

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η άποψη των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας του Ανώτατου Τεχνολογικού
Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας για τις επιπτώσεις του αλκοόλ και η
θεραπευτική παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού**



**Αργυρίου Χρυσούλα
Λυγκώνη Μαρία**

ΠΑΤΡΑ 2008

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η άποψη των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας για τις επιπτώσεις του αλκοόλ και η θεραπευτική παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΑΡΓΥΡΙΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ
ΛΥΓΚΩΝΗ ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΠΑΤΙΣΤΑΤΟΥ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

Φεβρουάριος 2008

ΠΑΤΡΑ

Η πτυχιακή των Αργυρίου Χρύσα και Λυγκώνη Μαρίας εγκρίνεται:

Υπογραφές

1. Κατερίνα Μπατιστάτου (επιβλέπων καθηγήτρια)

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής:

2.
3.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ	12
Α ΜΕΡΟΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	
1.1. Ιστορική Αναδρομή	16
1.2. Παράγοντες που οδηγούν στη χρήση και στην εξάρτηση από το αλκοόλ	18
1.3. Η εξάρτηση από το αλκοόλ	20
1.4. Η ψυχολογία του πότη	23
1.5. Το προφίλ του αλκοολικού ατόμου	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ	
2.1. Επιπτώσεις του αλκοόλ στον Κοινωνικό Τομέα	26
2.1.1. Οικογενειακά προβλήματα	26
2.1.2. Επιπτώσεις στο χώρο εργασίας	28
2.1.3. Βία-εγκληματική συμπεριφορά-ποινικά αδικήματα	29
2.1.4. Οικονομικές επιπτώσεις	30
2.1.5. Ατυχήματα	31
2.2. Σωματικές επιπτώσεις	33
2.3. Ψυχολογικές Επιπτώσεις	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ

3.1. Φαρμακολογική προσέγγιση	39
3.2. Ψυχολογική προσέγγιση	40
3.2.1. Τεχνικές Θεραπείας συμπεριφοράς	40
3.2.2. Άλλα είδη ψυχοθεραπείας	41
3.2.3. Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα	42
3.2.3.1. Τα θεραπευτικά προγράμματα του ΟΚΑΝΑ Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης Από το αλκοόλ	44
3.2.3.2. Τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης Από το αλκοόλ	51
3.2.3.3. Τα θεραπευτικά προγράμματα του ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών για τη θεραπευτική Αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ	53
3.2.3.4. Ανώνυμοι Αλκοολικοί	60
3.2.3.5. Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας	63
3.2.3.6. Αλ-Ανών	64
3.2.3.7. Club: Μέθοδος Hudolin	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

4.1. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική Ομάδα	70
---	-----------

ΜΕΡΟΣ Β : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1. Σκοποί και στόχοι	75
5.2. Πληθυσμός και Δείγμα	75
5.3. Επιλογή Ερωτηματολογίου	76
5.4. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα	77
ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	79
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	86
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	112
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	115
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	128

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:

Θεωρούμε χρέος μας να εκφράσουμε τις θερμότερες ευχαριστίες μας, στην υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής εργασίας μας, κα. Μπατιστάτου Κατερίνα, για τη συνεχή καθοδήγησή της και την αμέριστη συμπαράστασή της κατά τη διάρκεια της συγγραφής της.

Ακόμα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την κα. Μυλωνά Χριστίνα, Κοινωνική Λειτουργό του προγράμματος 18 Άνω, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών για τις ιδιαίτερα βοηθητικές πληροφορίες που μας προσέφερε σχετικά με το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας που μας επέτρεψαν να διεξάγουμε την έρευνά μας κατά τη διάρκεια του μαθήματός τους αφιερώνοντας έτσι σε μας, αρκετό από το χρόνο τους.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συμμετείχαν στην έρευνα μας – τους φοιτητές δηλαδή της Κοινωνικής Εργασίας, του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας, από το Α Εξάμηνο έως το Πτυχίο Α - χάρη στους οποίους καταφέραμε να διεξάγουμε την έρευνά μας, και ταυτόχρονα να ολοκληρώσουμε την παρούσα πτυχιακή εργασία.

«Η έκταση της χρήσης του αλκοόλ – χιλιομετρική και πληθυσμιακή - οι τρόποι με τους οποίους έχει αντιμετωπισθεί από τους αιώνες, καθώς και οι επιπτώσεις του, όλα αυτά που έχουν γραφεί για αυτή την «παράξενη» ουσία μαρτυρούν την αξία που της δίνουν οι άνθρωποι. Το αλκοόλ υπάρχει παντού, είναι μέρος της καθημερινής ζωής. Είτε το παρασκευάζουμε, είτε το χρησιμοποιούμε ως φάρμακο, είτε το πίνουμε, είτε γράφουμε γι' αυτό, τελικά του αφιερώουμε πολύ χρόνο και ενέργεια» . (Τσαρούχας, σελ 26)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αλκοόλ αναμφισβήτητα, είναι ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο. Πολλές έρευνες, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως πολλοί παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και συνεπώς το φαινόμενο του αλκοολισμού δε μπορεί να απομονωθεί.

Η πτυχιακή εργασία, με θέμα, «**η άποψη των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας για τις επιπτώσεις του αλκοόλ και η θεραπευτική παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού**», χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις δυο μεταβλητές - το αλκοόλ και τη θεραπευτική παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού- και το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει την ποσοτική έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Πάτρας.

Ειδικότερα, το πρώτο μέρος και πιο συγκεκριμένα το πρώτο κεφάλαιο, περιλαμβάνει μια ιστορική ανασκόπηση του αλκοόλ, τους παράγοντες που οδηγούν στη χρήση και στην εξάρτησή του, με μία ειδική αναφορά στον τομέα της εξάρτησης, την ψυχολογία του πότη, καθώς και το προφίλ των αλκοολικών ατόμων.

Στην συνέχεια θεωρήθηκε αναγκαίο, στο επόμενο κεφάλαιο να συμπεριληφθεί μία αναλυτική αναφορά για τις επιπτώσεις του αλκοόλ οι οποίες επηρεάζουν όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου (κοινωνικό, σωματικό και ψυχολογικό) όταν δεν γίνεται σωστή χρήση του.

Επιπλέον, το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη θεραπευτική πλέον προσέγγιση και αντιμετώπιση του αλκοολικού, όπου αναλύονται και τα προγράμματα στα οποία μπορεί να στραφεί ένα αλκοολικό άτομο όπως για παράδειγμα οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί, το πρόγραμμα 18 Άνω και άλλα.

Ακολουθεί ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε ένα ξεχωριστό κεφάλαιο και έπειτα ξεκινά το δεύτερο μέρος.

Στο δεύτερο μέρος αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας (δειγματοληψία, πληθυσμός, δείγμα, εργαλείο έρευνας, πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα, περιεχόμενο, μορφή), ακολουθεί η παράθεση του ερωτηματολογίου, των ερευνητικών δεδομένων, η ανάλυση τους και τα συμπεράσματα.

Στο τέλος της πτυχιακής αυτής υπάρχει το παράθεμα το οποίο περιλαμβάνει το νομοθετικό πλαίσιο του αλκοόλ, το συμφωνητικό που χρειάζεται για να ενταχθεί κάποιος σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ, μία ενδεικτική δεοντολογία –ΚΕΘΕΑ- που ακολουθούν τα θεραπευτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού, μαρτυρίες αλκοολικών-μέλη των Ανώνυμων Αλκοολικών και ένα ερωτηματολόγιο για την «αναγνώριση» των αλκοολικών.

SUMMARY

Alcohol undeniably, is a complex and multidimensional phenomenon. A lot of researches, led to the conclusion that a lot of factors effect between them and consequently the phenomenon of alcoholism can not be isolated.

The final work, on the subject, **"the opinion of students of Social Work of Maximum Technological Educational Institution Patras for the repercussions and the therapeutic intervention of Social Worker"**, is separated in two parts. The first part concerns the bibliographic examination with regard to the two variables - alcohol and the therapeutic intervention of Social Worker - and the second part includes the quantitative research which was realised in the students of Social Work of M.T.E.I Patras.

More specifically, the first part and more concretely the first chapter, includes a historical examination of alcohol, the factors that lead to the use and to his dependence, with a special report to the sector of dependence, the psychology of drinker, as well as the profile of alcoholic individuals.

Then it was considered necessary, in the next capital is included an analytic report on repercussions alcohol what influences all the sectors of life of individual (social, bodily and psychological) when does not become his right use.

Moreover, the third chapter includes the therapeutic henceforth approach and confrontation of alcoholic, where are analyzed and the programs in which it can turn itself a alcoholic individual as for example they are the Anonymous Alcoholics, the program 18 over and other.

Follows the role of Social Worker in a separate capital and then begins the second part.

In the second part is analyzed the methodology of research (sampling, population, sample, tool of research, advantages-disadvantage, content, form), follows the apposition of questionnaire, inquiring data, their analysis and the conclusions.

In the end the final this exists the mention which includes the legislative frame of alcohol, the contract that needs in order to is included somebody in a program of purgation of drug-addiction by the alcohol and indicative deontology –KETHEA - that they follow the therapeutic programs for the confrontation of alcoholism, testimonies alcoholic-member Anonymous Alcoholic and a questionnaire on the "recognition of" alcoholics.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μετά την ολοκλήρωση της τετραετής φοίτησης μας στο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας (Α.Τ.Ε.Ι.), στην Κοινωνική εργασία της Σχολής Επαγγελματίων Υγείας και Πρόνοιας φτάσαμε πλέον στην τελική ευθεία, της αποφοίτησής μας, με μόνη πλέον υποχρέωση την πτυχιακή μας εργασία.

Καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής μας λοιπόν μελετήσαμε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και τομείς στους οποίους η κοινωνική Εργασία θα λέγαμε ότι παίζει πρωτεύοντα ρόλο. Ασχοληθήκαμε με την παραβατικότητα, την παιδική ηλικία, με σχολές γονέων, ακόμη και με εξαρτησιογόνες ουσίες χωρίς όμως να αναφερθούμε διεξοδικά και με τον τρόπο που εμείς επιθυμούσαμε στο «αλκοόλ».

Έτσι θέλοντας να εμπλουτίσουμε τις γνώσεις μας και σε αυτόν τον τομέα αποφασίσαμε να ασχοληθούμε και με την υπέρμετρη χρήση αλκοόλ, κοινώς τον αλκοολισμό.

Κύριο σκοπό της πτυχιακής μας εργασίας, αποτέλεσε η μελέτη της άποψης των φοιτητών –Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματίων Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας- για τις επιπτώσεις του αλκοόλ αλλά και για τη θεραπευτική παρέμβαση του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού.

Στόχος μας, ήταν κυρίως η γνώση. Η γνώση για τις κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του αλκοόλ, για τα θεραπευτικά προγράμματα που αφορούν το φαινόμενο του αλκοολισμού και το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού σε αυτά, για τα αίτια του αλκοολισμού, για το ποια άτομα μπορούν να θεωρηθούν εν δυνάμει αλκοολικοί, και γενικότερα ότι αφορά το φαινόμενο του αλκοολισμού.

Γνωρίζοντας λοιπόν, από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση την οποία πραγματοποιήσαμε πριν ξεκινήσουμε αυτή την εργασία ότι ναι μεν έχουν πραγματοποιηθεί και κάποιες άλλες πτυχιακές εργασίες όσον αφορά τους τομείς των επιπτώσεων του αλκοόλ – στον σωματικό τομέα ιδιαίτερα, ενώ εμείς επεκτεινόμαστε στον κοινωνικό και ψυχολογικό τομέα- ωστόσο καμία δεν επεκτείνεται στη θεραπευτική παρέμβαση του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού και στην περεταίρω ανάλυση των προγραμμάτων, κάτι που εμείς θεωρήσαμε αναγκαίο, αναλύοντας ταυτόχρονα και την άποψη των φοιτητών σχετικά με το προαναφερόμενο θέμα.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

A. ΑΛΚΟΟΛ

«Ο όρος αλκοόλ, προέρχεται από την αραβική λέξη « alkoahl». Το αλκοόλ, το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει τον εξής χημικό τύπο C₂H₅OH . Ο άνθρακας δηλαδή, το υδρογόνο και το οξυγόνο είναι τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης» (Ποταμιάνος, 1991:27).

Η αιθανόλη είναι προϊόν αλκοολικής ζύμωσης της γλυκόζης, που συνήθως γίνεται με την παρουσία σακχαρομυκητών. Υπόστρωμα για τη ζύμωση αποτελούν ορισμένα φυσικά προϊόντα, όπως τα σταφύλια, το άμυλο των δημητριακών, τα σάκχαρα του σακχαροκάλαμου κ.λπ.. Το οινόπνευμα που αποστάζεται από τη ζύμωση αυτών των προϊόντων φτάνει συνήθως με μέγιστη καθαρότητα το 95%. Για την επίτευξη εκατό τοις εκατό καθαρού οινόπνευματος απαιτείται η χημική επεξεργασία με ειδικές υγροσκοπικές ενώσεις, οι οποίες δεν στερούνται τοξικότητας (Ποταμιάνος, 1991).

Η αιθυλική αλκοόλη είναι υγρό άχρωμο, με μάλλον ευχάριστη οσμή και γεύση. Διαλύεται εύκολα στο νερό. Ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό το οποίο έχει την δυνατότητα να προκαλέσει μια γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (Ποταμιάνος, 1991).

B. ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΣ:

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας , *«αλκοολικό είναι το άτομο που χαρακτηρίζεται από υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματος και του οποίου η εξάρτηση από αυτό έχει φτάσει σε τέτοιο σημείο ώστε να διακρίνονται έντονα σημεία βλάβης σωματικής και ψυχικής υγείας, διαταραχές την επικοινωνία του με τους συνανθρώπους, όπως και βλάβες στο κοινωνικοοικονομικό του περιβάλλον ή πρόδρομα σημεία μιας τέτοιας εξέλιξης».* Η Jellinek πίστευε πως το στάδιο των πρόδρομων σημείων του αλκοολισμού είναι φαινόμενο όπου η αποφασιστική επέμβαση μπορούσε να εμποδίσει την εξέλιξη της ασθένειας σε χρόνια κατάσταση (Παπαγεωργίου, 1990:56) . Το σύνολο των αλκοολικών συνεπώς, σύμφωνα με τη Jellinek, μπορούσε να διαιρεθεί σε πέντε βασικές κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές πήραν το όνομά τους από το ελληνικό αλφάβητο (Ποταμιάνος, 1991:47-48).

- Αλκοολικός τύπου Α : Πρόκειται για καθαρά ψυχολογική εξάρτηση από το αλκοόλ, χωρίς βιολογικές επιπλοκές.
- Αλκοολικός τύπου Β : Παρουσιάζει σωματικά προβλήματα όπως κύρωση του ήπατος και άλλα τα οποία προκαλούνται εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ, χωρίς το άτομο παράλληλα να είναι ψυχολογικά εξαρτημένο.
- Αλκοολικός τύπου Γ : Αλλοιωμένη βιολογική αντίδραση στο αλκοόλ, που οδηγεί σε αυθόρμητη χρήση της ουσίας και χαρακτηρίζεται από αδυναμία ελέγχου της ποσότητας που καταναλώνεται.
- Αλκοολικός τύπου Δ : Αλλοιωμένη βιολογική αντίδραση στο αλκοόλ, που οδηγεί σε αδυναμία αποχής από αυτό.
- Αλκοολικός τύπου Ε : Άτακτη περιοδική χρήση του αλκοόλ (Ποταμιάνος, 1991:47-48).

Γ. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με την ΕΜ. **Jellinek (1946)**, αλκοολισμός, είναι η οποιαδήποτε χρήση αλκοολούχων ποτών που προκαλεί οποιαδήποτε βλάβη στο άτομο, στην κοινωνία ή και στα δύο (Ποταμιάνος, 1991).

Η **Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας**, σε μια προσπάθεια να δώσει τον ορισμό θέτει ορισμένα κριτήρια και θεωρεί ως αλκοολισμό: «Κάθε μορφή κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών η οποία ξεφεύγει από την παραδοσιακή και εθιμική χρήση οινοπνεύματος ή δεν ανταποκρίνεται στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής, μέσα σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, ανεξάρτητα από τους αιτιολογικούς παράγοντες μιας τέτοιας συμπεριφοράς».

Από την πλευρά της η ιατρική, χαρακτηρίζει τον αλκοολισμό:

- Ως μια νοσηρή τάση ορισμένων ατόμων για οινοποσία σε βαθμό κατάχρησης
- Ως το σύνολο των παθολογικών και νευροψυχικών φαινομένων, δηλαδή τη χρόνια ψυχική ή οργανική ή ψυχοσωματική νόσο, συνιστάμενη στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών και την εκδήλωση άλλων συμπτωμάτων ψυχικού, οργανικού ή ψυχοσωματικού χαρακτήρα για λόγους ψυχολογικούς (βλ. 4.1. ΜΕΘΗ).

Με τη διπλή αυτή σημασία είναι γνωστοί: Πρώτον ο οξύς αλκοολισμός, για τον οποίο χρησιμοποιείται συνήθως όρος «μέθη» και δεύτερον «ο χρόνιος ή κυρίως αλκοολισμός», όροι που χρησιμοποιούνται για εκείνους που κάνουν ακατάσχετη και συνεχή χρήση οινοπνευματωδών ποτών (βλ. 4.1 ΜΕΘΗ) .

Ε. ΠΟΤΗΣ:

Ως πότης, χαρακτηρίζεται το άτομο που κάνει υπερβολική αλλά και συστηματική χρήση (κατάχρηση) αλκοόλ (Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας, 2002:1457).

ΣΤ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΤΗΣ:

Ο όρος του προβληματικού πότη, περιλαμβάνει:

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

Β. Άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα υγείας εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλης (οργανικά, ψυχιατρικά, κοινωνικά) αλλά δεν παρουσιάζουν το σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ.

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

Ζ. ΕΞΑΡΤΗΣΗ:

Η έννοια της εξάρτησης χρησιμοποιείται με πολλές σημασίες προκειμένου να περιγράψει μία σχέση υποταγής, απώλεια της ανεξαρτησίας, σχέση αιτίας και αποτελέσματος ή ακόμα σχέση αλληλεξάρτησης μεταξύ προσώπων ή φαινομένων. Γενικότερα χρησιμοποιείται για να δηλώσει την αδυναμία αυτόνομης απόδοσης, πραγμάτων ή καταστάσεων απέναντι σε άλλα άτομα, πράγματα ή καταστάσεις (Λεξικό επιστημών του ανθρώπου, 2000:136).

Από την πλευρά του ο Μπαμπινιώτης (2002), ορίζει την εξάρτηση ως τον παθολογικό εθισμό σε βλαβερές για τον οργανισμό ουσίες (Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας, 2002:623).

Τέλος, σύμφωνα με τον Κελεσίδη (1995), ως εξάρτηση ορίζεται η ψυχολογική ή φυσική εξάρτηση από άτομα ή φάρμακα. Το οινόπνευμα και διάφορες φαρμακευτικές ουσίες οπιούχα, αμφεταμίνες ηρεμιστικά είναι δυνατόν να προκαλέσουν κατάσταση φυσικής ή συναισθηματικής εξάρτησης στα άτομα που τα χρησιμοποιούν σε μεγάλες δόσεις και τακτικά. Το εξαρτημένο άτομο αν στερηθεί την ουσία που χρησιμοποιεί παρουσιάζει σωματικά συμπτώματα εφιδρώσεις και κοιλιακούς πόνους ή συναισθηματική δυσφορία. Ο τύπος της εξάρτησης ποικίλει ανάλογα με την ουσία και την προσωπικότητα του ατόμου (Ιατρικό εγκυκλοπαιδικό λεξικό, 1995:463).

Η. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ:

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ορίζεται μία προσαρμοστική κατάσταση που εκδηλώνεται με εμφανή σωματική διαταραχή, όταν σταματά η παροχή της τοξικής ουσίας.

Θ. ΑΝΟΧΗ:

Συμβαίνει όταν η απάντηση σε ένα ορισμένο ποσό ενός φαρμάκου ή φυσιολογικού διαβιβαστή ελαττώνεται (μία μεγαλύτερη ποσότητα πρέπει να δοθεί για να προκληθεί η απάντηση όπως πρώτα (Λεξικό ιατρικών όρων, 1995:90).

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Ματσανιώτη και τους συνεργάτες του (2001), η ανοχή μπορεί να οριστεί ως η ανάγκη λήψεως διαρκώς μεγαλύτερων δόσεων φαρμάκου ή ναρκωτικού για να συνεχισθεί η παραγωγή του ίδιου σωματικού ή ψυχικού αποτελέσματος. Η ανοχή αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα λήψης της ουσίας για κάποια χρονική περίοδο και συνήθως οφείλεται είτε σε αύξηση της ικανότητας του ήπατος να διασπά την ουσία, είτε σε ελάττωση της ευαισθησίας των ιστών του σώματος σε αυτήν. Το πιο κοινό παράδειγμα ανοχής αποτελούν οι μεγάλοι πότες οι οποίοι αποκτούν τόσο μεγάλη ανοχή στο οινόπνευμα ώστε να καταναλώνουν ποσότητες οινοπνεύματος που σε συνηθισμένο άτομο θα προκαλούσαν απώλεια της συνείδησης (Ιατρικό εγκυκλοπαιδικό λεξικό, 2001:143).

Ι. ΧΡΗΣΗ:

Ορίζεται η τακτική κατανάλωση αλκοόλ.

Κ. ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ:

Ορίζεται η υπέρμετρη χρήση και η έλλειψη εγκράτειας στην κατανάλωση αλκοόλ (Μείζων Ελληνικό Λεξικό, 1995).

A ΜΕΡΟΣ :

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το αλκοόλ είναι μια από τις πρώτες ουσίες που «συνόδευσαν» την εξέλιξη του πολιτισμού. Η ανακάλυψη της απόσταξης αποδίδεται στον Πέρση γιατρό Rhazes , ενώ κατάχρηση του αλκοόλ μαρτυρείται και στην αρχαία Ρώμη, γύρω στον 1ο αιώνα π.Χ. . Παράλληλα, φαίνεται ότι υπάρχουν ιστορικές αναφορές στις επιπτώσεις που απορρέουν από την κατάχρηση του αλκοόλ στην αρχαία Αίγυπτο και τη Μεσοποταμία (Τσαρούχας, 2000).

Διαμέσου των αιώνων, το αλκοόλ έχει χρησιμοποιηθεί ως ουσία με αναλγητικές ιδιότητες και ως αναισθητικό στη χειρουργική. Εκτός αυτών, το αλκοόλ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τροφή, ως καύσιμη ύλη και πάνω απ' όλα ως ουσία με ανασταλτικές ιδιότητες που «διευκολύνουν» τις διαπροσωπικές και κοινωνικές διαδικασίες (Τσαρούχας, 2000).

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

Η Γαλλία και η Ιταλία είναι δύο από τις βασικότερες οίνο παραγωγικές χώρες. Και οι δύο κερδίζουν ένα σημαντικό μερίδιο της πίτας από την παραγωγή και τη διακίνηση κρασιού. Παρόλα αυτά το φαινόμενο του αλκοολισμού στην Ιταλία πριν μια γενιά ήταν το 1/5 από ότι στη Γαλλία.

Τα αποσταγμένα ποτά λοιπόν, με μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε αλκοόλη μεγαλύτερη του 14%, έγιναν «δημοφιλή» μετά το 16ο αιώνα (Τσαρούχας, 2000) .

Από κει και πέρα το πέρασμα από το σταφύλι στη βύνη και στη συνέχεια σε άλλους τρόπους απόσταξης, συνοδεύεται πια από πολύ θλιβερές στιγμές της ανθρώπινης ιστορίας. Γύρω στο 1700 οι Ολλανδοί φτιάχνουν ένα αποσταγμένο ποτό που ονομάζεται τζιν. Το ποτό αυτό γνωρίζει πολύ μεγάλη εξάπλωση στα χρόνια της βιομηχανικής επανάστασης στα αστικά κέντρα της Αγγλίας και μεταλλάσσεται σε τρομακτική επιδημία. Και επειδή είναι πολύ φθηνό

συνδυασμό με τις άθλιες συνθήκες της εποχής χρησιμοποιείται από την εργατική τάξη και ως τροφή, επειδή έχει πολύ μεγάλη θρεπτική αξία (Ποταμιάνος, 1991).

Το αλκοόλ είχε δημιουργήσει τότε πολλά προβλήματα στην Αγγλία, που είχε γίνει γνωστή ως η χώρα των μπεκρήδων - σημειώνει ο Ντέιβιντ Ντάιτς . Με την απόσταξη αρχίζει ένας δρόμος χωρίς επιστροφή στην πορεία του αλκοόλ (Ποταμιάνος, 1991).

Το αλκοόλ , ως ουσία έφτασε στην Αμερική το 1620. Οι Ισπανοί άποικοι μετέφεραν μαζί τους κλήματα και πριν καλά καλά οι Ηνωμένες Πολιτείες οργανωθούν σε έθνος, παρασκευάζονταν κρασί στην Καλιφόρνια. Τα μπέρμπον – δυνατά ουίσκι – μπαίνουν πλέον στην καθημερινή ζωή των Αμερικανών (Ποταμιάνος, 1991) .

Με την αύξηση βέβαια του μεταναστευτικού ρεύματος προς τη χώρα, την βιομηχανοποίηση της και τις μεγαλύτερες κοινωνικές ελευθερίες, η κατανάλωση αλκοόλ πλέον έγινε λιγότερο κοινωνική υπόθεση. Εξελίχθηκε σε κατανάλωση που φαινόταν περισσότερο και είχε καταστροφικές συνέπειες - συνέπειες που δεν κρύβονταν πίσω από την οικογένεια, μακριά από την κοινωνία (Ποταμιάνος, 1991) .

Το θέμα άγγιξε πλέον μεγάλες κοινωνικές ομάδες. Και αναπόφευκτα, γεννήθηκαν τα κινήματα κατά του αλκοόλ. Η ποτοαπαγόρευση, το 1919, ήρθε σαν φυσική συνέχεια. Διήρκησε από το 1920 έως το 1933. Ο νόμος ανακλήθηκε με την υπ' αριθμόν 21 τροπολογία του 1933. Σαφώς, η ποτοαπαγόρευση , μείωσε τους δείκτες της κατανάλωσης. Μείωσε τα κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την κατάχρηση αλκοόλ, αύξησε όμως, και μάλιστα σε μεγάλο βαθμό, την παράνομη εμπορία του αλκοόλ, το οργανωμένο έγκλημα γύρω από το αλκοόλ. Τελικά όσοι ήθελαν να πιούν έπιναν (Τσαρούχας, 2000) .

«Το αλκοόλ αντί να αποδυναμωθεί είχε εξαπλωθεί περισσότερο στην Αμερικανική κοινωνία»

(Τσαρούχας, 2000:28)

1.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Σύμφωνα με τους Gadoret και Goodwin το 1976 οι παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην κατανάλωση αλκοόλ είναι οι εξής:

- **Ψυχολογικοί παράγοντες (αλκοολική προσωπικότητα) :**

Η μελέτη της προσωπικότητας, είναι ένα θέμα, το οποίο έχει δημιουργήσει σωρεία αντικρουόμενων επιχειρημάτων και απόψεων όσον αφορά τη φύση και την εξέλιξη των χαρακτηριστικών που συνθέτουν την αλκοολική προσωπικότητα του ατόμου. Ο κύριος προβληματισμός βέβαια είναι εάν οι αλκοολικοί έχουν μία «ιδιόμορφη προσωπικότητα» που μοιραία οδηγεί στον αλκοολισμό. Παρόλο που παλαιότερα η κλινική εμπειρία και πρακτική με αλκοολικούς έδειχναν την ύπαρξη αυτής της προσωπικότητας οι σύγχρονες διαχρονικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν έφεραν στο φως πειστικά στοιχεία που να εδραιώνουν αυτή την άποψη (Peterson - Kristesnon – Stenby , 1980) .

Για παράδειγμα, ο Sutherland et all (1950) και οι συνεργάτες του αναφέρει ότι οι μελέτες που έχουν εκπονηθεί ως τώρα παρουσιάζουν σοβαρή έλλειψη στοιχείων ώστε να είναι σε θέση να υποστηρίξουν ότι τα άτομα με συγκεκριμένη δομή προσωπικότητας έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί από άτομα με άλλη προσωπικότητα (Νασιάκου, 1982) .

Η ύπαρξη της αλκοολικής προσωπικότητας ενδεχομένως βοηθάει και τους αλκοολικούς να «δικαιολογούν» την κατάχρηση αλκοόλης σαν ένα μοιραίο και αναπόφευκτο γεγονός, αφού απλά έτυχε να είναι «αλκοολικές προσωπικότητες» .

Σύμφωνα με τον Taylor (1981) μιλάμε συνεπώς για ένα τύπο ατόμου που εμφανίζει ένα σύνολο από χαρακτηριστικά τα οποία έχουν άμεση σχέση με την ανάπτυξη του αλκοολισμού .

Σήμερα τελικά, οι εμπειρογνώμονες πιστεύουν ότι ο καθένας μπορεί να γίνει αλκοολικός κάτω όμως από ορισμένες συνθήκες (Ποταμιάνος, 1986) .

- **Κοινωνικοί παράγοντες**

Είναι γεγονός, ότι το αλκοόλ πλέον παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή ζωή. Σε κάθε είδους εκδήλωση, γιορτή ή σύσκεψη, το αλκοόλ κατέχει πρωτεύουσα θέση. Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία αλλά και η κοινωνία γενικότερα φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται μέσω των κοινωνικών προβλημάτων όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των ανθρώπων το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό. Ας μην ξεχνάμε φυσικά και τον συνεχή αυξανόμενο αριθμό των αυτοκτονιών που παρουσιάζουν ενήλικοι αλλά και νεαρά άτομα λόγω των κοινωνικών πιέσεων.

Κάποιοι από τους κοινωνικούς παράγοντες, που συντελούν στην κατάχρηση του αλκοόλ είναι οι παρακάτω:

Η δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ, η τιμή, η νομιμότητα του αλκοόλ, το κοινωνικό περιβάλλον (φόβος απόρριψης), τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (διαφήμιση-πρότυπα-επιβεβαίωση συμπεριφορών), η εργασία, ο τρόπος ζωής, η ψυχαγωγία.

- **Πολιτισμικοί παράγοντες**

Υπάρχουν θρησκείες, οι οποίες απαγορεύουν την χρήση αλκοόλ. Σε τέτοιο πολιτισμικό πλαίσιο συνεπώς δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού. Άλλες κοινότητες πάλι, ενώ θεωρούν τη χρήση του αλκοόλ ως μια πράξη κοινωνικά αποδεκτή οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες. Υπάρχει δηλαδή ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ. Τα παιδιά, σε τέτοια πλαίσια μαθαίνουν να κάνουν χρήση αλκοόλ μέσα στην οικογένεια κάτι που είναι αποδεκτό, όμως η μέθη ή η κατάχρηση του αλκοόλ θεωρείται αξιόποινη συμπεριφορά.

Σε χώρες όμως που δεν παρουσιάζεται το στοιχείο της «ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς» υπάρχουν σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού. Ακόμη και παιδιά που προέρχονται από γονείς που δεν κάνουν χρήση αλκοόλ μπορεί να καταλήξουν αλκοολικά. Τέλος, σε άλλες χώρες, όπου η χρήση αλκοόλ επιτρέπεται και σε σχετικά μικρές ηλικίες, ενώ παρουσιάζεται έντονο το φαινόμενο του αλκοολισμού υπάρχει μειωμένη αντικοινωνική συμπεριφορά σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ.

- **Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες**

Οι προσπάθειες για τον εντοπισμό των βιολογικών παραγόντων οι οποίοι οδηγούν στη γέννηση του αλκοολισμού είναι δύσκολες και πολλές φορές αντιφατικές.

Οι έρευνες, που εστιάζονται στο θέμα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού, μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης του αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που είχαν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. Τα αποτελέσματα ήταν αντιφατικά (Gadoret 1976, Goodwin, 1976).

Η έρευνα των Roe et Bruks (1945), αναφέρει έλλειψη στοιχείων σχετικά με την κληρονομικότητα του αλκοολισμού. Αντίθετα, η έρευνα των Goodwin et all (1973), αναφέρει ότι το ποσοστό αλκοολισμού ήταν υψηλότερο σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, συγκριτικά με τα παιδιά που δεν είχαν πατέρα αλκοολικό. Στα ίδια αποτελέσματα οδηγήθηκαν και οι Gadoret και Gathto (1977). Σύμφωνα λοιπόν με τους παραπάνω ερευνητές, «ο εντοπισμός του αλκοολισμού σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων» (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002:221).

Όσον αφορά συνεπώς την αιτιολογία του αλκοολισμού, θα πρέπει να τονιστεί πως οι παραπάνω παράγοντες, απλά αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης του αλκοολισμού, και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους καθώς και με τους άλλους παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν ένα άτομο στον αλκοολισμό.

1.3. Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Η υπόθεση ότι τι αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση, μαζί με τις συνέπειες για την υγεία, το κάνει πολύ επικίνδυνο (Κοκκέβη - Στεφανής, 1989).

Οι έννοιες της ανοχής και της σωματικής εξάρτησης κατέχουν την κεντρική θέση στη θεωρία του εθισμού. Η ανοχή αναφέρεται στην τάση του κεντρικού νευρικού συστήματος να προσαρμοστεί στην τοξική δράση της ουσίας, έτσι ώστε να χρειάζεται μεγαλύτερη δόση για να έχει το ίδιο αποτέλεσμα. Η ανοχή στην αλκοόλη φαίνεται όχι μόνο στον κοινωνικό πότη που πίνει πολύ και υπερηφανεύεται ότι μπορεί να τους βάλει όλους κάτω στο αλκοόλ ή στον αλκοολικό με τη σοβαρή εξάρτηση που μπορεί να καταναλώσει μπουκάλια χωρίς να δείχνει μεθυσμένος αλλά ακόμη και στα ποντίκια, όταν τους δώσουμε καθημερινές δόσεις αλκοόλης (6 γρ. για κάθε κιλό του σώματός τους επί 2 εβδομάδες) (Τζάφρη- Πήτερσον- Χόντσον, 1986).

Η παράλληλη ανάπτυξη της ανοχής και της σωματικής εξάρτησης οδηγεί σε αυξημένες ποσότητες κατανάλωσης, εφόσον χρειάζεται μία μεγάλη δόση αλκοόλης για να

δράσει και γιατί συνεχίζει κανείς να πίνει για να αποφύγει τα πραγματικά ή τα αναμενόμενα συμπτώματα της αποστέρησης (σύνδρομο εξάρτησης από την αλκοόλη) (Τζάφρη- Πήτερσον- Χόντσον, 1986) .

Το σύνδρομο αυτό, περιγράφεται με τον εξής τρόπο: Αρχικά, νιώθει κανείς την ανάγκη να πει έτσι, ώστε το ποτό φτάνει να επισκιάζει τις άλλες δραστηριότητες. Αποκτά μεγαλύτερη σημασία από την οικογένεια, την εργασία, τους φίλους και την υγεία. Στην συνέχεια, μικραίνει το φάσμα των ποτών έτσι, ώστε όσο πιο πολύ εξαρτάται το άτομο από αυτό, τόσο πιο στερεότυπη να είναι η συμπεριφορά του προς αυτό (Τζάφρη- Πήτερσον- Χόντσον, 1986).

Η ανοχή στην αλκοόλη αυξάνει και εμφανίζονται συμπτώματα αποστέρησης όπως, τρεμούλιασμα, εφίδρωση και κατάθλιψη, ιδίως το πρωί, μετά από μια νύχτα, όπου τα επίπεδα αλκοόλης μειώνονται δραστικά. Συχνά πίνει κανείς για να αποφύγει τα συμπτώματα που εξαφανίζονται ταχύτατα μετά από 2-3 ποτηράκια. Τέλος, αν ο αλκοολικός που έχει αναπτύξει σημαντική εξάρτηση, καταφέρει να μην πει κινδυνεύει ακόμα. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, αν αρχίσει πάλι να πίνει να βυθιστεί και πάλι στις παλιές του συνήθειες μέσα σε λίγες μέρες (Τζάφρη- Πήτερσον- Χόντσον, 1986) .

Το σύνδρομο της εξάρτησης

Ο Βρετανός καθηγητής της ψυχιατρικής G. Edwards και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν δύο εργασίες (Edwards και Cross 1976, Edwards 1977) με θέμα : «Το σύνδρομο εξάρτησης». Το δημοσίευμα του «Usefulness of an idea» θεωρείται σταθμός στην σύλληψη και ανάπτυξη των εννοιών του συνδρόμου εξάρτησης και του προβληματικού πότη. Συνεπώς κατ' αυτόν, το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ αναφέρεται στην ψυχολογική και σωματική εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ και διαφοροποιείται από την έννοια «προβλήματα ή ανικανότητες» που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλης. Το «σύνδρομο της εξάρτησης» περιλαμβάνει τα ακόλουθα 7 στοιχεία ή συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν το άτομο που εξαρτάται από το αλκοόλ. Δηλαδή:

1. Συγκεκριμένες περιόδους κατανάλωσης

Το άτομο, δεν πίνει πλέον «τυχαία» όπως σε ένα γεύμα ή σε μια κοινωνική εκδήλωση. Αντίθετα, η κατανάλωση είναι πάντα «συγκεκριμένη». Πίνει πάντα τις ίδιες περιόδους (μεσημέρι, βράδυ κ.τ.λ.) άσχετα αν η ποσότητα είναι μικρή ή μεγάλη (Ποταμιάνος, 1991) .

2. Προτεραιότητα στην κατανάλωση αλκοόλ

Σε αυτή την περίπτωση η ανάγκη για την κατανάλωση της αλκοόλης είναι πιο σημαντική από οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα της καθημερινής ζωής . Το άτομο πριν προβεί σε οποιαδήποτε άλλη ενέργεια-δραστηριότητα, φροντίζει πρώτα να «εξασφαλίζει τη δόση του» (Ποταμιάνος, 1991) .

3. Αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ

Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από το σύνδρομο της εξάρτησης παρουσιάζουν μία αυξημένη ανεκτικότητα στο αλκοόλ. Χρειάζονται δηλαδή όλο και περισσότερο αλκοόλ συγκριτικά με την κατανάλωσή τους πριν την εμφάνιση του συνδρόμου για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες για τις οποίες πίνουν (Ποταμιάνος, 1991) .

4. Επαναλαμβανόμενα συμπτώματα στέρησης

Όπως συμβαίνει και με άλλες ουσίες εξάρτησης, έτσι και στην περίπτωση εξάρτησης από το αλκοόλ, η αποχή από την κατανάλωση δημιουργεί συμπτώματα στέρησης όπως νεύρα, άγχος, ψευδαισθήσεις, προσωρινή αμνησία μέχρι και τρομώδες παραλήρημα. Τα συμπτώματα αυτά επαναλαμβάνονται σε κάθε περίπτωση που το άτομο στερείται το αλκοόλ (Ποταμιάνος, 1991) .

5. Αποφυγή ή ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης

Όπως είναι γνωστό, στα άτομα με σύνδρομο εξάρτησης αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους, ο τρόπος που υιοθετείται για την αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης είναι η κατανάλωση αλκοόλης. Μόνο έτσι ο προβληματικός πότης «ηρεμεί» και λειτουργεί «φυσιολογικά» (Ποταμιάνος, 1991) .

6. Ο συνειδητός καταναγκασμός του πότη

Ο προβληματικός πότης αρνείται συστηματικά ότι κάνει κατάχρηση της αλκοόλης. Αν μάλιστα κάποιος από το περιβάλλον του σχολιάσει την υπερβολική ή συστηματική του χρήση τότε η άρνηση γίνεται εντονότερη. Παρόλα αυτά, ο προβληματικός πότης έχει

συνείδηση του καταναγκασμού του να πίνει. Αυτή η «αυτογνωσία» αποτελεί ένα ουσιαστικό στοιχείο του συνδρόμου εξάρτησης (Ποταμιάνος, 1991) .

7. Επαναφορά του συνδρόμου

Αναφερόμαστε, στην πιθανότητα επανεμφάνισης του συνδρόμου μετά από κάποια περίοδο αποχής (Ποταμιάνος, 1991) .

Όπως επισημάνθηκε, τα παραπάνω στοιχεία οριοθετούν την έννοια του συνδρόμου της εξάρτησης από το αλκοόλ. Συνοψίζοντας λοιπόν, πρέπει να τονιστεί πως όλοι οι πότες οι οποίοι παρουσιάζουν προβλήματα σχετικά με την κατανάλωση της αλκοόλης δεν είναι και απαραίτητα εξαρτημένοι από το αλκοόλ, αν και η εξάρτηση είναι ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωσή του. Επιπλέον, το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι μια «ψυχοφυσιολογική διαταραχή» και είναι αποτέλεσμα της συνεχούς αλληλεπίδρασης φυσιολογικών (σωματικών), ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Ποταμιάνος, 1991) .

Ακόμη σύμφωνα με τον Edwards και τους συνεργάτες του, για να θεωρηθεί το άτομο εξαρτημένο από το αλκοόλ δεν είναι απαραίτητο να παρουσιάζει όλα τα στοιχεία/συμπτώματα του συνδρόμου, ούτε είναι απαραίτητο να τα παρουσιάζει με την ίδια ένταση (Ποταμιάνος, 1991) .

1.4. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΤΗ

Το πόσο πίνει κάποιος, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Μεταξύ αυτών είναι το στρες ή η απειλή που νιώθει ο πότης, οι αναμενόμενες συνέπειες του ποτού, η κοινωνική συνθήκη και η απόφασή του να πάρει μία συγκεκριμένη ποσότητα αλκοόλης (Τζάφρη- Πήτερσον- Χόντσον, 1986) .

Το να πίνει κανείς, όπως συμβαίνει και με άλλα σχήματα συμπεριφοράς, επηρεάζεται σημαντικά από τη μίμηση συμπεριφοράς άλλων ανθρώπων. Έχει αποδειχτεί, ότι όσοι πίνουν μεγάλες ποσότητες, αυξάνουν την ποσότητα αυτή αν δουν κάποιο «πρότυπο» που πίνει πολύ συγκριτικά με εκείνους που βλέπουν κάποιο «πρότυπο» να πίνει λιγότερο ή χωρίς να βλέπουν κάποιο «πρότυπο» (Τζάφρη- Πήτερσον- Χόντσον, 1986) .

Οι άνθρωποι, συχνά πιστεύουν, ότι υπάρχει μία «αλκοολική προσωπικότητα», που μπορούμε να την αναγνωρίσουμε ξεκάθαρα και που είναι ιδιαίτερα ευάλωτη. Στην πραγματικότητα όμως, ποτέ δεν έχει περιγραφεί μία τέτοια προσωπικότητα. Εφόσον η

δημιουργία του προβλήματος του ποτού είναι μία σύνθετη αλληλοπλοκή προσωπικότητας και περιβαλλοντικών παραγόντων, δεν είναι πιθανό να μπορέσουμε να βρούμε κάποιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός αλκοολικού (Τζάφρη-Πήτερσον-Χόντσον, 1986) .

Μερικοί άνθρωποι πίνουν για να νιώσουν υπερδιέγερση, άλλοι για να μειώσουν το άγχος. Μερικοί πάλι, για να είναι και αυτοί μέλος της παρέας και άλλοι, για να τιμωρήσουν τις γυναίκες τους. Η αναζήτηση της μοναδικής αλκοολικής προσωπικότητας, είναι σαν να ψάχνουμε για την αιτία της καρδιοπάθειας ή την αιτία για τις βλάβες των αυτοκινήτων (Τζάφρη- Πήτερσον- Χόντσον, 1986) .

1.5. ΠΡΟΦΙΛ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ

Ο αλκοολισμός, είναι ένα πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Αναπτύσσεται συνήθως σε μια προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από μια τάση απομόνωσης, με μειωμένη αυτοεκτίμηση, υπερτροφικό εγώ, απελπισία, μοναξιά, φόβους, αδυναμία αντοχής της ματαίωσης, συναισθήματα ανικανοποίητου, δυσπιστία. Σημαντικό ρόλο επίσης στην εγκατάσταση του αλκοολισμού παίζουν παράγοντες κοινωνικοί και πολιτιστικοί, όπως επίσης και το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου (Τσαρούχας, 2000) .

Έρευνες, έχουν δείξει ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι συντελούν στη δημιουργία μεγαλύτερων κινδύνων για την ανάπτυξη του αλκοολισμού . Δηλαδή:

- Ιστορικό αλκοολισμού στην οικογένεια (γονείς, παππούδες, θείοι , θείες, κ.λπ.),
- Ιστορικό στην οικογένεια του ή της συζύγου (αλκοολικός-η σύζυγος),
- Διαλυμένη οικογένεια, ιδιαίτερα όταν ο πατέρας είναι απών ή απορριπτικός απέναντι στο παιδί,
- Όταν το ποτό ενθαρρύνεται ή απαιτείται κοινωνικά (όπως για παράδειγμα σε επαγγέλματα που χρειάζεται να αναπτύξουν κοινωνικές σχέσεις),
- Όταν υπάρχουν θηλυκά μέλη της οικογένειας σε περισσότερες από μια γενιά, που έχουν υψηλό ποσοστό κατάθλιψης,
- Εάν κάποιος είναι μανιώδης καπνιστής. Συνήθως η κατάχρηση καπνού συνοδεύεται και από την κατάχρηση αλκοόλ (κα. Μυλωνά Χριστίνα, Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

«Το αλκοόλ είναι η ευρύτερη χρησιμοποιούμενη ψυχο-δραστική ουσία σε πολλές χώρες του δυτικού κόσμου, από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έως τις χώρες της Ευρώπης, με μοναδικές επιπτώσεις στο πρόσωπο που το χρησιμοποιεί (Τσαρούχας, 2000)».

Οι τομείς λοιπόν, στους οποίους παρατηρούμε τα προβλήματα που επιφέρει το αλκοόλ είναι οι εξής:

- Κοινωνικός τομέας
- Σωματικός τομέας
- Ψυχολογικός τομέας

Εμείς, από τους προαναφερόμενους τομείς, επιλέξαμε να ασχοληθούμε με το **Κοινωνικό τομέα**, ο οποίος περιλαμβάνει :

- Τα Οικογενειακά προβλήματα
- Τα Εργασιακά προβλήματα
- Την Εγκληματική συμπεριφορά - ποινικά αδικήματα
- Τα Οικονομικά προβλήματα
- Τα Ατυχήματα αλλά και με το **Ψυχολογικό τομέα**

2.1. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

2.1.1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια είναι αντικείμενο επίπονης μελέτης ιδιαίτερα σε χώρες με υψηλούς δείκτες αλκοολισμού. Παρακάτω, αναφέρονται, σύμφωνα με τους Βρετανούς ψυχιάτρους Kessel και Walton, οι οποίοι έχουν μακρόχρονη κλινική πείρα στον τομέα του αλκοολισμού οι κλινικές παρατηρήσεις τους από τις αναρίθμητες συνεντεύξεις που τους παραχώρησαν οι γυναίκες αλκοολικών ατόμων (Ποταμιάνος, 1991).

Η σύζυγος ενός αλκοολικού, πολύ συχνά είναι κόρη αλκοολικού πατέρα. Είναι λοιπόν πιθανό ότι μέσα από αυτό το γάμο προσπαθεί να αναβιώσει τη σχέση που είχε με τον πατέρα της, παρόλες τις συστάσεις φίλων και γνωστών αλλά και αυτής της οικογενείας της ότι ο γάμος της θα είναι προβληματικός (Ποταμιάνος, 1991).

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

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

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

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

Της λείπει η συντροφικότητα, η αγάπη και η στοργή. Της λείπει η ευκαιρία για ανταλλαγή απόψεων στα θέματα των παιδιών και του κοινού σχεδιασμού για το μέλλον.

Ακόμη και αν εκείνος την ακούει δεν είναι ποτέ σίγουρη ότι καταλαβαίνει τα προβλήματά της. Όσο περνάει ο καιρός, αισθάνεται μοναξιά και απογοήτευση.

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

Ψάχνει να βρει τρόπο να τον δικαιολογήσει στον εργοδότη του, στους φίλους του, στους γονείς της. Δεν μπορεί να αποφασίσει αν θέλει να τον εγκαταλείψει ή να μείνει μαζί του.

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

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Orford (1977), σχετικά με τα παιδιά των αλκοολικών γονέων παρατηρεί ότι : επιδεικνύουν συμπεριφορές κατά την εφηβεία, που προμηνύουν την ανάπτυξη του αλκοολισμού. Για εκείνο που δεν είμαστε ακόμη σίγουροι είναι για το εάν είναι γενετικά καθορισμένες ή είναι αποτέλεσμα των πιέσεων (στρες) που δέχονται από το περιβάλλον τους (Ποταμιάνος, 1991).

Σε περίπτωση, που η οικογένεια αρνείται να παραδεχτεί το πρόβλημα του αλκοολισμού, το παιδί ενδέχεται να αρνηθεί την αξιοπιστία των δικών του αντιλήψεων και συναισθημάτων. Είναι σχεδόν αδύνατη η ανάπτυξη του αισθήματος της αυτοπεποίθησης, εάν το παιδί ψεύδεται συνέχεια για αυτό που αισθάνεται και σκέπτεται. Έτσι, αναρωτιέται αν το πιστεύουν οι άλλοι και μεγαλώνοντας ίσως αποκτήσει έντονα το αίσθημα της αμφισβήτησης από τους άλλους και στη συνέχεια το αίσθημα ντροπής, για ότι έχει σχέση με την αποκάλυψη στοιχείων για τον εαυτό του ή των απόψεών του (Rauward, 1992).

Το παιδί, μην μπορώντας να αποκαλύψει σε οποιονδήποτε άλλο το «μυστικό» της ύπαρξης του αλκοολισμού γίνεται δέσμιο της ίδιας της οικογένειάς του και αποφεύγει τη δημιουργία κάθε φιλικής σχέσης με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται η μοναχικότητα, η εσωστρέφεια αλλά και η τυφλή υποταγή στην οικογένειά του που ίσως αργότερα αποβεί καταστρεπτική για το ίδιο το παιδί (Rauward, 1992).

Ταυτόχρονα, δημιουργείται μία αντιστροφή ρόλων ανάμεσα στα παιδιά, και τον αλκοολικό γονέα, ο οποίος είναι τόσο απαιτητικός που δεν αφήνει περιθώρια στο ίδιο το

παιδί «να ζήσει» την ηλικία του και του δημιουργεί την άποψη ότι πρέπει να φροντίζει συνέχεια τους άλλους (Rauward, 1992).

Τελειώνοντας, θα πρέπει να τονιστεί ότι ο αλκοολισμός, μπορεί ακόμη να έχει συνέπειες και στα ενήλικα παιδιά τους. Συχνά, παντρεύονται αλκοολικούς, ενώ εντύπωση κάνει σε πολλούς πως οδηγήθηκαν στην απόφαση αυτή όταν έχουν βιώσει τις ήδη αρνητικές πλευρές του αλκοολισμού. Σε αυτό όμως κυρίαρχο ρόλο για αυτά, παίζει το ότι αυτή η κατάσταση είναι γνώριμη στα παιδιά των αλκοολικών και τους εξασφαλίζει μία κατάσταση άνεσης και τάξης στη ζωή τους. Επειδή ακριβώς γνωρίζουν, πιστεύουν ότι τώρα θα γίνουν όλα σωστά. Αυτή η αναβίωση των αρνητικών εμπειριών ονομάζεται «παρορμητική επανάληψη» (Rauward, 1992).

2.1.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο αλκοολισμός διαταράσσει την κοινωνική παραγωγή. Πολλές επιχειρήσεις και ιδρύματα έχουν σημαντικές ζημιές από απουσίες εργαζομένων, τραυματισμούς, ατυχήματα και από τη μείωση της παραγωγικότητας εργασίας. Έχει διαπιστωθεί ότι η παραγωγικότητα των ατόμων που πάσχουν από χρόνια αλκοολισμό είναι περίπου κατά 10% κάτω της μέσης παραγωγικότητας των υγιών ανθρώπων. Η διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων και η εξασθένηση της προσοχής, παρατηρούνται με τη λήψη και μικρών ακόμα δόσεων αλκοόλ, συντείνουν στην πτώση παραγωγικότητας εργασίας των ειδικευμένων βιομηχανικών εργατών κατά μέσο όρο κατά 30% ενώ με μέθη μετρίου βαθμού η παραγωγικότητα μειώνεται κατά 70%. Οι αδικαιολόγητες απουσίες των αλκοολικών εργαζομένων, κυμαίνονται γύρω σε 35 με 75 εργάσιμες ημέρες το χρόνο (Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Α τόμος).

Η μέθη λοιπόν κατ' τη διάρκεια της εργασίας μπορεί να εξάψει το θυμό, να βλάψει την αποδοτικότητα και να αυξήσει τους κινδύνους των εργατικών ατυχημάτων. Μετά από συνεχείς προειδοποιήσεις μπορεί να επακολουθήσει η απόλυση και μετά η ανεργία. Το βιοτικό επίπεδο θα υποβαθμιστεί και οι λογαριασμοί θα μένουν απλήρωτοι. Αναπόφευκτα βασικές ανάγκες, όπως νερό, ρεύμα κ.λπ. θα αποσυνδεθούν και μπορεί να ακολουθήσει και έξωση.

2.1.3. ΒΙΑ- ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ- ΠΟΙΝΙΚΑ ΑΔΙΚΗΜΑΤΑ

Είναι αναμφισβήτητο γεγονός, ότι το αλκοόλ προκαλεί βία, εγκληματική συμπεριφορά αλλά και ποινικά αδικήματα. Είναι πολύ εύκολο, νέοι που βρίσκονται σε κατάσταση μέθης να οδηγηθούν σε μία παράνομη πράξη, όπως για παράδειγμα στην αυτοδικία αφού δεν έχουν πλέον επίγνωση των πράξεών τους. Ο λόγος μπορεί να είναι μία λέξη που δεν ειπώθηκε σωστά, ένα προσωπικό πρόβλημα, ή ένας μικρός διαπληκτισμός (Τσαρούχας, 2000).

Ακόμη και για τη βία στα γήπεδα που έχει παρατηρηθεί σε κάποιες χώρες όπως η Αγγλία και η Γερμανία, μπορεί να ευθύνεται το αλκοόλ. Ο Csapler, σχολιάζει ότι στα γήπεδα έχουν παρατηρηθεί τέτοια περιστατικά. Υπάρχουν ομάδες χούλιγκαν, που ως σκοπό έχουν να διαταράξουν την τάξη και το αλκοόλ παρόξυνε αυτή την συμπεριφορά τους. Έτσι πραγματοποιήθηκε η απαγόρευση του αλκοόλ στα γήπεδα, αν και ο έλεγχος ήταν δύσκολος γιατί πολλοί πήγαιναν με δικό τους ποτό, ή ήταν ήδη πωμένοι (Τσαρούχας, 2000).

Εκτός λοιπόν από τη βία στα γήπεδα, έχει παρατηρηθεί και η διάπραξη εγκληματικών πράξεων, από ανθρώπους που βρίσκονταν υπό την επήρεια αλκοόλ. Οι εγκληματολογικές στατιστικές μελέτες, δείχνουν ότι τουλάχιστον στο 80% των βίαιων εγκλημάτων εμπλέκεται κατά κάποιον τρόπο το αλκοόλ. Από αυτή την πλευρά, η μέθη αποτελεί σημαντικό παράγοντα (Ποταμιάνος, 1987).

Ο Πρόεδρος του «Vie Libre» στη Γαλλία Daniel Dabit, αναφέρει χαρακτηριστικά : *«Η βία, τα εγκλήματα, οι βιασμοί δεν γίνονται πάντα από αλκοολικούς αλλά συχνά γίνονται από κάποιους που νωρίτερα είχαν ήδη καταναλώσει αλκοόλ και βρέθηκαν εκτός ελέγχου»*. *Αρκεί να κάνουμε ένα γύρω στις φυλακές. Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους οι οποίοι βρίσκονται εκεί, δεν είναι αλκοολικοί. Απλώς κάποια στιγμή ήπιαν πολύ και διέπραξαν εγκλήματα εξαιτίας αυτής της ουσίας»* (Ποταμιάνος, 1987:272).

Σύμφωνα με εγκληματολόγους, δεν υπάρχει αιτιώδης σχέση ανάμεσα στη χρήση του αλκοόλ και τις εγκληματικές πράξεις. Είναι όμως αποδεκτό, ότι το αλκοόλ μειώνει τις αντιστάσεις και τις αναστολές και έτσι είναι πιο εύκολο το πέρασμα σε τέτοιες πράξεις. (πχ. Αιμομιξία, βιασμός) (Ποταμιάνος, 1987).

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να τονιστεί ότι σύμφωνα με τους ψυχολόγους Κλαρκ και Λούις, κάτω από την επίδραση της συστηματικής χρήσης αλκοόλ, υποβαθμίζεται το διανοητικό και ηθικό επίπεδο του ανθρώπου και διαμορφώνεται ένας τύπος άπληστου . Παραμερίζεται κάθε ενδιαφέρον και το μόνο που κυριαρχεί είναι η τάση για συνεχή χρήση οιοπνευματωδών . Κύριο κίνητρο της συμπεριφοράς του αλκοολικού γίνεται η εξασφάλιση

των μέσων για την απόκτηση οινοπνευματωδών ποτών. Παράλληλα γίνεται αντικατάσταση του παλιού κοινωνικού περιβάλλοντος με νέο κύκλο ανθρώπων που έχουν παρόμοια στάση. Εξασθενούν οι δεσμοί με τους οικογενειακούς φίλους και συναδέλφους στην εργασία και στη θέση τους αναπτύσσονται ύποπτες γνωριμίες με άτομα που βγάζουν χρήματα εκμεταλλευόμενα διάφορες περιστάσεις που κάνουν οικονομικές καταχρήσεις, απάτες, ληστείες (Τσαρούχας, 2000:127).

Για παράδειγμα στη Γαλλία σε εγκληματίες που καταδικάστηκαν με ποινές πάνω από 3 έτη και σε σύνολο 250 κρατουμένων στις φυλακές Fresnes, το 29% ήταν χρόνιοι αλκοολικοί, το 8% σε κατάσταση μέθης και το 22% απόγονοι αλκοολικών δηλαδή συνολικά 61% (Ποταμιάνος, 1987).

2.1.4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Κοστίζει χρήματα το να πίνει κάποιος και ακόμη περισσότερο το να πίνει πολύ και καθημερινά. Ο πιο «βαρύς» πότης μπορεί να προστατευθεί τουλάχιστον για λίγο από την οικονομική δυσχέρεια και τα χρέη, τα οποία γρήγορα όμως θα κάνουν πολύπλοκη τη συνήθεια του ποτού στον πότη ο οποίος μόλις μετά βίας προσπαθεί να ανταπεξέλθει.

Όταν τα χρήματα του αλκοολικού τελειώσουν, μπορεί τότε είναι ο γραμματέας της εταιρίας που θα κλέψει από τον ισολογισμό, ο εργάτης που θα κλέψει από το εργοστάσιο και η υπάλληλος που θα κλέψει από το κατάστημα τροφίμων. Επίσης τα μέλη της οικογένειας μπορεί να υποφέρουν όσο και ο πότης από πλευράς στέγης. Η οικογένεια μπορεί να καταφέρει να βολευτεί σε νοικιασμένο οίκημα εάν ο πότης φύγει, αλλά μπορεί να είναι δύσκολο αν αυτός είναι ο συντηρητής της οικογένειας. Ο προβληματικός πότης, ο οποίος φεύγει να ζήσει μόνος του, μπορεί να κατέβει τη στεγαστική ποιοτική κλίμακα και να καταλήξει να ζει σε οίκημα αστέγων. Αυτά τα προβλήματα σπανίως συμβαίνουν ανεξάρτητα και συνήθως οι προβληματικοί πότες έχουν μια σειρά από σχετιζόμενα φυσικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που ορθώνονται από το αλκοόλ (Κοκκέβη, 1988).

2.1.5. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Σχετικά λοιπόν με τις κοινωνικές επιπτώσεις του αλκοόλ , και ξεκινώντας από τα διάφορα ατυχήματα που μπορούν να προκληθούν από την χρήση και την κατάχρηση αλκοόλ, αξίζει να αναφερθεί ότι:

Το αλκοόλ, έχει πολύ μεγάλη κρυμμένη θνησιμότητα, που έχει να κάνει με τροχαία, εργατικά ατυχήματα, πνιγμούς, φωτιές. Το αλκοόλ, έχει υπολογιστεί ότι αποτελεί σε ποσοστό 20-30% την αιτία διάφορων ειδών ατυχημάτων στην Ευρώπη:

- 13-37% μη θανατηφόρων πτώσεων
- 21-47% των πνιγμών
- 9-86% των θανάτων από φωτιά
- 25% των ατυχημάτων στη δουλειά
- 65% περίπου των αυτοκτονιών

Σχετικά λοιπόν με τα τροχαία ατυχήματα, είναι διεθνώς εξακριβωμένος ο καταστροφικός ρόλος της λήψης αλκοολούχων ποτών από τους οδηγούς. Αυτό έχει αποδειχτεί με ειδικές δοκιμασίες αλλά και με τη μεγάλη συχνότητα και βαρύτητα των ατυχημάτων που προκαλούν οι οδηγοί που έχουν πει (Παπαδόπουλος , 1997) .

Ένας «πιωμένος» οδηγός δημιουργεί πάνω από 6 φορές περισσότερους νεκρούς και σοβαρά τραυματισμένους από ότι ένας οδηγός που δεν έχει πει. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι πάνω από το 45% των νεκρών σε τροχαία ατυχήματα, συμπεριλαμβανομένων και των πεζών, έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με τη χρήση αλκοολούχων ποτών (Παπαδόπουλος, 1997).

Η αλκοόλη μειώνει την ικανότητα οδήγησης, διότι :

- Δημιουργεί κενά προσοχής
- Μειώνει το συντονισμό και την επιδεξιότητα των κινήσεων
- Μειώνει την ικανότητα όρασης
- Κάνει τα μάτια πολύ ευαίσθητα σε φώτα αντίθετων ερχόμενων αυτοκινήτων
- Μειώνει το πεδίο όρασης
- Δημιουργεί κόπωση, υπνηλία και αυξάνει το χρόνο αντίδρασης
- Δημιουργεί συναίσθημα ευφορίας (υπερεκτίμηση δυνατοτήτων)
- Δημιουργεί επικίνδυνες καταστάσεις σε προϋπάρχουσες παθήσεις (διαβητικούς , υπερτασικούς κ.λπ.)
- Επιδρά στην ψυχική σφαίρα (Παπαδόπουλος,1997)

Οι δράσεις αυτές της αλκοόλης είναι δυνατόν να εμφανιστούν και μετά από τη λήψη μικρών ποσοτήτων αλκοόλης , ενώ τραγικά θύματα του αλκοόλ αποτελούν οι συγγενείς των νεκρών ή των τραυματιών από τροχαία , καθώς αυτοί συνεχίζουν να ζουν με τις συνέπειες της καταστροφής (Παπαδόπουλος, 1997) .

Υπάρχουν κάποιες λανθασμένες απόψεις στον πληθυσμό σχετικά με τους κινδύνους αλκοόλης και οδήγησης και είναι οι εξής :

- **« Όταν πιω, οδηγώ καλύτερα » .**

Η αλκοόλη δημιουργεί ψευδαισθήσεις ικανοτήτων , εφορία και κακή εκτίμηση των κινδύνων (Παπαδόπουλος, 1997) .

- **« Εμένα δεν με πιάνει το ποτό »**

Είναι δεδομένο ότι υπάρχουν προσωπικές , βιολογικές διαφορές αντίδρασης. Εν τούτοις οι νέοι επηρεάζονται στην οδήγηση με αρκετά μικρότερες ποσότητες αλκοόλης από ότι οι μεγαλύτεροι (Παπαδόπουλος, 1997).

- **« Τους καλούς οδηγούς δεν τους επηρεάζει το ποτό » .**

Όλοι μας θεωρούμε τους εαυτούς μας «άριστους οδηγούς». Παρόλα αυτά μελέτες με οδηγούς αγώνων και ράλι έχουν δείξει ότι και οι ικανότατοι οδηγοί επηρεάζονται το ίδιο άσχημα από την αλκοόλη. Φυσικά ένας πολύ καλός οδηγός πιθανώς να αντιδράσει καλύτερα, αλλά αυτό δεν αποτελεί κανένα κανόνα και καθόλου δεν μπορεί να βασιστεί κανείς στις ικανότητές του (Παπαδόπουλος, 1997).

- **« Έχω τόσος φορές οδηγήσει «πιωμένος» και δεν συνέβη τίποτα » .**

Είναι μια απλοϊκή άποψη. Όμως, δεν δημιουργούνται κάθε φορά επικίνδυνες συνθήκες για να χρειάζεται η άμεση αντίδραση του οδηγού. Σημασία έχει να είναι όλες οι ικανότητες σε εγρήγορση όπως για παράδειγμα όταν πεταχτεί κάποιος στα 20 μέτρα (Παπαδόπουλος, 1997) .

2.2. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Όταν η λήψη του αλκοόλ, είναι συνεχής και υπερβολική μπορεί να έχει σοβαρές επιδράσεις σε όλους τους ιστούς του σώματος, είτε έμμεσα είτε άμεσα. Αυτό συμβαίνει, εξαιτίας του ότι πρέπει να προσληφθεί από τον οργανισμό ένα μεγάλο σχετικά ποσοστό για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, αλλά και γιατί το αλκοόλ είναι άκρως υδατοδιαλυτό και έτσι κατανέμεται ταχέως σε όλους τους ιστούς και τα όργανα (Καραγιαννόπουλος, 2001).

Μερικές από τις έμμεσες δράσεις του αλκοόλ είναι αποτέλεσμα της αιθυλικής αλκοόλης η οποία αλληλεπιδρά με ένζυμα, οδηγώντας σε νεφρική και ηπατική δυσλειτουργία. Το αλκοόλ άλλωστε, δεν έχει θρεπτική αξία πέραν του ενεργειακού περιεχομένου. Σε αντίθεση με τη διεργετική δράση που έχει ένα ποτό πριν από το φαγητό, συμβάλλοντας στην αύξηση της όρεξης, οι υψηλές ποσότητες λήψης αλκοόλ καταστέλλουν την όρεξη και παρεμποδίζουν την ικανοποιητική απορρόφηση των αμινοξέων, βιταμινών, και άλλων θρεπτικών συστατικών, οδηγώντας στη δυσθρεψία. Αν και το αλκοόλ δεν έχει αποδειχθεί ακόμη ως καρκινογόνο, είναι ένα καλό διαλυτικό μέσο για γνωστά καρκινογόνα και έτσι μπορεί να συμβάλλει στην κυκλοφορία τους και επομένως στις μεταστάσεις (Καραγιαννόπουλος, 2001)

Ενδεικτικά μόνο, αναφέρουμε, ότι όσον αφορά τις Σωματικές-Οργανικές επιπτώσεις του αλκοόλ, επεκτείνονται σε όλους τους ιστούς του σώματος, και οι ανεπιθύμητες ενέργειές του, μπορούν να εξαπλωθούν στο γαστρεντερικό σύστημα, στο καρδιαγγειακό, στο αναπνευστικό, στο γεννητικό, στο ουροποιητικό, στο ερειστικό σύστημα. Ταυτόχρονα, μπορούν να παρατηρηθούν και διάφορες ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές, προβλήματα στο αίμα και στον εγκέφαλο αλλά και διάφορες νευρολογικές διαταραχές (περιφερειακή νευροπάθεια, το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff, πελλάργα, αλκοολική εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας, εγκεφαλική ατροφία) (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

2.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Είναι γνωστό ότι το φαινόμενο της κατάχρησης εξάρτησης από το οινόπνευμα, είναι πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό. Ανάμεσα στους διάφορους αιτιολογικούς παράγοντες (γενετικούς, ατομικούς, οικογενειακούς και κοινωνικοπολιτισμικούς) η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας φαίνεται να διαδραματίζει ιδιαίτερο ρόλο και να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την εξέλιξη του προβλήματος.

Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες επισημαίνουν ότι ποσοστό έως και 70% των αλκοολικών εμφανίζουν συμπτώματα άγχους, κακής διάθεσης, μανιακόμορφες συνδρομές, ψυχωσικές καταστάσεις, αντικοινωνικού τύπου συμπεριφορές καθώς και κατάχρηση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών.

Σε ένα αξιοσημείωτο ποσοστό εξ' αυτών που καταγράφεται, πληρεί κριτήρια μείζονος ψυχιατρικής διαταραχής και κυρίως με τέσσερις κλινικές ψυχιατρικές οντότητες (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006).

Ψυχωσικές διαταραχές: Η χρόνια και σημαντική χρήση οινόπνευματος μπορεί να προκαλέσει μία κατάσταση παρανοειδούς ετοιμότητας η οποία μπορεί να κυμαίνεται από μια απλή καχυποψία μέχρι και το επίπεδο παραληρηματικών ιδεών παρανοϊκού τύπου. Αυτή είναι η κλινική οντότητα που αναφέρεται ως αλκοολική παράνοια σε παλαιότερα ψυχιατρικά εγχειρίδια και στο DSM IV καταγράφεται ως ψυχωσική διαταραχή προκαλούμενη από το οινόπνευμα. Επίσης η κατάχρηση οινόπνευματος μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη αντιληπτικού τύπου διαταραχών και αυτή η κατάσταση γνωστή παλαιότερα ως αλκοολική ψευδαισθήτωση, αποτελεί τη δεύτερη κατά το DSM IV μορφή αλκοολικής ψύχωσης. Σύμφωνα με διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα ποσοστό έως και 5% των αλκοολικών θα εμφανίσει περιστασιακά παρανοϊκού τύπου ιδέες ή και αντιληπτικές διαταραχές (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006) .

Το φαινόμενο των αντιληπτικών διαταραχών που προκαλούνται από την κατάχρηση οινόπνευματος, περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Marcel (1847), ο όρος όμως αλκοολική ψευδαισθήτωση αποδίδεται στον Bleuer.

Κύρια χαρακτηριστικά των ψυχωσικών διαταραχών είναι η οξεία έναρξη του αλκοολισμού, η επικράτηση ακουστικών ψευδαισθήσεων καθώς και η σύντομη διάρκεια της διαταραχής (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006).

Συναισθηματικού τύπου διαταραχές: Διάφορες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό έως και 80% των αλκοολικών αναφέρουν συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής, ενώ τουλάχιστον το 1/3 από αυτούς εμφανίζουν κλινική εικόνα που εμπίπτει στα πλαίσια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Ωστόσο αυτή η συμπτωματολογία αντιπροσωπεύει μια ετερογενή κλινική ομάδα η οποία συνδέεται με διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες, έχει διαφορετική πρόγνωση και χρειάζεται διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση. Είναι γεγονός ότι τα παιδιά των αλκοολικών, φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν εξαρτητική συμπεριφορά σε σχέση με το αλκοόλ αλλά όχι και συναισθηματικού τύπου διαταραχές. Συγκριτικά πάντοτε με το γενικό πληθυσμό καθώς επίσης ότι δεν παρατηρείται συσχέτιση ανάμεσα στην παιδική κατάθλιψη και τον αλκοολισμό στην ενήλικη ζωή (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006) .

Διπολική διαταραχή : Δεδομένα από επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ έδειξαν ότι ποσοστό 60% των διπολικών ασθενών τύπου 1 αναφέρουν κατάχρηση ουσιών κάποια στιγμή στη ζωή τους. Από αυτούς τους ασθενείς ποσοστό έως και 33% ανέφερε προβλήματα κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα. Στους διπολικούς ασθενείς τύπου 2, η διάγνωση της ουσιοεξάρτησης κάποτε στη ζωή τους αναφέρεται σε ποσοστό 49% και από αυτούς σε ποσοστό 80% φαίνεται ότι το οινόπνευμα αποτελεί μία από τις ουσίες κατάχρησης (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006).

Αγχώδεις Διαταραχές: Η άποψη ότι η χρήση οινοπνεύματος μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του άγχους και στη βελτίωση της διάθεσης επικρατεί ευρέως στην κοινή γνώμη και όχι μόνο. Κλινικές έρευνες δείχνουν όμως ότι αυτό ισχύει μόνο για μικρές ποσότητες χρήσης οινοπνεύματος καθώς η μεγάλη και συστηματική χρήση προκαλεί άγχος και ανησυχία, εναλλαγές στη διάθεση και επίταση του δυσφορικού και καταθλιπτικού συναισθήματος.

Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι ακόμη και η μέτρια χρήση ποσοτήτων οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει την επόμενη μέρα συμπτώματα τάσης και αισθήματα άγχους και κατάθλιψης. Η απότομη διακοπή του οινοπνεύματος προκαλεί σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης τα οποία διαρκούν 4-5 μέρες περίπου ενώ συχνά ακολουθεί μία περίοδος διάρκειας έως και λίγων μηνών κατά την οποία ο πρώην αλκοολικός εμφανίζει ήπια αγχώδη/καταθλιπτική συμπτωματολογία καθώς και μεγάλη αστάθεια στην νευροφυτική ισορροπία (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006).

Διαταραχές Προσωπικότητας: Παρά το γεγονός ότι σήμερα είναι κοινώς αποδεκτό ότι δεν υπάρχει ένας τύπος της προσωπικότητας που να προδικάζει την ύπαρξη της αλκοολικής κατάχρησης, οι διαταραχές της προσωπικότητας φαίνεται να παίζουν σημαντικό διαμορφωτικό ρόλο τόσο στην παθογένεση όσο και στην πρόγνωση των αλκοολικών καταστάσεων.

Οι συχνότερες διαταραχές της προσωπικότητας που φαίνεται να συνδέονται με τον αλκοολισμό είναι η παρανοειδής (7%-44%), η αντικοινωνική (3%-47%), η μεθοριακή (2%-32%), η ιστριονική (6%-34%), η αποφευκτική (2%-32%) και η εξαρτητική (4%-29%).

Οι αλκοολικοί ασθενείς με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας φαίνεται να έχουν νεότερη ηλικία έναρξης της αλκοολικής εξαρτητικής συμπεριφοράς. Περισσότερες παραβατικού τύπου συμπεριφορές σχετιζόμενες με το αλκοόλ, πιο πολλά εργασιακά και κοινωνικού τύπου προβλήματα, μεγαλύτερη ημερήσια κατανάλωση οινοπνεύματος καθώς και περισσότερες πιθανότητες κατάχρησης και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ

Κατά τον Rougeut πρέπει να μιλάμε για θεραπευτικούς χειρισμούς και όχι για θεραπεία, γιατί ο αλκοολισμός είναι ένα φαινόμενο πολυσύνθετο και πρέπει να παρέμβουμε σε όλους τους παράγοντες που ενέχονται στο πρόβλημα με ένα σύνολο στάσεων και μέσων. Οι **θεραπευτικοί στόχοι**, πρέπει να είναι **άμεσοι και έμμεσοι** (βλ. τριμηνιαίο περιοδικό της κίνησης-πρότασης, 1995)

Οι Άμεσοι έχουν ως στόχο:

- Την αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων
- Την διατήρηση της αποχής
- Την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών που οδηγούν στον αλκοολισμό ή είναι συνέπείά του

Οι Έμμεσοι έχουν ως στόχο την αναδιοργάνωση της ζωής και των σχέσεών του αλκοολικού ατόμου, την κατάκτηση της αυτονομίας του, την εξασφάλιση της ισορροπίας του χωρίς το αλκοόλ. Η θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να αρχίσει μόνο εφόσον γίνει η διάγνωση και τεθούν οι άμεσοι και οι μακροπρόθεσμοι στόχοι (βλ. τριμηνιαίο περιοδικό της κίνησης-πρότασης, 1995).

Κατά την πρώτη εξέταση του αλκοολικού δεν επιδιώκουμε να τον κάνουμε να ομολογήσει ότι πίνει και να περιγράψει πως και πόσο πίνει.

Η συζήτηση την οποία πρέπει να κατευθύνει ο θεραπευτής, πρέπει να αποβλέπει στα εξής :

- Στην περιγραφή της παρούσας κατάστασης
- Και πως τη βιώνει ο ίδιος τώρα

Μέσα από αυτή τη συζήτηση ο αλκοολικός πρέπει να αποκτήσει συνείδηση του που έχει οδηγηθεί λόγω της εξάρτησής του, να αποκτήσει κίνητρο για θεραπεία και να θέσει μόνος του την διάγνωση του αλκοολισμού ως αρρώστια, παύοντας να ισχύει η καταναγκαστική σχέση της κατανάλωσης οινοπνεύματος και της ικανοποίησης της ανάγκης του αυτής. Για αυτό ο θεραπευτής δεν πρέπει να είναι ανυπόμονος. Αντίθετα πρέπει να είναι διαθέσιμος και ανοικτός. Η συζήτηση για το πρόγραμμα απεξάρτησης μπορεί να γίνει μόνο αφού ο αλκοολικός προσδιορίσει ξεκάθαρα το πρόβλημα του αλκοολισμού του και διατυπώσει το αίτημα της θεραπείας του. Πρέπει όμως να γίνει γιατί χωρίς θεραπευτικό πρόγραμμα που να σκιαγραφηθεί από την πρώτη συνάντηση, τόσο ο αλκοολικός όσο και η οικογένειά του μένουν σε μια επικίνδυνη στασιμότητα (βλ. τριμηνιαίο περιοδικό της κίνησης-πρότασης, 1995).

Το αίτημα του αλκοολικού μπορεί να είναι :

- **Ανύπαρκτο :** Η νοσηλεία είναι αναγκαστική λόγω τρωμώδης παραληρήματος, οξείας μέθης, επειγόντων χειρουργικών ή άλλων ιατρικών προβλημάτων.
- **Έμμεσο :** Το αίτημα διατυπώνεται από κάποιον τρίτο εργοδότη, σύζυγο, γιατρό εργασίας ή αστυνόμο. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να βοηθηθεί ώστε να τα διατυπώσει ο ίδιος.
- **Άμεσο :** Το φάσμα των θεραπευτών του αλκοολικού είναι ευρύ και περιλαμβάνει γενικούς γιατρούς, γαστρεντερολόγους, νευρολόγους, καρδιολόγους, οφθαλμιάτρους, ψυχιάτρους, ενδοκρινολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, επισκέπτες υγείας και νοσηλευτές (βλ. τριμηνιαίο περιοδικό της κίνησης-πρότασης, 1995).

Ο θεραπευτής του αλκοολικού ατόμου πρέπει να μπορεί να ακούει και να εκφράζεται λεκτικά και έτσι να βοηθά τον αλκοολικό που λόγω του άγχους και των ενοχών του, δυσκολεύεται να εκφραστεί.

Η φαρμακευτική αγωγή στον αλκοολισμό περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, του τρωμώδης παραληρήματος, των νευρολογικών διαταραχών, των συνυπαρχουσών ψυχιατρικών διαταραχών.

Φάρμακα δίνονται και στις θεραπείες αποστροφής (από μορφίνη, δυσουλφιράμη, και μετρονιδαζόλη). Γενικά έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία του αλκοολισμού θεραπείες *ψυχοεκπαιδευτικού* τύπου (υπαρξιακή ανάλυση, προσεριανή, γνωσιακή κ.λ.π), *θεραπίες θρησκευτικού τύπου*, *θεραπίες ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης και κλασική ψυχανάλυση και θεραπείες δημιουργικότητας*.

Νέες ψυχοθεραπείες, ράιχ κέσταλτ, πρωτογενής κραυγή κ.λ.π.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι ατομική ή ομαδική.

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

- *Φαρμακολογική Προσέγγιση*
- *Ψυχολογική προσέγγιση*
- *Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα* (βλ. τριμηνιαίο περιοδικό της κίνησης-πρότασης, 1995).

3.1. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η πλειοψηφία των σχετικών δημοσιευμάτων έχει επικεντρωθεί στη χρήση των φαρμάκων antabuse και το abstem (disulfiram) που όπως είναι γνωστό αναστέλλουν τη δράση της αλκοολικής δευδρογενάσης και κατ' επέκταση της μετατροπής της αλκοόλης σε ακεταλδεΐδη. Τα παραπάνω φάρμακα δημιουργούν μια δυσάρεστη και συχνά βίαιη αντίδραση στο άτομο, όταν τα χρησιμοποιεί παράλληλα με το αλκοόλ (Νασιάκου, 1982) .

Δύο μελέτες από τους Gerard et all (1966) και Armor et all (1978) ανέφεραν μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωσης σε άτομα που δέχτηκαν φαρμακοθεραπεία, σε αντίθεση με αυτούς που αρνήθηκαν τη φαρμακευτική αγωγή. Οι ερευνητές αυτοί σύγκριναν την αποτελεσματικότητα 4 ομάδων ασθενών (ομαδική θεραπεία, χρήση disulfiram, ομαδική θεραπεία και disulfiram, καμιά θεραπεία) μετά από διαχρονική παρακολούθηση έξι μηνών καμιά σημαντική διαφορά δε βρέθηκε μεταξύ των παραπάνω ομάδων.

Εκτός από το disulfiram, μια άλλη ουσία που χρησιμοποιήθηκε προς το τέλος της δεκαετίας του 50 για τη θεραπεία του αλκοολισμού ήταν η metronidazole (flagyl). Η αρχική χρήση αυτής της ουσίας ήταν για την θεραπεία των ουρολοιμώξεων ενώ μία από τις παρενέργειές της ήταν η αποστροφή προς το αλκοόλ. Αρχικές έρευνες για την αποτελεσματικότητα του flagyl εκπονήθηκαν από τους Taylor (1964) και Semer et all (1966). Τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών έδειξαν ποσοστά επιτυχίας μέχρι και 90% των ασθενών για περιόδους από 2-5 μήνες. Σύμφωνα όμως με τους Merry et all (1968) καλά ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες με στόχο την αξιολόγηση του flagyl έδειξαν πολύ χαμηλά ποσοστά επιτυχίας. Εξάλλου η ελεγχόμενη κλινική δοκιμασία των Tyndel et all (1969) δε

βρέθηκε καμιά διαφορά στα ποσοστά βελτίωσης μεταξύ της ομάδας ασθενών που τους χορηγήθηκε το flagyl και της ομάδας που τους χορηγήθηκε placebo (εικονικό/αδρανές φάρμακο) (Νασιάκου, 1982).

Η τρίτη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ ήταν τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία χρησιμοποιούνται κατά την περίοδο της αποτοξίνωσης προς αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της στέρησης. Μελέτες με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αγχολυτικών φαρμάκων (Librium) στη θεραπεία του αλκοολισμού έδειξαν παρόμοια αποτελέσματα σε τρεις ομάδες ασθενών που τους χορηγήθηκε Librium, placebo ή καθόλου φάρμακα (Rosenberg 1974, Carlsson et al, 1976).

Πρόσφατα δημοσιεύματα αναφέρουν τα αποτελέσματα ερευνών που χρησιμοποίησαν μια σύνθετη φαρμακευτική αγωγή αποτελούμενη από αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Για παράδειγμα η έρευνα, των Kissen et al (1970b) σύγκρινε τα αποτελέσματα 4 ομάδων αλκοολικών που έλαβαν τις εξής θεραπείες : Φαρμακευτική αγωγή (Librium, tofranil), ψυχοθεραπεία, συνήθες νοσοκομειακό πρόγραμμα και ομάδα ελέγχου (καθόλου θεραπεία). Μετά από διαχρονική παρακολούθηση 12 μηνών τα ποσοστά βελτίωσης που σημειώθηκαν για τις αντίστοιχες ομάδες ήταν : 16%, 22%, 22% και 6%. Τέλος σε μια πρόσφατη έρευνα των Shaw et al (1975) μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα του συνδυασμού Librium-tofranil σε σύγκριση με το placebo. Η ομάδα που έλαβε τη φαρμακευτική αγωγή, έδειξε βελτίωση μόνο στους δείκτες κατάθλιψης (Νασιάκου, 1982).

3.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ψυχολογικές προσεγγίσεις στη θεραπεία του αλκοολισμού έχουν εφαρμοστεί από τις αρχές του αιώνα. Αναφέρθηκαν οι ψυχαναλυτικές απόψεις για τον αλκοολισμό γύρω στο 1915. Η γοργή ανάπτυξη του κλάδου της κλινικής ψυχολογίας, η γνωστική θεραπεία, οι ψυχοδυναμικές και άλλες προσεγγίσεις, έχουν συμβάλει ουσιαστικά στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ. (Νασιάκου, 1982)

3.2.1. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Μία από τις πρώτες μεθόδους που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της θεραπείας συμπεριφοράς, ήταν η τεχνική της αποστροφικής θεραπείας, η οποία βασίζεται στη θεώρηση

ότι δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς. Χημικά παρασκευάσματα (disulfiram) ή/και ηλεκτρικά ερεθίσματα χρησιμοποιούνται κατ' επανάληψη για να προκαλέσουν αντιδράσεις αποστροφής (Τσαρούχας, 2000).

Η προσοχή πολλών θεραπευτών συμπεριφοράς, τα τελευταία χρόνια έχει επικεντρωθεί σε τεχνικές που βοηθούν στην αντιμετώπιση του άγχους. Όπως είναι γνωστό, η πλειοψηφία των αλκοολικών παρουσιάζουν μία ποικιλία συμπτωμάτων άγχους για πολλούς και διάφορους λόγους. Σύμφωνα με το Marlatt (1973), υπάρχουν 2 παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή του αλκοολικού. Πρώτον, εξαιτίας της ματαίωσης των προσδοκιών του ή λόγω ανικανότητας έκφρασης του θυμού και δεύτερον, επειδή πολλοί υποχωρούν στην κοινωνική πίεση για κατανάλωση αλκοόλης (πιες ένα ποτηράκι, δε θα πάθεις τίποτα). Στους παραπάνω παράγοντες, σύμφωνα με το Miller (1974) θα πρέπει να προστεθεί και το στρες που προκαλείται από τις διαπροσωπικές σχέσεις (Τσαρούχας, 2000).

Θεραπευτικές τεχνικές λοιπόν, όπως η παρρησιαστική θεραπεία και η θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (εκμάθηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης στις πιέσεις που δέχονται οι αλκοολικοί) έχουν υιοθετηθεί για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που παρατηρούνται στον αλκοολικό (Τσαρούχας, 2000).

3.2.2. ΑΛΛΑ ΕΙΔΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αναφερόμαστε σε μία σειρά μελετών, που διευρύνουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, η θεωρητική βάση των οποίων απορρέει από την ψυχανάλυση και η εφαρμογή των οποίων εφαρμόζεται σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Η βασική άποψη αυτών των προσεγγίσεων είναι ότι ο αλκοολισμός είναι ένα σύμπτωμα μιας βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης ή συγκρούσεων. Ο κύριος στόχος τους, είναι η ανάλυση της «σύγκρουσης» και όχι η θεραπεία του συμπτώματος. Η επίλυση της σύγκρουσης, θα οδηγήσει στην καταστολή του συμπτώματος, δηλαδή την εξάρτηση από το αλκοόλ. Στην περίπτωση του αλκοολισμού σύμφωνα με τον Silber (1970), η ασυνείδητη σύγκρουση περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και : άμυνα κατά της κατάθλιψης εξαιτίας των ανεκπλήρωτων αναγκών εξάρτησης κατά τη στοματική περίοδο της ανάπτυξης, άμυνα κατά του άγχους, άμυνα κατά της λανθάνουσας ομοφυλοφιλίας, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Ποταμιάνος, 1991).

3.2.3. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Σε αυτό το σημείο θα ασχοληθούμε με θεραπευτικές προσεγγίσεις και προγράμματα τα οποία απευθύνονται ειδικά στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Αρκετά λοιπόν προγράμματα αλλά και προσεγγίσεις, χρησιμοποιούν φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογικές θεραπείες. Το γεγονός όμως, ότι χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού είτε μέσα στην κοινότητα είτε μέσα στο νοσοκομείο, τα διαφοροποιεί από τις ψυχολογικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στη γενική ψυχιατρική και τους δίνει μία ξεχωριστή ταυτότητα (Μαδιανός, 1989).

Με στόχο την παροχή εξειδικευμένων θεραπευτικών υπηρεσιών για άτομα με προβλήματα στη χρήση οινόπνευματων έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια μια σειρά παρεμβάσεων οι οποίες υλοποιούνται από δημόσιους και μη κυβερνητικούς οργανισμούς, καθώς και από εθελοντικές οργανώσεις (Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ, 2007:104).

Σε οργανωμένο πλαίσιο και συστηματική βάση λειτουργούν 2 ειδικές δομές σε γενικά νοσοκομεία της χώρας:

- Το πρόγραμμα αλκοόλ της *Ψυχιατρικής Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου (ΠΝΓΝ) Ιωαννίνων* παρέχει από το 1983 θεραπεία απεξάρτησης εσωτερικής διαμονής σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ. Κατά την κυρίως θεραπευτική φάση –ενδονοσοκομειακή νοσηλεία διάρκειας ενός περίπου μήνα– παρέχεται θεραπεία συμπεριφοράς σε συνδυασμό με ομαδική ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική υποστήριξη.

- Στο *Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο (ΠΠΝ) Πατρών* λειτουργεί από το 2003 Ιατρείο Αλκοολογίας με βασικό στόχο την παροχή ολοκληρωμένης σωματικής, ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής εκτίμησης των ατόμων με προβλήματα στη χρήση οινόπνευματων τα οποία ζητούν βοήθεια. Τα άτομα που προσεγγίζουν το Ιατρείο λαμβάνουν ατομική συμβουλευτική / υποστήριξη και ενημέρωση για τις υπάρχουσες δομές απεξάρτησης, ενώ παράλληλα λειτουργεί και σαν ιατρείο παρακολούθησης για ορισμένους ασθενείς που βρίσκονται στην φάση της περίσκεψης και χρειάζονται περισσότερη βοήθεια, υποστήριξη και ενθάρρυνση για να ξεκινήσουν την προσπάθεια απεξάρτησης από το αλκοόλ (Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ, 2007:104).

Ανάλογες υπηρεσίες παρέχονται και σε άλλα γενικά νοσοκομεία ή ψυχιατρικές κλινικές της χώρας, ωστόσο όχι απαραίτητα σε οργανωμένο πλαίσιο και με συστηματικό τρόπο.

Επίσης, εξειδικευμένες υπηρεσίες θεραπείας για χρήστες αλκοόλ παρέχονται σε 4 αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα: α) το Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Αλκοολικών «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ), β) το Τμήμα Βραχείας Θεραπείας «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ), γ) τη Μονάδα Απεξάρτησης από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχρά Παιχνίδια (ΨΝΘ) και δ) το Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΛΦΑ» Απεξάρτησης από το Αλκοόλ και τα Τυχρά Παιχνίδια (ΚΕΘΕΑ) (Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ, 2007:105).

Επιπλέον, από τα θεραπευτικά προγράμματα που απευθύνονται και σε εξαρτημένα από παράνομες ουσίες άτομα, 7 παρέχουν θεραπεία και σε άτομα με κύρια ουσία κατάχρησης το αλκοόλ (Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ, 2007:105) .

Είναι 4 προγράμματα *εξωτερικής παραμονής εφήβων*, 1) το Τμήμα Εφήβων και Νέων «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ), 2) η Μονάδα Εφήβων Θεσσαλονίκης «ΝΑΥΤΙΛΟΣ» (ΟΚΑΝΑ), 3) το Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων Θεσσαλονίκης «ΑΝΑΔΥΣΗ» (ΚΕΘΕΑ) και 4) η Μονάδα Εφήβων Ρέθυμνου (ΟΚΑΝΑ), καθώς και 3 προγράμματα *εξωτερικής παραμονής ενηλίκων*, 1) το Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» (Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και ΟΚΑΝΑ), 2) το Πρόγραμμα «ΙΑΣΩΝ» και 3) το Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας (ΟΚΑΝΑ). Όσον αφορά την ανταπόκριση των χρηστών οιοπνευματωδών ποτών στα προγράμματα αυτά, σύμφωνα με τα στοιχεία φαίνεται ότι οι χρήστες αλκοόλ διστάζουν να προσεγγίσουν τέτοιου τύπου μεικτές δομές, ίσως επειδή τα άτομα αυτά δεν επιθυμούν την ταύτιση με άλλους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών (Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ, 2007:105) .

- Επίσης μία εναλλακτική πρόταση για την αντιμετώπιση της προβληματικής χρήσης οιοπνευματωδών συνιστούν οι παρεμβάσεις που βασίζονται στις αρχές της αυτοβοήθειας. ***Το Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας (Τμήμα Ψυχολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και ΟΚΑΝΑ)*** λειτουργεί από το 2001 στην περιοχή της Θεσσαλονίκης με βασικό στόχο την προαγωγή της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες. Το 2006, από τους 519 χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, οι 58 αντιμετώπιζαν πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ και ήταν περισσότεροι σε σχέση με τα δύο προηγούμενα έτη (41 άτομα το 2005 και 42 άτομα το 2004). ***Ομάδες υποστήριξης και συγκεντρώσεις ανάρρωσης στη βάση των 12 Βημάτων οργανώνονται επίσης από τους***

Αλκοολικούς Ανώνυμους σε διάφορες πόλεις της χώρας (Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΙΝ, 2007:105).

- Στο Νομό Αιτωλοακαρνανίας, λειτουργεί επίσης ομάδα αυτοβοήθειας αλκοολικών στο **κέντρο Πρόληψης «Οδυσσέας»** (συνεργάζεται με τον ΟΚΑΝΑ). Λειτουργεί από το 1998 και απευθύνεται σε χρήστες οινόπνευματος αλλά και σε νέους που κάνουν ψυχαγωγική χρήση παράνομων ουσιών καθώς και σε νέους που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

3.2.3.1. ΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93 που ψηφίστηκε από το σύνολο του Κοινοβουλευτικού Σώματος και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ έχει ως κύριους σκοπούς:

- το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων
- τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού
- την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης

Ο ΟΚΑΝΑ, από την ίδρυσή του έως σήμερα, επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης (<http://www.okana.gr>).

3.2.3.1.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΘΗΝΑ»

ΣΤΕΓΝΗ - ΑΝΟΙΚΤΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Το «στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» προέκυψε από τη συνεργασία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με τον ΟΚΑΝΑ. Ξεκίνησε τη λειτουργία του το Μάιο του 1998 και αποτελεί μετεξέλιξη του Ειδικού Εξωτερικού Ιατρείου για Ουσιοεξαρτημένα Άτομα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών που λειτουργούσε από το 1988. Απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών και αλκοόλ ηλικίας άνω των 18 ετών καθώς και στις οικογένειες και τους συγγενείς των χρηστών (<http://www.okana.gr>).

Το Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» παρέχει τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- **ιατρικές υπηρεσίες:** βασική ιατρική φροντίδα, ψυχιατρική περίθαλψη
- **ψυχολογικές υπηρεσίες:** ατομική συμβουλευτική, πρόληψη υποτροπών
- **ψυχοθεραπεία:** ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία
- **κοινωνικές υπηρεσίες:** μεταθεραπευτική φροντίδα
- **άλλες δραστηριότητες:** εκπαίδευση επαγγελματιών, έρευνα

Στόχοι του προγράμματος είναι

- Να ενημερώσει υπεύθυνα τον χρήστη και το άμεσο περιβάλλον του για τις υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες.
- Να μετριάσει τη δυσπιστία και τους φόβους του χρήστη και να προετοιμάσει τη συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία.
- Να εκτιμήσει κάθε στοιχείο ιδιαιτερότητας των προβλημάτων του χρήστη και να σχεδιάσει σε ατομικό πλαίσιο μία θεραπευτική αντιμετώπιση δίνοντας προτεραιότητα στις άμεσες ανάγκες του.

Αρχές και Δομές Λειτουργίας του Προγράμματος

- Απαραίτητη προϋπόθεση για την ένταξη στο πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» είναι η εθελοντική προσέλευση του χρήστη.
- Διατηρείται και προστατεύεται το απόρρητο και η ανωνυμία βάση της ισχύουσας νομοθεσίας.
- Το πρόγραμμα λόγω της φιλοσοφίας της διάρθρωσης και της δομής του λειτουργεί σε εξωτερική βάση και μόνο όταν κρίνεται αναγκαίο ο χρήστης οινοπνεύματος

παραπέμπεται για σωματική απεξάρτηση στην ειδική μονάδα εσωτερικής νοσηλείας για εξαρτημένα από το οινόπνευμα άτομα, η οποία λειτουργεί στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτες Νοσοκομείου.

- Κύρια θεραπευτική μέθοδος του προγράμματος είναι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του χρήστη σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο (γνωσιακή/ συμπεριφορική/ συστημική ψυχοθεραπεία).
- Το πρόγραμμα δεν αναλαμβάνει χρήστες με σοβαρές και χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές όπως σχιζοφρενικές ψυχώσεις, διπολική συναισθηματική διαταραχή, βαριές ψυχοπαθητικές καταστάσεις, κ.α.
- Δεν συνταγογραφούνται εξαρτησιογόνες ουσίες ή υποκατάστατα οπιοειδών
- Το πρόγραμμα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για νομικού ή άλλου τύπου εκκρεμότητες του χρήστη (<http://www.okana.gr>).

3.2.3.1.2. ΔΙΚΤΥΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΑΤΡΑΣ

Το πρώτο «στεγνό» πρόγραμμα του OKANA ήταν το Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας (ΔΘΥΠ) που ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1998. Το ΔΘΥΠ απευθύνεται σε εξαρτημένους από ψυχοδραστικές ουσίες με απουσία μείζονος ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, ηλικίας 18 – 40 ετών, και η λειτουργία του στηρίζεται στη σύνθεση της συστημικής προσέγγισης και του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων και των ομάδων αυτοβοήθειας. Το Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας είναι ένα πρόγραμμα:

- **Συστημικό:** στη θεραπευτική διαδικασία συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας και οι σημαντικοί άλλοι
- **Πολυφασικό:** η θεραπευτική διεργασία ολοκληρώνεται σε φάσεις
- **Στεγνό:** τα μέλη της Κοινότητας ΓΕΦΥΡΑ και του Προγράμματος Κοινωνικής Δραστηριοποίησης απέχουν από τη χρήση οποιασδήποτε ψυχοδραστικής ουσίας
- **Εθελοντικό:** η προσέλευση και ένταξη στο πρόγραμμα αποτελεί επιλογή του θεραπευόμενου
- **Ανοικτό και Εσωτερικής Διαμονής:** όσον αφορά στα μέλη που διαμένουν στην περιοχή των Πατρών, η λειτουργία του προγράμματος είναι ημερήσια και με τη λήξη της οι θεραπευόμενοι συνεχίζουν το πρόγραμμά τους ζώντας με τις οικογένειές τους. Τα μέλη που προέρχονται από απομακρυσμένες περιοχές διανυκτερεύουν στο Τμήμα Διαμονής – Ξενώνα της ΘΚ ΓΕΦΥΡΑ (<http://www.okana.gr>).

Στο πλαίσιο του Δικτύου Θεραπευτικών Υπηρεσιών λειτουργούν οι εξής δομές:

- Συμβουλευτικός Σταθμός
- Θεραπευτική Κοινότητα ΓΕΦΥΡΑ
- Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης
- Τμήμα Διαμονής – Ξενώνας
- Πρόγραμμα Οικογένειας

Συμβουλευτικός Σταθμός

Είναι η πρώτη Μονάδα του Δικτύου, με την οποία έρχεται σε επαφή ο ενδιαφερόμενος. Η μέση διάρκεια παραμονής ενός εξαρτημένου στο Συμβουλευτικό Σταθμό κυμαίνεται μεταξύ δύο και τριών μηνών. Στόχοι του Συμβουλευτικού Σταθμού είναι:

- Η κινητοποίηση και συμβουλευτική προκειμένου να επιτευχθεί η διακοπή της χρήσης ουσιών από το εξαρτημένο άτομο
- Η ένταξη στην Θεραπευτική Κοινότητα ΓΕΦΥΡΑ
- Η παρότρυνση για συμμετοχή της οικογένειας στο Πρόγραμμα ώστε:
Α. στην περίπτωση που ο εξαρτημένος δεν έχει ακόμη προσεγγίσει το Δίκτυο, να μπορέσει να τον πείσει να ζητήσει βοήθεια
Β. στην περίπτωση που ο εξαρτημένος έχει ενταχθεί στη θεραπευτική διαδικασία, να μπορέσει να υποστηρίξει και να ενισχύσει το μέλος της
- Η τροποποίηση των άμεσα σχετιζόμενων με τη χρήση συμπεριφορών του εξαρτημένου και της οικογένειάς του
- Η Αγωγή Κοινότητας για την κινητοποίηση του πληθυσμού των χρηστών (<http://www.okana.gr>)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΓΕΦΥΡΑ (ΑΝΟΙΧΤΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ)

Στην Κοινότητα μπορούν να ενταχθούν ενήλικες που έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα του Συμβουλευτικού Σταθμού, έχουν αποδεδειγμένα διακόψει τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, και έχουν δηλώσει την επιθυμία τους να συνεχίσουν τη θεραπευτική τους πορεία στις υπόλοιπες φάσεις του Δικτύου Θεραπευτικών Υπηρεσιών. Στόχοι της Κοινότητας ΓΕΦΥΡΑ είναι:

- Η σταθεροποίηση της απεμπλοκής του μέλους και της οικογένειάς του από τη χρήση
- Η ανάπτυξη αυτογνωσίας και η βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της εικόνας εαυτού
- Η ανάπτυξη και ενίσχυση λειτουργικών οικογενειακών σχέσεων
- Η υπευθυνοποίηση
- Η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η απόκτηση γνώσεων σχετικά με την υγιεινή και τη φροντίδα του εαυτού, την αντιμετώπιση και επίλυση προβλημάτων και δυσκολιών και τη δημιουργία υγιών σχέσεων
- Η παροχή εκπαιδευτικών ερεθισμάτων
- Η διεκπεραίωση δικαστικών εκκρεμοτήτων και νομικών υποθέσεων
- Η καλλιέργεια της αίσθησης του ανήκειν στην ομάδα της ΓΕΦΥΡΑΣ καθώς και στο ευρύτερο σύνολο (<http://www.okana.gr>).

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ – ΞΕΝΩΝΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΓΕΦΥΡΑ

Το Τμήμα Διαμονής (Ξενώνας) της Θεραπευτικής Κοινότητας ΓΕΦΥΡΑ παρέχει τη δυνατότητα διαμονής στην Πάτρα των μελών της ΓΕΦΥΡΑΣ και του Προγράμματος Κοινωνικής Δραστηριοποίησης, των οποίων οι οικογένειες προέρχονται από απομακρυσμένες περιοχές της Πελοποννήσου, της Ναυπακτίας και τα νησιά του Ιονίου. Κατ' αυτόν τον τρόπο κινητοποιούνται αλλά και εντάσσονται σε θεραπεία άτομα από την ευρύτερη περιοχή και όχι μόνο από την Πάτρα. Επιπλέον η διαμονή στον Ξενώνα προετοιμάζει τα μέλη να αυτονομηθούν και να ζήσουν μόνα τους μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος (<http://www.okana.gr>).

Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης

Στο Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης συμμετέχουν τα μέλη που έχουν ολοκληρώσει τη Θεραπευτική Κοινότητα ΓΕΦΥΡΑ και επιθυμούν να συνεχίσουν τη θεραπευτική τους πορεία. Στόχοι του Προγράμματος Κοινωνικής Δραστηριοποίησης είναι:

- Η περαιτέρω σταθεροποίηση της αποχής από ουσίες και η παγίωση της κουλτούρας μη χρήσης
- Η σταδιακή κοινωνική δραστηριοποίηση
- Ο επαγγελματικός προσανατολισμός και η διασφάλιση των συνθηκών που θα επιτρέψουν την επαγγελματική αποκατάσταση

- Η σταθεροποίηση, η ισχυροποίηση αλλά και η απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων καθώς και η δημιουργία καινούριων, υγιών σχέσεων
- Η σταθεροποίηση της δυνατότητας και της ικανότητας αυτοσυντήρησης και επίλυσης δυσκολιών και προβλημάτων (<http://www.okana.gr>).

Το Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης αποτελείται από τρεις επί μέρους φάσεις και η διάρκειά του είναι από 10 έως 14 μήνες. Σημαντικό μέρος της θεραπευτικής φάσης του Προγράμματος Κοινωνικής Δραστηριοποίησης είναι η εμπλοκή των μελών του στη λειτουργία του Συμβουλευτικού Σταθμού (<http://www.okana.gr>).

Πρόγραμμα Οικογένειας

Στο Πρόγραμμα Οικογένειας εντάσσεται η στενή και η ευρύτερη οικογένεια του αλκοολικού. Στόχοι του Προγράμματος Οικογένειας είναι:

- Η κινητοποίηση της οικογένειας του αλκοολικού, ώστε όλα τα μέλη της και ο εξαρτημένος να αποφασίσουν να ενταχθούν στο Πρόγραμμα Απεξάρτησης
- Η ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας και συμμαχίας με το θεραπευτικό πρόγραμμα
- Η αλλαγή της στάσης της οικογένειας απέναντι στον αλκοολικό
- Η στήριξη της ουσιαστικής ενηλικίωσης και η σταδιακή αυτονόμηση του μέλους
- Η δημιουργία καθαρών και ειλικρινών σχέσεων μέσα στο οικογενειακό σύστημα

Η θεραπευτική πορεία και εξέλιξη των μελών του Προγράμματος Οικογένειας μέσα από τη συμμετοχή τους σε θεραπευτικές ομάδες είναι παράλληλη με αυτή των υπό θεραπεία μελών της οικογένειάς τους. Επιπλέον, στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικογένειας, τα μέλη συμμετέχουν σε ενέργειες ευαισθητοποίησης για την άρση των προκαταλήψεων απέναντι στους πρώην αλκοολικούς και τα θεραπευτικά προγράμματα ενώ, παράλληλα ενθαρρύνουν και κινητοποιούν γονείς χρηστών προκειμένου να ενταχθούν στο πρόγραμμα (<http://www.okana.gr>).

3.2.3.1.3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης του OKANA παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τις εξαρτησιογόνες ουσίες, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Τα φάρμακα αυτά έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να ελέγξουν ή και να διακόψουν τη χρήση αλκοόλ και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Με τη χορήγησή τους είναι δυνατό να διακόψει κάποιος τη χρήση αλκοόλ, χωρίς να εμφανίσει στερητικό σύνδρομο και χωρίς να βασανίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία να καταναλώσει αλκοόλ. Η δράση τους διαρκεί πολλές ώρες (ή και μέρες) και εξαφανίζονται οι γρήγορες και απότομες μεταβολές διάθεσης που προκαλεί το αλκοόλ. Επίσης, δεν έχουν την ευφορική δράση του, έχουν την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί και μειώνουν σημαντικά την επιθυμία για κατανάλωση (<http://www.okana.gr>) .

Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά:

- είναι ελεγχμένα και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, δεν υπάρχει περίπτωση νοθείας με αδρανείς ή επικίνδυνες ουσίες και μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας (overdose)
- χορηγούνται δωρεάν και δε χρειάζεται να καταφεύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει (δίνεται έτσι η ευκαιρία να διακοπούν οι δεσμοί με τον κόσμο του αλκοόλ)
- χορηγούνται υπό τη μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας

Στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, παράλληλα με τη χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών. Ειδικότερα, παρέχονται:

- Ιατρικές Υπηρεσίες: βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων ψυχιατρική περίθαλψη
- Ψυχολογικές Υπηρεσίες: ατομική συμβουλευτική, ομάδα αυτοεκτίμησης,
- πρόληψη υποτροπής
- Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία
- Κοινωνικές Υπηρεσίες: ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας
- Νομικές Υπηρεσίες: συμβουλές νομικής φύσης, εκπροσώπηση και υπεράσπιση των θεραπευόμενων ενώπιον των δικαστηρίων (<http://www.okana.gr>).

Στα προγράμματα υποκατάστασης του OKANA γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που είναι χρόνιοι πότες αλκοόλ και έχουν προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η ανάγκη αναβάθμισης του συστήματος αξιολόγησης των αναγκών των εξαρτημένων ατόμων που ζητούν θεραπεία, με σκοπό την παραπομπή τους στο καταλληλότερο κατά περίπτωση πρόγραμμα (του OKANA ή άλλων φορέων) οδήγησε στην ίδρυση από τον OKANA μέσα στο 2002 του πρώτου Κέντρου Υποδοχής, Ενημέρωσης, Αξιολόγησης και Παραπομπών στην Αθήνα. Σκοπός της υπηρεσίας αυτής είναι η βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών στα άτομα που υποβάλλουν αίτηση για το πρόγραμμα υποκατάστασης (<http://www.okana.gr>).

Το Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού του OKANA (όπως ονομάζεται σήμερα) έχει την ευθύνη για την παραλαβή των αιτήσεων συμμετοχής στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης (ΘΠΥ), την ενημέρωση για όλα τα θεραπευτικά προγράμματα και ειδικότερα για το ΘΠΥ, καθώς και τη χορήγηση έντυπου υλικού σε όλους όσους προσέρχονται για να υποβάλουν αίτηση, τη λήψη ιστορικού και την αξιολόγηση του κάθε περιστατικού, ύστερα από συνέντευξη και με τη χρήση ειδικών διαγνωστικών εργαλείων, τη συζήτηση με τον αιτούντα, η οποία ανάλογα με την περίπτωση συνοδεύεται από συστάσεις ή και παροτρύνσεις για την παρακολούθηση «στεγνού» προγράμματος, τη δημιουργία φακέλου ασθενή, όταν πρόκειται να γίνει εισαγωγή στο ΘΠΥ και τη διαχείριση της λίστας αναμονής των μονάδων της Αθήνας και του Πειραιά για το ΘΠΥ, με αυστηρή τήρηση της σειράς προτεραιότητας σύμφωνα με τον αριθμό πρωτοκόλλου της αίτησης συμμετοχής και τους κανόνες που διέπουν την εισαγωγή στο ΘΠΥ (κατ' εξαίρεση εισαγωγές, επανεισαγωγές, κ.ά.) (<http://www.okana.gr>).

3.2.3.2. ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και λειτουργεί από το 1983, με την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης ελληνικής θεραπευτικής κοινότητας (ειδική νομοθετική ρύθμιση με Ν.1729/1987). Εξυπηρετεί καθημερινά περίπου 3.000 άτομα, χρήστες και μέλη οικογενειών, χάρη σε ένα δίκτυο περισσότερων από 70 μονάδων σε διαφορετικές περιοχές της χώρας. Οι δραστηριότητές του αφορούν επίσης τους τομείς πρωτογενούς πρόληψης, εκπαίδευσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα τοξικοεξάρτησης και έρευνας. Είναι σύμβουλος οργανισμός του Οικονομικού και Κοινωνικού

Συμβουλίου του ΟΗΕ (ECOSOC) σε θέματα ναρκωτικών, και ένας από τους βασικούς φορείς εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης από Ουσίες (<http://www.kethea.gr>).

Η πορεία προς την απεξάρτηση σηματοδοτείται από διαφορετικές φάσεις. Σε κάθε μία από αυτές αντιστοιχεί διαφορετική μονάδα του θεραπευτικού προγράμματος με τους ιδιαίτερους στόχους της. Στη διάρκεια αυτής της πορείας τα προγράμματα προσφέρουν παράλληλη στήριξη στα άτομα του στενού περιβάλλοντος του χρήστη. Κάθε πρόγραμμα διαθέτει, επίσης, τμήματα που ασχολούνται με θέματα εκπαίδευσης - επιμόρφωσης των μελών του, έρευνας στον πληθυσμό που εξυπηρετεί και διοικητικό-οικονομικές υπηρεσίες (<http://www.kethea.gr>).

Με αυτόν τον τρόπο παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες στα εξαρτημένα άτομα και στις οικογένειές τους και εξασφαλίζουν την αυτονομία που απαιτείται, ώστε να ανταποκρίνονται με ευελιξία στις ανάγκες που διαπιστώνουν. Την τελευταία ιδίως πενταετία πολλά θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχουν επίσης εντάξει στο δίκτυο των υπηρεσιών τους καινοτόμες μονάδες που στοχεύουν στη στήριξη ομάδων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες (λ.χ. εξαρτημένες μητέρες, εργαζόμενοι χρήστες, έφηβοι παραβάτες που κάνουν χρήση ουσιών) (<http://www.kethea.gr>).

A. Συμβουλευτικά κέντρα: Ενημέρωση, κινητοποίηση, προετοιμασία διάρκειας 8-10 εβδομάδες

B. Θεραπευτικές κοινότητες: Απεξάρτηση, διάρκειας έως 12 μήνες

Γ. Κέντρα κοινωνικής επανένταξης: Η ολοκλήρωση της προσπάθειας, 10-12 μήνες

Δ. Κέντρα οικογενειακής υποστήριξης: Η δουλειά με την οικογένεια

Ε. Προγράμματα υποστήριξης κρατούμενων χρηστών

ΣΤ. Παρέμβαση στη φυλακή

Z. Εκπαίδευση και κατάρτιση

Η. Έρευνα και τεκμηρίωση

Θ. Διοίκηση και διαχείριση (<http://www.kethea.gr>)

3.2.3.2.1. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΤΑ ΤΥΧΕΡΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ

Το **ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ** έχει έδρα την Αθήνα και απευθύνεται σε άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τις «νόμιμες» εξαρτήσεις: το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια. Επειδή η χρήση αλκοόλ και η ενασχόληση με τα νόμιμα τυχερά παιχνίδια είναι διαδεδομένες

και κοινωνικά αποδεκτές συνήθειες, η προβληματική εμπλοκή σε αυτές (κατάχρηση και εξάρτηση) συχνά δεν αναγνωρίζεται ως πρόβλημα από τα άτομα. Το πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ, αφού αξιολογήσει τις ανάγκες και συνεκτιμήσει τις συνθήκες ζωής των ενδιαφερόμενων, τους προτείνει ένα εξατομικευμένο πλάνο θεραπείας σε εξωτερική βάση. Το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει την κατάχρηση ή την εξάρτηση και τα απορρέοντα προβλήματα μέσα από τους ρόλους που ήδη έχει, λόγου χάρι ως εργαζόμενος, φοιτητής-σπουδαστής, γονιός, σύντροφος/σύζυγος κ.ά. Στην προσπάθεια αυτήν ουσιαστικό ρόλο μπορεί να παίξει η συμβολή του στενού προσωπικού και οικογενειακού περιβάλλοντος του ατόμου. Για αυτό, το ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ προσφέρει συγχρόνως οικογενειακή υποστήριξη, κυρίως μέσα από την οργάνωση συναντήσεων ζευγαριών. Στο πρόγραμμα μπορούν να απευθυνθούν και οι οικογένειες των οποίων το εμπλεκόμενο με το αλκοόλ ή τα τυχερά παιχνίδια μέλος δεν έχει αποφασίσει να προσεγγίσει το ίδιο τις θεραπευτικές υπηρεσίες. Στην περίπτωση αυτή η στήριξη που θα λάβουν περιλαμβάνει και βοήθεια στο πώς μπορούν να ενισχύσουν το κίνητρο του ατόμου για θεραπεία. Στους κύριους στόχους του ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ περιλαμβάνονται:

- Περιορισμός ή πλήρης αποχή από το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια.
- Αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας.
- Αποχή από βίαιες ή παραβατικές μορφές συμπεριφοράς.
- Αποκατάσταση των οικογενειακών σχέσεων.
- Δημιουργική διαχείριση του ελεύθερου χρόνου.
- Πρόληψη της υποτροπής.
- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της ελληνικής κοινωνίας γύρω από τις «νόμιμες» εξαρτήσεις (<http://www.kethea.gr>).

3.2.3.3. ΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Το 1925 ιδρύεται στο Δαφνί το πρώτο Κρατικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο όπου μεταφέρονται οι ασθενείς της Αγίας Ελεούσας. Βρίσκονται εκεί με ποινικούς κρατούμενους. Το Νοσοκομείο προσφέρει τις υπηρεσίες του στους πάσχοντες με γιατρούς και νοσηλευτές υψηλού επιπέδου. Δημιουργούνται τα ιατρεία, οι χώροι νοσηλείας και γεωργικές και κτηνοτροφικές εγκαταστάσεις για τη σίτιση των ασθενών και του προσωπικού. Έρχεται ο

πόλεμος και τα γεγονότα της δεκαετίας του 1940. Το Νοσοκομείο γεμίζει με τεράστιους αριθμούς ασθενών, καθυστερημένων παιδιών και αναπήρων. Το πρόβλημα δημιουργείται. Το Δαφνί αποκτά και παράρτημα. Την αποικία ψυχοπαθών Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας το 1956. Τα πράγματα πρέπει να αλλάξουν. Από το 1956 εγκαθιδρύονται τμήματα αποσχολησιοθεραπείας, κοινωνικής υπηρεσίας, ψυχολογικό εργαστήριο, εξωτερικά ιατρεία και άλλες μονάδες. Βελτιώνεται η μετανοσοκομειακή μέριμνα, ακόμη και η προώθηση στον επαγγελματικό προσανατολισμό των ασθενών. Έχει αρχίσει η μεταρρύθμιση (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Πριν ξεκινήσουμε με την ανάλυση των υπηρεσιών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΨΝΑ), πρέπει να αναφερθεί ότι ανάλογες δομές λειτουργούν και σε άλλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, όπως είναι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης όπου λειτουργεί το πρόγραμμα «Μέθεξις», για απεξάρτηση από το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια σε συνεργασία με το ΚΕΘΕΑ (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

A. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η ιατρική περίθαλψη που παρέχεται από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής περιλαμβάνει:

1. **Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** μέσω των εξωτερικών ιατρείων και των κέντρων ψυχικής υγείας.
2. **Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας** μέσω της Νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων στις Ψυχιατρικές κλινικές του Νοσοκομείου όπου παρέχεται η ενδεδειγμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
3. **Οικοτροφεία, Ξενώνες, Διαμερίσματα** όπου πραγματοποιείται η κοινωνική επανένταξη των ασθενών που δεν διαθέτουν το κατάλληλο υποστηρικτικό περιβάλλον (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

B. ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ 18 ΑΝΩ

Η Μονάδα απεξάρτησης Αλκοολικών- Τοξικομανών του Ψ.Ν.Α. άρχισε να λειτουργεί από το 1969 έως το 1995 που χωρίστηκε σε δύο ανεξάρτητα τμήματα Αλκοολικών και Τοξικομανών τα οποία βρίσκονται πλέον σε ξεχωριστά κτίρια μέσα στο Ψ.Ν.Α. Το 1993 ξεκίνησε η λειτουργία του 10ου Περιπτέρου ως τμήμα Σωματικής Αποτοξίνωσης το

οποίο έπαυσε να λειτουργεί το 1997 ενώ από τότε έως σήμερα λειτουργεί εκεί το πρόγραμμα απεξάρτησης αλκοολικών με χορήγηση ναλτρεξόνης (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Γ. ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ.

Η Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών λειτουργεί από το 1996. Απευθύνεται σε άτομα που έχουν εξαρτηθεί από το αλκοόλ και επιθυμούν να ενταχθούν σε θεραπευτική διαδικασία απεξάρτησης καθώς επίσης και σε συγγενείς ατόμων εξαρτημένων που χρειάζονται ενημέρωση και στήριξη, είτε το αλκοολικό μέλος συμμετέχει στο πρόγραμμα, είτε όχι. Θεραπευτικός στόχος είναι να μπορέσουν οι ασθενείς να διερευνήσουν ζητήματα του εαυτού τους που σχετίζονται με την εξάρτηση, να αναγνωρίσουν τη δυσκολία τους, να επεξεργαστούν τις σχέσεις τους σε οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο και να πάρουν αποφάσεις για το μέλλον (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Στα πλαίσια της Μονάδας Απεξάρτησης Αλκοολικών λειτουργούν τα εξής προγράμματα:

- 1. Η Θεραπευτική Κοινότητα Απεξάρτησης Αλκοολικών και**
- 2. Το Πρόγραμμα Βραχείας Απεξάρτησης Αλκοολικών και τα Εξωτερικά Προγράμματα**

Δ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Δ.1. Η Θεραπευτική Κοινότητα Απεξάρτησης Αλκοολικών ‘18 ΑΝΩ’

Πρόκειται για ένα πρόγραμμα κοινοβιακού τύπου, καθώς η οργάνωση και η φιλοσοφία του στηρίζεται στις βασικές αρχές των κοινοβίων. Η διάρκεια της θεραπείας είναι τουλάχιστον 9 μήνες.

Αρχικά πραγματοποιούνται ατομικές συναντήσεις στον Συμβουλευτικό Σταθμό, οι οποίες προετοιμάζουν τον εξαρτημένο και τον συγγενή για το θεραπευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθήσει. Ορίζονται τα θέματα που καλείται να επεξεργαστεί ο εξαρτημένος και ακολουθεί η ένταξη του σε θεραπευτική διαδικασία. Έπεται η εισαγωγή του στη Θεραπευτική

Κοινότητα. Προϋπόθεση της εισαγωγής είναι η πλήρης αποχή από χρήση οποιασδήποτε ουσίας. Κύρια θεραπευτικά εργαλεία είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία και το ιεραρχικό μοντέλο. Απευθύνεται σε γυναίκες και άντρες ηλικίας έως 45 ετών (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας πραγματοποιούνται αναλυτικά:

- **Ομαδική θεραπεία (ομάδες κοινοβίου)**
- **Δραματοθεραπεία – Ψυχόδραμα - Θεατρικές ομάδες**
- **Μαραθώνιες συγκεντρώσεις**
- **Ομάδες Επιμορφωτικών συζητήσεων**
- **Εργοθεραπεία – Αγγειοπλαστική**
- **Αθλητικές δραστηριότητες**
- **Ατομικές Συνεδρίες**
- **Ψυχαγωγικές Εκδηλώσεις**
- **Νοσηλευτική και άλλη φροντίδα**
- **Ομάδες Αγρυπνίας**
- **Ημέρες φιλοξενίας**
- **Εκπαιδευτικά μαθήματα**
- **Ομάδες Αωνόμων Αλκοολικών**

Γίνονται δύο φορές την εβδομάδα και συντονίζονται από τους θεραπευόμενους

- **Ομάδες κοινού ταμείου**
- **Ομάδες καθαριότητας**
- **Ομάδες κήπου**
- **Ομάδες κουζίνας**

Μετά το πέρας της παραμονής στην κοινότητα ακολουθεί η επανένταξη, η οποία διαρκεί περίπου ένα χρόνο. Περιλαμβάνει ατομικές, ομαδικές συναντήσεις και συμμετοχή στην ομάδα των Αωνόμων Αλκοολικών με στόχο την επανένταξή τους στο οικογενειακό, επαγγελματικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Παράλληλα με το Πρόγραμμα, λειτουργούν ομάδες συγγενών στο χώρο του Συμβουλευτικού Σταθμού(Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Δ2. Το Πρόγραμμα Βραχείας Απεξάρτησης Αλκοολικών

Σκοπός του προγράμματος είναι η ψυχική απεξάρτηση ατόμων εξαρτημένων από το αλκοόλ ή/και τα ηρεμιστικά χάπια με κύριο θεραπευτικό εργαλείο την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Η συνολική του διάρκεια είναι 4 μήνες και για αυτό αποτελεί πρόγραμμα βραχείας θεραπείας. Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος και για άλλους δύο μήνες μετά, χορηγείται το φάρμακο ναλτρεξόνη, το οποίο μειώνει την επιθυμία για αλκοόλ. Αποτελείται από τα ακόλουθα στάδια:

Εναισθητοποίηση: Η πρώτη επαφή και ενημέρωση του ασθενή και των συγγενών του για το Πρόγραμμα πραγματοποιείται στον Συμβουλευτικό Σταθμό. Εφόσον αποφασιστεί η ένταξη του ασθενούς στο πρόγραμμα αρχίζει η προσπάθεια σταδιακής διακοπής της χρήσης της ουσίας. Η συνέπεια και η συνεργασία του εξαρτημένου θα κρίνουν τη συμμετοχή του σε ομάδα προετοιμασίας. Η ομάδα αυτή στοχεύει στη σταθεροποίηση της απόφασης του εξαρτημένου για θεραπεία και στην πληρέστερη ενημέρωση του για τη λειτουργία του προγράμματος. Μετά από ένα σύντομο διάστημα εβδομαδιαίων συναντήσεων της ομάδας προετοιμασίας, προγραμματίζεται η εισαγωγή στο τμήμα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας.

Κλειστό πρόγραμμα: Διαρκεί περίπου 2 μήνες. Στοχεύει στην πλήρη αποχή από κάθε ουσία. Κατά την παραμονή τους στο Πρόγραμμα τα μέλη ακολουθούν μια σειρά από ομαδικές θεραπευτικές δραστηριότητες και ατομική θεραπεία που στόχο έχουν τη σταθεροποίηση της αποχής από τις ουσίες και την επεξεργασία των δύσκολων θεμάτων που τους οδήγησαν στην εξάρτηση, όπως : (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω)

- **Ομαδική ψυχοθεραπεία**
- **Ατομικές συνεδρίες**
- **Δραματοθεραπεία**
- **Εργοθεραπεία - Αγγειοπλαστική**
- **Ομάδες Ανωνύμων Αλκοολικών**
- **Αθλητικές Δραστηριότητες**
- **Ψυχαγωγικές εκδηλώσεις**
- **Ομάδα αγωγής υγείας**
- **Νοσηλευτική και άλλη φροντίδα**

Στα πλαίσια της καθημερινής λειτουργίας του Προγράμματος οι θεραπευόμενοι αναλαμβάνουν τόσο τη φροντίδα και την υγιεινή του εαυτού του όσο και τις γενικότερες ευθύνες της ομαλής συμβίωσης.

Κατά την παραμονή του των θεραπευόμενων στη Μονάδα δεν επιτρέπονται τα επισκεπτήρια, η τηλεφωνική ή άλλου τύπου επαφή με τους οικείους τους. Οι όποιες ανάγκες επικοινωνίας γίνονται μέσω του προσωπικού.

Επανάταξη: Πραγματοποιείται στο Συμβουλευτικό Σταθμό και διαρκεί άλλους 2 μήνες. Στο διάστημα αυτό τα μέλη του Προγράμματος συνεχίζουν την ατομική και την ομαδική θεραπεία τους. Επεξεργάζονται κυρίως θέματα πρόληψης της υποτροπής καθώς επίσης και θέματα σχέσεων στην οικογένεια ή στην εργασία τους. Αν τα άτομα που μετά την ολοκλήρωση της επανένταξης έχουν αίτημα για περαιτέρω επεξεργασία θεμάτων που προάγουν την προσωπική τους ανάπτυξη και βελτιώνουν την επικοινωνία τους με τους ανθρώπους του οικογενειακού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος τους, έχουν τη δυνατότητα να ανανεώσουν το θεραπευτικό τους συμβόλαιο σε ατομική ή ομαδική βάση στο Εξωτερικό Πρόγραμμα.

Παράλληλα με το Πρόγραμμα, στο χώρο του Συμβουλευτικού Σταθμού λειτουργούν ομάδες συγγενών (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Δ3. ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Στο χώρο του Συμβουλευτικού Σταθμού λειτουργεί Εξωτερικό Πρόγραμμα το οποίο περιλαμβάνει ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Απευθύνεται σε εξαρτημένους που δεν κρίνεται αναγκαία η ένταξή τους σε κλειστό χώρο προστατευμένο από τις ουσίες, Πρόκειται για τις περιπτώσεις όπου η εξάρτηση δεν έχει επηρεάσει καθοριστικά κάθε πλευρά της ζωής τους και είναι σε θέση να διατηρήσουν την αποχή τους με την στήριξη του περιβάλλοντος τους και ως ένα βαθμό τις οικογενειακές κοινωνικές και επαγγελματικές τους σχέσεις. Επίσης, παρέχεται η δυνατότητα ατομικής και ομαδικής θεραπείας σε άτομα που έχουν ολοκληρώσει τα κλειστά προγράμματα και επιθυμούν να συνεχίσουν τη θεραπεία τους.

Δ4. ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ ΑΝΩΝΥΜΩΝ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ

Είναι μια ομάδα αυτοβοήθειας και αυτοθεραπείας. Βασίζεται στο μοίρασμα και στην ανταλλαγή προσωπικών εμπειριών. Οι συναντήσεις γίνονται στο Συμβουλευτικό Σταθμό. Παράλληλα λειτουργεί Ομάδα αυτοθεραπείας Συγγενών Αλκοολικών: ΑΛΑΝΩΝ

Δ5. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

Στο Συμβουλευτικό Σταθμό παρέχεται ατομική και ομαδική θεραπεία στους συγγενείς των εξαρτημένων, συζύγους-αδέλφια-παιδιά, με στόχο τη θεραπευτική αλλαγή στο οικογενειακό περιβάλλον τους που συχνά λειτουργεί με τους όρους της εξάρτησης διατηρώντας το σύμπτωμα. Στη διαδικασία αυτή έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν συγγενείς ακόμη και τις περιπτώσεις που ο εξαρτημένος δεν αναγνωρίζει τις δυσκολίες και αρνείται κάθε βοήθεια (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Δ6. Τμήμα Οικογένειας

Η τοξικο-εξάρτηση δεν αφορά μόνο τον ίδιο τον εξαρτημένο αλλά έχει αντίκτυπο στη ζωή των δικών του ανθρώπων δημιουργώντας συχνά την ανάγκη για στήριξη ή συμβουλευτική. Στο 18 Άνω δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στη συμμετοχή της οικογένειας στο θεραπευτικό πρόγραμμα καθώς η συμβολή της είναι αποφασιστικής σημασίας για τη θεραπευτική πορεία του εξαρτημένου.

Το Τμήμα Οικογένειας του Άνω λειτουργεί ως μια εξειδικευμένη δομή όπου έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν: γονείς, σύντροφοι, αδέλφια, φίλοι κ.α. είτε ο εξαρτημένος είναι ενταγμένος στο πρόγραμμα απεξάρτησης είτε όχι.

Δ7. ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

(εσωτερικής διαμονής 30 θέσεων) Αθήνα

Εδώ πραγματοποιείται η Β' φάση του θεραπευτικού προγράμματος (φάση ψυχολογικής απεξάρτησης) μητέρων τοξικομανών. Είναι κλειστό και η διάρκεια παραμονής είναι 6-8 μήνες. Στο πρόγραμμα βρίσκονται μαζί με τα ανήλικα παιδιά τους. Στο χώρο γίνονται ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία καθώς και ομάδες εστιασμένες στη γονεϊκή φροντίδα. Επισημαίνουμε ότι αυτή η Μονάδα είναι η πρώτη που λειτουργεί στην Ελλάδα στα πλαίσια του ΕΣΥ καλύπτοντας τεράστιες επιστημονικές και κοινωνικές ανάγκες.

3.2.3.4. ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ

Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί είναι μία αδελφότητα ανδρών και γυναικών που μοιράζονται την πείρα, την ελπίδα για να μπορέσουν να λύσουν το κοινό τους πρόβλημα και να βοηθήσουν άλλους να αναρρώσουν από το αλκοολισμό.

Μοναδική προϋπόθεση, για να γίνει κανένας μέλος είναι η επιθυμία να σταματήσει να πίνει. Η συμμετοχή στους Α. Α. δεν χρειάζεται ούτε συνδρομή ούτε δίδακτρα. Αυτοσυντηρούνται από τις δικές τους συνεισφορές (<http://www.aa-greece.gr>).

Η αδελφότητα Α. Α. δεν συνδέεται με καμιά Αίρεση, Δόγμα, Πολιτική Οργάνωση, Οργανισμό ή Ίδρυμα, έτσι δεν παίρνει μέρος σε οποιαδήποτε διαφωνία όπως και δεν αποφασίζει ή δεν αντιτίθεται σε οποιονδήποτε σκοπό.

Ο *κύριος σκοπός τους* είναι να κρατηθούν νηφάλιοι και να βοηθήσουν άλλους αλκοολικούς να πετύχουν Νηφαλιότητα. Ο τίτλος « Ανώνυμοι Αλκοολικοί Α. Α. » στηρίζεται στον απόλυτο σεβασμό της ανωνυμίας, ενώ παράλληλα αποδεικνύει ότι ο κοινός σκοπός προηγείται των ονομάτων.

Α. ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ

- Τα μέλη των **Α.Α.** είναι άνδρες και γυναίκες που έχουν ανακαλύψει και ομολογήσει ότι δεν μπορούν να ασκήσουν έλεγχο στο ποτό. Έμαθαν ότι θα πρέπει να ζουν χωρίς ποτό αν θέλουν να αποφύγουν την καταστροφή, τόσο τη δική τους, όσο και των ανθρώπων τους. Μοναδική προϋπόθεση για να γίνει κανείς μέλος είναι η επιθυμία να σταματήσει να πίνει.

- Αποτελούν μέρος μιας διεθνούς αλληλεγγύης με μέλη σε 90 χώρες. Δεν έχουν παρά μόνο ένα σκοπό: Να παραμείνουν νηφάλιοι και να βοηθήσουν και άλλους να πετύχουν τη νηφαλιότητα (<http://www.aa-greece.gr>).

- Δεν είναι αναμορφωτές και δεν συνδέονται με καμία ομάδα, πολιτικό κόμμα, οργανισμό, ίδρυμα, αίρεση ή θρησκευτικό δόγμα. Δεν στρατολογούν μέλη. Δεν προβάλλουν τις απόψεις τους εκτός και αν τους ζητηθεί αποκλειστικά.

- Μεταξύ των μελών των Α.Α υπάρχουν άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών, κοινωνικών - οικονομικών στρωμάτων και κουλτούρας. Πολλοί από αυτούς, έπιναν για αρκετά χρόνια πριν καταλάβουν ότι δεν μπορούσαν να ασκήσουν έλεγχο στο ποτό. Άλλοι είχαν την τύχη να νιώσουν το πρόβλημα τους από την αρχή (<http://www.aa-greece.gr>).

- Μερικά μέλη είχαν καταντήσει ναυάγια πριν έλθουν για βοήθεια στους **Α.Α.** Είχαν χάσει οικογένειες, περιουσία και αξιοπρέπεια. Άλλοι ζούσαν στο δρόμο, είχαν μπει για

νοσηλεία σε νοσοκομεία, ή φυλακίστηκαν. Έπραξαν πολλά σοβαρά παραπτώματα - στον εαυτό τους και στους άλλους. Άλλοι, ούτε φυλακίστηκαν ούτε νοσηλεύτηκαν. Ούτε έχασαν τη δουλειά τους ή την οικογένεια τους λόγω του υπερβολικού ποτού. Όμως, ακόμα και αυτοί κατάλαβαν ότι δεν μπορούσαν να ασκήσουν έλεγχο στη χρήση του αλκοόλ που είχε καταστροφικά αποτελέσματα στη ζωή τους. Όταν ανακάλυψαν ότι δεν μπορούσαν να ζήσουν χωρίς αλκοόλ και αυτοί ζήτησαν την βοήθεια των Α.Α. για να σταματήσουν να πίνουν (<http://www.aa-greece.gr>).

- Το κοινό πρόβλημα που έχουν με το αλκοόλ τους ενώνει. Στις συναντήσεις τους, με την ανταλλαγή των εμπειριών τους, την αλληλοϋποστήριξη και την προσφορά βοήθειας σε άλλους αλκοολικούς, διατηρούν τη νηφαλιότητα τους και την αποχή από το αλκοόλ.

- Δεν ισχυρίζονται ότι είναι οι μόνοι που προσφέρουν λύση στο πρόβλημα του ποτού. Αυτό όμως που ξέρουν είναι ότι *το πρόγραμμα των Α.Α. έχει φέρει αποτελέσματα σε όλους εκείνους που θέλησαν να κόψουν το ποτό, σχεδόν χωρίς εξαίρεση.*

- *Μέσα στους Α.Α. έμαθαν πολλά για τον αλκοολισμό που είναι ασθένεια, καθώς και για τον ίδιο τον εαυτό τους που τους βοηθούν να διατηρήσουν τη νηφαλιότητα τους - βασική προϋπόθεση της οποίας είναι η αποχή από το αλκοόλ (<http://www.aa-greece.gr>).*

B. Ο ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΟΣ ΤΟΥΣ ΣΚΟΠΟΣ

Ο πρωταρχικός σκοπός των Α.Α. είναι να μεταδίδουν το μήνυμα ανάρρωσης στον αλκοολικό που ζητά βοήθεια. Βαδίζουν προς την ίδια κατεύθυνση - την αποκατάσταση της υγείας του αλκοολικού ατόμου. Μαζί μπορούν να κάνουν αυτό που κανείς από αυτούς δεν μπορούσε να κάνει μόνος του. Γι' αυτό και το κεντρικό τους σύνθημα είναι:

ΑΝ ΘΕΛΕΙΣ ΝΑ ΠΙΝΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΔΙΚΟ ΣΟΥ ΖΗΤΗΜΑ.

ΑΝ ΘΕΛΕΙΣ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙΣ

ΤΟΤΕ ΕΙΝΑΙ ΔΙΚΟ ΜΑΣ ΖΗΤΗΜΑ.

Γ. ΤΙ ΚΑΝΟΥΝ ΟΙ Α.Α.

1. Τα μέλη των Α.Α. μοιράζονται την πείρα, την δύναμη και την ελπίδα τους με όσους έρχονται σε επαφή μαζί τους για το πρόβλημα τους με το αλκοόλ. Αλληλοϋποστηρίζονται και προσφέρουν ο ένας στον άλλο χωρίς να κρίνουν την προέλευση του καθενός.

2. Το πρόγραμμα των **ΤΙ ΚΑΝΟΥΝ ΟΙ Α.Α.** βασίζεται στα **ΔΩΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ - προτάσεις ζωής** που προσφέρουν στον αλκοολικό έναν καλύτερο τρόπο ζωής.

3. Τα μέλη διατηρούν την ανωνυμία τους και το πρόγραμμα αναπτύσσεται μεταξύ τους, στις συγκεντρώσεις των Α.Α (<http://www.aa-greece.gr>).

Δ. ΤΑ 12 ΒΗΜΑΤΑ

- «Παραδεχτήκαν ότι είναι ανίσχυροι στο αλκοόλ και ότι η ζωή είχε ξεφύγει από τον έλεγχο τους.»
- «Πίστεψαν ότι μια Δύναμη μεγαλύτερη από εκείνους μπορεί να τους επαναφέρει στην ψυχική και πνευματική υγεία.»
- «Αποφάσισαν να παραδώσουν τη θέληση τους και τη ζωή τους στη φροντίδα του Θεού, όπως τον αισθάνονται.»
- «Προέβησαν σε μια διερευνητική και άφοβη ηθική εξέταση του εαυτού τους»
- «Παραδεχτήκαν απέναντι στον θεό, στον εαυτό τους και σ' έναν άλλο άνθρωπο την ακριβή φύση των σφαλμάτων τους.»
- «Είναι εντελώς έτοιμοι να αφήσουν το Θεό να αποσύρει όλα αυτά τα ελαττώματα του χαρακτήρα τους».
- «Ταπεινά Του ζήτησαν να αποσύρει τις ατέλειες τους»
- «Ταξινομήσαν σ' έναν κατάλογο όλους τους ανθρώπους που έβλαψαν και προθυμοποιήθηκαν να διορθώσουν ότι κακό τους είχαν κάνει
- Επανόρθωσαν το κακό σε αυτούς τους ανθρώπους όποτε αυτό ήταν δυνατό και όταν αυτό δεν έβλαπτε τους ίδιους τους άλλους».
- «Συνέχισαν να κάνουν την προσωπική εξέταση τους και όταν είχαν άδικο, να το παραδέχονται αμέσως.»
- «Επιδίωξαν με την προσευχή και την αυτοσυγκέντρωση, να βελτιώσουν την συνειδητή επαφή τους με το Θεό, όπως Τον αισθάνονται, προσευχόμενοι μόνον για να

μάθουν τη θέληση Του σχετικά με αυτούς και για να αποκτήσουν τη δύναμη να την πραγματοποιήσουν».

- Αφού, σαν αποτέλεσμα των βημάτων αυτών, απέκτησαν ένα πνευματικό ζύπνημα προσπάθησαν να μεταφέρουν το μήνυμα αυτό και σ' άλλους που πάσχουν από αλκοολισμό και να εφαρμόσουν αυτές τις αρχές σε όλες τους τις εκδηλώσεις.» (<http://www.aa-greece.gr>).

3.2.3.5. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Το πρόγραμμα «ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ», με πρωτοβουλία του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ, ξεκίνησε τη λειτουργία του το Φεβρουάριο του 2001.

Με τον όρο αυτοβοήθεια εννοείται η ενεργοποίηση των πολιτών ως προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, μέσα σε ένα πλαίσιο συλλογικότητας και αλληλεγγύης. Βασικό χαρακτηριστικό της αυτοβοήθειας είναι η αυτενέργεια και η ανάληψη της προσωπικής ευθύνης και κατά συνέπεια η αναίρεση της παθητικότητας που τείνει να χαρακτηρίζει σήμερα τη στάση των πολιτών σε ζητήματα υγείας (<http://www.okana.gr>).

Οι βασικοί στόχοι του προγράμματος είναι η προαγωγή της αυτοβοήθειας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες και γενικότερα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, η εκπαίδευση των λειτουργών υγείας σε μια νέα συνάντηση με τους πολίτες και η από κοινού ανάπτυξη συμμετοχικών δράσεων για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και η έρευνα δράσης για τις εφαρμογές της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

Για την υλοποίηση των στόχων του προγράμματος αναπτύσσονται οι εξής δράσεις:

- **Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών:** Βασικός στόχος του προγράμματος είναι αφενός η επανασύνδεση των ανθρώπων με την ευρύτερη κοινότητα μέσα από την επιλογή των καθαρών σχέσεων, την αλλαγή τρόπου ζωής, την προσωπική ανάπτυξη και αφετέρου η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση της ίδιας της κοινότητας σε πρακτικές αυτοβοήθειας ως απάντησης στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα
- **Υποστήριξη δημιουργίας ομάδων αυτοβοήθειας καθώς και υποστήριξη μελών ομάδων αυτοβοήθειας** (Ναρκομανείς Ανώνυμοι-ΝΑ, Αλκοολικοί Ανώνυμοι-ΑΑ) που ήδη λειτουργούν (<http://www.okana.gr>).

- **Ενημέρωση και παροχή τεχνογνωσίας για την αυτοβοήθεια** (Ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας στις αρχές και στη φιλοσοφία της αυτοβοήθειας)
- **Δημιουργία κοινωνικού δικτύου με ομάδες ευαισθητοποιημένων πολιτών με ανάλογη φιλοσοφία**
- **Τράπεζα πληροφοριών για την αυτοβοήθεια** (ηλεκτρονική βάση βιβλιογραφίας, επιλεγμένα μεταφρασμένα κείμενα)
- **Δυναμική ιστοσελίδα** (<http://www.okana.gr>).

3.2.3.6. ΑΛ-ΑΝΩΝ

Οι οικογενειακές ομάδες **Αλ-Ανών** είναι ομάδες αυτοβοήθειας για συγγενείς και φίλους αλκοολικών, που μοιράζονται τις εμπειρίες τους, τη δύναμή τους και την ελπίδα τους ώστε να μπορέσουν να λύσουν τα κοινά τους προβλήματα (<http://www.alanon.gr>).

Η Αλ-Ανών δεν σχετίζεται με καμία αίρεση, ή δόγμα, πολιτική παράταξη, οργανισμό ή ίδρυμα. Δεν αναμιγνύεται σε καμία λογομαχία, ούτε υποστηρίζει ούτε εναντιώνεται σε κανέναν σκοπό.

Για να γίνει κανείς μέλος της δεν χρειάζεται καμία συνδρομή. Συντηρείται από τις δικές της εισφορές (<http://www.alanon.gr>).

Η Αλ-Ανών, έχει έναν και μοναδικό σκοπό: να βοηθά τις οικογένειες και τους φίλους των αλκοολικών. Αυτό επιτυγχάνεται:

Προσφέροντας παρηγοριά, ελπίδα και φιλία στις οικογένειες και τους φίλους του καταπιεστικού πότη (<http://www.alanon.gr>)

Μοιράζοντας τις εμπειρίες τους για την ασθένεια του αλκοολισμού και μαθαίνοντας πως το πρόγραμμα ΑΛ-ΑΝΩΝ τους βοηθά και τους δίνει τη δυνατότητα να κατανοήσουν και να ενθαρρύνουν τον αλκοολικό (<http://www.alanon.gr>).

Προσφέροντας ηρεμία και πιο λογική προσέγγιση στη ζωή και στα προβλήματά της.

Τα μέλη της ΑΛ-ΑΝΩΝ δέχονται τον αλκοολισμό ως μια ασθένεια και μαθαίνουν να χαμηλώνουν την ένταση, τη δική τους και της οικογένειάς τους. Προσπαθούν να επιτύχουν ένα νέο τρόπο ζωής, όπου η ανάπτυξή τους και η γαλήνη δεν εξαρτάται από την κριτική, την καταδίκη του αλκοολικού ή τη συζήτηση για τα ελαττώματα του αλκοολικού με άλλους. Η αυστηρή αποφυγή του κουτσομπολιού διαφυλάττει την ενότητα της ομάδας της ΑΛ-ΑΝΩΝ και προστατεύει την ανωνυμία των μελών της και αυτή των Ανώνυμων Αλκοολικών (<http://www.alanon.gr>).

3.2.3.7. CLUB: ΜΕΘΟΔΟΣ HUDOLIN

Το **Club** (όμιλος οικογενειών) με προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ είναι ένας ιδιωτικός σύλλογος που αποτελείται από οικογένειες με προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση οινοπνευματωδών και με τα συναφή σε αυτά (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006).

Η μέθοδος Hudolin, ξεκίνησε τη δεκαετία του 70 από τον Vladimir Hudolin -στην Ιταλία λειτουργεί από το 1979- και σήμερα υπάρχουν περίπου 2.600 club. Στην Ελλάδα λειτουργούν από το 2002 στον Πειραιά. Βασίζεται στην οικολογική κοινωνική προσέγγιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ και των σύνθετων προβλημάτων του. Δε μιλάμε πια για αλκοολισμό αλλά για προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ.

Σύμφωνα με τον Hudolin, ο αλκοολισμός δε θεωρείται πλέον ως μια ασθένεια, αλλά μια συμπεριφορά, ένας τρόπος ζωής που καθορίζεται από μία σειρά ενδογενών και εξωγενών παραγόντων, βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής φύσης. Τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ θεωρούνται σαν αποτέλεσμα μιας διαταραχής των οικολογικών κοινωνικών συστημάτων μέσα στα οποία είναι ενταγμένο το άτομο. Αυτά είναι συνδεδεμένα με την κουλτούρα του ποτού που υπάρχει στις κοινωνίες μας και βέβαια η πρόσληψή τους και η βελτίωση του τρόπου ζωής που συνδέεται με το ποτό δεν μπορεί παρά να συνδέεται και με μία αλλαγή της υγειονομικής αλλά και της γενικής κουλτούρας της κοινωνίας. Μία συμπεριφορά –αλκοολισμός- δεν αποδίδεται μόνο στο άτομο, αλλά στο ευρύτερο σύστημα στο οποίο ανήκει. Ο αλκοολισμός και τα προβλήματά του, αποτελούν έκφραση του συστήματος της κοινωνίας, δηλαδή του χώρου όπου το άτομο ζει και εργάζεται, με τη μορφή ενός τρόπου ζωής. Η οικογένεια αποτελεί ένα υποσύστημα στο ήδη υπάρχον σύστημα της κοινωνίας και για το λόγο αυτό, η οικογενειακή προσέγγιση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006).

Αν λοιπόν ο αλκοολισμός είναι ένας τρόπος ζωής, η αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, δε προβλέπει μόνο την παραδοσιακή θεραπεία, αφού δε θεωρείται πλέον σαν άρρωστος. Αντίθετα, σύμφωνα με την οικολογική κοινωνική προσέγγιση προβλέπουν παρεμβάσεις σε όλα τα επίπεδα της πρόληψης και αποτελούν μέρος των προγραμμάτων δράσης για την αγωγή υγείας.

Η τεχνική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ βρίσκεται στα club. Αυτά ορίζονται ως πολυοικογενειακές κοινότητες αποτελούμενες από δύο έως 12 οικογένειες με προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και έναν υπηρέτη-

δάσκαλο, ο οποίος είναι ευαισθητοποιημένος στα προβλήματα αυτά και έχει λάβει μία σχετική εκπαίδευση 50 ωρών (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006).

Τα μέλη, δεν είναι ανώνυμα και προσφέρουν συνεχώς μαρτυρίες και εμπειρίες. Οι οικογένειες δουλεύουν συνεχώς μαζί, όχι με σκοπό την αποχή από το αλκοόλ αλλά την αλλαγή του τρόπου ζωής τους. Συνεργάζονται με άλλους φορείς δημόσιους και ιδιωτικούς και αποτελούν μία γενικότερη φιλοσοφία ζωής. Βασίζονται στην αλληλεγγύη, τη φιλία, την αγάπη, την κοινωνική δικαιοσύνη, τη συμβίωση, την αναζήτηση της ειρήνης. Το club λειτουργεί με απλούς κανόνες.

Ειδικότερα, αποτελείται από 10 οικογένειες και όταν φτάσει στις 11 ο αριθμός διπλασιάζεται. Οι συναντήσεις διαρκούν μιάμιση ώρα και λαμβάνουν χώρα μία φορά την εβδομάδα, με αυστηρή ακρίβεια, οπότε η πιθανή αργοπορία θεωρείται απουσία. Στις συναντήσεις δεν υποστηρίζεται το κάπνισμα εφόσον προωθείται η υγεία και αυτό δεν είναι υγεία. Όσον αφορά τον υπηρέτη-δάσκαλο, έχει συγκεκριμένο ρόλο και ευθύνες. Διευκολύνει και προκαλεί όταν χρειάζεται το διάλογο, την επικοινωνία και τη διαδικασία αλλαγής. Ο υπηρέτης δάσκαλος δεν είναι ο αρχηγός, αλλά ο υπεύθυνος του club (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006).

Στις συναντήσεις, δεν προβλέπεται η παρουσία εθελοντών, επισκεπτών ή μαθητευόμενων και τηρείται εχεμύθεια. Τίποτα από τα όσα λέγονται μέσα στο Club, δε μεταφέρονται έξω από αυτό. Είναι αυτόνομο, και μπορεί να εντάξει στο εσωτερικό του μία οικογένεια με σύνθετα προβλήματα όταν υπάρχουν ήδη 6 οικογένειες. Η συμμετοχή είναι δωρεάν και ο υπηρέτης-δάσκαλος είναι εθελοντής και δωρεάν.

Για την καλύτερη λειτουργία του club, οργανώνονται αλκοολογικές σχολές. Σε πρώτο επίπεδο πραγματοποιούνται 10 συναντήσεις των 2 ωρών, σε δεύτερο επίπεδο πραγματοποιούνται ημερίδες ενημέρωσης κάθε 2 χρόνια και στο τρίτο επίπεδο, πραγματοποιούνται 2-4 συναντήσεις 2 ωρών οι οποίες απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό. Προβλέπονται συναντήσεις των υπηρετών κάθε μήνα και έχει υποχρέωση εάν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα αλκοολισμού στην οικογένειά του να παρακολουθεί μαζί της στο club και να συνεχίσει να είναι υπηρέτης-δάσκαλος σε άλλο club (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006).

Κάθε οικογένεια δραστηριοποιείται ενεργά στην ανάπτυξη των αλκοολογικών προγραμμάτων και για την εκπαίδευση καινούριων υπηρετών-δασκάλων οργανώνονται εβδομάδες ευαισθητοποίησης διάρκειας μιας εβδομάδας.

Το club από την ημέρα που ιδρύθηκε προσαρμόζεται καθημερινά στις απαιτήσεις κάθε εποχής ώστε να είναι όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερο (Τετράδιο Ψυχιατρικής, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Η εξάρτηση από τις ουσίες δεν είναι αρρώστια, με την ιατρική έννοια του όρου, ούτε διαστροφή, ούτε παράπτωμα. Είναι βασικά ένα σύμπτωμα. Σύμπτωμα μιας μπλοκαρισμένης ή αδύνατης επικοινωνίας, μιας δυσλειτουργίας του οικογενειακού συστήματος, μιας τεράστιας δυσφορίας του ατόμου που αναζητά απελπισμένα μια ταυτότητα, μιας αφόρητης προσωπικής οδύνης (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Η αντιμετώπιση αυτού του συμπτώματος με τις κοινωνικές, ψυχολογικές, πολιτικές, οικονομικές παραμέτρους, απαιτεί ένα δίκτυο υπηρεσιών, στον τομέα της πρόληψης, της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης.

Η απεξάρτηση ισοδυναμεί με τη διαδικασία αλλαγής του τρόπου ζωής του εξαρτημένου ατόμου. Είναι μια μακρόχρονη διαδικασία που αποβλέπει στην εξασφάλιση εκείνων των όρων ζωής, που θα το κάνουν να μην έχει ανάγκη τις ουσίες.

Ο εξαρτημένος μπορεί να θεραπευτεί μόνο εφόσον το αποφασίσει ο ίδιος και ενταχθεί σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης που ο ίδιος έχει επιλέξει (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Η ένταξη στο θεραπευτικό πρόγραμμα αρχίζει όταν η απόφαση απεξάρτησης εκφράζεται λεκτικά, σαν αίτημα θεραπείας από τον ίδιο τον εξαρτημένο, στο συμβουλευτικό σταθμό του προγράμματος.

Το αίτημα είναι αυθεντικό όταν διατυπώνεται από τον ίδιο και όχι από τους γονείς του ή από άλλα αγαπημένα του πρόσωπα.

Το αίτημα αυτό είναι πάντα αμφιθυμικό, ακριβώς γιατί ο εξαρτημένος δεν είναι ικανός στην κατάσταση που βρίσκεται, να κάνει μία σταθερή, προσωπική επιλογή και πρέπει να ενισχυθεί προς αυτή την κατεύθυνση.

Έτσι λοιπόν, από την πρώτη φάση του προγράμματος απεξάρτησης, την φάση της ευαισθητοποίησης, ο Κοινωνικός Λειτουργός σε συνεργασία με τον ατομικό θεραπευτή του εξαρτημένου, βοηθά να γίνει ξεκάθαρο το αίτημά του για απεξάρτηση (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Και τι εννοούμε με αυτό;

Ερχόμενος ο εξαρτημένος στο συμβουλευτικό σταθμό, είναι συνήθως σε απόγνωση, εξαθλιωμένος. Πιέζεται από τους δικούς του, τον κυνηγάει η αστυνομία, εκκρεμούν

δικαστικές υποθέσεις. Πολλές φορές είναι άστεγος, έχει προβλήματα υγείας, δεν έχει χρήματα, ζητιανεύει. Είναι μόνος. Αυτός και η σκιά του.

Πρώτη φάση : Ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει σταθερές ατομικές συναντήσεις, με τον εξαρτημένο, σε αυτή την αρχική του προσπάθεια για απεξάρτηση.

Σε αυτές τις συναντήσεις στόχος είναι να εκθέσει ο ίδιος ο εξαρτημένος τα τρέχοντα προβλήματα του, ώστε με τη βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού να μπουν σε μια σειρά και σιγά σιγά με τη στήριξη του και τις κατευθύνσεις του, να διευθετηθούν ή να μπουν σε ένα καλό δρόμο προς επίλυση.

Ο θεραπευόμενος, αρχίζει να μπαίνει πλέον ο ίδιος στα πράγματα που συμβαίνουν σε εκείνον. Συμμετέχει και αυτός στις προσπάθειες για την αντιμετώπισή τους. Κάνει δειλά δειλά τα πρώτα του βήματα προς την πραγματικότητα του. Τώρα ξέρει ότι δεν είναι μόνος, μπορεί και δεν είναι αδύνατον να βοηθηθεί.

Η θεραπευτική του προσπάθεια, δεν είναι πια βραχυαναλωμένη. Με τη βοήθεια του Κοινωνικού Λειτουργού οι σοβαρές εκκρεμότητες του αντιμετωπίζονται. Ο εξαρτημένος μπορεί τώρα να δει πιο ξεκάθαρα το αίτημά του για απεξάρτηση, δίχως πιέσεις και έτσι η απόφαση για θεραπεία, θα είναι μια απόφαση που επιλέγεται ελεύθερα από τον ίδιο, με όση δύναμη του δίνει η απελπισία μέσα στην οποία ζει (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Δεύτερη Φάση: Παίρνοντας λοιπόν την απόφαση για θεραπεία απεξάρτησης, ακολουθεί τους όρους και τις διαδικασίες του προγράμματος, κρατάει αποχή από κάθε ουσία και μετά από ένα χρονικό διάστημα δύο ή τριών μηνών, μπαίνει στο κλειστό πρόγραμμα, όπου και πραγματοποιείται η δεύτερη φάση του προγράμματος, η φάση της απεξάρτησης.

Η θεραπευτική διαδικασία θεμελιώνεται πάνω στην ψυχοθεραπεία, ατομική και ομαδική, που πραγματοποιείται στο θεραπευτικό πλαίσιο. Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία είναι πολύ σημαντική, γιατί μέσα από αυτή θα αποκτήσει αυτογνωσία και θα συνειδητοποιήσει τις αιτίες της εξάρτησης του. Θα μάθει να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του, προσεγγίζοντας από μία νέα σκοπιά τον εαυτό του, τη σχέση του με τους άλλους, τη στάση του στη ζωή.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην κλειστή φάση οργανώνει διαφορετικές ομάδες όπως:

Ομάδα υγείας: Σε αυτή την ομάδα γίνεται συζήτηση για θέματα υγείας. Το θέμα το επιλεγούν οι θεραπευόμενοι, όπου και οι ίδιοι πρέπει να φέρουν κάποιες πληροφορίες για το

συγκεκριμένο θέμα (χρησιμοποιώντας τη βιβλιοθήκη του προγράμματος ή και του Νοσοκομείου). Η ομάδα αυτή γίνεται μία φορά το μήνα, για να υπάρχει χρόνος και για το Κοινωνικό Λειτουργό να επεξεργαστεί το θέμα, αλλά και για τους θεραπευόμενους. Στόχος αυτής της ομάδας είναι να ενημερωθούν σωστά για θέματα υγείας και γνωρίζοντας πλέον, μπορούν να προλάβουν καταστάσεις αλλά και να μπουν πλέον στη διαδικασία να φροντίζουν για τη σωματική τους υγεία.

Ομάδες πολιτιστικού περιεχόμενου: Δηλαδή επισκέψεις σε μουσεία, εκθέσεις συναυλίες και άλλα.

Ομάδες επαγγελματικού προσανατολισμού: Στη φάση της ψυχικής απεξάρτησης, ο Κοινωνικός Λειτουργός δουλεύει περισσότερο με ομάδες, αφού ο θεραπευόμενος μέσα από την ομάδα αρχίζει να λειτουργεί σαν κοινωνικό άτομο, προσπαθώντας να εκφραστεί ελεύθερα και να δημιουργήσει σχέσεις με άτομα όμοιά του, που μπορεί να μη γνώριζε πριν, αλλά κάνουν την ίδια προσπάθεια να βρουν και να ακολουθήσουν στη ζωή τους, ένα καινούργιο δρόμο.

Σε αυτή τη δύσκολη πορεία, η ομάδα γίνεται ο φυσικός του χώρος, το στήριγμα του σε στιγμές αδυναμίας. Εδώ μαθαίνει να μιλάει ελεύθερα και ειλικρινά, να ακούει τους άλλους, να αναλύει και να απορρίπτει ρόλους και να δημιουργεί αληθινές σχέσεις. Μαθαίνει να βλέπει καθαρά την πραγματικότητα τη δική του και των άλλων, χωρίς μύθους και αυταπάτες.

Μαθαίνει να εκφράζει τους φόβους του και τις αδυναμίες του, να αποδέχεται και σιγά σιγά να αγαπά τον εαυτό του, να πολεμά τον εγωισμό και τον ατομικισμό που τον απομακρύνει από τους άλλους, να κάνει ο ίδιος και να δέχεται την κριτική των άλλων.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις ομάδες που προαναφέρθηκαν δεν είναι ψυχοθεραπευτικός. Είναι όμως θεραπευτικός, αφού ως συντονιστής της ομάδας, φροντίζει για τα όρια, τη συνοχή, τη σταθερότητα και χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές για την ομαλή λειτουργία της ομάδας.

4.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Γενικά μιλάμε για αλκοολισμό, όταν το άτομο έχει χάσει την ελευθερία αποχής από το αλκοόλ, το οποίο γίνεται τελικά ο κεντρικός άξονας του ζωής του, όπου υποτάσσονται τα πάντα (οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, ενδιαφέροντα, επαγγελματικές υποχρεώσεις κ.ά.). Όταν η λήψη αλκοόλ είναι πρωταρχική σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη επιθυμία ή ανάγκη.

Ο εσωτερικός κόσμος του αλκοολικού χαρακτηρίζεται από μεγάλη σύγχυση. Δεν καταλαβαίνει τι του γίνεται και γιατί. Έχει το αίσθημα του ανικανοποίητου, αισθάνεται άβολα, δεν τα βρίσκει με τον εαυτό του και τους άλλους, αγχώνεται, αγωνιά, ντρέπεται, έχει τύψεις και ενοχές, μισεί τον εαυτό του. Το αίσθημα αυτοεκτίμησης του είναι κατακερματισμένο. Αισθάνονται μεγάλη μοναξιά. Ο αλκοολικός είναι βαθιά μοναχικός άνθρωπος και στο βάθος μελαγχολικός (ακόμα και αν δεν υπάρχει κλινική εικόνα κατάθλιψης) (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Αισθάνεται ότι όλα είναι μάταια, ότι δεν έχουν νόημα, ότι κανείς και τίποτα δεν μπορεί να τον βοηθήσει, ότι είναι κενός.

Είναι χαρακτηριστική η αλλαγή της στάσης του αλκοολικού απέναντι στον εαυτό του και τους άλλους, όταν βρίσκεται σε κατάσταση μέθης. Συχνά ένα πολύ ήπιο άτομο μεταμορφώνεται όταν μεθύσει σε θηρίο.

Ο αλκοολικός κατέχεται από αναρίθμητους φόβους, είναι απελπισμένος, δυσπιστεί προς τους άλλους. Κάποιες φορές συνυπάρχουν σεξουαλικά προβλήματα, τα οποία προσπαθεί να ξεπεράσει με τη χρήση αλκοόλ. Έχει μεγάλη δυσκολία να εκφραστεί, να χρησιμοποιήσει το λόγο, όπως επίσης και να εκφράσει ή να αποδεχθεί εκδηλώσεις αγάπης και φιλίας (παρόλο που το επιθυμεί βαθιά). Στη συμπεριφορά του, παρατηρούνται συχνά ανεξέλεγκτες εκρήξεις, οργής και βίας. Λέει πολλά ψέματα και χάνεται μέσα αυτά.

Στο βάθος το άτομο αυτό είναι εξαιρετικά ευάλωτο και ευαίσθητο. Ο βασικός αμυντικός μηχανισμός του αλκοολικού, είναι η άρνηση. Αρνείται τη σχέση ανάμεσα στο ποτό που πίνει και τα όσα συμβαίνουν στη ζωή του, τα κοινωνικά, επαγγελματικά και λοιπά προβλήματα του (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Έχει μεγάλη σημασία να συνειδητοποιήσει ότι είναι αλκοολικός, ότι το αλκοόλ βρίσκεται στο επίκεντρο της ζωής του, ότι με αυτό συνδέονται τα προβλήματα του. Όταν φτάσει σε αυτό το σημείο, τότε και μόνο τότε ζητά βοήθεια.

Το πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης από το αλκοόλ, βραχείας διάρκειας, με παράλληλη χορήγηση ναλτρεξόνης ανήκει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αποτελεί τμήμα της μονάδας απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και λειτουργεί από το 1997 με αυτή τη μορφή. Σκοπός του είναι η ψυχική απεξάρτηση ατόμων εξαρτημένων από αλκοόλ ή και ηρεμιστικά χάπια. Η συνολική του διάρκεια είναι 4 μήνες με δίμηνη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Στην κλειστή φάση του προγράμματος και για άλλους δύο μήνες μετά, χορηγείται το φάρμακο ναλτρεξόνη, το οποίο μειώνει την επιθυμία για αλκοόλ.

Το πρόγραμμα υλοποιείται σε τρεις φάσεις:

- Τη φάση της ευαισθητοποίησης, που πραγματοποιείται στο συμβουλευτικό σταθμό του προγράμματος
- Τη φάση της ψυχικής απεξάρτησης, με ενδονοσοκομειακή νοσηλεία στην κλινική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.
- Τη φάση της κοινωνικής επανένταξης, που πραγματοποιείται στο συμβουλευτικό σταθμό αλκοολικών και είναι η Τρίτη φάση του προγράμματος.

Η διακοπή της χρήσης και η σταθερότητα της αποχής από ουσίες είναι βασική προϋπόθεση συμμετοχής στο πρόγραμμα. Η απεξάρτηση ισοδυναμεί με τη διαδικασία αλλαγής του τρόπου ζωής του εξαρτημένου ατόμου και όχι στην υποκατάσταση της εξάρτησης από μια άλλη. Είναι μια διαδικασία μακρόχρονη και δεν αποβλέπει απλά στην αποχή, αλλά και στην εξασφάλιση εκείνων των όρων ζωής, που θα το κάνουν να μην έχει ανάγκη τις ουσίες. Η συμμετοχή στο πρόγραμμα πρέπει να είναι όχι μόνο εθελοντική αλλά και ενεργητική (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Βασικοί στόχοι της όλης θεραπευτικής διαδικασίας είναι:

- Να αλλάξει το εξαρτημένο άτομο την ιδέα που έχει για τον εαυτό του
- Να αντλεί ικανοποίηση από τις ίδιες τις αλλαγές του
- Να αποκτήσει ενδιαφέρον και ικανότητα για δουλειά και δημιουργία
- Να βρει τη δύναμη και το θάρρος να παλεύει και να ξεπερνά τις δυσκολίες
- Να πάρει τη ζωή στα χέρια του, χαράζοντας το δικό του δρόμο προς μια καινούργια κατεύθυνση, έχοντας κόψει τις γέφυρες με το παλιό του κόσμο.

Αυτή λοιπόν η θεραπευτική διαδικασία επιτυγχάνεται με την ψυχοθεραπεία (ατομική και ομαδική). Με την ψυχοθεραπεία ωριμάζει η προσωπικότητα του εξαρτημένου. Κατακτά την αυτοπεποίθηση και την αυτογνωσία του, μέσα από την επίπονη και πολλές φορές οδυνηρή διερεύνηση και συνειδητοποίηση των αιτίων της εξάρτησης του.

Με τη συμμετοχή του σε μια ομάδα ψυχοθεραπείας αρχίζει να λειτουργεί σαν κοινωνικό άτομο, προσπαθώντας να εκφραστεί ελεύθερα και να δημιουργήσει σχέσεις με άτομα που έχουν το ίδιο πρόβλημα, και κάνουν την ίδια προσπάθεια να βρουν και να ακολουθήσουν στη ζωή τους ένα καινούργιο δρόμο. Σε αυτή την δύσκολη πορεία η θεραπευτική ομάδα του προγράμματος, η οποία αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, δραματοθεραπεύτρια, εργοθεραπεύτρια, κοινωνιολόγο και νοσηλεύτες, είναι πλάι στους θεραπευόμενους ώστε να τους δώσει τη σωστή κατεύθυνση και την υποστήριξη που πρέπει για να προχωρήσουν στη συνειδητοποίηση της αιτίας του προβλήματος τους (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Το θεραπευτικό πρόγραμμα στηρίζεται βασικά στη θεραπευτική ομάδα, η οποία απαρτίζεται από έμπειρους θεραπευτές, που αλληλοσυμπληρώνονται. **Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού** είναι θεραπευτικός και πολυδιάστατος και αναπτύσσει μια σύνθετη δραστηριότητα σε πολλά επίπεδα.

Α. Έρχεται σε επαφή με τον θεραπευόμενο από την αρχή κιόλας της προσπάθειάς του για απεξάρτηση. Με ατομικές συνεντεύξεις με τον θεραπευόμενο, προσπαθεί να τον βοηθήσει για να τον κατευθύνει να τακτοποιήσει τις εκκρεμότητες του, πριν μνηθεί στο κλειστό πρόγραμμα απεξάρτησης. Στόχος είναι να κινητοποιηθεί ο ίδιος ο θεραπευόμενος, και να αρχίσει σιγά σιγά να ενδιαφέρεται για τα προβλήματα του (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Β. Ο Κοινωνικός Λειτουργός μαζί με άλλον θεραπευτή, είναι υπεύθυνοι της ομάδας προετοιμασίας. Η ομάδα αυτή αποτελείται συνήθως από 5 με 8 άτομα που πρόκειται να εισαχθούν στο κλειστό πρόγραμμα. Στόχος της ομάδας είναι να ενημερωθούν καλύτερα για το πρόγραμμα, να αρχίσουν να δημιουργούν κάποια, έστω μικρή γνωριμία ως μέλη της ίδιας ομάδας, αλλά και η διατήρηση της αποχής τους. Η ομάδα γίνεται μία φορά την εβδομάδα και πραγματοποιούνται συνήθως 5 συναντήσεις. Εδώ ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι περισσότερο στηρικτικός, ως προς την προσπάθεια του θεραπευόμενου να διατηρήσει την αποχή του.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μαζί με άλλον θεραπευτή, συμμετέχει σε ομάδες συγγενών, των θεραπευόμενων που βρίσκονται στη κλειστή φάση. Στόχος αυτής της ομάδας είναι να συμμετέχει και η οικογένεια στη θεραπευτική διαδικασία. Μπορούν και εκείνοι πλέον να μιλήσουν όχι μόνο για τον άρρωστο δικό τους άνθρωπο, αλλά και για εκείνους. Εδώ πρέπει να πούμε ότι ο αλκοολικός αρρωσταίνει όλη την οικογένεια. Στο θέμα πλέον

οικογένεια γίνεται παρέμβαση της θεραπευτικής ομάδας. Πραγματοποιούνται συναντήσεις με τους γονείς τους ή τις συζύγους, τα παιδιά (ανάλογα με την ηλικία), προκειμένου να βοηθηθεί η οικογένεια να βγει από αυτή την αδιέξοδη κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης στην οικογένεια δεν είναι μόνο η εξαφάνιση του συμπτώματος της εξάρτησης, αλλά η αποκατάσταση ουσιαστικών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της, στη βάση της κατανόησης, του διαλόγου, του αλληλοσεβασμού (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Γ. Ο Κοινωνικός Λειτουργός πραγματοποιεί συναντήσεις, με γονείς η συζύγους εξαρτημένων σε ατομικό επίπεδο. Αρκετοί συγγενείς, θέλουν να ενημερωθούν για το πώς λειτουργεί το πρόγραμμα, αλλά και πώς θα πείσουν το δικό τους άνθρωπο που έχει το πρόβλημα, να ξεκινήσει τη διαδικασία απεξάρτησης. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στις συναντήσεις αυτές, ακούει (γιατί πραγματικά αυτοί οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη να τους ακούσει κάποιος) και στη πορεία ενημερώνει για το πρόγραμμα και λέει την «αλήθεια». Ότι δηλαδή αν ο εξαρτημένος δεν θελήσει μόνος του να παρακολουθήσει πρόγραμμα απεξάρτησης, δεν θα καταφέρει να σταματήσει το αλκοόλ. Ανάλογα βέβαια με την περίπτωση, δίνονται και κατάλληλες κατευθύνσεις, όπως για παράδειγμα όταν ο αλκοολικός είναι σε πολύ άσχημη κατάσταση, να πάει αρχικά σε νοσοκομείο για ιατρική βοήθεια.

Δ. Ο Κοινωνικός Λειτουργός αρχικά ασχολείται με τα ραντεβού των θεραπευόμενων, που έρχονται για απεξάρτηση. Σε αυτά τα ραντεβού ξεκινά με τη λήψη ενός οικογενειακού ιστορικού και γίνεται η πρώτη γνωριμία με το θεραπευόμενο. Σε αυτό το πρώτο ραντεβού ενημερώνεται ο θεραπευόμενος για το πρόγραμμα και τους όρους του, και ο Κοινωνικός Λειτουργός ανανεώνει το ραντεβού, ώστε να σκεφθεί ο ενδιαφερόμενος, αν δέχεται ή όχι τους όρους του προγράμματος. Αυτό συνεπάγεται και επίσημη ή όχι η συγκατάθεσή του για απεξάρτηση. Αν δεχτεί, γίνεται άλλο ένα ραντεβού και μετά παραπέμπεται στην ομάδα προετοιμασίας για εισαγωγή στο κλειστό πρόγραμμα (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

Ε. Στο κλειστό πρόγραμμα ο Κοινωνικός Λειτουργός συμμετέχει με άλλους θεραπευτές σε ομάδες ψυχοθεραπείας.

Στ. Συμμετέχει ως ισότιμο μέλος, στη θεραπευτική ομάδα η οποία γίνεται μια φορά την εβδομάδα. Στη θεραπευτική ομάδα γίνεται συζήτηση για την πορεία του κάθε θεραπευόμενου και ότι οι ενέργειες έχουν γίνει από τους θεραπευτές.

Ζ. Ο Κοινωνικός Λειτουργός συμμετέχει στη διαδικασία γενεογράμματος του θεραπευόμενου. Ο Κοινωνικός Λειτουργός σε αυτή τη διαδικασία, ασχολείται με τη λήψη

του ατομικού ιστορικού του θεραπευόμενου μέσω ατομικής συνέντευξης και το παρουσιάζει στη θεραπευτική ομάδα.

Η. Επίσης στο κλειστό πρόγραμμα ο Κοινωνικός Λειτουργός διευθετεί εκκρεμότητες που μπορεί να έχουν οι θεραπευόμενοι, όπως ασφαλιστικές, δικαστικές κ.τ.λ.

Θ. Ο Κοινωνικός Λειτουργός επικοινωνεί με πολιτιστικούς χώρους, όπως μουσεία, εκθέσεις κ.ά. ώστε να πραγματοποιήσουν επισκέψεις οι θεραπευόμενοι χωρίς οικονομική επιβάρυνση.

Ι. Ο Κοινωνικός Λειτουργός συνεχίζει την επαφή με τους θεραπευόμενους και στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Στη φάση αυτή ο θεραπευόμενος δεν είναι πλέον προστατευμένος. Πρέπει να συμβιώσει, να εργαστεί, να δημιουργήσει, να εγκαθιδρύσει αληθινές σχέσεις, να δώσει περιεχόμενο στη ζωή του. Μόνον έτσι δεν θα έχει ανάγκη, το αλκοόλ για να λειτουργήσει. Κεντρική θέση στη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης έχει η εργασία, όχι η περιστασιακή, αλλά κατά προτίμηση η μόνιμη, και μετά από επιλογή του ίδιου. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στη φάση της κοινωνικής επανένταξης έχει συχνές συναντήσεις με τους θεραπευόμενους για θέματα εργασίας και σε συνεργασία με άλλους φορείς (οργανισμός απασχόλησης εργατικού δυναμικού) προσπαθεί για την ανεύρεση εργασίας μαζί με το θεραπευόμενο. Σε πολλές περιπτώσεις οι θεραπευόμενοι έχουν ως αίτημα την παρακολούθηση επιδοτούμενων σεμιναρίων ή παρακολούθηση σχολών. Γίνονται λοιπόν οι απαραίτητες ενέργειες από τον Κοινωνικό Λειτουργό, αφού πρώτα ξεκαθαριστεί ότι πραγματικά ο θεραπευόμενος ενδιαφέρεται για την εκπαίδευση του.

Κ. Από όσα προαναφέρθηκαν, βλέπουμε ότι ο ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού σ' ένα θεραπευτικό πρόγραμμα είναι πολύπλευρος και καθαρά θεραπευτικός. Ένας θεραπευτής ο οποίος επιθυμεί να ασχοληθεί με εξαρτημένους και γενικά με τον τομέα της ψυχικής υγείας, θα πρέπει να είναι οριοθετημένος, να εκπαιδευτεί στο συγκεκριμένο αντικείμενο, να ενημερώνεται με σεμινάρια, ημερίδες και άλλα αλλά και να ξεκινήσει και ο ίδιος εάν χρειαστεί κατά την εργασιακή πορεία θεραπεία (Μυλωνά Χ. Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 Άνω).

ΜΕΡΟΣ Β

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Κύριος σκοπός της έρευνας μας, όπως ήδη έχουμε προαναφέρει, είναι η διερεύνηση της άποψης των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας-υπόθεση για τη διεξαγωγή της έρευνας- για τις δύο μεταβλητές μας –τις επιπτώσεις του αλκοόλ αλλά και τη θεραπευτική παρέμβαση του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού.

Ειδικότερα θα μελετηθεί, εάν οι φοιτητές κάνουν χρήση αλκοόλ, η συχνότητα και η ποσότητα που καταναλώνουν, το είδος του αλκοόλ που προτιμούν, κατά πόσο μπορούν να επηρεαστούν τόσο οι ίδιοι όσο και οι συστηματικοί χρήστες αλκοόλ, ποιοι είναι οι λόγοι που τους ωθούν στην κατανάλωση του, η άποψη τους για τις βλαπτικές επιπτώσεις του αλκοόλ ιδιαίτερα στο κοινωνικό και ψυχολογικό τομέα, η χρησιμότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στα θεραπευτικά προγράμματα αλλά και η αποτελεσματικότητα αυτών .

Με την έρευνα αυτή λοιπόν, θα προσπαθήσουμε να σχηματίσουμε μία σφαιρική εικόνα για τις απόψεις της ευρύτερης κοινότητας που μελετάμε σχετικά με το θέμα του αλκοολισμού, να την «αναπαραστήσουμε» και να την «υποστηρίξουμε» μέσω των στατιστικών αναλύσεων.

5.2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ

Σύμφωνα με τον *Cohen-Manion (1994)*, **πληθυσμός** , είναι ένα – συνήθως μεγάλο – σύνολο ατόμων ή αντικειμένων, του οποίου τα χαρακτηριστικά ενδιαφερόμαστε να μελετήσουμε. Η επιλογή μιας μικρότερης ομάδας ή υποσυνόλου, με τρόπο ώστε η γνώση που αποκομίζεται να είναι αντιπροσωπευτική ονομάζεται **δείγμα** (*Cohen, Manion , 1994 , σελ. 127*).

Αφού λοιπόν καθοριστεί το δείγμα περνάμε στην φάση, της επεξεργασίας δεδομένων, ώστε να καταλήξουμε στην ανάλυση και την ερμηνεία αυτών (*Ψαρρού-Ζαφειρόπουλος, 2004*) . Τελειώνοντας, φτάνουμε στη σύνταξη της τελικής έκθεσης, όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, κάνοντας μία αναφορά στη μέθοδο που ακολουθήθηκε και στις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και στις προτάσεις οι οποίες αποτέλεσαν το θεωρητικό υπόβαθρο της έρευνας (*Ψαρρού-Ζαφειρόπουλος, 2004:158*) .

Στην έρευνα αυτή , θα μελετηθεί το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας. Ο πληθυσμός μας θα αποτελείται από 790 σπουδαστές, και το δείγμα μας αντίστοιχα από 79 σπουδαστές. Ωστόσο 2 ερωτηματολόγια δεν απαντήθηκαν για προσωπικούς λόγους σπουδαστών οι οποίοι δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα και συνεπώς οι ερωτηθέντες σπουδαστές-δείγμα ήταν 77 (10% του αρχικού πληθυσμού).

Η μέθοδος δειγματοληψίας που θα ακολουθηθεί, είναι η δειγματοληψία με πιθανότητα όπου όλα τα υποκείμενα έχουν τις ίδιες πιθανότητες να εκλεγούν, και συγκεκριμένα η **σταδιακή δειγματοληψία**, όπου το δείγμα επιλέγεται σταδιακά, δηλαδή λαμβάνονται δείγματα από δείγματα. Επιλέξαμε δηλαδή ότι ο πληθυσμός μας θα αφορά σπουδαστές. Αποφασίσαμε να περιοριστούμε στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας και ότι το δείγμα μας-όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικό- θα είναι από τη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας και θα αφορά τα εξάμηνα Α - Πτυχίο Α . Από εκεί και πέρα θα ακολουθηθεί η απλή τυχαία δειγματοληψία (επιλέγονται με τυχαία σειρά όλα τα αντικείμενα της έρευνας) σε συνδυασμό με τη σταδιακή.

5.3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Ο λόγος που επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο, ως εργαλείο της έρευνάς μας, είναι ότι συνήθως κεντρίζει το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων, ενθαρρύνει τη συνεργασία τους και εκμαιεύει όσο το δυνατόν πλησιέστερες στην αλήθεια , μέσω της ανωνυμίας . Επιπλέον, απαιτεί λίγο χρόνο , και κοστίζει ελάχιστα, ενώ είναι μία σχετικά έγκυρη πηγή , όταν φυσικά είναι προσεκτικά σχεδιασμένο (Cohen, Manion , 1994).

Το ερωτηματολόγιο, είναι το κύριο μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στον συνεντευκτή και τον ερωτώμενο. Μέσω αυτού, πρέπει να συλλεχθούν οι πληροφορίες για την έρευνα. Οι ερωτήσεις, πρέπει να απεικονίζουν το αντικείμενο της έρευνας και να προκαλούν απαντήσεις σε σχέση με αυτήν. Οι απαντήσεις πρέπει να είναι ειλικρινείς και να μπορούν να αναλυθούν σε σχέση με το αντικείμενο της έρευνας. Δηλαδή, η ερώτηση που μπαίνει σε σχέση με έναν συγκεκριμένο σκοπό πρέπει να προκαλεί μια απάντηση που να ανταποκρίνεται στο σκοπό αυτό και να απεικονίζει έγκυρα και αμερόληπτα την συμπεριφορά του ερωτώμενου. Περιμένουμε από αυτόν να θέλει αλλά και να μπορεί να απαντήσει στις ερωτήσεις με σαφήνεια (Φίλιας, 1996).

Το περιεχόμενο ενός ερωτηματολογίου, καθορίζεται περισσότερο από το αντικείμενο της έρευνας παρά από τις ανάγκες του υποκειμένου. Περιμένουμε οι απαντήσεις να

εξαρτώνται από τις ερωτήσεις που μπαίνουν και για αυτό διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. Συνεπώς, πρέπει να ακολουθεί πάντα το αντικείμενο της έρευνας και παράλληλα να συμβαδίζει με τις ανάγκες και τις αντιδράσεις των ερωτώμενων. Να είναι στο επίπεδό τους και να τους ενδιαφέρει χωρίς να τους προσβάλλει (Φίλιας, 1996).

5.4. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Ενώ η κλειστή ερώτηση εγκυμονεί τον κίνδυνο να υποβάλλει μία λανθασμένη απάντηση στον ερωτώμενο, η ανοιχτή ερώτηση, προκαλεί λάθη ερμηνείας από τον συνεντευκτή, δυσκολίες καταγραφής της απάντησης και κυρίως δυσκολίες ταξινόμησης της. Η κλειστή ερώτηση επιτρέπει την απλή πρόσθεση, και επομένως την εύκολη ταξινόμηση των θετικών και αρνητικών απαντήσεων. Αντίθετα, η ανοιχτή ερώτηση απαιτεί ταξινόμηση ποικίλων και σύνθετων απαντήσεων, και μία λεπτή όσο και δαπανηρή ανάλυση περιεχομένου (Cohen, Manion, 1994).

Οι κλειστές ερωτήσεις, παρουσιάζουν και μερικά ακόμη πλεονεκτήματα. Επιτρέπουν μερικές φορές το «φιλτράρισμα» των ερωτώμενων βάσει ορισμένων απαντήσεων και κερδίζεται έτσι χρόνος, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ερωτήσεις που περιλαμβάνουν πολυάριθμες υποερωτήσεις. Η κλειστή ερώτηση για παράδειγμα «έχετε παιδιά;» επιτρέπει να αποφύγουμε να θέσουμε στους ερωτώμενους που απάντησαν «όχι», άλλες ερωτήσεις που αφορούν τις σχέσεις γονιών και παιδιών. Τέλος, οι κλειστές ερωτήσεις χρησιμεύουν μερικές φορές σαν μια εύκολη εισαγωγή για να αισθάνεται άνετα ο ερωτώμενος. Το μεγαλύτερο μειονέκτημα τους όμως, είναι ότι περιορίζουν τις απαντήσεις. Σύμφωνα με τον Lazarsfeld, ταιριάζουν ιδίως στις καταστάσεις εκείνες όπου τα πλαίσια αναφοράς και ο αριθμός των πιθανών απαντήσεων είναι περιορισμένος. Η τυπική περίπτωση είναι η ερώτηση που αφορά την προσωπική κατάσταση (Cohen, Manion, 1994).

Οι προκατασκευασμένες ερωτήσεις, αποτελούν τη μέση οδό στην προσπάθεια διόρθωσης των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων που παρουσιάζουν οι ανοιχτές και οι κλειστές ερωτήσεις. Οι απαντήσεις στην περίπτωση αυτή, δεν είναι ούτε κλειστές, ούτε ελεύθερες αλλά κατά κάποιο τρόπο έτοιμες. Αυτές, παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιλογή από τις κλειστές γιατί επιτρέπουν τη συλλογή πιο ολοκληρωμένων απαντήσεων, και ταυτόχρονα ταξινομούνται ευκολότερα από ότι οι ανοιχτές (Cohen, Manion, 1994).

Αυτό το είδος της ερώτησης είναι άριστο για να βοηθήσει τον ερωτώμενο να συμπληρώσει τις αναμνήσεις του, όταν πρόκειται για συγκεκριμένα γεγονότα. Με το να προτείνει όμως μία απάντηση, έχει το μειονέκτημα να μην αφήνει τον ερωτώμενο να πει «δε ξέρω» - πράγμα που είναι δυσάρεστο στα ερωτηματολόγια γνώμης (Cohen, Manion, 1994).

Η προκατασκευασμένη ερώτηση περιλαμβάνει πάντα μία απάντηση του τύπου «άλλοι λόγοι, άλλοι τρόποι» (αλλιώς) , αφήνοντας στον ερωτώμενο τη δυνατότητα μιας άλλης απάντησης . Αν το γεγονός αυτό οδηγεί σε μεγάλη ποικιλία απαντήσεων , σημαίνει ότι η προκαταρκτική έρευνα δεν έγινε όπως πρέπει και ότι οι επιλογές που προτείνονται δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα . Είναι τότε προτιμότερο να ξαναγίνει , αν είναι δυνατόν μία νέα ταξινόμηση . Σε τέτοιες καταστάσεις , έχει μεγάλη σημασία η προέρευνα (Cohen, Manion , 1994).

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Αυτές οι ερωτήσεις είναι εύκολο στο να τις σκεφτεί κανείς και να τις διατυπώσει. Φαίνεται επίσης, να έχουν περισσότερες πιθανότητες να απαντηθούν με ειλικρίνεια (οικογενειακή κατάσταση, φύλο, ηλικία κ.τ.λ.) (Φίλιας, 1996).

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΝΩΜΗΣ Η ΠΙΣΤΗΣ

Με αυτές τις ερωτήσεις, ο συνεντευκτής θα μάθει τη γνώμη των ερωτώμενων πάνω σε ότι ξέρουν ή σε ότι νομίζουν ότι ξέρουν. Είναι λοιπόν συχνά αναγκαίο σε μία αναζήτηση γνώμης είναι να ανιχνευθεί και το επίπεδο πληροφόρησης του ερωτώμενου πάνω στο θέμα. Ο συνεντευκτής, πρέπει να μπορεί να ξεχωρίζει την αναζήτηση γεγονότων από την αναζήτηση γνωμών (Φίλιας, 1996).

ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Με τις άμεσες ερωτήσεις, σίγουρα μπορούν να εκμαιευτούν και άμεσες απαντήσεις. Ωστόσο επειδή κάποια θέματα είναι πιθανόν να χαρακτηριστούν ως λεπτά, καλό θα ήταν, να χρησιμοποιούνται και οι έμμεσες ερωτήσεις. Άλλωστε, μια ερώτηση δε πρέπει ποτέ να εξαναγκάζει τον ερωτώμενο να δώσει μια απάντηση η οποία θα θεωρείται κοινωνικά απαράδεκτη, να τον υποχρεώσει δηλαδή να αποκαλύψει ένα προσωπικό γεγονός ή μια γνώμη που του φαίνεται να μην συμφωνεί αρκετά με την κοινωνική του κατάσταση, ή που να προκαλεί την αποδοκιμασία του συνεντευκτή (Φίλιας, 1996).

Ο συνεντευκτής, πρέπει να δείξει με τη συμπεριφορά του ότι τον ενδιαφέρουν όλες οι απαντήσεις και ότι δεν αξιολογεί. Αλλά δεν πρέπει να διακινδυνεύσει να προσβάλει τον ερωτώμενο με μία ερώτηση (Φίλιας, 1996:159).

ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

xx/xx/2008

Αγαπητοί φοιτητές,

Είμαστε φοιτήτριες στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας. Το «εκπαιδευτικό ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Εργασίας» που έχετε στα χέρια σας, αποτελεί τμήμα της Πτυχιακής μας εργασίας. Περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις, προκειμένου να ερευνήσουμε την άποψη των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας για τις επιπτώσεις του αλκοόλ αλλά και για τη θεραπευτική παρέμβαση του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ.

Εάν, χρειαστείτε οποιαδήποτε διευκρίνιση, μην διστάσετε να μας ρωτήσετε.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!!!

Αργυρίου Χρύσα
Λυγκώνη Μαρία

ΟΔΗΓΙΕΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ!!!

- Στις ερωτήσεις 10, 11, 13, 15, 16, και 28 οι απαντήσεις μπορεί να είναι περισσότερες από μία.

- Στην ερώτηση 21, παρακαλείστε να αριθμήσετε τα προβλήματα που ενδέχεται να αντιμετωπίζει το αλκοολικό άτομο στον εργασιακό του χώρο, από το 1 έως το 5, βάση της άποψης σας. **ΜΟΝΟ ΟΣΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΝΑΙ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 20.**

- Στην ερώτηση 24, παρακαλείστε να αναφέρετε το βασικότερο τομέα στον οποίο θεωρείτε ότι εστιάζονται οι περισσότερες βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ. **ΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ. ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ:**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ

ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

- Παρακαλείστε στις ερωτήσεις 8 έως 12, να απαντήσετε μόνο όσοι έχετε απαντήσει ναι στην ερώτηση 7.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο:

- Αγόρι
Κορίτσι

2. Εξάμηνο φοίτησης :

.....

3. Μορφωτικό επίπεδο γονέων

	Πατέρας	Μητέρα
Αναλφάβητος/αναλφάβητη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος/η Δημοτικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος/η Γυμνασίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος/η Λυκείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πτυχίο Ανώτερης σχολής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πτυχίο Ανώτατης σχολής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Εργάζεστε;

- Ναι
Όχι

5. Πιστεύετε ότι ο χώρος εργασίας μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της χρήσης του αλκοόλ;

- Ναι
Όχι
Δε ξέρω/Δεν απαντώ

6. Πόσα είναι τα ατομικά σου έξοδα ανά εβδομάδα;

.....

7. Πίνετε οινοπνευματώδη ποτά:

- Ναι
Όχι

8. Πίνετε Με παρέα Μόνος/η

9. Πόσο συχνά πίνετε την εβδομάδα;

- 1 ποτό
2-5 ποτά
6-10 ποτά
11 και πάνω

10. Τι είδους οινοπνευματώδη ποτά πίνετε;

- | | | | |
|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Κρασί | <input type="checkbox"/> | Βότκα | <input type="checkbox"/> |
| Μπύρα | <input type="checkbox"/> | Ουίσκι | <input type="checkbox"/> |
| Τσίπουρο | <input type="checkbox"/> | Κοκτέιλ | <input type="checkbox"/> |
| Άλλα ποτά | <input type="checkbox"/> | | |

11. Που συνηθίζετε να πίνετε;

- Ταβέρνα
Καφετέρια
Μπαρ
Club
Σπίτι
Σε όλα
Αλλού

12. Έχετε νιώσει ποτέ μέθη;

- Ναι
Όχι
Εάν ναι : ελαφριά βαριά

13. Ποιοι πιστεύετε ότι είναι οι λόγοι που οδηγούν ένα άτομο στην χρήση του αλκοόλ;

- Παρέα
Διασκέδαση
Νευρικότητα
Αϋπνία
Προβλήματα στις σχέσεις
Συνήθεια
Περιέργεια
Ψυχολογικά προβλήματα
Οικονομικά προβλήματα
Εργασιακά προβλήματα
Όλα τα παραπάνω
Άλλοι λόγοι

14. Πιστεύετε ότι το αλκοολικό μέλος μιας οικογένειας διαταράσσει την λειτουργία της;

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

15. Ποια νομίζετε ότι είναι τα κύρια προβλήματα που δημιουργούνται μέσα στην οικογένεια;

- Οικονομικά προβλήματα
Ψυχολογικά προβλήματα
Διαταραχή στις οικογενειακές σχέσεις
Δημιουργία σωματικών κακώσεων και ατυχημάτων
Μπορεί να συμβάλει στη γέννηση ανάπηρων παιδιών
Όλα τα παραπάνω
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
Άλλο

16. Πως αντιμετωπίζει η οικογένεια το αλκοολικό μέλος της;

- Αδιαφορία
Έλλειψη εμπιστοσύνης
Αποδοκιμασία
Παροχή υποστήριξης
Παρότρυνση για αποτοξίνωση
Όλα τα παραπάνω
Δεν ξέρω/δεν απαντώ
Άλλο

17. Πιστεύετε ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ έχει αρνητικές επιδράσεις στο άτομο;

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/δεν απαντώ

18. Πιστεύετε ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ επηρεάζει τις κοινωνικές/διαπροσωπικές σχέσεις του αλκοολικού ατόμου;

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

19. Πιστεύετε ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ οδηγεί στην ανάπτυξη προβατικής συμπεριφοράς;

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

20. Πιστεύετε ότι το αλκοολικό άτομο αντιμετωπίζει προβλήματα στον εργασιακό του χώρο;

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

21. Πως ιεραρχείτε τα προβλήματα που ενδέχεται να αντιμετωπίσει το αλκοολικό άτομο στον εργασιακό του χώρο; Θεωρώντας ότι το 1 είναι το πιο σημαντικό και το 5 ως το λιγότερο σημαντικό.

- Προβλήματα συνεργασίας με τους συναδέλφους
Δεν αποδίδει ικανοποιητικά στην εργασία του
Μεγάλη πιθανότητα ατυχημάτων κατά τη διάρκεια της εργασίας του
Έλλειψη εμπιστοσύνης και εχεμύθειας από συναδέλφους
Ψυχολογικά προβλήματα

22. Πιστεύετε ότι η υπερβολική χρήση αλκοόλ μπορεί να πλήξει την οικονομική κατάσταση του ατόμου;

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

23. Πιστεύετε ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει το σωματικό/ψυχολογικό τομέα του ατόμου;

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

24. Σε ποιον από τους παραπάνω τομείς, κατά τη γνώμη σας, εστιάζονται οι περισσότερες βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ ;

.....

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

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

26. Θα οδηγούσες ποτέ υπό την επήρεια αλκοόλ;

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

27. Πιστεύετε ότι η συμβολή του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού είναι σημαντική στην θεραπευτική αντιμετώπιση ενός αλκοολικού ατόμου;

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

28. Ποιους από τους παρακάτω ρόλους πιστεύετε ότι μπορεί να υιοθετήσει ο επαγγελματίας Κοινωνικός Λειτουργός, ώστε να είναι αποτελεσματική η θεραπευτική του παρέμβαση;

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Θεραπευτικός | <input type="checkbox"/> | ενημερωτικός | <input type="checkbox"/> |
| Προληπτικός | <input type="checkbox"/> | συντονιστικός | <input type="checkbox"/> |
| Υποστηρικτικός | <input type="checkbox"/> | όλα τα παραπάνω | <input type="checkbox"/> |
| δε ξέρω/δεν απαντώ | <input type="checkbox"/> | | |
| Άλλο..... | | | |

29. Πιστεύετε ότι ο αριθμός των προγραμμάτων αποτοξίνωσης ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων που χρήζουν θεραπευτικής παρέμβασης;

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

30. Κατά τη γνώμη σας, τα υπάρχοντα προγράμματα αποτοξίνωσης ανταποκρίνονται στο σκοπό λειτουργίας τους;

- Ναι
Όχι
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

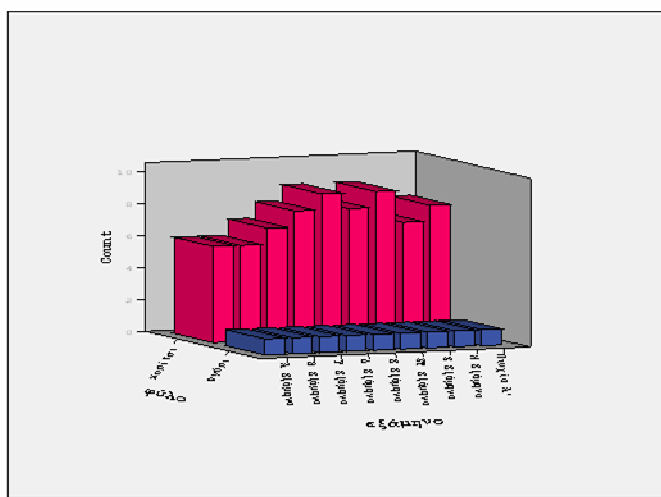
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ερώτηση 1: Φύλο και Ερώτηση 2: Εξάμηνο Φοίτησης

N	Valid	77
	Missing	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	αγόρι	9	11,7	11,7	11,7
	κορίτσι	68	88,3	88,3	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό Μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	A Εξάμηνο	7	9,1	9,1	9,1
	B Εξάμηνο	7	9,1	9,1	18,2
	Γ Εξάμηνο	8	10,4	10,4	28,6
	Δ Εξάμηνο	9	11,7	11,7	40,3
	Ε Εξάμηνο	10	13,0	13,0	53,2
	ΣΤ Εξάμηνο	9	11,7	11,7	64,9
	Z Εξάμηνο	10	13,0	13,0	77,9
	H Εξάμηνο	8	10,4	10,4	88,3
	Πτυχίο Α'	9	11,7	11,7	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	



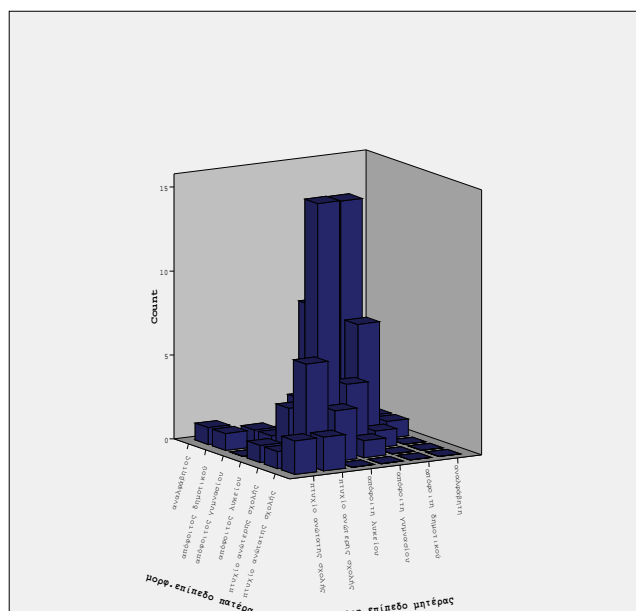
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Όπως παρατηρείται, το 88% του δείγματός είναι φύλου θηλυκού και το 12% φύλου αρσενικού. Το μέγεθος του δείγματος Α Εξάμηνο-Πτυχίο Α, κυμαίνεται ανάλογα με τον αριθμό του πληθυσμού που αντιστοιχεί στο 10% του αρχικού πληθυσμού. Το Α και το Β εξάμηνο αποτελούν το 9,1%, το Γ και το Δ Εξάμηνο το 10% και το 11% αντίστοιχα, το Ε και το Στ το 13% και το 12% αντίστοιχα και τέλος το Ζ το Η και το Πτυχίο Α αποτελούν το 13%, 11% και 12% αντίστοιχα.

Ερώτηση 3 : Μορφωτικό επίπεδο γονέων

Μορφωτικό επίπεδο πατέρα και μητέρας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid αναλόβητος	1	1,3	1,3	1,3
απόφοιτος δημοτικού	25	32,5	32,5	33,8
απόφοιτος γυμνασίου	12	15,6	15,6	49,4
απόφοιτος λυκείου	24	31,2	31,2	80,5
πτυχίο ανώτερης σχολής	11	14,3	14,3	94,8
πτυχίο ανώτατης σχολής	4	5,2	5,2	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	

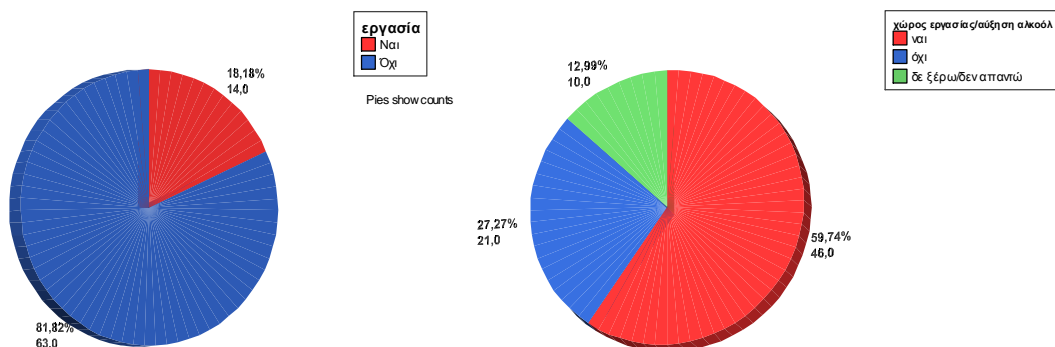
	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid αναλόβητη	2	2,6	2,6	2,6
απόφοιτη δημοτικού	22	28,6	28,6	31,2
απόφοιτη γυμνασίου	13	16,9	16,9	48,1
απόφοιτη λυκείου	21	27,3	27,3	75,3
πτυχίο ανώτερης σχολής	13	16,9	16,9	92,2
πτυχίο ανώτατης σχολής	6	7,8	7,8	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Όπως παρατηρείται, το μεγαλύτερο ποσοστό του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα, θεωρείται απόφοιτος δημοτικού και λυκείου (32,5% και 31,2% αντίστοιχα) και ακολουθούν όσοι το μορφωτικό τους επίπεδο βρίσκεται στα ανώτερα και ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα καθώς και όσοι είναι αναλόβητοι. Το ίδιο ισχύει και για το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, με ποσοστά 28,6% και 27,3% αντίστοιχα. Ακολουθούν όσες το μορφωτικό τους επίπεδο βρίσκεται στα ανώτερα και ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα, σε επίπεδο γυμνασίου, καθώς και όσες είναι αναλόβητες.

Ερώτηση 4 : Εργάζεστε;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Ναι	14	18,2	18,2	18,2
	Όχι	63	81,8	81,8	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 82% του δείγματος δεν εργάζεται ενώ το 18% εργάζεται.

Ερώτηση 5: Πιστεύετε ότι ο χώρος εργασίας μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της χρήσης του αλκοόλ;

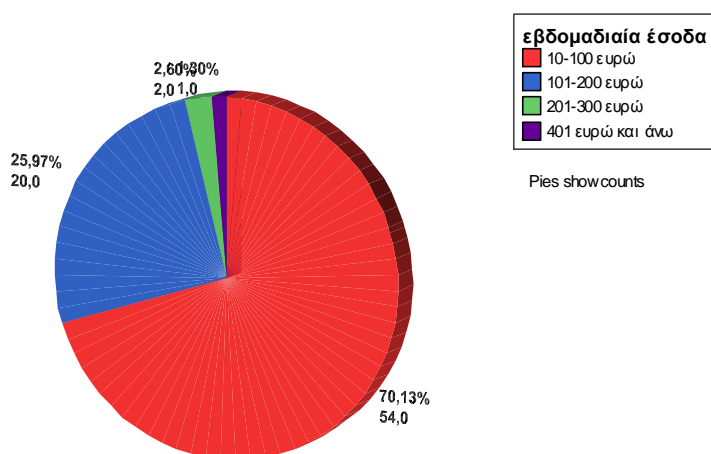
		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ναι	46	59,7	59,7	59,7
	όχι	21	27,3	27,3	87,0
	δε ξέρω/δεν απαντώ	10	13,0	13,0	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 60% του δείγματος, πιστεύει ότι ο χώρος εργασίας, μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της χρήσης του αλκοόλ, το 27% θεωρεί ότι αυτό δεν είναι εφικτό, και το 13% του δείγματος δεν απάντησε.

Ερώτηση 6: Πόσα είναι τα ατομικά σου έξοδα ανά εβδομάδα;

N	Valid	77
	Missing	0

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό Μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid 10-100 ευρώ	54	70,1	70,1	70,1
101-200 ευρώ	20	26,0	26,0	96,1
201-300 ευρώ	2	2,6	2,6	98,7
401 ευρώ και άνω	1	1,3	1,3	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	

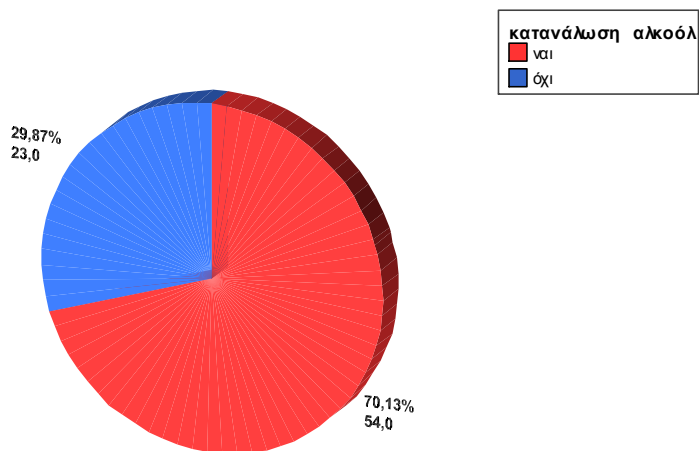


ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα ατομικά έξοδα των φοιτητών ανά εβδομάδα, κυμαίνονται από 10 έως 200 ευρώ (96%). Ελάχιστοι φοιτητές ξεπερνούν αυτό το όριο.

Ερώτηση 7: Πίνετε οινοπνευματώδη ποτά:

N	Valid	77
	Missing	0

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ναι	54	70,1	70,1	70,1
Valid όχι	23	29,9	29,9	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 70% του δείγματος, κάνει χρήση οινοπνευματωδών ποτών, ενώ το 30% του δείγματος δεν κάνει χρήση τους.

Ερώτηση 8: Πίνετε : **Με παρέα** **Μόνος/η**

N	Valid	54
	Missing	23

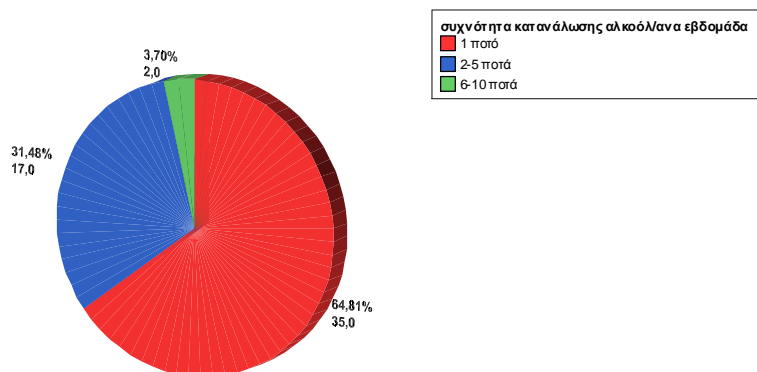
		Συχνότητα	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	με παρέα	51	66,2	94,4	94,4
	μόνος	3	3,9	5,6	100,0
	Σύνολο	54	70,1	100,0	
Missing	System	23	29,9		
Σύνολο		77	100,0		

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Από το 70% του δείγματος, το 66% πίνει με παρέα, ενώ μόλις το 3% πίνει μόνο του.

Ερώτηση 9: Πόσο συχνά πίνετε την εβδομάδα;

N	Valid	54
	Missing	23

		συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	1 ποτό	35	45,5	64,8	64,8
	2-5 ποτά	17	22,1	31,5	96,3
	6-10 ποτά	2	2,6	3,7	100,0
	Σύνολο	54	70,1	100,0	
Missing	System	23	29,9		
Σύνολο		77	100,0		



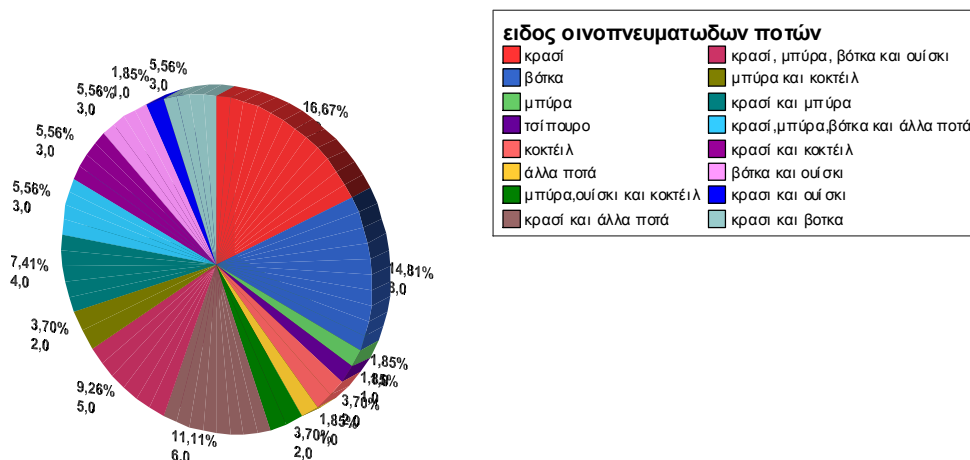
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 67% του δείγματος, καταναλώνει 1-5 ποτά την εβδομάδα, ενώ μόνο το 3% του δείγματος, καταναλώνει από 6 ποτά και πάνω.

Ερώτηση 10: Τι είδους οινοπνευματώδη ποτά πίνετε;

N	Valid	54
	Missing	23

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό Μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	κρασί	9	11,7	16,7	16,7
	βότκα	8	10,4	14,8	31,5
	μπύρα	1	1,3	1,9	33,3
	τσίπουρο	1	1,3	1,9	35,2
	κοκτέιλ	2	2,6	3,7	38,9
	άλλα ποτά	1	1,3	1,9	40,7
	μπύρα,ουίσκι και κοκτέιλ	2	2,6	3,7	44,4
	κρασί και άλλα ποτά	6	7,8	11,1	55,6
	κρασί, μπύρα, βότκα και ουίσκι	5	6,5	9,3	64,8
	μπύρα και κοκτέιλ	2	2,6	3,7	68,5
	κρασί και μπύρα	4	5,2	7,4	75,9
	κρασί,μπύρα,βότκα και άλλα ποτά	3	3,9	5,6	81,5
	κρασί και κοκτέιλ	3	3,9	5,6	87,0
	βότκα και ουίσκι	3	3,9	5,6	92,6
	κρασι και ουίσκι	1	1,3	1,9	94,4
	κρασι και βοτκα	3	3,9	5,6	100,0
	Total	54	70,1	100,0	
Missing	System	23	29,9		
	Σύνολο	77	100,0		

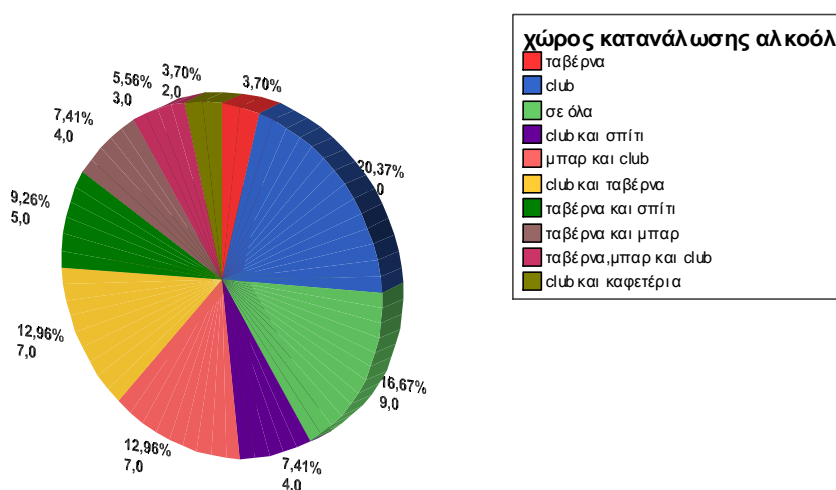
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι ερωτηθέντες φοιτητές, φαίνεται να καταναλώνουν διαφόρου τύπου οινοπνευματώδη ποτά, ωστόσο πρώτα στις προτιμήσεις τους, έρχονται το **κρασί, η βότκα και το ουίσκι.**



Ερώτηση 11: Που συνηθίζετε να πίνετε;

N	Valid	54
	Missing	23

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ταβέρνα	2	2,6	3,7	3,7
	club	11	14,3	20,4	24,1
	σε όλα	9	11,7	16,7	40,7
	club και σπίτι	4	5,2	7,4	48,1
	μπαρ και club	7	9,1	13,0	61,1
	club και ταβέρνα	7	9,1	13,0	74,1
	ταβέρνα και σπίτι	5	6,5	9,3	83,3
	ταβέρνα και μπαρ	4	5,2	7,4	90,7
	ταβέρνα,μπαρ και club	3	3,9	5,6	96,3
	club και καφετέρια	2	2,6	3,7	100,0
	Σύνολο	54	70,1	100,0	
Missing	System	23	29,9		
Σύνολο		77	100,0		



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι φοιτητές, δε φαίνεται να περιορίζονται στο χώρο κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, ωστόσο φαίνεται να αυξάνεται η χρήση τους όταν βρίσκονται σε χώρους διασκέδασης όπως ταβέρνα, μπάρ ή club.

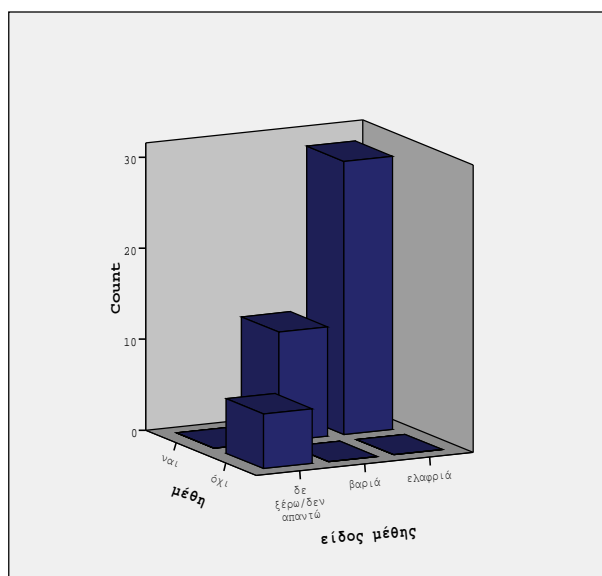
**Ερώτηση 12: Έχετε νιώσει ποτέ μέθη;
Είδος μέθης (ελαφριά ή βαριά)**

N	Valid	54
	Missing	23

N	Valid	48
	Missing	29

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό Ποσοστό
Valid	ναι	42	54,5	77,8	77,8
	όχι	12	15,6	22,2	100,0
	σύνολο	54	70,1	100,0	
Missing	System	23	29,9		
Σύνολο		77	100,0		

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ελαφριά	30	39,0	62,5	62,5
	βαριά	12	15,6	25,0	87,5
	δε ξέρω/δεν απαντώ	6	7,8	12,5	100,0
	σύνολο	48	62,3	100,0	
Missing	System	29	37,7		
Σύνολο		77	100,0		



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 55% των φοιτητών που κάνουν χρήση οινοπνευματωδών ποτών, έχει αισθανθεί μέθη, ενώ το 15% αυτών, δεν έχει αισθανθεί μέθη. Ειδικότερα, 40% των φοιτητών, έχει αισθανθεί ελαφριά μέθη, το 25% βαριά και το 5% αυτών που κάνουν χρήση οινοπνευματωδών ποτών, δεν απάντησε.

Ερώτηση 13: Ποιοι πιστεύετε ότι είναι οι λόγοι που οδηγούν ένα άτομο στην χρήση του αλκοόλ ;

	παρέα	
N	Valid	77
	Missing	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
παρέα	ναι	67	87,0	87,0	87,0
	όχι	10	13,0	13,0	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

		συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Σχέσεις	ναι	50	64,9	64,9	64,9
	όχι	27	35,1	35,1	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Οικον. Προβ	ναι	45	58,4	58,4	58,4
	όχι	32	41,6	41,6	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
διασκέδαση	ναι	44	57,1	57,1	57,1
	όχι	33	42,9	42,9	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Ψυχολ προβλ	ναι	41	53,2	53,2	53,2
	όχι	36	46,8	46,8	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Εργασ προβλ	ναι	34	44,2	44,2	44,2
	όχι	43	55,8	55,8	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 87% του δείγματος, θεωρεί ότι η παρέα είναι ένας από τους σημαντικότερους λόγους εξαιτίας του οποίου ένα άτομο μπορεί να οδηγηθεί στη χρήση αλκοόλ. Ακολουθούν τα προβλήματα στις σχέσεις με 65%, τα οικονομικά προβλήματα με 58,5% , η διασκέδαση με 57%, τα ψυχολογικά και εργασιακά προβλήματα με 53% και 44% αντίστοιχα.

Ερώτηση 14: Πιστεύετε ότι το αλκοολικό μέλος μιας οικογένειας διαταράσσει την λειτουργία της;

N	Valid	77
	Missing	0

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ναι	77	100,0	100,0	100,0

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 100% του δείγματος, πιστεύει ότι το αλκοολικό μέλος της οικογένειας, διαταράσσει την ισορροπία της.

Ερώτηση 15: Ποια νομίζετε ότι είναι τα κύρια προβλήματα που δημιουργούνται μέσα στην οικογένεια;

	Ψυχολογικά προβλήματα	Οικογενειακά προβλήματα	Ατυχήματα και κακώσεις	Γέννηση ανάπηρων παιδιών	Οικονομικά προβλήματα
N Valid	77	77	77	77	77
Missing	0	0	0	0	0

Διαταραχή στις οικογενειακές σχέσεις

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ναι	72	93,5	93,5	93,5
όχι	5	6,5	6,5	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	

Οικονομικά προβλήματα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ναι	58	75,3	75,3	75,3
όχι	19	24,7	24,7	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	

Ψυχολογικά προβλήματα

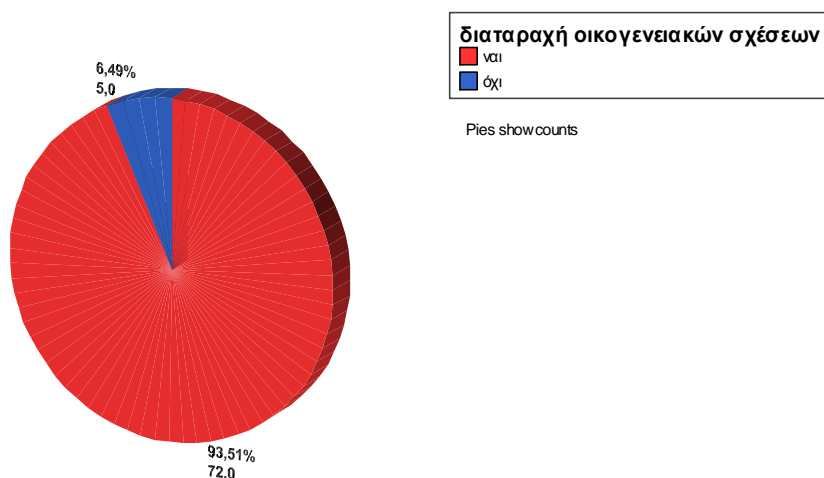
	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ναι	56	72,7	72,7	72,7
όχι	21	27,3	27,3	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	

Σωματικές κακώσεις και Ατυχήματα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ναι	47	61,0	61,0	61,0
όχι	30	39,0	39,0	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	

Γέννηση ανάπηρων παιδιών

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ναι	37	48,1	48,1	48,1
όχι	40	51,9	51,9	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Όπως παρατηρείται, το κυριότερο πρόβλημα, σύμφωνα με τους ερωτηθέντες φοιτητές, το οποίο παρατηρείται μέσα στην οικογένεια, είναι η διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων, με ποσοστό 93%. Ακολουθούν, τα οικονομικά προβλήματα, τα ψυχολογικά προβλήματα, η δημιουργία σωματικών κακώσεων και ατυχημάτων και τέλος η γέννηση ανάπηρων παιδιών με ποσοστά 75%, 72%, 61% και 48% αντίστοιχα.

Ερώτηση 16: Πως αντιμετωπίζει η οικογένεια το αλκοολικό μέλος της;

		Αδιαφορία	Έλλειψη εμπιστοσύνης	αποδοκιμασία	Παροχή υποστήριξης	Παρότρυνση για αποτοξίνωση
N	Valid	77	77	77	77	77
	Missing	0	0	0	0	0

Παροχή υποστήριξης

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστική συχνότητα
Valid	ναι	52	67,5	67,5	67,5
	όχι	25	32,5	32,5	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

Έλλειψη εμπιστοσύνης

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστική συχνότητα
Valid	ναι	48	62,3	62,3	62,3
	όχι	29	37,7	37,7	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

Αποτοξίνωση

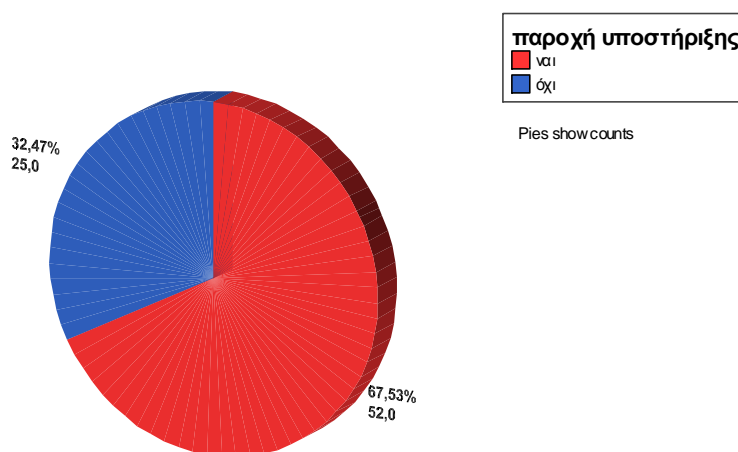
		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστική συχνότητα
Valid	ναι	46	59,7	59,7	59,7
	όχι	31	40,3	40,3	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

Αποδοκιμασία

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ναι	43	55,8	55,8	55,8
	όχι	34	44,2	44,2	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

Αδιαφορία

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστική συχνότητα
Valid ναι	26	33,8	33,8	33,8
όχι	51	66,2	66,2	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 67,5% του δείγματος, θεωρεί πως η οικογένεια αντιμετωπίζει το αλκοολικό άτομο υποστηρικτικά. Ακολουθούν η έλλειψη εμπιστοσύνης, η παρότρυνση για αποτοξίνωση, η αποδοκιμασία και η αδιαφορία με ποσοστά 62%, 60%, 55% και 34% αντίστοιχα.

Ερώτηση 17: Πιστεύετε ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ έχει αρνητικές επιδράσεις στο άτομο;

N	Valid	77
	Missing	0

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ναι	77	100,0	100,0	100,0

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 100% του δείγματος, πιστεύει ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ έχει αρνητικές επιδράσεις στο άτομο.

Ερώτηση 18: Πιστεύετε ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ επηρεάζει τις κοινωνικές/διαπροσωπικές σχέσεις του αλκοολικού ατόμου;

N	Valid	77
	Missing	0

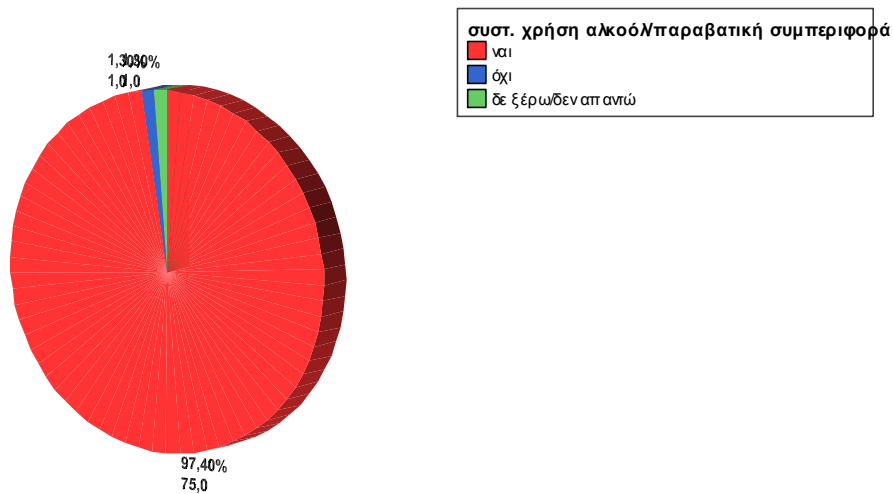
	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ναι	76	98,7	98,7	98,7
δε ξέρω/δεν απαντώ	1	1,3	1,3	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 98,7% του δείγματος πιστεύει ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ επηρεάζει τις κοινωνικές/διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, ενώ το 1,3% δεν απάντησε.

Ερώτηση 19: Πιστεύετε ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ οδηγεί στην ανάπτυξη παραβατικής συμπεριφοράς;

N	Valid	77
	Missing	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ναι	75	97,4	97,4	97,4
	όχι	1	1,3	1,3	98,7
	δε ξέρω/δεν απαντώ	1	1,3	1,3	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

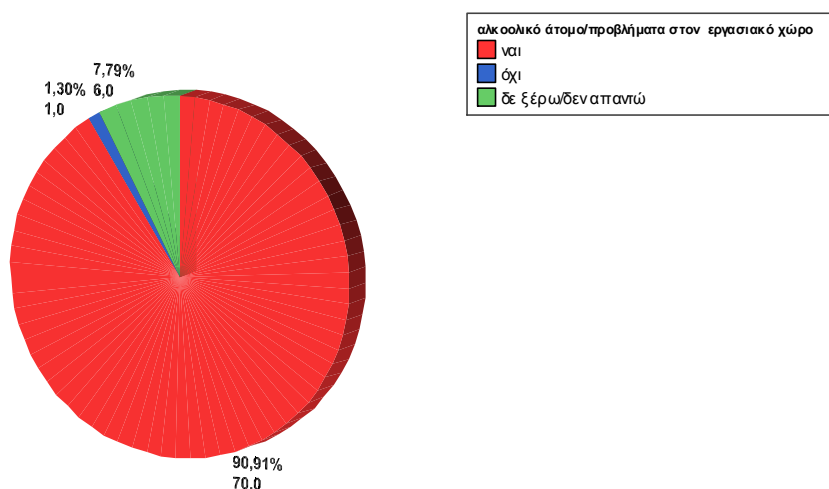


ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 97,4% πιστεύει ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ οδηγεί σε παραβατική συμπεριφορά, μόλις το 1,3% είναι αντίθετο σε αυτή την άποψη και το υπόλοιπο 1,3% δεν απάντησε.

Ερώτηση 20: Πιστεύετε ότι το αλκοολικό άτομο αντιμετωπίζει προβλήματα στον εργασιακό του χώρο;

N	Valid	77
	Missing	0

		Σύνολο	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ναι	70	90,91	90,91	90,91
	όχι	1	1,30	1,30	92,21
	δε ξέρω/δεν απαντώ	6	7,78	7,78	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

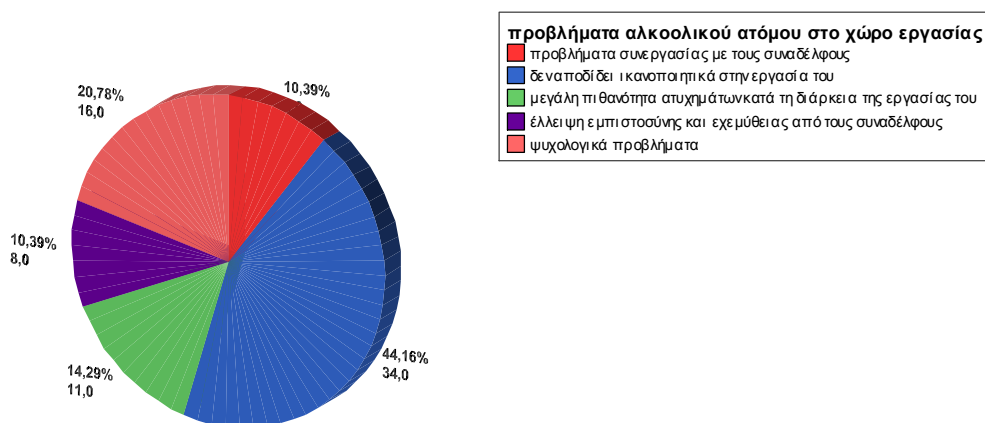


ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 90,1% πιστεύει ότι το ολκοολικό άτομο, αντιμετωπίζει προβλήματα στον εργασιακό του χώρο. Το 1,5% είναι αντίθετο σε αυτή την άποψη και το 7% δεν απάντησε.

Ερώτηση 21: Πως ιεραρχείτε τα προβλήματα που ενδέχεται να αντιμετωπίσει το αλκοολικό άτομο στον εργασιακό του χώρο;

N	Valid	77
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	προβλήματα συνεργασίας με τους συναδέλφους	8	10,4	10,4	10,4
	δεν αποδίδει ικανοποιητικά στην εργασία του	34	44,2	44,2	54,5
	μεγάλη πιθανότητα ατυχημάτων κατά τη διάρκεια της εργασίας του	11	14,3	14,3	68,8
	έλλειψη εμπιστοσύνης και εχεμύθειας από τους συναδέλφους	8	10,4	10,4	79,2
	ψυχολογικά προβλήματα	16	20,8	20,8	100,0
	Total	77	100,0	100,0	



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 44% του δείγματος θεωρεί πως το κύριο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα αλκοολικά άτομα στον εργασιακό τους χώρο είναι η χαμηλή απόδοσή τους. Ακολουθούν τα ψυχολογικά προβλήματα, η πιθανότητα ατυχημάτων, τα προβλήματα συνεργασίας με τους συναδέλφους και η έλλειψη εχεμύθειας και εμπιστοσύνης από αυτούς με 21%, 14%, 10,4% και 10,4% αντίστοιχα.

Ερώτηση 22: Πιστεύετε ότι η υπερβολική χρήση αλκοόλ μπορεί να πλήξει την οικονομική κατάσταση του ατόμου;

N	Valid	77
	Missing	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό Μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ναι	70	90,9	90,9	90,9
	όχι	1	1,3	1,3	92,2
	δε ξέρω/δεν απαντώ	6	7,8	7,8	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 91% του δείγματος, πιστεύει ότι η υπερβολική χρήση αλκοόλ μπορεί να πλήξει την οικονομική κατάσταση του ατόμου, μόλις το 1,5% είναι αντίθετο σε αυτή την άποψη και το 7% δεν απάντησε.

Ερώτηση 23: Πιστεύετε ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει το σωματικό/ψυχολογικό τομέα του ατόμου;

N	Valid	77
	Missing	0

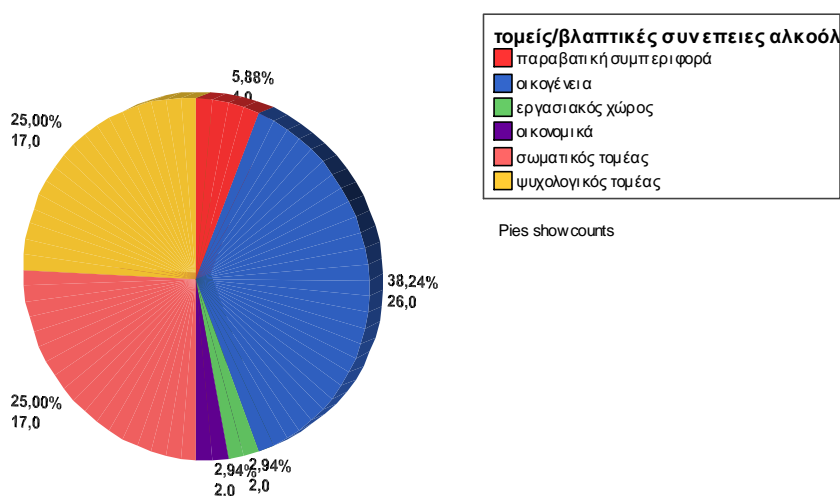
		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ναι	75	97,4	97,4	97,4
	όχι	1	1,3	1,3	98,7
	δε ξέρω/δεν απαντώ	1	1,3	1,3	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 97,5% του δείγματος, πιστεύει ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ επηρεάζει το σωματικό-ψυχολογικό τομέα της ζωής του ατόμου. Αντίθετο είναι μόλις το 1,3% του δείγματος και το 1,3% δεν απάντησε.

Ερώτηση 24: Σε ποιον από τους παραπάνω τομείς, κατά τη γνώμη σας, εστιάζονται οι περισσότερες βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ;

N	Valid	68
	Missing	9

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	παραβατική συμπεριφορά	4	5,2	5,9	5,9
	οικογένεια	26	33,8	38,2	44,1
	εργασιακός χώρος	2	2,6	2,9	47,1
	οικονομικά	2	2,6	2,9	50,0
	σωματικός τομέας	17	22,1	25,0	75,0
	ψυχολογικός τομέας	17	22,1	25,0	100,0
	Σύνολο	68	88,3	100,0	
Missing	System	9	11,7		
	Σύνολο	77	100,0		

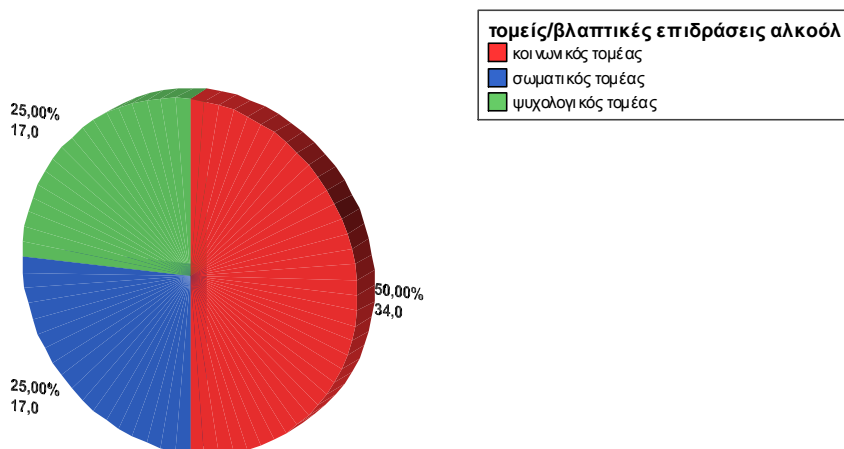


ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 34% του δείγματος, πιστεύει ότι οι πιο βλαπτικές επιπτώσεις της συστηματικής χρήσης αλκοόλ εντοπίζονται στην οικογένεια των αλκοολικών ατόμων, ενώ ακολουθούν ο σωματικός και ψυχολογικός τομέας με ίσα ποσοστά 22% και 22% αντίστοιχα.

Ερώτηση 24: Συνέχεια

N	Valid	68
	Missing	9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	κοινωνικός τομέας	34	44,2	50,0	50,0
	σωματικός τομέας	17	22,1	25,0	75,0
	ψυχολογικός τομέας	17	22,1	25,0	100,0
	Σύνολο	68	88,3	100,0	
Missing	System	9	11,7		
Σύνολο		77	100,0		



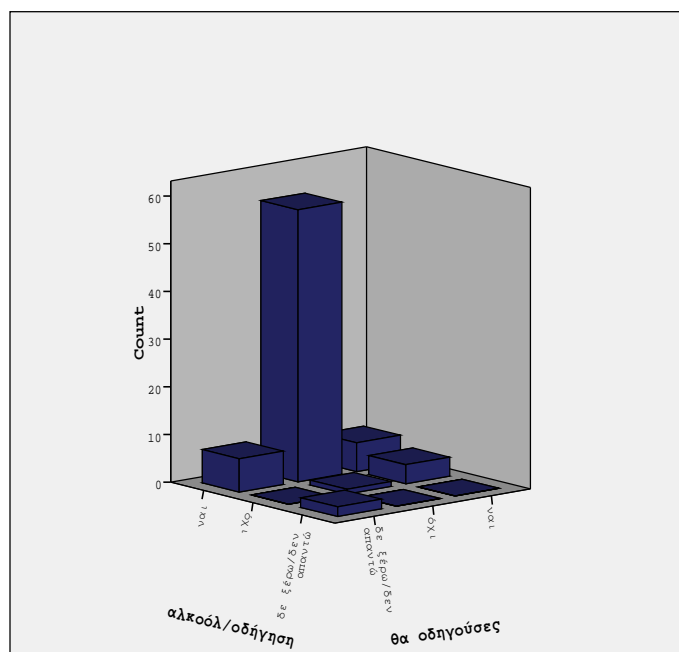
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 50% του δείγματος, πιστεύει ότι οι πιο βλαπτικές επιδράσεις της συστηματικής χρήσης του αλκοόλ εντοπίζονται στον κοινωνικό τομέα και ιδιαίτερα όπως προαναφέρθηκε στο χώρο της οικογένειας με ποσοστό 34% και τα υπόλοιπα 50% πιστεύει ότι οι πιο βλαπτικές επιδράσεις εντοπίζονται στον σωματικό και ψυχολογικό τομέα εξίσου με ποσοστά 25% και 25% αντίστοιχα.

Ερώτηση 25 και 26: Μετά την κατανάλωση αλκοόλ πιστεύεις ότι επηρεάζεται η οδήγηση; Θα οδηγούσες υπό την επήρεια αλκοόλ;

N	Valid	77
	Missing	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ναι	70	90,9	90,9	90,9
	όχι	5	6,5	6,5	97,4
	δε ξέρω/δεν απαντώ	2	2,6	2,6	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ναι	10	13,0	13,0	13,0
	όχι	58	75,3	75,3	88,3
	δε ξέρω/δεν απαντώ	9	11,7	11,7	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 91% του δείγματος, πιστεύει ότι το αλκοόλ επηρεάζει την ικανότητα οδήγησης, το 6,5% είναι αντίθετο με αυτή την άποψη και το 2,5% δεν απάντησε. Όσον αφορά το εάν θα οδηγούσαν υπό την επήρεια αλκοόλ το 13% του δείγματος, ισχυρίζεται ότι θα οδηγούσε υπό την επήρεια αλκοόλ, το 75,5% είναι αντίθετο με αυτή την άποψη και το 11,5% δεν απάντησε.

Ερώτηση 27: Πιστεύετε ότι η συμβολή του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού είναι σημαντική στην θεραπευτική αντιμετώπιση ενός αλκοολικού ατόμου;

N	Valid	77
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	74	96,1	96,1	96,1
όχι	1	1,3	1,3	97,4
δε ξέρω/δεν απαντώ	2	2,6	2,6	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	

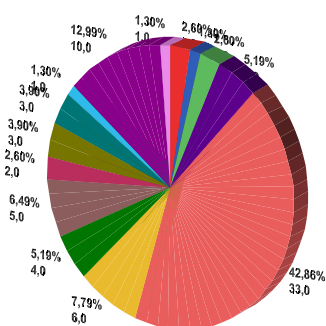


ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 96% του δείγματος, θεωρεί ότι η συμβολή του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι σημαντική. Μόλις το 1,3% είναι αντίθετο με αυτή την άποψη και το 2,6% δεν απάντησε.

Ερώτηση 28: Ποιους από τους παρακάτω ρόλους πιστεύετε ότι μπορεί να υιοθετήσει ο επαγγελματίας Κοινωνικός Λειτουργός, ώστε να είναι αποτελεσματική η θεραπευτική του παρέμβαση;

N	Valid	77
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	θεραπευτικός	2	2,6	2,6	2,6
	ενημερωτικός	1	1,3	1,3	3,9
	προληπτικός	2	2,6	2,6	6,5
	υποστηρικτικός	4	5,2	5,2	11,7
	όλα τα παραπάνω	33	42,9	42,9	54,5
	θεραπευτικός, ενημερωτικός, συντονιστικός, υποστηρικτικός	6	7,8	7,8	62,3
	ενημερωτικός, προληπτικός, συντονιστικός, και υποστηρικτικός	4	5,2	5,2	67,5
	θεραπευτικός, ενημερωτικός, προληπτικός, υποστηρικτικός	5	6,5	6,5	74,0
	θεραπευτικός, προληπτικός και υποστηρικτικός	2	2,6	2,6	76,6
	προληπτικός, ενημερωτικός και υποστηρικτικός	3	3,9	3,9	80,5
	θεραπευτικός και ενημερωτικός	3	3,9	3,9	84,4
	θεραπευτικός,ενημερωτ ικός, συντονιστικός και υποστηρικτικός	1	1,3	1,3	85,7
	θεραπευτικός, ενημερωτικός και υποστηρικτικός	10	13,0	13,0	98,7
	θεραπευτικός και συντονιστικός	1	1,3	1,3	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	



Pies show counts

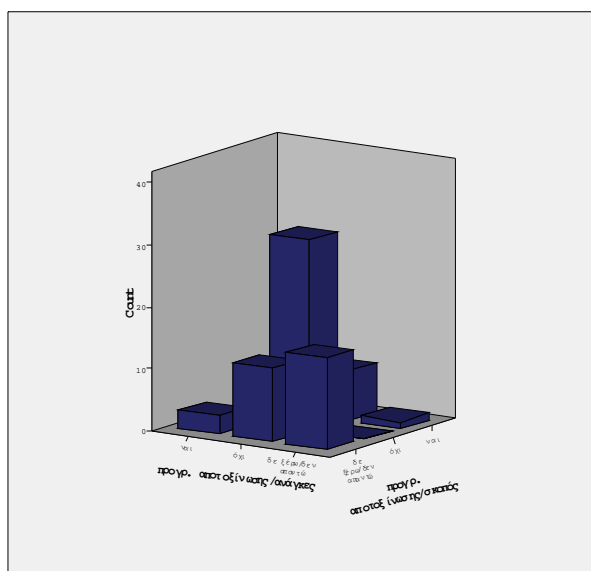
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Όσον αφορά το ρόλο του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική του παρέμβαση, δε διαχωρίζεται. Όλοι οι φοιτητές που ερωτήθηκαν εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις δεν έμειναν μόνο σε έναν από τους ρόλους του, αντίθετα πιστεύουν ότι θα είναι πιο αποτελεσματικός όταν συνδυάζει περισσότερους από έναν ρόλους.

Ερώτηση 29 και Ερώτηση 30: Πιστεύετε ότι ο αριθμός των προγραμμάτων αποτοξίνωσης ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων που χρήζουν θεραπευτικής παρέμβασης αλλά και στο σκοπό λειτουργίας τους;

N	Valid	77
	Missing	0

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
ανάγκες ναι	10	13,0	13,0	13,0
όχι	51	66,2	66,2	79,2
δε ξέρω/δεν απαντώ	16	20,8	20,8	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
σκοπός ναι	15	19,5	19,5	19,5
όχι	32	41,6	41,6	61,0
δε ξέρω/δεν απαντώ	30	39,0	39,0	100,0
Σύνολο	77	100,0	100,0	



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 66% του δείγματος, πιστεύει ότι ο αριθμός των προγραμμάτων αποτοξίνωσης δεν ανταποκρίνεται στα άτομα που χρήζουν θεραπευτικής παρέμβασης. Μόλις το 13% είναι αντίθετο με αυτή την άποψη και το 21% δεν απάντησε. Σχετικά με το σκοπό των προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης, το 42% του δείγματος, πιστεύει ότι τα θεραπευτικά προγράμματα δεν ανταποκρίνονται στο σκοπό της λειτουργίας τους, το 19% είναι αντίθετο με αυτή την άποψη και το 39% δεν απάντησε.

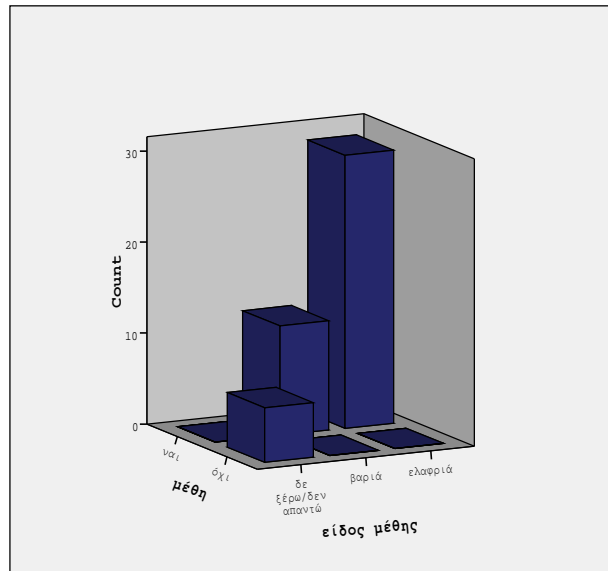
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο πληθυσμός της έρευνας μας όπως έχει προαναφερθεί αφορούσε τους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα περισσότερα εξάμηνα –Εξάμηνο Α έως Πτυχίο Α- προσπαθώντας το δείγμα μας να είναι όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικό και όσο το δυνατόν πιο κοντά στην πραγματικότητα.

Σίγουρα, οι απόψεις των φοιτητών ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες και ποικιλόμορφες. Κατά γενική ομολογία ο πληθυσμός μας επιβεβαιώνει τα όσα μέχρι τώρα είχαν αναφέρει άλλοι ερευνητές.

Ξεκινώντας λοιπόν μία συνοπτική παρουσίαση των ερευνητικών δεδομένων μας σχετικά με την άποψη των φοιτητών, αρχικά, πιστεύουμε ότι πρέπει να αναφέρουμε πως οι περισσότεροι φοιτητές, θεωρούν ότι ο χώρος εργασίας επηρεάζει την αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ χωρίς ωστόσο να είναι ο μόνος παράγοντας. Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την κατανάλωση του αλκοόλ είναι το μηνιαίο εισόδημα. Σαφέστατα όσο μεγαλύτερο είναι μηνιαίο εισόδημα τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση αλκοόλ.

Συνήθως ο μέσος όρος κατανάλωσης αλκοόλ από τους φοιτητές είναι 2 με 5 ποτά ανά εβδομάδα. Κατά γενική ομολογία προτιμούν τα ποτέ μα σχετικά μεγάλη περιεκτικότητα σε αλκοόλ όπως το ουίσκι και η βότκα. Η μεγαλύτερη κατανάλωση αυτών γίνεται σε χώρους διασκέδασης όπως είναι η ταβέρνα, το μπάρ, το club και συνήθως η μεγάλη αυτή κατανάλωση, οφείλεται στην «παρέα» όπως ισχυρίζονται και γενικότερα στη διασκέδαση. Άλλωστε δεν είναι τυχαίο και ότι το 78% των φοιτητών έχει αισθανθεί έστω και μία φορά μέθη.



Όσον αφορά την συστηματική κατανάλωση αλκοόλ και την οικογένεια, οι φοιτητές πιστεύουν ότι το αλκοολικό άτομο διαταράσσει την ομαλή λειτουργία της οικογένειας και δημιουργεί σοβαρά προβλήματα μέσα σε αυτή. Το σοβαρότερο από αυτά με ποσοστό 93,5% είναι η διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων.

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό μεταβλητής	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ναι	72	93,5	93,5	93,5
	όχι	5	6,5	6,5	100,0
	Σύνολο	77	100,0	100,0	

Το άτομο, όπως είναι «φυσικό» αντιδρά σε οτιδήποτε αντιτίθεται στους «κανόνες» του. Πόσο μάλλον η οικογένεια, η οποία αποτελείται από περισσότερα από ένα άτομα, λειτουργεί σα σύστημα και αποτελεί μία μικρογραφία της κοινωνίας. Συνήθως, θα περίμενε κανείς πως η οικογένεια –σύμφωνα με την άποψη των φοιτητών πάντα- θα αντιδρούσε αρνητικά, πως θα αποδοκίμαζε και θα αδιαφορούσε για το αλκοολικό άτομο. Αυτό όμως θα ήταν σαν να αδιαφορεί για ολόκληρο το σύστημα. Έτσι η οικογένεια, δρα καθαρά υποστηρικτικά, παροτρύνοντας το άτομο να «θεραπευτεί», χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει ότι τα μέλη της οικογένειας βγαίνουν ανέπαφα από την κατάσταση του αλκοολισμού. Ιδιαίτερο κίνδυνο διατρέχουν τα παιδιά –οποιασδήποτε ηλικίας- και ενδέχεται να παρουσιάσουν στο μέλλον σοβαρά προβλήματα όπως ψυχολογικά, συναισθηματικά, λανθασμένες επιλογές.

Γενικότερα, η συστηματική χρήση του αλκοόλ δεν επηρεάζει μόνο την οικογένεια ενός αλκοολικού ατόμου, και τον ίδιο, αλλά και όλους τους υπόλοιπους τομείς στη ζωή του. Επηρεάζει το σωματικό τομέα, προκαλώντας διάφορες «ασθένειες», πολλές από αυτές μη αντιμετωπίσιμες, τις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις του αλκοολικού ατόμου, τον ψυχολογικό τομέα, τον εργασιακό του χώρο ενώ μπορεί να οδηγήσει και σε ανάπτυξη παραβατικής συμπεριφοράς.

Σχετικά με τον εργασιακό χώρο του αλκοολικού ατόμου, οι ερωτηθέντες φοιτητές, θεωρούν πως το κύριο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το αλκοολικό άτομο είναι η χαμηλή του απόδοση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε απόλυση κάτι που πιθανόν θα αποτελέσει ένα μεγάλο πλήγμα στα οικονομικά του αλκοολικού ατόμου.

Όσον αφορά το αλκοόλ και την οδήγηση, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες φοιτητές, πιστεύουν ότι το αλκοόλ επηρεάζει την ικανότητα οδήγησης και για αυτό το λόγο δε θα οδηγούσαν υπό την επήρεια αυτού.

Τελειώνοντας, αξίζει να αναφερθεί πως σημαντικό ρόλο στην θεραπευτική αντιμετώπιση ενός αλκοολικού ατόμου έχει ο Κοινωνικός Λειτουργός. Φυσικά οι ερωτηθέντες φοιτητές, πιστεύουν πως ο ρόλος τους είναι συνδυαστικός (θεραπευτικός, ενημερωτικός, θεραπευτικός, προληπτικός, υποστηρικτικός, συντονιστικός), παρόλο που τα προγράμματα δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ατόμων που χρήζουν θεραπευτικής παρέμβασης αλλά ούτε φυσικά και στο σκοπό για τον οποίο έχουν δημιουργηθεί.

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, επιβεβαιώθηκαν και πολλές δικές μας αμφιβολίες και μέσα από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, συνειδητοποιήσαμε πως αρκετές από τις απόψεις των φοιτητών συμπίπτουν με τις δικές μας.

Σίγουρα, η όλη διαδικασία ήταν πολύ εποικοδομητική όχι μόνο από την πλευρά της «γνώσης» - αναμφισβήτητα αυτά που αναγνώσαμε ήταν άκρως εποικοδομητικά και ενδιαφέροντα σε μας- αλλά ιδιαίτερα από την εμπειρική πλευρά του θέματος. Μας δόθηκε η ευκαιρία, να πραγματοποιήσουμε μία τέτοια έρευνα κάτω από την επίβλεψη φυσικά της υπεύθυνης καθηγήτριάς μας, να επεξεργαστούμε τα ερευνητικά μας δεδομένα και να καταλήξουμε στα παραπάνω συμπεράσματα. Όλα αυτά θεωρούμε ότι είμαστε «τυχερές» που τα βιώσαμε και που το Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας μας έδωσε αυτή την ευκαιρία, με ότι αυτό συνεπάγεται (επιβλέπων καθηγήτρια, φοιτητές, επιτροπή).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΛΚΟΟΛ

Το υπάρχον νομικό πλαίσιο (ν. 1729/1987, ν.2161/1993, ν. 2331/1995) για τα ναρκωτικά, αντανακλά τη φιλοσοφία και τη στάση της πολιτείας απέναντι στο πρόβλημα και τις ανάγκες που διαπιστώνονται διαχρονικά. Το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο, προβλέπει την ισόρροπη ενίσχυση της πρόληψης και της καταστολής, γεγονός το οποίο αποτελεί και τη βασική φιλοσοφία της ευρωπαϊκής Στρατηγικής και του Ευρωπαϊκού Σχεδίου Δράσης 2000-2004.

Ενδεικτικά, μία σύντομη αναφορά των πρόσφατα θεσπισμένων νόμων και υπουργικών αποφάσεων παρουσιάζεται παρακάτω:

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

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

Κοινή υπουργική Απόφαση 43500/5691/24.7.2002 των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Μεταφορών και Επικοινωνιών και Δημόσιας Τάξης

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

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

- Οδηγοί επιβατηγών αυτοκινήτων Δημόσιας Χρήσης (ΕΔΧ)
- Οδηγοί φορτηγών άνω των 3,5 τόνων

- Οδηγοί σχολικών ή λοιπών κατηγοριών λεωφορείων
- Οδηγοί ασθενοφόρων
- Οδηγοί οχημάτων μεταφοράς επικίνδυνων εμπορευμάτων
- Οδηγοί μοτοσυκλετών ή μοτοποδηλάτων
- Νέοι οδηγοί, δηλαδή κάτοχοι άδειας οδήγησης μικρότερης δύο ετών

Για τους υπόλοιπους οδηγούς ισχύει το άρθρο 42 του νόμου 2696/1999: Κώδικας οδικής κυκλοφορίας: Απαγορεύεται η οδήγηση οχημάτων από οδηγό ο οποίος βρίσκεται υπό την επήρεια οινοπνεύματος, όταν το ποσοστό αλκοόλ που βρίσκεται στον οργανισμό του είναι 0,50 γραμμάρια ανά λίτρο αίματος και άνω, ή 0,25 χιλιοστά του γραμμαρίου. Όποιος διαπιστώνεται ότι οδηγεί όχημα υπό την επήρεια οινοπνεύματος τιμωρείται με πρόστιμο όταν η συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα κυμαίνεται από 0,50 gr/I - 0,80 gr/I (0,25-0,40 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα), με πρόστιμο και αφαίρεση του διπλώματος για 3 μήνες όταν η συγκέντρωση είναι από 0,80 gr/I - 1,10gr/I , ενώ όταν η συγκέντρωση οινοπνεύματος είναι πάνω από 1,10gr/I τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 2 μηνών, με διοικητικό πρόστιμο και αφαίρεση του διπλώματος οδήγησης για 6 μήνες. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, το όχημα ακινητοποιείται υποχρεωτικά και φυλάσσεται.

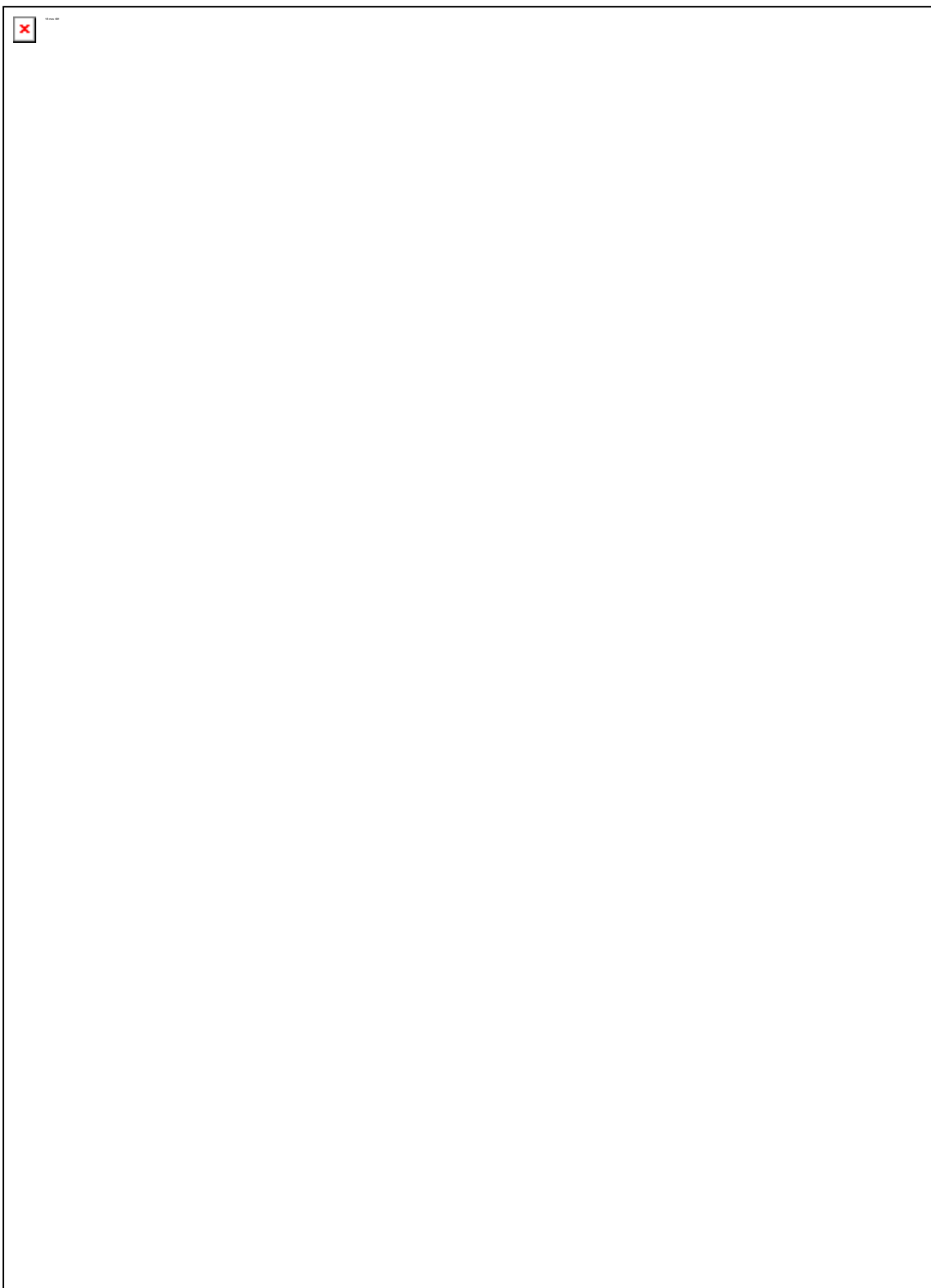
Υπουργική Απόφαση 19546/25.2.2003 του Υπουργού Υγείας και πρόνοιας, καθορίζει τις ουσίες, τους όρους και τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση ανταγωνιστικών ουσιών στη θεραπεία της εξάρτησης από αλκοόλ και οπιοειδή όπως προβλέπεται και από το νόμο 2955/2001.

Συγκεκριμένα οι ανταγωνιστικές ουσίες είναι η ναλτρεξόνη και η ναλοξόνη. Χορηγούνται από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς και ιατρούς υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Οι προϋποθέσεις μεταξύ άλλων, αφορούν την ηλικία του ασθενή, την καλή του υγεία, την αποχή από τη χρήση κατά το τελευταίο πενήνήμερο, την επιθυμία του να απεξαρτηθεί καθώς και τη συνδυασμένη εφαρμογή άλλων μορφών θεραπείας (ψυχολογική υποστήριξη, πρόληψη υποτροπών, υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης, αντιμετώπιση παθολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων.

Στόχος της απόφασης, είναι η μείωση των υποτροπών και η βοήθεια στην προσπάθεια αποχής από τα οπιοειδή και το αλκοόλ υπό την προϋπόθεση της συνεχούς ιατρικής παρακολούθησης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ: ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ





ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΕΘΕΑ

Οι διάφορες θεραπευτικές δομές, ακολουθούν ένα συγκεκριμένο κώδικα Δεοντολογίας. Το ίδιο ισχύει και για τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης των αλκοολικών. Ενδεικτικά, παραθέτουμε τον κώδικα δεοντολογίας που ακολουθεί το ΚΕΘΕΑ.

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΕΘΕΑ

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α., ως μέλος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων (WFTC), εφαρμόζει τον κώδικα δεοντολογίας της, που απευθύνεται τόσο στο προσωπικό όσο και στα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων και στοχεύει στην ακριβή ενημέρωσή τους για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που απορρέουν από το ρόλο τους. Ο κώδικας διατίθεται σε όλους τους χρήστες ουσιών και τις οικογένειες που συμμετέχουν στα προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α., καθώς και στα μέλη του προσωπικού του. Έχει εκδοθεί σε ελληνική, ρωσική, αλβανική, γερμανική και αγγλική γλώσσα. Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. διαθέτει αιρετή επιτροπή αρμόδια για θέματα δεοντολογίας στον οργανισμό, η οποία έχει επεξεργαστεί διεξοδικότερο κώδικα όπου περιγράφονται οι υποχρεώσεις του προσωπικού και οι αρχές δεοντολογίας που διέπουν τη δραστηριότητά του.

WFTC- ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ

- 1.** Οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν ένα μοντέλο θεραπείας που αποσκοπεί πρώτα από όλα στην απεξάρτηση από ουσίες μέσα από την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου και απαιτεί την αποχή από ουσίες που μεταβάλλουν τη διάθεση (σε αυτές περιλαμβάνονται και φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, αλλά χρησιμοποιούνται παράνομα).
- 2.** Τα μέλη της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων καλούνται:
 - (α)** Να αναγνωρίζουν σε όλα τα άτομα που σχετίζονται με τη θεραπευτική τους κοινότητα τα δικαιώματα που έχουν ως άνθρωποι και ως πολίτες και να δηλώνουν με σαφήνεια ποια είναι τα δικαιώματα, τα προνόμια και οι ευθύνες των μελών και του προσωπικού.
 - (β)** Να αναγνωρίζουν σε κάθε άτομο που βρίσκεται στη θεραπευτική κοινότητα το δικαίωμα να μην απειλείται από κακή χρήση της εξουσίας, από οποιοδήποτε άτομο ή

ομάδα κι αν προέρχεται αυτή.

(γ) Να δηλώνουν ποια είναι η φιλοσοφία και οι στόχοι του προγράμματος.

(δ) Να ορίζουν κανονισμούς για τη θεραπευτική τους κοινότητα οι οποίοι θα παρέχουν προστασία σε περίπτωση φαινομενικής ή πραγματικής κατάργησης της τοπικής ή της εθνικής νομοθεσίας.

(ε) Να λειτουργούν σε περιβάλλον που παρέχει τις μέγιστες δυνατότητες για σωματική, πνευματική, συναισθηματική και αισθητική ανάπτυξη και το οποίο εγγυάται την ασφάλεια όλων.

(στ) Να διευκολύνουν τη συγκρότηση μιας κοινωνίας/κοινότητας που θα βασίζεται στο μέγιστο δυνατό βαθμό στην ακεραιότητα, την καλή θέληση και την ανθρωπιά όλων των μελών της και όπου η αξιοπρέπεια του ατόμου θα αποτελεί πρωταρχική αξία.

(ζ) Να παρέχουν εκπαίδευση και επαρκή εποπτεία στο προσωπικό.

(η) Να λογοδοτούν σε ένα εξωτερικό Διοικητικό Συμβούλιο που συγκαλείται ανά τακτά και προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα μέσα στο έτος, προκειμένου να έχει την εποπτεία και την ευθύνη για τις δραστηριότητες του προγράμματος και της κάθε μονάδας.

(θ) Να παρουσιάζουν, ύστερα από λογιστικό έλεγχο, ετήσιο οικονομικό απολογισμό που θα επικυρώνεται από τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου.

3. Το Διοικητικό Συμβούλιο της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων θα απαιτεί τη συμμόρφωση προς τις Προδιαγραφές και τους Στόχους, κάθε φορά που θα εξετάζει αιτήσεις απόκτησης ή ανανέωσης της ιδιότητας του μέλους. Θα απαιτεί επίσης ενεργό συμμόρφωση προς τα κριτήρια που έχει θεσπίσει η Παγκόσμια Ομοσπονδία στο Καταστατικό της, άρθρο III με τίτλο “Ορισμός” και άρθρο VI με τίτλο “Ιδιότητα του μέλους” (με ιδιαίτερη αναφορά στις παραγράφους A1, A2, B1, B2 και Γ3).

WFTC -ΧΑΡΤΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ

Όλα τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων έχουν απόλυτο δικαίωμα στα ακόλουθα:

1. Υποστηρικτικό περιβάλλον, απαλλαγμένο από εξαρτητικές ουσίες.

2. Θεραπεία ανεξάρτητα από γένος, φυλή, εθνικότητα, χρώμα, δόγμα, πολιτικές πεποιθήσεις, σεξουαλικές προτιμήσεις, οικογενειακή κατάσταση, θρησκεία, καταγωγή, ταυτότητα, ηλικία, ιδιότητα στρατιωτικού ή βετεράνου πολέμου, πνευματική και σωματική αναπηρία, κατάσταση υγείας, ποινικό μητρώο ή καθεστώς κοινωνικής πρόνοιας.

3. Αξιοπρέπεια, σεβασμό, υγεία και ασφάλεια συνεχώς.
4. Γνώση της φιλοσοφίας και των μεθόδων του προγράμματος.
5. Ακριβή πληροφόρηση σχετικά με τους τρέχοντες κανονισμούς του προγράμματος, καθώς επίσης και τις κυρώσεις, τα πειθαρχικά μέτρα και τις τυχόν τροποποιήσεις των δικαιωμάτων.
6. Προσφυγή σε θεσμοθετημένη διαδικασία, ώστε να καταγράφονται τα παράπονά τους που αφορούν την εφαρμογή όλων των κανονισμών, των κυρώσεων, των πειθαρχικών μέτρων και των τροποποιήσεων των δικαιωμάτων.
7. Καθορισμό όλων των εξόδων που πρέπει να καταβληθούν, της μεθόδου και του χρονοδιαγράμματος των πληρωμών (Στην Ελλάδα τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. προσφέρουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους προς τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους.), καθώς και της διαθεσιμότητας χρημάτων και προσωπικών αντικειμένων κατά τη διάρκεια του προγράμματος, όπως επίσης και κατά την αποχώρηση από αυτό.
8. Απόρρητο των πληροφοριών που αφορούν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα και όλων των φακέλων των μελών, σύμφωνα με τη νομοθεσία της χώρας.
9. Πρόσβαση στους προσωπικούς φακέλους με βάση οδηγίες εγκεκριμένες από το αρμόδιο όργανο και δικαίωμα προσθήκης δηλώσεων που αντικρούουν ή αποσαφηνίζουν τις πληροφορίες που περιέχονται στους φακέλους αυτούς.
10. Αποχώρηση από το πρόγραμμα ανά πάσαν στιγμή, χωρίς σωματική ή ψυχολογική παρενόχληση.
11. Προσωπική επικοινωνία με συγγενείς και φίλους για ενημέρωση τόσο κατά την εισαγωγή τους στην κοινότητα όσο και μετά, σύμφωνα προς τους κανονισμούς του προγράμματος, εκτός και αν δεν επιτρέπεται για λόγους που τεκμηριώνονται από το θεραπευτικό σχεδιασμό.
12. Προστασία από πραγματική σωματική τιμωρία ή σχετική απειλή, από σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση και από καταναγκαστικό φυσικό περιορισμό.
13. Παροχή θρεπτικής τροφής, ασφαλούς και κατάλληλης στέγης, δυνατότητας για σωματική άσκηση και για επαρκή κάλυψη των αναγκών ατομικής υγιεινής.
14. Ιατρική περίθαλψη από επαγγελματίες και δικαίωμα άρνησής της.
15. Δυνατότητα να λαμβάνουν νομικές συμβουλές και να εκπροσωπούνται ενώπιον του νόμου, όταν αυτό απαιτείται.
16. Τακτική επαφή κάθε μέλους του προγράμματος που είναι γονιός με το παιδί ή τα παιδιά του/της.

17. Όταν εργάζονται ως μέλη του προσωπικού, έχουν δικαίωμα σε σαφή καθορισμό των ευθυνών που τους ανατίθενται, σε επαρκή εκπαίδευση, επαρκή στήριξη και εποπτεία από το προσωπικό (συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης και της ανατροφοδότησης), χωρίς εκμετάλλευση και με το δικαίωμα να αρνηθούν τη θέση, χωρίς να τους προσαφθεί για αυτό κατηγορία.

18. Καθοδήγηση και βοήθεια, όταν αφήνουν το πρόγραμμα για οποιονδήποτε λόγο, σχετικά με άλλες υπηρεσίες υγείας, πηγές οικονομικής βοήθειας και χώρους διαμονής.

19. Προστασία από εκμετάλλευση (αυτό αφορά επίσης τους γονείς και την οικογένεια του μέλους) προς όφελος του φορέα ή του προσωπικού που εργάζεται σε αυτόν.

WFTC -ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Πρωταρχική υποχρέωση όλων των μελών του προσωπικού είναι να εξασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στα υπό θεραπεία μέλη. Η σχέση του προσωπικού με τα μέλη είναι ειδική και είναι απαραίτητο το προσωπικό να διαθέτει την ωριμότητα και την ικανότητα που απαιτούνται, ώστε να αντεπεξέρχεται στις ευθύνες που έχει αναλάβει. Όλα τα μέλη του προσωπικού οφείλουν να γνωρίζουν ότι ο επαγγελματικός χώρος στον οποίο ανήκουν απαιτεί να προσέχουν τις δραστηριότητες, τις δικές τους και των μελών τους (θεραπευόμενων). Ο κώδικας δεοντολογίας ισχύει για το προσωπικό διαρκώς, τόσο κατά τη διάρκεια της εργασίας όσο και εκτός αυτής.

WFTC -Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΜΕΛΗ

Τα μέλη του προσωπικού πρέπει:

- 1.** Να συμπεριφέρονται ως ώριμα και θετικά πρότυπα.
- 2.** Να τηρούν απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες που αφορούν τα μέλη, σεβόμενα όλη τη σχετική νομοθεσία, καθώς και τους κανονισμούς του φορέα στον οποίο ανήκουν.
- 3.** Να παρέχουν στα μέλη αντίγραφο του Χάρτη Δικαιωμάτων των Μελών και να βεβαιώνονται ότι όλα όσα αναγράφονται σε αυτόν γίνονται κατανοητά και εφαρμόζονται τόσο από το προσωπικό όσο και από τα μέλη.
- 4.** Να σέβονται όλα τα μέλη και να διατηρούν μαζί τους επαγγελματική σχέση, μη κτητική

και μη τιμωρητική.

5. Να παρέχουν υπηρεσίες ανεξάρτητα από τη φυλή, το δόγμα, τη θρησκεία, το φύλο, την εθνικότητα, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, την ηλικία, τη σωματική αναπηρία, τις πολιτικές πεποιθήσεις, το ποινικό μητρώο και την οικονομική κατάσταση των μελών, σεβόμενα τη θέση των μελών σε περιπτώσεις ειδικών συνθηκών.

6. Να αναγνωρίζουν ότι μπορεί να είναι προς όφελος του μέλους η παραπομπή του/της σε άλλο φορέα ή επαγγελματία.

7. Να απαγορεύουν τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων, οποιουδήποτε τύπου, ανάμεσα στο προσωπικό και στα μέλη (καθώς και με πρόσωπα της οικογένειας των μελών).

8. Να ανταμείβουν επαρκώς το μέλος για οποιαδήποτε δουλειά κάνει το ίδιο για κάποιο μέλος του προσωπικού. (Στα προγράμματα ανεξάρτησης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. δεν επιτρέπεται η ανάθεση στα μέλη εργασιών που δεν αφορούν τη λειτουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων.)

9. Να εμποδίζουν την εκμετάλλευση του μέλους για προσωπικό όφελος.

Στα προγράμματα ανεξάρτησης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. δεν επιτρέπεται η ανάθεση στα μέλη εργασιών που δεν αφορούν τη λειτουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ

Μαρία, 21: Από μικρό παιδάκι έπινα το κρασί των γονιών μου . Στα δεκατρία μου ήδη έβγαινα, το ποτό ήταν ο θησαυρός μου! Μου σκόρπιζε τις αναστολές, φλέρταρα γεμάτη αυτοπεποίθηση. Η χρήση όμως, γρήγορα έγινε κατάχρηση. Στα δεκατέσσερά μου, έπινα από το πρωί μέχρι το βράδυ, ο πατέρας μου δεν ζούσε μαζί μου, η μητέρα μου...δεν ξέρω. Με προσπάθεια τελείωσα το σχολείο. Στα 18 μου ζούσα μόνη μου, έπιασα δουλειά σε μπαρ, χρήματα κέρδιζα και όσο ήθελα έπινα. Ρουφούσα στην κυριολεξία 2 μπουκάλια ούισκι την ημέρα.

Μαριάνθη, 44: Ήμουν ένα ανασφαλές άτομο και ήταν το φαρμακό μου! Έμαθα να πίνω από 9 χρονών, στα 14 έπινα καθημερινά, το σταμάτησα μόλις έμεινα έγκυος στα παιδιά μου και το άρχισα αμέσως με το που γέννησα. Όταν χώρισα, ήμουν ήδη αλκοολική. Ένα καλό που μου έκανε, ήταν να γλυτώσω από τα πρέπει της ζωής μου.

Θοδωρής, 45: Μεθυσμένος έκανα πρόταση γάμου στη γυναίκα μου, μεθυσμένος παντρεύτηκα και μεθυσμένος αντίκρυσα πρώτη φορά τα παιδιά μου. Δεν θυμάμαι από πότε πίνω, τον πατέρα μου θυμάμαι, που στις γιορτές δήλωνε υπερήφανος στους φίλους του πόσο άντεχε το ποτό ο κανακάρης του.

Κατερίνα, 35: Μεγάλωσα με λατρεία από τους γονείς μου, με υπερπροστασία, ζούσα σε ένα περιβάλλον χωρίς αρνήσεις, που τόνιζε τον εγωκεντρισμό μου. Ήμωνα ονειροπόλα, φυγόπονη, ευαίσθητη. Όταν πέθανε ο πατέρας μου, τον πόνο δε μπορούσα να τον προσφέρω σε κάποιον άλλο, ούτε να τον κοπανήσω. Από τότε σε κάθε πόνο ή απογοήτευση κρατούσα πατερίτσα, στην αρχή τα ναρκωτικά, μετά το αλκοόλ.

Μ: Όταν ο Μ. έχασε το σπίτι του, τη δουλειά του, τους περισσότερους από τους φίλους του, τη σύζυγο του και την επαφή με τα παιδιά του, ανακάλυψε ότι ήταν ασθενής. «Τα πράγματα χειροτέρευαν με την πάροδο του χρόνου. Έπινα ούισκι από τη στιγμή που άνοιγα τα μάτια μου το πρωί, μέχρι δύο μπουκάλιας την ημέρα. Έκρυβα την επιθυμία μου να πίνω μέχρι που χειροτέρευσα τόσο πολύ που δεν με ενδιέφερε πια. Δεν μπορούσα να σταματήσω το ποτό, μέχρι που έχασα όλα εκείνα για τα οποία είχα προηγουμένως ζήσει και τα οποία είχα αγαπήσει», είπε ο Μ., μέλος της οργάνωσης «Ανώνυμοι Αλκοολικοί».

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΩΝΥΜΩΝ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ

ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΓΙΑ ΣΕΝΑ;

ΔΩΔΕΚΑ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΟΝΟΝ ΕΣΥ ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. ΕΧΕΙΣ ΠΟΤΕ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙΣ ΝΑ ΠΙΝΕΙΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ή ΚΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΛΛΑ ΑΥΤΟ ΝΑ ΚΡΑΤΗΣΕ ΜΟΝΟ ΓΙΑ 2 ΜΕΡΕΣ;

Πολλοί από μας στους Α.Α. δίνουμε λογιών - λογιών υποσχέσεις στους εαυτούς μας και στις οικογένειες μας. Δεν μπορούσαμε να τις κρατήσουμε. Μετά ήρθαμε στους Α.Α.. Οι Αλκοολικοί Ανώνυμοι μας είπαν : 'Προσπάθησε τουλάχιστον να μην πεις σήμερα', (Εάν δεν πεις σήμερα, δεν μπορείς να μεθύσεις σήμερα).

2. ΕΠΙΘΥΜΕΙΣ ΝΑ ΜΗΝ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΑΛΛΟΙ ΜΑΖΙ ΣΟΥ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΠΟΤΟ ΚΑΙ ΝΑ ΜΗΝ ΣΟΥ ΛΕΝΕ ΤΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙΣ

Στους Α.Α. δεν λέμε σε κανένα να κάνει οτιδήποτε . Απλώς μιλάμε για το πώς πίναμε εμείς , το τι μπλεξίματα μας δημιούργησε και πώς σταματήσαμε. Θα χαρούμε να σε βοηθήσουμε αν εσύ το θέλεις.

3. ΕΧΕΙΣ ΠΟΤΕ ΑΛΛΑΞΕΙ ΑΠΟ ΈΝΑ ΕΙΔΟΣ ΠΟΤΟΥ ΣΕ ΑΛΛΟ ΕΙΔΟΣ ΠΟΤΟΥ ΕΛΠΙΖΟΝΤΑΣ ΟΤΙ ΑΥΤΟ ΘΑ ΣΕ ΕΜΠΟΔΙΖΕ ΑΠΟ ΤΟ ΝΑ ΜΕΘΥΣΕΙΣ;

Προσπαθήσαμε όλων των ειδών τους τρόπους. Κάναμε το ποτό μας πιο αραιά. Ή πίναμε μόνο μύρα. Ή δεν πίναμε κοκτέιλ . Ή πίναμε μόνο τα Σαββατοκύριακα. Ό,τι θέλεις προσπαθήσαμε. Αλλά, όταν πίναμε οτιδήποτε που να έχει μέσα αλκοόλ συνήθους τελικά μεθούσατε.

4. ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΑΣΜΕΝΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ, ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΝΑ ΠΙΕΙΣ ΈΝΑ ΠΟΤΟ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΟΙΞΕΤΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ ΟΤΑΝ ΞΥΠΝΑΓΕΣ ;

Χρειάζεσαι ένα ποτό για να ξεκινήσεις ή για να σταματήσεις να τρέμεις. Αυτό είναι ένα πολύ σίγουρο σημάδι ότι δεν πίνεις 'κοινωνικά'!

5. ΖΗΛΕΥΕΙΣ ΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΙΝΟΥΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΤΟΥΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ;

Από καιρού σε καιρόν, οι περισσότεροι από μας έχουμε αναρωτηθεί γιατί δεν είμαστε σαν τους άλλους ανθρώπους που πραγματικά μπορούν να πάρουν ένα ποτό ή να το αφήσουν.

6. ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ, ΕΙΧΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΝΑ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Να είσαι ειλικρινής! Οι γιατροί λένε ότι αν έχεις κάποια προβλήματα με το αλκοόλ και συνεχίζεις να πίνεις - θα γίνει χειρότερα , ποτέ καλύτερα . Τελικά, θα πεθάνεις ή θα καταλήξεις σε κάποιο ίδρυμα για την υπόλοιπη ζωή σου. Η μόνη ελπίδα είναι να σταματήσεις να πίνεις .

7. ΣΟΥ ΕΧΕΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΕΙ ΤΟ ΠΟΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ;

Πριν έλθουμε στους Α.Α. οι περισσότεροι από μας λέγαμε ότι ήταν οι άνθρωποι ή τα προβλήματα στην οικογένεια που μας έκαναν να πίνουμε. Δεν μπορούσαμε να δούμε ότι το ποτό μας χειροτέρευε τα πάντα . Ποτέ δεν έλυσε τα προβλήματα πουθενά και σε καμιά στιγμή .

8. ΣΕ ΕΝΑ ΠΑΡΤΙ, ΣΕ ΜΙΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ, ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΣ ΝΑ ΠΑΡΕΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΙΣΙΟ ΠΟΤΟ ΓΙΑΤΙ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΕΡΒΙΡΟΥΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΡΚΕΤΑ;

Οι περισσότεροι από μας συνηθίζαμε να πίνουμε 'μερικά' προτού ξεκινήσουμε αν νομίζαμε ότι θα ήταν τέτοιου είδους συγκέντρωση και αν δεν σέρβιραν τα ποτά αρκετά γρήγορα , πηγαίναμε κάπου αλλού για να πάρουμε περισσότερα .

9. ΛΕΣ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΟΥ ΟΤΙ ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙΣ ΝΑ ΠΙΝΕΙΣ ΟΠΟΙΑ ΩΡΑ ΘΕΛΕΙΣ ΑΝ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙΣ ΝΑ ΜΕΘΑΣ ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙΣ ΣΚΟΠΟ;

Πολλοί από μας κοροϊδεύαμε τον εαυτό μας, σκεπτόμενοι ότι πίναμε επειδή εμείς το θέλαμε. Όταν ήλθαμε στους Α.Α. καταλάβαμε ότι μόλις αρχίζαμε να πίνουμε δεν μπορούσαμε να σταματήσουμε.

10. ΕΧΕΙΣ ΑΠΟΥΣΙΑΣΕΙ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΟΥ Η ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΣΟΥ, ΕΞ ΑΙΤΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΤΟΥ

Πολλοί από μας παραδεχθήκαμε τώρα πια ότι κάναμε τον/την άρρωστο/η πολλές φορές, ενώ η αλήθεια ήταν ότι ή είμαστε στην κατάσταση που ακολουθεί τη μέθη ή είμαστε συνέχεια μεθυσμένοι.

11. ΕΧΕΙΣ ΚΕΝΑ ΜΝΗΜΗΣ (ΜΠΛΑΚΑΟΥΤΣ);

'Κενό μνήμης' είναι όταν έχουμε πει για ώρες ή μέρες και δεν μπορούμε να θυμηθούμε τι κάναμε. Όταν ήλθαμε στους **Α.Α.**, ανακαλύψαμε ότι αυτό είναι μια πολύ σίγουρη ένδειξη του ότι πίναμε αλκοολικά.

12. ΕΧΕΙΣ ΠΟΤΕ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙ ΟΤΙ Η ΖΩΗ ΣΟΥ ΘΑ ΗΤΑΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΕΑΝ ΔΕΝ ΕΠΙΝΕΣ;

Πολλοί/ές από μας αρχίσαμε να πίνουμε επειδή το ποτό έκανε τη ζωή να φαίνεται καλύτερη, τουλάχιστον για λίγο . Μέχρι να φθάσουμε στους **Α.Α.** νοιώθαμε παγιδευμένοι /ες . Πίναμε για να ζούμε και Ζούσαμε για να πίνουμε. Είχαμε πια μπαφιάσει να είμαστε μπαφιασμένοι/ες.

ΕΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΟΥΜΕ ΝΑΙ ΣΕ 4 ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ, ΑΥΤΟ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΟΤΙ ΕΧΟΥΜΕ ΜΕΓΑΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΤΟ ΠΟΤΟ. ΛΕΣ ΠΩΣ ΦΕΡΕΣΑΙ, ΘΥΜΗΣΟΥ ΟΤΙ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΝΤΡΟΠΗ ΣΤΟ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙΣ ΤΟ ΓΕΓΟΝΟΣ ΟΤΙ ΕΧΕΙΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ.

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΣΚΟΠ ΣΟΥ;

Απάντησες ΝΑΙ 4 ή περισσότερες φορές; Εάν είναι έτσι, πιθανώς είσαι σε κίνδυνο με το αλκοόλ. Γιατί το λέμε αυτό; Γιατί χιλιάδες άνθρωποι στους **Α.Α.** για πολλά χρόνια έχουν πει ότι έτσι είναι. Μάθανε την αλήθεια για τον εαυτό τους με σκληρό τρόπο.

Αλλά πάλι, μόνο εσύ μπορείς να αποφασίσεις αν οι **ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ ΑΝΩΝΥΜΟΙ** είναι για σένα. Προσπάθησε να μην έχεις προκαταλήψεις πάνω σ' αυτό το θέμα. Εάν απαντήσεις ΝΑΙ, θα χαρούμε να σου δείξουμε πώς σταματήσαμε και εμείς να πίνουμε .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΛΕΞΙΚΑ

- Tony Smith, (2001) Ιατρικό Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό, Μτφρ. Ματσανιώτης Ν.- Αγγελόπουλος Α.- Μουτσόπουλος Χαρ.- Παπαδόπουλος- Ν. Παπαζάχος Γ. –Σέκερης Κ.- Χατζής Ι. ,The British Medical Association, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Βασιλείου Θ.Α. – Σταματάκης Ν. (2000), Λεξικό Επιστημών του Ανθρώπου, τόμος α, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.
- Κελεσίδης Παναγιώτης (1995), Λεξικό Ιατρικών Όρων, Θεσσαλονίκη, Μαλλιάρης Παιδεία.
- Μάνου Ν. (1985/87), Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών Όρων, Θεσσαλονίκη 1985/87,University Studio Press.
- Μπαμπινιώτης Γ. (2002), Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα .
- Τεγόπουλος-Φυτράκης (1995),Μεΐζων Ελληνικό Λεξικό , Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, ΕΚΤΕΠΝ 2006, Ετήσια έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματων ποτών στην Ελλάδα, Αθήνα 2007.
- Τετράδιο Ψυχιατρικής (2006), Αφιέρωμα στο αλκοόλ, Τριμηνιαία Περιοδική έκδοση της Επιστημονικής έκδοσης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, Νο.93

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- Το περιοδικό Μέθη
- Πρόσωπο (1995), Τριμηνιαίο περιοδικό της Κίνησης-Πρότασης, τεύχος 7.
- Πρόσωπο (2004), Τριμηνιαίο περιοδικό της Κίνησης-Πρότασης, Νο. 91

ΒΙΒΛΙΑ

- Cohen L.– Manion L. (1994), Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας , Αθήνα Εκδόσεις Μεταίχμιο , Αθήνα 1994 .
- Κοκκέβη Α. (1988), Η χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών στην εφηβεία, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη.
- Νασιάκου Μ. (1982), Η Ψυχολογία σήμερα, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση
- Peterson B.-Kristenson H.-Sternby N.H.-Trell E. – Fex G.- Hood B. (1980), Alcohol consumption and premature death in middle-aged men.
- Καπόπουλος Κ. (1991), Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια , Αθήνα Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών , ΕΣΣΔ , Α Τόμος
- Καραγιαννόπουλος Σ. (2001), Νικήστε την κόπωση, Αθήνα, Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί
- Μαδιανός Μ. (1989), Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη
- Μουζάς Γ.Μ. (2005), Αλκοολογία για τον Κλινικό γιατρό, Αθήνα.
- Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μ. και Συνεργάτες (2002), Αλκοόλ και Κ.Ν.Σ. , Αθήνα, Εκδόσεις University Studio Press

- Παπαδόπουλος Ι (1997), Διαλέξτε Αλκοόλ – φάρμακα ή οδήγηση , Αθήνα, Εκδόσεις ΤΥΠΑΤΕ.
- Ποταμιάνος Γ. (1987), Αλκοολισμός, θεραπευτική προσέγγιση στα πλαίσια της κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, Εκδόσεις Ειρήνη
- Ποταμιάνος Γ. (1991), Νόμιμες Ουσίες Εξάρτησης , Αλκοόλ , Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση .
- Τζάφφη Τ. – Πήτερσον Ρ. – Χόντσον Ρ. (1986), Ναρκωτικά-Τσιγάρο-Αλκοόλ-, Αθήνα, Εκδόσεις ο Κύκλος της ζωής.
- Τσαρούχας Κ. (2000), Αλκοόλ , ένα σκληρό Ναρκωτικό , Αθήνα, Εκδόσεις Άγκυρα .
- Φίλιας Βασίλης-Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (1998), Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.
- Ψαρρού Μάγδα Κ. – Ζαφειρόπουλος Κώστας (2004), Επιστημονική Έρευνα: Θεωρία και εφαρμογές στις Κοινωνικές Επιστήμες, Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω - Γιώργος Δαρδάνος.

ΠΗΓΕΣ ΙΝΤΕΡΝΕΤ

- ΑΛ-ΑΝΩΝ, [http// www.alanon.gr](http://www.alanon.gr), accessed 13/02/2008
- ΕΚΤΕΡΝ, 1999-2004 [http//www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr), accessed 13/02/2008
- ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ, [http// www.aa-greece.gr](http://www.aa-greece.gr), accessed 13/02/2008
- ΚΕΘΕΑ, [http// www.kethea.gr](http://www.kethea.gr), accessed 13/02/2008
- ΟΚΑΝΑ, [http//www.okana.gr](http://www.okana.gr) , accessed 13/02/2008
- **Μυλωνά Χριστίνα, Κοινωνική Λειτουργός του προγράμματος 18 άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών.**