση φαρμάκων στον αλκοολικό στοχεύει στην αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, του τρομώδες παραληρήματος, των νευρολογικών διαταραχών και των συνυπαρχουσών ψυχιατρικών διαταραχών. (Κ. Μάτσα, 1994, σελ. 14). Τα φάρμακα τα οποία προτιμούνται στην προσέγγιση αυτή είναι το Antabuse & Absten (Disulfiram ή δισουλφιράμη) είναι χημική ουσία και δημιουργεί δυσάρεστη αν όχι «βίαιη» αντίδραση στο άτομο αν επιχειρήσει την παράλληλη χρήση ουσιών με αλκοολικό περιεχόμενο, όπως ταχυκαρδία, εμετό, δύσπνοια, πονοκέφαλο κ.α. (Π. Χαρτοκόλλης, 1986, σελ. 252, Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 127-128, Ν. Μάνου, 1997, σελ. 530, C. Leikin, 1986, σελ. 149, Κ. Μάτσα, 1994, σελ. 14).

Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τον τρόπο δράσης του φαρμάκου και η λήψη του να γίνεται με την θέληση του. Για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία πρέπει να χορηγούνται καθημερινά 125-250mg δισουλφιράμης από το στόμα, με στενή ιατρική παρακολούθηση γιατί έχουν αναφερθεί βλαβερές επιπλοκές έπειτα από την λήψη δισουλφιράμης. Το φάρμακο αυτό ήταν ιδιαίτερα διαδεδομένο στις

αρχές της δεκαετίας του '50 για την θεραπεία του αλκοολισμού ανεξάρτητα από τις παρενέργειες που είχαν αναφερθεί. Η χρήση της δισουλφιράμης έχει περιοριστεί λόγω των επιπτώσεων της χωρίς όμως να αμφισβητείται η σπουδαιότητά της ως ανασταλτικός παράγοντας τους πρώτους μήνες αποχής (N. Μάνου, 1997, σελ. 530, C. Leikin, 1986, σελ. 149). Σύμφωνα με τον Μάνο η χρήση της πρέπει να συνδυαστεί με ψυχοθεραπεία, ομάδες Α.Α. κ.α. γιατί η δισουλφιράμη δεν μπορεί να καλύψει την απώλεια της επιθυμίας για αλκοόλ και την χαμηλή αυτοεκτίμηση του ασθενή (N. Μανού, 1997, σελ. 530, C. Leikin, 1986, σελ. 149, Π. Χαρτοκόλλης, 1986, σελ. 252, Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 128).

Μια άλλη ουσία που χρησιμοποιήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '50 για την θεραπεία του αλκοολισμού ήταν η Mentronidazole (Flagyl). Η ουσία χρησιμοποιήθηκε για την θεραπεία της ουρολοίμωξης και μια από τις παρενέργειες ήταν η αποστροφή στο αλκοόλ.

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο μια ακόμη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκε για την θεραπεία του αλκοολισμού είναι τα αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά που χρησιμοποιούνται στην περίοδο της αποτοξίνωσης για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα στέρησης ενώ τα bisulfiram & metronizadole χρησιμοποιούνται στην αποστροφική θεραπεία. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 129-130).

2.2. Ψυχολογική προσέγγιση

«Οι ψυχολογικές προσεγγίσεις στην θεραπεία του αλκοολισμού έχουν εφαρμοστεί στις αρχές του αιώνα».

Τα είδη της ψυχολογικής προσέγγισης είναι :

- α. Η τεχνική θεραπειάς συμπεριφοράς.
- β. ατομική – ομαδική θεραπεία.
- γ. Οικογενειακή θεραπεία.

α. Τεχνική θεραπεία συμπεριφοράς

Μια από τις θεραπείες συμπεριφοράς είναι η αποστροφική συμπεριφορά. Η βασική θεωρία που βασίζεται η τεχνική της αποστροφικής ήταν ότι δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν την πιθανότητα κατανάλωσης αλκοόλ. Ενώ οι κύριες μορφές αυτής της θεραπείας είναι η ηλεκτρική και η χημική. Αναφορικά με τα ηλεκτρικά ερεθίσματα ένα μέτριο ηλεκτροσόκ διοχετεύεται είτε από τον θεραπευτή είτε από τον ασθενή όταν καταναλώνει αλκοόλ. Στην δεύτερη περίπτωση χορηγούνται χημικά παρασκευάσματα όπως Disulfiram στον αλκοολικό τη στιγμή που μυρίζει ή πίνει αλκοόλ και του προκαλεί εμετό.

Μια τεχνική που χρησιμοποιούν οι θεραπευτές συμπεριφοράς είναι η θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι περισσότεροι αλκοολικοί εμφανίζουν άγχος για διάφορους λόγους όπως η κοινωνική πίεση από το περιβάλλον τους που τους οδηγεί στην κατανάλωση αλκοόλ. Σύμφωνα με αυτή την τεχνική οι ψυχολόγοι θεραπευτές «εκπαιδεύουν» τους αλκοολικούς με την απεναισθητοποίηση, την χαλάρωση, την ύπνωση κ.α. ώστε να αναζητήσουν εναλλακτικούς τρόπους αντίδρασης στην κοινωνική πίεση. Η εκπαίδευση αυτή διαρκεί μερικές εβδομάδες και οι αλκοολικοί είναι σε θέση να τροποποιήσουν την συμπεριφορά τους στις κοινωνικές πιέσεις (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 132-136, Α. Κωλέττα, Ε. Μπάλτσιου 1994, σελ. 164-165, Ν. Μάνου, 1997, σελ. 530).

β. Ατομική – Ομαδική ψυχοθεραπεία

Ο κύριος στόχος που έχει η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι η ανάλυση της «σύγκρουσης» και όχι η θεραπεία του συμπτώματος, γιατί όταν λυθεί η «σύγκρουση» θα οδηγηθούμε σε καταστολή του συμπτώματος, δηλαδή του αλκοολισμού. Ένα πολύ βασικό ζήτημα που τίθεται στην θεραπεία του αλκοολισμού είναι ποια μέθοδος

ψυχοθεραπείας είναι πιο αποτελεσματική. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ομαδική θεραπεία ενδείκνυται για τον αλκοολισμό. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ.136).

Η ατομική ψυχοθεραπεία στην περίπτωση του αλκοολισμού δεν έχει την δυνατότητα να επιδιώξει την ανασυγκρότηση της προσωπικότητας του χρήστη. Κυρίως στρέφεται στην προσαρμογή, των επαγγελματικών, οικογενειακών, κοινωνικών, ψυχοσυναισθηματικών δυνατοτήτων του στην πραγματικότητα που αντιμετωπίζει. (Κ. Μάτσα, 1995, σελ. 14).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται σε ευρεία κλίμακα για την θεραπεία αλκοολικών και είναι η «δημοφιλέστερη» προσέγγιση που χρησιμοποιείται στα ψυχιατρικά θεραπευτικά προγράμματα των Η.Π.Α. και της Μ. Βρετανίας. Οι ομάδες απαρτίζονται από εφήβους που έχουν προβλήματα με το ποτό και από άλλους που αντιμετωπίζουν παρόμοια συναισθήματα και προβλήματα της εφηβείας. Μέσα στην ομάδα δίνεται η δυνατότητα στον έφηβο να εκφράσει τα προβλήματα και συναισθήματα του, ακόμη επιτρέπεται η εκδραμάτωση, η απενεχοποίηση, η υπευθυνοποίηση, η προσοχή, η ταυτοποίηση και η μεταβίβαση. Ακόμη μπορεί ο νέος να αποκτήσει αυτοσεβασμό και μια καλύτερη εικόνα για τον εαυτό του. Μέσα από την ομάδα καταβάλλεται προσπάθεια να παρέχεται στον έφηβο αλκοολικό η ευκαιρία για προσοχή με σεβασμό και κατανόηση, να συνειδητοποιεί ότι είναι αποδεκτός, ότι ανήκει κάπου χωρίς καταναγκασμό ή ανταγωνισμό. Η ατμόσφαιρα στην ομάδα είναι ζεστή, ανθρώπινη και παρέχει ασφάλεια στον αλκοολικό, γίνεται ενεργητικός, αποφασιστικός με την δυνατότητα για προσωπική επιλογή. (Κ. Μάτσα, 1995, σελ. 14, Α. Δοξιάδη, 1985, σελ. 203, Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 137-139).

Η ομάδα έχει την δυνατότητα να λειτουργεί με ή χωρίς συντονιστή, που μπορεί να είναι θεραπευτής ή πρώην αλκοολικός, ενώ δεν είναι

υποχρεωτικό να υπάρχει προκαθορισμένο θέμα. (Κ. Μάτσα, 1995, σελ. 14).

Ο Μάνος υποστηρίζει ότι η ψυχοθεραπεία πρέπει να χρησιμοποιείται και με άλλες μεθόδους και κυρίως με τους Α.Α. γιατί από μόνη της δεν έχει την δυνατότητα για συνεχή υποστήριξη που είναι αναγκαία για τον αλκοολικό. (Ν. Μάνος, 1997, σελ. 530).

γ. Οικογενειακή θεραπεία

Η συστηματική οικογενειακή θεραπεία αποτελεί την πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση για την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο και η οικογένεια του, η οποία εμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του '50. (Dimitrijevic, 1989, σελ. 40).

Σύμφωνα με τον Dimitrijevic η οικογενειακή μονάδα για να κατανοηθεί πρέπει να μελετηθούν οι εύνοιες της οικογένειας σαν σύστημα και σαν αναπτυξιακό γεγονός. Η οικογένεια σαν σύστημα, εξετάζει το σύστημα, τα υποσυστήματα και τους μηχανισμούς της οικογένειας, ενώ η οικογένεια σαν αναπτυξιακό γεγονός βασίζεται στο γεγονός ότι η ανάπτυξη είναι ένα συνεχιζόμενο γεγονός που πραγματοποιείται σταδιακά, ενώ είναι απαραίτητη η αντιμετώπιση όλων των δυσκολιών του ενός σταδίου για να προχωρήσει στο επόμενο.

Ο Durrall έχει διακρίνει τον οικογενειακό κύκλο σε 8 στάδια : 1. Η αρχική οικογένεια, 2. Η οικογένεια με μικρό παιδί, 3. Η οικογένεια με προσχολικό παιδί, 4. Η οικογένεια με σχολικό παιδί, 5. Η οικογένεια με έφηβο, 6. Διάλυση της οικογένειας με την αποχώρηση των παιδιών από τους γονείς, 7. Μεταγονεϊκή οικογένεια μετά την αποχώρηση των παιδιών, 8. Γηρασμένη οικογένεια.

Μέσα από την συστηματική προσέγγιση των εφήβων αλκοολικών καταβάλλεται προσπάθεια για να κατανοηθεί η δυναμική της οικογένειας, τα επικοινωνιακά πλαίσια, τις επιδράσεις των

προηγούμενων γενεών στην σημερινή κατάσταση της οικογένειας, αλλά και τα αίτια που οδήγησαν την οικογένεια να αναζητήσουν βοήθεια την συγκεκριμένη στιγμή.

Κατά τον Dimitrijevic τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για τον σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος είναι :

- Η φάση του εξελικτικού κύκλου της ζωής της οικογένειας που βρίσκεται τη συγκεκριμένη στιγμή, άλλωστε αρκετές είναι οι περιπτώσεις που η οικογένεια βρίσκεται σε περισσότερες από μια φάσεις της ζωής της.
- Οι αντιδράσεις των μελών της οικογένειας, η προσαρμογή τους στην θεραπεία, τα συμπτώματα και η λειτουργία της καθώς και η εκτίμηση για την δυνατότητα ολοκλήρωσης της θεραπείας αλλά και η πρόγνωση για την εξέλιξη της οικογένειας. (Dimitrijevic, 1989, σελ. 40-41).

Σύμφωνα με την Δοξιάδη με την οικογενειακή θεραπεία γίνεται προσπάθεια να κατανοηθούν, οι λόγοι που οδηγούν τον έφηβο στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, οι γονείς και όλη η οικογένεια. Ενώ στην διάρκεια των συναντήσεων οι έφηβοι και οι γονείς ανταλλάσσουν γνώμες, πληροφορίες, συναισθήματα, ενώ μπορεί να είναι και η πρώτη φορά που επικοινωνούν σωστά και ακούει ο ένας τον άλλο. (Α. Δοξιάδη, 1985, σελ. 203).

Κατά την Leikin η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει και την «εκπαίδευση» της οικογένειας ώστε να απαλλαγούν από το θυμό, την ενοχή και την μνησικακία. Ακόμη θα μπορέσουν να αποκτήσουν την αυτοεκτίμηση τους και θα διδαχθούν στρατηγικές για να αντιμετωπίζουν την καταστροφή και το χάος. Τέλος, λόγω ντροπής η οικογένεια μπορεί να έχει απομακρυνθεί από το κοινωνικό περιβάλλον της και θα βοηθηθούν να ξαναφτιάξουν τις σχέσεις τους. (C. Leikin, 1986, σελ. 150-151).

2.3. Ομάδες αυτοβοήθειας

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ο αριθμός ομάδων αυτοβοήθειας που στοχεύουν : 1. Στην προαγωγή της ανάπτυξης του εγώ των μελών της ομάδας και 2. στην δημιουργία ενός υποστηρικτικού συστήματος όπου τα μέλη της ομάδας θα μπορούν να βρουν καταφύγιο. Ο Gellman θεωρεί πως χαρακτηριστικό παράδειγμα ομάδας αυτοβοήθειας αποτελούν οι ανώνυμοι αλκοολικοί (Α.Α.), ενώ μέσα από μια τέτοια ομάδα μπορούν να αντιμετωπισθούν νόσοι εξάρτησης όπως είναι ο αλκοολισμός. (Μ. Μαδιανός, 1986,σελ. 215-218).

Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.)

Οι Α.Α. ιδρύθηκαν το 1935 στο Αρκον του Οχάιο από τον Holbrook Smith γιατρό και τον William Wilson χρηματιστή και σήμερα υπάρχουν σε πολλές χώρες του κόσμου. Τα τελευταία 50 χρόνια θεωρείται η πιο δημοφιλής προσέγγιση για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Η θεραπεία με τους Α.Α. παρέχει συνεχή και σταθερή ομαδική υποστήριξη από άτομα πρώην αλκοολικούς. Οι συναντήσεις των Α.Α. γίνονται με βάση ένα πρόγραμμα 12 βημάτων και χαρακτηρίζονται από αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των μελών και την προσεκτική αμφισβήτηση του τρόπου που πίνει ο αλκοολικός και που αρνείται την αρρώστια του.

Οι βασικές αρχές των Α.Α. είναι η ειλικρίνεια των μελών καθώς εξιστορούν την ζωή τους, τις σχέσεις τους, τα συναισθήματα τους. Τα μέλη όταν συμμετέχουν στην ομάδα βρίσκονται σε αποχή. Ο βασικός λόγος που οφείλεται η επιτυχία των Α.Α. είναι ότι υπάρχει η δυνατότητα να διατίθεται ανθρώπινο δυναμικό οποιαδήποτε ώρα της ημέρας. Το 1993 οι Α.Α. είχαν 1.000.000 μέλη και 42.000 ομάδες σε 110 χώρες. Στην Ελλάδα λειτουργούν 3 ομάδες Α.Α. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ.

141-142, Ν. Μάνου, 1997, σελ. 529, Μ. Μαδιανός, 1986, σελ. 218-219, C. Leikin, 1986, σελ. 149-150).

Ακόμη έχουν δημιουργηθεί ΑΙ-Απομ. ομάδες αυτοβοήθειας για τις (τους) συζύγους των αλκοολικών που σκοπό έχουν να βοηθήσουν ανακουφίζοντας τους (τες). Τέλος λειτουργούν και Alately που είναι ομάδες αυτοβοήθειας για εφήβους παιδιά αλκοολικούς, με σκοπό να τα βοηθήσουν να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν έχοντας γονείς αλκοολικούς. (Ν. Μάνου, 1997, σελ. 529-530).

Έρευνες που έχουν αξιολογήσει το έργο των Α.Α. αναφέρουν ότι το ποσοστό επιτυχίας αυτής της προσέγγισης δεν διαφέρει σε σύγκριση με την φαρμακολογική ή την ψυχολογική. (Γ. Ποταμιάνος, 1991, σελ. 142). Ενώ η Leikin θεωρεί ότι τα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα χρειάζονται την παρακολούθηση των Α.Α. σαν ένα αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας. (C. Leikin, 1986, σελ. 150).

2.4. Οι φάσεις της θεραπείας των (εφήβων) νεαρών αλκοολικών

Σύμφωνα με τον Dimitrijevic όλοι οι αλκοολικοί πρέπει να έχουν την ίδια προσέγγιση, από την άλλη πλευρά η εφηβεία έχει μια πληθώρα προβλημάτων, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ειδική θεραπευτική προσέγγιση και τους ανάλογους θεραπευτικούς σκοπούς.

Η θεραπεία των (εφήβων) νεαρών αλκοολικών περιλαμβάνει 3 φάσεις :

Η πρώτη φάση : Περιλαμβάνει την σωματική αποτοξίνωση και το στόχος της είναι η αποχή από το αλκοόλ, η εφαρμογή ιατρικών μέτρων αλλά και η κινητοποίηση του ατόμου. Παράλληλα οργανώνεται και μια ομάδα σημαντικών ατόμων για τον αλκοολικό που εκτός από την οικογένεια, την αποτελούν οι φίλοι, οι γείτονες, οι συγγενείς κ.α. Στην συνέχεια γίνεται μια συνάντηση με τον αλκοολικό και την θεραπευτική ομάδα (αποτελούμενη από τα

σημαντικά πρόσωπα) και καθορίζονται οι σκοποί της θεραπείας που είναι η εφ' όρου ζωής αποχή, η απαλλαγή της συμπεριφοράς του αλκοολικού και η οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενή. Έχει μεγάλη σημασία η συμμετοχή του νεαρού αλκοολικού κάνοντας την δική του διάγνωση και θέτοντας τους δικούς του θεραπευτικούς σκοπούς, ενώ παράλληλα θα χρησιμοποιούνται και διάφορες θεραπευτικές τεχνικές. Τέλος, είναι σημαντικό να εξεταστεί η διαντίδραση γονέα – εφήβου και η ανάλυση οικογενειακού προγράμματος για να γίνει ο κατάλληλος σχεδιασμός της θεραπευτικής διαντίδρασης.

Η δεύτερη φάση : Περιλαμβάνει την ομαδική συστημική οικογενειακή θεραπεία και διαρκεί περίπου ένα χρόνο, με 1 συνεδρία την εβδομάδα και με τακτική δουλειά. Η ομάδα αποτελείται από 8-10 άτομα και μαζί τους βρίσκονται τα σημαντικά πρόσωπα του ασθενή. Ο σκοπός σε αυτή τη φάση είναι η κινητοποίηση και η ανάλυση των χαρακτηριστικών δυσλειτουργιών του κάθε μέλους. Ενώ στην συνέχεια ο θεραπευτής και η ομάδα σχεδιάζουν τις θεραπευτικές ενασχολήσεις για το κάθε μέλος χωριστά. Παράλληλα γίνεται εργασία για την ανύψωση της προσωπικής ευθύνης και επάρκειας στην οικογένεια και στην κοινωνία για την συναισθηματική και κοινωνική ωρίμανση και για την ανεξαρτητοποίηση από την οικογένεια των γονέων.

Η τρίτη φάση : Δεν είναι ακριβώς θεραπευτική, αλλά αποτελεί μια ευρύτερη της κοινωνικής επανένταξης με την υγιεινή,

οικογενειακή, επαγγελματική αποκατάσταση δίνοντας την δυνατότητα στον νέο για περαιτέρω ανάπτυξη.

Η συμμετοχή στο σύνολο (Club) δίνει την δυνατότητα να πραγματοποιηθούν αυτοί οι σκοποί. (Dimitrijevic, 1986, σελ. 44-46).

2.5. Οι παράγοντες που εξασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας

Οι βασικοί παράμετροι που θα μπορούσαν να συμβάλλουν θετικά στην θεραπεία του αλκοολισμού είναι :

- Η εθελοντική προσέλευση των αλκοολικών για θεραπεία γιατί η εμπειρία έχει αποδείξει ότι όταν η θεραπεία είναι υποχρεωτική δεν επιφέρει θετικά αποτελέσματα.
- Τα θεραπευτικά προγράμματα πρέπει να περιλαμβάνουν και την ψυχική απεξάρτηση του αλκοολικού. Η σωματική αποτοξίνωση είναι προ-στάδιο στη θεραπεία. Η ψυχική απεξάρτηση πρέπει να γίνεται χωρίς να χορηγούνται χημικά υποκατάστατα για την ουσία που χάνουν.
- Τα θεραπευτικά προγράμματα πρέπει να απευθύνονται σε όλους τους αλκοολικούς ακόμη και αν είναι φορείς ή νοσούν από AIDS.
- Η ύπαρξη πολλών θεραπευτικών μοντέλων, ώστε να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις ανάγκες του πληθυσμού.
- Η ύπαρξη κοινών κριτηρίων που θα αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων. Τα κριτήρια αυτά είναι :
 - α) Η πλήρης αποχή από το αλκοόλ.
 - β) Η ομαλή επανένταξη στην κοινωνία.
- Ακόμη μέσα από τα θεραπευτικά προγράμματα οι αλκοολικοί να κατανοήσουν ότι και ένα ποτήρι αλκοόλ αρκεί για να υποτροπιάσουν.

- Τέλος, πρέπει να αποκαταστήσουν την αυτοεκτίμησή τους μέσα από την θεραπευτική διαδικασία.

(Φ. Ζαφειρίδης, 1994, σελ. 17, Ν. Μάνος, 1997, σελ. 529)

Z. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ Κ.Λ. ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Έχει αναγνωριστεί η ανάγκη για διεπιστημονική αντιμετώπιση των διαφόρων κοινωνικών προβλημάτων (π.χ. αλκοολισμός) σε όλα τα επίπεδα : διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, πρόληψη.

Τα κύρια μέλη της διεπιστημονικής ομάδας είναι : παιδίατρος ή παθολόγος, ψυχίατρος ή παιδοψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός. Η ομάδα ανάλογα με τις τοπικές συνθήκες, τις ανάγκες και το πλαίσιο στο οποίο λειτουργεί και εφόσον υπάρχει κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό μπορεί να εμπλουτιστεί με στελέχη και άλλων ειδικοτήτων όπως είναι : εκπαιδευτικοί εργοθεραπευτές, νοσηλευτές, νομικοί κ.α. (Γ. Τσιάντης, χ-χ, σελ. 408).

Η διεπιστημονική συνεργασία προϋποθέτει κοινούς σκοπούς, διαφορετική επιστημονική κατεύθυνση και την ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης. Είναι πολύ σημαντικό ο κάθε συνεργάτης να γνωρίζει το περιεχόμενο του τομέα του και όντας ικανοποιημένος και ασφαλής με την επιστημονική του ταυτότητα να δέχεται να συνεργαστεί, γιατί γνωρίζει ότι συμβάλλει ενεργά στην επιτυχία του κοινού σκοπού που έχει τεθεί.. (Κ. Παπαϊωάννου, 1998, σελ. 169-171).

Η αποδοτική και αποτελεσματική εργασία της κάθε ομάδας είναι συνάρτηση :

- της προσωπικότητας κάθε μέλους που ευνοεί την καλή επαφή με την κοινότητα και το άτομο.
- της εκπαίδευσης αναφορικά με τον τομέα που έχει αναλάβει.
- της διαμόρφωσης μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για τον τρόπο δράσης.

- της αντίληψης της ομαδικότητας. (Μ. Μαδιανός, 1998, σελ. 119-121).

Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ένας έμπειρος και εξειδικευμένος επόπτης ο οποίος θα παρακολουθεί από πολύ κοντά την εργασία της ομάδας και θα έχει την ευθύνη για την έκβαση των περιστατικών. (Γ. Τσιάντης, χ.χ, σελ. 364).

Στην συνέχεια θα περιγράψουμε ειδικά για τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση του αλκοολισμού.

Η κατάχρηση του αλκοόλ είναι μια ασθένεια παρά ένα σύμπτωμα συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων, η οποία αποτελεί μια πρόκληση για τον Κ.Λ. (C. Leikin, 1986, σελ. 141).

Ο ρόλος του Κ.Λ. στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού θα μπορούσε να είναι πολύ σημαντικός και θα μπορούσε να επέμβει στους εξής τομείς:

1. Πρόληψη

Ο Κοινωνικός Λειτουργός βοηθάει στην πρόληψη του αλκοολισμού σε πολλούς τομείς της ζωής του ανθρώπου.

α. Σχολείο : Ο Κ.Λ. που εργάζεται σε Δημοτικό σχολείο μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη του αλκοολισμού ενημερώνοντας τους μαθητές για το τι είναι αλκοόλ και τις επιπτώσεις που έχει σε όλες τις διαστάσεις του. Για να το καταφέρει αυτό πρέπει να χρησιμοποιήσει τις κατάλληλες τεχνικές και μεθόδους.

β. Οικογένεια : Άλλος ένας τομέας με τον οποίο μπορεί να ασχοληθεί ο Κ.Λ. είναι η οικογένεια του μαθητή. Ερχόμενος σε επαφή με την οικογένεια μπορεί να εντοπίσει τυχόν προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ σε ένα ή περισσότερα μέλη της. Ασκώντας κοινωνική εργασία κατά περίπτωση μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Πολλές φορές όμως είναι πιθανόν να χρειαστεί να γίνει παραπομπή σε άλλη υπηρεσία.

Τέλος, αν υπάρχει προδιάθεση – «κληρονομικότητα» αλκοολισμού στην οικογένεια μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να μην γίνουν αλκοολικά.

γ. Κοινότητα : Ο Κ.Λ. που εργάζεται με κοινότητα μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη, με την ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού. Γεγονός που μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάφορα σεμινάρια και εκδηλώσεις στην κοινότητα.

δ. Νοσοκομείο : Ο Κ.Λ. μπορεί να συναντήσει στο νοσοκομείο περιστατικά νέων που κάνουν χρήση αλκοόλ και να τους βοηθήσει στην μείωση του.

Γενικά ο Κ.Λ. μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη με : την ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού με διανομή διαφόρων ενημερωτικών φυλλαδίων από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες και την εξάλειψη των αιτιών που οδηγούν στην κατάχρηση αλκοολούχων ποτών, ασκώντας κοινωνική εργασία. (Μ. Σαλτουγιάννη, Ζ. Στεργιάκα, 1990, σελ. 56-58).

2. Θεραπεία

Αποτελεί σημαντικό μέρος στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού και ο Κ.Λ. συμμετέχει σε αυτή ενεργά.

Ο αλκοολικός αναπτύσσει ένα πολύπλοκο δίκτυο μηχανισμών άμυνας που τον προστατεύει από την ενοχή του, τον φόβο, τον ψυχικό πόνο, τον θυμό και το άγχος. Η άρνηση είναι κοινά αποδεκτό, ότι είναι η υπερισχύουσα άμυνα. (C. Leikin, 1986, σελ. 145).

Είναι γνωστό ότι οι αλκοολικοί δεν δέχονται εύκολα ότι έχουν πρόβλημα με το ποτό, ακόμα και αν έχει επηρεαστεί η σωματική και ψυχική τους υγεία. Σε αυτή την περίπτωση ο Κ.Λ. πρέπει να βοηθήσει τον αλκοολικό, αλλά και την οικογένεια του να δεχτούν την πραγματικότητα με στάση παραδοχής και ειλικρινούς ενδιαφέροντος, να

δημιουργεί επικοινωνία θετική και επανατροφοδοτική. Εάν δεν το καταφέρει αυτό τότε θα δοκιμάσει την τυπική παρέμβαση. Σύμφωνα με τον Vernon Johnson η τυπική παρέμβαση περιλαμβάνει την συγκέντρωση των σημαντικών ατόμων του αλκοολικού, οι οποίοι θα εξετάσουν τι δεδομένα θα του παρουσιάσουν, αλλά και τον τρόπο που θα τα παρουσιάσουν. (C. Leikin, 1986, σελ. 147, K. Herman, 1971, σελ. 113).

«Κατά τον Herman (1971) ο Κ.Λ. για να βοηθήσει τον αλκοολικό πρέπει :

- Να τον βοηθήσει να πιστέψει ότι είναι αξιόλογος άνθρωπος.
- Να τον βοηθήσει να αφήσει την άρνηση και να αντικρίσει την πραγματικότητα.
- Τέλος, να τον βοηθήσει να μάθει να ζει νηφάλιος, που σημαίνει να μάθει να ζει με έναν εντελώς καινούργιο τρόπο ζωής χωρίς υποκατάστατα και εξωτερικά στηρίγματα».

«Οι θεραπευτικοί στόχοι που πρέπει να έχει είναι :

- Να βοηθήσει τον αλκοολικό ή τα μέλη της οικογένειας ή και τους δύο να δεχτούν την πραγματικότητα.
- Να βοηθήσει όλους τους ενδιαφερομένους να δεχτούν ότι ο αλκοολικός είναι το πρωταρχικό πρόβλημα.
- Ο Κ.Λ. θα πρέπει να γνωρίζει κατά τα μέσα θεραπείας που είναι διαθέσιμα στην οργάνωση του και στην ευρύτερη κοινότητα για να συστήσει τις κατάλληλες επιλογές θεραπείας.
- Να εμπνεύσει ένα αίσθημα ελπίδας για αποθεραπεία και στον αλκοολικό και στην οικογένεια του». (C. Leikin, 1986, σελ. 147).

Ένα άτομο φτάνει στο σημείο να κάνει κατάχρηση αλκοόλ γιατί δεν έχει μάθει άλλους τρόπους να αντιμετωπίζει το άγχος, τις εντάσεις, τις κρίσεις και σταδιακά γίνεται τρόπος ζωής. Σε αυτό το σημείο, σύμφωνα

με τον Herman «ο Κ.Λ. καλείται να βοηθήσει το άτομο να μάθει τρόπους ζωής, δημιουργικούς που θα τον βοηθήσουν να δώσει νόημα στην ζωή του. Τότε ο αλκοολικός ψάχνει να βρει υποκατάστατα και περιμένει ανταμοιβή γι' αυτή του την ενέργεια. Δηλαδή με την κοινωνική επιβράβευση θα αποκτήσει αυτοπεποίθηση πράγμα που σημαίνει ότι τέτοιου είδους προσπάθειες πρέπει να ενισχύονται. Σε αυτό το στάδιο ο Κ.Λ. μπορεί να δείξει εμπιστοσύνη στον «ασθενή», γιατί προσπαθεί να λύσει τα προβλήματα του χωρίς το αλκοόλ». (Κ. Herman, 1971, σελ. 114)

Αποφασιστικής σημασίας είναι η συνεχής υποστήριξη και επιβεβαίωση του ατόμου, γιατί συναισθηματικά μπορεί να παρουσιαστούν σοβαρές συγχυτικές καταστάσεις, κατάθλιψη και έντονος φόβος. Η πιθανότητα υποτροπής μειώνεται σημαντικά όταν ο αλκοολικός συμμετέχει σε ένα ολοκληρωμένο και πλήρες πρόγραμμα ενός μήνα. Σε μερικές περιπτώσεις απαιτείται πιο μακρόχρονη παραμονή. (C. Leikin, 1986, σελ. 148).

Σύμφωνα με την Leikin (1986), για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία πρέπει να επικεντρώνεται στις συνέπειες του αλκοολισμού και όχι στην κατανόηση της αιτιολογίας του. Η θεραπευτική διαδικασία είναι και εκπαιδευτική, διότι μαθαίνει στο άτομο και την οικογένεια του, τις σωματικές, κοινωνικές και συναισθηματικές επιπτώσεις του αλκοολισμού. Επίσης τον βοηθάει να κατανοήσει τις παράλογες πράξεις του, που οφείλονται στον εθισμό του. Ορισμένες φορές ο αλκοολικός αρνείται την θεραπεία, η οικογένεια όμως μπορεί να την χρειάζεται και αυτό να ωθήσει τον αλκοολικό σε μια θεραπευτική διαδικασία. (C. Leikin, 1986, σελ. 150).

Τα προσόντα που πρέπει να έχει ο Κ.Λ. για να βοηθήσει τον αλκοολικό και την οικογένεια του είναι :

- α. Να υπάρχει αισιοδοξία για την επιτυχία της θεραπείας, ενώ μπορεί να υπάρχουν απογοητεύσεις και αποτυχίες.
- β. Να έχει την ικανότητα να αντιμετωπίζει τις απαιτήσεις των αλκοολικών χωρίς να γίνεται υπερ-καθοδηγητικός και απορριπτικός.
- γ. Να έχει την ικανότητα να είναι ρεαλιστής για την θεραπεία του ασθενή.
- δ. Να έχει την ικανότητα να δέχεται εχθρότητα και απόρριψη από τον ασθενή και να παραμένει υποστηρικτικός στην σχέση. (K. Herman, 1971, σελ. 138).

3. Κοινωνική επανένταξη

α. Οικογένεια : Μέρος της θεραπείας αποτελεί η προετοιμασία της οικογένειας να δεχτεί τον ασθενή, μετά την λήξη της. Αυτό θα γίνει με την εκπαίδευση της, ώστε να απαλλαγούν από τον θυμό, την ενοχή και την μνησικακία. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να διδαχτούν στρατηγικές ώστε να αποκτήσουν αυτοεκτίμηση, παραγωγικότητα και να ξαναφτιάξουν τις κοινωνικές σχέσεις, οι οποίες έχουν αποκοπεί λόγω ντροπής.

β. Κοινωνία : Βασικό μέλημα του Κ.Λ. είναι η ομαλή επανένταξη του ατόμου μέσα σε αυτή. Αυτό θα πραγματοποιηθεί με την συνεργασία του Κ.Λ. και του περιβάλλοντος, του «ασθενή» για να εξαλειφθούν όλες εκείνες οι καταστάσεις που τον οδήγησαν στην κατάχρηση αλκοόλ. (Μ. Σταλτουγιάννη, Σ. Στεργιάκα, 1990, σελ. 62).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό, οι υπηρεσίες πρέπει να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα ώστε το άτομο να μην περιθωριοποιείται, αλλά να συμμετέχει ενεργά και φυσιολογικά σε όλες τις δραστηριότητες της κοινότητας. Επίσης θα πρέπει να γίνει προσπάθεια για την εξάλειψη του στιγματισμού ώστε η κοινότητα να δεχτεί το πρώην αλκοολικό άτομο. (Μ. Μαδιανός, 1998, σελ.233).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Είδος της έρευνας - σκοπός.

Η έρευνα αυτή έχει ως σκοπό να διαπιστώσει τις διαστάσεις του φαινομένου της χρήσης αλκοόλ στην εφηβική και μετεφηβική ηλικία.

Θεωρώντας δεδομένο το γεγονός ότι οι σπουδαστές πίνουν αλκοολούχα ποτά, το είδος της έρευνας που χρησιμοποιείται είναι η Διερευνητική προσέγγιση, προκειμένου να συγκεντρωθούν οι απόψεις τους πάνω στο θέμα.

Ειδικότερα η έρευνα αυτή στοχεύει στο να αξιολογήσει τις απόψεις των σπουδαστών πάνω στα εξής θέματα:

- Κατά πόσο γνωρίζουν τα αίτια που οδηγούν τους εφήβους στη χρήση αλκοόλ.
- Τη γνώση που έχουν για τις επιπτώσεις του αλκοόλ σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο.
- Την ενημέρωση που έχουν λάβει για την πρόληψη του αλκοολισμού από την οικογένεια, το σχολείο, την κοινότητα και τα Μ.Μ.Ε.
- Και τέλος, την ενημέρωση που έχουν για την θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη του αλκοολικού.

2. Ερωτήματα

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας διατυπώνονται ορισμένα ερωτήματα.

Αυτά είναι:

- Έχουν δοκιμάσει κάποιο αλκοολούχο ποτό;

- Ποιος τους προέτρεψε να πιουν για πρώτη φορά;
- Σε ποια ηλικία άρχισαν να κάνουν συστηματική χρήση αλκοόλ;
- Που καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά και κάτω από ποιες συνθήκες;
- Σε ποια ηλικία μέθυσαν για πρώτη φορά;
- Ποιοι πιστεύουν ότι η κατάχρηση αλκοόλ οδηγεί σε εξάρτηση;
- Ποιοι είναι οι σπουδαιότεροι λόγοι που τους κάνουν να πίνουν;
- Αν υπάρχει κάποιος στο περιβάλλον τους που καταναλώνει συστηματικά αλκοόλ ή αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα λόγω αυτού;
- Αν πιστεύουν ότι η κατάχρηση οινοπνευματώδων ποτών μπορεί να έχει επιπτώσεις στην υγεία, οικογένεια, κοινωνία και εργασία.
- Ποιες πιστεύουν ότι είναι οι επιπτώσεις από την χρήση αλκοόλ.
- Αν γνωρίζουν της υπηρεσίες που είναι αρμόδιες για το αλκοόλ;

3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η μέθοδος συλλογής δεδομένων που επιλέξαμε είναι το ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Παρά τα κάποια μειονεκτήματα του (κατάσταση ερωτούμενου, συνθήκες κάτω από τις οποίες απαντά ο ερωτώμενος κ.α.) η μέθοδος αυτή είναι περισσότερο αποδοτική στη συγκέντρωση των απαιτούμενων πληροφοριών, καθώς δεν παρεμβάλλεται η αρνητική επίδραση της προσωπικής επαφής. Επίσης αποφεύγεται η αρνητική (λόγο φόβου) ανειλικρινής απάντηση ή δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων.

4. Το δείγμα

Για τη διεξαγωγή της έρευνας δεν ήταν δυνατό σε 'μας να ρωτήσουμε όλους τους σπουδαστές της Ελλάδας. Γι' αυτό επιλέξαμε 100 τυχαίους σπουδαστές ς του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών.

Η έρευνα έγινε στις 13,14 και 15 Φεβρουαρίου 2002. Από τα 100 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν στους σπουδαστές, επιστράφηκαν συμπληρωμένα και τα 100, δηλαδή το ποσοστό συμμετοχής ήταν 100%.

Κρίνεται απαραίτητο να τονιστεί, ότι ο αριθμός των σπουδαστών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν μόλις 100, ένα ελάχιστο ποσοστό του φοιτητικού πληθυσμού της Ελλάδας, με αποτέλεσμα να μην θεωρηθεί το δείγμα αντιπροσωπευτικό ώστε να εξαχθούν γενικευμένα συμπεράσματα.

5. Το ερωτηματολόγιο

Για την διαμόρφωση του τύπου των ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο υπήρξε συνεργασία με την υπεύθυνη για την μελέτη, καθηγήτρια εφαρμογών κα. Γαϊτάνη Ρεγγίνα.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν προσωπικά στους σπουδαστές, μαζί με προφορικές οδηγίες για τη συμπλήρωσή τους. Οι σπουδαστές απάντησαν στις ερωτήσεις στο διάδρομο του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών. Κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γίνονταν διευκρινίσεις για τυχόν απορίες που υπήρχαν. Ο χρόνος που δόθηκε για να απαντηθεί το ερωτηματολόγιο ήταν 15 λεπτά ο οποίος ήταν αρκετός για όλους τους ερωτώμενους.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 32 ερωτήσεις, οι οποίες είναι ανοιχτές - προκατασκευασμένες. Προτιμήσαμε αυτό τον τύπο ερωτήσεων, γιατί υπήρχε μεγαλύτερη δυνατότητα επιλογής, είναι έτοιμες και είναι ποιο εύκολη η ταξινόμηση των αποτελεσμάτων.

6. Πλαίσιο για τη μελέτη

Επειδή η έρευνα είχε σαν σκοπό την αξιολόγηση των απόψεων των σπουδαστών αναφορικά με τα αίτια της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών,

των επιπτώσεων του, την πρόληψη και την θεραπεία του, το πλαίσιο της μελέτης στο οποίο βασίστηκε και η δειγματοληψία ήταν το Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

7. Τρόπος ανάλυσης πληροφοριών

Η επεξεργασία των πληροφοριών που προέκυψαν από την έρευνα, έγινε με επίμονη προσωπική εργασία. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν στατιστικά προγράμματα Η/Υ. Τέλος, όλη η επεξεργασία των πληροφοριών διήρκησε 1 μήνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διαπιστώσουμε τις διαστάσεις του φαινομενικού της χρήσης αλκοόλ στην εφηβική και μεταεφηβική ηλικία. Αναφορικά με τα αίτια, τις επιπτώσεις, την πρόληψη και την θεραπεία της κατάχρησης αλκοολούχων ποτών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

Σχεδιάγραμμα 1

Σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα 1 παρατηρούμε πως το 56% του δείγματος είναι αγόρια, ενώ το 44% κορίτσια.

Σχεδιάγραμμα 2

Σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα 2 που αφορά την ηλικία των ερωτώμενων ένα μεγάλο ποσοστό (21%), έχουν ηλικία 21 ετών, ενώ μόνο το (1%) έχει ηλικία 27 και 30 ετών.

Σχεδιάγραμμα 3

Στο σχεδιάγραμμα 3 που αφορά τον τόπο καταγωγής των σπουδαστών το μεγαλύτερο ποσοστό (62%) κατάγεται από πόλη, ενώ το (11%) κατάγεται από κωμόπολη.

Σχεδιάγραμμα 4

Αναφορικά με την σχολή των σπουδαστών στο σχεδιάγραμμα 4 διαπιστώνουμε ότι το 35% σπουδάζουν στη ΣΔΟ, το 33% στη ΣΤΕΦ, ενώ το 32% στην Σ.Ε.Υ.Π.

Σχεδιάγραμμα 5

Στο σχεδιάγραμμα 5 που αφορά το έτος εισαγωγής στη σχολή, ένα μεγάλο ποσοστό (35%) έχει εισαχθεί το 1999, ενώ ένα μικρό ποσοστό (2%) έχει εισαχθεί το 2002.

Σχεδιάγραμμα 6

Σχετικά με το σχεδιάγραμμα 6 ένα μεγάλο ποσοστό των σπουδαστών (20%) βρίσκεται στο Ε' εξάμηνο, ενώ το μικρότερο ποσοστό (1%) βρίσκεται στο Η' εξάμηνο και Γ' πτυχίο αντίστοιχα.

Σχεδιάγραμμα 7

Όσον αφορά το σχεδιάγραμμα 7 σχετικά με το τι ασχολούνται τον ελεύθερό τους χρόνο, το 47% απάντησε ότι ασχολείται με τον αθλητισμό, ενώ το 53% ασχολείται με κάτι άλλο.

Σχεδιάγραμμα 8

Στο όγδοο σχεδιάγραμμα το οποίο αναφέρεται στο εάν έχουν δοκιμάσει κάποιο αλκοολούχο ποτό παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των σπουδαστών το 99% απάντησε "ΝΑΙ" ενώ μόνο το 1% "ΟΧΙ"

Σχεδιάγραμμα 9

Το σχεδιάγραμμα 9 αναφέρεται στο ποιους τους προέτρεψε να πιουν για πρώτη φορά, το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών (69%) απάντησε από μόνος/η μου, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό (1%) η μητέρα.

Σχεδιάγραμμα 10Α

Σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα 10Α παρατηρούμε πως ένα μεγάλο ποσοστό των σπουδαστών 30% ήπια για πρώτη φορά σε ηλικία 15-17 ετών, ενώ μόνο το 7% ήπια σε ηλικία 3-5 ετών. Ακόμα ένα μεγάλο ποσοστό 34% ήπια για δεύτερη φορά σε ηλικία 15-17 ετών, ενώ μόνο το 3% ήπια σε ηλικία 3-5 ετών.

Σχεδιάγραμμα 10Β.

Σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα 10Β παρατηρούμε πως ένα μεγάλο ποσοστό 45% των σπουδαστών αισθάνθηκε καλά όταν ήπια, ενώ μόνο το 13% αισθάνθηκε άσχημα.

Σχεδιάγραμμα 11

Στο σχεδιάγραμμα 11 διαπιστώνουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών 21% άρχισε να κάνει συστηματική χρήση αλκοόλ σε ηλικία 18 ετών, ενώ μόνο το 1% άρχισε σε ηλικία 12 ετών.

Σχεδιάγραμμα 12

Όσον αφορά το σχεδιάγραμμα 12 σχετικά με το που κάνουν χρήση αλκοολούχων ποτών, ένα μεγάλο ποσοστό των σπουδαστών (74%), απάντησε ότι κάνει εντός και εκτός οικογένειας, ενώ μόνο το 1% κάνει μέσα στην οικογένεια.

Σχεδιάγραμμα 13

Στο σχεδιάγραμμα 13, παρατηρούμε πως ένα μεγάλο ποσοστό των σπουδαστών 67%, απάντησε ότι πίνει με παρέα, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό 8% όταν είναι είναι μόνος/η.

Σχεδιάγραμμα 14

Στο δεκατοτέταρτο σχεδιάγραμμα που αφορά ποιο είναι το ποτό που συνήθιζαν να πίνουν το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών 29%, απάντησε πως πίνει βότκα, τζιν, ουίσκι, ενώ το 4% πίνει δυνατά κοκτέιλ.

Σχεδιάγραμμα 15

Σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα 15 το μεγαλύτερο ποσοστό 51%, απάντησε πως μετά την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών αντιδρά με γέλια. Το 4% όμως των σπουδαστών αντιδρά με επιθετικότητα.

Σχεδιάγραμμα 16

Σχετικά με το δέκατο έκτο σχεδιάγραμμα παρατηρούμε πως ένα μεγάλο ποσοστό των σπουδαστών 43%, μέθυσε για πρώτη φορά όταν βρισκόταν σε ηλικία 15-17 ετών. Μόνο το 2% απάντησε ότι μέθυσε σε ηλικία 3-5 ετών.

Σχεδιάγραμμα 17

Στο σχεδιάγραμμα 17, το οποίο αναφέρεται στο εάν χρειάστηκαν ιατρική / νοσοκομειακή βοήθεια μετά την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, παρατηρούμε, πως οι σπουδαστές απαντούν “ΝΑΙ” με ποσοστό 8%. Ενώ το 92% απαντά “ΟΧΙ”.

Σχεδιάγραμμα 18

Στο δέκατο όγδοο σχεδιάγραμμα, το (93%) των σπουδαστών πιστεύουν ότι η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση, ενώ μόνο το (7%) απάντησε “ΟΧΙ”.

Σχεδιάγραμμα 19

Όσον αφορά το σχεδιάγραμμα 19, σχετικά με τους σπουδαιότερους λόγους που τους κάνουν να πίνουν το 41% των σπουδαστών, απάντησε ότι πίνουν για να νιώσουν ευχάριστα, να φτιάξει η διάθεσή τους. Ενώ το μικρότερο ποσοστό (3%), γιατί βαριέμαι δεν έχω τίποτα άλλο να κάνω - για να κοιμηθώ, αντιστοίχως.

Σχεδιάγραμμα 20Α

Στο σχεδιάγραμμα 20Α, σχετικά με το αν υπάρχει κάποιος στο περιβάλλον τους που να καταναλώνει αλκοόλ σε καθημερινή βάση το 44% των σπουδαστών, απάντησε "ΝΑΙ", ενώ το 56% απάντησε ότι δεν υπάρχει.

Σχεδιάγραμμα 20Β

Στο σχεδιάγραμμα 20Β από αυτούς που απάντησαν ότι υπάρχει κάποιος στο περιβάλλον τους που καταναλώνει αλκοόλ σε καθημερινή βάση, το μεγαλύτερο ποσοστό (20%) των σπουδαστών, απάντησε ότι βρίσκεται στους φίλους του, ενώ ένα μικρό ποσοστό (6%), ότι βρίσκεται στον κοινωνικό του περίγυρο.

Σχεδιάγραμμα 21

Σύμφωνα με το εικοστό πρώτο σχεδιάγραμμα το 28% των σπουδαστών, απάντησε πως υπάρχει κάποιος στενός συγγενής τους που να αντιμετωπίζει πρόβλημα λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών. Το 72% απάντησε ότι δεν υπάρχει κάποιος.

Σχεδιάγραμμα 22

Σχετικά με το σχεδιάγραμμα 22 το μεγαλύτερο ποσοστό (54%) των σπουδαστών, απάντησε ότι έχει τύχει να δοκιμάσει ένα ποτό επειδή το έχει

προτείνει η παρέα του. Μόνο το 3% απάντησε ότι το έχει δοκιμάσει από αλλού.

Σχεδιάγραμμα 23

Όσον αφορά το σχεδιάγραμμα 23, σχετικά με το αν πιστεύουν ότι η διαφήμιση επηρεάζει στην κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, το μεγαλύτερο ποσοστό (85%) των σπουδαστών, απάντησε “ΝΑΙ”, ενώ μόνο το 15% απάντησε “ΟΧΙ”.

Σχεδιάγραμμα 24

Στο σχεδιάγραμμα 24, σχετικά με το αν η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών μπορεί να έχει επιπτώσεις στην:

- Υγεία: το 78% των σπουδαστών απάντησε πολύ σοβαρές, ενώ μόνο το 1% ασήμαντες.
- Οικογένεια: το μεγαλύτερο ποσοστό (57%), απάντησε πολύ σοβαρές ενώ μόνο το (2%), απάντησε καμιά.
- Κοινωνία: το (40%) των σπουδαστών απάντησε πολύ σοβαρές, ενώ το (6%) καμιά.
- Εργασία: ένα μεγάλο ποσοστό (50%), πιστεύουν ότι έχει πολύ σοβαρές επιπτώσεις, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό (7%) δεν έχει καμιά επίπτωση.

Σχεδιάγραμμα 25

Αναφορικά με το εικοστό πέμπτο σχεδιάγραμμα όλο το ποσοστό 100% των σπουδαστών, πιστεύουν ότι το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει οδικά ατυχήματα.

Σχεδιάγραμμα 26

Στο σχεδιάγραμμα 26, το μεγαλύτερο ποσοστό (34%) των σπουδαστών, απάντησε ότι τα άτομα που βρίσκονται υπό την επίδραση αλκοόλης μπορούν να προκαλέσουν ενδοοικογενειακή βία. Το μικρότερο ποσοστό (13%), ότι μπορούν να τελέσουν δολοφονίες.

Σχεδιάγραμμα 27A

Όσον αφορά το σχεδιάγραμμα 27A, το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών 87%, απάντησαν ότι έχουν ενημερωθεί για τη χρήση του αλκοόλ και τις επιπτώσεις του, ενώ μόνο το 13% απάντησε ότι δεν έχει ενημερωθεί.

Σχεδιάγραμμα 27B

Σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα 27B, οι σπουδαστές που απάντησαν ότι έχουν ενημερωθεί, στο μεγαλύτερο ποσοστό (39%), είχαν πηγή πληροφόρησης τους γονείς τους. Το μικρότερο ποσοστό (5%) έχει ενημερωθεί από τους συνομήλικους.

Σχεδιάγραμμα 28

Σχετικά με το σχεδιάγραμμα 28, το μικρότερο ποσοστό (39%) των σπουδαστών, απάντησε ότι η ενημέρωση που είχαν λάβει ήταν αρκετή για να γνωρίζουν τις επιπτώσεις του αλκοόλ. Το μεγαλύτερο ποσοστό (61%), απάντησε ότι δεν ήταν αρκετή η ενημέρωση που είχαν λάβει.

Σχεδιάγραμμα 29

Όπως παρατηρούμε στο σχεδιάγραμμα 29, αναφορικά με τον τρόπο που θα βοηθούσαν ένα άτομο από το περιβάλλον τους που κάνει

υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών ποτών, το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών (83%), απάντησε ότι θα μιλούσε στον ίδιο. Μόλις το 3% θα το συζητούσε με τους καθηγητές του.

Σχεδιάγραμμα 30Α

Στο σχεδιάγραμμα 30Α, σχετικά με το αν γνωρίζουν τις υπηρεσίες που είναι αρμόδιες για το αλκοόλ, το 81% των σπουδαστών, απάντησε “ΟΧΙ”, ενώ το 19% “ΝΑΙ”.

Σχεδιάγραμμα 30Β

Σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα 30Β, οι σπουδαστές που απάντησαν “ΝΑΙ”, ανέφεραν σε ποσοστό 67% τους Ανώνυμους Αλκοολικούς, ενώ σε ποσοστό 11% το ΚΕΘΕΑ.

Σχεδιάγραμμα 31

Αναφορικά με το σχεδιάγραμμα 31, για την γνώμη που έχουν οι σπουδαστές για το αν αυτές οι υπηρεσίες είναι εύκολα προσβάσιμες, το μεγαλύτερο ποσοστό (53%), απάντησε “ΟΧΙ”, ενώ ένα ποσοστό (47%), απάντησε “ΝΑΙ”.

Σχεδιάγραμμα 32

Στο τριακοστό δεύτερο σχεδιάγραμμα, σχετικά με την γνώμη τους για την εκπομπή “bar”, ένα μεγάλο ποσοστό των σπουδαστών (48%), απάντησε ότι είναι κακή, ενώ ένα μικρό ποσοστό (8%) απάντησε ότι είναι αρκετά καλή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της μελέτης είναι να διαπιστώσουμε τις διαστάσεις του φαινομένου της χρήσης αλκοόλ στην εφηβική και μεταεφηβική ηλικία. Αναφορικά με τα αίτια, τις επιπτώσεις, την πρόληψη και την θεραπεία της κατάχρησης αλκοολούχων ποτών.

Έχει ήδη αναφερθεί ότι η έρευνα περιορίστηκε μόνο σε σπουδαστές και όχι σε όλους τους νέους της ίδιας ηλικίας, γιατί οι σπουδαστές διανύουν μια μεταβατική περίοδο όπου απομακρύνονται από τον οικογενειακό κλοιό και ξεκινούν μια καινούρια περίοδο στη ζωή τους, μακριά από την οικογενειακή στέγη. Ο αριθμός των σπουδαστών που έλαβαν μέρος στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν μόλις 100 δηλαδή ένα μικρό δείγμα της σπουδαστικής κοινότητας, ώστε να μην μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό και να μην υπάρχει δυνατότητα εξαγωγής γενικευμένων συμπερασμάτων. Όμως θα πρέπει να επισημανθεί ότι παρά το ελάχιστο του δείγματος, τα αποτελέσματα δεν αποκλίνουν σχεδόν καθόλου από άλλες μελέτες που μελετήθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Τα σπουδαιότερα συμπεράσματα που εξάγονται από την έρευνα σε σχέση και με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, συνοψίζονται στα εξής:

Σύμφωνα με όλη την μελέτη, όλοι οι σπουδαστές έχουν δοκιμάσει κάποιο αλκοολούχο ποτό. Η εφηβική ηλικία, είναι μια κρίσιμη μεταβατική περίοδος με πολλούς προβληματισμούς για την εξέλιξη της ζωής τους, όπου παρατηρείται αύξηση στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.

Οι φίλιες που δημιουργούνται στην εφηβεία είναι πολύ σημαντικές και επηρεάζουν τη συμπεριφορά του νέου. Πολύ εύκολα μπορεί ο έφηβος να παρασυρθεί από την παρέα και να καταναλώνει αλκοόλ. Σε αντίθετη

περίπτωση μπορεί να θεωρηθούν ότι δεν ανήκουν στην παρέα, ότι είναι διαφορετικοί, “ανώριμοι” και “απροσάρμοστοι” όσον αφορά τους κανόνες της ομαδικής συμπεριφοράς και ακατάλληλοι για παρέα.

Η πιο συνηθισμένη αντίδραση των εφήβων στη χρήση αλκοολούχων ποτών είναι η δημιουργία καλής διάθεσης, στοιχείο που προβάλλεται αρκετά έντονα μέσα από τα Μ.Μ.Ε. και κυρίως από τις διαφημίσεις.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας για την στάση του εφήβου απέναντι στο ποτό είναι η οικογένεια. Η οικογένεια επιδρά στη χρήση αλκοόλ και μέσω των προτύπων που προσφέρει στον έφηβο. Δηλαδή οι έφηβοι που πίνουν οινοπνευματώδη έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό, γονείς που πίνουν. (Α. Κοκκέβη, 1997, σελ. 368-369).

Παρατηρείται ότι υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στην βιβλιογραφία και την έρευνα σχετικά με τις επιπτώσεις που επιφέρει η κατανάλωση αλκοόλης, τόσο στην υγεία που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο, όσο και στην οικογένεια αφού ο πότης μπορεί να προβεί σε ανάρμοστες πράξεις, ενώ υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να χάσει το άτομο την δουλειά του λόγω του αλκοόλ. Από την έρευνα προκύπτει ότι ο σπουδαιότερος και σημαντικότερος παράγοντας ενημέρωσης των εφήβων είναι η οικογένειά τους. Από αυτό το συμπέρασμα μπορεί να λεχθεί ότι οι έφηβοι διατηρούν και έχουν καλή σχέση επικοινωνίας με τους γονείς τους.

Παρόλο που υπάρχουν πολλές υπηρεσίες που είναι αρμόδιες για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού, η ενημέρωση που έχουν γι' αυτές είναι ελλιπής.



2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα δεδομένα και τα αποτελέσματα της έρευνας, η βιβλιογραφική μελέτη και ένας γενικός προσωπικός προβληματισμός των μελετητών, οδηγούν στην αναφορά ορισμένων συγκεκριμένων προτάσεων, η πραγματοποίηση των οποίων δύναται να συμβάλλει στην πληρέστερη και σφαιρική αντιμετώπιση του προβλήματος του αλκοολισμού.

Α. Αναφορικά με την οικογένεια προτείνονται:

Η οικογένεια αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες για την διαμόρφωση της προσωπικότητας του εφήβου.

Θεωρούμε πολύ σημαντικό ότι η σχέση γονέων - παιδιών πρέπει να στηρίζεται στην επικοινωνία και τον ουσιαστικό διάλογο, ώστε τα παιδιά να αυξήσουν την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, να αποκτήσουν αυτογνωσία, αυτοεκτίμηση και γενικά μια θετική εικόνα για τον εαυτό τους. Επιπλέον οι γονείς μέσα από την σχέση που θα έχουν δημιουργήσει με τα παιδιά τους να μπορούν αν εντοπίσουν τυχόν προβλήματα κατανάλωσης οινοπνεύματος.

Τέλος, οι γονείς αν διαπιστώσουν ότι ο έφηβος καταναλώνει τόσο αλκοόλ ώστε να τον επηρεάζει στην συμπεριφορά του, δεν θα πρέπει να δείξουν άγνοια, αλλά μέσα από τον σεβασμό και την αμοιβαία εμπιστοσύνη, τα οποία είναι θεμελιωμένα πάνω σε αγάπη και κατανόηση να τον βοηθήσουν συζητώντας μαζί του και μέσα από διαπραγματεύσεις και λογικούς συμβιβασμούς να προσπαθήσουν να λύσουν το πρόβλημα.

Σε περίπτωση που δεν θα τα καταφέρουν μ' αυτόν τον τρόπο, θα πρέπει να απευθυνθούν σε κάποια αρμόδια υπηρεσία.

B. Αναφορικά με το σχολείο:

Το σχολείο είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την διαμόρφωση της προσωπικότητας του εφήβου, γιατί εκτός από την παροχή γνώσεων θα πρέπει μέσα από τις δραστηριότητες που κάνει να βοηθάει τον έφηβο να προσαρμοστεί στους κανόνες της κοινωνίας, ώστε να ενταχθεί ομαλά στον κόσμο των μεγάλων.

Κρίνουμε απαραίτητο να υπάρχει στο σχολείο πρόγραμμα δραστηριοτήτων που να σχετίζεται με την πρόληψη εξαρτησιογόνων ουσιών, όπως είναι και το αλκοόλ. Αυτό θα πρέπει να γίνεται από ομάδα ειδικών και να μην υποκατασταθούν από τους εκπαιδευτικούς, γιατί μπορεί να έχουμε τα αντίθετα από τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Επίσης θα πρέπει να υπάρχει επικοινωνία μεταξύ εκπαιδευτικών και γονέων, ώστε το παιδί να μην λαμβάνει αντιφατικά μηνύματα στο σχολείο και το σπίτι.

Τέλος, οι νέοι θα πρέπει να αποκτήσουν υγιεινότερους τρόπους ζωής μέσα από την απόκτηση ουσιαστικής γνώσης και ανεκτίμητης αξίας για το μέλλον και την ποιότητα ζωής και υγείας. Γι' αυτό θεωρούμε αναγκαία την ύπαρξη της ολιστικής προσέγγισης της Υγείας μέσα από την οποία θα γίνεται ουσιαστικότερη εκπαίδευση και απόκτηση γενικότερης παιδείας, πάνω σε εξαρτησιογόνες ουσίες, όπως το αλκοόλ, όπου οι νέοι θα αποκτήσουν ωριμότερη στάση ζωής και επιτυχίας στην επαγγελματική εξέλιξη και την ίδια την ζωή. Ενώ παράλληλα θα πρέπει οι βιβλιοθήκες των σχολείων να εμπλουτιστούν με βιβλία σχετικά με το θέμα.

Γ. Αναφορικά με την κοινότητα:

Η τοπική αυτοδιοίκηση θα πρέπει να δώσει μεγάλη βαρύτητα στην πρόληψη και αυτό μπορεί να γίνει με την κατάλληλη ενημέρωση για τις επιπτώσεις του αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό.

Οι αρμόδιοι φορείς θα πρέπει να οργανώνουν διάφορα σεμινάρια και διαλέξεις σε σχολεία και διάφορες υπηρεσίες, όπου να τονίζουν τις επιπτώσεις από την αλόγιστη χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

Ακόμη το κράτος θα πρέπει με νομοθετικά μέτρα να απαγορεύσει τη διάθεση οινοπνεύματος σε ανήλικα άτομα καθώς και την διαφήμιση των ποτών από τα Μ.Μ.Ε.

Επιπλέον, θα πρέπει να λειτουργήσουν συμβουλευτικοί σταθμοί σε κάθε Δήμο, οι οποίοι θα είναι στελεχωμένοι από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, με παράλληλη ενημέρωση των πολιτών για την ύπαρξη του σκοπού και των προγραμμάτων λειτουργίας, ενώ η προσέγγισή τους θα είναι εύκολη σε γονείς και νέους σε τυχόν δυσκολίες ή απορίες που αντιμετωπίζουν. Τα προγράμματα αυτά θα επιχορηγούνται από την πολιτεία με σκοπό την πρόληψη.

Σημαντική κρίνεται και η δημιουργία κέντρων δημιουργικής απασχόλησης νέων (προσχολικής και εφηβικής ηλικίας) με προγράμματα και δραστηριότητες που σκοπό θα έχουν την ανάπτυξη των νέων στο να επιλέξουν σωστά αυτά που ανταποκρίνονται στα ενδιαφέροντά τους και να μπορούν να αρνούνται αυτά που θα έχουν επιπτώσεις στην υγεία και την εξέλιξή τους.

Δ. Αναφορικά με τα Μ.Μ.Ε.:

Τα Μ.Μ.Ε. συμβάλουν στη διαμόρφωση στάσεων και απόψεων απέναντι στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. Γι' αυτό τα προγράμματα που

παρουσιάζουν για το συγκεκριμένο θέμα, πρέπει να είναι κατάλληλα προσαρμοσμένα στα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της ομάδας - στόχου (εφηβεία). Θα πρέπει να προβάλλονται ταινίες, συζητήσεις, video κ.τ.λ. με μορφή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνεται μια σφαιρική ενημέρωση στο φαινόμενο του αλκοολισμού.

Επίσης στα σίριαλ θα πρέπει οι πρωταγωνιστές να μην εμφανίζονται να πίνουν ή να προσφέρουν αλκοολούχα ποτά, διότι οι νέοι τους θεωρούν πρότυπα και τους μιμούνται, χωρίς να σκεφτούν τις συνέπειες. Αντίθετα αυτό δεν βλέπουμε να συμβαίνει σε ξένες σειρές, οι οποίες μάλιστα μας πληροφορούν ότι όλες οι εξαρτισιογόνες ουσίες έχουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στον ίδιο τον άνθρωπο, όσο και στην κοινωνία, την οικογένεια και την εργασία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της έρευνας της πτυχιακής εργασίας με θέμα: «*Η χρήση αλκοόλ στην εφηβική και μετεφηβική ηλικία*» των σπουδαστριών Αθανασίου Μαρίας και Τσιομπάνη Ρεζινούλας

Παρακαλούμε να το συμπληρώσετε με ακρίβεια και ειλικρίνεια, αφού πρώτα μελετήσετε προσεκτικά την κάθε ερώτηση, γιατί αυτό θα συμβάλλει στην εγκυρότητα και την ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και θα τηρηθεί αυστηρά το απόρρητο των πληροφοριών.

Μπορείτε να σημειώσετε ένα (✓) στις απαντήσεις που συμφωνείτε.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. **Φύλο :** Αγόρι _____ Κορίτσι _____
2. **Ηλικία:** _____
3. **Τόπος καταγωγής:**
 - α) χωριό _____
 - β) κωμόπολη _____
 - γ) πόλη _____
4. **Τμήμα - Σχολή:** _____
5. **Έτος εισαγωγής στη σχολή :** _____
6. **Εξάμηνο φοίτησης:** _____
7. **Τον ελεύθερο χρόνο σας ασχολείσθε:**
 - α) Με τον αθλητισμό _____
 - β) Με κάτι άλλο. Τι; _____

8. **Έχετε δοκιμάσει κάποιο αλκοολούχο ποτό; (κρασί, μπύρα κ.ά.)**
 - α) ΝΑΙ _____
 - β) ΟΧΙ _____
9. **Ποιος σας προέτρεψε να πιείτε για πρώτη φορά;**
 - α) ο πατέρας _____
 - β) η μητέρα _____
 - γ) ο αδελφός/ αδελφή _____
 - δ) ο θείος / θεία _____
 - ε) άλλος συγγενής _____
 - στ) φίλος/ φίλη _____
 - ζ) από μόνος/ μόνη μου _____

10. Α. Σε ποια ηλικία ήπιατε για

	πρώτη φορά	δεύτερη φορά
α) 3 - 5 ετών	_____	_____
β) 6 - 8 ετών	_____	_____
γ) 9 - 11 ετών	_____	_____
δ) 12 - 14 ετών	_____	_____
ε) 15 - 17 ετών	_____	_____
στ) 18 - 20 ετών	_____	_____
ζ) 21 - 23 ετών	_____	_____

Β. Πώς αισθανθήκατε;

α) Πολύ καλά	_____
β) Αρκετά καλά	_____
γ) Καλά	_____
δ) Άσχημα	_____

11. Σε ποια ηλικία αρχίσατε να κάνετε συστηματική χρήση αλκοόλ;

—

12. Κάνετε χρήση αλκοολούχων ποτών:

α) Μέσα στην οικογένεια	_____
β) Εκτός της οικογένειας	_____
γ) Και τα δύο	_____

13. Πίνετε όταν:

α) Είστε μόνος / μόνη	_____
β) Με παρέα	_____
γ) Νιώθετε άσχημα	_____
δ) Νιώθετε ευχάριστα	_____

14. Τι ποτό συνηθίζετε να πίνετε;

α) Κρασί	_____
----------	-------

- β) Μπύρα _____
- γ) Ούζο _____
- δ) Βότκα, Τζιν, Ουίσκι _____
- ε) Λικέρ _____
- στ) Δυνατά κοκτέιλς _____
- ζ) Κάτι άλλο. Τι; _____

15. Μετά την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών ποια ήταν η αντίδρασή σας; (περισσότερες από μια απαντήσεις)

- α) Γέλια _____
- β) Κλάμα _____
- γ) Επιθετικότητα _____
- δ) Δυσκολία στο βάδισμα _____
- ε) Δυσκολία στην ομιλία _____
- στ) Νυσταγμός _____
- ζ) Κανένα από τα παραπάνω. Τι άλλο; _____

16. Σε ποια ηλικία βρισκόσασταν όταν μεθύσατε για πρώτη φορά;

- α) 3 - 5 ετών _____
- β) 6 - 8 ετών _____
- γ) 9 - 11 ετών _____
- δ) 12 - 14 ετών _____
- ε) 15 - 17 ετών _____
- στ) 18 - 20 ετών _____
- ζ) 21 - 23 ετών _____

17. Χρειαστήκατε ιατρική / νοσοκομειακή βοήθεια μετά την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών;

- α) ΝΑΙ _____
- β) ΟΧΙ _____

18. Πιστεύετε ότι η κατάχρηση* αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση; (* κατάχρηση = υπερβολική χρήση σε τακτά χρονικά διαστήματα που ξεφεύγει από τον κοινωνικά αποδεκτό τρόπο)

- α) ΝΑΙ _____

β) ΟΧΙ _____

19. Ποιοι είναι οι σπουδαιότεροι λόγοι που σας κάνουν να πίνετε; (περισσότερες από μια απαντήσεις)

- α) Για να νιώσω ευχάριστα, να φτιάξω τη διάθεσή μου _____
- β) Για να νιώσω ότι ανήκω στην παρέα _____
- γ) Εξαιτίας προβλημάτων στις σχέσεις μου με άλλους _____
(οικογένεια, φίλοι κ.ά.)
- δ) Γιατί βαριέμαι, δεν έχω τίποτα άλλο να κάνω _____
- ε) Από συνήθεια _____
- στ) Γιατί μ' αρέσει η γεύση _____
- ζ) Για να κοιμηθώ _____
- η) Για κάποιο άλλο λόγο (αναφέρετε ποιο) _____

20. Α. Υπάρχει κάποιος στο περιβάλλον σας που καταναλώνει αλκοόλ σε καθημερινή βάση;

- α) ΝΑΙ _____
- β) ΟΧΙ _____

Β. Αν ΝΑΙ, βρίσκεται:

- α) Στην οικογένειά σας _____
- β) Στους συγγενείς σας _____
- γ) Στους φίλους σας _____
- δ) Στον κοινωνικό περίγυρο _____

21. Υπάρχει κάποιος στενός συγγενής σας που να αντιμετωπίζει πρόβλημα λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών;

- α) ΝΑΙ _____
- β) ΟΧΙ _____

22. Σας έχει τύχει να δοκιμάσετε ένα ποτό επειδή:

- α) Το είδατε να διαφημίζεται από την τηλεόραση, _____
περιοδικά, Μ.Μ.Ε.
- β) Το έχει προτείνει η παρέα σας _____

- γ) Από περιέργεια _____
 δ) Από αλλού _____

23. Πιστεύετε ότι η διαφήμιση επηρεάζει στην κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών;

- α) ΝΑΙ _____
 β) ΟΧΙ _____

24. Η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών μπορεί να έχει επιπτώσεις στην:

	υγεία	οικογένεια	κοινωνία	εργασία
α) Πολύ σοβαρές	_____	_____	_____	_____
	-			-
β) Σοβαρές	_____	_____	_____	_____
	--			-
γ) Ασήμαντες	_____	_____	_____	_____
	-			-
δ) Καμία	_____	_____	_____	_____
	-			-

25. Πιστεύετε ότι το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει οδικά ατυχήματα;

- α) ΝΑΙ _____
 β) ΟΧΙ _____

26. Πιστεύετε ότι τα άτομα που βρίσκονται υπό την επίδραση της αλκοόλης μπορούν να τελέσουν:

- α) Δολοφονίες _____
 β) Ενδοοικογενειακή βία _____
 γ) Βιασμούς _____
 δ) Σεξουαλική κακοποίηση _____
 ε) Κάτι άλλο, τι; _____
 -

27. Α. Έχετε ενημερωθεί για τη χρήση του αλκοόλ και τις επιπτώσεις του;

- α) ΝΑΙ _____
 β) ΟΧΙ _____

B. Αν ΝΑΙ, ποια είναι η πηγή πληροφόρησής σας;

- α) Οι γονείς σας _____
 β) Ο τύπος _____
 γ) Τα περιοδικά _____
 δ) Το σχολείο _____
 ε) Τα Μ.Μ.Ε. _____
 στ) Από τους συνομηλίκους _____

28. Πιστεύετε ότι η ενημέρωση που έχετε λάβει είναι αρκετή για να γνωρίζετε τις επιπτώσεις του αλκοόλ;

- α) ΝΑΙ _____
 β) ΟΧΙ _____

29. Με ποιον τρόπο θα βοηθούσατε ένα άτομο από το περιβάλλον σας που κάνει υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών ποτών;

- α) Θα μιλούσατε στον ίδιο _____
 β) Θα το συζητούσατε με τους γονείς του _____
 γ) Θα το συζητούσατε με τους καθηγητές του _____
 δ) Δεν θα μπορούσατε να βοηθήσετε _____

30. A. Γνωρίζετε τις υπηρεσίες που είναι αρμόδιες για το αλκοόλ;

- α) ΝΑΙ _____
 β) ΟΧΙ _____

B. Αν ΝΑΙ, ποιες; (Αναφέρετε)

- α) _____
 -
 β) _____
 -
 γ) _____
 -

δ) _____

—

31. Πιστεύετε ότι η πρόσβαση σ' αυτές τις υπηρεσίες είναι εύκολη;

α) ΝΑΙ _____

β) ΟΧΙ _____

32. Ποια είναι η γνώμη σας για την εκπομπή «bar»;

α) Πολύ καλή _____

β) Αρκετά καλή _____

γ) Καλή _____

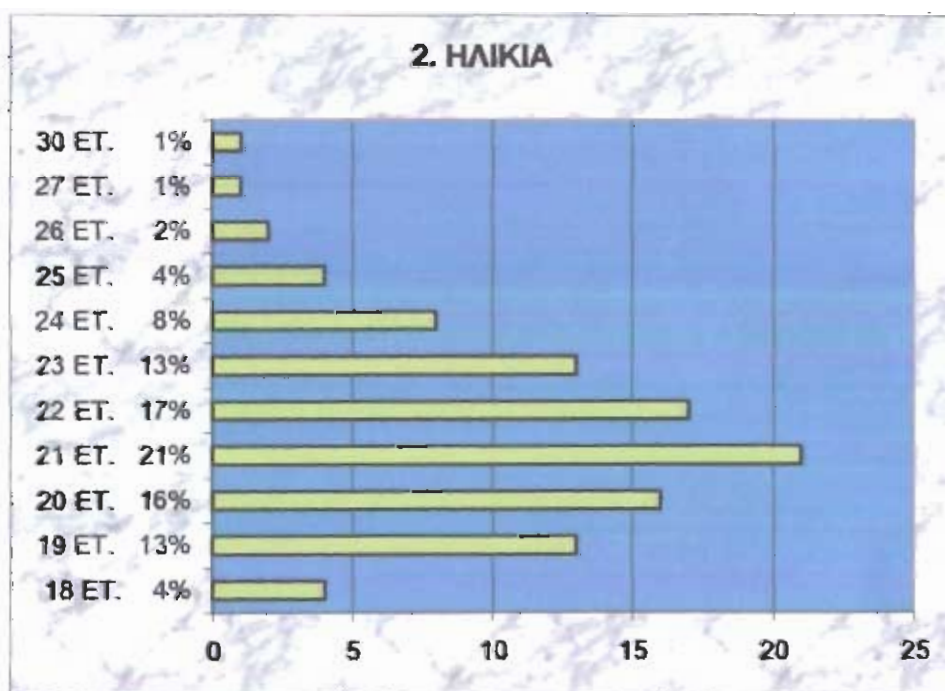
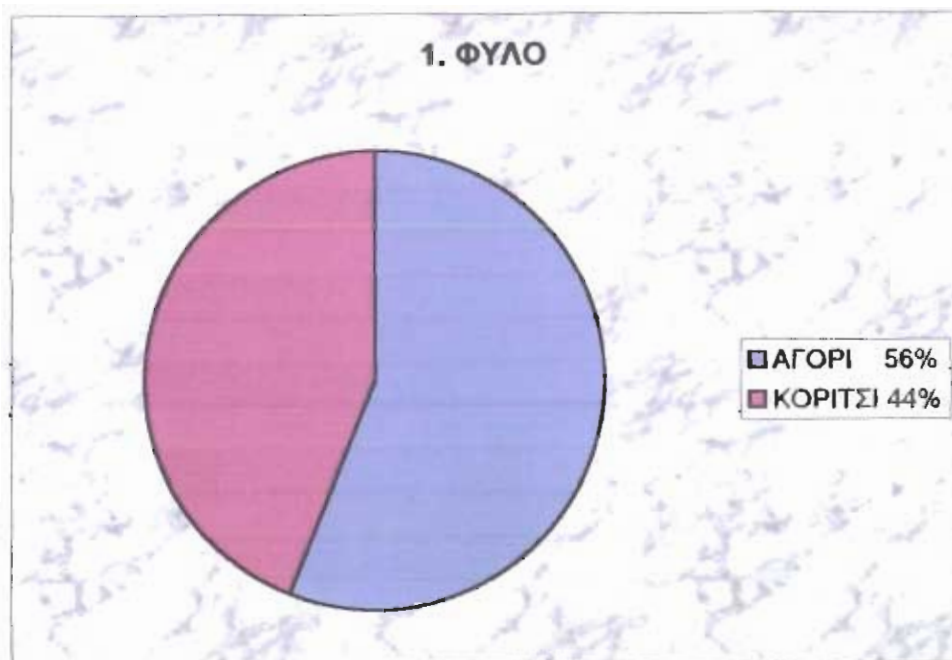
δ) Κακή _____

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία

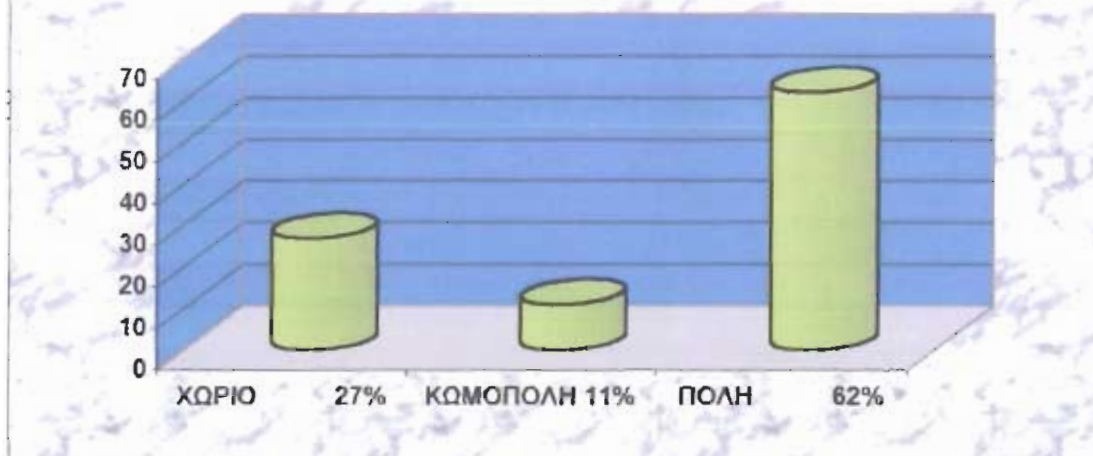
Αθανασίου Μαρία
Τσιομπάνη Ρεζινούλα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

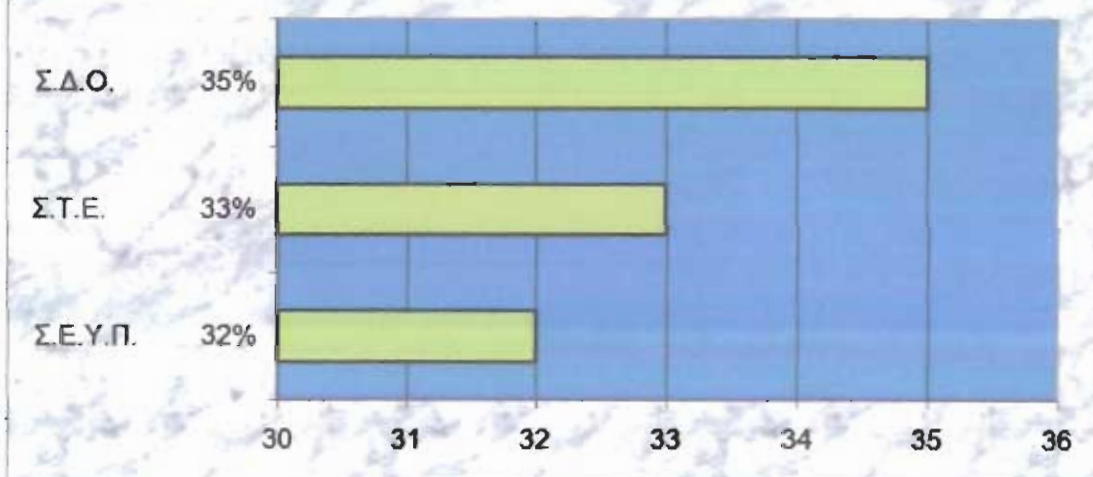
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ



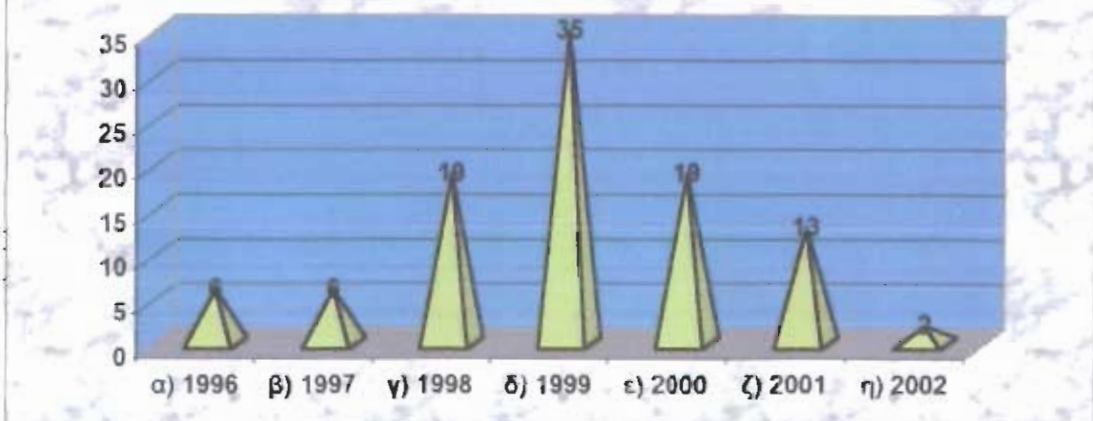
3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ



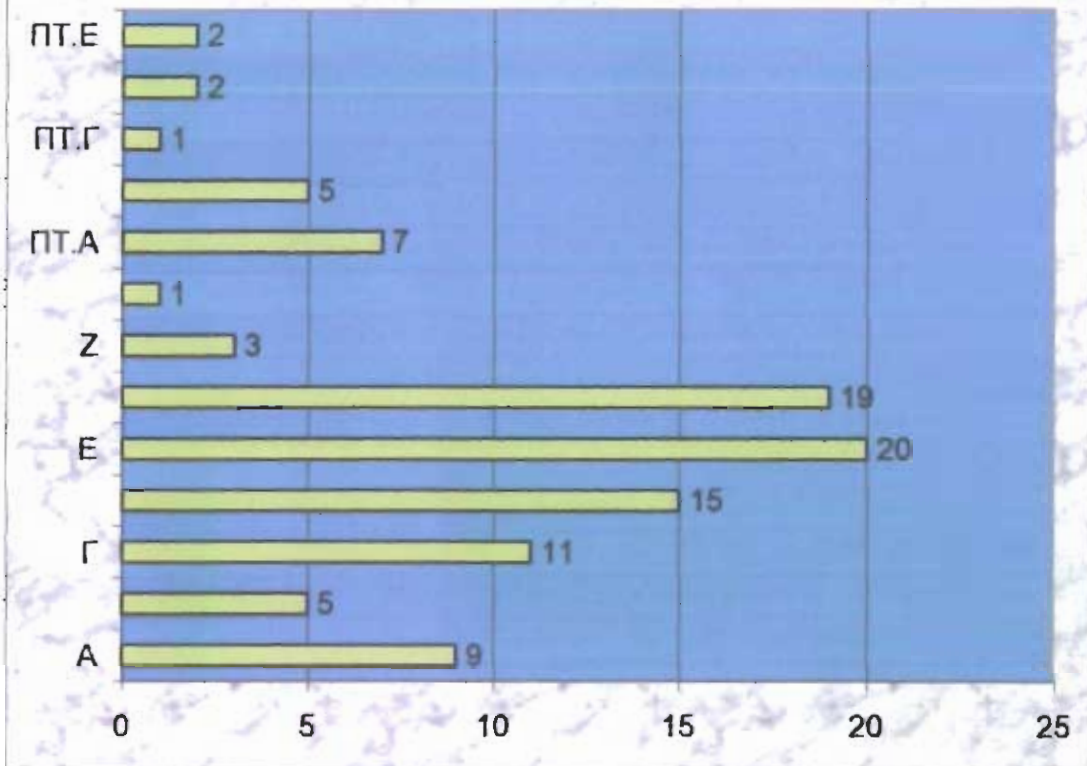
4. ΤΜΗΜΑ-ΣΧΟΛΗ



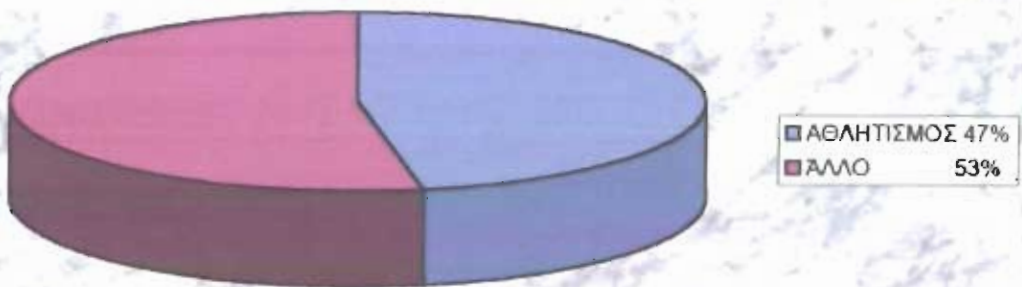
5. ΕΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ



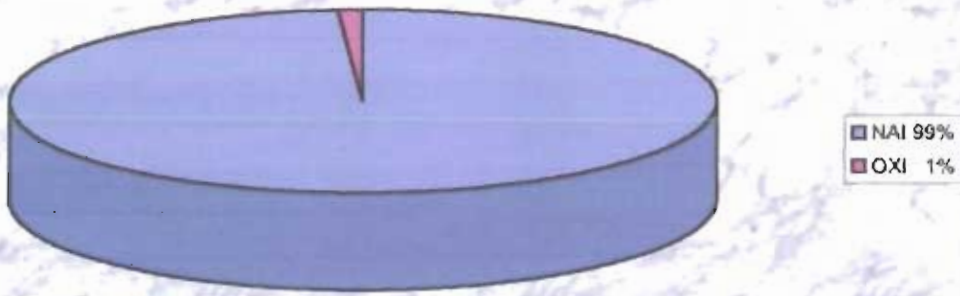
6. ΕΞΑΜΗΝΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ



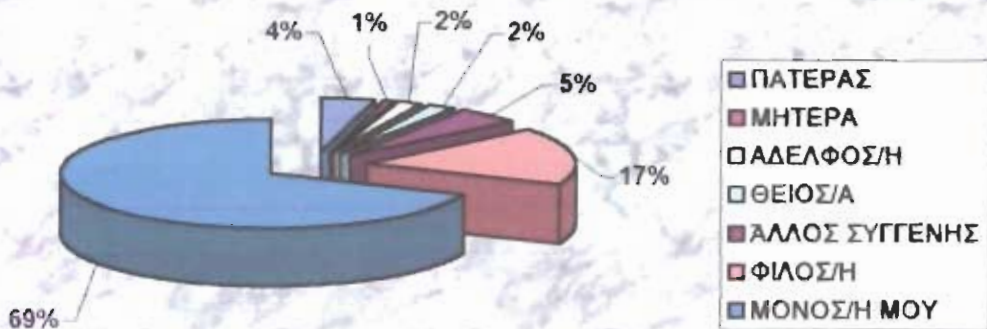
7. ΤΟΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ:



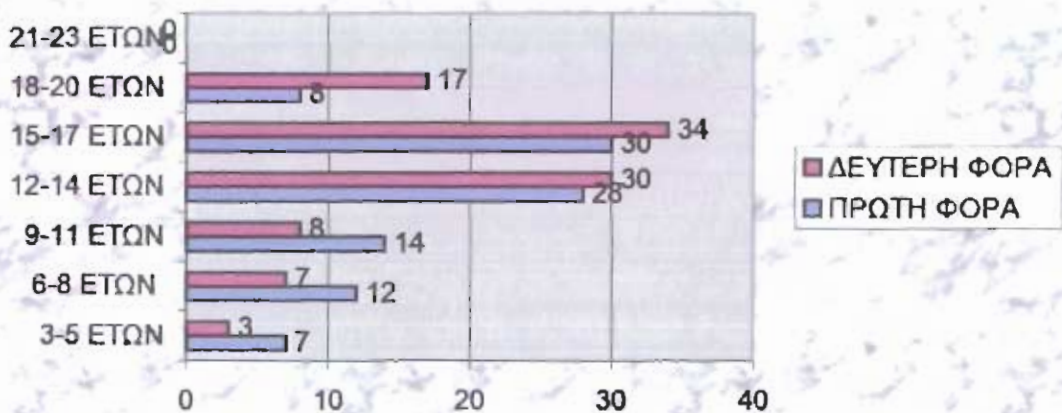
8. ΕΧΕΤΕ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΟ ΠΟΤΟ;



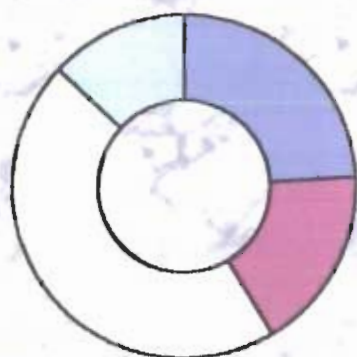
9. ΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΠΡΟΕΤΡΕΨΕ ΝΑ ΠΙΕΙΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ;



10. Α. ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΗΠΙΑΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ/ΔΕΥΤΕΡΗ ΦΟΡΑ;

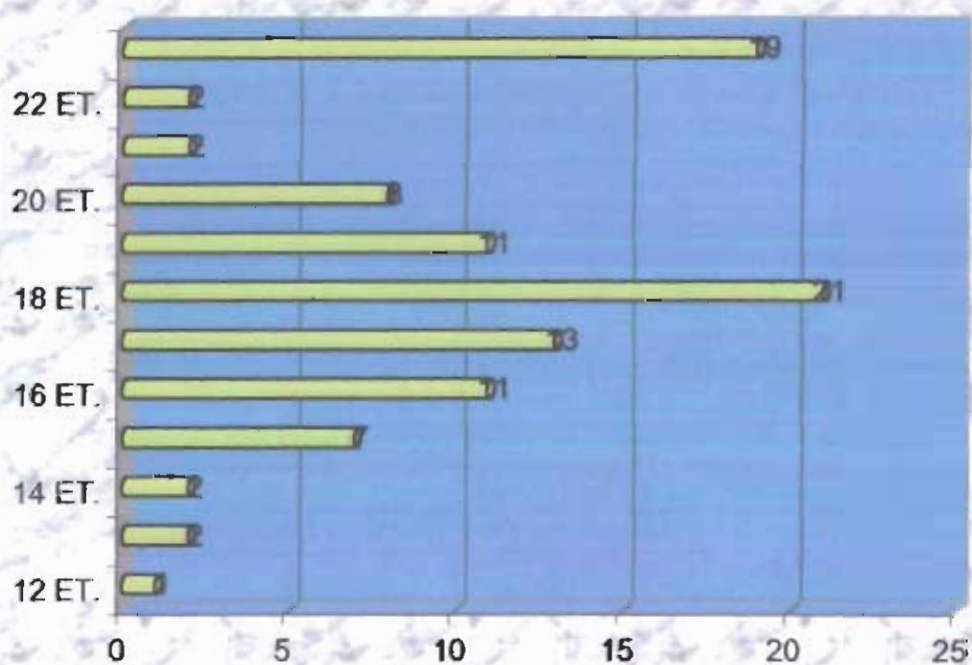


10. Β. ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΘΗΚΑΤΕ;

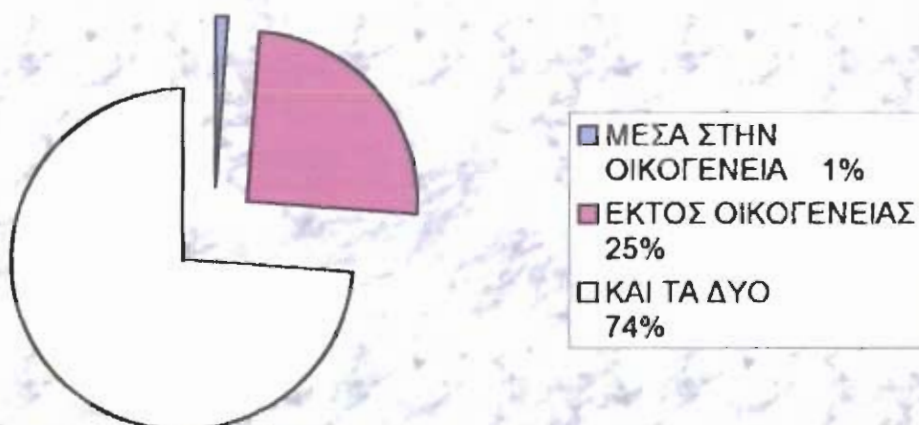


ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ	24%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΑ	17%
ΚΑΛΑ	45%
ΑΣΧΗΜΑ	13%

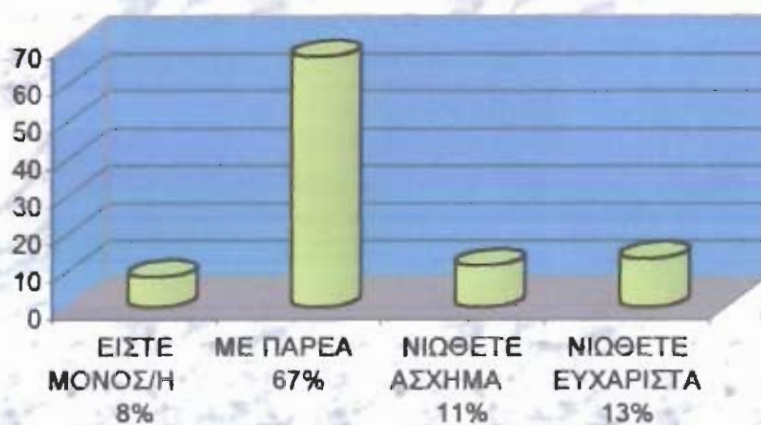
11. ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΑΡΧΙΣΑΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ;



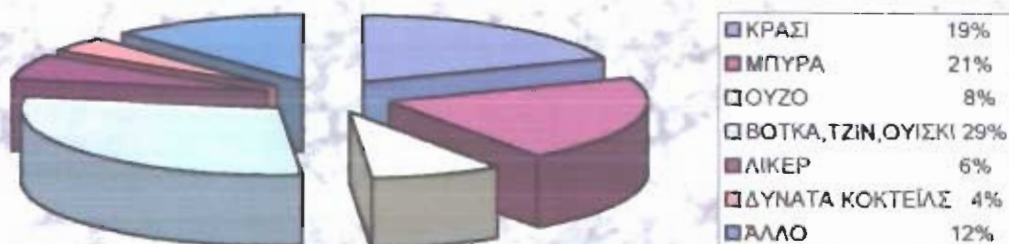
12. ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΩΝ ΠΟΤΩΝ;

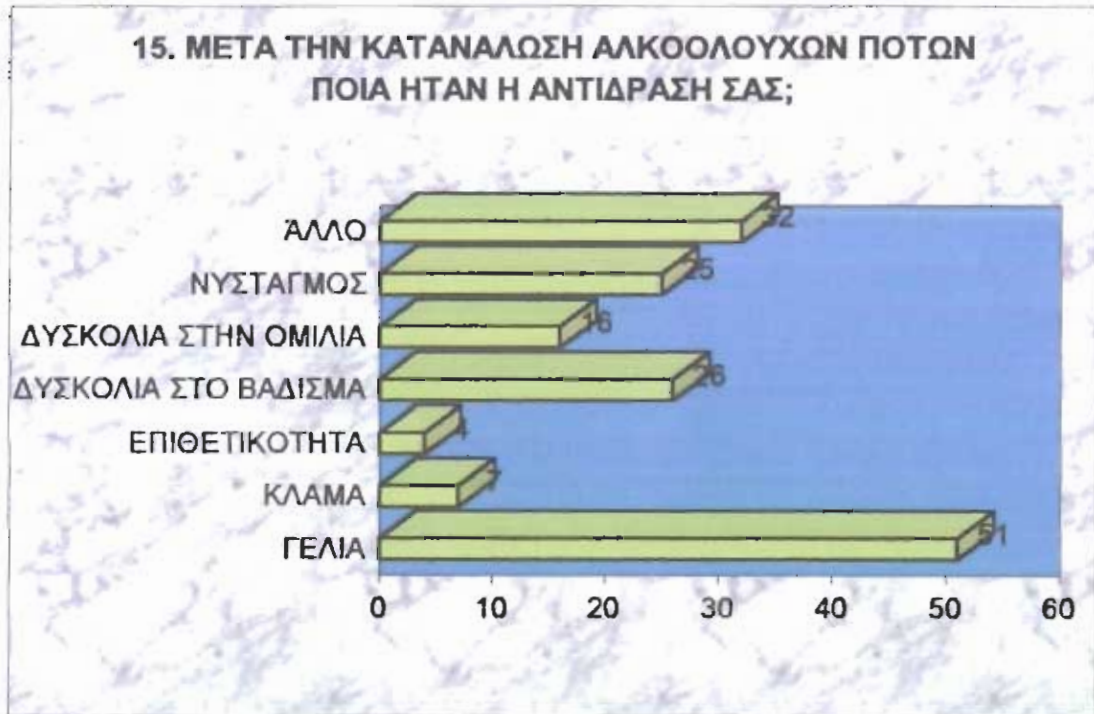


13. ΠΙΝΕΤΕ ΟΤΑΝ:

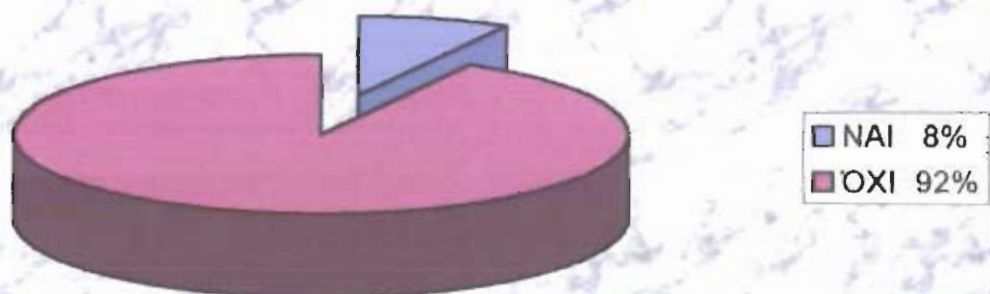


14. ΤΙ ΠΟΤΟ ΣΥΝΗΘΙΖΕΤΕ ΝΑ ΠΙΝΕΤΕ;

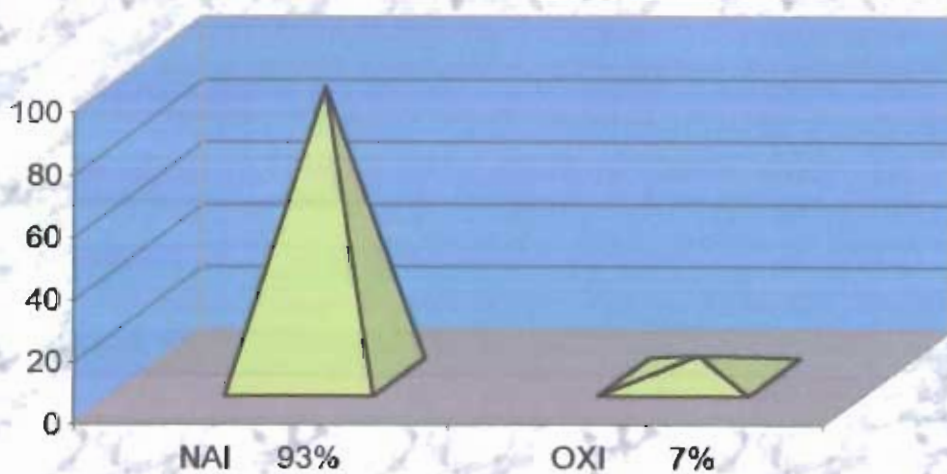




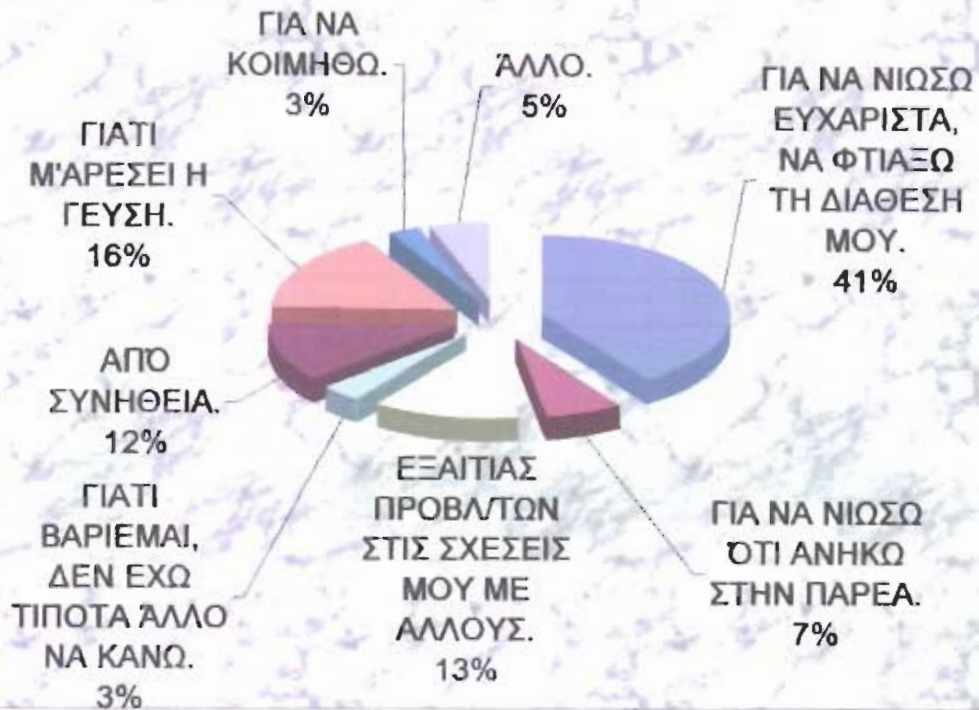
**17. ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΑΤΕ ΙΑΤΡΙΚΗ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΩΝ ΠΟΤΩΝ;**



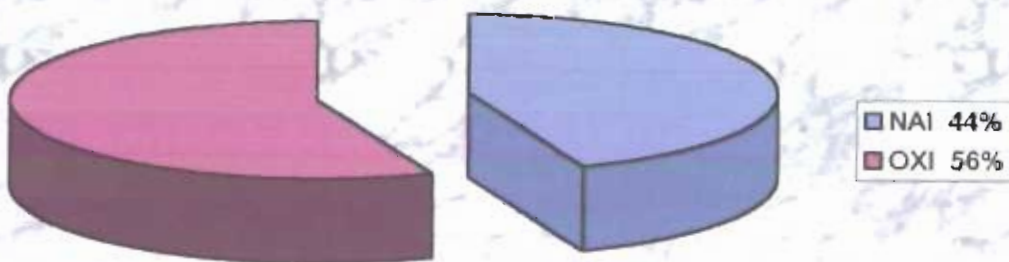
**18. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ
ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΕΙ ΣΕ ΕΞΑΡΤΗΣΗ;**



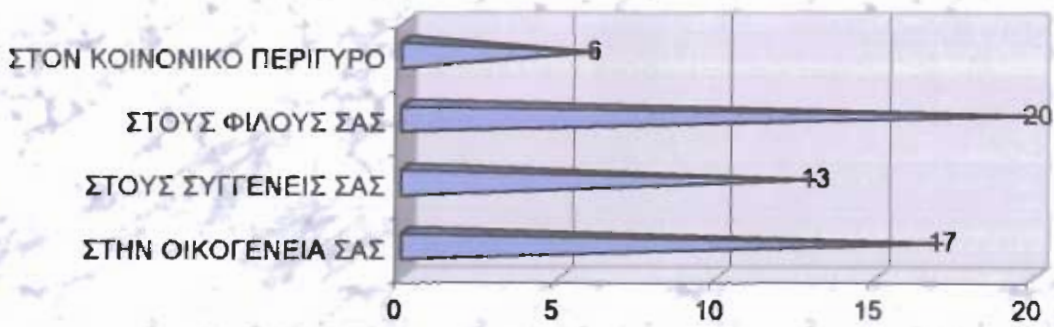
19. ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΕΡΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΣΑΣ ΚΑΝΟΥΝ ΝΑ ΠΙΝΕΤΕ;



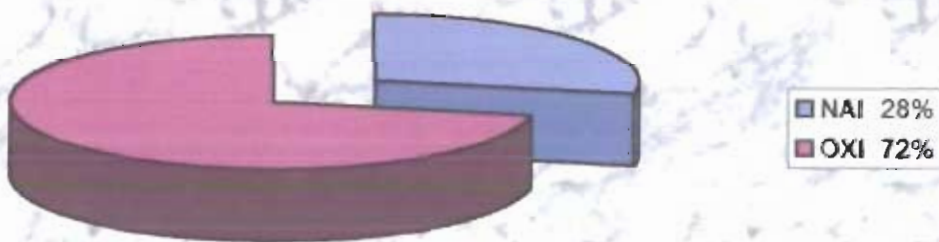
20.Α. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΑΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΙ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΒΑΣΗ;



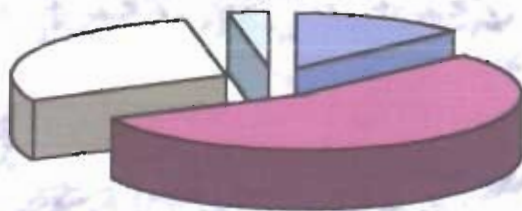
20.Β. ΑΝ ΝΑΙ,ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ:



21. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΤΕΝΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΑΣ ΠΟΥ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΤΩΝ;

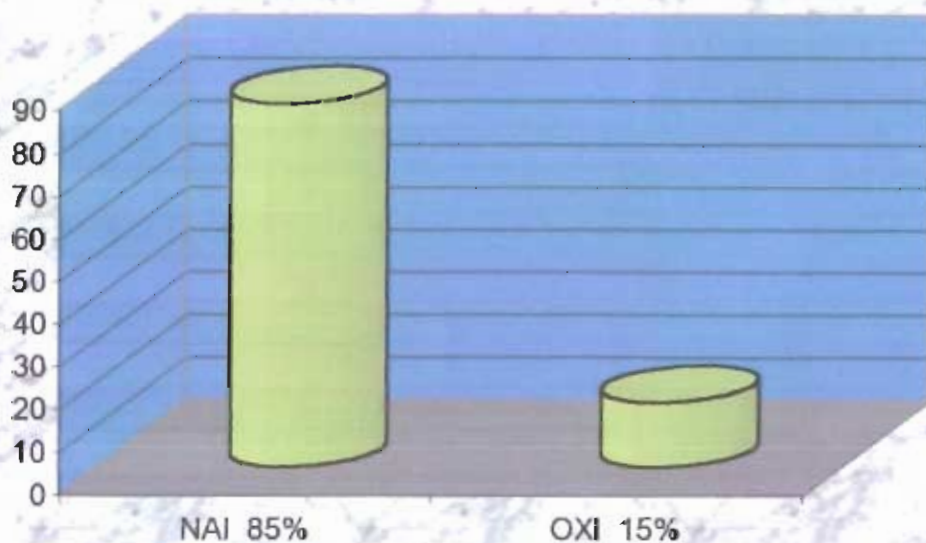


**22. ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΥΧΕΙ ΝΑ ΔΟΚΙΜΑΣΕΤΕ ΕΝΑ ΠΟΤΟ
ΕΠΕΙΔΗ:**

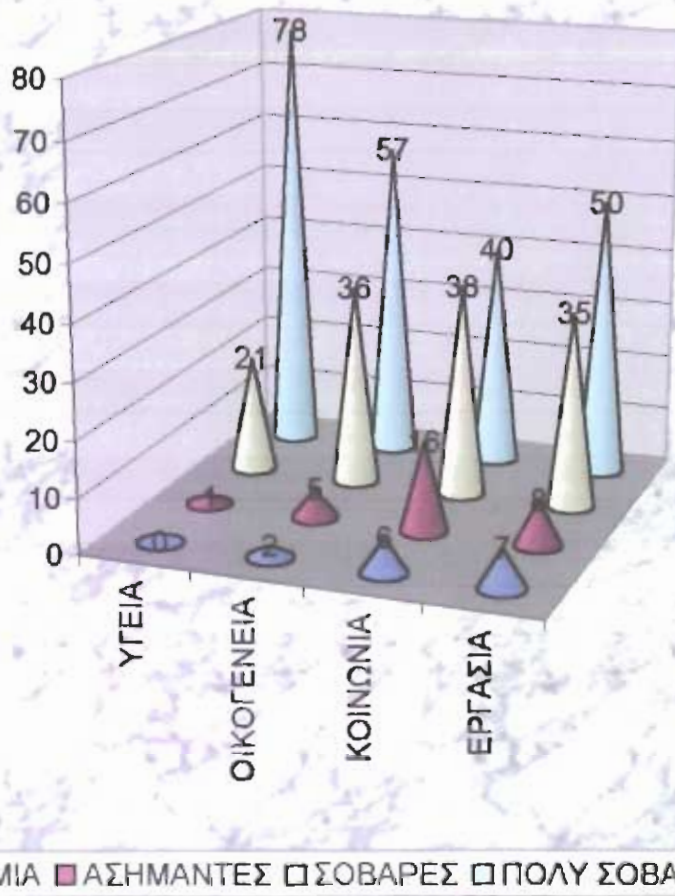


- ΤΟ ΕΙΔΑΤΕ ΝΑ ΔΙΑΦΗΜΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ, Μ.Μ.Ε. 13%
- ΤΟ ΕΧΕΙ ΠΡΟΤΕΙΝΕΙ Η ΠΑΡΕΑ ΣΑΣ 54%
- ΑΠΟ ΠΕΡΙΕΡΓΕΙΑ 29%
- ΆΛΛΟ 3%

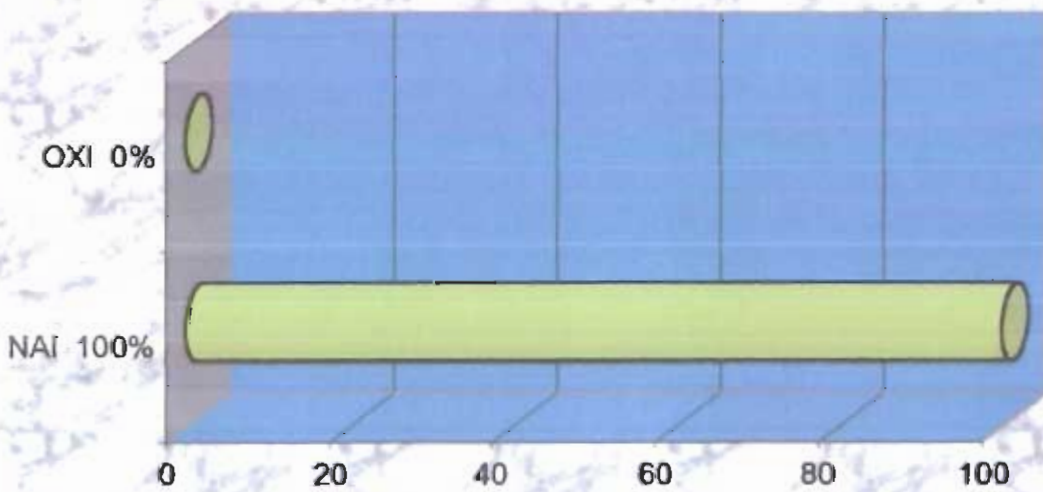
**23. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΕΠΙΡΕΑΖΕΙ ΣΤΗΝ
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΤΩΝ;**



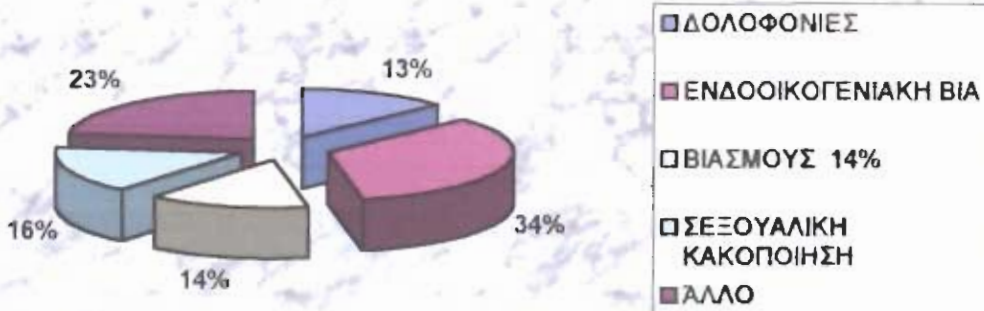
**24. Η ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΤΩΝ
ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ:**



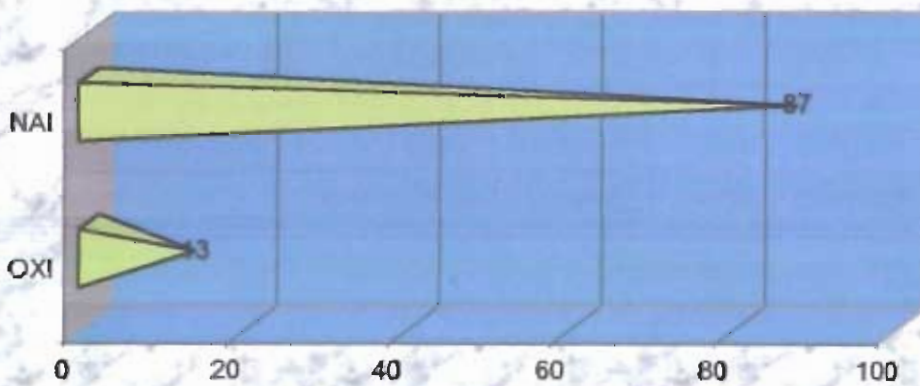
**25. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ
ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΟΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ;**



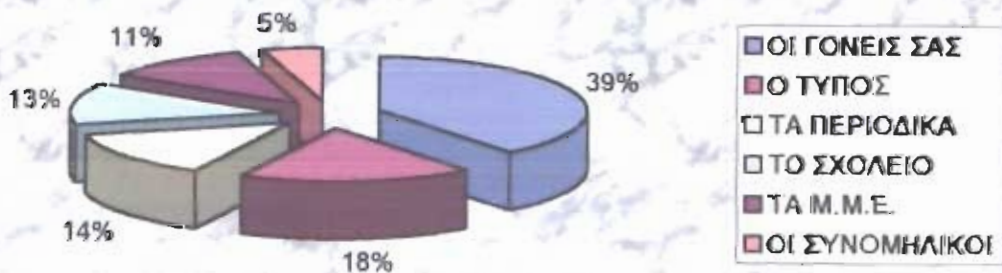
26. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΤΕΛΕΣΟΥΝ:



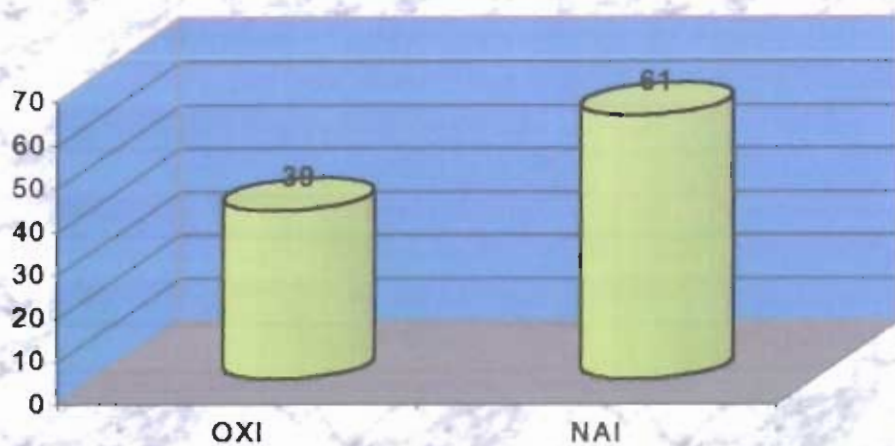
27. Α. ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ;



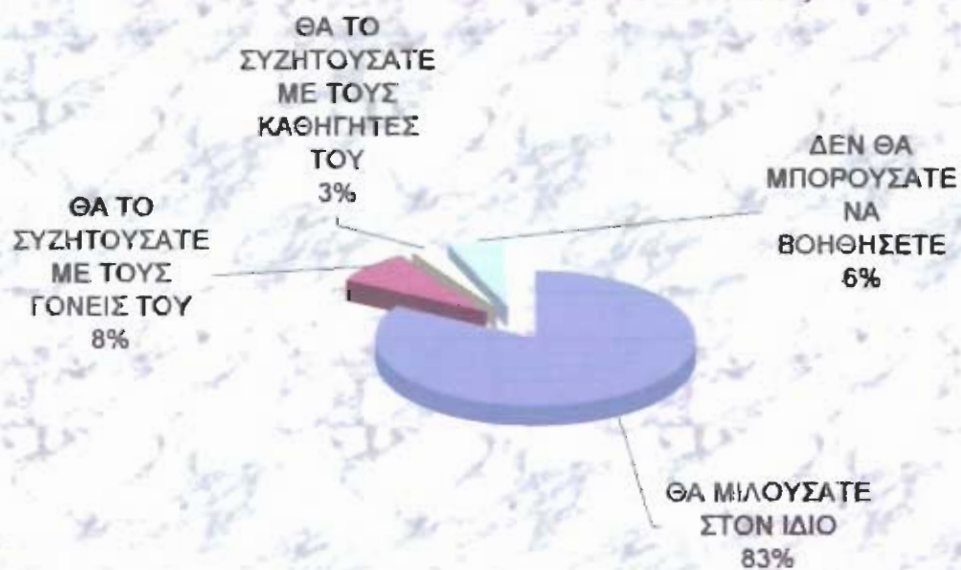
27. Β. ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΗΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΣΑΣ;



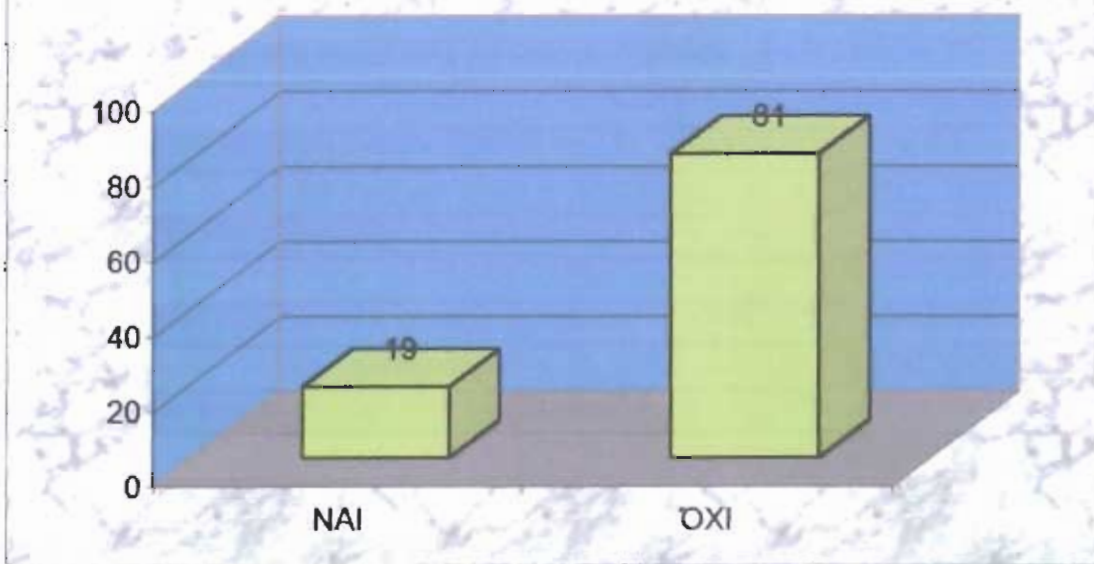
**28. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ
ΕΙΝΑΙ ΑΡΚΕΤΗ ΓΙΑ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ
ΑΛΚΟΟΛ;**



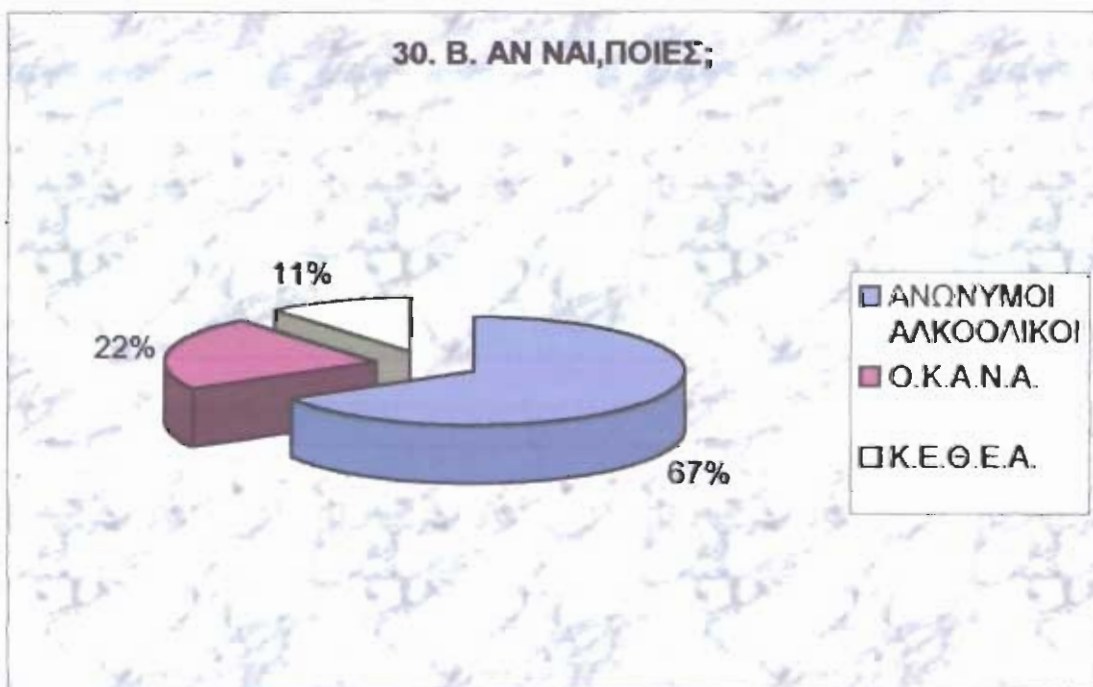
**29. ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΘΑ ΒΟΗΘΟΥΣΑΤΕ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ
ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΑΣ ΠΟΥ ΚΑΝΕΙ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ
ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΤΩΝ;**



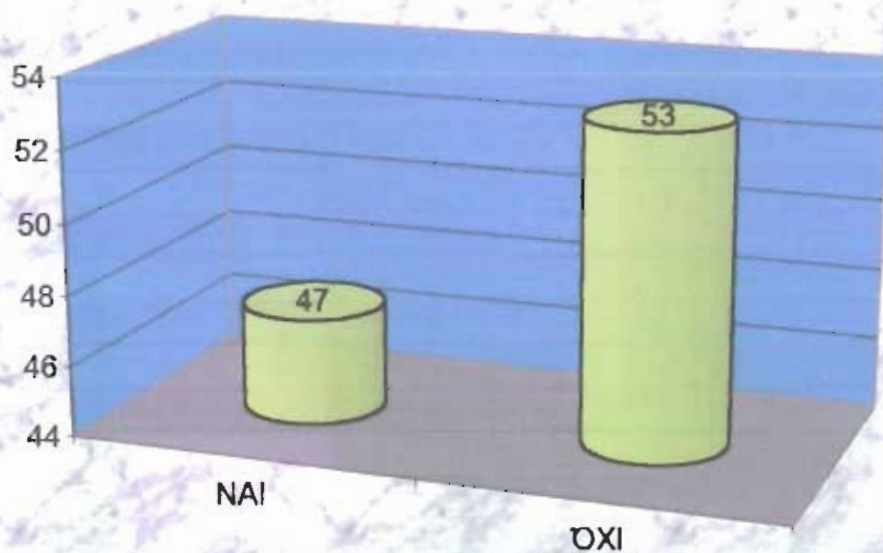
**30. Α. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ
ΑΡΜΟΔΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ;**



30. Β. ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΕΣ;



**31. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ Σ'ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΕΥΚΟΛΗ;**



**32. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΟΜΠΗ
"bar";**



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1. Αβραμιδής Β. Αθανάσιος. «Η αλήθεια για τα ναρκωτικά». Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1988.
2. Αβραμιδής Β. Αθανάσιος. «Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών». Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1994.
3. Αναστασόπουλος Κ. Βασίλης. «Ψυχοπαιδαγωγική της εφηβικής ηλικίας, ο τρόπος της αγωγής της σήμερα στο σχολείο και την οικογένεια». Αθήνα 1993.
4. Αποστολόπουλος Απόστολος. «Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι, Αγωγή Υγείας» Πάτρα 1997.
5. Γουόλτον Φράνσις. «Κερδίστε τους εφήβους από 13-19 στο σπίτι και στο σχολείο». Μετάφραση: Μαντσού Εύη. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 1982.
6. Δετοράκης Ιωάννης. «Σημειώσεις Υγιεινής ΙΙ». Αθήνα 1994
7. Δημητρίου Α, Παπκός Α, Μάλαμιας Μ, Παπαϊωάννου Ι, Μαρσέλος Μ. «24 ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό». Τόμος Περιλήψεων, Αθήνα 1998
8. Δοξιάδη Ανθή, Ζαχαροπούλου Εύη. «Ο έφηβος και η οικογένεια». Αθήνα 1985.
9. Δράγωνα Θ, Ντάβου Μ. «Εφηβεία προσδοκίες και αναζητήσεις». Εκδόσεις Παπαζήση.
10. Ιεροδιακόνου Χ. Φωτιάδης Χ, Δημητρίου Ε. «Ψυχιατρική». Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988.
11. Κοκκέβη Α, Μαδιανού Δ., Στεφανής Κ. «Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Η χρήση ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό». Εκδόσεις Ψυχιατρική βιβλιοθήκη, Τόμος Β', Αθήνα 1992.

12. Κοκκέβη Άννα. «Σύγχρονα Θέματα παιδοψυχιατρικής». Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1987.
13. Kopp Nilhelm. «Από 12 έως 18. σήμαρα ένας νέος, αύριο ένας άντρας». Εκδόσεις Άδελφοί Γ. Βλάσση.
14. Κοσμόπουλος Β. Αλέξανδρος. «Ψυχολογία και οδήγητική της παιδικής και νεανικής ηλικίας». Εκδόσεις διδακτικών βιβλίων. Αθήνα 1985.
15. Κρασανάκης Γ. «Θέματα ψυχολογίας του εφήβου»
16. Κυριακίδης Α. Παύλος. «Η οικογενειακή σχέση». Εκδόσεις Γλληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000.
17. Λιντεκέ Β. «Από 12 έως 18. Το βιβλίο κλειδί της Ευτυχίας». Μετάφραση: Λαρεντάκη Θ. Εκδόσεις Άδελφοί Γ. Βλάσση.
18. Μαδιανός Γ. Μιχάλης. «Κοινωνία και Ψυχική Υγεία». Εκδόσεις Καστανιώτη, Τεύχος Α, Τόμος 2^{ος}, Αθήνα 1998.
19. Μάνου Νίκος. «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής». Έκδοση 1^η, Θεσ/νίκη 1988.
20. Μάνου Νίκος. «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής». Έκδοση 2^η, Θεσ/νίκη 1997.
21. Μαρτσέλος Μάριος. «Ναρκωτικά, Φαρμακολογία και Τοξικολογία των εξαρτησιογόνων ουσιών». Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986.
22. Ντόλτο Φρανσουάς, Ντόλτο Κατρίν – Τολιτς. «Έφηβοι, Προβλήματα και ανησυχίες». Μετάφραση: Παπαγιάννη Ιωάννα. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1997.
23. Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος. «Γενικά περί αλκοολισμού των νέων. Νεανικός Αλκοολισμός». Εκδόσεις Εγκέφαλος, Τεύχος 26, Τόμος 2^{ος}, Αθήνα 1989.
24. Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος. «Έξαρτήσεις στη ζωή μας». Εκδόσεις Πασχαλίδης, Έκδοση 2^η, Αθήνα 1990.

25. Παπαδημητρίου Γ. «Σύγχρονη Ψυχιατρική». Εκδόσεις Επιστημονική. Τόμος Β', Αθήνα 1974.
26. Παπαδόπουλος Νίκος. «Η εφηβική ηλικία». Επίτιμος Ψυχολογία. Έκδοση 3^η, Αθήνα 1993.
27. Παπαϊωάννου Κ. «Κλινική κοινωνική Έργασία – Κοινωνική εργασία με άτομα» Εκδόσεις Έλλην, 1988.
28. Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης. «Εξελεγκτική Ψυχολογία». Τόμος 4^{ος}, Αθήνα 1985.
29. Ποταμιανός Α. Γρηγόρης. «Νόμιμες ουσίες εξάρτησης, Αλκοόλ». Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1991.
30. Πρακτικά Α' Πανελληνίου Συνεδρίου αγωγής υγείας, «Η αγωγή υγείας στην κοινότητα». Πάτρα 1991.
31. Rowward Susan. «Τοξικοί γονείς». Εκδόσεις Λύχνος, 1992.
32. Ronde Paul, Lewinsohn M. Peter, Kohler W. Christopher, Seeley R. John, Brown A. Richard. «Natural Course of Alcohol Use Disorders from Adolescence to Young Adulthood». J. Am acad child adolesce psychiatry, 2001
33. Σεφέρου Μαρία. «Η κραυγή. Ναρκωτικά: Αρρώστια ή Επιλογή». Εκδόσεις Ευρώτας, Αθήνα 1997.
34. Στασινού Δ. «Τηλεόραση και επικοινωνία». Θεσ/νίκη, 1988.
35. Σατίρ Βιρτζίνια. «Πλάθοντας ανθρώπους». Μετάφραση: Στυλιανούδη Λιλή. Εκδόσεις Κέδρος, 1929.
36. Τσαρούχας Κώστας. «Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό», Αθήνα 2000.
37. Τερζίδου Μανίνα, Μάκα Ζωή, Κοκκέβη Άννα. «Μαθητές: Η βία, Σχολείο, Οικογένεια». Εκδόσεις Μ.Β.Ι.Κ.Ε., Αθήνα 2000.
38. Τσιάντης Γιάννης. «Βασική Παιδοψυχιατρική». Εκδόσεις Καστανιώτη, Τεύχος Α, Τόμος 2^{ος}, Αθήνα 1997.

39. Τσιαντής Γιάννης. «Οργάνωση υπηρεσιών παιδοψυχιατρικής περίθαλψης και πρόληψης στην Ελλάδα». Εκδόσεις Καστανιώτη.
40. Γούλιχρήστος Νίκος. «Ναρκωτικά. Όχι η Ιθάκη δεν είναι εδώ». Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 1991.
41. Jaap van der Stel, Deborah Voordewind, Ομάδα Πομπιντού Συμβούλιο της Ευρώπης και gellinek Consultancy. «Εγχειρίδιο πρόληψη: Ουνοπνευματώδη, ναρκωτικά και καπνός». Μετάφραση: Καλομοίρης Γιώργος. Εκδόσεις Ε.Π.Π.Ψ.Υ. ΟΚΑΝΑ, Αθήνα 1999.
42. Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ., «Επιδημιολογική διερεύνηση της συχνότητας χρήσης ουνοπνευματωδών ποτών σε μαθητές της μέσης Εκπαίδευσης». Ιατρική, Τεύχος 57, Τόμος 6^{ος}, Αθήνα 1990.
43. Υφαντής Θ. «Εφηβοι και κατάχρηση ουνοπνευματωδών ποτών». Ιατρική Τεύχος 59, Τόμος 4^{ος}, Αθήνα 1991.
44. Χαρτοκόλλης Πέτρος. «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική». Εκδόσεις Θεμέλιο Έκδοση 1^η, Πάτρα 1986.
45. Χουρδάκη Μαρία. «Ναρκωτικά. Πρωτογενής Τομέας». Εκδόσεις Leader Books, Έκδοση 3^η, Αθήνα 2000.
46. Χουρδάκη Μαρία. «Οικογενειακή Ψυχολογία». Εκδόσεις Γρηγόρη. Αθήνα 1992.
47. Head John. «Εκπαιδύοντας τους εφήβους». Μετάφραση: Κοτσώνη Πελαγία. Εκδόσεις Σαββάλας, 2000.
48. Herbert Martin. «Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας». Μετάφραση: Σπυροπούλου Ιωάννα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Έκδοση 2^η, Αθήνα 1994.
49. Herman Krimmel, «Alcoholism Challenge for Social work Education». Council on Social Work Education 1971.
50. Μαθητική εργασία «Αλκοόλ», 6^ο Γυμνάσιο Σερρών.

51. Πτυχιακή Εργασία «Αλκοολισμός – Προσέγγιση όσον αφορά τις επιπτώσεις στις οικογενειακές σχέσεις». Πάτρα 1990.
52. Πτυχιακή εργασία «Αλκοόλ και Εφηβεία». Πάτρα 1994.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

53. Μεγάλη Σοβιετική Εγκυκλοπαίδεια. Τόμος 2^{ος}.
54. Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια. Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών ΕΣΣΔ, Τόμος 1^{ος}.
55. Εγκυκλοπαίδεια Υδρία, Τόμος 6^{ος}, Αθήνα 1978.

ΛΕΞΙΚΑ

56. Λεξικό αφιερωμένο στο αλκοόλ και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1999.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

57. Ζαφειρίδης Φοίβος. «ΚΕΘΕΑ. Θέσεις του ΚΕΘΕΑ σε επίκαιρα ζητήματα, το πρόβλημα της εξάρτησης και η αντιμετώπιση του». Πρόσωπο, Τεύχος 3^ο, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1994.
58. Ζαφειρίδης Φοίβος. «Το ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα για άτομα εξαρτημένα από φαρμακευτικές ουσίες». Εκλογή, Τεύχος 71^ο, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1986.
59. Κωλέττα Αθηνά, Μπλάτσιου Ελένη. «Εφηβεία και Αλκοόλ». Πρόσωπο, Τεύχος 2^ο, Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος 1994.
60. Λεϊκίη Σελία. «Η διάγνωση και θεραπεία του αλκοολισμού». Εκλογή, Τεύχος 71^ο, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1986.
61. Μάτσα Κατερίνα. «Θεραπευτική προσέγγιση και αντιμετώπιση του αλκοολισμού». Πρόσωπο, Τεύχος 7^ο, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1995.

62. Μυλωνά Βασιλική. «Ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης για το αλκοόλ: Γιατί Πως Ποιες οι προσδοκίες». Πρόσωπο, Τεύχος 3^ο Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 1994.
63. Dimitrijevic Ivan. «Συστηματική οικογενειακή θεραπεία εφήβων αλκοολικών». Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 26^ο, Απρίλιος - Οκτώβριος 1989.
64. Πασσά Αγγελική «Φορείς πρόληψης και τοπική αυτοδιοίκηση». Πρόσωπο, Τεύχος 3^ο, Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 1994.
65. Ρόντος Ιωάννης, Ρόντος Κων/νος. «Εξελίξεις και τάσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στην Ελλάδα 1961-2000». Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 54^ο, Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 1996.
66. Φακιάλας Νίκος. «Ο ρόλος των συνομηλικών εφήβων στην πρόληψη». Πρόσωπο, Τεύχος 7^ο, Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 1995.

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

67. Μάτσα Κατερίνα. «Θεραπευτική προσέγγιση και αντιμετώπιση του αλκοολισμού».
68. Ματσάκα Ιωάννα «Γενικά χαρακτηριστικά της εφηβικής ηλικίας και η χρήση των τοξικών ουσιών από τον έφηβο».
69. Πασσάς Βασίλης «Πότε η πρόληψη, η αγωγή και προαγωγή υγείας είναι αποτελεσματικές και μπορεί να έχουν προοπτική»

