

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

ΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

ΘΑΝΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΤΣΙΟΝΑΝΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
1.1 Εισαγωγή	5
1.2 Σκοπός της μελέτης	6
1.3 Ορισμοί όρων	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
2.1 Ιστορική αναδρομή του αλκοόλ	11
2.2 Η πορεία του αλκοόλ στην σύγχρονη Ελλάδα και στατιστικά στοιχεία	14
2.3 Στατιστικά στοιχεία του αλκοόλ σε ευρωπαϊκό επίπεδο -Σύγκριση με την Ελλάδα	29
2.4 Στατιστικά στοιχεία του αλκοόλ σε παγκόσμιο επίπεδο -Σύγκριση με την Ελλάδα	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ	38
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	39
3.1 Βιολογικοί παράγοντες	39

3.2	Ψυχολογικοί παράγοντες	41
3.3	Οικογενειακοί παράγοντες	42
3.4	Κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες	44
3.4.1	Κοινωνικό περιβάλλον.....	45
3.5	Η επιρροή των Μ.Μ.Ε.	47
3.6	Η διαθεσιμότητα του αλκοόλ	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ - ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ	50
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	51
4.1 Το αλκοόλ κατά την είσοδό του στον οργανισμό	51
4.2 Διαταραχές προκαλούμενες από το αλκοόλ -Ταξινόμηση κατά DSM-IV.....	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	66
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	67
5.1 Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια	68
5.2 Παιδιά αλκοολικών γονέων	71
5.3 Σύζυγοι αλκοολικών ατόμων	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ	81
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	82
6.1 Νομοθεσία	83
6.2 Στόχοι της πρόληψης	85

6.3	Επίπεδα πρόληψης	86
6.4	Αρχές της πρόληψης	87
6.5	Προσεγγίσεις ως προς την πρόληψη	88
6.6	Ο ρόλος της οικογένειας	89
6.7	Ο ρόλος του εκπαιδευτικού	91
6.8	Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε.	92
6.9	Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού	93
6.10	Μέτρα πρόληψης	94
6.11	Κέντρα πρόληψης του αλκοολισμού	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ 101

	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	102
7.1	Τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής κοινότητας	103
7.1.1	Η μέθοδος	103
7.1.2	Στόχοι και κριτήρια συμμετοχής	105
7.1.3	Θεραπευτικές φάσεις και δραστηριότητες	108
7.2	Το προσωπικό στη θεραπευτική κοινότητα	115
7.2.1	Το προσωπικό	115
7.2.2	Οι ρόλοι του προσωπικού	117
7.2.3	Η εκπαίδευση του προσωπικού	119
7.3	Η προσωπική αλλαγή στη θεραπευτική κοινότητα	121
7.3.1	Η θεραπευτική συμμαχία	121
7.3.2	Οι αντιστάσεις στην αλλαγή	123
7.3.3	Οι μηχανισμοί της αλλαγής	126

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ	127
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	128
8.1 Φαρμακολογική προσέγγιση	128
8.2 Ψυχολογική προσέγγιση	134
8.3 Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα	136
8.3.1 Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.)	137
8.3.2 Θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα	139

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	149
9. Συμπεράσματα – Προτάσεις	150
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	152

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο καθηγητή κ. Δρίτσα Ιωάννη για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση που μας παρείχε.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το Κέντρο Πρόληψης εξαρτησιογόνων ουσιών του νομού Αχαΐας και συγκεκριμένα την κα Γεωργοπούλου Παναγιώτα για τις χρήσιμες πληροφορίες που μας προσέφερε.

Τέλος νιώθουμε την βαθιά ανάγκη να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στους γονείς μας για την υλική και ψυχολογική στήριξη που μας παρείχαν καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αλκοόλ υπάρχει από την αρχαιότητα συντροφεύοντας τους ανθρώπους σε πολλά γεγονότα και εκδηλώσεις της ζωής τους, αποτελώντας ένα μέρος της καθημερινότητάς τους. Η κατάχρηση της κατανάλωσης όμως του αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει εθισμό και εξάρτηση. Στην περίπτωση αυτή έχουμε το φαινόμενο του αλκοολισμού. Ο αλκοολισμός αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία και ταυτόχρονα κοινωνικό πρόβλημα σε όλο τον κόσμο.

Στην συγκεκριμένη μελέτη, η οποία στηρίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα, επιχειρείται να περιγραφεί το φαινόμενο του αλκοολισμού μέσα από διάφορες πτυχές του. Έμφαση ιδιαίτερη δίνεται στην πρόληψη και τη θεραπεία αυτού, αλλά και στα προβλήματα που μπορεί να δημιουργήσει μέσα στις οικογένειες.

Στην αρχή της μελέτης αυτής παρατίθενται στατιστικά στοιχεία που αφορούν την κατανάλωση του αλκοόλ στην Ελλάδα. Προσεγγίζοντας, μέσω αυτών, τις διαστάσεις του φαινομένου του αλκοόλ στην Ελλάδα γίνεται μια σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο.

Στην συνέχεια γίνεται αναφορά στο φαινόμενο του αλκοολισμού. Παρουσιάζονται αναλυτικά οι αιτίες οι οποίες το προκαλούν και ακολούθως γίνεται περιγραφή των δράσεων του αλκοόλ ως τοξική ουσία στον οργανισμό. Αναλύονται οι οργανικές, νευρολογικές και ψυχιατρικές παθήσεις ως αποτέλεσμα της κατάχρησης. Επίσης αναφέρονται οι επιπτώσεις που έχει η κατάχρηση των οινοπνευματωδών ποτών στην οικογένεια του αλκοολικού. Οι πράξεις του αλκοολικού μέλους γεννούν

και άλλα κοινωνικά προβλήματα και η οικογένεια καλείται να αναλάβει πρωταρχικό ρόλο στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται και στον τομέα της πρόληψης. Αναφέρονται ενδεικτικές προτάσεις που η υλοποίησή τους από αρμόδιους φορείς και κέντρα πρόληψης θα βοηθήσουν αποτελεσματικά στην εξασθένιση του προβλήματος.

Τέλος, παρουσιάζονται οι προτεινόμενες λύσεις για την θεραπεία του αλκοολισμού. Η θεραπευτική κοινότητα εμφανίζεται ως μία αξιόπιστη λύση, στην οποία λειτουργώντας μέσα στα πλαίσιά της οι εξαρτημένοι προσπαθούν να πετύχουν την προσωπική αλλαγή, δηλαδή την αντιμετώπιση του προβλήματος. Επίσης γίνεται αναφορά στην φαρμακολογική και ψυχολογική προσέγγιση για την θεραπεία του αλκοολισμού και παρουσιάζονται τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην Ελλάδα για άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή

Το οινόπνευμα χρησιμοποιήθηκε για την παρασκευή ευφραντικών ποτών, από τους αρχαιότερους κιόλας χρόνους. Ο άνθρωπος έκανε χρήση οينوπνευματούχων ποτών για λόγους διασκέδασης, είτε για να ξεχάσει τα βάσανα, τις πίκρες και τους καημούς του. Εκτός όμως από λόγους εκδηλώσεων και γιορτών το κρασί ήταν συνηθισμένο γιατρικό για εσωτερική και εξωτερική χρήση (Αβραμίδης, 1991 σελ, 82).

Ωστόσο η μετάβαση από την «κοινωνική» στην «προβληματική» κατανάλωση δεν είναι καθόλου σπάνια. Η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών, είναι πολύ διαδεδομένη και οι άνθρωποι καταφεύγουν σ' αυτά όλο και πιο συχνά. Ο τρόπος με τον οποίο είναι διαδεδομένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, όπου δημιουργούνται κοινωνικές πιέσεις, αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού (Ποταμιανός, 1991, σελ.18).

Οι διαστάσεις του αλκοολισμού είναι τεράστιες και το οινόπνευμα αναφέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σαν το ναρκωτικό με τις χειρότερες και μεγαλύτερες συνέπειες, αφού η παρατεταμένη χρήση του προσβάλλει σωματικά, νευρολογικά και ψυχικά τον οργανισμό. Ο μεθυσμένος άνθρωπος χάνει τον αυτοέλεγχο, βγαίνει από τα πλαίσια που έχει χαράξει η λογική, ο ποινικός νόμος, η κοινωνία, η ηθική και λειτουργεί χωρίς αναστολές. Με τον καιρό η κατάχρηση οينوπνευματούχων ποτών , μπορεί να προκαλέσει εθισμό, εξάρτηση, καταναγκαστική χρήση και τοξικομανία, με έντονο το σύνδρομο στέρησης (Αβραμίδης, 1991, σελ83).

Το αλκοόλ αποτελεί μία εύκολη φτηνή και «νόμιμη» λύση στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων και επεκτείνεται σε όλο και μικρότερες

ηλικίες, αφού ένα παιδί μπορεί να το προμηθευτεί οπουδήποτε και οποιαδήποτε ώρα. Ο ρόλος της οικογένειας στη σχέση των νέων με τις ουσίες είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Οι διαταραγμένες συναισθηματικές σχέσεις και οι καθημερινές οικογενειακές συγκρούσεις αναγκάζουν τα νεαρά άτομα να καταφύγουν στις εξαρτησιογόνες ουσίες, όπως είναι το αλκοόλ. Γι' αυτό η οικογένεια πρέπει να καλλιεργεί το αίσθημα εμπιστοσύνης, αλληλεγγύης και σιγουριάς μεταξύ των μελών.

Έναν επίσης πρωταρχικό παράγοντα για την μείωση του αλκοολισμού αποτελεί ο τομέας της θεραπείας όπου η σχέση θεράποντος και θεραπευόμενου πρέπει να χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη και ειλικρίνεια. Ακόμα απαραίτητη είναι και η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος στην προσπάθεια θεραπείας του εξαρτημένου μέλους.

1.2 Σκοπός της μελέτης

Βασικός σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η προσέγγιση και ανάλυση των βασικότερων πτυχών του αλκοολισμού, ενός σοβαρού κοινωνικού προβλήματος. Το αλκοόλ θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες καταστροφής ζωτικών οργάνων. Εξαιτίας του νόμιμου και διαθέσιμου χαρακτήρα του, καθώς και της δημοφιλής θέσης που κατέχει, συνοδεύει την ανθρώπινη ζωή σε όλες τις εκδηλώσεις και δραστηριότητες της.

Επίσης γίνεται ανάπτυξη των αιτιών που ενισχύουν τη δημιουργία μίας αλκοολικής προβληματικής συμπεριφοράς. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του αλκοολικού είναι κυρίως βιολογικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί. Αναλύονται ακόμα οι επιπτώσεις που επιφέρει η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών

στην προσωπικότητα του αλκοολικού ατόμου, στην οικογένεια η οποία κατέχει κεντρικό ρόλο στη ζωή των ανθρώπων , καθώς και στο ευρύτερο περιβάλλον του.

Παράλληλα σκοπός της μελέτης είναι να τονιστεί η σημασία της πρόληψης μέσω της πληροφόρησης κυρίως των νέων καθώς και η σημασία της θεραπείας. Επίσης, να επισημάνει τον σημαντικό ρόλο που κατέχει η οικογένεια για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

1.3 Ορισμοί όρων

Αλκοόλ: Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C_2H_5OH . Ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία αιθυλικής αλκοόλης, η οποία είναι το μόνο είδος που είναι ασφαλές για το άνθρωπο

(Ποταμιανός, 1991). Η αιθυλική αλκοόλη είναι μια νόμιμη ναρκωτική ουσία η οποία παρασκευάζεται βιομηχανικά με δύο τρόπους:

1. Με την προσθήκη νερού στο αιθυλένιο. Το οινόπνευμα που παρασκευάζεται με αυτό τον τρόπο ονομάζεται συνθετικό.
2. Με αλκοολική ζύμωση ορισμένων σακχάρων (Σώκου, 1997, σελ.71).

Αλκοολικός: Σύμφωνα με τον Marty Mann (1950)- από τα ιδρυτικά μέλη του Εθνικού Συμβουλίου για τον Αλκοολισμό των Η.Π.Α- ο αλκοολικός είναι ένα πολύ άρρωστο άτομο, θύμα μιας ύπουλης, προοδευτικής αρρώστιας που συχνά είναι θανατηφόρα (Τσαρούχας, 2000).

Την ίδια χρονιά , σύμφωνα με το *Loosing the Grip* (των J. Kinney και G. Leaton), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, όρισε αλκοολικό το

άτομο του οποίου η συμπεριφορά παρεκκλίνει από τα «πολιτιστικά του πρότυπα» (Τσαρούχας,2000).

Αλκοολισμός: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (W.H.O), θέτει κάποια κριτήρια προσπαθώντας να ορίσει τον αλκοολισμό, τον οποίο θεωρεί ότι είναι: «Κάθε μορφή κατάχρησης αλκοολούχων ποτών η οποία ξεφεύγει από την εθιμική και παραδοσιακή χρήση οινοπνεύματος ή δεν ανταποκρίνεται στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής, ανεξάρτητα από τα αίτια που προκάλεσαν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά (Μάρσελος, 1997).

Σύμφωνα με τον E.M. Jellinek – από τους ανθρώπους που άνοιξαν νέους δρόμους στην πορεία του αλκοολισμού, αλκοολισμός είναι οποιαδήποτε χρήση αλκοολούχων ποτών που προκαλεί οποιαδήποτε βλάβη στο άτομο, στην κοινωνία ή και στα δύο.

Κατάχρηση: Θεωρείται η χρήση μιας ουσίας που δεν ανταποκρίνεται στον παραδεκτό και εκφράζει τη διάθεση μιας κάποιας κοινωνικής αποδοκίμασίας (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 61).

Εθισμός προς κάποια ουσία είναι όταν κάποιος συνηθίζει να τη χρησιμοποιεί, προκειμένου να νιώσει και πάλι το συναίσθημα της ευφορίας ή της χαλάρωσης που αυτή προκαλεί (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 61).

Εξάρτηση: Μπορεί να είναι ψυχολογική, από την ευχαρίστηση ή επιθυμητή επίδραση μιας ουσίας ή σωματική, λόγω των δυσάρεστων συνεπειών που θα έχει ο οργανισμός από τη διακοπή της και οι οποίες οδηγούν σε καταναγκαστική χρήση (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 61).

Σύνδρομο στέρησης ονομάζεται το σύνολο των συμπτωμάτων τα οποία παρατηρούνται στον οργανισμό μετά από τη στέρηση μιας ουσίας, προς την οποία έχει αναπτυχθεί ψυχική ή σωματική εξάρτηση. Τα σωματικά συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου συχνά είναι πολύ δυσάρεστα, βασανιστικά και επικίνδυνα που μπορεί να αποβούν θανατηφόρα και έτσι το άτομο ξαναπαίρνει την ουσία προκειμένου να απαλλαγεί από αυτό το σύνδρομο (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 62).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ελλάδα θεωρείται ως οινοπαραγωγική χώρα από την αρχαιότητα. Το κρασί, κυρίως, συνόδευε σε όλα τα χρόνια της ιστορίας τους Έλληνες και για τον λόγο αυτό από τα αρχαία χρόνια μέχρι και σήμερα γίνονται γιορτές προς τιμήν του. Άρρηκτα συνδεδεμένο με τις παραδόσεις και τα έθιμα, όπως το Πάσχα, η Τσικνοπέμπτη κ.ά, είναι κάτι που διαχρονικά θα μπορούσε να χαρακτηριστεί πως αποτελεί την απόλαυση του Έλληνα. Τα τελευταία χρόνια όμως στην Ελλάδα φαίνεται πως το κρασί δεν αποτελεί την πρώτη επιλογή, καθώς έχει αυξηθεί σημαντικά το ποσοστό κατανάλωσης στα ποτά με μεγάλη περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Γεγονός είναι επίσης πως το αλκοόλ είναι κάτι που υπάρχει στην καθημερινότητα του Έλληνα από μικρή ηλικία, λόγω της ελεύθερης διαθεσίμοτητάς του, με συνέπεια την εύκολη πρόσβαση σε αυτό. Σημαντικό όμως είναι να καταγραφεί η ποσότητα που αυτός καταναλώνει για να γίνει κατανοητό αν το αλκοόλ αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στον Ελληνικό χώρο. Ο καλύτερος τρόπος για να περιγραφεί αυτό είναι μέσα από τα αποτελέσματα διαφόρων ερευνών και μελετών που γίνονται με θέμα το αλκοόλ, όπως αυτές που ακολουθούν στην συνέχεια και προσπαθούν να περιγράψουν με τον καλύτερο τρόπο το φαινόμενο του αλκοόλ στην Ελλάδα.

2.1 Ιστορική αναδρομή του αλκοόλ

Αρχαία Ελλάδα

Η τέχνη της οινοποιίας κατέληξε στην Ελλάδα γύρω στο 2000 π.Χ. . Ωστόσο δεν ήταν αυτό το πρώτο αλκοολούχο ποτό, καθώς προϋπήρχε ένα

ποτό που ήταν πολύ δημοφιλές, το υδρομέλι, μια ζύμωση μεταξύ νερού και μελιού. Για το συγκεκριμένο ο Αριστοτέλης αναφέρει πως ήταν το πιο δημοφιλές κατά τον χρυσό αιώνα. Από το 1700 π.Χ. και ύστερα η οινοποσία λαμβάνεται ως στοιχείο της καθημερινότητας των αρχαίων Ελλήνων. Πλέον αποτελούσε αναπόσπαστο μέρος και των θρησκευτικών τελετών, της ιατρικής και σημαντικότερο στοιχείο της φιλοξενίας. Σύγχρονοι συγγραφείς παρατήρησαν πως το ότι η Ελλάδα ήταν ένας από τους πιο εύκρατους πολιτισμούς της αρχαιότητας οφείλεται και στους κανόνες που είχαν θεσπίσει για το αλκοόλ. Αυτοί προέβλεπαν την μέτρια κατανάλωση του αλκοόλ, κατί που τηρούσαν πάντα. Τη μόνη εξαίρεση σε αυτή τους τη μετροπάθεια αποτελούσε η λατρεία του Διόνυσου, του θεού του κρασιού. Οι αρχαίοι Έλληνες ήταν σπάνιο να βρεθούν σε κατάσταση μέθης. Αυτό γινόταν μόνο στα συμπόσια και σε κάποιες εκδηλώσεις. Τα συμπόσια, συγκεντρώσεις ανδρών για συνομιλία και ψυχαγωγία προέβλεπαν πάντοτε κρασί. Μετά το 425 π.Χ. όμως υπήρχαν συχνότερες προειδοποιήσεις για να επιδείξουν εγκράτεια στα συμπόσια και να μην περιέρχονται σε κατάσταση μέθης όπως είχαν συνηθίσει πλέον. Ο Ξενοφώντας και ο Πλάτωνας εξήραν την μέτρια χρήση του οίνου ως ευεργετική για την υγεία και την ευτυχία. Αυτό συνέβη περισσότερο γιατί είχε αρχίσει να γίνεται πρόβλημα ο αλκοολισμός και πρότειναν αυτό έχοντας ως κριτήριο το ποσοστό της μέθης που όλο και αυξανόταν. Επίσης, ο Ιπποκράτης, που έζησε εκείνη την περίοδο, είναι αυτός που εντόπισε πολλές από τις φαρμακευτικές του ιδιότητες του κρασιού, που χρησιμοποιήθηκαν στο μέλλον. Τέλος, αυτοί που έγιναν γνωστοί από την αρχαία Ελλάδα για την τάση που είχαν προς τη μέθη ήταν οι Μακεδόνες. Η ακράτεια που έδειχναν προς το αλκοόλ θεωρούταν ως ένδειξη ανδρείας. Αυτός που λάτρευε το αλκοόλ και ερχόταν συχνά σε κατάσταση μέθης ήταν ο Μέγας Αλέξανδρος, λόγω και της μεγάλης λατρείας του προς τον θεό Διόνυσο. (Wikipedia, 2008)

Μεσσαίωνα

Στην μεσαιωνική περίοδο επιτυγχάνεται για πρώτη φορά η απομόνωση της αιθανόλης από μουσουλμάνους χημικούς που ανέπτυξαν την τέχνη της απόσταξης. Για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια του 8^{ου} με 9^{ου} αιώνα παράγεται καθαρό αποσταγμένο αλκοόλ. Για το κρασί, ο Geber (721 – 815) παρατήρησε πως όταν το κρασί θερμαίνεται κυκλοφορούν κάποια εύφλεκτα αέρια, τα οποία χαρακτήρισε άχρηστα, αλλά τελικά είχαν μεγάλη σημασία για την επιστήμη. Αυτό φάνηκε στην συνέχεια, καθώς ο Al Razi (864 – 930) τα χρησιμοποίησε στην ιατρική. Ο Πέρσης ιατρός και επιστήμονας Rhazes (865–925) είναι αυτός που ανακάλυψε τις τεχνικές της απόσταξης . (Wikipedia, 2008)

Σύγχρονη περίοδος

Στην σύγχρονη περίοδο, το αλκοόλ θεωρήθηκε από διαμαρτυρόμενους ηγέτες, όπως ο Martin Luther, ο John Galvins, ως δώρο θεού, απλά με την προϋπόθεση πως πρέπει να χρησιμοποιείται με μέτρο για την ευχαρίστηση, την απόλαυση και την υγεία. Κατά τη διάρκεια του 17^{ου} αιώνα η εξάπλωση του αλκοόλ ήταν πολύ μικρή. Τότε εμφανίστηκε για πρώτη φορά η σαμπάνια, στην οποία χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά και φελλός σε μπουκάλι, και το ουίσκι, που προϋπήρχε στην Σκωτία και την Ιρλανδία περίπου δυο αιώνες αλλά δεν ήταν γνωστό στον υπόλοιπο κόσμο. Στην συνέχεια ανακαλύπτεται το τζιν, καθώς και άλλα αλκοολούχα ποτά, κάτι που κάνει τις κυβερνήσεις να στρέψουν τους ανθρώπους προς την παραγωγή αυτών για λόγους κέρδους. Με την εξάπλωση όμως των αλκοολούχων ποτών έχουμε και την εξάπλωση του φαινομένου του αλκοολισμού. Σε αυτό συνέβαλαν και άλλα προβλήματα που παρουσιάστηκαν εκείνη την εποχή, όπως η ανεργία και η φτώχεια. Από

εκείνη λοιπόν την περίοδο ξεκινούν αντιδράσεις κατά του αλκοολισμού λόγω των κοινωνικών προβλημάτων που άρχισαν να δημιουργούνται εξαιτίας του. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα υπήρξε και η ποτοαπαγόρευση στην Αμερική, μέτρο το οποίο δεν έφερε τα επιθυμητά για την κυβέρνηση αποτελέσματα καθώς υπήρξε μεγάλη άνοδος του λεθρεμπορίου και έτσι ο νόμος αυτός καταργήθηκε μετά από λίγα χρόνια.(Wikipedia, 2008)

2.2 Η πορεία του αλκοόλ στη σύγχρονη Ελλάδα και στατιστικά στοιχεία

Μια από τις πιο πρόσφατες έρευνες που διενεργήθηκε σε πανελλήνιο επίπεδο και αφορούσε το αλκοόλ ήταν αυτή του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ, το 2004, με την χρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ. Η έρευνα αυτή αφορούσε άτομα ηλικίας 12-64 ετών. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή παρουσιάζεται το 74,9% των Ελλήνων να έχει πιεί κάποιο οινοπνευματώδες ποτό μέσα στον τελευταίο χρόνο. Επίσης το 29,8% του πληθυσμού αναφέρει ότι πίνει αλκοόλ 2-3 φορές την εβδομάδα ή ακόμα και συχνότερα. Οι άνδρες εμφανίζονται να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ σε σύγκριση με τις γυναίκες με αναλογία το 3 προς 1. Όσον αφορά τον παράγοντα της ηλικίας, στους άνδρες παρατηρείται άνοδος του επιπέδου κατανάλωσης αλκοόλ παράλληλα με την αύξηση αυτής, ενώ στις γυναίκες υπάρχουν αυξομειώσεις μεταξύ των διαφορετικών ηλικιών. Η μεγαλύτερη χρήση του αλκοόλ, σημειώνεται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 36 ετών όπου το 31,3% δηλώνει ότι έχει πιεί πάνω από 10 φορές τον τελευταίο μήνα. Σε αντίθεση με αυτό, τα υψηλότερα ποσοστά υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης και στα δυο φύλα εμφανίζεται στην ηλικία των 18-24 ετών. Επίσης σύμφωνα με στοιχεία της ίδιας έρευνας, η συχνή χρήση αλκοόλ δείχνει να είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, σε

αντίθεση με τα αστικά κέντρα , την Θεσσαλονίκη και την Αττική όπου το ποσοστό είναι μικρότερο. Τέλος ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο που αντλείται από την έρευνα αυτή είναι πως το 16,4% του πληθυσμού δήλωσε πως κατά το τελευταίο εξάμηνο οδήγησε 1-2 φορές ύστερα από κατανάλωση τριών ή περισσότερων ποτών, ενώ το 6% ύστερα από τουλάχιστον έξι ποτά. Τα ποσοστά αυτά οφείλονται περισσότερο στους άνδρες. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006)

Μια ακόμα έρευνα που διενεργήθηκε στην Ελλάδα από το τμήμα οργάνωσης και διοίκησης του Πανεπιστημίου Αθηνών, σε δείγμα 300 ατόμων, αφορούσε την προτίμηση στα οινοπνευματώδη ποτά. Στις ηλικίες 18-24 ετών το 72,5% των ερωτηθέντων έδειξε προτίμηση στα οινοπνευματώδη ποτά όπως το ουίσκι, η βότκα, το τζιν και άλλα, το 12,5% ποτά όπως το ούζο και το τσίπουρο ενώ περιορισμένο ήταν το ποσοστό που αφορούσε το κρασί και την μύρα. Στην αμέσως επόμενη ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών , οι οποίοι καταναλώνουν λιγότερη ποσότητα αλκοόλ σε σύγκριση με την προηγούμενη ηλικιακή ομάδα, η προτίμηση παραμένει στα οινοπνευματώδη ποτά όπως το ουίσκι και η βότκα σε ποσοστό 62%. Αυξάνεται σημαντικά όμως το ποσοστό κατανάλωσης κρασιού που φθάνει το 18%. Αντίστοιχα με αυτά τα ποσοστά είναι και αυτά που εμφανίζονται στην ηλικιακή ομάδα των 35-44 ετών. Στην τελευταία ηλικιακή ομάδα των 45 – 65 ετών η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ εμφανίζεται ακόμα πιο μειωμένη, ενώ τα άτομα αυτής της ηλικίας δείχνουν προτίμηση κυρίως στο κρασι όπου το ποσοστό ανέρχεται πλέον στο 65%. Επίσης ένα τελευταίο στοιχείο το οποίο εμφανίζεται από την έρευνα αυτή είναι πως σημαντικό παράγοντα για την επιλογή ενός ποτού αποτελεί η τιμή. Το ποσοστό των ατόμων που υποστήριξαν αυτό φθάνει το 80%, με το 60% να εμφανίζεται πως θα προτιμούσε ένα ποτό φθηνότερο από ότι ένα πιο ακριβό. Οι προτιμήσεις

αυτές φανερώνονται και από έρευνα που υλοποίησε η εταιρεία ICAP πάνω στις πωλήσεις των αλκοολούχων ποτών από το 1999- 2003. Συγκεκριμένα το ούισκι κατέχει το υψηλότερο ποσοστό με 40,4% στην συνολική εγχώρια κατανάλωση και ακολουθείται από το ούζο με 25,7%. Επίσης , κατά τη διάρκεια αυτής της πενταετίας η συνολική αγορά παρουσίασε μέσο ετήσιο αριθμό αύξησης 0,6%. Μια νέα κατηγορία που παρουσιάζει υψηλότερους ρυθμούς αύξησης είναι τα μείγματα ποτών (αλκοούχα αναψυκτικά). Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. του 2003, η κατανάλωση αυτού του είδους αλκοολούχων ποτών κλιμακώνεται ως εξής τα τελευταία χρόνια:

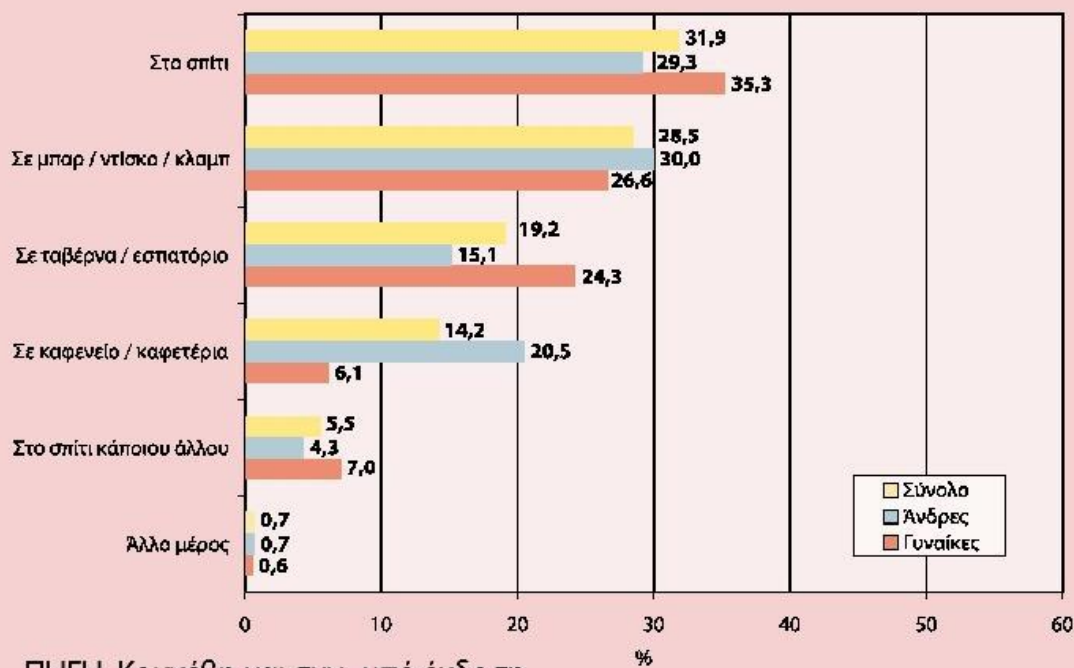
- 1981 = 39.168.000 λίτρα
- 1991 = 53.073.000 λίτρα
- 2001 = 62.649.000 λίτρα

Φανερώνεται λοιπόν μέσα σε είκοσι χρόνια μια αύξηση της τάξεως του 62,9 % . (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2003 , Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006)

Χώροι κατανάλωσης αλκοόλ

Έρευνες που έγιναν στον ελληνικό πληθυσμό είχαν και σαν στόχο τους να αναδείξουν τους χώρους στους οποίους καταναλώνεται κυρίως το αλκοόλ στην Ελλάδα. Οι Έλληνες φαίνεται να συνδιάζουν σε μεγάλο βαθμό την διασκέδαση τους με το αλκοόλ κάτι που γίνεται αντιληπτό από το γεγονός πως τους πιο συνηθισμένους χώρους κατανάλωσης αυτού, αποτελούν τα μπαρ, οι ντίσκο και τα εστιατόρια. Αυτό το στοιχείο αναδεικνύουν και οι δύο ακόλουθοι πίνακες που παρουσιάζουν τους χώρους κατανάλωσης αλκοόλ ανάλογα με το φύλο και την ηλικία.

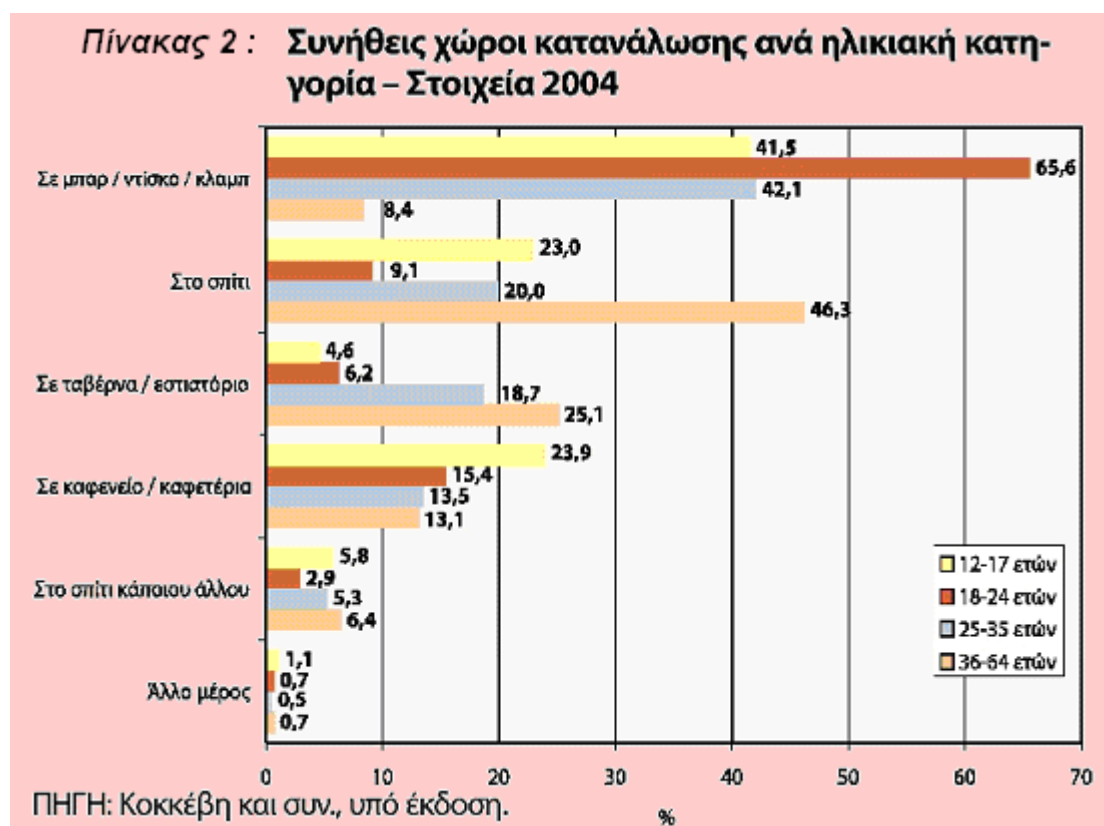
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συνήθειες χώροι κατανάλωσης οινοπνευματωδών, ανά σύνολο και φύλο – Στοιχεία 2004



Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1 ο ένας στους τρεις ερωτώμενους καταναλώνει οινοπνευματώδη στο σπίτι (31,9%) ή στο σπίτι κάποιου άλλου (5,5%), ενώ η πλειοψηφία των ερωτωμένων (ποσοστό 61,9%) αναφέρει κατανάλωση οινοπνευματωδών εκτός σπιτιού και κυρίως σε χώρους διασκέδασης όπως σε μπαρ,σε ντίσκο,σε κλαμπ (28,5%),σε ταβέρνα και σε εστιατόριο (19,2%) και σε καφενείο και καφετέρια (14,2%).

Οι γυναίκες αναφέρουν κατανάλωση οινοπνευματωδών στο σπίτι σε υψηλότερο ποσοστό από τους άνδρες (42,3% και 33,6%,αντίστοιχα), οι οποίοι αναφέρουν κατανάλωση οινοπνευματωδών κυρίως σε χώρους διασκέδασης και ιδιαίτερα σε μπαρ,ντίσκο και κλαμπ (30%). Όσον αφορά την κατανάλωση οινοπνευματωδών στους διάφορους χώρους διασκέδασης, οι γυναίκες συνήθως καταναλώνουν οινοπνευματώδη σε χώρους οι οποίοι δεν αποτελούν μέρη αποκλειστικής κατανάλωσης

αλκοόλ, όπως οι ταβέρνες και τα εστιατόρια, ως συνοδευτικό του φαγητού, ενώ οι άνδρες προτιμούν σε μεγαλύτερο ποσοστό να καταναλώνουν οινοπνευματώδη στους χώρους διασκέδασης όπως στα μπαρ, σε ντίσκο και κλαμπ, καθώς και στο καφενείο και σε καφετέριες.



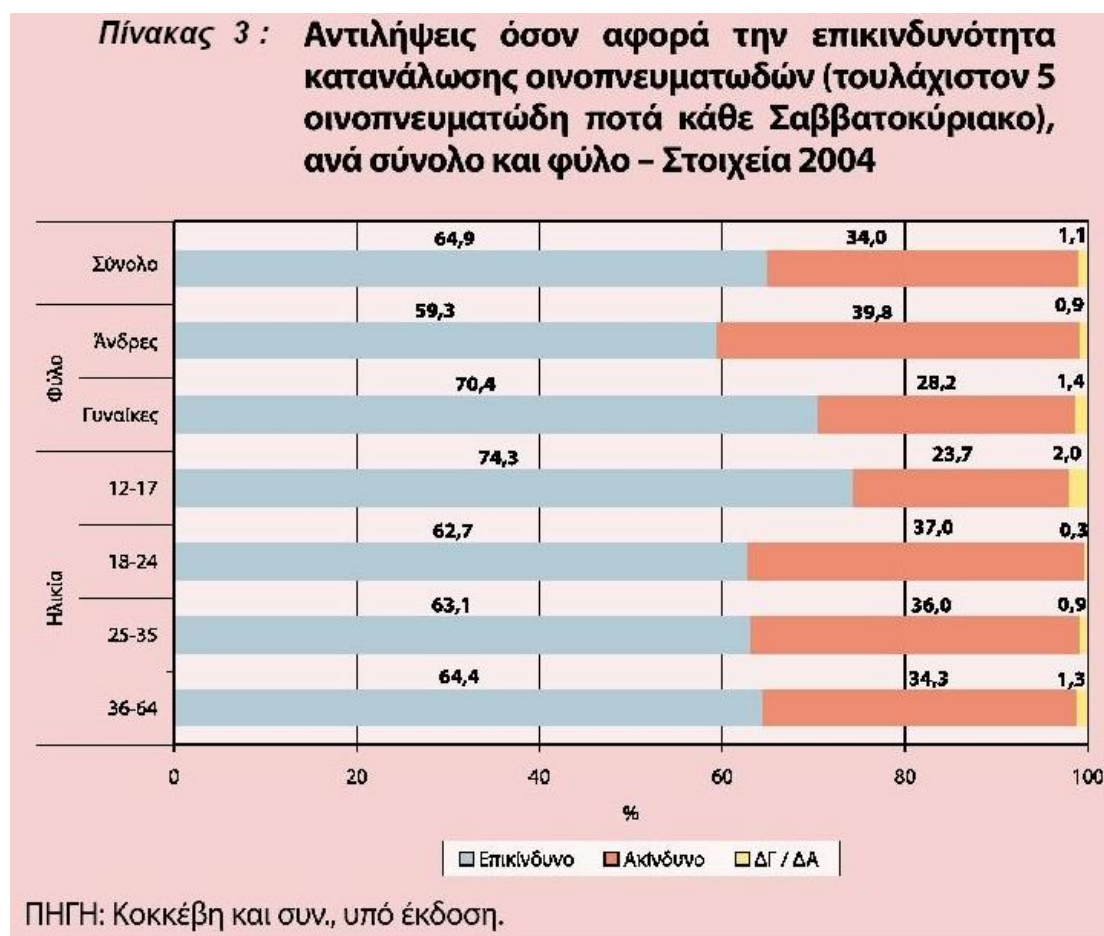
Επίσης, διαφοροποίηση στους τόπους κατανάλωσης οινοπνευματωδών εμφανίζεται μεταξύ ατόμων διαφορετικών ηλικιών (πίνακας 2). Τα πιο νεαρά άτομα καταναλώνουν αλκοόλ σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στους χώρους διασκέδασης, και κυρίως στους χώρους αποκλειστικής κατανάλωσης οινοπνευματωδών (μπαρ, κλαμπ), ενώ αντίθετα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας καταναλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό στο σπίτι ή σε ταβέρνες και εστιατόρια. Ο διαφορετικός τρόπος διασκέδασης, ο οποίος φαίνεται να

καθορίζει τον τόπο της κατανάλωσης οινοπνευματωδών, αποτελεί ίσως μια πιθανή εξήγηση αυτής της διαφοροποίησης. Ένα σημαντικό στοιχείο που προκύπτει από την παραπάνω ανάλυση είναι οι απαντήσεις των εφήβων. Σύμφωνα με αυτές, η μεγάλη πλειοψηφία των εφήβων, με ποσοστό 65,4%, καταναλώνει οινοπνευματώδη σε χώρους όπου σύμφωνα με το νόμο απαγορεύεται η κατανάλωση οινοπνευματωδών από άτομα ηλικίας κάτω των 17 ετών. Το ποσοστό μεγαλώνει ακόμα περισσότερο, αν προστεθεί σε αυτό και το 4,6% που αναφέρει ότι καταναλώνουν οινοπνευματώδη σε ταβέρνες και εστιατόρια. Όπως και να έχουν τα πράγματα, το γεγονός χρήζει ιδιαίτερης προσοχής τόσο από τους υπεύθυνους εφαρμογής της νομοθεσίας όσο και από αυτούς που χαράσσουν πολιτική, πόσο μάλλον από αυτούς που σχεδιάζουν και υλοποιούν προγράμματα πρόληψης, έτσι ώστε να γίνει μια συντονισμένη προσπάθεια προστασίας των νέων από την πρόωμη και υπέρμετρη κατανάλωση οινοπνευματωδών. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2007)

Αντιλήψεις για την επικινδυνότητα του αλκοόλ

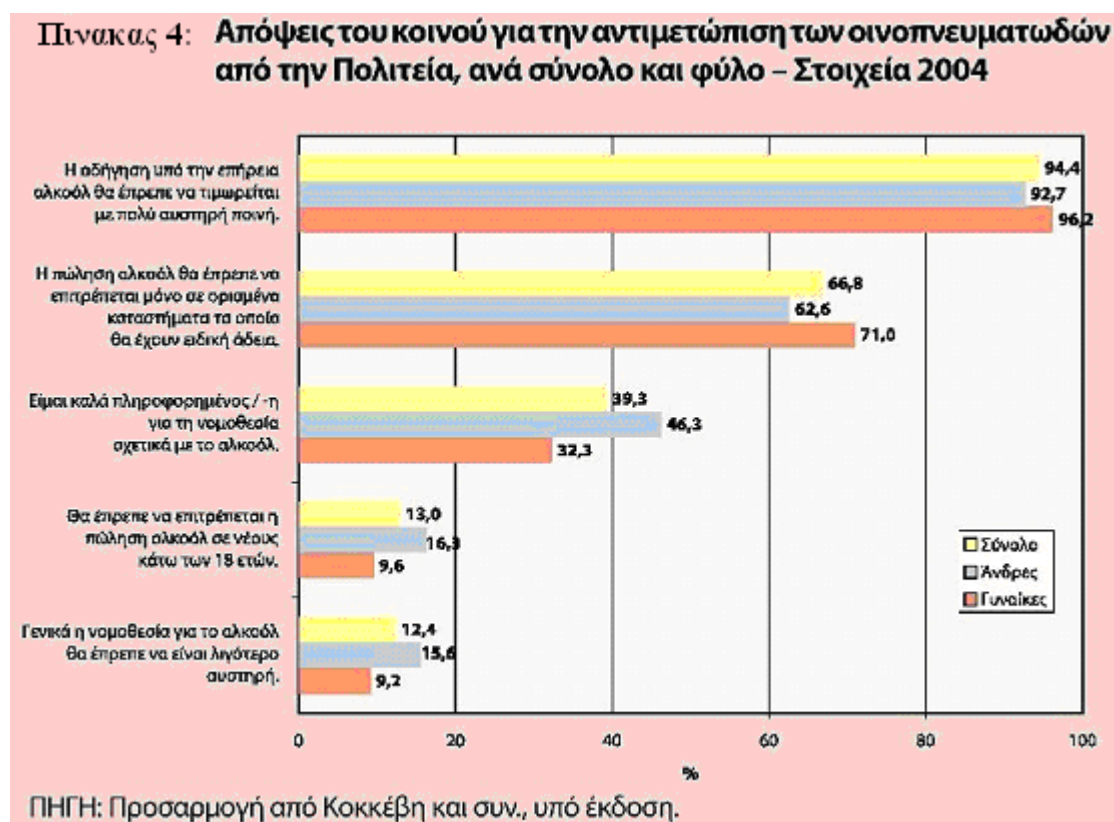
Περισσότεροι από 6 στους 10 ερωτώμενους (64,9%) θεωρούν επικίνδυνη την κατανάλωση οινοπνευματωδών (τουλάχιστον πέντε (5) οινοπνευματώδη ποτά κάθε Σαββατοκύριακο σε καθημερινή βάση). Αντίθετα, το 34% θεωρούν ότι αυτή η κατανάλωση είναι ακίνδυνη, ενώ, τέλος, το 1,1% των ατόμων δεν διατυπώνουν σαφή άποψη για το ζήτημα. Το ποσοστό των γυναικών που θεωρούν επικίνδυνη την κατανάλωση οινοπνευματωδών είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των ανδρών (70,4% και 59,3% αντίστοιχα) (πίνακας 3). Με εξαίρεση τα άτομα της ηλικιακής κατηγορίας 12-17 ετών, τα οποία θεωρούν επικίνδυνη την κατανάλωση σε υψηλότερο ποσοστό από όλους τους υπόλοιπους, όσον αφορά τα άτομα των άλλων ηλικιακών κατηγοριών, η αντίληψη για την επικινδυνότητα της κατανάλωσης οινοπνευματωδών

είναι παρόμοια, με μια μικρή τάση αύξησης που είναι ανάλογη με την αύξηση της ηλικίας. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. , 2007)



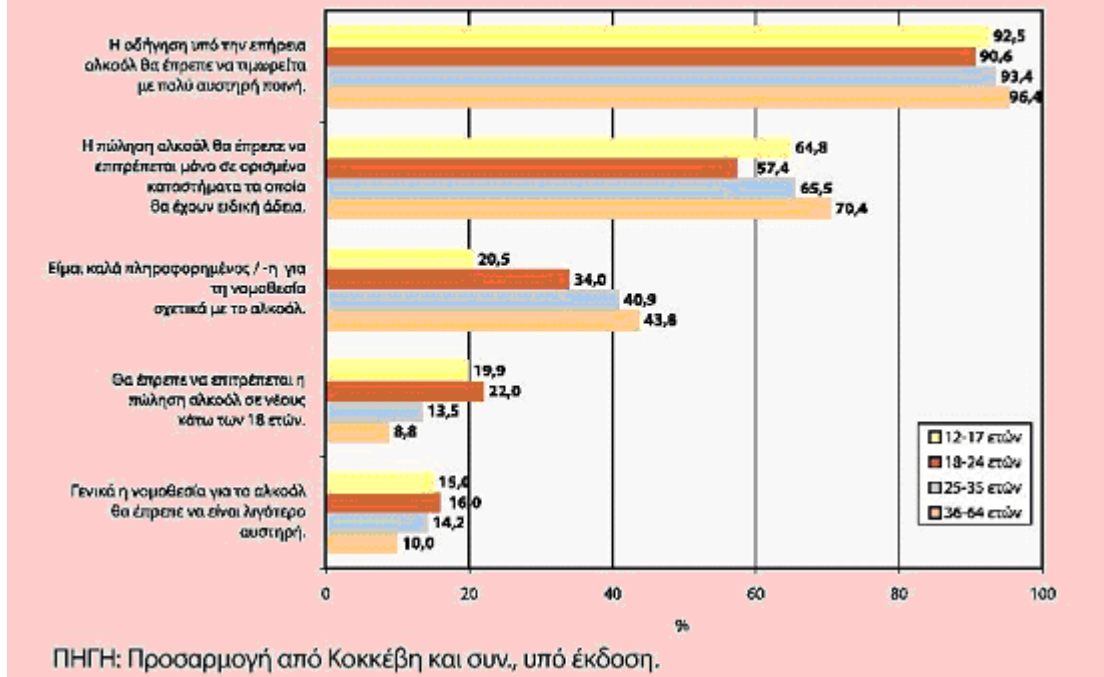
Τέλος, οι αντιλήψεις του κοινού όσον αφορά την αντιμετώπιση της κατανάλωσης οινοπνευματωδών από την Πολιτεία παρουσιάζουν μια σχετικά αυστηρή εικόνα. Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι (94,4%) συμφωνούν με την άποψη ότι πρέπει να τιμωρείται αυστηρά η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, ενώ περίπου 7 στους 10 συμφωνούν με την πώληση οινοπνευματωδών μόνο από ορισμένα καταστήματα, τα οποία θα έχουν ειδική άδεια πώλησης. Αντίθετα, μόνο το 13% των ερωτωμένων συμφωνούν με την ελαστικότερη αντιμετώπιση της κατανάλωσης

οινοπνευματωδών, όπως η πώληση αλκοόλ σε εφήβους, ενώ το 12,4% των ερωτωμένων θεωρούν ότι η νομοθεσία σχετικά με τα οινοπνευματώδη θα έπρεπε να είναι λιγότερο αυστηρή από την ισχύουσα, για την οποία, όπως εμφανίζεται από τις απαντήσεις των ερωτωμένων, μόλις 2 στους 5 αναφέρουν ότι είναι ενήμεροι (πίνακας 4).



Σε γενικές γραμμές, οι άνδρες είναι υπέρ της ηπιότερης αντιμετώπισης της χρήσης οινοπνευματωδών σε υψηλότερο ποσοστό από ότι οι γυναίκες (πίνακας 4). Παρομοίως οι νεαροί έφηβοι 18-24 ετών τείνουν περισσότερο υπέρ της εφαρμογής μιας ηπιότερης αντιμετώπισης στην κατανάλωση οινοπνευματωδών, σε αντίθεση με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τα οποία είναι υπέρ της εφαρμογής αυστηρότερων μέτρων. (πίνακας 5)

Πίνακας 5: Απόψεις του κοινού για την αντιμετώπιση των οινοπνευματωδών από την Πολιτεία, ανά ηλικιακή κατηγορία – Στοιχεία 2004



Κατανάλωση αλκοόλ από μαθητές

Σημαντικά στοιχεία για τη χρήση του αλκοόλ στο μαθητικό πληθυσμό αντλούμε από την έρευνα του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ που υλοποιήθηκε το 2003 σε πανελλήνιο επίπεδο και αφορούσε την χρήση οινοπνευματωδών ποτών και ουσιών. Σύμφωνα με αυτή, στην οποία λαμβάνουν μέρος μαθητές 14-17 ετών με αντιπροσωπευτικό δείγμα 8.457, το 95,8% φέρεται να έχει δοκιμάσει κάποιο οινοπνευματώδες ποτό, ενώ το 38,5% ότι έχει πιεί τουλάχιστον 40 φορές αλκοόλ σε όλη του τη ζωή. Επίσης 3 στους 10 εφήβους φαίνεται να έχουν καταναλώσει 20 ή και περισσότερες φορές κάποιο ποτό μέσα στον τελευταίο χρόνο και το 15,9% 10 φορές τουλάχιστον τον τελευταίο μήνα. Ο ρυθμός κατανάλωσης αυξάνει με την ηλικία και παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και στις περιπτώσεις εκείνες της υπερβολικής ανά

περίσταση κατανάλωσης οινοπνευματωδών και των περιστατικών μέθης που επικρατεί η ίδια περίπου κατάσταση, με τα ποσοστά των αγοριών και των εφήβων μεγαλύτερης ηλικίας να απέχουν σημαντικά από τα ποσοστά των κοριτσιών και εφήβων μικρότερης ηλικίας. Όσον αφορά την προτίμηση των μαθητών πρώτα βρίσκονται τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά που σημειώνουν 35,9% και ακολουθεί η μπύρα με 26,5% , ενώ το κρασί αγγίζει το 22,4% . Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια , τα ποτά χαμηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ φαίνεται να βρίσκονται αρκετά ψηλά στις προτιμήσεις των εφήβων. Η μέση ηλικία πρώτης δοκιμής που αφορά την μπύρα είναι τα 12,9 έτη και για τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά, όπως το ουίσκι και η βότκα , τα 14,2 έτη. Η πρώτη δοκιμή για τα αγόρια πραγματοποιείται κατά μέσο όρο έξι μήνες νωρίτερα από τα κορίτσια, ενώ τα πρώτα περιστατικά μέθης παρατηρούνται κατά μέσο όρο στα 14,8 έτη. Σχετικά με τον χώρο κατανάλωσης και πιο συγκεκριμένα στην ερώτηση που αφορά την τελευταία φορά που ήπια κάποιο αλκοολούχο ποτό, 1 στους 3 εφήβους απάντησε ότι βρισκόταν εκτός σπιτιού, και ειδικότερα το 30,7% σε κλαμπ και το 26,9% σε μπαρ. Τα παραπάνω στοιχεία συμπίπτουν με αντίστοιχα ευρήματα προηγούμενης έρευνας σύμφωνα με τα οποία η πλειοψηφία των μαθητών ανέφερε πως τους απαγορευόταν να πίνουν στο σπίτι τους. Με βάση αυτά τα στοιχεία εντοπίζεται και η αδυναμία της ισχύουσας νομοθεσίας σχετικά με την απαγόρευση διάθεσης και κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών από ανήλικους στα κέντρα διασκέδασης. Σημαντικός είναι ο αριθμός των εφήβων που δηλώνει ότι οι φίλοι και τα αδέρφια τους καταναλώνουν αλκοόλ στο σπίτι, σε ποσοστό 60,4% και 60,2% αντίστοιχα. Χαρακτηριστικό είναι και το ποσοστό του 67,1% των εφήβων που αναγνωρίζει τους κινδύνους της καθημερινής κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών (4-5 ποτά ημερησίως) , ποσοστό όμως που μειώνεται σε 44,9% όσον αφορά την

πόση 5 ή περισσότερων ποτών κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου. Τα αγόρια φαίνεται να μην έχουν υψηλή αίσθηση του κινδύνου κατανάλωσης αλκοόλ σε σύγκριση με τα κορίτσια. Στην πλειοψηφία τους οι έφηβοι συνδέουν την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ με την πρόκληση διαφόρων προβλημάτων, όπως τροχαία ατυχήματα, προβλήματα υγείας, παραβατική συμπεριφορά, προβλήματα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Παρόλα αυτά, οι έφηβοι πιστεύουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ έχει περισσότερο θετικές επιδράσεις. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των μαθητών σημειώνει πως συνδέει την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών με την διασκέδαση, σε ποσοστό 71,9%, με το γεγονός ότι θα γίνουν πιο κοινωνικοί και ομιλητικοί το 63,7%, πιο χαρούμενοι το 59,1% και πιο χαλαροί το 51,9%. Σημαντικό είναι πως το 57,6% των εφήβων αναφέρει σαν αρνητική επίδραση του αλκοόλ την αδιαθεσία της επόμενης μέρας, ενώ μόλις 16,3% αναφέρει το φόβο της εξάρτησης από αυτό. Οι κυριότεροι λόγοι αποφυγής της κατανάλωσης του για τους εφήβους, είναι η πρόκληση σοβαρών ατυχημάτων με ποσοστό 92,4%, η διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων με 88% και οι επιπτώσεις στην υγεία με 87,6%. Σε μικρότερα ποσοστά αναφέρεται η βίαιη συμπεριφορά και οι αρνητικές του συνέπειες ενώ ακόμα μικρότερο ποσοστό για την τιμή και για θρησκευτικούς λόγους. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2005)

Επίσης, σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. του 2005 για την κατάσταση των οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα φαίνεται ότι σε σχέση με την τελευταία εικοσαετία η κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με μια μικρή εξαίρεση το 1998 που υπήρχε μια μικρή μείωση. Αντιθέτως, σε ότι αφορά τη μέθη, οι ρυθμοί αυξάνονται κατά τη δεκαετία 1993 – 2003. Τέλος, με την πάροδο των χρόνων οι νέοι τυγχάνουν καλύτερης ενημέρωσης για ότι αφορά τους

κινδύνους που εγκυμονεί η κατανάλωση αλκοόλ, όπως δηλώνουν οι ίδιοι. Τα παραπάνω στοιχεία συνάδουν και με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την ESPAD το 2003 στην Ευρώπη και συγκεκριμένα στο μαθητικό πληθυσμό, σχετικά με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2005)

Οδήγηση υπό την επήρεια του αλκοόλ

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουμε από τη Διεύθυνση Τροχαίας του Αρχηγείου της Ελληνικής Αστυνομίας, οι έλεγχοι και οι διαπιστώσεις οι οποίοι πραγματοποιήθηκαν μέσα στο 2006 και αφορούν την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, καθώς και η σύγκρισή τους με την προηγούμενη τριετία (2003-2005), παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

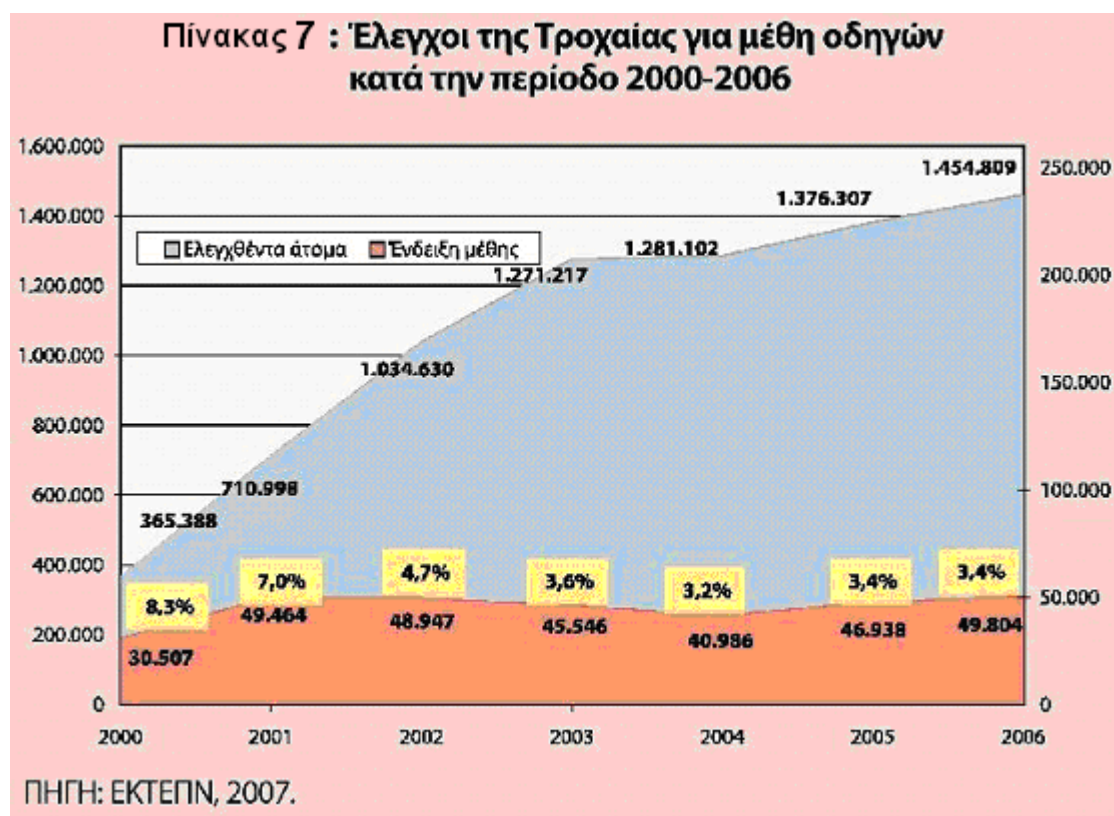
Πίνακας 6 : Έλεγχοι της Τροχαίας για μέθη οδηγών

	2003 N	2004 N	2005 N	2006 N
Έλεγχοι	53.659	57.297	59.616	58.982
Ελεγχθέντα άτομα	1.271.217	1.281.102	1.367.307	1.454.809
Ένδειξη μέθης	45.546	40.986	46.938	49.804
Πλημμελήματα	7.124	6.751	6.864	7.381
Αυτόφωρα	3.914	3.514	3.641	3.728
Μηνύσεις	3.210	3.237	3.223	3.653
Πταίσματα	38.422	34.235	40.074	42.423
0,10-0,24 mgr/l ή 0,20-0,49 mg/l	4.793	3.836	4.850	5.110
0,25-0,40 mgr/l ή 0,50-0,80 mg/l	22.800	20.931	24.662	26.058
0,41-0,60 mgr/l ή 0,81-1,10 mg/l	10.829	9.468	10.562	11.255

ΠΗΓΗ: Ελληνική Αστυνομία, 2004, 2005, 2006, 2007.

Το 2006 ο αριθμός των ελέγχων είναι παρόμοιος, ελαφρώς μειωμένος, με τον αντίστοιχο του 2005. Αντίθετα, ο αριθμός των ελεγχθέντων ατόμων είναι μεγαλύτερος από όλα τα έτη. Επίσης, ο αριθμός των ατόμων που βρέθηκαν να οδηγούν υπό την επήρεια οινοπνεύματος (απόλυτος αριθμός) είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη, παρ' όλα αυτά, το ποσοστό αυτών των ατόμων, επί του

συνόλου των ελεγχθέντων ατόμων, είναι ίδιο με το αντίστοιχο ποσοστό του 2005. Στον πίνακα 7 παρουσιάζεται η διαχρονική σύγκριση του αριθμού των ελεγχθέντων ατόμων και των διαπιστώσεων «μέθης» κατά την περίοδο 2000-2006. Όσον αφορά τον αριθμό των ελεγχθέντων ατόμων, εμφανίζεται συνεχής και σημαντική αύξηση από το 2000 έως σήμερα, ενώ, όσον αφορά τα περιστατικά με ένδειξη μέθης παραμένουν σταθερά κατά την τελευταία εξαετία. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2007)



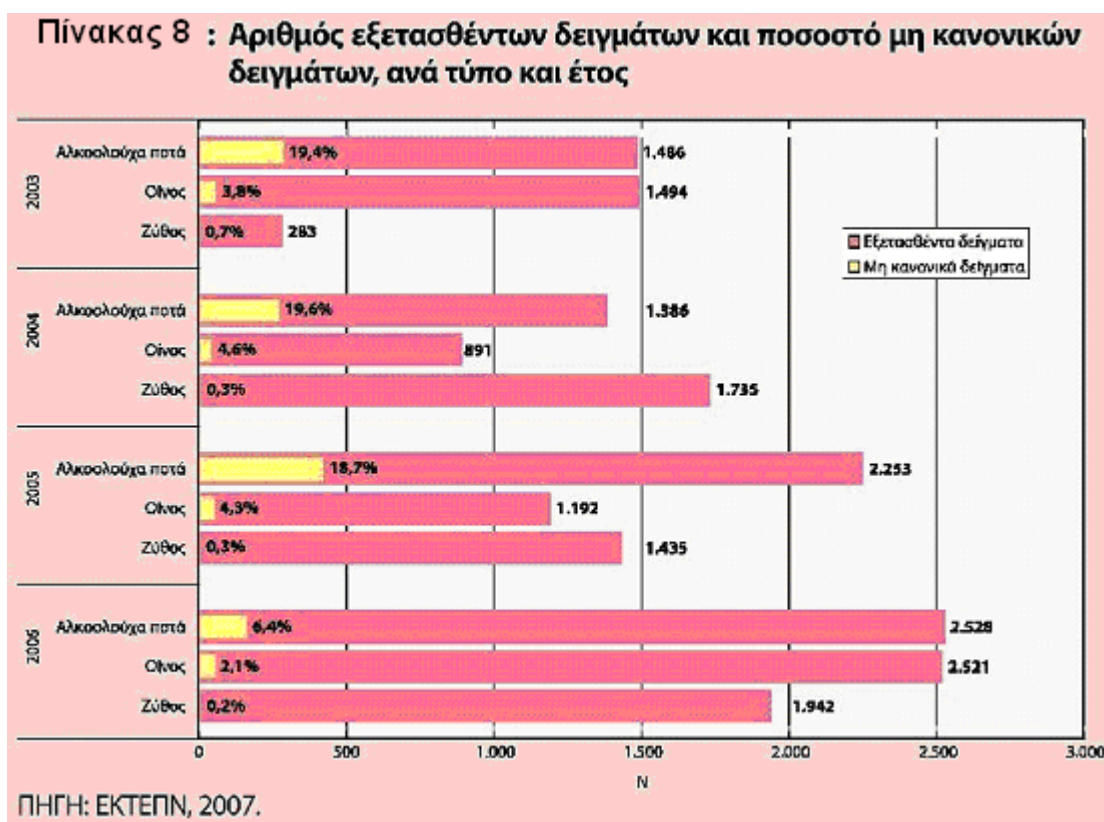
Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας, παρατηρείται μείωση των τροχαίων ατυχημάτων κατά την περίοδο 2005-2006. Ειδικότερα, ο αριθμός των τροχαίων το 2005 ήταν 16.660, ενώ το 2006 είναι 15.652.

Το 2006, σύμφωνα με τα στοιχεία της Διεύθυνσης Τροχαίας, έγιναν 1.357 θανατηφόρα τροχαία στο σύνολο της επικράτειας. Από αυτά τα 345 οφείλονται στη μέθη (25,4%). Το υψηλότερο ποσοστό θανατηφόρων

τροχαίων τα οποία οφείλονται σε μέθη (σε σχέση με το συνολικό αριθμό θανατηφόρων σε κάθε περιοχή) εμφανίζεται στην περιοχή της Δυτικής Μακεδονίας (37,5%) και της Κεντρικής Μακεδονίας (34,3%), ενώ το χαμηλότερο ποσοστό εμφανίζεται στην περιοχή της Στερεάς Ελλάδας (14,9%). Αντιθέτως, το 2005, το υψηλότερο ποσοστό εμφάνισε η περιοχή του Βορείου Αιγαίου (37,5%) και ακολουθούσε η περιοχή της Κεντρικής Μακεδονίας (37%). Στην περιοχή της Αττικής κατεγράφησαν 82 θανατηφόρα ατυχήματα οφειλόμενα σε μέθη (22,5%).

Έλεγχοι καταλληλότητας των αλκοολούχων ποτών

Ένα επιπλέον σημαντικό στοιχείο σχετικά με τα οινοπνευματώδη είναι αυτό της ποιότητας και της πιθανής επικινδυνότητας αυτών για τη δημόσια υγεία. Το Γενικό Χημείο του Κράτους είναι αυτό που διενεργεί ελέγχους στα οινοπνευματώδη (αλκοολούχα, οίνος, ζύθος).



Από τα στοιχεία του Γενικού Χημείου του Κράτους προκύπτει ότι το συνολικό ποσοστό των μη κανονικών επί των ελεγχθέντων δειγμάτων είναι σχετικά χαμηλό. Το ποσοστό αυτό διαφοροποιείται ανά είδος ποτού. Το υψηλότερο ποσοστό μη κανονικών δειγμάτων αφορά τα αλκοολούχα ποτά (π.χ. ουίσκι, βότκα), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τον οίνο και το ζύθο είναι αρκετά χαμηλότερο. Ειδικότερα, το 2006, όσον αφορά τα αλκοολούχα, ελήφθησαν 2.528 δείγματα εκ των οποίων τα 161 αφορούσαν μη κανονικά (6,4%). Σε αυτό το σύνολο των μη κανονικών δειγμάτων συμπεριλαμβάνονται οι περιπτώσεις των νοθευμένων (2%), των απομιμήσεων (0,4%), καθώς και αυτά που αφορούν μη κανονική επισήμανση (4%). Σε σχέση με τον οίνο, ο αριθμός των μη κανονικών δειγμάτων είναι 54 (2,1%) επί 2.521 εξετασθέντων δειγμάτων. Και πάλι η παράβαση της μη κανονικής επισήμανσης αφορά το υψηλότερο ποσοστό (2%). Τέλος, όσον αφορά το ζύθο, το 2006 ελήφθησαν 1.942 δείγματα, εκ των οποίων μόνο 5 (0,25%) ήταν μη κανονικά. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2007)

Πίνακας 9 : Αριθμός εξετασθέντων δειγμάτων και αριθμός μη κανονικών δειγμάτων, ανά είδος ποτού - Διαχρονικά στοιχεία 2003-2006

	2003		2004		2005		2006	
Αλκοολούχα ποτά								
Εξετασθέντα δείγματα	N = 1486		N=1386		N=2253		N=2528	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Σύνολο μη κανονικών	289	19,4	271	19,6	420	18,7	161	6,4
Μη κανονικά - Νοθευμένα*	32	11,1	26	9,6	45	10,7	51	31,7
Απομιμήσεις*	14	4,8	17	6,3	23	5,5	9	5,6
Μη κανονικά λόγω επισήμανσης**	243	84,1	228	84,1	352	83,8	101	62,7
Οίνος								
Εξετασθέντα δείγματα	N=1494		N=891		N=1192		N=2521	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Σύνολο μη κανονικών	57	3,8	41	4,6	51	4,3	54	2,1
Μη κανονικά - Νοθευμένα*	21	36,8	12	29,3	19	37,2	3	5,5
Απομιμήσεις*	-	-	-	-	-	-	-	-
Μη κανονικά λόγω επισήμανσης**	36	63,2	29	70,7	32	62,8	51	94,5
Ζύθος								
Εξετασθέντα δείγματα	N=283		N=1735		N=1435		N=1942	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Σύνολο μη κανονικών	2	0,7	5	0,3	4	0,3	5	0,2
Μη κανονικά - Νοθευμένα*	-	-	1	20	-	-	1	20
Απομιμήσεις*	-	-	-	-	-	-	-	-
Μη κανονικά λόγω επισήμανσης**	2	100	4	80	4	100	4	80

* Τα ποσοστά είναι υπολογισμένα επί του συνόλου των μη κανονικών δειγμάτων.

ΠΗΓΗ: Γενικό Χημείο του Κράτους, 2004, 2005, 2006, 2007.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το συνολικό ποσοστό των μη κανονικών δειγμάτων (για όλα τα είδη ποτών) είναι σχετικά χαμηλό. Όμως, για κάποια είδη ποτών, όπως στην περίπτωση των ποτών υψηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ, το ποσοστό είναι υψηλότερο. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το ότι τα ποτά αυτά είναι τα επικρατέστερα στις προτιμήσεις των καταναλωτών –όπως φάνηκε και από τα αποτελέσματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν παραπάνω– αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα για τους υπεύθυνους. Διαχρονικά παρατηρείται αύξηση του αριθμού των εξετασθέντων δειγμάτων, ενώ όσον αφορά το ποσοστό των μη κανονικών δειγμάτων παρουσιάζεται μείωση σε όλα τα είδη οινοπνευματωδών, αλλά κυρίως στα αλκοολούχα ποτά (για παράδειγμα ούισκι, βότκα). (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2007)

2.3 Στατιστικά στοιχεία του αλκοόλ σε Ευρωπαϊκό επίπεδο - Σύγκριση με την Ελλάδα

Οι ευρωπαϊκές χώρες σημειώνουν την υψηλότερη χρήση αλκοόλ σε όλο τον κόσμο. Αυτό οφείλεται εν μέρη στις μικρότερες διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στον τρόπο πόσης ανδρών και γυναικών από ότι στον υπόλοιπο κόσμο, αλλά και στο ότι η κατανάλωσή του συνδιάζεται με τον καθημερινό τρόπο ζωής του Ευρωπαίου, ως μέσο διασκέδασης, ως μέσο επισημοποίησης σημαντικών γεγονότων, ως συνοδευτικό σε οικογενειακές συγκεντρώσεις ή ακόμα και σε τελετουργίες. Ενδεικτικό είναι ότι αν και η Ευρώπη αποτελεί το 1/8 του πληθυσμού της γης, καταναλώνει τη μισή ποσότητα αλκοόλ από αυτή που καταναλώνεται σε ολόκληρο τον πλανήτη, καθώς και κατέχει την πρώτη θέση στα ποσοστά που αφορούν σε προβλήματα υγείας που προέρχονται από την χρήση του αλκοόλ. Χαρακτηριστικό είναι ότι περίπου 84 εκατομμύρια άνθρωποι

στην Ευρώπη υποφέρουν από τις επιπτώσεις της κατάχρησης αυτού, ενώ 40 εκατομμύρια από αυτούς είναι αλκοολικοί ή εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Επίσης σημαντικός είναι ο αριθμός των θανάτων που προκαλούνται από την χρήση του αλκοόλ. Συγκεκριμένα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναφέρονται 195.000 θάνατοι ετησίως. Σ' αυτούς προσμετρούνται 17.000 θάνατοι από τροχαία ατυχήματα , 27.000 από ατυχήματα, 2.000 ανθρωποκτονίες, 10.000 αυτοκτονίες , 45.000 απο κίρρωση του ήπατος και 50.000 από καρκίνο, εκ των οποίων 11.000 είναι θάνατοι γυναικών από καρκίνο του μαστού και 17.000 οφειλόμενοι σε νευροψυχιατρικές καταστάσεις. Επιπλέον το αλκοόλ ευθύνεται για περίπου 200.000 επεισόδια κατάθλιψης. Αξίζει επίσης να αναφερθεί πως το ποσοστό θνησιμότητας εξαιτίας του αλκοόλ ξεπερνά το 10% στις νεαρές γυναίκες και το 25% στους νεαρούς άνδρες. (WHO, 2001 , ESPAD, 2003)

Η Ευρωπαϊκή Ένωση εξακολουθεί να είναι η περιοχή με την υψηλότερη κατανάλωση σε όλο τον κόσμο. Από τα τέλη της δεκαετίας του '70 όμως υπάρχει μια σημαντική μείωση στην κατανάλωση καθαρού αλκοόλ ανά ενήλικα κάθε χρόνο από τα 15 λίτρα στα 11. Αυτό οφείλεται κυρίως στην συνεχόμενη πτώση του ποσοστού κατανάλωσης στις χώρες της νότιας Ευρώπης που αντισταθμίζουν τα αυξανόμενα ποσοστά στις χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης. Παρόλο που οι περισσότεροι ενήλικες στην Ευρώπη πίνουν αλκοόλ υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 15%, που απέχουν.(Anderson & Baumberg 2006)

Στον ευρωπαϊκό χώρο, το 44% της ποσότητα αλκοόλης που καταναλώνεται αφορά τη μύρα, το 34% το κρασί και το 23% τα υπόλοιπα οινοπνευματώδη ποτά . Ανάμεσα στα 15 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης , οι βόρειες και κεντρικές περιοχές καταναλώνουν κυρίως μύρα,ενώ οι νότιες κρασί. Στην πλειονότητα αυτών των χωρών,

η χρήση του οινοπνεύματος συνδυάζεται με την ευκαιρία ενός γεύματος, φαινόμενο που παρατηρείται σε μεγάλο βαθμό στις νότιες περιοχές. Η συχνή, αλλά όχι σε καθημερινή βάση, κατανάλωση φαίνεται ότι είναι πιο συνηθισμένη στην κεντρική Ευρώπη, αν και υπάρχουν στοιχεία για τάση εναρμόνισης μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Anderson & Baumberg, 2006).

Η κατάχρηση οινοπνεύματος έως του σημείου πρόκλησης επεισοδίου μέθης ποικίλει ανά την Ευρώπη. Λιγότεροι νότιοι Ευρωπαίοι δηλώνουν ότι μεθούν κάθε μήνα σε σχέση με άλλους. Σύμφωνα με έρευνες, οι ενήλικες αναφέρουν ότι μεθούν κατά μέσο όρο πέντε φορές το χρόνο, αλλά αναφέρουν περιστασιακή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ 17 φορές (5+ ποτά σε μια περίπτωση). Αυτός ο αριθμός ισοδυναμεί με 40 εκατομμύρια πολίτες της Ε.Ε. των 15 που «πίνουν πολύ» μηνιαίως και σε 100 εκατομμύρια, δηλαδή 1 στους 3, που αναφέρουν ότι υπερκαταναλώνουν αλκοόλ περιστασιακά τουλάχιστον μια φορά το μήνα (Anderson & Baumberg, 2006).

Περίπου 266 εκατομμύρια ενήλικοι καταναλώνουν μέχρι και 20g αλκοόλ για τις γυναίκες και 40g για τους άνδρες σε ημερήσια βάση. Ωστόσο, περισσότεροι από 58 εκατομμύρια πολίτες καταναλώνουν πολύ μεγαλύτερες ποσότητες απ' αυτό επίπεδο. Συγκεκριμένα, το 6% απ' αυτούς δηλώνει ότι κάνει χρήση άνω των 40g (γυναίκες) και 60g (άνδρες) ημερησίως. Η διερεύνηση της εξάρτησης και όχι της κατανάλωσης φανερώνει πως κάθε χρόνο περίπου 23 εκατομμύρια Ευρωπαίων, εκ των οποίων 5% άνδρες και 1% γυναίκες, είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ (Anderson & Baumberg, 2006).

Περισσότεροι άντρες καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλης σε σύγκριση με τις γυναίκες. Πολλές γυναίκες διακόπτουν τη χρήση σε περίπτωση εγκυμοσύνης, ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ

25 – 50% συνεχίζει να πίνει, ενώ ορισμένες καταναλώνουν σε επιβλαβές σημείο. Βάσει του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν οινόπνευμα. Παρόλα αυτά, η μέθη και η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι πιθανότερο να παρατηρηθούν σε πότες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Η χρήση αλκοόλ στην Ευρώπη επιφέρει σημαντικές επιβαρύνσεις σε πολλούς τομείς της ζωής με κυριότερες τις επιπτώσεις στην υγεία και την κοινωνία. (Anderson & Baumberg, 2006).

Σε μια από τις πιο πρόσφατες έρευνες που διενεργήθηκαν με θέμα το αλκοόλ συμμετείχαν περισσότεροι από 100.000 μαθητές από 35 χώρες της Ευρώπης, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Η έρευνα υλοποιήθηκε την άνοιξη του 2003 μέσω ερωτηματολογίου σε αντιπροσωπευτικό δείγμα μαθητών που είχαν γεννηθεί το 1987. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως περισσότερο από το 90% των μαθητών έχουν πιεί αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά. Αυτοί βέβαια που πίνουν συστηματικά αποτελούν μικρότερο ποσοστό. Τα υψηλότερα ποσοστά των συστηματικών εφήβων χρηστών (43% - 50%) προέρχεται από χώρες όπου παρατηρείται και η μεγαλύτερη εμπειρία από το αλκοόλ, όπως η Δανία, η Αυστρία, η Ολλανδία, η Τσεχία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Αντίθετα στις χαμηλότερες θέσεις της κατάταξης βρίσκονται η Τουρκία με μόλις 7% ποσοστό μαθητών που έχουν πιεί οινοπνευματώδη ποτά τουλάχιστον 40 φορές, η Γροιλανδία, η Ισλανδία, η Νορβηγία και η Πορτογαλία, που το ποσοστό τους κυμαίνεται στο 13%-15%. Αξίζει να σημειωθεί πως το ποσοστό των συστηματικών χρηστών το αποτελούν περισσότερο τα αγόρια από ότι τα κορίτσια. (ESPAD, 2003)

Οι μαθητές οι οποίοι δηλώνουν ότι καταναλώνουν τρεις ή και περισσότερες φορές μπύρα μέσα στον τελευταίο μήνα κυμαίνονται στο

10%-44% του δείγματος με μεγαλύτερο ποσοστό του ανδρικού πληθυσμού με εξαίρεση τη Γροιλανδία και την Ισλανδία όπου δεν σημειώνονται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλλα. Λιγότεροι μαθητές αναφέρουν ότι έχουν πιεί κρασί από ότι μπύρα μέσα στις τελευταίες τριάντα μέρες. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό που έχει αναφερθεί στην κατανάλωση κρασιού τρεις ή περισσότερες φορές τον τελευταίο μήνα είναι χαμηλότερο του 20%. Η Μάλτα αποτελεί εξαίρεση σε αυτό καθώς το ποσοστό της αγγίζει το 35%, ενώ σε αρκετά υψηλά ποσοστά βρίσκονται η Ελλάδα, η Ιταλία, η Τσεχία η Αυστρία και η Σλοβενία, καθώς όμως συμπεριλαμβάνονται στις οινοπαραγωγικές χώρες της Ευρώπης. Τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στις Βόρειες χώρες και στην Τουρκία (μέχρι το 5%). Σημαντικές διαφορές σημειώνονται στον αριθμό των μαθητών που αναφέρουν ότι έχουν πιεί οινοπνευματώδη ποτά, με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ, τον τελευταίο μήνα τρεις ή και περισσότερες φορές. Αυτές εντοπίζονται σε διασκορπισμένες γεωγραφικά χώρες και συγκεκριμένα στη Μάλτα, όπου συγκεντρώνει και το υψηλότερο ποσοστό με 43%, ενώ ακολουθούν η Ελλάδα, η Μεγάλη Βρετανία και η Ιρλανδία με ποσοστά 37% - 39%. Περίπου στις μισές χώρες τα αγόρια είναι αυτά που αναφέρουν πιο πολύ συχνή χρήση οινοπνευματωδών ποτών με υψηλή περιεκτικότητα αλκοόλ, ενώ στις υπόλοιπες η κατανομή μεταξύ των δυο φύλων δεν διαφέρει σημαντικά. (ESPAD 2003)

Σε ότι αφορά την επικράτηση της μέθης, σε 30 από τις 35 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, η πλειοψηφία των μαθητών έχει μεθύσει τουλάχιστον μια φορά στη ζωή του. Σε ορισμένες χώρες η κατανομή μεταξύ των δυο φύλων είναι περίπου στα ίδια επίπεδα, ενώ στις περισσότερες το φαινόμενο της μέθης αφορά πιο πολύ τα αγόρια. Πιο συγκεκριμένα, η συχνότητα μέθης εμφανίζεται κυρίως σε χώρες της

Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης, όπως η Δανία, η οποία ακαταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό των μαθητών που δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει 20 ή περισσότερες φορές, και η Φινλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία με ποσοστα που κυμαίνονται στο 26%-36%. Λίγοι είναι οι μαθητές που αναφέρουν συχνή μέθη σε χώρες της Μεσογείου, δηλαδή σε Ελλάδα, Κύπρο, Τουρκία, Γαλλία και Πορτογαλία όπου το ποσοστό μόλις που αγγίζει το 3%. (ESPAD 2003)

Τέλος στον πίνακα που ακολουθεί η Ελλάδα παρουσιάζεται στην 21^η θέση μεταξύ των μεγαλύτερων χωρών της Ευρώπης στην συνολική κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ σε λίτρα, με ποσοστά που δείχνουν μια συνεχόμενη ελαφρά μείωση.

Συνολική κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρού αλκοόλ ανά χώρα σε λίτρα για το 1999, 2000, 2001, 2002 και 2003						
	Χώρα	1999	2000	2001	2002	2003
1	Λουξεμβούργο	12,2	12,1	12,4	11,9	12,6
2	Ουγγαρία	10,6	10,9	11,1	11,1	11,4
3	Τσεχία	11,0	11,0	10,9	10,8	11,0
4	Ιρλανδία	9,6	10,7	10,8	10,8	10,8
5	Γερμανία	10,6	10,5	10,4	10,4	10,2
6	Ισπανία	9,9	9,8	9,8	9,6	10,0
7	Αγγλία	8,4	8,4	9,1	9,6	9,6
8	Πορτογαλία	10,6	10,3	10,3	9,7	9,6
9	Δανία	9,5	9,5	9,5	9,5	9,5
10	Αυστρία	9,3	9,2	9,0	9,2	9,3
11	Γαλλία	10,7	10,4	10,5	10,3	9,3
12	Κύπρος	7,1	7,4	7,9	9,1	9,0
13	Ελβετία	9,2	9,2	9,2	9,0	9,0
14	Βέλγιο	8,4	8,5	8,5	8,8	8,8
15	Ρωσία	8,6	8,6	8,6	8,6	8,7
16	Σλοβακία	8,1	8,9	8,7	8,8	8,5
17	Ρουμανία	7,3	7,4	9,9	8,5	8,1
18	Λετονία	7,7	7,7	7,5	7,7	8,1
19	Ολλανδία	8,2	8,2	8,1	8,0	7,9
20	Φινλανδία	7,1	7,1	7,4	7,7	7,9
21	Ελλάδα	8,4	8,0	7,9	7,8	7,7

Πηγή: WORLD DRINK TRENDS 2005

2.4 Στατιστικά στοιχεία σε παγκόσμιο επίπεδο – Σύγκριση με την Ελλάδα

Το αλκοόλ αποτελεί τον τρίτο παράγοντα θνησιμότητας παγκοσμίως. Ενδεικτική είναι και η αύξηση των θανάτων τα τελευταία χρόνια, όπως εμφανίζεται στην έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Συγκεκριμένα το 1990 είχαν σημειωθεί περισσότεροι από 770.000 θάνατοι, σε σύγκριση με την τελευταία έκθεση του WHO το 2004 όπου αναφέρεται πως έχουν φθάσει τους 1.800.000. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών καταγράφηκε σε αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες αυξάνεται συνεχώς, σε αντίθεση με τις ανεπτυγμένες χώρες στις οποίες μειώνεται σταδιακά. Η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί τον πρωταρχικό παράγοντα διακινδύνευσης για την πρόκληση ασθενειών σε αναπτυσσόμενες χώρες με χαμηλό επίπεδο θνησιμότητας και τον τρίτο στις ανεπτυγμένες χώρες. Το αλκοόλ σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με περισσότερους από 60 τύπους ασθενειών. Επιπρόσθετα υπολογίζεται, σε παγκόσμιο επίπεδο, ότι προκαλεί το 20-30% του καρκίνου του οισοφάγου, καρκίνο στο συκώτι, κίρρωση ήπατος, αυτοκτονίες, επιληψίες και τροχαία ατυχήματα. (WHO, 2001, WHO, 2004)

Η Ελλάδα σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο παρουσιάζει μέτρια ποσοστά κατανάλωσης. Ενδεικτικό είναι, σύμφωνα με την αναφορά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ότι δεν βρίσκεται πολύ ψηλά στις λίστες με τις χώρες με μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ παρά μόνο σε αυτή που αναφέρεται στην κατά κεφαλήν κατανάλωση καθαρού αλκοόλ σε λίτρα, από κρασί. Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα στην συγκεκριμένη λίστα καταλαμβάνει την 10^η θέση μεταξύ των χωρών όλου του κόσμου κάτι που οφείλεται βέβαια και στο γεγονός ότι είναι μια οινοπαραγωγική χώρα.

Κατανάλωση κρασιού	
Χώρα	Κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ σε λίτρα
Λουξεμβούργο	9,43
Γαλλία	8,38
Πορτογαλία	7,16
Ιταλία	6,99
Κροατία	6,42
Ελβετία	6,23
Αργεντινή	5,63
Ισπανία	5,07
Βερμούδες	4,95
Ελλάδα	4,78
Δανία	4,57
Αυστρία	4,47
Ουγγαρία	4,47
Ουρουγουάη	4,35
Γερμανία	3,38
Ρουμανία	3,37
Χιλή	3,25
Γαλλική Πολυνησία	3,10
Βουλγαρία	3,05
Δημοκρατία της Κορέας	2,99

ΠΗΓΗ: WHO 2004

Η υψηλή αυτή κατανάλωση σε αλκοόλ από το κρασί, που είναι πάντα σταθερή, είναι αυτή που έφερνε την Ελλάδα το 1999 περίπου στην 35^η θέση κατανάλωσης καθαρού αλκοόλ σε λίτρα κατά άτομο. Από τότε έχει παρατηρηθεί μια σταδιακή μείωση σε κατανάλωση αλκοόλ η οποία όμως είναι πολύ μικρή. Παρόλα αυτά αυτό έχει φέρει την Ελλάδα σε χαμηλότερη θέση παγκοσμίως.

Σημαντικό επίσης είναι και το ποσοστό των ατόμων της Ελλάδος τα οποία δεν έχουν δοκιμάσει καθόλου αλκοόλ, το οποίο ανέρχεται στο 7% , το οποίο είναι σχετικά υψηλό σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο. Αυτό το συνολικό 7% αποτελείται από ένα 15% των γυναικών και μόλις από 1% των ανδρών.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως η Ελλάδα έχει πολύ χαμηλά ποσοστά σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο στις συνέπειες που προκαλεί το αλκοόλ, όπως ατυχήματα, κίρρωση του ήπατος, καρκίνο κ.ά. Στην μόνη κατηγορία στην οποία έχει από τα υψηλότερα ποσοστά σε όλο τον κόσμο είναι αυτή των τροχαίων ατυχημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση που παίρνει κάποιος να αρχίσει την χρήση του αλκοόλ. Ιδιαίτερα στα εφηβικά χρόνια και στην δεκαετία των 20 ετών αρκετοί παρουσιάζουν προσωρινά προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ. Συνήθως οι παράγοντες αυτοί είναι κοινωνικοί, ψυχολογικοί και οικογενειακοί, αλλά όπως έχει αποδειχτεί σημαντικό ρόλο έχουν και τα γενετικά χαρακτηριστικά του καθε ατόμου. Για να φτάσει όμως κάποιος στο επίπεδο της εξάρτησης από το αλκοόλ συνήθως πρέπει να υπάρχει μια αλληλεπίδραση των γενετικών παραγόντων με άλλους που προκύπτουν από το περιβάλλον του.

3.1 Βιολογικοί ή Γενετικοί Παράγοντες

Πάρα πολλές μελέτες έχουν γίνει, και συνεχίζουν να γίνονται, για να αποδειχθεί η κληρονομικότητα του αλκοολισμού. Πλέον όμως υπάρχει η κοινή πεποίθηση πως ο αλκοολισμός όντως μπορεί να κληρονομηθεί. Στις οικογένειες δηλαδή που έχουν να επιδείξουν από τον παρελθόν τους περιπτώσεις ατόμων εξαρτημένων από το αλκοόλ είναι πολύ πιθανό να παρουσιαστούν τέτοιου είδους προβλήματα και στους απογόνους τους. Αυτό δεν συνιστά φυσικά κάποιον κανόνα, αλλά γενετικά, όπως αποδείχθηκε από τις μελέτες υπάρχει η προδιάθεση του ατόμου για αλκοολισμό, του οποίου όμως η εκδήλωση εξαρτάται και από άλλους παράγοντες. Οι μελέτες αυτές είναι κυρίως επικεντρωμένες σε δίδυμα και υιοθετημένα παιδιά. (Britannica Encyclopedia, 2008)

Οι μελέτες που έγιναν στα δίδυμα παιδιά έδειξαν την πρώτη ένδειξη πως υπάρχει κληρονομικότητα και πως ο αλκοολισμός είναι και θέμα γονιδίων. Αυτό έγινε αντιληπτό στα δίδυμα μονοζυγωτικά αδέρφια που όταν κάποιο παρουσιάζει πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ ,συνήθως ως επακόλουθο φαίνεται αυτό να εμφανίζεται και στο άλλο. (Health-Cares, 2008)

Μελέτες όμως έγιναν και σε υιοθετημένα παιδιά που απέφεραν πιο σημαντικά στοιχεία. Αυτό προέκυψε από μελέτες που έγιναν κυρίως σε παιδιά που ενώ είχαν κάποιο γονέα αλκοολικό (βιολογικό πατέρα ή μητέρα) λόγω της υιοθεσίας τους δεν μεγάλωσαν μέσα στο συγκεκριμένο περιβάλλον που θα τους επηρρέαζε προς την χρήση του αλκοόλ. Μεγαλώνοντας σε ανάδοχες οικογένειες είχαν την ευκαιρία να έχουν μια ζωή σε φυσιολογικό περιβάλλον. Οι έρευνες όμως απέδειξαν πως τα παιδιά αυτά έχουν αυξημένο κίνδυνο να γίνουν αλκοολικοί λόγω των αλκοολικών βιολογικών τους γονέων. Αυτό , όπως αναφέρεται σε πρόσφατες έρευνες, οφείλεται σε ένα συγκεκριμένο γονίδιο (γονίδιο του υποδοχέα της ντοπαμίνης D2). Όταν αυτό κληρονομείται σε μια συγκεκριμένη μορφή αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες ανάπτυξης του αλκοολισμού. Παρόλα αυτά υπάρχουν και άλλες έρευνες που υποστηρίζουν πως το φαινόμενο του αλκοολισμού δεν οφείλεται μόνο σε ένα γονίδιο αλλά σε έναν αριθμό αυτών, που ανάλογα με τις αλλαγές που υφίστανται μεμονωμένα προκαλούν την κληρονομικότητα του προβλήματος. Τέλος αξίζει να αναφερθεί πως λόγω ενός γενετικού κληρονομικού παράγοντα οι γυναίκες επηρεάζονται πιο εύκολα από ότι οι άντρες από το αλκοόλ. Αυτό οφείλεται στο χωνευτικό τους σύστημα ,στο οποίο η απορρόφηση του αλκοόλ γίνεται πιο αργά με αποτέλεσμα αυτό να παραμένει περισσότερη ώρα στο στομάχι τους και έτσι να ανεβαίνει

σε μεγαλύτερο βαθμό το επίπεδο του οινοπνεύματος στο αίμα τους. (Health-Cares, 2008 , Britannica Encyclopedia 2008).

3.2 Ψυχολογικοί παράγοντες

Στους συγκεκριμένους παράγοντες θα ανακαλύψουμε στοιχεία που αφορούν την προσωπικότητα και τα χαρακτηριστικά της που μπορεί να ωθήσουν το άτομο σε κάποια περίοδο της ζωής του να επιλέξει ως διέξοδο του το αλκοόλ αντί μια υγιούς εξόδου.Στοιχεία τέτοια συνήθως ανακαλύπτουμε σε άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας ,σε άτομα τα οποία έχουν ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους αρκετά καταθλιπτικά συμπτώματα και σε άλλα που είναι παθητικά ή εξαρτητικά,που θέλουν δηλαδή να προσκωλλόνται συνεχώς σε άλλους ανθρώπους. Επίσης υπάρχουν και τα άτομα που έχουν πολύ άγχος,χαμηλή αυτοεκτίμηση,χαμηλό αίσθημα υπευθυνότητας και χαμηλό αίσθημα αυτοελέγχου. Αξίζει να αναφερθεί πως στις γυναίκες ο αλκοολισμός παρουσιάζεται συνήθως εξαιτίας της ανίας ,της μοναξιάς και της στεναχώριας. Άνθρωποι με τέτοια χαρακτηριστικά συχνά καταφεύγουν στο αλκοόλ ως λύση για τα προβλήματα που δημιουργούνται λόγω αυτών των στοιχείων της προσωπικότητάς τους. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως το αλκοόλ τους βοηθά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους καταπραΰνοντας τα αισθήματα που τα δημιουργούν.Παράλληλα λόγω της μέθης που προκαλεί τους δίνει την δυνατότητα να κάνουν πράξεις που πριν τους ήταν απλές φαντασιώσεις.Εξαιτίας λοιπόν αυτής της ικανότητας που έχει το αλκοόλ,να καταπραΰνει δυσάρεστα συναισθήματα ταυτόχρονα

σχεδόν με την λήψη του,δίνεται η εντύπωση στο άτομο πως η χρήση του λειτουργεί σαν θεραπεία.Το αλκοόλ είναι το φάρμακο που χρησιμοποιείται για αυτήν,χωρίς να προβλέπονται οι συνέπειες,όπως ο εθισμός σε αυτό. Τέλος, η κλαστική ψυχαναλυτική θεωρία υποθέτει ότι μερικών ατόμων η τάση για το αλκοόλ μπορεί να οφείλεται στο ότι ίσως βρίσκονται καθηλωμένοι στο στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής τους ανάπτυξης και χρησιμοποιούν το αλκοόλ για να ανακουφίσουν τις απογοητεύσεις τους επειδή το λαμβάνουν από το στόμα. (Ποταμιανός,1991 , Britannica Encyclopedia, 2008)

3.3 Οικογενειακοί Παράγοντες

Σπουδαίο παράγοντα στην πορεία προς τον αλκοολισμό μπορεί να αποτελέσει το οικογενειακό περιβάλλον. Αυτό συμβαίνει καθώς η οικογένεια αποτελεί την πρώτη κοινωνική ομάδα μέσα στους κόλπους της οποίας αναπτύσσεται ένα παιδί ,συμβάλλοντας στην κοινωνικοποίηση του, στο σχηματισμό αξιών,στην συναισθηματική και νοητική του ωρίμανση. Η οικογένεια είναι αυτή που θα επηρεάσει πρώτα την συμπεριφορά ενός παιδιού προσπαθώντας να του μεταβιβάσει τα απαραίτητα εφόδια και την γνώση για να πραγματοποιήσει τους σκοπούς του και να έχει μια συμπεριφορά παραδεκτή για την ευρύτερη κοινωνία. (Τσιαντής, 1991)

Η πραγματοποίηση αυτού προϋποθέτει πως και η ίδια η οικογένεια πρέπει να στηρίζεται πάνω σε ηθικές αξίες ,κάτι το οποίο δεν είναι πάντοτε εφικτό. Έτσι,υπάρχουν παιδιά τα οποία μεγαλώνουν σε διαφορετικά είδη οικογενειακού περιβάλλοντος ,στα οποία υπάρχουν κάποια προβλήματα, όπως αναφέρεται και στη συνέχεια:

- Οικογένεια με γονέα αλκοολικό. Η ύπαρξη ενός αλκοολικού γονέα μέσα στην οικογένεια αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο που έχει ένα παιδί να παρασυρθεί προς τον αλκοολισμό. Λόγοι για αυτό μπορεί να προκύψουν από βίαιες συμπεριφορές που παρουσιάζονται συχνά σε τέτοιες οικογένειες ή ακόμα και για μίμηση του προτύπου που συνηθίζει να αποτελεί ένας γονέας για το παιδί του. Σε οικογένειες αυτής της κατηγορίας πολύ συχνό είναι το φαινόμενο η εμφάνιση της συμπεριφοράς κατανάλωσης του αλκοόλ στο παιδί να παρουσιάζεται σε νεότερη ηλικία από ότι στους συνομηλίκους του. (Hawkins, 1987)
- Ασυμβίβαστες οικογένειες. Σε αυτές ανήκουν οικογένειες μέσα στις οποίες τα παιδιά μεγαλώνουν με ελλειπή επίβλεψη ή υπερβολικά αυστηρή ή που χρησιμοποιούνται ασυμβίβαστες πειθαρχικές πρακτικές. Μέσα στις οικογένειες αυτές το παιδί συχνά αναπτύσσει υψηλό κίνδυνο για χρήση του αλκοόλ αλλά και τάσεις για εγκληματικότητα. (Knott, 1986)
- Συγκρούσεις στην οικογένεια. Τα παιδιά που ανατρέφονται σε οικογένειες με υψηλά ποσοστά σύγκρουσης εμφανίζονται να διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο για χρήση αλκοόλ αλλά και άλλων ουσιών. Αυτό συμβαίνει καθώς οι συγκρούσεις καταργούν το πρότυπο της πραγματικής οικογενειακής δομής. (Hawkins 1987)
- Χαμηλή οικονομική και κοινωνική θέση της οικογένειας. Άλλος ένας παράγοντας που ανυψώνει τον κίνδυνο για χρήση αλκοόλ, όπως δίνει και ώθηση προς την εγκληματικότητα, είναι οι φτωχές συνθήκες διαβίωσης μιας οικογένειας ή και η κοινωνική απομόνωση που συχνά δημιουργείται εξαιτίας της χαμηλής επαγγελματικής θέσης που έχει ο εργαζόμενος γονέας. (Hawkins, 1987)

Συνοψίζοντας ,γίνεται αντιληπτός ο σημαντικός ρόλος που έχει η οικογένεια στην διαμόρφωση της τάσης ενός παιδιού προς τον αλκοολισμό. Συνηθίζεται όμως,για να προκύψει αυτό, ο παράγοντας της οικογένειας να επηρεάζεται σημαντικά και από το κοινωνικό περιβάλλον.

3.4 Κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες

Η ώθηση προς τον αλκοολισμό δίνεται πολλές φορές από τις τάσεις που επικρατούν στο κοινωνικό περιβάλλον. Σε αυτό περιλαμβάνονται παράγοντες όπως η θρησκεία ,η χώρα που ζει κάποιος,με τα ήθη,τα έθιμα και τις παραδόσεις της, οι φίλοι και οι παρέες, το σχολείο ,η γειτονιά και η κοινότητα, το σχολείο, το επάγγελμα, η επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης και ασφαλώς η διαθεσιμότητα του αλκοόλ.

- Θρησκευμα

Στις δυτικές κοινωνίες ο αλκοολισμός εμφανίζεται με πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από ότι στις ανατολικές. Σημαντική συμβολή σε αυτό έχει η θρησκεία που υπάρχει σε πολλές χώρες της ανατολής. Για παράδειγμα, το χαμηλότερο ποσοστό αλκοολισμού στον κόσμο εμφανίζεται στην Κίνα και στο Ισραήλ, σε χώρες στις οποίες ο πολιτισμός τους, που είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την θρησκεία και αντλεί τις μεγαλύτερες επιρροές του από αυτή, παρουσιάζει το αλκοόλ ως κάτι κακό και απορριπτέο από τους κανόνες της κοινωνίας τους. Σε αντίθεση με τις χώρες αυτές υπάρχει η Ιρλανδία,όπου εκεί μέσω της θρησκείας

και του πολιτισμού τους η χρήση του αλκοόλ εμφανίζεται σαν ένδειξη ανδρισμού και δύναμης. (WHO, 2001)

- Η χώρα, τα ήθη και τα έθιμά της

Σπουδαίο παράγοντα αποτελεί και χώρα στην οποία κατοικεί κάποιος. Το μέγεθος προβολής του αλκοόλ μέσα από τοπικά έθιμα και παραδόσεις μπορεί να είναι πολύ μεγάλο, κάτι που επηρεάζει το άτομο να οδηγηθεί στην κατανάλωση αυτού. Επίσης εξαιτίας των παραδόσεων, όπως για παράδειγμα στην Ελλάδα το Πάσχα όπου κατά τον εορτασμό του πάντα υπάρχει στο τραπέζι ποσότητα αλκοόλ, κρασί συνήθως, δίνεται η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης στο αλκοόλ και επίσης η ευκολία του να έρθει ένα παιδί σε πρώτη επαφή με το αλκοόλ από μικρή ηλικία. Επίσης η χώρα που ζει κάποιος επηρεάζει το ποσοστό κατανάλωσης σε αυτή μέσω των νόμων που θεσπίζει περί του αλκοόλ και τη διαθεσιμότητα αυτού.

3.4.1 Κοινωνικό περιβάλλον

Στο κοινωνικό περιβάλλον περιλαμβάνονται οι φίλοι και οι παρέες ενός ατόμου, η γειτονιά στην οποία μεγαλώνει και ζει, το σχολικό και το εργασιακό του περιβάλλον.

- Φίλοι και παρέες

Οι φίλοι, όπως και οι παρέες ενός ατόμου μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά στην πορεία προς τον αλκοολισμό. Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι άνθρωποι επηρεάζονται αρκετές φορές από τους φίλους τους. Στις παρέες αυτό συμβαίνει όταν ένα άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί σε κάποιες καταστάσεις που

επιβαλλει εμμέσως η ομάδα αυτή. Για παράδειγμα, αφού όλοι πίνουν στην παρέα θα πει και αυτο είτε για να γίνει αρεστός στα μέλη αυτής είτε για να αισθανθεί μέλος της είτε καμιά φορά για να μην τον κοροιδέσουν. Έτσι γίνεται αντιληπτό πως η συμμετοχή σε μια παρέα που καταναλώνει αλκοόλ είναι πολύ πιθανό να ωθήσει, για τους προαναφερθέντες λόγους, ένα άτομο στη χρήση αυτού. Χαρακτηριστικό είναι,όπως αναφέρει και ο Knott, πως οι έφηβοι επηρεάζονται ευκολότερα από τους συνομιλικούς τους παρά απο τους γονείς τους,κι ας γινεται χρήση αλκοόλ από κάποιον γονέα,καθώς αισθάνονται μεγάλη πίεση στο να πιουν εφόσον το κάνει η υπόλοιπη παρέα. (Knott, 1986)

- Το σχολείο

Η σχολική αποτυχία μπορεί αρκετές φορές να θεωρηθεί ως προάγγελος για μετέπειτα εγκληματική συμπεριφορά ενός ατόμου αλλά και της εμπλοκής του με το αλκοόλ. Μέσω του σχολικού περιβάλλοντος, σε συνδιασμό με κάποια αποτυχία που μπορεί να υπάρξει,προκύπτει κάποιες φορές η πρόωρη εγκατάλειψη αυτού,ένας ακόμα παράγοντας που μπορεί να ωθήσει το άτομο στον αλκοολισμό και στην εγκληματικότητα αλλά και στην χρήση ναρκωτικών ουσιών.(Knott, 1986)

- Κοινότητα ή γειτονιά

Μια αποδιοργανωμένη κοινότητα, όπως με υψηλή πυκνότητα πληθυσμού, με μεγάλο επίπεδο φτώχειας στη γειτονιά, αλλά και με αυξημένα ποσοστά εγκληματικότητας μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό παράγοντα στην εκδήλωση του αλκοολισμού. Αυτό συμβαίνει τόσο εξαιτίας των προβλημάτων που προκύπτουν από τις συγκεκριμένες συνθήκες διαβίωσης, όσο της μικρής

δυνατότητας που παρέχεται για την αντιμετώπιση αυτών.
(Hawkins 1987)

- Το Επάγγελμα

Υπάρχουν κάποια επαγγέλματα τα οποία επηρεάζουν και ενισχύουν την τάση και τη συνήθεια για κατανάλωση αλκοόλ. Σύμφωνα με τον Ποταμιανό τέτοια είναι τα βραδινά επαγγέλματα, τα μονότονα και αυτά που έχουν σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Επίσης και αυτά που εξαιτίας τους προκαλείται η μακροχρόνια απουσία από την οικογένεια. (Ποταμιανός 1991)

Τέλος, έχει αποδειχτεί πως επιρρεπή προς τον αλκοολισμό είναι τα άτομα που παραμένουν άνεργα για αρκετό καιρό και αυτά που το επάγγελμα τους έχει ακανόνιστες ώρες απασχόλησης, όπως οι συγγραφείς. (Britannica Encyclopedia 2008)

3.5 Η Επιρροή των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης

Σχετικά με την διαφήμιση των αλκοολούχων ποτών η Ομοσπονδιακή Επιτροπή Εμπορίας της Αμερικής αναφέρει πως παρά το γεγονός ότι πολλοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την απόφαση σχετικά με την κατανάλωση του αλκοόλ, η διαφήμιση φέρεται να είναι ένας από αυτούς που έχουν σημαντικότερο ρόλο, ιδιαίτερα στις αποφάσεις των ανηλίκων. Από τις έρευνες που έχει διενεργήσει έχει βγει το συμπέρασμα πως όσο αυξανόταν η διαφήμιση αλκοολούχων ποτών τόσο αυξανόταν και το ποσοστό κατανάλωσης, ιδιαίτερα στις ηλικίες 12-19 ετών. Το μάρκετινγκ που αφορά τη

βιομηχανία του αλκοόλ τα τελευταία χρόνια συνεχώς αυξάνεται και καλύπτει όλο το εύρος των σύγχρονων μέσων μαζικής ενημέρωσης. Η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, ο τύπος και το διαδύκτιο έχουν κατακλυστεί από διαφημίσεις που αφορούν το αλκοόλ. Διαφημίσεις που προβάλλουν το αλκοόλ σε συνδιασμό με πρότυπα που θέλουν να έχουν οι νέοι, δηλαδή δυναμικούς χαρακτήρες και πετυχημένες προσωπικότητες τόσο επαγγελματικά όσο κοινωνικά και σεξουαλικά. Αυτός είναι ο λόγος που οι διαφημίσεις αυτές συνδιάζουν το αλκοόλ με τα γρήγορα αυτοκίνητα, τις όμορφες γυναίκες και σοβαρούς επιτυχημένους άντρες. Στοιχεία τα οποία συνήθως ονειρεύεται ο έφηβος για το μέλλον του και για αυτό οι διαφημίσεις επικεντρώνονται στις συγκεκριμένες ηλικίες. Επίσης αξίζει να αναφερθεί πως το ανδρικό κοινό είναι ο μεγαλύτερος στόχος των διαφημίσεων και για αυτό το λόγο αυτές συνδιάζονται με τα πιο σπουδαία ενδιαφέροντα αυτών, όπως ο αθλητισμός, όπου υπάρχουν τεράστιες χορηγίες από εταιρείες αλκοολούχων ποτών, με τις περισσότερες στον χώρο του ποδοσφαίρου το οποίο είναι ιδιαίτερα δημοφιλές. Οι διαφημίσεις των αλκοολούχων ποτών όμως δεν περιορίζονται εκεί καθώς εμφανίζονται ακόμα και σε θεατρικές παραστάσεις και άλλα κοινωνικά δρώμενα. Συνοψίζοντας, αντιλαμβανόμαστε πως το αλκοόλ πλασάρεται καθημερινά με όλους τους δυνατούς τρόπους κάτι που κάνει προφανές το γεγονός της μεγάλης του επιρροής στους ανθρώπους. (FTC, 2003)

3.6 Η Διαθεσιμότητα του Αλκοόλ

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζει το γεγονός ότι τα αλκοολούχα ποτά αποτελούν σημαντικά οικονομικά αγαθά, όπως επίσης και μέρος

της κουλτούρας αρκετών λαών της Ευρώπης. Η παραγωγή, το εμπόριο και η προώθηση του αλκοόλ συμβάλουν σημαντικά στην οικονομική ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συνεπώς για να κλείσει αυτός ο νοητός κύκλος του εμπορίου πρέπει να υπάρχει και κατανάλωση ανάλογη της παραγωγής. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της χαμηλής τιμής που έχει μια ουσία σαν το αλκοόλ. Επίσης και μέσω της νομοθεσίας που δεν απαγορεύει το αλκοόλ. Η πρόσβαση στο αλκοόλ γίνεται πολύ εύκολη, καθώς αυτό διατίθεται σε πάρα πολλά καταστήματα, όχι μόνο σε κέντρα διασκέδασης και καφετέριες, αλλά στην Ελλάδα για παράδειγμα μπορεί κάποιος να το προμηθευτεί ακόμα και από τα περίπτερα, χωρίς περιορισμό ηλικίας, κάτι που κάνει τα νεαρά άτομα να έρχονται από μικρή ηλικία σε επαφή με αυτό. Τέλος, σε πολλές χώρες που παράγουν αλκοολούχα ποτά υπάρχει η δυνατότητα αυτά, κυρίως το κρασί, να βρίσκονται καθημερινά στο τραπέζι της οικογένειας, γεγονός που καθιστά την επαφή με το αλκοόλ σύνηθες φαινόμενο, με αποτέλεσμα η επιρροή του λόγω της διαθεσιμότητάς του να είναι πολύ μεγάλη. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2008, WHO, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα του αλκοολισμού είναι ένα τεράστιο και σοβαρό κοινωνικό φαινόμενο. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ εκτός από τους κινδύνους που προκαλεί στον οργανισμό, αποτελεί και ένα από τα μεγαλύτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Μπορούμε να τον προσδιορίσουμε σαν μια αρρώστια σωματική και ψυχική και οι επιπτώσεις του είναι φοβερές στον ανθρώπινο οργανισμό. Ενδεικτικά συμπτώματα είναι το άγχος, η μελαγχολία, η σεξουαλική ανικανότητα και η απόπειρα αυτοκτονίας. Ο αλκοολικός ανήκει σε οποιαδήποτε κοινωνική τάξη και δεν θα πρέπει ο γιατρός να τον συνδέει με την στερεότυπη εικόνα του φτωχού ή του " αλήτη". (Μάνος, 1997).

4.1. Το αλκοόλ κατά την είσοδο του στον οργανισμό

Το αλκοόλ δεν αποτελεί μόνο ένα συμπλήρωμα διατροφής, αλλά είναι μία τοξική ουσία που μπορεί να επιφέρει δυσάρεστες συνέπειες στον οργανισμό. Συγκεκριμένα, η επανειλημμένη χρήση αλκοόλ μπορεί να προσβάλλει σημαντικά όργανα του σώματος και ιδιαίτερα την γαστρεντερική οδό, το καρδιαγγειακό σύστημα καθώς και το περιφερικό νευρικό σύστημα. Έτσι μπορεί να προκληθούν ασθένειες όπως : γαστρίτιδα, έλκη του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, κίρρωση του οισοφάγου, κίρρωση του ήπατος, παγκρεατίτιδα, καρκίνος καθώς και βλάβες στην καρδιά. Η προσβολή στο νευρικό σύστημα εκδηλώνεται με μυοπάθεια, εκφυλιστική παρεγκεφαλίδα καθώς και έκπτωση της μνήμης. Σημαντικές επιπλοκές είναι η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke και το

σύνδρομο Korsakoff. Ακόμα, σημεία πάνω στον ασθενή υποδεικνύουν την χρόνια χρήση αλκοόλ, όπως κόκκινες παλάμες, διογκωμένη μύτη, μικροτραυματισμοί κ.ά. (Μάνος, 1997).

Κάποιες από τις ασθένειες που αναφέραμε σωματικά αναλύονται παρακάτω:

- Αλκοολική Γαστρίτιδα: Συνοδεύεται από πόνους, ανορεξία, ναυτία, και επιγαστρική δυσφορία. Η πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος σε μικρό χρονικό διάστημα οδηγεί στην ανάπτυξη οξείας γαστρίτιδας, η οποία υποχωρεί μετά τη διακοπή της κατανάλωσης οινοπνεύματος.

- Αλκοολική Παγκρεατίτιδα: Η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι μία από τις αιτίες για την ανάπτυξη παγκρεατίτιδας. Αρκετές έρευνες έχουν διαπιστώσει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του οινοπνεύματος με την παγκρεατίτιδα. Το πάγκρεας των γυναικών είναι πιο ευαίσθητο στο οινόπνευμα από ό,τι των ανδρών. Ο σχετικός κίνδυνος για την ανάπτυξη παγκρεατίτιδας στους πότες ενισχύεται με την αύξηση της συνολικής χρονικής διάρκειας της κατανάλωσης οινοπνεύματος, ενώ το είδος του ποτού και ο τρόπος της κατανάλωσης δεν φαίνεται να επηρεάζουν τον σχετικό κίνδυνο. Είναι μία βαριά παθολογική κατάσταση χαρακτηριστικό της οποίας είναι το άλγος στη ράχη του ασθενούς, η απώλεια βάρους και η συνολική αδυναμία. Επίσης δημιουργεί ψευδοκύστες και στη συνέχεια απόστημα. (Τριχοπούλου, Τριχόπουλος, 1988)

- Κιρσοί του οισοφάγου, όπου οι φλέβες διευρύνονται λόγω αυξημένης λειτουργίας και αυτό προκαλεί αιμορραγία ακόμα και θάνατο.

- Καρδιομυοπάθεια, όπου μαζί με την αύξηση τριγλυκεριδίων και την χαμηλού βαθμού υπέρταση αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιοπάθειας. Συνέπειες αυτού είναι η δυσλειτουργία της καρδιάς, αρρυθμίες,

μεγαλοκαρδία και συμφορητικά οιδήματα στα άκρα. Επίσης προκαλεί δυσκολία στην αναπνοή και μπορεί να οδηγήσει και στο θάνατο αν δεν σταματήσουν το αλκοόλ. Η παθολογική αυτή κατάσταση αποδίδεται αφενός μεν στην έλλειψη θειαμίνης, όπως στην καρδιακή μορφή της νόσου Beri-Beri, αφετέρου δε στην υπερβολική λήψη κοβαλτίου, που για ένα μεγάλο διάστημα είχε χρησιμοποιηθεί ως σταθεροποιητής του αφρού της μπίρας.

- Αίμα: Το αλκοόλ μειώνει τη δυνατότητα του σώματος να παράγει αίμα με αποτέλεσμα την αδυναμία ή μόλυνση του.

- Φλέβες- Αρτηρίες: Το αλκοόλ διευρύνει τα αιμοφόρα αγγεία με άμεσο αποτέλεσμα τους πονοκεφάλους και την πτώση της θερμοκρασίας του σώματος. (Τσαρούχας, 2000).

- Κακοήθη νεοπλάσματα: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συγκαταλέγει το οινόπνευμα στις καρκινογόνες ουσίες. Η σχέση μεταξύ αλκοόλης και καρκίνου άρχισε να διερευνάται μετά την καθιερωμένη άποψη ότι η νικοτίνη είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στον καρκίνο του πνεύμονα. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να συμβάλει στον καρκίνο του οισοφάγου, του στομάχου και άλλων τμημάτων της γαστρεντερικής οδού. Οι πιθανότητες καρκίνου σε αλκοολικά άτομα είναι 10 φορές μεγαλύτερες σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό και αυτές αυξάνονται 15 φορές όταν συγχρόνως αυτά τα άτομα καπνίζουν. (Ποταμιανός Γ., 1991, σελ. 104).

Έρευνες που έχουν γίνει έδειξαν ότι οι ηπατικές βλάβες εξαιτίας της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ είναι γνωστές περισσότερο από κάθε άλλη οργανική διαταραχή. Εκτός από τον καρκίνο του ήπατος, υπάρχουν

και άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως λιπώδες ήπαρ, αλκοολική ηπατίτιδα και αλκοολική κίρρωση που σχετίζονται με τη δράση των οينوπνευματωδών ποτών. Το ογδόντα τοις εκατό του συνόλου των θανάτων που προκαλούνται από παθήσεις του ήπατος οφείλονται στην κατάχρηση. Απόψεις όπως τα «σκληρά» ποτά είναι περισσότερο επιβλαβή από τα «μαλακά» ποτά είναι εσφαλμένες στο βαθμό που το ήπαρ δεν τα διαφοροποιεί. (Ποταμιανός, 1991).

Η αρχική βλάβη που δημιουργείται στο ήπαρ από την κατανάλωση οينوπνεύματος είναι η αυξημένη συγκέντρωση λίπους στο ήπαρ. Η συγκέντρωση αυτή κυμαίνεται από μικρές εναποθέσεις λίπους σε ορισμένα ηπατοκύτταρα μέχρι τη μαζική λιπώδη εκφύλιση του ήπατος. Αν διακοπεί η κατανάλωση οينوπνεύματος, το λιπώδες ήπαρ μπορεί να επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση. Το 10-30% περίπου των ασθενών με λιπώδες ήπαρ θα εμφανίσουν κάποια στιγμή κίρρωση του ήπατος.

Άλλη γνωστή διαταραχή σχετική με την κατάχρηση αλκοόλης είναι η οξεία αλκοολική ηπατίτιδα. Στοιχεία αναφέρουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες στην κίρρωση και την αλκοολική ηπατίτιδα απ' ό,τι οι άνδρες. (Ποταμιανός Γ., 1991, σελ. 102).

Οι επιπτώσεις στο νευρικό σύστημα είναι γνωστές, καθώς η κατάχρηση αλκοόλ μειώνει τα αντανακλαστικά, δημιουργεί αστάθεια, εμποδίζει την όραση, επειδή είναι δύσκολο να λειτουργήσουν οι μυς των ματιών και επίσης αναστέλλει την κριτική ικανότητα του ατόμου. Νευροπάθειες, πολυνευροπάθειες, πολυνευρίτιδες αλκοολικές είναι αποτέλεσμα της παρουσίας αλκοόλ.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω η παρουσία του αλκοόλ στο νευρικό σύστημα προκαλεί εκτός των άλλων :

- Περιφερειακή νευροπάθεια η οποία εμφανίζεται τουλάχιστον στο 10% των χρόνιων αλκοολικών. Μπορεί να προκαλέσει την απώλεια περιφερειακών ινών, αρχικά επηρεάζονται τα κάτω άκρα και στην πορεία τα χέρια, την αδυναμία των μυών καθώς και ανεπαρκή αδυναμία των αισθητήριων οργάνων. (Ποταμιανός, 1991).
- Περιφερειακή νευρίτιδα η οποία εκδηλώνεται με παραισθησία, κυρίως του τύπου της απώλειας της επιφανειακής αισθητικότητας των άκρων, με επιβράδυνση των τενόντιων αντανακλαστικών και άλλες διαταραχές του τύπου της πολυνευροπάθειας. Η παθολογία αυτή εξασθενεί μετά από χορήγηση θειαμίνης, η έλλειψη της οποίας ενοχοποιείται ως κύριος παθογόνος παράγοντας. (Μαρσέλος Μ., 1997).
- Επιληψία όπου άτομα με ιστορικό επιληψίας και άλλων τραυμάτων στο κεφάλι μπορεί να αναπτύξουν σπασμούς. (Μάνος, 1997).
- Μυοπάθεια η οποία χαρακτηρίζεται από μυϊκές συσπάσεις, βαθμιαία φθορά και αδυναμία των κεντρικών μυών, ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται στα πόδια και νεκρωτική εκφύλιση των μυϊκών μαζών. Έτσι το άτομο γίνεται περισσότερο επιρρεπές στα πεσίματα.
- Μυϊκή δυστροφία η οποία εκδηλώνεται με εύκολη κόπωση και με βραδύτητα στις κινήσεις. Η διαταραχή αυτή μπορεί να οδηγήσει στο μοιραίο, εκτός εάν διακοπεί η κατανάλωση αλκοόλ. (Μαρσέλος Μ., 1997)
- Υποσιτισμός: Ο υποσιτισμός είναι ένα από τα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού, αν και η σχέση μεταξύ κατάχρησης του αλκοόλ και διατροφής παραμένει ασαφής. Είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι

αλκοολικοί που εισάγονται στο νοσοκομείο αναφέρουν βαθμιαία μείωση βάρους τους. Σύμφωνα με μελέτες σχετικά με τον υποσιτισμό των αλκοολικών, υποστηρίχθηκε πως αυτό το φαινόμενο ήταν αποτέλεσμα ανεπαρκούς διαίτας που χαρακτηρίζει πολλούς προβληματικούς πότες. Η Morgan (1982) αναφέρει ότι ο υποσιτισμός των αλκοολικών οφείλεται κυρίως σε παράγοντες όπως η κακή πέψη και απορρόφηση θρεπτικών στοιχείων και ο ελαττωματικός μεταβολισμός αυτών των στοιχείων. (Ποταμιανός, 1991).

- Εγκεφαλοπάθεια του Wernicke

Πρόκειται για μία οξεία κατάσταση, αποκαλούμενη και ως οινόπνευματώδη εγκεφαλοπάθεια. Είναι μία νευρολογική ασθένεια που φαίνεται από την αταξία(ανικανότητα του ατόμου να σταθεί όρθιο, μέχρι και πτώση), την οφθαλμοπληγία, το νυσταγμό και τη σύγχυση. Κατά την αυτοψία εμφανίζονται αιμορραγίες στο εγκεφαλικό στέλεχος, ιδιαίτερα στην περιοχή των μαστίων. Το σύνδρομο αυτό εξελίσσεται γρήγορα και χρειάζονται μεγάλες δόσεις θειαμίνης περίπου 50 με 100 mg θειαμίνη ενδομυϊκά για να αποτρέψουν το θάνατο ή για να μειώσουν την υπολειματική εγκεφαλική βλάβη. Αν και αυτή η κατάσταση είναι αμετάκλητη, έχουν αναφερθεί βαθμοί αποκατάστασης. (Μάνος,1997).

- Σύνδρομο Korsakoff

Διαταραχή της μνήμης εμφανιζόμενη από τη θρεπτική ανεπάρκεια. Έχει συνδεθεί με ανωμαλίες στο μετωπικό φλοιό, καθώς επίσης και σε διάφορες υποφλοιώδεις δομές ,συμπεριλαμβανομένου του θαλάμου, του ιππόκαμπου, των μαστίων και του αμυγδαλωτού πυρήνα. Είναι μία χρόνια κατάσταση και μπορεί να εμφανιστεί μετά τη θεραπεία της εγκεφαλοπάθειας του Wernicke ή μετά από ένα τρομώδες παραλήρημα.

Εκτός από την βραχύχρονη μνήμη ακολουθεί και η μακρόχρονη μνήμη όπου ο άνθρωπος δεν μπορεί να θυμηθεί πληροφορίες του παρελθόντος και έτσι καταφεύγει στη μυθοπλασία, δηλαδή κατασκευάζει απαντήσεις σε διάφορες ερωτήσεις προκειμένου να συμπληρώσουν τα κενά. Το σύνδρομο Korsakoff βελτιώνεται στο 75% των ασθενών, αφού σταματήσουν το αλκοόλ, ενώ το 25% των ασθενών αναρρώνει πλήρως.

Η πρόληψη αυτών των επιπλοκών του εγκεφάλου μπορεί να γίνει με την σωστή διατροφή. (Μάνος, 1997).

Εγκυμοσύνη και αλκοόλ

Στις γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζεται το «αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο» όπως ονομάζεται, το οποίο είναι η κύρια αιτία εμφάνισης διανοητικής καθυστέρησης στο έμβρυο.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει από επιστήμονες ιατρούς, τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν μετά την εξέταση των παιδιών ήταν κυρίως οργανικά και ψυχολογικά. Αυτά ήταν αποτέλεσμα του αλκοολισμού της μητέρας όπως ανακοίνωσε ο Lamache (1967). Ένα χρόνο αργότερα οι Lemoine et al (1968) δημοσίευσαν τα πορίσματα της έρευνάς τους σύμφωνα με την οποία 25 από τα 54 παιδιά που παρουσίαζαν μορφολογικά, ψυχοκινητικά και ψυχολογικά προβλήματα ήταν συνέπεια της αλκοολικής μητέρας τους. (Τσαρούχας, 2000)

Σύμφωνα με μελέτες που αναφέρονται από τον Γρηγόρη Ποταμιανό, οι πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η κατάχρηση αλκοόλης στο έμβρυο είναι ήδη γνωστές από τον 18^ο αιώνα όπου οι έγκυες κυρίως από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα κατανάλωναν υπερβολική ποσότητα

τζιν. Αυτό οδήγησε στη γέννηση πολλών παιδιών με σοβαρές διαταραχές. Έχει διαπιστωθεί επίσης ότι γυναίκες που κατανάλωναν αλκοόλ πριν ή και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να παρουσιάσουν έντονα συμπτώματα κατάθλιψης.

Κατά τον Pratt, οι πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις του αλκοολισμού είναι εξίσου σημαντικές με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω. Σχετίζονται με διαταραχές που αφορούν τη γονιμότητα και τη δυσκολία στην ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης. Η ενδομητριάκη ανάπτυξη του εμβρύου επιβραδύνεται και προκαλούνται στο έμβρυο χαρακτηριστικά του λεγόμενου Εμβρυϊκού Αλκοολικού Συνδρόμου.

Οι επιπλοκές που χαρακτηρίζουν το «Αλκοολικό Εμβρυϊκό Σύνδρομο» είναι οι εξής:

- Μικρό βάρος του βρέφους κατά την γέννηση
- Μικρή διάμετρος της κεφαλής και του εγκεφάλου σε σχέση με ένα κανονικό παιδί και αυτό συνοδεύεται με διανοητική καθυστέρηση
- Μειωμένη κινητικότητα, αυξημένος χρόνος με τα μάτια ανοιχτά και σπασμοί του σώματος.
- Μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κήλης
- Χαρακτηριστική όψη του προσώπου ενός παιδιού με ΕΑΣ
- Εμβρυϊκός ή βρεφικός θάνατος

Αναφέροντας παραπάνω την χαρακτηριστική όψη προσώπου σύμφωνα με την May Olofsson, η οποία πειραματίστηκε πάνω σε μία κούκλα, το παιδί με αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο δεν έχει λακκουβάκι μεταξύ μύτης και στόματος, το άνω χείλος είναι πολύ λεπτό, το πηγούνι είναι μικρό, τα αφτιά είναι πολύ χαμηλά και η περιφέρεια του κεφαλιού

είναι μικρότερη από ένα φυσιολογικό παιδί. Τα μάτια του είναι σε μεγαλύτερη απόσταση από την κανονική και η μύτη του επίπεδη (Τσαρούχας, 2000).

Άλλες οργανικές και νευρολογικές παθήσεις από το οινόπνευμα μπορεί να είναι ο διαβήτης, η ανεπαρκής άμυνα του οργανισμού, η σεξουαλική ανικανότητα και στειρώση όπως επίσης και γυναικομαστία λόγω της μείωσης του επιπέδου τεστοστερόνης κ.α. (Μάνος, 1997)

Η μακροχρόνια λήψη οινοπνεύματος προκαλεί επίσης διάφορες αιματολογικές διαταραχές όπως, μεγαλοβλαστική αναιμία, η οποία οφείλεται στην έλλειψη φυλλικού οξέος και βιταμίνης Β6. Επίσης, σε μερικές περιπτώσεις συνυπάρχει σιδηροπενική αναιμία, ενώ άλλοτε πάλι αναπτύσσεται υπερχρωμάτωση και αιμοσιδήρωση, ιδιαίτερα σε περίπτωση κατανάλωσης κόκκινου κρασιού, που περιέχει πολύ σίδηρο. (Μαρσέλος, 1997).

4.2 Διαταραχές προκαλούμενες από το αλκοόλ - Ταξινόμηση κατά DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual Disorders)

Η κατάχρηση αλκοόλ προκαλεί βλάβες ανεπανόρθωτες. Έχουμε πιο εύκολα ψυχιατρικές παθήσεις και έκπτωση των νοητικών ικανοτήτων του ατόμου, διότι καταστρέφονται νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου τα οποία δεν αντικαθίστανται. Οι ψυχιατρικές διαταραχές αυτές μπορεί να προϋπήρχαν του αλκοολισμού και να έχουν παίξει βασικό ρόλο στην αιτιολογία του, να είναι αποτέλεσμα της εξάρτησης από το αλκοόλ ή να εμφανίζονται ανεξάρτητα από τον αλκοολισμό.

Σύμφωνα με τα παραπάνω οι διαταραχές που παρουσιάζονται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι οι διαταραχές που σχετίζονται α) με τη χρήση του αλκοόλ και περιλαμβάνουν την εξάρτηση και την κατάχρηση από το αλκοόλ και β) διαταραχές προκαλούμενες από αλκοόλ και περιλαμβάνουν τα εξής:

- Αλκοολική τοξίκωση (μέθη)
- Στερητική Διαταραχή από Αλκοόλ
- Αλκοολικό Τοξικό Παραλήρημα
- Αλκοολικό Στερητικό Παραλήρημα
- Άνοια Επίμονη Προκαλούμενη από Αλκοόλ
- Αμνησιακή Διαταραχή Επίμονη Προκαλούμενη από Αλκοόλ
- Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Αλκοόλ
- Διαταραχή της Διάθεσης
- Αγχώδης Διαταραχή
- Σεξουαλική Δυσλειτουργία
- Διαταραχή του Ύπνου και
- Διαταραχή Σχετιζόμενη με Αλκοόλ μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Μάνος,1997).

Από όλες αυτές τις Διαταραχές προκαλούμενες από Αλκοόλ πιο αναλυτικά αναφερόμαστε παρακάτω:

- Αλκοολική Τοξίκωση

Είναι η γνωστή μέθη. Χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφοριστικές ή ψυχολογικές μεταβολές όπως απρόσφορη

σεξουαλική ή επιθετική συμπεριφορά, αλλαγές στη διάθεση, μειωμένη κρίση και μειωμένη κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα. Προβλήματα που μπορεί να προκύψουν είναι η δυσαρθρική ομιλία, η διαταραχή στο συντονισμό των κινήσεων, η έλλειψη σταθερότητας στο βάδισμα ,αυξημένη διάθεση για ύπνο, έκπτωση μνήμης ακόμα και θάνατος είτε λόγω καταστολής της αναπνοής, είτε λόγω εισρόφησης εμετού. Ατυχήματα και πτώσεις κατά την διάρκεια της Αλκοολικής Τοξίκωσης μπορεί να προκαλέσουν κατάγματα, υποδόρια αιματώματα και άλλες βλάβες του εγκεφάλου. Επίσης συχνά επεισόδια Αλκοολικής Τοξίκωσης μειώνουν την άμυνα και αντίσταση του οργανισμού και προδιαθέτουν σε λοιμώξεις και διάφορα είδη καρκίνου. Παρανοϊκές πράξεις και αυτοκτονίες είναι συχνά φαινόμενα στην κατάσταση Αλκοολικής Τοξίκωσης.

Εκτός όμως από την απλή μέθη που αναφέραμε παραπάνω έχουμε και μία περίεργη δράση του οινοπνεύματος, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «παθολογική μέθη», η οποία δεν εμφανίζεται σε όλους τους εξαρτημένους. Σύμφωνα με αυτή την περίπτωση, το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τις ψυχοκινητικές του λειτουργίες και παραγνωρίζει την πραγματικότητα. Εκφράζει έντονο θυμό, άγχος και εκδηλώνει επιθετική συμπεριφορά. Επίσης, φαντάζεται πράγματα και έχει οπτικοακουστικά παραληρήματα, ενώ παθαίνει και πλήρη αμνησία. (Παπαγεωργίου, 1990,).

- Στερητικό σύνδρομο από Αλκοόλ

Τα συμπτώματα προκύπτουν 6 έως 24 ώρες μετά την παύση του Αλκοόλ και τα κυριότερα είναι ο αυξημένος τρόμος των χεριών, αδυναμία ύπνου, ναυτία και έμετος, ψυχοκινητική διέγερση, σπασμοί, παροδικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις (ακουστικές ή οπτικές), άγχος,

εφίδρωση και ταχυκαρδία. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν έκπτωση σε βασικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

- Αλκοολικό Στερητικό Παραλήρημα (delirium tremens)

Χαρακτηρίζεται από έντονες οπτικές και απτικές ψευδαισθήσεις, που αφορούν ζώα ή έντομα, τα οποία διασχίζουν το δωμάτιο του ασθενούς και εκείνος τα κυνηγάει και προσπαθεί να τα απομακρύνει καθώς και παραισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, διαταραχή της συνείδησης, έλλειμμα μνήμης, ασυνάρτητη ομιλία, υπερπυρεξία, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές κ.α Παρουσιάζεται μέσα σε μία εβδομάδα μετά την παύση λήψης αλκοόλ και μπορεί να διαρκεί μέχρι δύο εβδομάδες και εμφανίζεται σε ηλικία γύρω τα 30 με 40. Η θνησιμότητα φθάνει στο 15%.

Οργανικές παθήσεις όπως πνευμονία, υπατική ανεπάρκεια, υπογλυκαιμία και άλλες υποβοηθούν την εμφάνιση Αλκοολικού Στερητικού Παραληρήματος.

- Άνοια επίμονη Προκαλούμενη από το Αλκοόλ

Βασικό χαρακτηριστικό της είναι η εμφάνιση γνωστικών ελλειμμάτων, συμπεριλαμβανομένου την έκπτωση μνήμης και γνωστικές διαταραχές όπως απραξία, αφασία, διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας. Εμφανίζεται σπάνια πριν την ηλικία των 35 ετών και αποτελεί μία από τις πιο σοβαρές καταλήξεις του αλκοολικού. Ο ασθενής αρχίζει σιγά -σιγά να χάνει το ενδιαφέρον του και τη ζωντάνια του και υπάρχει εξασθένηση σε κάθε δραστηριότητα που κάνει. Η διαταραχή αυτή είναι μερικώς αναστρέψιμη, εάν επιβληθεί μακροχρόνια αποχή από τη λήψη οποιουδήποτε οινοπνευματώδους ποτού. (Μάνος, 1997).

- Ψυχωτική Διαταραχή συνδεδεμένη με τον αλκοολισμό

Η διαταραχή αυτή αρχίζει να γίνεται ορατή στο στάδιο της τοξίκωσης ή στο στάδιο στερητικού συνδρόμου. Σε αυτή τη διαταραχή κυριαρχούν οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες που προκαλούν άγχος και φόβο στον ασθενή. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει απ την Σχιζοφρένεια οπότε απαιτείται λήψη ιστορικού. (Νίκου Μάνου,1997,σελ.168).

- Διαταραχή της Διάθεσης – Συναισθηματική Διαταραχή συνδεδεμένη με το Αλκοόλ

Χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη και μανία και το άτομο χάνει το ενδιαφέρον και την ευχαρίστηση του για μεγαλύτερο μέρος των δραστηριοτήτων του καθώς και από έκπτωση στους επαγγελματικούς τομείς. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από συμπτώματα κατάθλιψης που συναντάμε στο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, σε ιατρικές καταστάσεις από τη χρήση φαρμάκων και στο τρομώδες παραλήρημα. (Μάνος, 1997).

- Αγχώδης Διαταραχή

Χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος και φόβο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των αλκοολικών αναφέρουν καταστάσεις κρίσης και πανικού, ψυχαναγκασμούς και καταναγκασμούς, μετά την ξαφνική και απότομη διακοπή λήψης οινοπνεύματος. (Μάνος, 1997).

- Διαταραχή του Ύπνου

Η διαταραχή του ύπνου προκαλούμενη από ουσίες όπως το αλκοόλ είναι αρκετά σοβαρή και απαιτεί ανεξάρτητη κλινική προσοχή. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της είναι η δυσκολία στη διατήρηση του ύπνου. Επίσης, συνοδεύεται από έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό και σε άλλους τομείς λειτουργικότητας του ατόμου. (Μάνος, 1997).

- Σεξουαλική δυσλειτουργία από το Αλκοόλ

Έχει σαν αποτέλεσμα έντονη υποκειμενική ενόχληση και δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις και τα συμπτώματα της εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια της τοξίκωσης.

Η κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία και έχει σοβαρό αντίκτυπο στην κοινότητα. Σχετίζεται και με άλλα προβλήματα εκτός από την άμεση επίδραση στην υγεία και στην προσδοκώμενη διάρκεια ζωής. Παρακάτω αναφέρονται τα πιο σημαντικά προβλήματα συμπεριφοράς.

- Αυτοκτονία

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται με κάθε μορφή εξάρτησης, εκτός του καπνίσματος καπνού. Οι δείκτες αυτοκτονιών στους αλκοολικούς είναι αυξημένες με συντελεστή 12-75.

- Ατυχήματα

Κατά την τελευταία 20αετία, τα σχετικά με την οδική κυκλοφορία προβλήματα που οφείλονται στη χρήση οινοπνευματωδών θεωρήθηκαν ως πρωταρχικής σημασίας, μεταξύ των κοινωνικών προβλημάτων και των προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τη χρήση οινοπνευματωδών και κυμαίνονται γύρω στο 50%

- Εγκληματικότητα

Η κατάχρηση διαφόρων ουσιών όπως το αλκοόλ, συνεισφέρει συχνά στην απώλεια ελέγχου των παρορμήσεων και σχετίζεται με αυξημένους δείκτες εγκληματικότητας π.χ στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της

Γερμανίας, περίπου το 30% των εγκληματούντων είναι χρόνιοι αλκοολικοί, κ.α. Πολλοί βάνουσοι γονείς ενηλικιώνονται, έχοντας τρομερές συναισθηματικές ελλείψεις και καταφεύγουν στα παιδιά τους προκειμένου να εκπληρώσουν συναισθηματικές ανάγκες αφού οι δικοί τους γονείς ποτέ δεν εκπλήρωσαν. Όταν το παιδί τους δεν μπορεί να τους καλύψει συναισθηματικά ξεσπούν πάνω του, το κτυπούν και το παιδί γίνεται υποκατάστατο του γονέα. Η βία είναι το μόνο εργαλείο που έμαθαν αυτοί οι γονείς να χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση των συναισθημάτων οργής που νιώθουν.

- Αδικαιολόγητες απουσίες

Πρόκειται για ένα πολύ συνηθισμένο φαινόμενο σε άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Αυτό οφείλεται εν μέρει στην αυξημένη νοσηρότητα, εν μέρει στα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης και εν μέρει στην ανεπάρκεια ελέγχου του συναισθήματος. Οι απουσίες αλκοολικών από την εργασία τους είναι αυξημένες κατά 100-200%. (Gossop και Grant, 1994).

Από όλα τα παραπάνω που αναφέραμε γίνεται κατανοητό ότι το οινόπνευμα θα πρέπει να μένει στα πλαίσια ενός απλού ευφραντικού και όχι να γίνει κατάρα και συμφορά. Όταν χρησιμοποιείται σε μικρές ποσότητες τότε είναι ακίνδυνο και ευφραίνει καρδίαν ανθρώπου, όπως έλεγαν. Ο άνθρωπος το χρησιμοποιεί ως μία ανάπαυλα και τον βοηθάει να ξαναρχίσει τον αγώνα του στη ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικογένεια είναι ένα πολυσύνθετο σύστημα ιδεών, αξιών, αρχών και συναισθημάτων, όπου τα μέλη της αλληλοεπηρεάζονται έντονα. Οι αλληλοεπιδράσεις που δημιουργούνται, είναι τέτοιας μορφής, ώστε το κάθε μέλος να επεμβαίνει διαρκώς στη ζωή των άλλων, και έτσι διαμορφώνεται το συναισθηματικό σύστημα της οικογένειας, το οποίο είναι δυναμικό. Τα στοιχεία του συνεχώς αλλάζουν και τα μέλη χρειάζεται, να ανταποκρίνονται σε αυτές τις αλλαγές, ώστε να συνυπάρχουν αρμονικά και να είναι η οικογένεια λειτουργική.

Αυτή η αλληλεξάρτηση μεταξύ των μελών γίνεται κατανοητή αν σκεφτούμε την οικογένεια, σαν μια οικογένεια ακροβατών σε τσίρκο, όπου τα μέλη του νούμερου σκαρφαλώνουν στο πάνω μέρος της τέντας. Ο ένας μετά τον άλλον περπατούν πάνω στο τεντωμένο σκοινί και κάνουν περίπλοκα κόλπα ώστε να σχηματίσουν μία ανθρώπινη πυραμίδα. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η αλληλεξάρτηση είναι εμφανής καθώς ο καθένας παρακολουθεί τις κινήσεις όλων των άλλων για να εκτελεσθεί σωστά το νούμερο. Αν έστω και ένας κάνει λάθος το νούμερο θα αποτύχει. Παρόμοια λειτουργούν και οι οικογένειες με κάποιο διαταραγμένο μέλος. (Τσαρούχας, 2000,).

Η ωρίμανση ενός ατόμου είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις αρχές και αξίες που χαρακτηρίζουν τη λειτουργία της οικογένειας. Μια οικογένεια που τη χαρακτηρίζει η ισορροπία και η σταθερότητα στις αξίες, στα όρια και στις πεποιθήσεις της, είναι ικανή να προσφέρει ένα ασφαλές και υγιές περιβάλλον. Αντίθετα, στην οικογένεια όπου υπάρχει σύγχυση ρόλων, φαινόμενα αντικοινωνικής συμπεριφοράς, έλλειψη

αξιών και ασαφή όρια, οδηγεί τα μέλη της σε μία αντίθετη πορεία.(Γεωργακάς, 2007).

Η οικογένεια ως θεμελιώδες κύτταρο της κοινωνίας, έχει αυτονόητη συμμετοχή στην εμφάνιση ενός κοινωνικού φαινομένου, όπως η εξάρτηση. Δεν μπορεί κανείς να πει ότι φταίει η ίδια απόλυτα για την κατάσταση ενός εξαρτημένου μέλους, αλλά σίγουρα δεν είναι και απόλυτα αθώα. Ο ρόλος της οικογένειας γύρω από το φαινόμενο είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Παράγοντες όπως αποδιοργάνωση και χάος μέσα στην οικογένεια, διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ των μελών, έλλειψη συνέπειας ως προς το γονικό ρόλο, το μορφωτικό επίπεδο καθώς και τα διάφορα ψυχολογικά και παθολογικά προβλήματα των γονέων, μπορούν να οδηγήσουν στην κατάχρηση διαφόρων ουσιών, όπως το αλκοόλ.

Ανάλογη κατάληξη μπορεί να έχει και η οικογένεια εκείνη που συνεχίζει να ζει ενωμένη αλλά διακρίνεται για την διάσπαση απόψεων και συναισθημάτων με αποτέλεσμα τα παιδιά να λαμβάνουν χαοτικά μηνύματα.

Οι απόψεις της οικογένειας σχετικά με τις διάφορες εξαρτήσεις, όπως κατάχρηση οινόπνευματων, φαίνεται να επηρεάζουν και να διαμορφώνουν την μελλοντική συμπεριφορά των παιδιών τους. Ακόμα και αν οι γονείς δεν είναι εξαρτημένοι, σημαντικό ρόλο παίζει και η δεκτικότητα τους απέναντι στην κατάχρηση. (Γεωργακάς, 2007).

5.1 Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια

Το αλκοόλ προκαλεί πολλά προβλήματα και αναταραχές στην οικογένεια. Ο σύζυγος του πάσχοντα έχει γενικά την ευθύνη όλων των υποθέσεων της οικογένειας. Ο ρόλος του απέναντι στα παιδιά επεκτείνεται με την ανάληψη και του πατρικού ή μητρικού ρόλου. Ο

σύντροφος του ατόμου που αντιμετωπίζει το πρόβλημα συνήθως διακατέχεται από μια αίσθηση απογοήτευσης, εγκατάλειψης και μοναξιάς. Πολλές φορές εμφανίζονται περιπτώσεις συγκρούσεων ανάμεσα στο ζευγάρι, οι οποίες καταλήγουν είτε σε σωματική είτε σε λεκτική βία.

Αρκετές είναι οι φορές που το πάσχων άτομο νιώθει έντονα το αίσθημα του φόβου, της ντροπής και της αναστάτωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση των μελών της οικογένειας, τα οποία απομακρύνονται τόσο από το συγγενικό όσο και από το φιλικό περιβάλλον.

Το αλκοόλ στην οικογένεια και οι επιπτώσεις του έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης κυρίως σε χώρες που εμφανίζουν υψηλούς δείκτες αλκοολισμού. Συγκεκριμένα σε «αλκοολικούς γάμους» επικρατεί η «συζυγική δυσλειτουργία» η οποία αποτελεί αναμενόμενο αποτέλεσμα του αλκοολισμού.

Η κατάχρηση της αλκοόλης δημιουργεί σύγχυση ρόλων και αντιστροφή των ρόλων αυτών. Μπορεί να οδηγήσει σε προβληματικές σχέσεις, διάλυση της οικογένειας και γενικότερη αποδιοργάνωση. Υποβαθμίζει την προσωπικότητα, μειώνει την δραστηριότητα, τη δύναμη και τη θέληση. Στερεί στον άνθρωπο την ελευθερία να επιλέγει όταν είναι υπό την εξάρτηση του αλκοόλ. Συγκεκριμένα, η συμπεριφορά του αλκοολικού προς τα άλλα μέλη της οικογένειας είναι βίαιη και απότομη.

Πολλές φορές υπάρχει πιθανότητα, σε μία οικογένεια στην οποία κάποιος αντιμετωπίζει πρόβλημα αλκοολισμού, τα άλλα μέλη της οικογένειας να βρίσκουν δικαιολογίες που να επιτρέπουν τη συνέχιση κατανάλωσης αλκοόλ και με αυτό τον τρόπο να συμβάλλουν στην συγκάλυψη του αλκοολικού μέλους. Οι πράξεις του αλκοολικού

εντείνουν αναπόφευκτα,το επίπεδο άγχους της οικογένειας. (Τσαρούχας,2000).

Ένας όρος που χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει τις συνέπειες του αλκοολισμού στην οικογένεια και στα μέλη της είναι η συν-εξάρτηση. Αυτός ο όρος πολλές φορές χρησιμοποιείται ως χαρακτηρισμός, αναφερόμενος στα μέλη της οικογένειας και άλλοτε ως κλινική διάγνωση με ένα σύνολο συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τον γιατρό Timmen Germak, ο όρος συν-εξάρτηση θεωρείται ένα είδος διαταραχής της προσωπικότητας και προτείνει τα ακόλουθα κριτήρια για τη διάγνωση σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-III:

1) Το άτομο επενδύει την αυτο-πεποίθησή του στην ικανότητά του να ελέγξει τον εαυτό του και τους άλλους όταν έρχεται αντιμέτωπος με δύσκολες συνθήκες.

2) Καλύπτει με ευθύνη του τις ανάγκες των άλλων σε βάρος των δικών του αναγκών.

3) Συναναστρέφεται με άτομα που πάσχουν από διαταραχές της προσωπικότητας και άλλες παρορμήσεις.

4) Αισθάνεται άγχος και ένταση είτε γύρω από τη στενή οικειότητα, είτε όταν βιώνει τον αποχωρισμό.

5) Παρουσιάζει τρία ή και περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Κατάθλιψη
- Ψυχαναγκασμοί
- Άγχος
- Κατάχρηση ουσιών
- Υπερεπαγρύπνηση
- Θύμα κακοποίησης τώρα ή στο παρελθόν (Τσαρούχας, 2000).

Το οικογενειακό περιβάλλον τελικά, η συμπεριφορά των γονέων, ο τρόπος διαπαιδαγώγησης του παιδιού παίζουν σημαντικό ρόλο στην πιθανή εξέλιξη του σε ένα «εξαρτημένο άτομο». Έχοντας προσαρμοστεί στο πρόβλημα η οικογένεια θα πρέπει να κάνει σημαντικές αναπροσαρμογές για να μπορέσει το αλκοολικό μέλος να αναζητήσει θεραπεία.

5.2 Παιδιά αλκοολικών γονέων

Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού επηρεάζουν πολύ και τα παιδιά, αν υπάρχουν. Η κακή οικογενειακή ατμόσφαιρα και οι συγκρούσεις που κάποιες φορές ίσως γίνονται ανεξέλεγκτες, ο φόβος έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στα παιδιά, που ανησυχούν για έναν ενδεχόμενο χωρισμό, αισθάνονται ενοχές ή ντροπή. Εάν, βέβαια το πρόβλημα είναι γνωστό και στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο που περιβάλλει τα παιδιά, τότε ενδέχεται να αναπτυχθούν αισθήματα κριτικής και λοιπών δυσμενών σχολίων.

Η οικογένεια είναι το πρώτο σύστημα όπου το άτομο κοινωνικοποιείται και σχηματίζει ταυτότητα. Έχει την αίσθηση του ανήκειν και μαθαίνει να ζει με μία ομάδα. Μέσα στην οικογένεια το άτομο έχει ανάγκη από φροντίδα, ζεστασιά, σωματική και συναισθηματική ασφάλεια. Οι συνέπειες που έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στα παιδιά είναι ολέθριες. Οδηγούν σε φιλονικίες, προστριβές, εντάσεις και τα παιδιά ζουν συνεχώς κάτω από τον φόβο και την αναστάτωση.

Σε ένα δημοσίευμα οι Keane et al (1974) αναφέρουν ότι οι πιο χαρακτηριστικές συμπεριφορές που εκδηλώνουν τα παιδιά είναι η

υπερκινητικότητα, η επιθετικότητα και οι αυτοκαταστροφικές τάσεις.(Ποταμιανός , 1991)

Σε μία ατμόσφαιρα λοιπόν σύγκρουσης, έντασης και αβεβαιότητας και όπου οι ρόλοι των γονιών δεν εκπληρώνονται επαρκώς, τα παιδιά δεν θα μπορέσουν να διαμορφώσουν την κατάλληλη προσωπικότητα και με δυσκολία θα μπορέσουν να σχηματίσουν διαπροσωπικές σχέσεις. (Τσαρούχας, 2000).

Η οικογένεια που αγνοεί το πρόβλημα της και το αντιμετωπίζει με ψέματα και διάφορες δικαιολογίες, δημιουργεί συναισθηματικό χάος στα παιδιά. Τα παιδιά αισθάνονται σαν να μην υπάρχουν και αυτό είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο γιατί όσο προβληματική είναι μία οικογένεια, τόσο συναισθηματική στήριξη χρειάζονται τα παιδιά της. (Forward, 1992 σελ.112).

Όπως αναφέρει ο Augustus Y. Napier στους «αλκοολικούς γάμους», οι οικογένειες που έχουν τουλάχιστον έναν δυσλειτουργούντα γονιό, τα παιδιά αυτών των οικογενειών καλούνται να αναλάβουν έναν καινούριο ρόλο φροντίδας γι 'αυτόν και υιοθετούν συγκεκριμένους τρόπους.

Συγκεκριμένα αν ένας γονιός είναι αλκοολικός, έχει σοβαρή κατάθλιψη ή κάποια ψυχική ασθένεια, συχνά ο άλλος γονιός ασχολείται με τα θέματα της επιβίωσης σε πρακτικό επίπεδο και τότε το βάρος φροντίδας του αδύναμου γονιού το επωμίζονται τα παιδιά. Εξαιτίας αυτής της μετατροπής σε γονιό ορισμένα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα και ωθούνται σε ευθύνες προκειμένου να εξυπηρετήσουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Επωμίζονται βάρη που είναι πέρα από τις δυνατότητες τους και προσπαθούν να τα καταφέρουν με ωριμότητα ασυνήθιστη για την ηλικία τους. Αυτός ο συγκεκριμένος τρόπος που υιοθετεί το παιδί λέγεται υπεύθυνος (Napier, 1997).

Ένας άλλος τρόπος που υιοθετεί το παιδί είναι ο προσαρμοστικός, όπου το παιδί δεν αναλαμβάνει ευθύνες διαχείρισης αλλά προσαρμόζεται σε οτιδήποτε συμβαίνει εύκολα.

Επίσης, ίσως να ακολουθήσουν τον κατευναστικό τρόπο όπου το παιδί αναλαμβάνει τις συναισθηματικές υποθέσεις και είναι πάντοτε ευαίσθητο στους άλλους. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να συμπεριλαμβάνει και την συμπόνια προς τον αλκοολικό γονιό ή από την άλλη πλευρά συμπόνια προς τον μη αλκοολικό γονιό. Αυτό το παιδί προσπαθεί να ηρεμεί τα «πνεύματα» μέσα στην οικογένεια. (Τσαρούχας, 2000).

Οι παραπάνω ρόλοι που αναφέρθηκαν είναι μία προσπάθεια άμυνας και επιβίωσης από τα παιδιά για να μπορέσουν να ζήσουν μέσα στην οικογένεια, αλλά είναι ρόλοι διακινδυνευμένοι για την υπόλοιπη ζωή τους. Είναι ρόλοι που μπορεί να μεταβληθούν σε τρόπο ζωής και να τον ακολουθούν για πάντα. (Τσαρούχας, 2000).

Συγκεκριμένα, η ανάγκη του παιδιού να σώσει τον πατέρα του, οι προσωπικές του ανασφάλειες και ο καταπιεσμένος θυμός του είναι τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα των ενήλικων παιδιών των αλκοολικών. Το παιδί πολλές φορές γίνεται διέξοδος στην άσχημη συμπεριφορά του πατέρα του, γίνεται δηλαδή ο «αποδιοπομπαίος τράγος». Ο τρόπος αυτός που υιοθετεί το παιδί συγκεντρώνει και τις περισσότερες πιθανότητες να έχει προβλήματα στο σχολείο. Αυτός είναι ένας ύπουλος τρόπος που συχνά οι αλκοολικοί γονείς χρησιμοποιούν προκειμένου να δικαιολογήσουν τις δικές τους ανεπάρκειες, (Forward, 1992).

Σύμφωνα με αυτό τον τρόπο το παιδί πιστεύει υποσυνείδητα ότι είναι υπεύθυνο για τον αλκοολισμό του ενός από τους δύο γονείς του και είναι διατεθειμένο να κάνει οτιδήποτε για να εξιλεωθεί.

Ο ρόλος του αποδιοπομπαίου τράγου είναι ιδιαίτερα γνωστός για τα παιδιά των αλκοολικών οικογενειών. Κάποιοι καταφεύγουν σε

εγκληματική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά προκειμένου να ανταποκριθούν στην αρνητική εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους και άλλοι υποσυνείδητα βρίσκουν τρόπους να τιμωρούν τον εαυτό τους με συναισθηματικά ή φυσικά συμπτώματα.

Τα παιδιά λόγω της αλκοολικής γονικής συμπεριφοράς αισθάνονται ιδιαίτερο στρες. Υποφέρουν ψυχολογικά από χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθάνονται ντροπή και νιώθουν πως διαφέρουν από τα άλλα παιδιά. Συνήθως κρατούν μυστικό στους φίλους τους αυτά που συμβαίνουν στην οικογένειά τους. Είναι αδύνατο για ένα παιδί να αναπτύξει ισχυρό αίσθημα αυτοπεποίθησης, αφού θα πρέπει συνεχώς να ψεύδεται γι' αυτά που σκέπτεται και αισθάνεται. Οι ενοχές του το κάνουν να αναρωτιέται, αν το πιστεύουν οι άλλοι. Βρίσκεται πάντοτε σε επιφυλακή και αναπτύσσει ένα αίσθημα υπακοής μόνο στους ανθρώπους της οικογένειάς του. Έρευνες που έχουν γίνει έδειξαν ότι έφηβοι από αλκοολικό πατέρα είχαν αρνητική συμπεριφορά από τους δασκάλους τους, συγκριτικά με παιδιά από μη αλκοολικό πατέρα. Επιπλέον αν το παιδί είναι έφηβος το πρόβλημα της αλκοολικής γονικής συμπεριφοράς μπορεί να πάρει την μορφή κατάχρησης ουσιών.

Είναι γνωστό ότι ένα από τα τέσσερα παιδιά των αλκοολικών γονέων γίνονται τα ίδια αλκοολικά στην πορεία, και πολλοί από αυτούς τους ενήλικες δοκίμασαν το πρώτο τους ποτό σε πολύ νεαρή ηλικία. Το ποτό δηλαδή δημιουργεί ένα μυστικό σύνδεσμο ανάμεσα σε γονέα και παιδί και αυτό εκλαμβάνεται από το παιδί ως συναδελφικότητα. Αισθάνεται με αυτό τον τρόπο ότι το αγαπούν και το αποδέχονται.

Αυτά τα παιδιά παραμένουν ιδιαίτερα ευάλωτα στο να γίνουν κάποτε αλκοολικά αφού αυτά που έχουν εκλάβει από τους γονείς τους είναι η βία, η κατάθλιψη, η έλλειψη εμπιστοσύνης και το αναπτυγμένο αίσθημα της ευθύνης. Επίσης, στην σχολική ηλικία, παιδιά αλκοολικών γονέων είχαν προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής καθώς και

προβλήματα στην εκπαιδευτική διαδικασία σε σχέση με άλλα παιδιά της ομάδας ελέγχου.

Όσον αφορά την κοινωνικότητα των παιδιών εκείνα έχουν αδυναμία στην εξεύρεση φίλων και στη διατήρηση αυτής της φιλίας με αποτέλεσμα να απομονώνονται και να γίνονται μοναχικά. Η μοναξιά τα σέρνει όλο και βαθύτερα στο οικογενειακό τέλμα. Υπάρχουν ακόμα πιθανότητες, συμπεριφορές κατά τη διάρκεια της εφηβείας να προμηνύουν την ανάπτυξη αλκοολισμού και στα ίδια τα παιδιά κατά την ενηλικίωσή τους. (Forward, 1992).

Συγκεκριμένα τα ενήλικα παιδιά των αλκοολικών παντρεύονται συχνά αλκοολικούς. Ίσως αυτό να είναι περίεργο για μερικούς ανθρώπους, αλλά η ώθηση να επαναλαμβάνουμε την ίδια τραυματική εμπειρία και τα ίδια τραυματικά συναισθήματα είναι γνωστή σε όλους τους ανθρώπους. Αυτό συμβαίνει γιατί αυτά που έχουμε ξαναζήσει στο παρελθόν μας είναι ήδη γνωστά, μας παρέχουν το αίσθημα της άνεσης και της τάξης στη ζωή μας και απλά ελπίζουμε πως αυτή την φορά θα πάνε καλύτερα τα πράγματα και θα κερδίσουμε την μάχη. Η αναβίωση των παλιών καταστροφικών εμπειριών, ονομάζεται <<παρορμητική επανάληψη>>. (Forward, 1992).

Επίσης σε οικογένειες που έχουν ένα ιστορικό αλκοολισμού- κι είναι λίγες αυτές που το πρόβλημα αυτό δεν τις έχει αγγίξει με τον έναν ή με τον άλλον τρόπο-τα ενήλικα παιδιά των αλκοολικών γονιών, πάντα ανακαλύπτουν συναισθηματικά τραύματα επειδή έχουν ζήσει σε τέτοιες οικογένειες (Napier, 1997).

Κάποια από τα κοινά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν τα ενήλικα παιδιά των αλκοολικών είναι ο φόβος προς τα συναισθήματα, ο φόβος των συγκρούσεων, το αίσθημα ενοχής όταν δεν υποχωρούν, αρνητική διάθεση στο να αναπτύξουν σχέσεις, κάνουν αυστηρή αυτοκριτική και υποφέρουν από την καταπιεσμένη θλίψη που ζούσαν τόσα χρόνια γι'

αυτό και αντιδρούν με αυτό τον τρόπο αντί να δρουν. Η έλλειψη εμπιστοσύνης είναι χαρακτηριστικό των ενήλικων παιδιών που ζούσαν σε αλκοολική οικογένεια. Η ζήλεια, η κτητικότητα και οι υποψίες είναι τα μοτίβα που έμαθαν και επαναλαμβάνουν και στις δικές τους σχέσεις.

Η Claudia Black σε έρευνα της βρήκε ότι οι ενήλικοι που μεγάλωσαν σε οικογένεια με αλκοολικό γονιό, είχαν διαταραγμένη οικογενειακή ζωή, αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα συναισθηματικής και ψυχολογικής φύσεως, είχαν περισσότερα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης και βίας στην παιδική τους ηλικία καθώς και αυξημένα ποσοστά αλκοολισμού ή γάμου με αλκοολικούς σε σύγκριση με ενήλικες που μεγάλωσαν σε μη αλκοολικές οικογένειες.

Αναφορικά με το ποσοστό της κακοποίησης, το αλκοόλ σημειώνεται σαν αιτία του 20 με 40% της κακοποίησης παιδιών. Στην Αγγλία ένα στα τρία κακοποιημένα παιδιά έχουν κακοποιηθεί από αλκοολικό γονιό. Σχετικά με την Ελλάδα, 200 χιλιάδες παιδιά γυρνώντας σπίτι από το σχολείο έχουν να αντιμετωπίσουν τη βία από τον πατέρα τους ή την μητέρα τους οι οποίοι είναι αλκοολικοί. (Τσαρούχας, 2000, σελ.185).

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω κοινά προβλήματα που παρουσιάζονται, έλλειψη επικοινωνίας, σύγχυση ρόλων, βία, οικονομικές δυσκολίες και άλλες πιέσεις διαπιστώνουμε ότι η οικογένεια του αλκοολικού υποφέρει. Ένα όμορφο τέλος είναι σπάνιο σε αυτές τις οικογένειες, αφού η άρνηση να σταματήσουν το ποτό συνεχίζεται μέχρι τέλους. Τα παιδιά πιστεύουν ότι τα πράγματα κάποτε θα αλλάξουν και έτσι ζουν με αυτή την ελπίδα, η οποία όμως μπορεί να οδηγήσει σε τεράστια πτώση. Η αλκοολική οικογένεια είναι λοιπόν ένα σύστημα αποδυναμωμένο που χρήζει ιδιαίτερη βοήθεια, ώστε να μπορέσει να απαλλαγεί από τις επιπτώσεις της εξάρτησης και κυρίως να μεγαλώνουν τα παιδιά σε ένα συναισθηματικά υγιές περιβάλλον.

5.3 Σύζυγοι αλκοολικών ατόμων

Σοβαρά προβλήματα από την εμφάνιση αλκοολισμού προκύπτουν και στη σχέση μεταξύ των συζύγων. Σύμφωνα με την Jackson υπάρχουν 6 στάδια από τα οποία περνά μία οικογένεια όπου ένας από τους δύο συζύγους είναι αλκοολικός.

Αρχικά έχουμε την άρνηση, όπου η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ δικαιολογείται λόγω κούρασης, άγχους, στενοχώριας ή νευρικότητας και αυτό δεν αποτελεί πρόβλημα. Αν το ζευγάρι ζει σε μία ομάδα η οποία αποδέχεται την κατανάλωση αλκοόλ αυτό αποτελεί μία βολική κάλυψη για την ανάπτυξη της εξάρτησης. Στη συνέχεια ακολουθούν οι προσπάθειες εξάλειψης του προβλήματος όπου ο/η σύζυγος του αλκοολικού προσπαθεί να τον/την πείσει να ελέγξει την ποσότητα του ποτού. Επίσης ο/η σύζυγος προσπαθεί να αποκρύψει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει η οικογένεια από το ευρύτερο περιβάλλον, ενώ ο αλκοολικός σύζυγος κρύβεται από τον άλλον και πολλές φορές πίνει και έξω από το σπίτι. Οι γονείς σε αυτή την περίπτωση μπορεί ακόμη και να είναι σημαντικά πρόσωπα στον κοινωνικό χώρο με φήμη υψηλής ηθικής στάθμης.

Μετά από αυτό έπεται η αποδιοργάνωση και το χάος όπου ο/η σύζυγος του αλκοολικού σταματάει να υποκρίνεται, η μία κρίση διαδέχεται την άλλη και ο/η υγιής σύζυγος στρέφεται προς εξωτερική βοήθεια για να αντιμετωπίσει τον αλκοολισμό. Στην πορεία η οικογένεια αναδιοργανώνεται. Ο μη αλκοολικός σύζυγος αναλαμβάνει μεγαλύτερο μέρος ευθύνης στις οικογενειακές υποχρεώσεις, όχι όμως για να συνέλθει ο/η αλκοολικός σύζυγος, αλλά για να συνεχίσει κάπως η οικογενειακή ζωή.

Ακολουθούν οι προσπάθειες φυγής, δηλαδή χωρισμός ή διαζύγιο. Πολλές φορές όμως η οικογένεια μένει ανέπαφη γύρω από το πρόβλημα.

Και σε αυτή την περίπτωση η οικογένεια αναδιοργανώνεται. Αν ο αλκοολικός αποφασίσει να αποτοξινωθεί τότε μπορεί και να υπάρξει συμφιλίωση.(Τσαρούχας, 2000)

Όπως αναφέρει ο Augustus Napier στους γάμους όπου η σύζυγος είναι υπερλειτουργική, είναι γάμοι δυστυχημένοι. Αυτό συνήθως φέρνει μία αλλαγή μέσα στο γάμο γιατί τα μέλη δεν καταφέρνουν να συμμορφωθούν με το κοινωνικό στερεότυπο σύμφωνα με το οποίο στις οικογένειες κυριαρχεί ο σύζυγος.

Στους γάμους όπου η σύζυγος έχει κυρίαρχη θέση, η ίδια αντιμετωπίζει πολλαπλά προβλήματα καθώς προσπαθεί από την μία να αντιμετωπίσει τις πιέσεις που δέχεται και από την άλλη πλευρά τις ανάγκες της οικογένειας.

Οι υπερλειτουργικές γυναίκες συνήθως είναι δυνατές, οργανωτικές και δίνουν πολύ περισσότερα απ' όσα οι ίδιες παίρνουν. Νοιάζονται περισσότερο για τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων και πως θα μπορέσουν να τους ευχαριστήσουν. Δεν επικεντρώνονται σε αυτά που οι ίδιες πραγματικά αισθάνονται και συχνά αγνοούν ότι οι ίδιες είναι στερημένες από συναισθηματική άποψη. Παντρεύονται συχνά κάποιον που είναι εξαρτημένος από αυτές και παίζουν το ρόλο του γονιού μέσα στη σχέση τους. Εκφράζουν αμφιθυμία, δηλαδή από την μία ενθαρρύνουν την εξάρτηση του συζύγου τους και από την άλλη εκφράζουν θυμό για τη θέση στην οποία βρίσκονται.

Από την άλλη πλευρά οι υπολειτουργικοί σύζυγοι αναζητούν μία γυναίκα που θα τους φροντίζει αλλά αγανακτούν όταν νιώθουν ότι είναι εξαρτημένοι από αυτήν. Συχνά οι υπολειτουργικοί άντρες είχαν στερηθεί τη φροντίδα της μητέρας τους στην παιδική ηλικία γι' αυτό και επιζητούν τη φροντίδα από τη σύζυγο τους. Επίσης δυσκολεύονται να υπεύθυνοι και έμπιστοι μέσα στο γάμο τους επειδή στα παιδικά τους χρόνια ένιωσαν έντονα την απουσία του πατέρα τους ο οποίος ήταν συναισθηματικά

αδύναμος. Επειδή συχνά τους λείπει η αυτοπεποίθηση, εκφράζουν θυμό και αθετούν τις υποσχέσεις τους.

Δύο Βρετανοί ψυχίατροι, οι Kessel και Walton, με μακρόχρονη κλινική πείρα στον τομέα του αλκοολισμού μεταφέρουν τις κλινικές τους παρατηρήσεις από συνεντεύξεις που έδωσαν γυναίκες αλκοολικών ατόμων.

- Η σύζυγος ενός αλκοολικού ατόμου, πολύ συχνά, και αυτό δεν είναι τυχαίο είναι κόρη αλκοολικού πατέρα και προσπαθώντας να ξαναζήσει αυτή την σχέση, είναι σίγουρο ότι ο γάμος της θα είναι προβληματικός.

- Οι αλκοολικοί άντρες παντρεύονται γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και αυτό ίσως δείχνει την εξάρτηση που είχαν από την μητέρα τους, αποδεχόμενοι κατά συνέπεια και την εξουσία της.

Η άποψη του Φρόντ ήταν πως παντρευόμαστε κάποιον που μας θυμίζει τον γονιό του αντίθετου φύλου. Για παράδειγμα όταν η γυναίκα αλκοολικού συζύγου είναι κόρη αλκοολικού πατέρα, λειτουργούσε ως αντικαταστάτης όπου στηριζόταν η μητέρα. Στην πορεία παντρεύεται κάποιον που της θυμίζει τον πατέρα της ο οποίος ήταν απών στην παιδική της ηλικία.

- Οι σύζυγοι αλκοολικών ατόμων έχουν μεγάλη υπομονή. Αναλαμβάνουν όλες τις ευθύνες της οικογένειας, υιοθετούν τον πατρικό ρόλο και συχνά μειώνουν και υπονομεύουν τον σύζυγό τους.

- Στη σύζυγο του αλκοολικού λείπει η συντροφικότητα, η ζεστασιά και αισθάνεται πως ο σύζυγός της δεν είναι παρών όταν αυτή τον χρειάζεται. Όσο περνάει ο καιρός αισθάνεται μοναξιά και απογοήτευση.

- Προσπαθεί να τον δικαιολογήσει ψάχνοντας τρόπους, στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον ακόμα και στον επαγγελματικό του χώρο.

- Η γυναίκα του αλκοολικού είναι «μπερδεμένη». Δεν ξέρει αν θα πρέπει να είναι δύστροπη, ψυχρή ή άρρωστη. Δεν γνωρίζει αν θα πρέπει να του φωνάζει ή αν θα πρέπει να τον προστατέψει. Δεν μπορεί να αποφασίσει αν πρέπει να τον εγκαταλείψει ή να μείνει μαζί του.

Στις αλκοολικές λοιπόν οικογένειες η σύζυγος νιώθει ιδιαίτερα πιεσμένη και μέσα από την φροντίδα των παιδιών της προσπαθεί να καλύψει τα συναισθηματικά κενά που νιώθει.

Στις αρχές της δεκαετίας του '60 οι Kogan et all (1963) ανέφεραν πώς οι γυναίκες αλκοολικών ατόμων έχουν υψηλό δείκτη ψυχολογικών διαταραχών, όπως αυτές αξιολογήθηκαν με το MMPI. (ψυχοδιαγνωστική δοκιμασία προσωπικότητας). Επίσης, ο Orford (1976) πιο πρόσφατα εξέτασε 100 γυναίκες αλκοολικών με το EPI (δοκιμασία προσωπικότητας του Eysenck) και διαπίστωσε υψηλή βαθμολογία στη κλίμακα του νευρωτισμού. (Ποταμιανός, 1991).

Σύμφωνα με τον Mc Grady (1982) είναι γεγονός ότι ο αλκοολισμός προκαλεί δυσλειτουργίες στη σχέση του ζεύγους, σύγχυση ρόλων και ανεπάρκεια στην επικοινωνία. Το πρόβλημα και οι συνέπειες αυτού διαιωνίζονται.

Συχνά υπάρχει άρνηση του προβλήματος από τον/την σύντροφο του/της αλκοολικού και από τα άλλα μέλη της οικογένειας. Προσποιείται ότι είναι φυσιολογική στο ευρύτερο περιβάλλον του/της. (Forward, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως ήδη αναφέρθηκε το φαινόμενο του αλκοολισμού αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς και τα προβλήματα που επιφέρει τόσο στο άτομο, όσο και στην κοινωνία είναι πολυδιάστατα. Πρωταρχική σημασία λοιπόν για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ αποκτά η πρόληψη. Θα είναι λίγοι, ίσως, εκείνοι που θα διαφωνήσουν με την άποψη ότι η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία, είτε κανείς αναφέρεται σε θέματα υγείας είτε οικονομικού σχεδιασμού. (Ποταμιανός, 1998) Αυτό ισχύει γιατί η επιτυχημένη πρόληψη μειώνει σημαντικά τη ζήτηση θεραπευτικών υπηρεσιών και εξοικονομούνται έτσι οικονομικοί πόροι που μπορούν να διατεθούν σε άλλους τομείς. (Gossop και Grant., 1994)

Πρόληψη είναι η έγκαιρη προσφορά υπηρεσιών και άμεσων μέτρων πριν την ανάδειξη δυσλειτουργίας. Παρόμοια στο συγκεκριμένο θέμα πρόληψη είναι το να προλάβεις ή να προστατεύσεις κάποιον ευάλωτο ή επιρρεπή να περιπέσει στην κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ, ο καπνός και τα ναρκωτικά.

Η πρόληψη έχει ως στόχο την καλυτέρευση της δημόσιας και ψυχικής υγείας και το έργο της αναπτύσσεται αρχικά σε διεθνές, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο και στη συνέχεια σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες όπως είναι η οικογένεια, το σχολείο, ο εργασιακός χώρος κ.α.

Για να είναι αποδοτική η πρόληψη θα πρέπει να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τους λόγους και τους παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην τροπή, η κάνουν ευάλωτους τους ανθρώπους προς το φαινόμενο του αλκοολισμού. Η κατάλληλη πρόληψη επιβάλλεται να έχει καθορίσει τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται γιατί υπάρχουν διαφορετικές

εμπειρίες από διάφορους τομείς της κοινωνίας. Η κατάχρηση αλκοόλ ποικίλει από διάφορες παραμέτρους.

Στην Ελλάδα η πρόληψη βρίσκεται σε τουλάχιστον εμβρυακό στάδιο. Το θέμα των νόμιμων ουσιών εξάρτησης, όπως το αλκοόλ, αντιμετωπίζεται με αδιαφορία. Γι' αυτό οι προσπάθειες για την πρόληψη του φαινομένου θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από στρατηγικές με στόχο τόσο το άτομο, όσο και την κοινωνία. (Αβραμίδης, 1991, Ποταμιανός, 1991)

6.1 Νομοθεσία

Η νομοθεσία στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα ελαστική σε σχέση με άλλες χώρες όπως είναι η Γερμανία, η Γαλλία και η Αγγλία, όπου οι κυρώσεις για το αλκοόλ είναι αυστηρές και ο έλεγχος για τα επίπεδα οινοπνεύματος στον οδηγό είναι συχνός και προληπτικός και όχι τη στιγμή που έχει γίνει ένα ατύχημα.

Μέχρι το 1933 δεν υπήρχε κανένας νόμος στην Ελλάδα που να απαγόρευε την αγορά οινοπνευματωδών ποτών σε άτομα κάθε ηλικίας, και έτσι ο καθένας μπορούσε να αγοράσει, αφού όλα σχεδόν τα καταστήματα διέθεταν αλκοολούχα ποτά ακόμα και σε μικρές ποσότητες.

Το 1944 το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης με το Προεδρικό Διάταγμα 36 απαγορεύει σε νέους κάτω των 17 χρονών να αγοράζουν οινοπνευματώδη σε χώρους διασκέδασης. Ο παραβάτης τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι 3 μηνών και συγκεκριμένο χρηματικό πρόστιμο.(Σώκου, 1994).

Επίσης, σύμφωνα με τον περί Παίδων Νόμο, ο ιδιοκτήτης ή το πρόσωπο το οποίο ελέγχει κέντρα αναψυχής υποχρεούται να διασφαλίζει, ότι δεν θα εισέρχονται σε αυτά άτομα ηλικίας κάτω των 16 ετών, και

όποιος παραβαίνει αυτή την υποχρέωση θα υπόκειται σε ποινή φυλάκισης που δεν θα υπερβαίνει τους 3 μήνες και ανάλογο χρηματικό πρόστιμο.

Ακόμα σύμφωνα με νομοσχέδιο που έχει κατατεθεί στη Βουλή, καθιερώνεται από το 2010 ποτοαπαγόρευση για τους νέους κάτω των 18 ετών και θα συνδυάζεται και με απαγόρευση της εισόδου στα νυχτερινά κέντρα διασκέδασης.

Επίσης σύμφωνα με απόφαση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όλα τα οινοπνευματώδη ποτά που κυκλοφορούν στα κράτη μέλη είναι υποχρεωμένα να έχουν στο μπουκάλι ετικέτα όπου θα αναγράφεται η ποσοστιαία αναλογία οινοπνεύματος με βάση το συνολικό όγκο του ποτού.

Όσον αφορά την οδήγηση, σύμφωνα με το άρθρο 42 του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας, απαγορεύεται η οδήγηση σε οδηγό που βρίσκεται υπό την επήρεια μέθης. Αν αυτό γίνει αντιληπτό, ο οδηγός υποχρεούται να δέχεται την εξακρίβωση της κατάστασής του από τα κατάλληλα, αρμόδια, αστυνομικά όργανα. Ο παραβάτης τιμωρείται με φυλάκιση 1 μέχρι 12 μηνών, συγκεκριμένο χρηματικό ποσό και αφαίρεση της άδειας οδήγησης από 3 έως 6 μήνες. (Σώκου, 1994).

Από την άλλη ο Ποινικός Κώδικας προβλέπει ότι κανένας δεν απαλλάσσεται ποινικής ευθύνης για οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη λόγω μέθης, εκτός αν κατά το χρόνο διενέργειας της πράξης ή παράλειψης βρισκόταν σε τέτοια κατάσταση ώστε να στερείται της ικανότητας να γνωρίζει τι διαπράττει και νοουμένου ότι αυτό που τον οδήγησε σε κατάσταση μέθης του χορηγήθηκε σε άγνοια παρά τη θέληση του.

Ο παραπάνω νόμος δεν ισχύει στην περίπτωση παιδιών ηλικίας κάτω των 10 ετών τα οποία δεν είναι ποινικά υπεύθυνα για οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη, ενώ για παιδιά ηλικίας 12 ετών ισχύει εφόσον

αποδειχθεί ότι κατά τον χρόνο διενέργειας της πράξης, είχαν την ικανότητα να γνωρίζουν ότι έπρεπε να απέχουν από αυτή.

Η σημασία της νομοθεσίας και η τήρηση των νόμων είναι ιδιαίτερα σημαντική και οφείλει να προφυλάξει τους νέους ανθρώπους με το να τους δοθούν εναλλακτικές μορφές διασκέδασης, μακριά από τα αλκοολούχα ποτά.

6.2 Στόχοι της πρόληψης

1) Η απαραίτητη και επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση του κοινού σε θέματα κατάχρησης ή απλής χρήσης της αλκοόλης. Η ενημέρωση θα πρέπει να είναι ειλικρινής, σαφής και συγκεκριμένη, να ξεκινά νωρίς για τη νεολαία και να είναι ουδέτερη χωρίς να προκαλεί κάποιον να δοκιμάσει.

2) Η αναγνώριση των αιτιών τα οποία κάνουν τα άτομα επιρρεπή και ευάλωτα προς τον αλκοολισμό. Βεβαίως χρειάζεται μελέτη, προτάσεις, δουλειά, αλλαγή του τρόπου ζωής και νοοτροπίας και να εκλείψει η ανεργία και η αναξιοκρατία, οι οποίες γίνονται αιτία παραγκωνισμού των αξιών και των ικανών.

3) Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου για: α) ευρύτερη μόρφωση, β) ανάπτυξη δεξιοτήτων, γ) ψυχαγωγία, δ) άθληση, ε) υγεία, που σημαίνει την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου με αρμονία μεταξύ σώματος και ψυχής.

4) Η διαμόρφωση ανθρώπων με χαρακτήρα και προσωπικότητα που θα ξέρουν να αγωνίζονται και να αντέχουν στις δυσκολίες και τα εμπόδια της ζωής. Ανθρώπων που θα ξέρουν να παλεύουν στη ζωή, που ακόμα κι αν πέσουν, θα μπορούν να ξανασηκωθούν και να παλέψουν.

5) Να εφαρμοστούν εκπαιδευτικά προγράμματα αναθεωρημένου και αναχρονιστικού χαρακτήρα, ώστε να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες της ζωής, αλλά και για να αναπτύσσονται νέοι ικανοί για σωστές επιλογές και ανάληψη ευθυνών, νέοι με αυτογνωσία, αυτοπειθαρχία, αυτοεκτίμηση και με τα κατάλληλα εφόδια για τον αγώνα της ζωής.

6) Η καταγραφή των περιστατικών από την κατάχρηση αλκοόλ και ο έλεγχος των συνεπειών που αυτή αποφέρει, ώστε να ελαττωθεί η συχνότητα, με την οποία συμβαίνουν αυτά τα φαινόμενα.

7) Ο ρόλος της οικογένειας είναι σημαντικός στην πρόληψη του φαινομένου, καθώς και ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.

8) Η ποτοαπαγόρευση και η αύξηση των φόρων στα αλκοολούχα ποτά δεν αποτελούν παράγοντες πρόληψης.

9) Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί επίσης στην αρνητική αντιμετώπιση από μέρους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού προς τον αλκοολικό.

10) Η σχέση με άλλες χώρες και με άλλους πολιτικούς φορείς, οι οποίοι έχουν πείρα στον τομέα της πρόληψης είναι ιδιαίτερα σημαντική.

6.3 Επίπεδα πρόληψης

α) Πρωτογενής πρόληψη

Απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό για ενημέρωση. Έχει ως σκοπό την αποφυγή προβλημάτων, δηλαδή την μείωση της επίπτωσής τους. Ασχολείται με την άσκηση επιρροής στη συμπεριφορά και στις στάσεις της ομάδας όπου στοχεύει και σκοπός της είναι να αλλάξουν οι άνθρωποι τρόπο ζωής και νοοτροπία προς μία επιθυμητή κατεύθυνση. Απαραίτητα εργαλεία γι' αυτή είναι η εκπαίδευση και η σωστή

πληροφόρηση. Παρεμβαίνει επίσης σε προβλήματα όπου τα αίτιά τους δεν είναι πλήρως κατανοητά.

β) Δευτερογενής πρόληψη

Απευθύνεται σε ομάδες «υψηλού κινδύνου» δηλαδή, σε άτομα περισσότερο επιρρεπή και ευάλωτα στη χρήση ουσιών, όπως το αλκοόλ, καθώς και σε άτομα που υποφέρουν ήδη από το πρόβλημα. Σκοπό έχει να μειώσει τη διάρκεια του προβλήματος ή να περιορίσει την έκταση και τις βλάβες που προκαλεί τόσο στο άτομο όσο και στην κοινωνία.

γ) Τριτογενής πρόληψη

Απευθύνεται σε άτομα τα οποία έχουν ανεξαρτηθεί και στόχο έχει τη διατήρηση βελτιωμένου επιπέδου ατομικής λειτουργικότητας, τη στήριξη, την επαγγελματική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη χωρίς προκαταλήψεις και αρνητικούς χαρακτηρισμούς. (Gossop και Grant, 1994).

6.4 Αρχές της πρόληψης

Προκειμένου να προληφθούν κάποιες αρνητικές καταστάσεις που σχετίζονται με το αλκοόλ, η πρόληψη πρέπει να στηρίζεται στις ακόλουθες αρχές:

- Η αρχή της ευεξίας
- Ο σεβασμός της αυτονομίας που σημαίνει ελεύθερη βούληση στις επιλογές του ατόμου
- Η αποφυγή της βλάβης δηλαδή τη μείωση και εξάλειψη άσχημων αποτελεσμάτων

- Η αρχή της δικαιοσύνης δηλαδή την κατανομή των μειονεκτημάτων και των πλεονεκτημάτων με δίκαιο τρόπο (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ- ΟΚΑΝΑ, 2001).

6.5 Προσεγγίσεις ως προς την πρόληψη

Κανένα είδος προσέγγισης από μόνο του δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών όλων των ομάδων- στόχων. Ως πλέον αποτελεσματική προσέγγιση αναγνωρίζεται η ευρείας βάσης και σύνθετη.

Η ταξινόμηση στρατηγικών πρόληψης του OSAP περιλαμβάνει:

1. Στρατηγικές που απευθύνονται σε άτομα. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι προσπάθειες εκφοβισμού, το μήνυμα της λογικής χρήσης, η συναισθηματική και διαπροσωπική προσέγγιση, η ενημέρωση, η εκμάθηση χειρισμού των συναισθημάτων και η καλυτέρευση κοινωνικών δεξιοτήτων.

2. Στρατηγικές που απευθύνονται σε συνομήλικους, οι οποίοι αποτελούν την κύρια πηγή επιρροής κυρίως στην εφηβική ηλικία.

3. Στρατηγικές που απευθύνονται σε γονείς, οι οποίοι πρέπει να είναι σωστά ενημερωμένοι για τα είδη ουσιών, να επικοινωνούν με τα παιδιά τους και να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή τους στις διάφορες δραστηριότητες.

4. Στρατηγικές που απευθύνονται στα σχολεία και στους δασκάλους, οι οποίοι πρέπει να είναι καταρτισμένοι γύρω από τη χρήση ουσιών, ώστε να αναγνωρίζουν την προβληματική συμπεριφορά και να ενημερώνουν σωστά τους μαθητές και τους γονείς.

5. Προσεγγίσεις των Μ.Μ.Ε. Η πρόληψη μπορεί να γίνει με την μορφή αφισών και οπτικοακουστικού υλικού.

6. Πρόληψη της χρήσης μέσω της νομοθεσίας. Η αύξηση των τιμών στα ποτά και η μείωση της διαθεσιμότητάς τους αποτελούν σημαντικά μέτρα πρόληψης.

Η ταξινόμηση προσεγγίσεων κατά τους Gerstein και Green είναι η εξής:

1. Προσέγγιση ως προς τους παράγοντες κινδύνου
2. Η εξελικτική προσέγγιση
3. Η προσέγγιση με βάση την κοινωνική επιρροή
4. Προσέγγιση με επίκεντρο την τοπική κοινότητα
5. Προγράμματα που απευθύνονται σε σχολεία

Η ταξινόμηση προσεγγίσεων του Kumpfer περιλαμβάνει:

1. Προγράμματα πρόληψης στα σχολεία
2. Προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται στην τοπική κοινότητα
3. Προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε οικογένειες (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.- ΟΚΑΝΑ, 2001).

6.6 Ο ρόλος της οικογένειας

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η οικογένεια είναι ο πρώτος τόπος όπου ο άνθρωπος μαθαίνει να αναγνωρίζει και να εκφράζει τα συναισθήματά του. Είναι η πρώτη ομάδα όπου το παιδί μαθαίνει τις αρχές και τις αξίες και διαμορφώνει τη δική του ταυτότητα μέσα από τις σχέσεις του με τους άλλους. Ο ρόλος του γονιού λοιπόν είναι αδιαμφισβήτητα ρόλος απαιτητικός, χωρίς διαλειμματα και συνδυάζει το ένστικτο, την αγάπη, την υπομονή, την πείρα και τη γνώση (Gossop και Grant, 1994, Αβραμίδης, 1991).

Τα παιδιά περνούν τον περισσότερο χρόνο τους στο σπίτι όπου βιώνονται έντονα οι συγγενικοί ή συναισθηματικοί δεσμοί, οι οποίοι

είναι ιδιαίτερα σημαντικοί για την ανάπτυξη των απαραίτητων δεξιοτήτων. Οι γονείς οφείλουν να κάνουν διάλογο με τα παιδιά, να είναι κοντά τους και στις χαρές και στα προβλήματά τους. Ο τρόπος προσέγγισης τους πρέπει να είναι επικοινωνιακός χωρίς καταπίεση ή εκφοβισμό. Επίσης οφείλουν να γνωρίζουν τις παρέες των παιδιών τους και να τους δίνουν την αίσθηση ασφάλειας οποιαδήποτε στιγμή.(Αβραμίδης, 1991).

Γι' αυτό οι γονείς χρειάζονται κατάλληλη ενημέρωση και γνώση για να ανταπεξέλθουν στο δύσκολο έργο τους καθώς και την απαραίτητη στήριξη στην προσπάθεια τους να μεταβιβάσουν στο παιδί τις απαραίτητες αξίες (Αβραμίδης, 1991).

Οι γονείς μπορούν να ενημερωθούν και να αναζητήσουν τρόπους λύσης των προβλημάτων τους μέσα από τη διοργάνωση διαφόρων προγραμμάτων. Η εκπαιδευτική υποστήριξη με τη μορφή συμβουλευτικής μπορεί να τους βοηθήσει να εδραιώσουν κατάλληλη οργανωτική δομή και να λειτουργήσουν αποτελεσματικότερα.

Με την παροχή κατάλληλων εφοδίων θα μπορούν, με ετοιμότητα να περνούν τη σωστή θέση σε κάθε παρουσιαζόμενη ευκαιρία. Με την οργάνωση επίσης ειδικών υπηρεσιών, οι γονείς θα μπορούν να επικοινωνούν, να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους και να ανακαλύπτουν νέες λύσεις στα προβλήματα και τις συγκρούσεις της καθημερινότητας. Αυτά τα προγράμματα επιπλέον, θα στρατολογούν ενεργητικά τους συμμετέχοντες στην προσπάθεια βελτίωσης των συνθηκών ζωής τους (Gossop και Grant, 1994, Αβραμίδης, 1991).

Συμπεραίνοντας θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο παραδειγματικός ρόλος των γονέων, η ανάπτυξη μιας υγιούς ατμόσφαιρας στην οικογένεια, η σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών στην κατάλληλη ηλικία καθώς και η σωματική και συναισθηματική τους ασφάλεια

μπορούν να προφυλάξουν τα παιδιά από τις συνέπειες της χρήσης τέτοιων ουσιών.

6.7 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού

Τα παιδιά που βρίσκονται στη σχολική και κυρίως στην εφηβική ηλικία αποτελούν την ομάδα που διατρέχει το μεγαλύτερο κίνδυνο να εμπλακούν στην κατάχρηση ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ, το κάπνισμα και τα ναρκωτικά. Γι' αυτό η ανάπτυξη δραστηριοτήτων που αφορούν την πρόληψη προς αυτή την ομάδα των νέων είναι ιδιαίτερα απαραίτητη.

Το σχολείο είναι ένα περιβάλλον που ενδείκνυται για επαφή μεταξύ των νέων και ένας χώρος ιδανικός για ενημέρωση. Οι πλέον αρμόδιοι και κατάλληλοι για ενημέρωση στο σχολείο θεωρούνται οι εκπαιδευτικοί. Εκείνοι οι οποίοι θα αντιμετωπίζουν με ευαισθησία αυτά τα θέματα και θα είναι ειδικά καταρτισμένοι για την αποστολή αυτή. Επίσης, θα είναι εκείνοι που θα αντιμετωπίζουν το θέμα διαφόρων ουσιών χωρίς προκαταλήψεις και αρνητικά σχόλια.

Ο εκπαιδευτικός έχει άπειρες δυνατότητες να περνά τα μηνύματα που θέλει, σε κατάλληλες ευκαιρίες ή με συγκεκριμένα μαθήματα στα πλαίσια της «αγωγής της υγείας». (Αβραμίδης, 1991, Gossop και Grant, 1994).

Είναι απαραίτητο λοιπόν, το εκπαιδευτικό σύστημα, εκτός από τις επαγγελματικές του δραστηριότητες, να δώσει σημασία στην ενίσχυση και ανάπτυξη προσωπικότητας των μαθητών, στην εκπαίδευση αξιών και σεβασμού στο παιδί και στην δημιουργική απασχόληση των παιδιών, αξιοποιώντας τις ιδιαίτερες κλίσεις τους. Επίσης, το σχολείο πρέπει να δώσει έμφαση στην οργάνωση προγραμμάτων συμβουλευτικής στα

παιδιά και στους γονείς, προάγοντας δεξιότητες καλού χειρισμού απέναντι στο θέμα της κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών

6.8 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε (Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης)

Για μεγάλο αριθμό ατόμων, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αποτελούν την κύρια πηγή πληροφόρησης τους. (Gossop και Grant, 1994, σελ. 92) Αποτελούν την λεγόμενη «τέταρτη εξουσία» και έχοντας αυτή την εξουσία εκπροσωπούν, εκφράζουν και διαμορφώνουν την κοινή γνώμη. (Αβραμίδης, 1991)

Η παρακολούθηση τηλεοπτικών εκπομπών είναι συνηθισμένη ασχολία σε πολλούς ανθρώπους κυρίως στις βιομηχανικές, αστικές κοινωνίες. Αναφέρονται συνήθως σε θέματα κοινωνικού περιεχομένου, όπως θέματα χρήσης και κατάχρησης νόμιμων και παράνομων ουσιών που αξίζει να γίνουν γνώστες στο κοινό (Gossop και Grant, 1994).

Πολλές φορές όμως παρατηρείται το φαινόμενο της παραποίησης και παραμόρφωσης των όσων λέγονται και αυτή η διαδικασία οδηγεί το κοινό σε λανθασμένη άποψη γύρω από αυτά τα θέματα.

Γι' αυτό είναι αναγκαίο να παρθούν κάποια μέτρα όπως η αναθεώρηση του ρόλου των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερα της διαφήμισης. Δεν είναι απαραίτητο να προβάλλεται το αλκοόλ ως μέσο κοινωνικής και σεξουαλικής επιτυχίας στους πιθανούς καταναλωτές (Ποταμιανός, 1991).

Επίσης, η παρουσίαση τέτοιων θεμάτων να γίνεται ύστερα από προσεκτική μελέτη, ώστε να αποφεύγεται ο κίνδυνος προσφοράς τέτοιων παραδειγμάτων προς μίμηση. Οι εκπομπές θα πρέπει να είναι αντικειμενικές, ώστε να αποβλέπουν κυρίως στην κρίση και λογική του

κοινού και όχι να φορτίζουν συναισθηματικά για λόγους ακροαματικότητας και εμπορικότητάς τους (Αβραμίδης, 1991).

Στόχος λοιπόν των Μ.Μ.Ε δεν θα πρέπει να είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς, αλλά να φέρουν στην επικαιρότητα ορισμένα κοινωνικά προβλήματα. Η παρέμβαση τους στα πλαίσια της πρόληψης μπορεί να γίνει επίσης με τη μορφή αφισών και διαφόρων εκστρατειών, απαραίτητες για τη συνειδητοποίηση του προβλήματος και τη συμμετοχή στα προγράμματα. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ-ΟΚΑΝΑ, 2001)

6.9 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Οι Κοινωνικοί λειτουργοί περιλαμβάνονται σε μία ομάδα επαγγελματιών, για την οποία χρησιμοποιείται ο όρος, εργαζόμενοι των υπηρεσιών υγείας. Είναι υπεύθυνοι τόσο για να αναλαμβάνουν κάποιες πρωτοβουλίες πρόληψης, έτσι ώστε να βοηθηθούν άτομα με προβλήματα στο οικογενειακό και ατομικό περιβάλλον (ναρκωτικά, αλκοόλ κ.α.) όσο και για τη συμβολή τους για τη λήψη και σχεδιασμό κάποιων μέτρων για την πραγματοποίηση των προληπτικών παρεμβάσεων, μέσω της συλλογής και παροχής πληροφοριών.

Στα πλαίσια της ενημέρωσης, ο Κ.Λ θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός, να διαθέτει προσαρμοστικότητα και η ενημέρωσή του να είναι ειλικρινής, αντικειμενική και σύμφωνη με τις ηλικίες και το μορφωτικό, πολιτιστικό επίπεδο εκείνων στους οποίους απευθύνεται. Δεν θα πρέπει να υποβιβάζει τη σοβαρότητα του θέματος και στόχος της θα είναι ο περιορισμός της χρήσης αλκοόλ και όχι η παρουσίαση του προβλήματος με τρόπο <<τρομακτικό>>, έτσι ώστε να μην παρακινεί και να μην προτρέπει κάποιον για οποιαδήποτε δοκιμή (Αβραμίδης, 1991).

Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, οι δραστηριότητες πρόληψης, τις οποίες αναλαμβάνει το επάγγελμα του Κ.Λ, στοχεύουν επιγραμματικά στα εξής:

- Στη συστηματική εκτίμηση του προβλήματος και την παραπομπή του στις αρμόδιες υπηρεσίες.
- Στη διαπίστωση της ικανότητας ή της ανικανότητας των ασθενών, έτσι ώστε να αποφεύγονται εργασίες που θέτουν αυτούς και το άμεσο περιβάλλον τους σε κίνδυνο.
- Στη προστασία ανθρώπων που σχετίζονται με τον ασθενή μέσω κατάλληλης ενημέρωσης και δράσης, έτσι ώστε να αποφευχθεί σωματική και ψυχολογική βία.

Τέλος θα μπορούσαμε να προσθέσουμε ότι σημαντική προϋπόθεση για την παρέμβαση του Κ.Λ στην πρόληψη είναι η ανάπτυξη κάποιων δεξιοτήτων που θα βοηθήσουν τον εργαζόμενο να ανιχνεύει την κατάχρηση ουσιών, όπως το αλκοόλ και να σέβεται την προσωπικότητα του ασθενή. Για μια καλύτερη όμως λειτουργία του επαγγέλματος, σημαντικό δεν είναι μόνο η επικοινωνία με τον πάσχοντα αλλά και η δυνατότητα της επικοινωνίας με το κοινωνικό περιβάλλον, χωρίς τη χρήση κάποιων επιτηδευμένων εκφράσεων και δυσνόητων τεχνικών όρων (Gossop και Grant, 1994).

6.10 Μέτρα πρόληψης

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης για τον έλεγχο της διαθεσιμότητας του αλκοόλ, μπορούν να είναι τα ακόλουθα:

- Η απαγόρευση, δηλαδή να απαγορεύεται η πώληση αλκοολούχων ποτών σε νέους ανθρώπους.
- Οι περιορισμοί αλκοολούχων ποτών στη διαφήμιση, ώστε να προστατεύονται κυρίως οι νέοι που επηρεάζονται εύκολα.
- Η αυξημένη φορολογία στα ποτά κάνει πιο δύσκολη την αγορά τους.
- Η επιβολή αυστηρής νομοθεσίας και κυρώσεων αναφορικά με την οδήγηση υπό την επήρεια μέθης.
- Τα μονοπώλια, δηλαδή να πωλείται το οινόπνευμα σε συγκεκριμένα καταστήματα και περιοχές, έτσι ώστε να μην είναι εύκολη η πρόσβαση τους από όλους.
- Οι προειδοποιητικές ταμπέλες, δηλαδή σε χώρους κοινωνικών συναθροίσεων θα πρέπει να τοποθετηθούν σημάνσεις με προειδοποιητικό χαρακτήρα που να αναφέρονται στις συνέπειες του αλκοόλ στην υγεία του ανθρώπου.
- Η προσέγγιση στις ομάδες των νέων με την μορφή συμβουλευτικής.
- Τα θεραπευτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. (WHO, 2001).

Το Ολλανδικό Εθνικό Συμβούλιο για τη Δημόσια Υγεία ανέφερε μία σειρά αρχών με έμφαση στην υγεία, ώστε τα προγράμματα πρόληψης να είναι αποτελεσματικά. Οι αρχές αυτές είναι οι ακόλουθες:

1) Η πρόληψη πρέπει να έχει στόχο να κάνει τους ανθρώπους υπεύθυνους τόσο για τη δική τους υγεία, όσο και για την υγεία των άλλων.

2) Η πρόληψη μπορεί να εξαναγκάσει μόνο στην περίπτωση που το άτομο δεν μπορεί ή δεν θέλει να αναλάβει από μόνο του την ευθύνη.

3) Η πρόληψη πρέπει να έχει την μορφή συμβουλευτικής, έτσι ώστε ο άνθρωπος να ακολουθήσουν έναν καλύτερο τρόπο ζωής και διακόψουν τις άσχημους τρόπους συμπεριφοράς.

4) Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να είναι προσβάσιμα σε όλες τις ομάδες, ώστε όλες να έχουν ευκαιρίες συμμετοχής.

5) Τα μηνύματα που θέλουν να περάσουν τα προγράμματα πρόληψης, πρέπει να προέρχονται από αξιόπιστες πηγές και να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένα.

6) Η πρόληψη δεν πρέπει να δίνει την αίσθηση ενοχοποίησης των θυμάτων, αλλά να τους παρέχει βοήθεια (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ- ΟΚΑΝΑ, 2001).

6.11 Κέντρα πρόληψης του αλκοολισμού

Πελοπόννησος

1. Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας, Θεραπευτική κοινότητα «Γέφυρα» (ΟΚΑΝΑ) www.okana.gr

2. Κέντρο Ενημέρωσης- Πληροφόρησης- Ευαισθητοποίησης για Ψυχοδραστικές Ουσίες Νομού Μεσσηνίας «Κ.Ε.Π.Ε.Ψ.Ο» Καλαμάτα

3. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κορινθίας «ΔΙΟΛΚΟΣ» Κόρινθος www.kdiolkos.gr

4. Κέντρο Ενημέρωσης- Ευαισθητοποίησης- Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αργολίδος «ΕΛΠΙΔΑ ΖΩΗΣ» Άργος

5. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών
Νομού Λακωνίας, Σπάρτη

Αθήνα

1. Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ» Τμήμα
Οικογενειακής Συμβουλευτικής και Θεραπείας ΨΝΑ Αθήνα

2. Πρόγραμμα «ΙΑΣΩΝ», Υπηρεσία Πρόληψης και
Αντιμετώπισης Εξαρτητικών Καταστάσεων, Κέντρο Ημέρας, Ελληνικό
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, Αθήνα

3. Κέντρα Πρόληψης της Εξάρτησης και Αγωγής
Υγείας, Δήμου Αθηνών «ΑΘΗΝΑ ΥΓΕΙΑ», (1^ο, 2^ο, 3^ο, 5^ο Διαμέρισμα)
Αθήνα

Δυτική Ελλάδα

1. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Νομού
Αχαΐας, Πάτρα, [www.forthnet.gr\protasi](http://www.forthnet.gr/protasi)

2. Κέντρο Πρόληψης από τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών,
Νομού Ηλείας «ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ», Αμαλιάδα, www.paremvasis.net.gr

3. Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ για έναν άλλο τρόπο ζωής
[www.forthnet.gr\protasi](http://www.forthnet.gr/protasi)

Κρήτη

1. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Νομού
Χανίων, Χανιά

2. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών
<<ΚΕΣΑΝ>>, Ηράκλειο, www.kesan.gr

Βόρειο Αιγαίο

1. Κέντρο Πρόληψης για μια ζωή χωρίς εξαρτήσεις, Νομού Λέσβου «ΠΝΟΗ», Μυτιλήνη, www.pnoh-lesvos.gr
2. Κέντρο Πρόληψης και Αγωγής Υγείας, Νομού Σάμου «ΦΑΡΟΣ», Σάμος, www.kpfaros.gr
3. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών «ΠΟΛΙΟΧΝΗ», Μύρινα Λήμνου, www.polioxni.gr

Νότιο Αιγαίο

1. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Νομού Κυκλάδων «ΘΗΣΕΑΣ», Πάρος Σύρου, www.thisea3kyklades.gr
2. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Εξαρτήσεων και Προαγωγής Υγείας Νότιου Συγκροτήματος, Νομού Δωδεκανήσου «ΔΙΟΔΟΣ», Ρόδος (ΕΚΤΕΠΝ 2006).

Παρακάτω περιγράφεται και αναλύεται ο τρόπος λειτουργίας του Κέντρου Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αχαΐας το οποίο συνεργάζεται άμεσα με την Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ», καθώς και με τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών. Πρόκειται για μία Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρία που λειτουργεί στο Νομό από το 1998. Στόχος της είναι η ανάπτυξη τρόπων και δράσεων για τον περιορισμό ή την εξάλειψη της χρήσης ουσιών, που οδηγούν στη βία και σε ακραίες συμπεριφορές. Αυτός ο σκοπός επιτυγχάνεται μέσα από τη δημιουργία ομάδων εθελοντών του Κέντρου Πρόληψης, οι οποίες συνεργάζονται με περιφερειακούς Δήμους (Βραχυνείκων, Αιγίου, Ακράτας, Παραλίας). Δημιουργείται έτσι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα εθελοντισμού με ομιλίες, συζητήσεις, ενημερωτικά περίπτερα που βοηθούν στην

κινητοποίηση, την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση για τις δράσεις της πρόληψης.

Ένας δεύτερος τρόπος πρόληψης πραγματοποιείται μέσα από συναντήσεις με συλλόγους γονέων και κηδεμόνων αλλά και την οργάνωση εκπαίδευσης γονιών, όπου πραγματοποιούνται συζητήσεις, ενημερώσεις και αναζήτηση τρόπων, που βοηθούν στην κατανόηση εκ μέρους των γονιών, για το δικό τους ρόλο στην πρόληψη.

Επειδή το σχολείο αποτελεί το βασικό πυρήνα μετάδοσης γνώσεων και μηνυμάτων για τη σωστή ωρίμανση των παιδιών, το Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αχαΐας πραγματοποιεί ενημερώσεις σε συλλόγους εκπαιδευτικών και οργανώνει βιωματικά σεμινάρια και συγκροτεί ομάδες εθελοντών εκπαιδευτικών.

Τέλος, μία καινοτομία του Κέντρου Πρόληψης του Δήμου Πατρέων και της Κίνησης Πρόταση είναι η συνεργασία, η ενημέρωση και κινητοποίηση της κοινότητας με στόχο τη συσπείρωση των τοπικών φορέων (π.χ. Εισαγγελία, ο Δικηγορικός Σύλλογος, ο Εθνικός Φορέας Τροφίμων ΕΦΕΤ, η Αστυνομική Διεύθυνση Αχαΐας). Ο κάθε παραπάνω φορέας εκπαιδεύεται και μέσα από τον δικό του ρόλο στην κοινωνία διαμορφώνει μία κοινή στάση που δεν ευνοεί τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών από ομάδες ανηλίκων.

Τα Κέντρα Πρόληψης έχουν ως στόχο:

- Την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης.
- Την ανάπτυξη προσωπικών και, κοινωνικών δεξιοτήτων, καθώς και διαπροσωπικών σχέσεων σε μαθητές και παιδαγωγούς.
- Την οργάνωση προγραμμάτων συμβουλευτικής προς τους γονείς και γενικότερα στην οικογένεια.
- Την ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών μέσω ειδικών βιωματικών εργαστηρίων.

- Την οργάνωση ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και την ευρύτερη αγωγή της κοινότητας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι η πρόληψη δεν είναι απλό θέμα, αλλά πολυσύνθετο, με προεκτάσεις σε πολλά επίπεδα, ένα θέμα που χρειάζεται μελέτη, ανάλυση αιτιών, στόχων, καθώς και αλλαγές στάσεων και συμπεριφοράς.

Η πολιτεία, είναι ο μοναδικός φορέας που έχει την ευθύνη της πρόληψης. Μπορεί να την οργανώσει με την ανάλογη ευαισθησία, με την επιβολή νόμων, με τη διάθεση πόρων, με τη συνεργασία μη κυβερνητικών οργανώσεων , ειδικών επιστημόνων κ.α. (Χουρδάκη, 1995)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

ΩΣ ΜΕΣΟ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι κυρίως προγράμματα διαμονής, παρόλο που η φιλοσοφία τους και οι τεχνικές τους έχουν υιοθετηθεί και από προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης. Από έρευνες φαίνεται πως η θεραπευτική κοινότητα συνιστά την αποτελεσματικότερη μέθοδο απεξάρτησης, αφού τα ποσοστά επιτυχίας για εκείνους που παραμένουν στο πρόγραμμα είναι πολύ εντυπωσιακά τόσο σε ποσοτικό όσο και σε ποιοτικό επίπεδο. Αυτό οφείλεται στο ότι η θεραπευτική κοινότητα αντιμετωπίζει όχι μόνο την χρήση ουσιών αλλά και μια σειρά από ψυχολογικά, ιατρικά, νομικά, επαγγελματικά και κοινωνικά προβλήματα που σχετίζονται με αυτήν. Η κριτική που μπορεί να ασκηθεί σε αυτές είναι το γεγονός ότι απευθύνονται σε μικρό αριθμό ατόμων και ότι μπορεί να αναπτύξουν φαινόμενα ιδρυματισμού. (Πουλόπουλος, 2005)

Ο ορισμός που μπορεί να περιγράψει όλες τις θεραπευτικές κοινότητες ανεξάρτητα από τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται είναι ο εξής: η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί κοινόβιο ατόμων τα οποία συνδέει ένα κοινό πρόβλημα, που αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους στο πλαίσιο της κοινότητας προσπαθούν να επιτύχουν την προσωπική αλλαγή, την αντιμετώπιση δηλαδή του προβλήματος. (Πουλόπουλος, 2005)

Οι θεραπευτικές κοινότητες έχουν μακρά ιστορία και υπάρχουν για την αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων:

- για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας (όπως η συναισθηματική αστάθεια ή «διαταραχή της προσωπικότητας»)

- σε προγράμματα φυλακών(για αυτούς που θέλουν πραγματικά να αλλάξουν και να μην επιστρέψουν στον τρόπο ζωής που είχαν πριν μπουν στη φυλακή)
- σε παιδικές μονάδες (για εκείνους που είναι τόσο διαταραγμένοι και δεν μπορούν να επιβιώσουν στις συνθήκες ζωής ή να λάβουν επαρκή εκπαίδευση)
- για την εκμάθηση της αναπηρίας (όπου οι άνθρωποι μπορούν να ζήσουν οργανωμένα σε κοινότητα)
- για εντατική αποχή-με στόχο τη θεραπεία του εθισμού (κυρίως από τα ναρκωτικά και από το αλκοόλ). (association therapeutic community , 2008)

Στην συνέχεια αναφέρονται τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής κοινότητας ,το προσωπικό και οι ρόλοι τους στην θεραπευτική κοινότητα και η προσωπική αλλαγή του μέλους μέσα σε αυτήν.

7.1 Τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής κοινότητας

7.1.1 Η μέθοδος

Η μέθοδος των θεραπευτικών κοινοτήτων για εξαρτημένα απο ψυχότροπες ουσίες άτομα εντάσσεται στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Περιλαμβάνει στοιχείο από την ψυχαναλυτική και την γνωσιακή θεραπεία,την θεραπεία συμπεριφοράς, την ομαδική και την οικογενειακή θεραπεία καθώς και το μοντέλο των «12 βημάτων» των Ανώνυμων Αλκοολικών.Αποτελεί ένα μοντέλο κοινωνικής μάθησης όπου το πλαίσιο της κοινότητας είναι το μέσο για την επίτευξη της αλλαγής σε επίπεδο

στάσης, αξιών και συμπεριφοράς. Αυτό που διακρίνει κυρίως τη θεραπευτική κοινότητα από άλλες προσεγγίσεις και άλλες κοινότητες είναι η σκόπιμη χρήση της κοινότητας ως αρχική μέθοδος για την κοινωνική και ψυχολογική αλλαγή. Η κοινότητα ως μέθοδος μέσα από συγκεκριμένες πρακτικές ενώνει τους ανθρώπους κάτω από μια κοινή προοπτική και έναν σκοπό, να λειτουργούν σαν κοινότητα και μέσω αυτής να καταφέρουν την αλλαγή. Κατά συνέπεια, όλες οι δραστηριότητες της έχουν ως σκοπό να παραγάγουν τη θεραπευτική και εκπαιδευτική αλλαγή στους συμμετέχοντες, και όλοι οι συμμετέχοντες είναι μεσολαβητές αυτών των θεραπευτικών και εκπαιδευτικών αλλαγών. (De Leon, 2001)

Η εφαρμογή της ψυχαναλυτικής προσέγγισης στη θεραπευτική κοινότητα εντοπίζεται στη δημιουργία ενός ελεύθερου αλλά δομημένου περιβάλλοντος, στο πλαίσιο του οποίου αναπτύσσεται μια δυναμική στις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων, η οποία επηρεάζεται όχι μόνο από την τρέχουσα πραγματικότητα αλλά και από τα βιώματα του παρελθόντος (ιδιαίτερα εκείνα της παιδικής ηλικίας του κάθε ατόμου και τις σχέσεις του με την οικογένεια). Αυτή η δυναμική είναι συνεχής λόγω της συμβίωσης των μελών στην κοινότητα και φέρνει στην επιφάνεια φαινόμενα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης των οποίων η επεξεργασία βοηθά στην αλλαγή των ατόμων. (Πουλόπουλος, 2005)

Τα τελευταία χρόνια εντάσσονται περισσότερα στοιχεία που αφορούν την οικογενειακή θεραπεία και την γνωσιακή θεραπεία στις θεραπευτικές κοινότητες με στόχο την πρόληψη της υποτροπής. Παρόλα αυτά ο κεντρικός κορμός των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι οι ομάδες αυτοβοήθειας, οι οποίες έχουν τις ρίζες τους στους ανώνυμους αλκοολικούς και ανώνυμους ναρκομανείς. (Πουλόπουλος, 2005)

Οι θεραπευτικές κοινότητες περιλαμβάνουν αρχές στις οποίες κυριαρχούν ο οπτιμισμός για τις δυνατότητες της ανθρώπινης φύσης , η σύνθεση της λογικής με την εμπειρία και το συναίσθημα , η προσωπική ακεραιότητα, μαζί με αξίες όπως η ειλικρίνεια, η ανοιχτή επικοινωνία, η δημιουργικότητα και ο αλληλοσεβασμός που ευνοούν την ενεργή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και την δημιουργία ενός περιβάλλοντος που επιτρέπει την ανάπτυξη του ατόμου. Το περιβάλλον αυτό στηρίζεται στις έννοιες της αυτοβοήθειας , της αλληλοβοήθειας και της αλληλεγγύης, με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής μάθησης και τη συναισθηματική στήριξη του ατόμου για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που τον απασχολούν. (Πουλόπουλος, 2005)

Οι θεραπευτικές κοινότητες στην πλειοψηφία τους έχουν κοινά χαρακτηριστικά όσον αφορά την προγραμματισμένη διάρκεια της θεραπείας (6-12 μήνες) , το προφίλ του προσωπικού (επαγγελματίες και πρώην εξαρτημένοι) και την έμφαση που δίνουν στην κοινωνική επανένταξη των μελών τους. Οι διαφορές τους αφορούν κυρίως τον αριθμό των μελών που κάθε κοινότητα δέχεται για θεραπεία. Λόγω αυτών υπάρχουν άλλες κοινότητες που αριθμούν 10-15 άτομα και άλλες που φτάνουν τα 60-70 μέλη. (Πουλόπουλος, 2005)

7.1.2 Στόχοι και κριτήρια συμμετοχής

Σε όλες τις θεραπευτικές κοινότητες οι στόχοι της θεραπείας είναι η αποχή των μελών από την χρήση παράνομων ουσιών και από παραβατικές δραστηριότητες καθώς και η επαγγελματική τους αποκατάσταση και γενικότερα η κοινωνική τους επανένταξη. Οι στόχοι

αυτοί αποτελούν ταυτόχρονα και κριτήρια για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων γενικώς.

Η επίτευξη των παραπάνω στόχων προϋποθέτει την ενεργή συμμετοχή των εξαρτημένων στην διαδικασία της απεξάρτησης. Επομένως , κάθε κοινότητα είναι αυτοδιοικούμενη και εμπλέκει σε καθημερινή βάση τα μέλη της στη λήψη των αποφάσεων. Επίσης σε κάθε κοινότητα λειτουργούν διάφορες ομάδες που καλύπτουν τις ανάγκες τις εσωτερικής διαβίωσης και παράλληλα βρίσκονται σε συνεχή επαφή με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. (Πουλόπουλος, 2005)

Με την διαδοχική ένταξη των μελών σε διαφορετικές ομάδες , αναπτύσσονται οι προσωπικές και κοινωνικές τους δεξιότητες, ενώ έμφαση δίνεται στη συμμετοχή λήψεων αποφάσεων και στην ανάληψη ευθυνών. Η φύση, το περιεχόμενο και η χρονική διάρκεια κάθε εργασίας είναι ανάλογα με τη συγκεκριμένη ομάδα και τον χρόνο παραμονής κάθε μέλους στην κοινότητα. Αντίστοιχες είναι οι ευθύνες, οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των μελών.

Η διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας και αυτοδιοίκησης κάθε κοινότητας επιτυγχάνεται από συλλογικά όργανα και διαδικασίες, τα οποία ρυθμίζουν θέματα της εσωτερικής λειτουργίας κάθε ομάδας , ζητήματα διαβίωσης, κατανομής ευθυνών, προγραμματισμού και αξιολόγησης έργου. Τα συλλογικά αυτά όργανα άλλοτε προϋποθέτουν την συμμετοχή όλων των μελών της κοινότητας , όπως , την γενική συνέλευση, άλλοτε αφορούν μόνο ορισμένα μέλη , ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις αρμοδιότητες τους και άλλοτε συνδέονται με τα ενδιαφερόμενα μέλη μέσω μιας σχέσης εκπροσώπησης και λογοδοσίας. (Πουλόπουλος, 2005)

Το προσωπικό και τα μέλη της κοινότητας έχουν την υποχρέωση να σέβονται τους κανόνες που θέτει το θεραπευτικό πλαίσιο και να συμμετέχουν ενεργά στο πρόγραμμα και τις δραστηριότητες. Οι κανόνες έχουν στόχο να προστατεύσουν το άτομο αλλά και το σύστημα ως ενιαίο λειτουργικό σύνολο και να δημιουργήσουν περιβάλλον ασφάλειας μέσα στο οποίο μπορεί κάποιος να εκφράσει τα συναισθήματα του και τις δυσκολίες του. Για να επιτευχθούν οι ελάχιστες προϋποθέσεις ενεργούς συμμετοχής των μελών, πρωταρχικής σημασίας είναι η εθελούσια προσέλευση τους στην θεραπευτική κοινότητα αλλά και το αναφαίρετο δικαίωμα τους να διακόψουν την θεραπεία τους οποιαδήποτε στιγμή θελήσουν. Στις θεραπευτικές κοινότητες δεν απασχολείται προσωπικό φύλαξης. Τα ίδια τα μέλη τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της λειτουργίας διαμορφώνοντας ένα περιβάλλον το οποίο ευνοεί την προσωπική ανάπτυξη και προάγει την αλλαγή. (Πουλόπουλος, 2005)

Το θεραπευτικό περιβάλλον έχει άμεση σχέση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αλλά και με την πρόωρη εγκατάλειψη της. Η πραγματική αίσθηση ασφάλειας είναι απαραίτητη, ώστε να δίνεται στα μέλη της κοινότητας η δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματα και τα προβλήματα και να αναπτύξουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Προγράμματα διαμονής που προσφέρουν ελάχιστες κοινωνικές δραστηριότητες και τα οποία δίνουν ελάχιστη έμφαση στην ενεργή συμμετοχή των μελών τους στην λήψη αποφάσεων δημιουργούν ένα περιβάλλον ψυχρό και συναισθηματικά αποστασιοποιημένο με αποτέλεσμα να εμφανίζονται υψηλά ποσοστά διακοπής της θεραπείας. (Πουλόπουλος, 2005)

Η θεραπευτική κοινότητα έχει τα χαρακτηριστικά της διευρυμένης οικογένειας, όπου τα μέλη αναβιώνουν τις αναπτυξιακές φάσεις της ζωής τους σε σύντομο χρονικό διάστημα. Όρια, προνόμια και ευθύνες

σχετίζονται με την διερεύνηση του παρελθόντος αλλά και με τις ανάγκες του παρόντος και του μέλλοντος. Εξυπηρετούν δηλαδή τους στόχους της αλλαγής σε ένα περιβάλλον που ευνοεί την κοινωνική μάθηση. Με την ένταξη τους στην κοινότητα , τα μέλη αποκτούν ένα πρόσωπο αναφοράς, ένα παλαιότερο μέλος της κοινότητας, που λειτουργεί υποστηρικτικά απέναντι τους , αναλαμβάνοντας το ρόλο του μεγαλύτερου «αδερφού» ή της «αδερφής» . Η φροντίδα του σπιτιού ανήκει στα ίδια μέλη και έτσι δημιουργείται το απαραίτητο περιβάλλον ασφάλειας για την έκφραση αναγκών και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση των μελών καθώς και σε κοινές δραστηριότητες με τη συμμετοχή των γονέων και της τοπικής κοινωνίας. Κάθε μέλος ανήκει σε πολλά συστήματα και το διαδοχικό πέρασμα από το ένα σύστημα στο άλλο βοηθάει το άτομο να ορίσει την ταυτότητα του και να αναγνωρίσει τις διαφορετικές πτυχές του εαυτού του. (Πουλόπουλος, 2005)

Οι παράγοντες που διαφοροποιούν μία θεραπευτική κοινότητα από άλλα θεραπευτικά πλαίσια είναι η εθελοντική προσέλευση των μελών, οι ομάδες αντιπαράθεσης, η έμφαση στις ομαδικές μεθόδους, η αξιοποίηση των « πρώην εξαρτημένων» ατόμων ως συνθεραπευτών στο πρόγραμμα και η δομή που προωθεί την ισοτιμία και τη συμμετοχή στη λειτουργία της κοινότητας. (Πουλόπουλος, 2005)

Για την εισαγωγή των εξαρτημένων σε μια θεραπευτική κοινότητα κριτήρια αποτελούν η εθελοντική προσέλευση και η απουσία σοβαρών ψυχιατρικών προβλημάτων. Ειδικότερα η εθελοντική προσέλευση, η συναίνεση δηλαδή του εξαρτημένου για ένταξη στο θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εισαγωγή στην θεραπευτική κοινότητα, ακόμη κι όταν το άτομο υφίσταται νομική ή οικογενειακή πίεση για ένταξη σε θεραπεία. Άλλωστε οι επιλογές υπό πίεση είναι σε κάποιο βαθμό στοιχείο της καθημερινότητας όλων των

ανθρώπων. Η υποχρεωτική εισαγωγή στην θεραπευτική κοινότητα υπονομεύει την διαδικασία αλλαγής και αποσταθεροποιεί το θεραπευτικό περιβάλλον.

Ενώ παλαιότερα τα άτομα με ταυτόχρονη εξάρτηση και ψυχική διαταραχή παραπέμπονταν σε άλλες υπηρεσίες, τα τελευταία χρόνια εμφανίζονται όλο και περισσότερες θεραπευτικές κοινότητες για τα άτομα με αυτή τη διπλή διάγνωση. Σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων , οι θεραπευτικές κοινότητες παρέχουν τις υπηρεσίες τους χωρίς διακρίσεις.(Πουλόπουλος, 2005)

7.1.3 Θεραπευτικές φάσεις και δραστηριότητες

Οι θεραπευτικές φάσεις είναι τρεις και είναι οι ακόλουθες:

1) Η φάση της εισαγωγής

Πριν την φάση της εισαγωγής προηγείται η ενημέρωση των μελών για το πρόγραμμα και τους κανονισμούς σε εξωτερική βάση. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου γίνεται προσπάθεια να ενισχυθεί η κινητοποίηση των μελών έτσι ώστε με την εισαγωγή τους στην θεραπευτική κοινότητα να γνωρίζουν σε γενικές γραμμές το πρόγραμμα και τις διαδικασίες του. (Πουλόπουλος, 2005)

Στην φάση της εισαγωγής, στις περισσότερες θεραπευτικές κοινότητες αφού έχει αντιμετωπισθεί το στερητικό σύνδρομο το νέο μέλος μαθαίνει αρχικά την πολιτική , τις αρχές και τους κανόνες λειτουργίας της κοινότητας και αναπτύσσει σταδιακά σχέσεις με το

προσωπικό και τα υπόλοιπα μέλη. Επίσης αρχίζει να αξιολογεί την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και τις ιδιαίτερες ανάγκες που αντιμετωπίζει, να κατανοεί τη φύση της εξάρτησης και να δεσμεύεται στην διαδικασία της αλλαγής. Στην αρχή οι αντιστάσεις όπως και η επιθυμία για χρήση ουσιών είναι ισχυρές. Με την διακοπή της χρήσης των ουσιών οι φόβοι, οι ανησυχίες και οι εσωτερικές συγκρούσεις έρχονται στην επιφάνεια με μεγάλη ένταση και είναι ένας συχνός λόγος να διακόπτουν την θεραπεία πολλά μέλη και να επιστρέφουν στη χρήση ουσιών, ιδιαίτερα κατά τους τρεις πρώτους μήνες. Η παραμονή στην θεραπευτική κοινότητα για τουλάχιστον τρεις μήνες περιορίζει σημαντικά τις πιθανότητες διακοπής της θεραπείας αργότερα. (Πουλόπουλος, 2005)

2) Η φάση της εντατικής θεραπείας

Αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία της εισαγωγής το άτομο εντάσσεται στην φάση της εντατικής θεραπείας, με σκοπό την ψυχική απεξάρτηση. Σ' αυτή τη φάση οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην αλλαγή της στάσης, των αντιλήψεων και της συμπεριφοράς του ατόμου αναφορικά με την χρήση ουσιών και να το βοηθήσουν να αναγνωρίσει και να ανταποκριθεί σε κοινωνικές, εκπαιδευτικές, επαγγελματικές, οικογενειακές και ψυχολογικές του ανάγκες. Το μέλος προσπαθεί να επαναπροσδιορίσει τις σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας αλλά και με άτομα εκτός αυτής που είναι σημαντικά για τη ζωή του. (Πουλόπουλος, 2005)

Σ' αυτή τη φάση της θεραπείας τα συναισθήματα θυμού, πόνου, ντροπής και ενοχής είναι πολύ έντονα και πρέπει να εξωτερικευτούν. Επίσης, σημαντικό για τα άτομα είναι να καταφέρουν να αποκτήσουν στενές σχέσεις με άλλους ανθρώπους χωρίς να χάσουν την αυτονομία

τους. Τέλος, για την επίτευξη της αλλαγής του τρόπου ζωής έχει μεγάλη σημασία να αντικαταστήσουν τις δραστηριότητες εκείνες που σχετίζονται με την χρήση με άλλες δραστηριότητες δημιουργικές οι οποίες να τους προσφέρουν ευχαρίστηση. Η ανάπτυξη ευχάριστων δραστηριοτήτων και σχέσεων μειώνουν τα αισθήματα μοναξιάς και απώλειας που έρχονται στην επιφάνεια όταν σταματήσει η χρήση ουσιών. Τα μέλη μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν τις αναπόφευκτες απογοητεύσεις της ζωής και να μην επιζητούν την άμεση ικανοποίηση των επιθυμιών τους. Σ' αυτή τη φάση τα ολισθήματα και οι υποτροπές δεν είναι σπάνιες και χρειάζεται να αντιμετωπισθούν ως ευκαιρίες του ατόμου για μελλοντικές προσπάθειες επίτευξης της αλλαγής. (Πουλόπουλος, 2005)

Το καθημερινό πρόγραμμα σε αυτό το στάδιο είναι ιδιαίτερα εντατικό. Κάθε μέρα έχει και ένα διαφορετικό επίσημο πρόγραμμα το οποίο έχει σαν σκοπό να αποσπά τις αρνητικές σκέψεις και την πλήξη των μελών. Αυτό το πρόγραμμα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως είναι οι ομάδες αντιπαράθεσης, οι πρωινές συναντήσεις, οι διαδικασίες ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων, τα εκπαιδευτικά μαθήματα, τα σεμινάρια, οι εργασίες που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία της κοινότητας, άλλες ανάλογες δραστηριότητες και ειδικά προγράμματα. (Πουλόπουλος, 2005, De Leon, 2001)

Οι ομάδες αυτοβοήθειας αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία στην θεραπευτική κοινότητα. Σύμφωνα με την προσέγγιση της αυτοβοήθειας όλα τα μέλη είναι αρμόδια για την διαχείριση των διαφόρων αναγκών και δραστηριοτήτων της καθημερινότητας (π.χ., δραστηριότητες καθαρισμού, προετοιμασία γεύματος, αγορές, συντονισμό προγραμμάτων, και προπαρασκευαστικές μικροδουλειές για τις ομάδες, τις συνεδριάσεις, τα σεμινάρια, και τις δραστηριότητες).

Επίσης οι ομάδες αυτοβοήθειας επιτρέπουν στα μέλη να μιλήσουν για θέματα που απασχολούν την κοινότητα και αφορούν στην λειτουργία των ομάδων. Με αυτόν τον τρόπο τα μέλη συμμετέχουν ενεργά στις καθημερινές θεραπευτικές διαδικασίες , γεγονός που διαφοροποιεί τα μοντέλα των θεραπευτικών κοινοτήτων από τα παραδοσιακά μοντέλα θεραπείας (σε ιδρύματα ,νοσοκομεία κτλ) , όπου το προσωπικό λαμβάνει τις αποφάσεις και οι θεραπευόμενοι καλούνται να τις τηρήσουν χωρίς να συμμετέχουν ενεργά στην λήψη τους. (De Leon, 2001)

Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης στόχος είναι η αντιμετώπιση μέσα σε ασφαλές περιβάλλον, των προβλημάτων που οδήγησαν το άτομο στην χρήση ουσιών. Η θεραπευτική κοινότητα λειτουργώντας ως πρότυπο οικογένειας επιδιώκει να προσφέρει στο άτομο τη δυνατότητα να αποκτήσει θετικά βιώματα στο ρόλο του ως μέλους της «οικογένειας» της θεραπευτικής κοινότητας, όπως θα έπρεπε να είχε συμβεί στην κρίσιμη προεφηβική του ηλικία. Με αυτόν τον τρόπο προσπαθεί να καλύψει τα συναισθηματικά κενά που δημιουργήθηκαν εκείνη τη σημαντική χρονική περίοδο στη ζωή του. Η προσπάθεια αυτή διεξάγεται σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα (6-12 μήνες παραμονής στην κοινότητα) και συνεχίζεται στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Για τους παραπάνω λόγους οι ανεξαρτημένοι χρήστες λειτουργούν ως πρότυπο για τα νέα μέλη. Με την παρουσία τους η θεραπευτική κοινότητα επιδιώκει να επιδράσει θετικά στο άτομο, να ενισχύσει την κοινωνικοποίηση του και να καλύψει συναισθηματικά προβλήματα που γεννήθηκαν σε μια προηγούμενη αναπτυξιακή φάση μέσα στις σχέσεις με το οικογενειακό και το ευρύτερο περιβάλλον. Για να αλλάξει το άτομο χρειάζεται να αλλάξουν οι σχέσεις που είχε πριν και κατά τη διάρκεια της χρήσης. Συνήθως, η σχέση με την οικογένεια είναι κλονισμένη πριν από την έναρξη της χρήσης αλλά οξύνεται κατά τη διάρκεια. Η χρήση όμως

μπορεί να καλύψει μια σειρά από άλλα προβλήματα και να εξασφαλίσει μια ιδιότυπη ισορροπία στο οικογενειακό σύστημα.(Πουλόπουλος, 2005)

Η χρήση προνομίων και κυρώσεων , που βασίζεται στη συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί μια άλλη βασική μέθοδο κινητοποίησης και αλλαγής της συμπεριφοράς των μελών κατά τα πρώτα στάδια της θεραπείας. Η έκταση και η φύση κυρώσεων και προνομίων διαφέρουν στα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα. Η χρήση κυρώσεων στις θεραπευτικές κοινότητες είναι πιθανόν να υπονομεύσει το ζεστό και υποστηρικτικό περιβάλλον που θεωρείται απαραίτητο για την επιτυχία της θεραπείας ενώ σε αυτήν μπορεί να οφείλεται και η πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας. (Πουλόπουλος, 2005)

3) Η φάση της επανένταξης

Όλες οι δραστηριότητες και οι διαδικασίες της θεραπευτικής κοινότητας έχουν στόχο να βοηθήσουν τα μέλη να αναπτύξουν σταδιακά τις κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες τους και να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση τους πριν περάσουν στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, η οποία αποτελεί το τρίτο στάδιο της θεραπείας. Η πλήρης απαλλαγή από κάθε εξάρτηση, η απόλυτη ανεξαρτησία ενός ανθρώπου που ζει μέσα στις κοινωνικές δομές και στο κοινωνικό σύνολο είναι ουτοπική. Το άτομο πρέπει να απαλλαγεί από τις ψυχικά επώδυνες εξαρτήσεις , οι οποίες καθιστούν το άτομο δυσλειτουργικό μέσα στην οικογένεια, στο ευρύτερο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον. Γι αυτό το λόγο, περιεχόμενο και δείκτης θεραπείας αποτελεί η αποκατάσταση όχι μόνο της σχέσης του ατόμου με τον εαυτό του αλλά και της ομαλής ένταξης του στην οικογένεια, στην γειτονιά και την αγορά εργασίας. Η κοινωνική επανένταξη έχει στόχο να διευκολύνει τη μετάβαση του ατόμου από την θεραπευτική κοινότητα στην ευρύτερη κοινωνία.

Συνεπώς , δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην επαγγελματική αποκατάσταση και στην επανασύνδεση με το εκπαιδευτικό σύστημα. Οι στόχοι και τα χαρακτηριστικά στην φάση της κοινωνικής επανένταξης διαφέρουν από εκείνη της διαμονής στην θεραπευτική κοινότητα, παρόλο που σε πολλές χώρες, λόγω των περιορισμένων οικονομικών πόρων και των ελλείψεων σε προσωπικό , σε χώρους ή σε επόπτες-θεραπευτές, συχνά χρησιμοποιούνται οι ίδιες εγκαταστάσεις και για τις δύο φάσεις. Οι υπηρεσίες που προσφέρουν μετα-θεραπευτική φροντίδα περιλαμβάνει ατομικές και οικογενειακές συνεδρίες, ομάδες αυτοβοήθειας και επαγγελματική συμβουλευτική. (Πουλόπουλος, 2005)

Την απάντηση στο τι τελικά λειτουργεί θεραπευτικά σε μια κοινότητα επιχειρεί να δώσει ο Martien Kooyman (1994) ο οποίος αναφέρει δεκαπέντε ουσιαστικούς παράγοντες για την θεραπευτική διαδικασία. Ο πρώτος παράγοντας είναι ότι η θεραπευτική κοινότητα λειτουργεί ως υποκατάστατο της οικογένειας, ο δεύτερος ότι διέπεται από σταθερή φιλοσοφία, ο τρίτος ότι έχει συγκεκριμένη θεραπευτική δομή. Οι υπόλοιποι παράγοντες είναι η έμφαση που δίνει η θεραπευτική κοινότητα στην ισορροπία και στην δημοκρατία, στην θεραπεία, στην προώθηση της αυτονομίας, στην κοινωνική μάθηση διαμέσου της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και στη μάθηση μέσω της κριτικής προσέγγισης, στη θεραπευτική επίδραση και στην ανάληψη της ατομικής ευθύνης για την όποια συμπεριφορά , στην αύξηση της αυτοεκτίμησης με την επιτυχημένη ολοκλήρωση δραστηριοτήτων, στην εσωτερίκευση ενός θετικού συστήματος αξιών , στην αξιοποίηση της αντιπαράθεσης για αρνητική συμπεριφορά, στη θετική πίεση στα μέλη από τους ομότιμους, στην κατανόηση και στην έκφραση των συναισθημάτων, στην μεταστροφή της αρνητικής στάσης απέναντι στην ζωή σε θετική και στη βελτίωση των σχέσεων με την οικογένεια. (Πουλόπουλος, 2005)

Όταν κάποιος από τους προαναφερθέντες παράγοντες λείπει, η θεραπεία είναι λιγότερο αποτελεσματική. Η εξέλιξη των θεραπευτικών κοινοτήτων σύμφωνα πάλι με τον Martien Kooyman (1994) , αποτελεί δυναμικό φαινόμενο που υπόσχεται νέες θεραπευτικές δυνατότητες για τα προβλήματα εξάρτησης στο μέλλον και μπορεί να εφαρμοστεί ως μοντέλο θεραπείας και σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα. (Πουλόπουλος, 2005)

Η θεραπευτική κοινότητα για χρήστες ψυχότροπων ουσιών δέχεται συχνά αυστηρή κριτική και αφορά κυρίως την πίεση που ασκείται στα μέλη για να αλλάξουν την συμπεριφορά τους. Στα αρχικά στάδια της θεραπείας η πίεση αυτή μπορεί να οδηγήσει ορισμένα άτομα στην πρόωρη εγκατάλειψη της. Ένα άλλο σημείο της ασκούμενης κριτικής είναι ο μακρύς χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση και των τριών σταδίων θεραπείας. Ο χρόνος ολοκλήρωσης της θεραπείας εξαρτάται βέβαια και από την θεραπευτική πορεία κάθε ατόμου. Συνήθως τα χρονικά όρια που αναφέρθηκαν παραπάνω είναι ενδεικτικά του απαιτούμενου για την ψυχική απεξάρτηση χρόνου. (Πουλόπουλος, 2005)

7.2 Το προσωπικό στη θεραπευτική κοινότητα

7.2.1 Το προσωπικό

Οι θεραπευτικές κοινότητες επανδρώνονται συχνά από μια προσεκτικά επιλεγμένη ομάδα. Οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι το προσωπικό του προγράμματος, δηλαδή τα μέλη αυτής της ομάδας ,θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα συνδυασμό ατόμων που έχουν καταφέρει να

γίνουν επαγγελματίες μέσω της αυτοβοήθειας και άτομα από άλλα παραδοσιακά επαγγέλματα στο χώρο της υγείας(π.χ. νοσοκόμες, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί κτλ). (DeLeon, 2001)

Στις πρώτες θεραπευτικές κοινότητες για εξαρτημένους χρήστες από ψυχότροπες ουσίες, σημαντικό ρόλο έπαιζαν οι πρώην χρήστες με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δευτερεύοντα ρόλο στο μοντέλο θεραπείας. Οι θεραπευτικοί ρόλοι ήταν συνδεδεμένοι με τις προσωπικά βιωμένες εμπειρίες θεραπείας που είχαν τα απεξαρτημένα άτομα, τις οποίες μπορούσαν να μεταδώσουν στους θεραπευόμενους επιτυγχάνοντας θετικά αποτελέσματα.

Το μοντέλο αυτό, που έχει τις ρίζες του στις ομάδες αυτοβοήθειας των ανώνυμων αλκοολικών αντιμετώπιζε με επιφυλακτικότητα τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Η φιλοσοφία της αυτοβοήθειας και της αλληλοβοήθειας ήταν κυρίαρχες στις πρώτες θεραπευτικές κοινότητες ενώ οι επιστημονικές αντιλήψεις υποβαθμιζόνταν, κάτι όμως που άρχισε να αλλάζει σταδιακά, με το να εντάσσονται επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων στις θεραπευτικές κοινότητες. (Πουλόπουλος, 2005)

Στις σημερινές θεραπευτικές κοινότητες το προσωπικό αποτελείται τόσο από ειδικούς ψυχικής υγείας και κοινωνικών επιστημών διαφόρων ειδικοτήτων, όσο και από πρώην εξαρτημένους. Στους ειδικούς ψυχικής υγείας συμπεριλαμβάνονται οι ψυχολόγοι, οι ψυχίατροι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι νοσηλευτές και εργοθεραπευτές. Ανάλογα με την ιδιαιτερότητα του πλαισίου μπορεί να συμμετέχουν ειδικοί παιδαγωγοί, λογοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες. Παρόλα αυτά ακόμα και σήμερα όσοι απαρτίζουν την ομάδα του προσωπικού αναλαμβάνουν ρόλους που διαφέρουν από εκείνους τους οποίους έχουν υιοθετήσει τα παραδοσιακά μοντέλα ψυχικής υγείας ή ψυχοθεραπείας. (Πουλόπουλος, 2005)

Αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με την σύγκριση μεταξύ των ομάδων του θεραπευτικού προσωπικού, τους ειδικούς ψυχικής υγείας και τους πρώην εξαρτημένους, όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους στις προσφερόμενες υπηρεσίες και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις σημαντικών συγκρούσεων μεταξύ των δύο αυτών ομάδων, οι οποίες επηρέασαν αρνητικά την παραμονή των μελών στη θεραπεία. Συνήθως αυτές οφείλονταν από τη μία στην αρνητική γνώμη που είχαν οι ειδικοί για τις ικανότητες και την επάρκεια της εκπαίδευσης των πρώην εξαρτημένων ώστε να λειτουργούν ως θεραπευτές και από την άλλη στις αμφιβολίες που εξέφραζαν οι πρώην εξαρτημένοι για την αναγκαιότητα ένταξης των ειδικών ψυχικής υγείας ως προσωπικού στη θεραπευτική κοινότητα καθώς πίστευαν γι' αυτούς πως δε διέθεταν την βιωματική εμπειρία που θα τους βοηθούσε να κάνουν θεραπεία. (Πουλόπουλος, 2005)

7.2.2 Οι ρόλοι του προσωπικού

Οι ρόλοι του προσωπικού στηρίζονται στις βασικές έννοιες της θεραπευτικής κοινότητας και της κοινοτικής προσέγγισης. Οι επαγγελματικές τους δεξιότητες είναι αυτές καθορίζουν ως ένα βαθμό τη λειτουργία τους μέσα στην θεραπευτική κοινότητα. Ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους δεξιότητα όμως, ο γενικός ρόλος όλου του προσωπικού είναι αυτός των κοινοτικών μελών που είναι σύμβουλοι και οδηγοί στην κοινοτική μέθοδο της αυτοβοήθειας. (DeLeon, 2001)

Το προσωπικό στις θεραπευτικές κοινότητες αναλαμβάνει συντονιστικό ρόλο στις ομάδες θεραπείες των μελών αλλά είναι δυνατόν να λειτουργήσει και ως ισότιμο με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας, αν

κάτι τέτοιο ζητηθεί. Ο ρόλος του προσωπικού στη θεραπευτική κοινότητα είναι να δημιουργεί τις συνθήκες για την λειτουργία ενός θεραπευτικού πλαισίου που προάγει την αλλαγή. Παρακολουθεί και αξιολογεί την κατάσταση των μελών , εποπτεύει τις ομάδες, αναθέτει και επιβλέπει τις εργασίες και την λειτουργία των εγκαταστάσεων. Οργανώνει όλες τις θεραπευτικές ομάδες, παρέχει ατομικές συνεδρίες συμβουλευτικής, διοργανώνει δραστηριότητες κοινωνικής φύσης και αναψυχής και προσπαθεί να αναπτύξει ή και να ενισχύσει τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης των μελών. Συμμετέχει στον θεραπευτικό σχεδιασμό και λειτουργεί ως μοντέλο προς μίμηση για τα μέλη. Χρειάζεται να έχει γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις που να κινητοποιούν τα μέλη για την αλλαγή επιδιώκοντας τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και συνεργασίας. (Πουλόπουλος, 2005)

Το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας θεωρεί δεδομένη τη συμμετοχή του προσωπικού σε διαδικασίες αντίστοιχες με αυτές στις οποίες συμμετέχουν τα μέλη. Αρκετά συχνά οργανώνονται ομάδες αντιπαράθεσης μεταξύ των μελών του προσωπικού και ομάδες ευαισθητοποίησης. Εξίσου σημαντική είναι και η έκφραση των συναισθημάτων τόσο για το προσωπικό όσο και για τα μέλη. Στη θεραπευτική κοινότητα επικρατεί η άποψη ότι μόνο όταν ένας θεραπευτής εκφράσει τα δικά του συναισθήματα μπορεί να επεξεργαστεί και τα συναισθήματα των άλλων. Έτσι δείχνει ότι δε φοβάται να αντιμετωπίσει τον εαυτό του, ότι είναι ανοιχτός και μπορεί να έρθει πιο κοντά στα μέλη της κοινότητας αναλαμβάνοντας περίπλοκους ρόλους. (Πουλόπουλος, 2005)

Βασικό στοιχείο του θεραπευτή εκτός από τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες, είναι να πιστεύει ότι το μέλος μπορεί να αλλάξει την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του στο πλαίσιο της κοινότητας . επίσης

μπορεί να συνεισφέρει από το ρόλο του στη διαδικασία της αλλαγής αξιοποιώντας την ομάδα στην κατεύθυνση της αυτοβοήθειας και της αλληλοβοήθειας. Η εμπιστοσύνη στο άτομο και στην ομάδα αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη δουλειά στην κοινότητα. (Πουλόπουλος, 2005)

Η θεραπευτική κοινότητα χρειάζεται θεραπευτές ευαίσθητους στις ανάγκες της και ικανούς να προσαρμόσουν ανάλογα το θεραπευτικό τους στυλ. Ο μη κατευθυντικός τρόπος θεραπείας είναι κατάλληλος όταν η κοινότητα λειτουργεί σωστά και το προσωπικό και τα μέλη είναι διαθέσιμα να αναλάβουν τις ευθύνες τους με θετικό τρόπο. Ακόμα κι όταν υπάρχει άγχος ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει τα μέλη της κοινότητας να το επεξεργαστούν και να βρουν λύσεις στα προβλήματά τους, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις όπου το άγχος είναι μεγάλο υιοθετείται ο κατευθυντικός τρόπος θεραπείας. Προκειμένου να λειτουργεί σωστά η θεραπευτική κοινότητα, χρειάζεται τα μέλη να εμπλέκονται στη λήψη των αποφάσεων και το προσωπικό να διερευνά συνεχώς πόσο βοηθά τα μέλη να ανακαλύψουν τα δικά τους όρια, τις δυνατότητες και τις ευαισθησίες, χωρίς να εξιδανικεύουν ή να απορρίπτουν τους άλλους και να εξαρτώνται από σωτήρες και αυθεντίες. (Πουλόπουλος, 2005)

7.2.3 Η εκπαίδευση του προσωπικού

Στην σύγχρονη εποχή απαιτείται τόσο η θεωρητική όσο και η βιωματική εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών για να ενταχθούν στο χώρο της απεξάρτησης. Για τους πρώην εξαρτημένους που στελαχώνουν την θεραπευτική κοινότητα, η εμπειρία τους από την προσωπική τους θεραπεία θεωρείται ένα είδος βιωματικής εκπαίδευσης.

Προκειμένου όμως να νοηματοδοτήσουν αλλιώς τα βιώματα τους και να τα αξιοποιήσουν συμμετέχουν σε αντίστοιχα προγράμματα θεωρητικής εκπαίδευσης με πρόθετο στόχο τη διεύρυνση της αντίληψης τους για τις μεθόδους της θεραπευτικής κοινότητας. Για τους ειδικούς ψυχικής υγείας που θέλουν να εργαστούν ως θεραπευτές, η βιοματική εκπαίδευση είναι απαραίτητη ώστε να γνωρίσουν τις μεθόδους οι οποίες χρησιμοποιούνται, την αξία και την εφαρμογή τους, αποκτώντας προσωπική αντίληψη μέσα από βιώματα για το πώς επιτυγχάνονται οι θεραπευτικοί στόχοι με τις συγκεκριμένες μεθόδους. Η έμφαση στη βιοματική εκπαίδευση συνάδει παραδοσιακά με την φύση της θεραπευτικής κοινότητας και βασίζεται στην αρχή που θέλει τον θεραπευτή να εμβαθύνει στα δικά του συναισθήματα για να μπορεί να κατανοήσει τα συναισθήματα των άλλων. Στόχος της βιοματικής εκπαίδευσης είναι η αναγνώριση της αναγκαιότητας και η ενίσχυση της διαδικασίας για προσωπική αλλαγή. Το κάθε άτομο φέρνει στην κοινότητα τις δικές του εμπειρίες και αξίες και η δυναμική που αναπτύσσεται μεταξύ των ατόμων σε ένα περιβάλλον ασφαλείας προάγει την προσωπική αλλαγή. (Πουλόπουλος, 2005)

Όπως σε κάθε μορφή ψυχοθεραπείας έτσι και στη θεραπευτική κοινότητα υπάρχουν διάφορα στάδια που σχετίζονται με την εκπαίδευση και την εξέλιξη του θεραπευτικού προσωπικού. Το αρχικό στάδιο αφορά την ένταξη και την καταλληλότητα του προσωπικού, με βασικούς στόχους την κατανόηση του θεραπευτικού μοντέλου, την αποδοχή της μεθόδου και την προσωπική θεραπεία σύμφωνα με αυτό το μοντέλο. Με την παράλληλη θεωρητική, βιοματική εκπαίδευση και εποπτεία το προσωπικό μπορεί να συμμετέχει ως συν-θεραπευτής σε ομάδες ή και ως παρατηρητής σε άλλες με μεγαλύτερη πολυπλοκότητα. Όταν αποκτήσει εμπειρία, αναλαμβάνει το συντονισμό περισσότερο

πολύπλοκων θεραπευτικών διαδικασιών και με την πάροδο του χρόνου μπορεί να προσφέρει εκπαίδευση και εποπτεία σε νεότερα μέλη του προσωπικού. Η διαδικασία της εκπαίδευσης αυτή είναι απαραίτητη για όλους τους επαγγελματίες ανεξάρτητα από την προηγούμενη εμπειρία τους. (Πουλόπουλος, 2005)

7.3 Η προσωπική αλλαγή στη θεραπευτική κοινότητα

7.3.1 Η θεραπευτική συμμαχία

Το άτομο που εκμπλέκεται στην εξάρτηση από ψυχότροπες ουσίες για μεγάλο χρονικό διάστημα θέτει σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή του. Επομένως είναι θέμα επιβίωσης η ανάγκη της αλλαγής της πορείας του εξαρτημένου και της ανατροπής των σχέσεων του. (Πουλόπουλος 2005)

Οι χρήστες ουσιών που προσεγγίζουν τις θεραπευτικές υπηρεσίες, δεν είναι απαραίτητα απολύτως έτοιμη να ενταχθούν σε ένα μακρόχρονο πρόγραμμα θεραπείας. Κύριο χαρακτηριστικό των χρηστών κατά την πρώτη επαφή με το θεραπευτικό πλαίσιο είναι η αμφιθυμία. Έτσι, ακρετή από αυτούς μετά την πρώτη συνάντηση στο πλαίσιο του θεραπευτικού προγράμματος είναι πιθανόν να μην επιστέψουν ξανά. Η αμφιθυμία όμως δε σημαίνει απαραίτητα ότι το άτομο δε νιώθει την ανάγκη για αλλαγή. Μάλλον εκφράζει το φόβο του ατόμου για τις πιθανές επιπτώσεις της αλλαγής στον τρόπο ζωής τους. Από άτομο σε άτομο η αμφιθυμία διαφέρει σε ένταση και βάθος και εκδηλώνεται με διαφορετικούς τρόπους. (Πουλόπουλος 2005)

Για να μπορέσει το άτομο να παραμείνει στη θεραπεία χρειάζεται να αναπτυχθεί μια θεραπευτική συμμαχία, η οποία να ενισχύεται συνεχώς στη διάρκεια του προγράμματος. Η θεραπευτική συμμαχία στην αρχική περίοδο της θεραπευτικής κοινότητας είναι χαλαρή και βασίζεται περισσότερο στο θεραπευτικό «συμβόλαιο» που συνάπτει το μέλος με την κοινότητα κατά την εισαγωγή του και με το οποίο δεσμεύεται ότι θα συμμετέχει στο πρόγραμμα, θα τηρεί τους κανόνες και θα προσπαθήσει στο πλαίσιο της κοινότητας να αλλάξει την εξαρτητική συμπεριφορά του. Η θεραπευτική συμμαχία ενισχύεται βαθμιαία μέσω της επικοινωνίας και των σχέσεων εμπιστοσύνης και αλληλοϋποστήριξης που επικρατούν στην κοινότητα. Συνάπτεται και ισχύει όχι μόνο με τους θεραπευτές αλλά και με τα υπόλοιπα μέλη που συμμετέχουν στην προσπάθεια για αλλαγή. Αποτελεί την ουσιαστική έκφραση του θεραπευτικού συμβολαίου και έχει ως αρχές την συνεργασία, την εμπιστοσύνη, το σεβασμό, την ευθύτητα και την ειλικρίνεια. Οι αρχές αυτές δεσμεύουν όλα τα μέλη της κοινότητας και διαμορφώνουν ένα περιβάλλον το οποίο ευνοεί την προσωπική αλλαγή. (Πουλόπουλος, 2005)

Η έκφραση των προσωπικών συναισθημάτων και εμπειριών κατά τη διάρκεια της παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα αποτελεί το ρίσκο που παίρνει κάθε μέλος αποκαλύπτοντας κομμάτια του εαυτού του. Τα υπόλοιπα μέλη μπορούν να δουν και κομμάτια του δικού τους εαυτού στην διάρκεια των ομαδικών θεραπευτικών διεργασιών. Αυτό βοηθά στην αλλαγή τόσο του ίδιου του ατόμου όσο και των υπόλοιπων μελών με αποτέλεσμα να μειώνει τους προσωπικούς φόβους, να περιορίζει τη μοναξιά και να ενισχύει τη συντροφικότητα. (Πουλόπουλος, 2005)

Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπευτικής προσέγγισης είναι οι σχέσεις που αναπτύσσονται όχι μόνο ανάμεσα στα μέλη και το προσωπικό αλλά ιδιαίτερα μεταξύ των ίδιων των μελών. Για την θεραπευτική κοινότητα η

έννοια τους «σχετίζεται» είναι τόσο σημαντική όσο η έννοια της μεταβίβασης για την ψυχανάλυση. Τα μέλη πολύ συχνά αναλαμβάνουν ρόλους παιδιών, γονίων, αδερφών και συνδέουν αυτό που συμβαίνει με το παρελθόν τους. Σε ένα περιβάλλον όπου επικρατεί σεβασμός, αλληλουποστήριξη και αλληλοβοήθεια το νεοεισερχόμενο μέλος προσπαθεί να εμπιστευτεί τους άλλους και βαθμιαία να ξεπεράσει τις δυσκολίες και τους φόβους του, αναγνωρίζοντας αιτίες της συμπεριφοράς του όχι μόνο στο παρόν αλλά και στο παρελθόν. Η συμβίωση στην κοινότητα βοηθά την παράλληλη ανάπτυξη του κοινωνικού ενδιαφέροντος, δίνοντας την δυνατότητα σε ανθρώπους που ήταν ψυχικά αποξενωμένοι και πολύ συχνά κοινωνικά απομονωμένοι να αρχίσουν να δραστηριοποιούνται. (Πουλόπουλος, 2005)

7.3.2 Οι αντιστάσεις στην αλλαγή

Παρά τα θετικά αποτελέσματα που επιφέρει η αλλαγή την οποία βιώνουν, οι εξαρτημένοι είναι επιφυλακτικοί απέναντι σ' αυτήν. Οι αντιστάσεις στην αλλαγή και ο προβληματισμός για τις επιπτώσεις τις είναι συνηθισμένα φαινόμενα σε κάθε θεραπευτική κοινότητα. Οι άνθρωποι φοβούνται το άγνωστο που φέρνει η αλλαγή το οποίο μπορεί να είναι εκτός του ελέγχου τους. (Πουλόπουλος, 2005)

Ρυθμιστικό ρόλο στα έντονα συναισθήματα που βιώνει ένας χρήστης παίζουν οι ψυχότροπες ουσίες, τα οποία με τη διακοπή της χρήσης αναδύονται στην επιφάνεια. Η διαχείριση αυτών των συναισθημάτων χωρίς την χρήση ουσιών είναι μία επώδυνη διαδικασία, δεδομένου ότι οι εξαρτημένοι είχαν μάθει να λειτουργούν και να ισορροπούν με ένα συγκεκριμένο τρόπο έστω κι αν αυτός είχε αρνητικές επιπτώσεις.

Κάθε μέλος φέρνει στην θεραπευτική κοινότητα τα συναισθήματα και τις εμπειρίες που απέκτησε στη διάρκεια της ζωής του. Η παιδική και εφηβική ηλικία, αλλά και η πορεία στη χρήση ουσιών επηρεάζουν το μέλος της κοινότητας συνειδητά ή ασυνείδητα. Το μέλος τότε αναπτύσσει μηχανισμούς άμυνας προκειμένου να ανταπεξέλθει στο έντονο υπαρξιακό άγχος που βιώνει μετά τη διακοπή της χρήσης, σε συνδιασμό με τις πιο πάνω επιρροές. (Πουλόπουλος 2005)

Η έντονη επιθυμία για χρήση ουσιών είναι μια συνηθισμένη κατάσταση που προκαλείται όταν το άτομο εκτίθεται σε ερεθίσματα τα οποία σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών. Αυτά είναι είτε εσωτερικά (αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα) είτε από το εξωτερικό περιβάλλον (φίλοι που κάνουν χρήση) , χωρίς ωστόσο το άτομο να είναι πάντα ενήμερο για το τι του συμβαίνει εξαιτίας των μηχανισμών άμυνας, όπως αυτός της άρνησης και κυρίως της μετάθεσης που λειτουργούν ασυνήθιστα. Οι χρήστες ουσιών συχνά μεταφέρουν την έντονη επιθυμία τους για χρήση σε κάποια άλλη δραστηριότητα υψηλού κινδύνου την οποία δεν αντιλαμβάνονται ως τέτοια. Με μια σειρά από φαινομενικά ασύνδετες μεταξύ τους αποφάσεις μπορεί να βρεθούν πάλι στη χρήση. Ενώ φαίνεται ότι οι αποφάσεις δεν συνδέονται με την επιθυμία των ατόμων για χρήση ουσιών, στην πραγματικότητα τον φέρνουν ασυνείδητα κοντά σε καταστάσεις που ευνοούν τη χρήση.

Στη διάρκεια της θεραπείας χρειάζεται να μετατραπούν οι εδραιωμένες συνήθειες για την αντιμετώπιση των δύσκολων ψυχολογικών και κοινωνικών καταστάσεων οι οποίες με την χρήση της ουσίας μπορούσαν να είναι ελέγξιμες. Το άτομο τώρα χρειάζεται να βρει νέους τρόπους οι οποίοι δεν έχουν τόσο άμεσα αποτελέσματα και πολύ συχνά είναι αβέβαιοι. (Πουλόπουλος, 2005)

Ισχυρό κίνητρο για αντίσταση στην αλλαγή αποτελεί ο φόβος της ανάδυσης δυσάρεστων συναισθημάτων και ιδεών. Με αυτή την έννοια η αντίσταση είναι παρούσα από την πρώτη στιγμή της θεραπευτικής διαδικασίας και ακολουθεί το μέλος σε όλη τη διάρκεια της πορείας του στη θεραπευτική κοινότητα, παίρνοντας διαφορετικές μορφές. Η «εκδραμάτιση» πρόκειται για μια μορφή αντίστασης που χαρακτηρίζεται από παρορμητικές συμπεριφορές , άλλοτε επικίνδυνες ή και αντικοινωνικές , ως αποτέλεσμα των ασυνείδητων διεργασιών που βιώνει το άτομο. Επίσης βοηθά το άτομο να προστατευτεί από αναμνήσεις και συναισθήματα, αν αναδύονταν στο συνειδητό θα προκαλούσαν πόνο. Οι καταστάσεις αυτές δημιουργούν τάση βίαιης αντίδρασης, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας και επιστροφή στη χρήση ουσιών. Η κατανόηση της σημασίας της εκδραμάτισης βοηθά τους θεραπευτές να δουν αυτή τη διαδικασία ως μια μορφή επικοινωνίας και έκφρασης των ασυνείδητων διεργασιών που υπάρχουν πίσω της. Πολλές φορές, η εκδραμάτιση εκλαμβάνεται ως απόρριψη της θεραπευτικής πρότασης ή και των μελών που συμμετέχουν σ'αυτή.(Πουλόπουλος, 2005)

Υπάρχουν περιπτώσεις μελών στην κοινότητα που ενώ έχουν κάνει σημαντική πρόοδο στη θεραπεία τους ξαφνικά εμφανίζουν μια παράδοξη συμπεριφορά ή και διακόπτουν απότομα το πρόγραμμα. Είναι πιθανό να φοβούνται ότι πλέον θα γίνουν συναισθηματικά ευάλωτοι, όπως όταν ήταν παιδιά, ότι δεν θα μπορούν να έχουν τον έλεγχο των σκέψεων και των πράξεων τους και ότι θα υποφέρουν. Διακόπτοντας την θεραπεία επαναφέρουν την προηγούμενη ισορροπία με την οποία ένιωθαν κάποια ασφάλεια, παρά τις αρνητικές επιπτώσεις που είχε η χρήση ουσιών. (Πουλόπουλος, 2005)

7.3.3 Οι μηχανισμοί της αλλαγής

Για να μπορεί να επιτευχθεί η αλλαγή πρέπει να αποτελεί προσωπική απόφαση. Επιπλέον, το άτομο χρειάζεται να βρεθεί σε ένα περιβάλλον στο οποίο θα επικρατούν οι κατάλληλες συνθήκες για να επιτευχθεί η αλλαγή μέσω κάποιων διεργασιών. (Πουλόπουλος 2005)

Μία από τις λειτουργίες της θεραπευτικής κοινότητας είναι να διευκολύνει την αλλαγή μέσω της πρόσκαιρης παλινδρόμησης των μελών, η οποία εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της λειτουργίας των θεραπευτικών ομάδων και δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να βιώσει ξανά τις καταστάσεις της παιδικής ηλικίας και να κατανοήσει τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που πηγάζουν από αυτήν. Αυτή η διαδικασία βοηθά, μέσω της συνειδητοποίησης συγκεκριμένων καταστάσεων, στην συναισθηματική ωρίμανση. Είναι απαραίτητο, βέβαια, το άτομο να έχει κατανοήσει και αποδεχτεί την ανάγκη για αντιμετώπιση των προβλημάτων του προκειμένου να εμπλακεί σε βαθύτερες εσωτερικές διεργασίες. Καθώς η εξάρτηση είχε γίνει τρόπος ζωής η επίτευξη της αποχής μπορεί στην αρχή να προκαλεί ικανοποίηση αλλά στην συνέχεια αντικαθίσταται από μια διαδικασία «πένθους» για την απώλεια της ουσίας και του τρόπου ζωής που συνδέεται με αυτή. (Πουλόπουλος, 2005)

Η αλλαγή στη θεραπευτική κοινότητα ως σύστημα χρειάζεται να αποκτήσει την ίδια προτεραιότητα που έχει για τα άτομα τα οποία συμμετέχουν σε αυτή. Η συνεχής εκπαίδευση όλων εκείνων που συμμετέχουν λειτουργεί καταλυτικά δημιουργώντας ένα νέο πλαίσιο, το οποίο περιορίζει το αίσθημα της ανασφάλειας, προωθεί την επικοινωνία και ενισχύει την αλλαγή. (Πουλόπουλος, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν ως σκοπό τους τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Έχουν γίνει πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις για την επίλυση αυτού του σημαντικού προβλήματος και εξακολουθούν να γίνονται όλο και περισσότερες έρευνες για να αναδειχθεί η πιο αποτελεσματική. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις διακρίνονται κυρίως σε τρεις κατηγορίες: (Ποταμιανός, 2005)

1. Φαρμακολογική προσέγγιση
2. Ψυχολογική προσέγγιση
3. Ειδικές προσεγγίσεις και Θεραπευτικά προγράμματα

8.1 Φαρμακολογική προσέγγιση

Συνεχείς έρευνες γίνονται με σκοπό να βρεθεί η καλύτερη φαρμακολογική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της εξάρτησης του αλκοόλ. Στην συνέχεια παρατίθενται τα πιο σημαντικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται μέχρι στιγμής για την θεραπεία του προβλήματος του αλκοολισμού και κάποια που αναφέρεται πως θα έχουν σημαντικό ρόλο στο μέλλον.

Disulfiram (δισουλφιράμη)

Για πολλά χρόνια, το Disulfiram ήταν το μόνο διαθέσιμο φάρμακο για την καταπολέμηση του αλκοολισμού. Το Disulfiram εμποδίζει το ένζυμο δεϋδρογονάση της αλδεϋδης, το οποίο διασπάει το

αλκοόλ, γεγονός που οδηγεί σε μια συσσώρευση της ακεταλδεΐδης μετά από την εισαγωγή του οινοπνεύματος στον οργανισμό. Αυτό προκαλεί στη συνέχεια μια αδιαθεσία στο άτομο, όπως ταχυκαρδία, πονοκέφαλο και ναυτία. Έχει θεωρηθεί ότι η ιδέα αυτών των συμπτωμάτων θα βοηθούσε τους ασθενείς να απέχουν από το αλκοόλ. Σημαντικό είναι να αντιληφθούν οι ασθενείς που θα δοκιμάσουν και θα βιώσουν πραγματικά τα απωθητικά αυτά συμπτώματα, πως το disulfiram δεν εξαφανίζει τη διάθεση της χρήσης του οινοπνεύματος. Στην πραγματικότητα, οι συνέπειες της συσσώρευσης αλδεΐδης στον οργανισμό θέτουν έναν μεγάλο ιατρικό κίνδυνο. Οι ασθενείς που δεν το καταλαβαίνουν αυτό, ή για άλλους λόγους είναι ανίκανοι να απέχουν από το αλκοόλ, παρά τη λήψη του φαρμάκου, δεν είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για τη θεραπεία με disulfiram. (M. Heilig, M. Egli 2006)

Παρά τη διαδεδομένη χρήση του, το disulfiram έχει μια περιορισμένη και κατά ένα μεγάλο μέρος αρνητική τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητά του. Σε μια πύλο λεπτομερή ανάλυση, (Berglund και λοιποί 2003) έφθασαν στο συμπέρασμα ότι τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητά του disulfiram είναι ελλιπή, αλλά επισήμαναν επίσης ότι τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα για το disulfiram δείχνουν πως είναι αποτελεσματικό όταν δίνεται κάτω από την επίβλεψη ειδικών. Αυτό επεξηγεί καλά το γεγονός ότι η συμμόρφωση του ατόμου στη στάση του ενάντια στη χρήση του αλκοόλ είναι ένα σημαντικό θέμα για την χρησιμοποίηση του disulfiram. (Berglund et al, 2003)

Συνολικά, το disulfiram μπορεί να είναι χρήσιμο για περιορισμένες χρονικές περιόδους, όπως κατά την προσπάθεια να αξιολογηθεί η ψυχιατρική νοσηρότητα ενός ασθενή και να διαλευκανθεί από την ψυχοπαθολογία της χρήσης του αλκοόλ. Εντούτοις, το disulfiram δεν στοχεύει άμεσα στο φαινόμενο της εξάρτησης από το αλκοόλ, και

επομένως αντιμετωπίζεται σταδιακά ως ξεπερασμένη θεραπεία.
(M.Heilig, M. Egli 2006)

Naltrexone (Ναλτρεξόνη)

Η ναλτρεξόνη είναι ένα φάρμακο που φράσσει τους υποδοχείς των οπιοειδών στον εγκέφαλο και αρχικά χρησιμοποιήθηκε για την απεξάρτηση στους χρήστες ναρκωτικών. Φράσσοντας αυτούς τους υποδοχείς, τα οπιοειδή, όπως η ηρωίνη, δεν μπορούν να δημιουργήσουν τα γνωστά συναισθήματα ευφορίας που προκαλούν στο άτομο. Ύστερα από μελέτες στους υποδοχείς του αλκοόλ, έγινε γνωστό επίσης ότι αυτό το φάρμακο μειώνει την επιθυμία για αλκοόλ και τις επιδράσεις του. Τα πρώτα κλινικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα του Naltrexone στην θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ παρήχθησαν πριν από περίπου είκοσι χρόνια (O'Malley et al., 1992, Volpicelli et al., 1992). Έκτοτε έχουν ακολουθήσει πολλές δοκιμές και μελέτες πάνω σε αυτό το θέμα με το συμπέρασμα πλέον να υποστηρίζεται κατηγορηματικά η αποτελεσματικότητα του Naltrexone. (M.Heilig, M. Egli 2006)

Όπως αναφέρθηκε η Ναλτρεξόνη μπλοκάρει τα αισθήματα ευφορίας που προκαλούνται από το αλκοόλ με συνέπεια να μπορεί να μειώσει την ακατάσχετη επιθυμία ενός ατόμου για ποτό, να βοηθήσει στην αποχή από το αλκοόλ και να μειώσει τον αριθμό των ποτηριών που θα καταναλώνει ο χρήστης στην περίπτωση που υποτροπιάσει και πει. Οι πρώτες ημέρες χρησιμοποίησης του Naltrexone μπορεί να έχουν μερικές παρενέργειες, που συνήθως έχουν μικρή διάρκεια και είναι ήπιες. Οι θεραπευόμενοι αναφέρουν γενικά ότι δεν αισθάνονται τίποτα διαφορετικό, εκτός από το ότι καταπίνουν ένα χάπι. Η ναλτρεξόνη δεν προκαλεί καμία επίδραση στη διάθεση ή στη σκέψη και οι θεραπευόμενοι

αναφέρουν ότι δε νιώθουν κατι ιδιαίτερο ενόσω έχουν λάβει τη ναλτρεξόνη. (M.Heilig, M. Egli , 2006)

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι χωρίς το ψυχολογικό στοιχείο στη θεραπεία, η ναλτρεξόνη από μόνη της έχει χαμηλό ποσοστό επιτυχίας. Η ναλτρεξόνη αποτελεί ένα μόνο συστατικό στοιχείο ενός καλοσχεδιασμένου και αποτελεσματικού προγράμματος. Η ναλτρεξόνη πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ψυχολογική υποστήριξη. Οι έρευνες δείχνουν ότι η αποχή επιτυγχάνεται και συντηρείται όταν η ναλτρεξόνη χρησιμοποιείται ως μέρος ενός συνολικού θεραπευτικού προγράμματος. (M.Heilig, M. Egli 2006)

Τα τελευταία χρόνια η ναλτρεξόνη εμφανίζεται και σε ενέσιμη μορφή,σε μια θεραπεία στην οποία η χορηγησή της γίνεται για περίπου 30 ημέρες. Η συγκεκριμένη θεραπεία θεωρείται πολύ σημαντική για το μέλλον της καταπολέμησης της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Συμπερασματικά, η αποτελεσματικότητα του Naltrexone και η ασφάλεια του είναι καλά τεκμηριωμένες. Παρόλα αυτά όμως η χορήγηση του συγκεκριμένου φαρμάκου σε ασθενείς εξαρτημένους από το αλκοόλ δεν είναι τόσο συχνή όσο θα αναμενόταν.

Acamprosate (Ακαμπροσάτη)

Η χρήση του Acamprosate έχει ως στόχο να σταθεροποιήσει τη χημική ισορροπία του εγκεφάλου που θα μπορούσε αλλιώς να διαταραχθεί από τον αλκοολισμό. Το γλουταμικό οξύ είναι ένας διεγερτικός νευροδιαβιβαστής, που διευκολύνει τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου να πυροδοτούν εκφορτίσεις. Οι υποδοχείς του γλουταμικού είναι στόχος του αλκοόλ. Το γλουταμικό του εγκεφάλου είναι ο σημαντικότερος διεγερτικός νευροδιαβιβαστής στο κεντρικό νευρικό

σύστημα. Το Acamprosate λοιπόν, το οποίο είναι ένα παράγωγο της ομοταυρίνης, είναι ένα φάρμακο το οποίο έχει σαν στόχο του να μειώνει τη λειτουργία των κυτταρικών υποδοχέων (NMDA) του γλουταμικού, κάτι το οποίο συμβάλλει στην καταστολή των συμπτωμάτων της απόσυρσης του αλκοόλ. Έτσι, με την χρήση του, μειώνεται συνεχώς η επιθυμία για κατανάλωση αλκοόλ. Η ακριβής περιοχή δράσης του Acamprosate όμως δεν είναι ακόμα γνωστή και οι μηχανισμοί οι σχετικοί με την αποτελεσματικότητά του δεν γίνονται ακόμα πλήρως κατανοητοί. Ορισμένες σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν αλλεργικές αντιδράσεις, ταχυκαρδία και η χαμηλή ή υψηλή αρτηριακή πίεση, ενώ οι λιγότερο σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν κεφαλαλγία και αϋπνία. Επίσης κάποιιοι περιορισμοί της χρήσης του οφείλονται στις μεγάλες δόσεις που πρέπει να χορηγούνται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Πάντως το Acamprosate θεωρείται ως ένα ελπιδοφόρο φάρμακο για τη θεραπεία του αλκοολισμού. (M.Heilig, M. Egli 2006)

Συνδυασμός naltrexone και acamprosate

Οι λόγοι για την προσπάθεια συνδυασμού θεραπείας με acamprosate και naltrexone είναι θεωρητικοί και πραγματικοί ταυτόχρονα.. Από θεωρητικής άποψης , τα δύο φάρμακα έχουν διαφορετικούς φαρμακολογικούς μηχανισμούς δράσης. Η ναλτρεξόνη λειτουργεί σαν ανταγωνιστής του αλκοόλ ενώ το acamprosate προσφέρει στον ασθενή την ανακούφιση όταν αυτός προσπαθεί να απέχει από το αλκοόλ. Οι μελέτες μέχρι σήμερα όμως δείχνουν υψηλότερη αποτελεσματικότητα της συνδυασμένης αυτής θεραπείας σε σύγκριση με τη χορήγηση του ενός ή του άλλου φαρμάκου μόνο. Τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά όσον αφορά την πρόληψη των υποτροπών και την συντήρηση

της αποχής. Βέβαια αυτή η θεραπεία πρέπει να ακολουθείται μέσα σένα συγκεκριμένο πρόγραμμα που θα παρακολουθούν ειδικοί και τα αποτελέσματα είναι ακόμα πιο ενθαρρυντικά όταν παρέχεται και η απαραίτητη ψυχολογική στήριξη. Σημαντικό είναι να προσέχεται η δοσολογία κατά την χορήγηση και των δύο αυτών φαρμάκων. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρονται από την συνδιασμένη αυτή θεραπεία είναι λίγες,όπως διάρροια και ναυτία. Συμπερασματικά μπορεί να αναφερθεί πως αυτή η θεραπεία θεωρείται η πιο αποτελεσματική βάση και των αποτελεσμάτων αρκετών μελετών. (Oxford Journals, 2004)

Ondansetron (Οντανσετρόνη)

Ένα φάρμακο που χρησιμοποιείται σήμερα για την καταπολέμηση της ναυτίας σε ασθενείς με καρκίνο μπορεί να βοηθήσει στην θεραπεία του αλκοολισμού μειώνοντας την διάθεση του χρήστη για κατανάλωση αλκοόλ. Το Ondansetron επηρεάζει έναν απο τους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου,την σεροτονίνη, που φέρεται πλέον να είναι και αυτή υπεύθυνη για την διάθεση κατανάλωσης αλκοόλ από ένα άτομο,όπως και η ντοπαμίνη. Μειώνοντας το επίπεδο της σεροτονίνης στον εγκέφαλο μειώνεται και η επιθυμία του ατόμου για αλκοόλ. Οι πρώτες μελέτες που έχουν γίνει για την χορήγηση αυτού του φαρμάκου σε χρήστες αλκοόλ έχουν αναφέρει σημαντικά αποτελέσματα και είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα βοηθήσει στο μέλλον της καταπολέμησης του αλκοολισμού. (Richards, 2006)

Bacoflen (Βακλοφαίνη)

Τα πρώτα αποτελέσματα για την χρήση του Bacoflen είχαν βρεθεί την δεκαετία του 70' και ήταν ιδιαιτέρως ενθαρρυντικά. Αν και η έρευνα είχε γίνει σε ποντίκια ήταν σημαντικό πως το συγκεκριμένο φάρμακο

επηρρέαζε τον μεταβολισμό της ντοπαμίνης. Τα τελευταία χρόνια άρχισαν να ξαναγίνονται μελέτες πάνω στο θέμα αυτό, ιδιαίτερα τώρα που θεωρείται δεδομένο πως ο αλκοολισμός έχει και βιολογικά αίτια, με αποτελέσματα που αναδεικνύουν το Bacoflen σαν ένα από τα φάρμακα που θα βοηθήσουν πολύ στο μέλλον. (M.Heilig, M. Egli , 2006)

Topiramate (τοπιραμάτη)

Το Topiramate θα μπορούσε να είναι ευεργετικό για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Σήμερα είναι ένα φάρμακο που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία των επιληπτικών κρίσεων, αλλά αρκετές έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με την καταπολέμηση της εξάρτησης από το αλκοόλ παρουσιάζουν σημαντικά στοιχεία. Το topiramate μειώνει την απελευθέρωση της ντοπαμίνης και έτσι όταν το άτομο καταναλώνει αλκοόλ δε νιώθει τα ευχάριστα συναισθήματα που νιώθει συνήθως με την κατανάλωση, συναίσθημα που τον αποτρέπει σταδιακά από την χρήση. Το συγκεκριμένο φάρμακο μοιάζει πολύ με το acamprosate καθώς δεν έχει γίνει ακριβής η φαρμακολογική του δράση. Τα στοιχεία των μελετών που εξακολουθούν να γίνονται πάνω στην χορήγηση του στους εξαρτημένους από το αλκοόλ αφήνουν πολλές υποσχέσεις για τη μελλοντική συνεισφορά του πάνω στο συγκεκριμένο πρόβλημα. (Johnson, 2004)

8.2 Ψυχολογική προσέγγιση

Οι περισσότερες θεραπείες για την κατάχρηση του αλκοόλ στηρίζονται στην φαρμακευτική αγωγή, η οποία μπορεί να φέρει κάποια αποτελέσματα για τα άτομα που προσπαθούν να διακόψουν την χρήση, αλλά από μόνη της δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική για τα

περισσότερα άτομα. Οι περισσότερες έρευνες έχουν παρατηρήσει πως χρειάζεται επίσης κοινωνική στήριξη και μια ψυχοκοινωνική θεραπευτική παρέμβαση.

Ήδη από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα εφαρμόζονται ψυχολογικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία του αλκοολισμού. Μία από τις πρώτες μεθόδους που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι η τεχνική της αποστροφικής διαδικασίας. Αυτή η τεχνική στηρίζεται στην άποψη ότι τα δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς. Στην συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιείται και το φάρμακο της δισουλφιράμης. Η αποστροφική θεραπευτική μέθοδος έχει σαν στόχο την εξουδετέρωση των θετικών συσχετίσεων με το αλκοόλ, δημιουργώντας αρνητικές συσχετίσεις. Έτσι, για παράδειγμα, όταν ένα άτομο φαντάζεται τον εαυτό του να καταναλώνει αλκοόλ θα του έρχονται αμέσως τα δυσάρεστα αποτελέσματα της χρήσης αυτού, όπως ναυτία, με αποτέλεσμα να μην επιδιώκει την περαιτέρω χρήση του αλκοόλ. (Barlow ,Durand, 1999)

Επίσης υπάρχει και μια σειρά ψυχολογικών μεθόδων που έχουν αποδειχθεί χρήσιμες για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Αυτές οι μέθοδοι μπορούν να ενισχύσουν τα κίνητρα ενός αλκοολικού για να σταματήσει, να προσδιορίσουν τις περιστάσεις που πυροδοτούν την κατανάλωση αλκοόλ, να βρουν νέες μεθόδους για την αντιμετώπιση των καταστάσεων που οδηγούν στο ποτό, και να αναπτύξουν συστήματα κοινωνικής υποστήριξης εντός της κοινότητας. Επειδή οι οικογένειες επηρεάζουν και την κατανάλωση και την αποκατάσταση, η συζυγική και οικογενειακή θεραπεία είναι επίσης χρήσιμες. Οι οικογένειες μπορούν να ενισχυθούν για να κατανοήσουν τον αλκοολισμό, και μπορούν να μάθουν πώς να υποστηρίξουν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της αποθεραπείας του. (Barlow ,Durand, 1999)

Εκτός από την οικογενειακή θεραπεία άλλες μορφές θεραπείας που θεωρούνται ιδιαίτερα αποτελεσματικές για τους αλκοολικούς είναι οι ομαδικές θεραπείες. Αυτές ποικίλουν, από διδακτικές διαλέξεις και επιλόλαιες συζητήσεις μέχρι βαθιές αναλυτικές διευρύνσεις, ψυχόδραμα, ύπνωση, ψυχοδυναμική αντιμετώπιση και μαραθώνιες συζητήσεις. Ακόμα, σε αυτές ανήκουν η δραματοθεραπεία καθώς και η εργοθεραπεία.

Τέλος, υπάρχει κι άλλο ένα άλλο είδος θεραπείας που απευθύνεται άμεσα στον πρόβλημα της υποτροπής. Το μοντέλο της θεραπείας για την πρόληψη της υποτροπής των Marlatt και Gordon's (1985) εξετάζει τις εκμαθημένες πλευρές της εξάρτησης και θεωρεί την υποτροπή ως μια αποτυχία των γνωστικών και συμπεριφοριστικών ικανοτήτων αντιμετώπισης του προβλήματος. Αυτή η θεραπεία βοηθάει τα άτομα να ξεπεράσουν τη διφορούμενη στάση τους για την παύση της χρήσης του αλκοόλ εξετάζοντας τις πεποιθήσεις τους για τη θετική πλευρά της χρήσης αυτού και αντιμετωπίζοντας τις αρνητικές του συνέπειες. Στο πλαίσιο αυτής της θεραπείας αναγνωρίζονται οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου και αναπτύσσονται στρατηγικές για την αντιμετώπιση των πιθανών προβληματικών καταστάσεων όπως και της έντονης επιθυμίας για χρήση που προκαλεί η αποχή από το αλκοόλ. (Barlow, Durand, 1999)

8.3 Ειδικές προσεγγίσεις και Θεραπευτικά προγράμματα

Αρκετές ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα χρησιμοποιούν συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικών θεραπειών, ενώ έχουν σχεδιαστεί ειδικά για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν οι Ανώνυμοι

Αλκοολικοί (ΑΑ) και τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού, όπως και τα θεραπευτικά προγράμματα σε νοσοκομεία (Ποταμιάνος, 2005).

8.3.1 Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α)

Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α) είναι άνδρες και γυναίκες που έχουν ανακαλύψει και ομολογήσει ότι δεν μπορούν να ασκούν έλεγχο στο ποτό. Έμαθαν ότι θα πρέπει να ζούν χωρίς ποτό αν θέλουν να αποφύγουν την καταστροφή τη δική τους 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. Μοναδικός τους σκοπός είναι να παραμένουν νηφάλιοι και να βοηθούν και άλλους να πετυχαίνουν κι εκείνοι την νηφαλιότητα.

Η θεραπεία των Ανώνυμων Αλκοολικών στηρίζεται στην βασική αρχή τους των 12 βημάτων, τα οποία είναι τα εξής :

1. Παραδεχόμαστε ότι είμαστε ανίσχυροι στο αλκοόλ- ότι η ζωή μας έχει ξεφύγει από τον έλεγχο μας.
2. Πιστεύουμε ότι μια δύναμη μεγαλύτερη από εμάς μπορεί να μας επαναφέρει στο δρόμο της λογικής.
3. Αποφασίσαμε να εναποθέσουμε τη θέληση και τη ζωή μας στη φροντίδα του Θεού όπως τον καταλαβαίνουμε.
4. Κάνουμε μια εσωτερική αναζήτηση και μια άφοβη ηθική απογραφή για τους εαυτούς μας.
5. Παραδεχόμαστε στο Θεό, στους εαυτούς μας και σε οποιονδήποτε άλλον άνθρωπο την ακριβή φύση των λαθών μας.

6. Είμαστε απόλυτα έτοιμοι να αφήσουμε το Θεό να απομακρύνει όλες αυτές τις ατέλειες του χαρακτήρα μας.
7. Του ζητούμε ταπεινά να απομακρύνει τις αδυναμίες μας.
8. Κάνουμε έναν κατάλογο των ατόμων που πληγώσαμε και είμαστε πρόθυμοι να επανορθώσουμε.
9. Επανορθώνουμε σε αυτούς τους ανθρώπους, όποτε αυτό είναι δυνατό, εκτός εάν κάτι τέτοιο θα πλήγωνε αυτούς ή άλλους.
10. Συνεχίζουμε να κάνουμε έναν προσωπικό απολογισμό και όταν κάνουμε λάθος το παραδεχόμαστε αμέσως.
11. Προσπαθούμε μέσω της προσευχής και του διαλογισμού να βελτιώσουμε τη συνειδητή μας επαφή με τον Θεό, όπως ο καθένας μας τον αντιλαμβάνεται, και προσευχόμαστε μόνο για να μάθουμε τη θέλησή Του για μας και για να μας δώσει τη δυνατότητα να συνεχίσουμε.
12. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω βημάτων έχουμε μια πνευματική αφύπνιση και προσπαθούμε να μεταφέρουμε αυτό το μήνυμα στους αλκοολικούς και να κάνουμε πράξη αυτές τις αρχές σε όλες μας τις σχέσεις. (Alcoholics Anonymous, 1991)

Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί ακολουθώντας τα 12 αυτά βήματα λειτουργούν στις συγκεντρώσεις τους. Αυτές είναι είτε ανοικτές είτε κλειστές. Στις ανοιχτές συγκεντρώσεις μπορούν να συμμετέχουν αλκοολικοί και όσοι ενδιαφέρονται για το πρόβλημα του αλκοολισμού. Τα μέλη μοιράζονται την ιστορία τους και περιγράφουν τις εμπειρίες τους με το αλκοόλ, πως ήρθαν στους Ανώνυμους Αλκοολικούς και πως έχει αλλάξει η ζωή τους. Στις κλειστές συγκεντρώσεις δυνατότητα συμμετοχής έχουν όσοι είναι αλκοολικοί ή πιστεύουν πως έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ.

Επίσης υπάρχουν και οι συγκεντρώσεις Βημάτων, οι οποίες είναι κλειστές και γίνονται συζητήσεις επάνω σε κάποια από τα Δώδεκα Βήματα. Τέλος τα μέλη των Α.Α. κάνουν συγκεντρώσεις και σε κέντρα θεραπείας, κλινικές, νοσοκομεία, κέντρα αποτοξίνωσης και φυλακές.

8.3.2 Θεραπευτικά προγράμματα

Τα τελευταία χρόνια υλοποιούνται από δημόσιους και μη κυβερνητικούς οργανισμούς, καθώς και από εθελοντικές οργανώσεις μια σειρά παρεμβάσεων με στόχο την παροχή εξειδικευμένων θεραπευτικών υπηρεσιών για άτομα με προβλήματα στη χρήση οινόπνευματων. Σε οργανωμένο πλαίσιο και συστηματική βάση λειτουργούν δύο ειδικές δομές σε γενικά νοσοκομεία της χώρας:

- Το πρόγραμμα αλκοόλ της Ψυχιατρικής Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου (ΠΝΓΝ) Ιωαννίνων

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέχει από το 1983 θεραπεία απεξάρτησης εσωτερικής διαμονής σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ. Κατά την κυρίως θεραπευτική φάση, δηλαδή της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας που διαρκεί περίπου ένα μήνα, παρέχεται θεραπεία συμπεριφοράς σε συνδυασμό με ομαδική ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική υποστήριξη. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2007)

- Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο (ΠΠΝ) Πατρών

Από το 2003 λειτουργεί 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. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2007)

Επίσης, εξειδικευμένες υπηρεσίες θεραπείας για χρήστες αλκοόλ παρέχονται σε τέσσερα αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα:

α) Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Αλκοολικών «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ)

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 εννέα 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.

Στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας πραγματοποιούνται αναλυτικά:

- Ομαδική θεραπεία (ομάδες κοινοβίου)
 - ομάδες ψυχοθεραπείας με τη συμμετοχή όλης τη Θεραπευτικής Ομάδας (Θ.Ο)
 - ομάδες στόχων, γίνονται μια φορά την εβδομάδα με τη συμμετοχή όλης της θεραπευτικής ομάδας και αφορούν ατομικούς και ομαδικούς στόχους των μελών του κοινοβίου.

- Δραματοθεραπεία – Ψυχόδραμα - Θεατρικές ομάδες.
Συντονιστής ο δραματοθεραπευτής της Μονάδας με άλλους δύο θεραπευτές βοηθούς. Αντικείμενο της δραματοθεραπείας είναι το ψυχόδραμα και οι διάφορες θεατρικές και ποιητικές παραστάσεις. Πραγματοποιούνται δύο φορές την εβδομάδα.
- Μαραθώνιες συγκεντρώσεις
- Πραγματοποιούνται δύο φορές το χρόνο επί 48ώρου βάσεως, κάθε φορά με στόχο την γνωριμία των μελών του κοινοβίου και τη βελτίωση των μεταξύ τους σχέσεων.
- Ομάδες Επιμορφωτικών συζητήσεων
- Πραγματοποιούνται 4 φορές την εβδομάδα με τη συμμετοχή δύο θεραπευτών εναλλάξ με θέματα ιστορικά, πολιτιστικά, κοινωνικά, υγιεινή σώματος, φιλοσοφία του προγράμματος κλπ
- Εργοθεραπεία – Αγγειοπλαστική
- Συντονίστρια η κεραμίστρια της Μονάδας. Πραγματοποιούνται 4 φορές την εβδομάδα με τη συμμετοχή δύο θεραπευτών εναλλάξ με θέματα ιστορικά, πολιτιστικά, κοινωνικά, υγιεινή του σώματος, φιλοσοφία του προγράμματος κλπ
- Αθλητικές δραστηριότητες
- Πραγματοποιούνται 4 φορές την εβδομάδα με τη συμμετοχή δύο θεραπευτών εναλλάξ με θέματα ιστορικά, πολιτιστικά, κοινωνικά, υγιεινή του σώματος, φιλοσοφία του προγράμματος κλπ.
- Ατομικές Συνεδρίες
- Πραγματοποιούνται με δύο μέλη της Θ.Ο. και αφορούν προσωπικά ζητήματα των θεραπευόμενων (υπογραφή συμβολαίου – στάδια εξέλιξης)
- Ψυχαγωγικές Εκδηλώσεις
Περιλαμβάνουν : κινηματογραφικές βραδιές, εξόδους στα

μουσεία,θέατρα, αίθουσες τέχνης, θεατρικές παραστάσεις σε όμορους δήμους και συζητήσεις για θέματα αλκοόλ

- Τοξικολογικός έλεγχος ούρων δύο φορές την εβδομάδα
- Νοσηλευτική και άλλη φροντίδα
- Αντιμετώπιση ηπατίτιδων και άλλων σωματικών προβλημάτων και της συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας.
- Ομάδες Αγρυπνίας
- Γίνονται 4 φορές το χρόνο
- Ημέρες φιλοξενίας
- Γίνονται δύο φορές το χρόνο συνήθως τις ημέρες των γιορτών με σκοπό τη βελτίωση των σχέσεων των εξαρτημένων με το περιβάλλον τους
- Εκπαιδευτικά μαθήματα
Τρεις φορές την εβδομάδα στο προσωπικό του τμήματος και σε ομάδες που έχουν ειδικό ενδιαφέρον
- Ομάδες Ανωνύμων 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 Ανωνύμων 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.

β) το Τμήμα Βραχείας Θεραπείας «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ)

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 γι' 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:

I. Ευαισθητοποίηση: 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.

II. 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 :

- | Ομαδική ψυχοθεραπεία
- | Ατομικές συνεδρίες
- | Δραματοθεραπεία
- | Εργοθεραπεία - Αγγειοπλαστική
- | Ομάδες Αωνύμων 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.

III. Επανένταξη: 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.

γ) Μονάδα Απεξάρτησης από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχερά Παιχνίδια (ΨΝΘ)

Η μονάδα αυτή είναι πολύ σημαντική καθώς προσφέρει βοήθεια στα εξαρτημένα άτομα που βρίσκονται στην Βόρεια Ελλάδα. Το κλινικό μέρος του προγράμματος περιλαμβάνει βραχεία νοσηλεία τεσσάρων έως έξι εβδομάδων και στη συνέχεια εξωκλινική παρακολούθηση διάρκειας ενός έτους. Στο διάστημα αυτό τα άτομα που ζουν εκτός Θεσσαλονίκης προσέρχονται για ομαδική ψυχοθεραπεία μία φορά στις δεκαπέντε ημέρες, ενώ όσοι μένουν στη Θεσσαλονίκη μία φορά την εβδομάδα. Καθ' όλη τη διάρκεια της εξωκλινικής παρακολούθησης υπάρχει παρέμβαση σε κρίση, παρέμβαση σε υποτροπή, καθώς και η δυνατότητα ολιγοήμερης νοσηλείας στο τμήμα, εφόσον υπάρξει ανάγκη.

Τα επιμέρους τμήματα της μονάδας είναι η μονάδα σωματικής αποτοξίνωσης με κύριο έργο τη φροντίδα αντιμετώπισης του στερητικού συνδρόμου, του αλκοολικού παραληρήματος σε συνεργασία με την παθολογική κλινική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης(ΨΝΘ) και η ψυχική αποκατάσταση μέσω της θεραπευτικής δουλειάς στο κλινικό πρόγραμμα, που θα περιλαμβάνει ομαδική ψυχοθεραπεία, ομάδες αντιπαράθεσης και αυτογνωσίας, ομάδα ενημέρωσης και ατομικές και οικογενειακές ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες. Επίσης κοινωνική αποκατάσταση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών που συνοδεύουν τους εξαρτημένους από το αλκοόλ.

Εξάλλου για την πληρέστερη ανάπτυξή της η μονάδα θα περιλαμβάνει και πρόσθετα τμήματα, όπως τμήμα χορήγησης ναλτραξόνης, ομάδα πρόληψης στην υποτροπή, τμήμα πρωτογενούς πρόληψης για νέους, τμήμα εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας σε θέματα εξάρτησης και τμήμα έρευνας και αξιολόγησης.

δ) Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΛΦΑ» Απεξάρτησης από το Αλκοόλ και τα Τυχερά Παιχνίδια (ΚΕΘΕΑ)

Το ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ έχει έδρα την Αθήνα και απευθύνεται σε άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τις νόμιμες εξαρτήσεις οι οποίες συχνά δεν αναγνωρίζονται ως πρόβλημα από τα άτομα: το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια.

Το πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ παρέχει εξατομικευμένη θεραπεία 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 χάρη ως εργαζόμενος, φοιτητής-σπουδαστής, γονιός κ.ά.

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. (ΚΕΘΕΑ, 2008)

Επιπλέον, από τα θεραπευτικά προγράμματα που απευθύνονται και σε άτομα εξαρτημένα από παράνομες ουσίες επτά είναι αυτά που παρέχουν θεραπεία και σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ.

Είναι τέσσερα 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)
- 4) η Μονάδα Εφήβων Ρέθυμνου (ΟΚΑΝΑ)

και τρία προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων:

- 1) το Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» (Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και ΟΚΑΝΑ)

2) το Πρόγραμμα «ΙΑΣΩΝ»

3) το Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας (ΟΚΑΝΑ)

Τέλος, μια εναλλακτική πρόταση για την αντιμετώπιση της προβληματικής χρήσης οινόπνευματων, η οποία βασίζεται στις αρχές της αυτοβοήθειας, παρέχεται από το Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας (Τμήμα Ψυχολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και ΟΚΑΝΑ). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα λειτουργεί από το 2001 στην περιοχή της Θεσσαλονίκης και έχει σαν βασικό στόχο του την προαγωγή της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχότροπες ουσίες. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

9. Συμπεράσματα – Προτάσεις

Σύμφωνα, λοιπόν με όσα έχουν αναφερθεί στις προηγούμενες σελίδες, ο αλκοολισμός καθώς και οι επιπτώσεις του, τόσο στο ίδιο το άτομο που πάσχει, αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο που το πλαισιώνουν αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας σε αρκετές χώρες.

Αδιαμφισβήτητα, η αντιμετώπιση των διαφόρων απαγορευμένων ουσιών επιτυγχάνεται από την κινητοποίηση όλων των αρμόδιων φορέων. Η περαιτέρω συνεργασία τους με την οικογένεια, την κοινωνία, το σχολείο και τους κοινοτικούς θεσμούς κρίνεται απαραίτητη προτού η πραγματικότητα φτάσει σε μη αναστρέψιμα επίπεδα.

Μερικά προτεινόμενα μέτρα σχετίζονται με την αυστηρότητα της νομοθεσίας. Για παράδειγμα, η απαγόρευση αγοράς αλκοολούχων ποτών σε ανήλικους, αλλά και η επιβολή ποινών σε περιπτώσεις οδήγησης υπό την επιρροή αλκοόλ πρέπει να προωθηθούν.

Η ευαισθητοποίηση των απλών πολιτών γύρω από αυτό το κοινωνικό πρόβλημα επιτυγχάνεται μέσα από διάφορες διαφημιστικές προσπάθειες στα Μ.Μ.Ε., από προβολές μικρού μήκους ταινιών σχετικά με τις σοβαρές συνέπειες του αλκοολισμού, καθώς και από τις ανακοινώσεις σχετικά με τα στατιστικά στοιχεία για την αύξηση της κατανάλωσης του αλκοόλ.

Βέβαια, το σημαντικότερο ρόλο στην πρόληψη τέτοιων φαινομένων αποτελεί πρώτον η ίδια η οικογένεια και δεύτερον το σχολείο. Η διασφάλιση της ισορροπίας των οικογενειακών σχέσεων, η σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών σε συνδυασμό με τον συμβουλευτικό-

παραδειγματικό ρόλο των γονιών συμβάλλουν σημαντικά στην πρόληψη τέτοιων καταστάσεων.

Το σχολείο εκτός από τις βασικές διδασκαλικές αξίες που παρέχει στην μαθητική κοινότητα, οφείλει να έχει και έναν περισσότερο ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Η παρουσία επαγγελματιών ψυχολόγων και ιατρών, οι οποίοι θα παρέχουν ιατρικές, ενημερωτικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες, αλλά και η συναισθηματική υποστήριξη θα συντελέσουν σημαντικά στην αποτροπή της κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών.

Κλείνοντας, θα ήταν σημαντικό να τονίσουμε ότι εκτός από τις παραπάνω προτάσεις για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του αλκοολισμού, ο ρόλος των κέντρων θεραπείας και των μεθόδων που ακολουθούν αποτελούν ένα σπουδαίο πρώτο στάδιο προσφοράς βοήθειας σε άτομα που ήδη έχουν εθιστεί. Καμία, όμως προσπάθεια δεν θα αποφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, εάν η αναγνώριση της ασθένειας δεν πραγματοποιηθεί από το ίδιο το άτομο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αβραμίδης Α., «Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών...και με ελπίδα», Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα, 1991
2. Γεωργακάς Π., «Εξάρτηση μια ατομική επιλογή Απεξάρτηση μια συλλογική διαδικασία», Εκδόσεις Επίκεντρο, Θεσσαλονίκη, 2007
3. Ε.Π.Ι.Ψ.Υ- ΟΚΑΝΑ, Εγχειρίδιο Πρόληψη: Οινοπνευματώδη, Ναρκωτικά και Καπνός, Διαχείριση Έργου από την Ομάδα Πομπιντού για την Πρόληψη- Συμβούλιο της Ευρώπης, Αθήνα 2001
4. Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα για το 2004, Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., Αθήνα: 2005
5. Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα για το 2005, Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., Αθήνα: 2006
6. Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα για το 2006, Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., Αθήνα: 2007
7. Μάνος Ν., «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997
8. Μαρσέλος Μ., «Ναρκωτικά- Φαρμακολογία και Τοξικολογία των εξαρτησιογόνων ουσιών», εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα. 1986
9. Μάτσα Κ., «Δυνατότητες και δυσκολίες της Κοινωνικής Επανένταξης των απεξαρτημένων. Η πρόληψη της υποτροπής. Μία πρόκληση για την νεκρωμένη κοινωνία», Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 46, 1994

10. Παπαγεωργίου Ε., «Εξαρτήσεις στη ζωή μας» Β' έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 1990
11. Ποταμιανός Γ., «Νόμιμες ουσίες εξάρτησης- Αλκοόλ», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1991
12. Ποταμιάνος, Γ., «ΑΛΚΟΟΛ: Επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία», εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα: 2005
13. Πουλόπουλος Χ. , «Εξαρτήσεις: οι θεραπευτικές κοινότητες» , εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2005
14. Σώκου Κ., «Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας», Πρότυπο πρόγραμμα «αλκοόλ και ατύχημα», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994
15. Τριχόπουλος Δ., Τριχοπούλου Α., «Προληπτική Ιατρική» Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα, 1988
16. Τσαρούχας Κ., «Αλκοόλ, ένα σκληρό Ναρκωτικό», Εκδόσεις Άγκυρα, 2000
17. Χουρδάκη Μ., «Ναρκωτικά-Πρόληψη», Εκδόσεις ΑΕΒΕ, Αθήνα, 1995

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anderson, P., Baumberg, B., «Το Αλκοόλ στην Ευρώπη από τη Σκοπιά της Δημόσιας Υγείας: Μια αναφορά για την Ευρωπαϊκή Επιτροπή», Ινστιτούτο Μελετών του Αλκοόλ, Ηνωμένο Βασίλειο, 2006
2. Augustus Y. Napier «Το ζευγάρι, ο εύθραυστος δεσμός» Γ. έκδοση Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1997

3. Barlow D. , Durand M. « Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση» Β' Τόμος , εκδόσεις Έλλην ,2001
4. Berglund, M., et al. (2003). Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidenced Based Review. Weinheim: Wiley-VCH Verlag GmbH and Co.
5. DeLeon, G. 2001b. The Therapeutic Community: Theory, Model and Method. New York: Springer Publishing Company.
6. Forward Susan, «Τοξικοί Γονείς», Εκδόσεις Λύχνος, 1992
7. Gossop M., και Grant M., «Κατάχρηση Ουσιών- Πρόληψη και Έλεγχος», Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 1994
8. Hawkins, JD, Lishner, DM, Jenson, JM, & Catalano, RF (1987). Delinquents and drugs: What the evidence suggests about prevention and treatment programming. In BS Brown & AR Mills (Eds.), Youth at high risk for substance abuse. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
9. Heilig, M., & Egli, M. (2005). Models for alcohol dependence: A clinical perspective. Drug Discovery Today: Disease Models 2(4),
10. M. Heilig, M. Egli (2006), Pharmacology & Therapeutics 111 , National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism/NIH/DHHS, 10 Center Drive, 10/1E-5334 Bethesda, MD 20892-1610, United States
11. Knott, DH (1986). Alcohol problems: Diagnosis and treatment. New York: Pergamon Press. Lowinger, P. (1992). Drug abuse: Economic and political basis. In JH Lowinson, P. Ruiz, RB Millman, & JG Langrod (Eds.), Substance abuse: A comprehensive textbook (Second Edition). Baltimore: Williams & Wilkins.
12. World Health Organization (2001). A Summary of Global Status Report on Alcohol, WHO, Geneva

13. World Health Organization (2004). Global Status Report on Alcohol 2004, WHO, Geneva

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. Alcoholic Anonymoys World Services, Inc 1991
http://www.aa.org/pdf/products/p-55_twelvestepsillustrated.pdf
2. Assosiation of Therapeutic Communities, 2009,
http://www.therapeuticcommunities.org/index.php?option=com_content&task=view&id=17&Itemid=33
3. Britannica Encyclopedia, 2008
<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/13448/alcoholism/251753/Causes-of-alcoholism>
4. Έλληνες «Αλκοολικοί Ανώνυμοι», 2008
http://aa-hellas.tripod.com/pages/oi_sygkentwseis_twn_a_a.htm
http://aa-hellas.tripod.com/pages/ti_kanoun_oi_a_a.htm
http://aa-hellas.tripod.com/pages/poioi_eimaste.htm
5. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2008
http://ec.europa.eu/health-eu/my_lifestyle/alcohol/index_el.htm
6. Federal Trade Commission, 2003
<http://www.ftc.gov/os/2003/09/alcohol08report.pdf>
7. Health-Cares, 2008
<http://mens-health.health-cares.net/alcoholism-causes.php>
8. Johnson B., 2004 <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/61/9/905?maxtoshow=&HITS=10&hits=>

10&RESULTFORMAT=&fulltext=topiramate&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT

9. KEΘEA, 2008

<http://www.kethea.gr/pub/Category.asp?lang=gr&catid=50>

10. Oxford Journals Alcohol and Alcoholism, 2004

<http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/39/6/542>

11. Richards, D., 2006. *Ondansetron - A Breakthrough In Alcohol Treatment Medication.*

<http://ezinearticles.com/?Ondansetron---A-Breakthrough-In-Alcohol-Treatment-Medication&id=347533>

12. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD, 2003

http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf