

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ
ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ»**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΚΑΜΜΕΝΟΥ ΟΛΓΑ
ΠΙΛΗΣΗΣ ΘΕΟΛΟΣΙΟΣ**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ. ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 2010

**TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE
OF PATRAS
SCHOOL OF HEALTH AND WELFARE
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK**

DISSERTATION

**«THE PREVENTION OF ALCOHOLISM IN SCHOOL
COMMUNITY»**



**STUDENTS: KAMMENOU OLGA
PILISIS THEODOSIOS**

PROFESSOR: JOHN DRITSAS PhD

PATRAS, 2010

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	9
Περίληψη.....	10
Abstract.....	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Το πρόβλημα.....	13
1.2 Σκοπός Μελέτης.....	14
1.3 Ορισμοί Όρων.....	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΦΥΣΗ ΚΑΙ Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

2.1 Εισαγωγή.....	17
2.2 Ιστορική Αναδρομή.....	18
2.3 Αλκοόλ και Αλκοολισμός.....	20
2.4 Οι Φάσεις Εξάρτησης από το Αλκοόλ.....	23
2.5 Το Προφίλ του Αλκοολικού.....	26
2.6 Τύποι Αλκοολικών.....	29
2.7 Η Επιδημιολογία της Χρήσης του Αλκοόλ.....	32
2.8 Ανακεφαλαίωση.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

3.1 Εισαγωγή.....	43
3.2 Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες.....	44
3.2.1 Μελέτες διδύμων.....	46
3.2.2 Μελέτες οικογενειακών αλκοολικών ασθενών.....	47
3.2.3 Μελέτες υιοθετημένων παιδιών.....	48
3.3 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	52
3.3.1 Ψυχαναλυτικές απόψεις.....	55

3.3.2 Μαθησιακές θεωρίες.....	56
3.4 Κοινωνικοί παράγοντες.....	57
3.4.1 Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ.....	58
3.4.2 Τιμή, «νομιμότητα», κοινωνική αποδοχή.....	58
3.4.3 Κοινωνικό περιβάλλον.....	59
3.4.4 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.....	60
3.4.5 Εργασία, τρόπο ζωής, ψυχαγωγία.....	61
3.5 Πολιτισμικοί παράγοντες.....	63
3.6 Η επίδραση του παράγοντα της οικογένειας στον αλκοολισμό.....	65
3.7 Ανακεφαλαίωση.....	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

4.1 Εισαγωγή.....	70
4.2 Επιπτώσεις του αλκοολισμού στον κοινωνικό τομέα.....	71
4.2.1 Οικογενειακά προβλήματα.....	71
4.2.2 Βία-Εγκληματική Συμπεριφορά-Ποινικά αδικήματα.....	73
4.2.3 Οικονομικές επιπτώσεις.....	77
4.2.4 Ατυχήματα.....	78
4.3 Σωματικές επιπτώσεις.....	80
4.4 Ψυχολογικές επιπτώσεις.....	82
4.5 Ανακεφαλαίωση.....	86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

5.1 Εισαγωγή.....	88
5.2 Χαρακτηριστικά σχολικής ηλικίας.....	90
5.2.1 Βιοσωματική ανάπτυξη.....	92
5.2.2 Γνωστική ανάπτυξη.....	94
5.2.3 Ψυχοκινητική ανάπτυξη.....	95
5.2.4 Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη.....	96
5.2.5 Συναισθηματική ανάπτυξη.....	97

5.3 Τι είναι η εφηβεία.....	99
5.3.1 Προεφηβική ηλικία.....	102
5.3.2 Διάρκεια και φάσεις της εφηβείας.....	103
5.3.3 Αλλαγές της εφηβικής ηλικίας.....	106
5.3.4 Χαρακτηριστικά της εφηβείας.....	108
5.3.5 Τα κυριότερα προβλήματα της εφηβείας.....	110
5.3.6 Ο ρόλος των γονέων, του σχολείου και της κοινωνίας στην εξέλιξη των εφήβων.....	112
5.4 Ανακεφαλαίωση.....	113

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Οι ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

6.1 Εισαγωγή.....	117
6.2 Οι Στόχοι της Εκπαίδευσης στην Ελλάδα Σήμερα.....	118
6.3 Μοντέλα Διδασκαλίας και Μάθησης.....	121
6.4 Η Ψυχολογική Σημασία του Σχολείου.....	123
6.5 Η Ψυχαναλυτική Ερμηνεία της Εκπαίδευσης.....	126
6.6 Συστημικές Προσεγγίσεις του Σχολείου.....	129
6.7 Ο Ρόλος του Σχολείου στην Χρήση Ψυχοτρόπων Ουσιών.....	130
6.8 Ανακεφαλαίωση.....	131

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

7.1 Εισαγωγή.....	133
7.2 Η Ανάγκη για Προληπτικά Προγράμματα στη Σχολική Κοινότητα.....	134
7.3 Εννοιολογικές – Θεωρητικές Προσεγγίσεις για τα Προγράμματα Πρόληψης στο Σχολείο.....	138
7.3.1 Προγράμματα Πρωτογενούς Πρόληψης.....	140
7.3.2 Προγράμματα Δευτερογενούς Πρόληψης.....	141
7.3.3 Προγράμματα Τριτογενούς Πρόληψης.....	142
7.3.4 Σύνθετη Εννοιολογική Προσέγγιση.....	142

7.4 Μοντέλα Παροχής Ψυχοκοινωνικών Υπηρεσιών και Εφαρμογής Παρεμβατικών Προγραμμάτων στο Σχολείο.....	146
7.5 Δομή και Αποτελεσματικότητα των Προγραμμάτων Πρόληψης.....	149
7.6 Ανακεφαλαίωση.....	152

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

8.1 Εισαγωγή.....	154
8.2 Προγράμματα Πρόληψης Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών.....	154
8.3 Μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής στην Ελλάδα για την Πρόληψη του Αλκοολισμού.....	156
8.4 Πρακτικές Εφαρμογές της Πρόληψης της Ουσιοεξάρτησης στη Σχολική Κοινότητα.....	157
8.5 Επίσημα Στοιχεία για την Πρόληψη των Εξαρτησιογόνων Ουσιών στην Εκπαίδευση στην Ελλάδα.....	160
8.6 Ανακεφαλαίωση.....	165

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

9.1 Συμπεράσματα.....	166
9.2 Προτάσεις.....	169

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική.....	173
Ξενόγλωσση.....	178

ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Πίνακες

Πίνακας 1: Οι 20 χώρες με την υψηλότερη κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοολούχων (ανά είδος).....	33
Πίνακας 2: Έκταση της κατανάλωσης αλκοόλ στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στη Νορβηγία.....	34
Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά των πανελλήνιων επιδημιολογικών ερευνών για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και την υγεία.....	41
Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά αλκοολισμού τύπου I και II.....	50
Πίνακας 5: Αναλυτικά στοιχεία καθολικών παρεμβάσεων πρόληψης στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση για το έτος 2005 – 2006.....	164

Γραφήματα

Γράφημα 1: Κατανάλωση οινοπνευματωδών έστω και μια φορά τις 30 τελευταίες ημέρες ανά φύλο.....	36
Γράφημα 2: Συχνή κατανάλωση οινοπνευματωδών τον τελευταίο μήνα, ανά φύλο και ηλικία.....	37
Γράφημα 3: Υπερβολική κατανάλωση (>5 ποτά τουλάχιστον μία φορά το τελευταίο μήνα) σε άνδρες και γυναίκες ανά ηλικία.....	38
Γράφημα 4: Συχνή κατανάλωση (>6 φορές τις 30 τελευταίες μέρες) στους εφήβους 14 – 18 ετών. Διαχρονική εξέλιξη 1984 – 2003.....	39
Γράφημα 5: Υπερβολική/Βαριά κατανάλωση (>5 ποτά στη σειρά τουλάχιστον 3 φορές τις 30 τελευταίες ημέρες) στους εφήβους 14 – 18 ετών. Διαχρονική εξέλιξη 1984 – 2003.....	39

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η διαδικασία της πτυχιακής είναι μια διαδικασία επίπονη αλλά με την κατάλληλη στήριξη, την καλή διάθεση και την συνεργασία μπορεί να αποδειχτεί μια διαδικασία γεμάτη γνώση, ανακάλυψη, προσφορά και δημιουργία. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πολύ τον υπεύθυνο της πτυχιακής μας και προϊστάμενο του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας κύριο Ιωάννη Δρίτσα PhD, για την συνεχή υποστήριξή του, το ενδιαφέρον του, την ανταλλαγή απόψεων, την εμπιστοσύνη και την καθοδήγηση που μας παρείχε τόσο στην πτυχιακή όσο και κατά τη διάρκεια των σπουδών μας. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας για την συναισθηματική και οικονομική υποστήριξη που μας παρέχουν αλλά και για την συμβολή τους όλα αυτά τα χρόνια. Τέλος, ευχαριστήριες οφείλουμε σε όλους τους ανθρώπους που μας παρείχαν υλικό σε παγκόσμιο επίπεδο και ιδιαίτερα από στον Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικών Λειτουργιών (NASW) των ΗΠΑ και στην Αμερικανική Ψυχολογική Ένωση (APA).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη, επικεντρώνεται στην διερεύνηση των προληπτικών προγραμμάτων που αφορούν τον αλκοολισμό στα πλαίσια της εκπαίδευσης και της σχολικής κοινότητας. Χαρακτηριστικά επιδιώκεται να παρουσιαστεί ο αλκοολισμός ως κοινωνικό φαινόμενο και πρόβλημα, το οποίο σύμφωνα με τις τελευταίες μελέτες έχει υψηλά ποσοστά στον μαθητικό πληθυσμό και ιδιαίτερα στους εφήβους, αλλά και να παρουσιαστούν οι μελέτες και τα επιστημονικά ευρήματα που αφορούν στην πρόληψη του αλκοολισμού στον ευαίσθητο τομέα της εκπαίδευσης.

Χαρακτηριστικά στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μία εισαγωγή στο πρόβλημα, παρουσιάζεται ο σκοπός μελέτης και οι επιμέρους στόχοι αλλά δίνονται και οι ορισμοί όρων. Στο δεύτερο κεφάλαιο η μελέτη επικεντρώνεται στην φύση και στην έκταση του αλκοολισμού, αναπτύσσονται οι φάσεις εξάρτησης, το προφίλ του αλκοολικού, οι τύποι των αλκοολικών, αλλά κυρίως στατιστικά δεδομένα από τις πιο σύγχρονες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο αλλά και στην Ελλάδα σχετικά με τη χρήση και την εξάρτηση από το αλκοόλ. Σημαντικά είναι και τα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν στον ελληνικό μαθητικό πληθυσμό.

Στο τρίτο κεφάλαιο η μελέτη επικεντρώνεται στα αίτια που οδηγούν τους νέους στο αλκοόλ, στην κατάχρηση και στην εξάρτηση. Συγκεκριμένα αναλύονται οι βιολογικοί – γενετικοί παράγοντες, οι κοινωνικοί, οι ψυχολογικοί, οι οικογενειακοί και οι πολιτισμικοί. Στο τέταρτο κεφάλαιο επιχειρείται η ανασκόπηση των επιπτώσεων, βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων από την κατάχρηση αλκοόλ στους νέους. Οι τομείς που αναλύονται είναι οι σωματικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί, δηλαδή ο βιοψυχοκοινωνικός τομέας. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά της παιδικής και εφηβικής ηλικίας σε όλους τους αναπτυξιακούς τομείς.

Στο έκτο κεφάλαιο, αναλύονται οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του σχολείου και της εκπαίδευσης όπως έχουν διαμορφωθεί με το πέρασμα των χρόνων από κορυφαίους επιστήμονες αλλά και όπως επικρατεί η σημερινή κατάσταση. Περιγράφονται οι σημερινοί εκπαιδευτικοί στόχοι, τα μοντέλα μάθησης και διδασκαλίας, η ψυχολογική, ψυχαναλυτική και συστημική σημασία του σχολείου αλλά και ο ρόλος του σχολείου στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται τα παρεμβατικά προγράμματα πρόληψης

που αφορούν στο σχολικό περιβάλλον, συγκεκριμένα περιγράφονται η αναγκαιότητα που επικρατεί στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα για προγράμματα πρόληψης στο σχολικό περιβάλλον, οι θεωρητικές προσεγγίσεις των προληπτικών σχολικών προγραμμάτων, καθώς και η δομή και η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών.

Στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα υπαρκτά δεδομένα για την πρόληψη του αλκοολισμού στη σχολική κοινότητα, κυρίως στην ελληνική κοινωνία, στα μέτρα κοινωνικής πολιτικής, στα ερευνητικά στοιχεία που αφορούν τις παρεμβάσεις πρόληψης σε ελληνικά σχολεία, στην αποτελεσματικότητά τους και στα εμπόδια – δυσκολίες για την υλοποίησή τους. Επίσης παρουσιάζονται οι μέχρι τώρα ενέργειες και παρεμβάσεις και ο συνδυασμός θεωρίας – πράξης. Στο ένατο κεφάλαιο διατυπώνονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

Στην παρούσα μελέτη δεν πραγματοποιήθηκε έρευνα, λόγω έλλειψης χρόνου, ωστόσο περιλαμβάνονται όλες οι νέες ερευνητικές μελέτες και δεδομένα, οι θεωρίες που υπάρχουν σε παγκόσμιο επίπεδο, αλλά και οι πρακτικές που ακολουθούνται στην Ελλάδα. Επίσης είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι μελέτη με το συγκεκριμένο θέμα δεν έχει πραγματοποιηθεί στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Πάτρας, ούτε υπάρχει εκτενής ελληνική βιβλιογραφία και έρευνα, ευελπιστούμε ότι η παρούσα εργασία θα εμπνεύσει στο μέλλον και άλλους κοινωνικούς επιστήμονες ώστε να συνεχίσουν την προσπάθεια για την πρόληψη του αλκοολισμού στη σχολική κοινότητα.

ABSTRACT

This study focuses on the investigation of preventive programs relating to alcoholism in education and school community. Features intended to present alcoholism as a social phenomenon and problem, which according to recent studies has a high school population, particularly adolescents, but also to present the studies and scientific findings relating to the prevention of alcoholism in the sensitive area of education.

Features in the first chapter made an introduction to the problem, outlining the purpose of study and individual objectives but are and definitions of terms. In the second chapter, the study focuses on the nature and extent of alcoholism developed

stages of dependence, the profile of the alcoholic, the types of alcoholics, but rather statistics from the latest research undertaken at the global level but also in Greece on use and dependence on alcohol. Highlights are the research data on the Greek student population.

In the third chapter, the study focuses on the causes that lead young people to alcohol abuse and dependence. It analyzes the biological - genetic factors, social, psychological, family and cultural. The fourth chapter attempts to review the impact of short and long term from alcohol abuse among young people. The areas analyzed are the physical, social and psychological, that is the biopsycosocial sector. The fifth chapter refers to the characteristics of childhood and adolescence in all development sectors.

The sixth chapter analyzes the psychosocial dimensions of school and education as they have developed over the years by leading scientists as well as prevail today. Describe the current educational objectives, models of learning and teaching, psychological, psychoanalytic and systemic importance of the school and the role of schools in the use of psychoactive substances. The seventh chapter presents and analyzes the intrusive prevention programs on at school, specifically described the need that exists in the contemporary social reality for prevention programs in schools, the theoretical approaches of preventive educational programs, including the structure and effectiveness of programs them.

The eighth chapter presents the real data on the prevention of alcoholism in the school community, especially in Greek society, the social policy measures, and research data on prevention interventions in Greek schools, the effectiveness and obstacles - difficulties in implementation. It also presents action taken so far and intervention and combining theory - act. In Chapter formulated conclusions and proposals.

This study was not investigated, due to time constraints, but included all new research studies and data, the theories that exist worldwide, but also practices in Greece. It is also necessary to note that study in this regard has been made in the department of Social Work of ATEI of Patras, nor is there extensive Greek literature and research, we hope that this work will inspire future and other social scientists to continue their efforts to prevention of alcoholism in the school community.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η ιστορία αποδεικνύει ότι ο άνθρωπος είχε πάντα μια ροπή στις ψυχοτρόπες ουσίες. Αλκοόλ, καπνός, χασίς και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες χρησιμοποιούνταν και χρησιμοποιούνται σε όλο τον κόσμο. Παρόλο που οι πολιτισμικές συνθήκες διαφέρουν από χώρα σε χώρα, πάρα πολλοί νέοι άνθρωποι μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον όπου η κατανάλωση του αλκοόλ αποτελεί μέρος της «καθημερινής» ζωής. Το πολιτισμικό στερεότυπο «απαιτεί» είτε να καταναλώνεις κρασί στο γεύμα σου, είτε «ένα γύρο ποτών» στην παμπ μετά την δουλειά. Οι νέοι έχουν αυτές τις πρασλαμβάνουσες από πολύ μικρή ηλικία. Η φράση βέβαια, ακατάλληλο για ανηλίκους συνόδευε πάντα το αλκοόλ. Τέτοιου είδους, όμως απαγορεύσεις δεν μπόρεσαν να νικήσουν τον τρόπο ζωής. Με αποτέλεσμα κατά κανόνα, οι έφηβοι να ακολουθούν το παράδειγμα των γονιών τους και να πίνουν.

Έτσι η κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους είναι κάτι συνηθισμένο. Παρά τη νομοθεσία που απαγορεύει τη διάθεση και κατανάλωση οινοπνεύματος από άτομα ηλικίας κάτω των δεκαοχτώ ετών (στην Αμερική και στη Ρωσία το όριο είναι το 21^ο έτος της ηλικίας) μια πολύ μεγάλη μερίδα των εφήβων καταναλώνει αλκοόλ, τουλάχιστον περιστασιακά. Αυτό αποδεικνύει έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στο μαθητικό πληθυσμό. Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό νέων παιδιών δεν έχει δοκιμάσει αλκοόλ πριν από την ηλικία των 18 ετών.

Στη μεγάλη πλειοψηφία τους, οι μαθητές έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά κάποια στιγμή της ζωής τους, ιδιαίτερα στη Τσεχία, τη Δανία και τη Σλοβακία, όπου όλοι σχεδόν οι μαθητές έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά. Η Τουρκία παρουσιάζει το χαμηλότερο ποσοστό χρήσης οινοπνευματωδών, όπου λιγότερο από τα 2/3 των μαθητών έχουν χρησιμοποιήσει οινοπνευματώδη ποτά – τα χαμηλότερα ποσοστά της Τουρκίας μπορούν εν μέρει να αποδοθούν και σε θρησκευτικούς λόγους.

Πολλοί μαθητές αναφέρουν χρήση οινοπνευματωδών μέσα στις 30 τελευταίες μέρες, αλλά λίγοι έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά 10 ή περισσότερες φορές το συγκεκριμένο διάστημα. Τα υψηλότερα ποσοστά (γύρω στο 15%) εμφανίζονται

στην Μάλτα, την Ιταλία και τη Δανία, γεγονός που διαφοροποιεί τη Δανία από τις υπόλοιπες σκανδιναβικές χώρες, όπως τη Φιλανδία, την Ισλανδία, τη Νορβηγία και τη Σουηδία, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά είναι μικρότερα του 2%. Περισσότερα αγόρια και κορίτσια απάντησαν ότι έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά έως και 10 φορές μέσα στον τελευταίο μήνα.

Στην Ελλάδα το ποσοστό των μαθητών που δηλώνουν ότι έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά 40 ή περισσότερες φορές στη ζωή τους είναι περίπου 35%. Τα αγόρια υπερέρχουν σημαντικά από των κοριτσιών. Στις 30 τελευταίες μέρες, το 12% των μαθητών δήλωσαν ότι έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά 10 ή περισσότερες φορές, με διπλάσιο αριθμό αγοριών συγκριτικά με τα κορίτσια.

Σε αυτό το πλαίσιο αναφοράς με την συνεχή αύξηση του ποσοστού των μαθητών που καταναλώνουν αλκοόλ και την έλλειψη ποιοτικών και ποσοτικών προγραμμάτων πρόληψης του αλκοολισμού στη σχολική κοινότητα, το φαινόμενο του αλκοολισμού στην Ελλάδα τείνει να πάρει τεράστιες διαστάσεις.

1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του φαινομένου του αλκοολισμού στον μαθητικό πληθυσμό της Ελλάδας αλλά και η επικέντρωση στα προγράμματα και στις ενέργειες πρόληψης που πραγματοποιούνται στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στον ευαίσθητο τομέα της εκπαίδευσης.

Συγκεκριμένα επιχειρείται καταγραφή των τελευταίων ερευνών στον ελληνικό μαθητικό πληθυσμό, δίνοντας τα ερευνητικά δεδομένα και στατιστικά στοιχεία που αφορούν στην κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης ο σκοπός επικεντρώνεται και στα προγράμματα πρόληψης στην ελληνική σχολική κοινότητα, που αφορά κυρίως τα προγράμματα αγωγής υγείας του Υπουργείου Παιδείας και ιδιαίτερα των διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, και άλλων προληπτικών προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ και του ΚΕΘΕΑ.

Επίσης επιμέρους στόχοι είναι να διερευνήσουμε τα αίτια που οδηγούν τους νέους στην χρήση και κατάχρηση αλκοόλ, στις μακροχρόνιες και βραχυχρόνιες συνέπειες, στις εννοιολογικές και θεωρητικές προσεγγίσεις των προγραμμάτων πρόληψης καθώς και στη δομή και την αποτελεσματικότητά τους.

1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Αλκοόλη (οινόπνευμα): Στη χημική ορολογία, οι αλκοόλες είναι μια μεγάλη ομάδα οργανικών ενώσεων που προέρχονται από υδρογονάνθρακες και περιέχουν μία ή περισσότερες υδροξυλικές (-OH) ομάδες. Η αιθανόλη (C₂H₅OH αιθυλική αλκοόλη) είναι ένωση της ομάδας αυτής και αποτελεί το κύριο ψυχοδραστικό συστατικό στα οινοπνευματώδη ποτά. Κατ' επέκταση ο όρος αλκοόλ ή οινόπνευμα χρησιμοποιείται επίσης, με την έννοια του οινοπνευματώδους ή αλκοολούχου ποτού. (Τσαρούχας, 2000).

Αλκοόλ – αλκοολικό παιδί (COA): Άτομο του οποίου τουλάχιστον ο ένας από τους γονείς είναι ή ήταν αλκοολικός. Προηγούμενες συζητήσεις για τις επιπτώσεις στα παιδιά των αλκοολικών, αφορούσαν κυρίως στην παιδική και εφηβική ηλικία. Στη δεκαετία του '80 η ιδιότητα ενήλικου τέκνου αλκοολικού έγινε αυτοχαρακτηρισμός σε σχέση με το κίνημα ομάδων αλληλοβοήθειας, σε χωριστές ομάδες και θεραπευτικά προγράμματα οργανωμένα, συνήθως σύμφωνα με την αρχή των δώδεκα βημάτων. (Τσαρούχας, 2000).

Αλκοόλ – υπερκατανάλωσης επακόλουθα (hangover): Κατάσταση μέθης που επακολουθεί και η οποία περιλαμβάνει τα άμεσα επακόλουθα της κατανάλωσης αλκοολικών ποτών σε υπέρμετρη ποσότητα. Τα μη αιθανολικά συστατικά των αλκοολικών ποτών μπορεί να παίζουν ρόλο στην αιτιολογία. Τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν κόπωση, πονοκέφαλο, δίψα, ίλιγγο, γαστρικές διαταραχές, ναυτία, εμετούς, αϋπνία, μικρές τρομώδεις συσπάσεις των χεριών και άνοδο ή πτώση της πίεσης του αίματος. Τα ψυχολογικά συμπτώματα είναι οξύ άγχος, ενοχή, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα και ακραία ευαισθησία. (Τσαρούχας, 2000).

Αλκοολική εξάρτηση: Ανάγκη επαναλαμβανόμενων δόσεων αλκοόλ για να αισθάνεται το άτομο καλά ή για να αποφεύγει να αισθάνεται άσχημα. Όταν δεν προσδιορίζεται, η εξάρτηση αναφέρεται σε σωματικά όσο και σε ψυχολογικά στοιχεία. Η ψυχολογική ή ψυχική εξάρτηση αναφέρεται στην εμπειρία του μειωμένου ελέγχου της πόσης, ενώ η φυσιολογική ή σωματική εξάρτηση αναφέρεται στην ανοχή

και στα συμπτώματα στέρησης. Όταν πρόκειται για βιολογικό θέμα, ο όρος εξάρτηση αναφέρεται, συνήθως, μόνο στη σωματική εξάρτηση. (Τσαρούχας, 2000).

Πρόληψη: Είναι η σταδιακή διαμόρφωση συγκροτημένης θετικής και υπεύθυνης προσωπικότητας του νέου ανθρώπου, που θα έχει ο ίδιος τη δύναμη να πει όχι στο σταυροδρόμι των εξαρτησιογόνων ουσιών, ένα όχι θαρρετό προς κάθε απειλή ζωής. (Χουρδάκη, 1992). Η λέξη πρόληψη μπορεί να έχει διαφορετική σημασία για τα άτομα ανάλογα με τις γνώσεις, τις εμπειρίες, τα στερεότυπα. Η πρόληψη χρησιμοποιείται ως λέξη μόδας, πρόληψη ονομάζεται κάθε μικρή ή μεγάλη κοινωνική παρέμβαση, μια ενημέρωση με την έννοια της καταστολής, του κοινωνικού ελέγχου. Το σωστό είναι να εντάξουμε την πρόληψη σε μια επιμορφωτική – εκπαιδευτική διαδικασία. (Castelli, 1994).

Παιδική ηλικία: Είναι το στάδιο ανάπτυξης που εμφανίζεται στα έξι χρόνια και διαρκεί ως τα δώδεκα. Καλύπτει δηλαδή την ηλικία φοίτησης των παιδιών στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. (Παπαδόπουλος, 2000).

Εφηβική ηλικία: Η εφηβεία, κατά κανόνα αντιστοιχεί στην ηλικία των δεκατριών έως δεκαεπτά χρονών, αν και καμιά φορά εκδηλώνεται νωρίτερα ή μπορεί να λήξει πέρα από τα είκοσι χρόνια του νέου. Οι φυσικές μεταβολές της εφηβείας εμφανίζονται νωρίτερα απ' ότι συνήθως πιστεύεται, αν και ποικίλουν, πολλές φορές ανάλογα με την περίπτωση. (Hadfield, 1979).

Σχολείο: Πρόκειται για τον επίσημο φορέα όπου έχει ως βασική αποστολή την επίσημη εκπαίδευση. Αποτελεί, μετά την οικογένεια τον κύριο φορέα κοινωνικοποίησης του παιδιού και του εφήβου. (Σταθόπουλος, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΦΥΣΗ ΚΑΙ Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο αλκοολισμός, δηλαδή η εξάρτηση από το αλκοόλ, συνιστά μείζον και δυσεπίλυτο πρόβλημα της δημόσιας υγείας, με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Στην Ελλάδα το πρόβλημα του αλκοολισμού για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα θεωρείτο σχεδόν ανύπαρκτο. Ωστόσο μια σειρά από πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες κατέδειξαν την έκτασή του.

Παράλληλα, είναι γεγονός ότι τα αλκοολούχα ποτά αποφέρουν ιδιαίτερα οικονομικά οφέλη, κι επίσης αποτελούν μέρος της κουλτούρας πολλών περιοχών της Ευρώπης, όπως συμβαίνει και στη χώρα μας. Η παραγωγή, το εμπόριο και η προώθηση των οινοπνευματωδών στην αγορά συμβάλουν στην οικονομική ανάπτυξη κάθε χώρας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνολικά.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα που οφείλονται στο αλκοόλ συμβάλουν στην αύξηση της νοσηρότητας και στα ποσοστά ανικανότητας και θνησιμότητας. Επίσης σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2 δισεκατομμύρια άτομα ανά τον κόσμο καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά και 76,3 εκατομμύρια πάσχουν από διαταραχές οφειλόμενες στο αλκοόλ. Στο αλκοόλ αποδίδονται 1,8 εκατομμύρια θάνατοι (3,2% του συνόλου) και 58,3 εκατομμύρια (4% του συνόλου) ετών ζωής με προβλήματα υγείας. (WHO, 2002).

Στην Ελλάδα, σχεδόν το σύνολο του μαθητικού πληθυσμού ηλικίας 14 – 18 ετών έχει καταναλώσει κάποιο αλκοολούχο ποτό σε ποσοστό 95,8%, ενώ με την πρόοδο της ηλικίας σημειώνεται σημαντική αύξηση του αριθμού των μαθητών που καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά.

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η αμπελουργία, ξεκίνησε γύρω στην 5^η χιλιετία π.Χ. στις χώρες της Ανατολής. Εν συνεχεία διαδόθηκε στη Δύση από τις πρώτες μεταναστευτικές ομάδες που έφθασαν στην Ευρώπη την 3^η χιλιετία π.Χ. (Τσαρούχας, 2000). Το αλκοόλ ίσως είναι η αρχαιότερη εξαρτησιογόνος ουσία με παγκόσμια χρήση. Ιστορικά, την πρώτη αναφορά για την παρασκευή οινοπνευματωδών ποτών συναντάμε σε αρχαίο αιγυπτιακό πάπυρο του 3.500 π.Χ., ενώ από τον 4^ο αιώνα έχουμε αναφορές στα προβλήματα που προκαλούνται από την κατάχρησή του (Άγιος Ιωάννης ο Χρυσόστομος, επίσκοπος Κων/πολης). (Χαραλαμπίδης, 2003).

Ωστόσο, εκτός από τη χρήση του οινοπνεύματος για λόγους διασκέδασης, το κρασί ήταν συνηθισμένο γιατρικό για εσωτερική και εξωτερική χρήση (περιποίηση τραυμάτων). Ο Όμηρος στην Ιλιάδα και την Οδύσσεια μας παρέχει πολύτιμες ενδείξεις για τα σπουδαιότερα αμπελουργικά κέντρα της Ελλάδας, κατά την απαρίθμηση των συμμετεχόντων στην εκστρατεία της Τροίας. Επίσης, στα Ομηρικά έπη γίνεται αναφορά στις ιατρικές εφαρμογές του οίνου. Συγκεκριμένα, ο Μαχάων, υιός του Ασκληπιού που πήρε μέρος στον Τρωικό πόλεμο ως γιατρός των Αχαιών, περιθάλπει τον πληγωμένο Ευρύπυλο, προσφέροντας του κρασί. (Μαρσέλος, 1986. Τσαρούχας, 2000).

Οι άνθρωποι, στα χρόνια της Βίβλου έπιναν κρασί όχι μόνο για δική τους ευχαρίστηση, αλλά και για ιατρικούς λόγους. Ο Απόστολος Παύλος, ενώ στις επιστολές του καταδικάζει τους μεθυσμένους και τη μέθη, που την αποκαλεί μάλιστα απιστία, συμβουλεύει τον μαθητή του, τον Τιμόθεο, να μην πίνει νερό, αλλά κρασί. Προφανώς ο Τιμόθεος έπασχε από κάποιες εσωτερικές διαταραχές και για αποφυγή τις ασθένειες του χρειαζόταν να πίνει κρασί.

Στον Μεσαίωνα, το αλκοόλ ήταν απαραίτητο συστατικό όλων των εκδηλώσεων. Απαραίτητο σε γιορτές, γενέθλια, γάμους, θανάτους, στέψεις βασιλιάδων, διπλωματικές ανταλλαγές, υπογραφές συνθηκών και στα συμβούλια. Τα μοναστήρια μετατράπηκαν σε ένα είδος πανδοχείου της εποχής, όπου οι ταξιδιώτες, οι οποίοι φιλοξενούνταν εκεί, απολάμβαναν τα καλά του σταφυλιού. (Τσαρούχας, 2000).

Το 800 μ.Χ., πιθανώς κάποιος Άραβας ονομαζόμενος Τζαχίρ Ιμπν Χαυάν, ανακάλυψε τη διαδικασία απόσταξης και για πρώτη φορά, παρήχθη αιθυλική

αλκοόλη, δηλαδή το δραστικό συστατικό των οινοπνευματωδών ποτών σε πιο συμυκνωμένη μορφή. Η δράση του ποτού που παρασκεύασε ο συγκεκριμένος Άραβας παρομοιάζεται με εκείνη του τζιν ή της βότκας. (Τζάφφη, Πήτερσον & Χόντσον, 1986).

Γύρω στο 1700, οι Ολλανδοί φτιάχνουν ένα αποσταγμένο ποτό που ονομάζεται τζιν. Το ποτό αυτό γνωρίζει πολύ μεγάλη εξάπλωση στα χρόνια της βιομηχανικής επανάστασης στα αστικά κέντρα της Αγγλίας και μεταλλάσσεται σε τρομακτική επιδημία. (Τσαρούχας, 2000). Τα προβλήματα αυτά, αναγκάζουν την Αγγλία στα μέσα περίπου του 1700 να αυξήσει την τιμή των οινοπνευματωδών ποτών, προσπαθώντας να αποφευχθεί η κατάχρησή τους. (Χαραλαμπίδης, 2003).

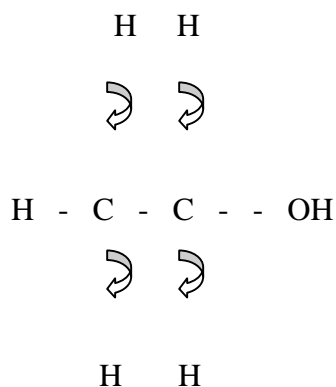
Σταδιακά, οι περιορισμοί θα επεκταθούν και σε άλλες χώρες του κόσμου. Το 1920 μέχρι το 1933 θα απαγορευθεί η πώληση και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στην Αμερική (ποτοαπαγόρευση), αλλά παρ' όλους τους περιορισμούς θα υπάρξει αύξηση του αριθμού των αλκοολικών και το μέτρο θα αποσυρθεί. (Χαραλαμπίδης, 2003). Ωστόσο, το καλοκαίρι του 1931 στο Άκρον του Οχάιο ιδρύθηκαν οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (ΑΑ) από τον γιατρό Holbrook Smith και τον χρηματιστή William Wilson. Οι ΑΑ αναπτύχθηκαν σε όλες τις πολιτείες των ΗΠΑ και στον Καναδά και το 1944 αριθμούσαν 10.000 μέλη. Οι ΑΑ έχουν βασικές αρχές, που περιλαμβάνουν κυρίως την ειλικρίνεια των μελών, την έκφραση συναισθημάτων και την τροποποίηση της συμπεριφοράς. (Μαδιανός, 2006).

Οφείλουμε να τονίσουμε ότι στο Μεγάλο Βιβλίο (Big Book) των ΑΑ, το κλειδί της επιτυχίας βρίσκεται στην αλληλοϋποστήριξη των ατόμων με το ίδιο πρόβλημα. Στην «Βίβλο» των ΑΑ, ο αλκοολισμός είχε περιγραφεί ως αλλεργία (ΑΑ, 1939), αλλά όχι με την έννοια που ορίζεται ιατρικώς σήμερα η αλλεργία. (Kay, 2000).

Στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, το ΕΚΤΕΠΝ, στην έκθεση του για το 2006, τονίζει ότι το αλκοόλ ευθύνεται για πρόωρους θανάτους, αλλά και αναπηρίες, σε ποσοστό 12% των ανδρών και 2% των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. (Κίτσος, Μπάφη και Σιάμου, 2006). Επίσης τα μέλη και οι ειδικοί επιστήμονες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Ειδική Επιτροπή για το Αλκοόλ) συγκεντρώθηκαν στην Γένοβα από τις 10 έως τις 13 Οκτωβρίου 2006, ώστε να γνωστοποιήσουν τα ερευνητικά τους δεδομένα και να προτείνουν δράσεις αντιμετώπισης και πρόληψης σχετικά με το αλκοόλ. (WHO, 2007).

2.3 ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη “al Kohl” και σημαίνει διεθνώς το απόσταγμα του κρασιού και των σταφυλιών, δηλαδή το οινόπνευμα των οινοπνευματούχων ποτών. Το αλκοόλ, το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C₂ H₅ OH.



Όπως δείχνει και το παραπάνω διάγραμμα, ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης. (Θεοφίλου, 2007). Κατά τον Julien (1978), η αιθυλική αλκοόλη ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό που μπορεί να προκαλέσει μία γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Από την άλλη μεριά, ένας σαφής ορισμός του «αλκοολισμού» και ο οριακός του διαχωρισμός από την απλή χρήση του οινοπνεύματος, ήταν και είναι αρκετά δύσκολος. Συγκεκριμένα, ο ορισμός του αλκοολισμού δημιουργεί προβλήματα, γιατί τα όρια μεταξύ χρήσης, κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν. Τον πιο σαφή ορισμό, έδωσε το 1952 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: « Οι αλκοολικοί είναι εκείνοι που καταναλώνουν υπερβολική ποσότητα αλκοόλ και των οποίων η εξάρτηση από το αλκοόλ έχει φθάσει σε τέτοιο βαθμό που επηρεάζει τη σωματική και διανοητική τους υγεία, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και την ομαλή οικονομική και κοινωνική λειτουργία τους». (Thio, 2003: 510).

Σήμερα ο επιστημονικός κόσμος, ορίζει τον αλκοολισμό με βάση τις έννοιες «κατάχρηση αλκοόλ» και «εξάρτηση από αλκοόλ». (Μουσουλή, 2006). Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στην τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου για Ψυχικές Διαταραχές (DSM – IV – TR), επισημαίνει την

ανάγκη για κατηγοριοποίηση σε κατάχρηση και εξάρτηση από αλκοόλ, διότι η εξάρτηση περιλαμβάνει γνωστικά, συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα. (Kranzler, 2008). Βέβαια υπάρχουν επιστήμονες και ερευνητές που διαφωνούν με την συγκεκριμένη κατηγοριοποίηση διότι θεωρούν ότι προκαλεί σύγχυση. (O' Brian, Volkow & Li, 2006. Saha, Chou and Grant, 2006).

Ωστόσο, πρόκειται για δύο διακριτές διαταραχές οι οποίες στηρίζονται σε διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια. Η κατάχρηση είναι ηπιότερη της εξάρτησης και δεν οδηγεί απαραίτητα σε αυτήν.

Η εξάρτηση από αλκοόλ χαρακτηρίζεται μεταξύ άλλων, από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- ✚ Ανοχή. Δηλαδή έντονη ανάγκη για αυξημένες ποσότητες αλκοόλ ώστε να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- ✚ Στερητικό σύνδρομο. Δηλαδή μεταβολή της συμπεριφοράς το οποίο χαρακτηρίζεται από ποικίλα σωματικά και γνωστικά συμπτώματα μετά τη διακοπή ή την ελάττωση επιπέδων οινοπνεύματος στο αίμα των ατόμων με μακρόχρονη κατάχρηση αλκοόλ.
- ✚ Έντονη επιθυμία και αποτυχημένες προσπάθειες του ατόμου να ελαττώσει ή να ελέγξει τη χρήση του αλκοόλ.
- ✚ Κατανάλωση ποσοτήτων της ουσίας είτε μεγαλύτερων από την αρχική πρόθεση του ατόμου, είτε για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από το προβλεπόμενο.
- ✚ Εγκατάλειψη ή μείωση των ενδιαφερόντων και των δραστηριοτήτων, είτε εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ ή εξαιτίας του χρόνου που σπαταλά το άτομο για την εξεύρεση αλκοόλ. (Μουσουύλη, 2006).

Ο όρος κατάχρηση αλκοόλ, αναφέρεται σε έναν δυσπροσαρμοστικό τύπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση και συνοδεύεται κυρίως από έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας και των ρόλων, νομικά προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση ουσιών, αλλά και παρουσία κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων. (Μάνος, 1997).

Στο σημείο ακριβώς που τελειώνει η κοινωνική συμπεριφορά, αρχίζει ο αλκοολισμός και αυτό αποτελεί προβληματική συμπεριφορά. Ο αλκοολισμός είναι η χρήση οινοπνευματωδών ποτών με ψυχολογικά, κοινωνικά και σωματικά επακόλουθα. Σε ψυχολογικό επίπεδο, το αλκοόλ έχει την δυνατότητα να

δημιουργήσει στο άτομο ευφορία, ικανοποίηση, ηρεμία, χαλάρωση και θετικά αισθήματα. (Snyder, 1958).

Γενικότερα, το φαινόμενο της εξάρτησης από κάποια ουσία είναι συνυφασμένο με τρία βασικά στοιχεία:

✚ Την προσωπικότητα του ατόμου.

✚ Την τοξική ουσία.

✚ Το κοινωνικό περιβάλλον.

Ως αλκοολισμό ειδικότερα ορίζουμε:

✚ Την αδυναμία ελέγχου της ποσότητας ή της συχνότητας χρήσης οινοπνευματωδών ποτών.

✚ Την αδυναμία διακοπής της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών για κάποιο χρονικό διάστημα.

✚ Τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών με στόχο την αλλαγή της ψυχολογικής διάθεσης.

✚ Τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών σε καταστάσεις που κάτι τέτοιο θα μπορούσε να δημιουργήσει άμεσα προβλήματα.

Η χρονική διάρκεια από την απλή χρήση στην κατάχρηση, τον εθισμό και την εξάρτηση ποικίλλει από μερικά χρόνια μέχρι και δεκαετίες. (Θεοφίλου, 2007).

Ο αλκοολισμός, είναι ένα από τα μεγαλύτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της εποχής μας. Στατιστικά σε διάφορες χώρες, παγκόσμιοι οργανισμοί υπολογίζουν τον επιπολασμό του από 5 έως 15 ή και περισσότερο τοις εκατό. Μολονότι είναι πιο συχνός στους άντρες από ότι στις γυναίκες, η συχνότητά του στις γυναίκες αυξάνει. Εμφανίζεται σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις, αλλά με μεγαλύτερα ποσοστά στις χαμηλότερες τάξεις. Ιδιαίτερης σημασίας είναι το γεγονός ότι η διάγνωση γίνεται δύσκολά, διότι ο ασθενής αρνείται το πρόβλημά του και χρειάζεται να δώσουν τις απαραίτητες πληροφορίες οι συγγενείς, οι φίλοι, και άνθρωποι από το εργασιακό περιβάλλον. Επιπρόσθετα αρκετές φορές εκλογικεύει τις κοινωνικές και επαγγελματικές του δυσκολίες σαν αιτίες και όχι σαν αποτέλεσμα του ότι πίνει. (Μάνος, 1997).

Όσον αφορά τη δράση του αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό, χρειάζεται να σημειώσουμε, ότι το αλκοόλ είναι μια ψυχοτρόπος ουσία που δρα κυρίως στον εγκέφαλο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Αρχικά εισέρχεται στο στομάχι, όπου ένα μέρος του απορροφάται, ενώ η υπολειπόμενη ποσότητα διοχετεύεται στο αίμα. Η ποσότητα φαγητού στο στομάχι, ο ρυθμός κατανάλωσης οινοπνεύματος, το είδος του

ποτού, το βάρος, το φύλο και η ηλικία του ατόμου, καθώς και οι κοινωνικές περιστάσεις είναι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά το ποσοστό απορρόφησής του. Εν συνεχεία, όταν το αλκοόλ φτάσει στα νευρικά κύτταρα, δρα κατασταλτικά στα ανώτερα κέντρα του εγκεφάλου, προκαλώντας έως ένα βαθμό υπνηλία, ηρεμία ή ευχάριστη χαλάρωση, καθώς και έλλειψη αναστολών και απώλεια ελέγχου της συμπεριφοράς. Καθοριστικό ρόλο στο βαθμό επίδρασής του στον εγκέφαλο παίζει το ποσοστό του αλκοόλ που κυκλοφορεί στο αίμα (επίπεδο αλκοόλ στο αίμα) και όχι η ποσότητά του στο στομάχι. Το 90% του αλκοόλ αποβάλλεται από τον οργανισμό με ένα σταθερό ρυθμό για κάθε άτομο. Επισημαίνεται ότι δεν έχουν όλα τα ποτά την ίδια περιεκτικότητα σε οινόπνευμα. (Μουσουλή, 2006).

Η ακατανίκητη επιθυμία του αλκοολικού να πίνει, θεωρήθηκε ότι έχει μια καθαρά οργανική βάση. Το αλκοόλ δρα, θέτοντας σε κίνηση μια αλυσιδωτή αντίδραση, την οποία αισθάνεται το άτομο ως οργανική ανάγκη να συνεχίσει να πίνει. Πάνω σε αυτό το στοιχείο στηρίχτηκε στα μέσα του 20^{ου} αιώνα η θεώρηση του αλκοολισμού ως ασθένειας και μάλιστα ως οργανικής ασθένειας, δεδομένου ότι το σύμπτωμα, θεωρήθηκε άμεση συνέπεια του τρόπου με τον οποίο δρα το αλκοόλ στον οργανισμό. (Κουκουτσάκη, 2002).

Σήμερα, ο αλκοολισμός δεν πρέπει να θεωρείται πρόβλημα αδυναμίας ή παραπτωματικής συμπεριφοράς. Αποτελεί βιοψυχοκοινωνική ασθένεια με σαφή συμπτώματα και πορεία, ενώ οι σοβαρές κλινικές περιπτώσεις μπορούν να οδηγηθούν στον θάνατο, χωρίς την κατάλληλη θεραπεία. Από την νευροβιολογική σκοπιά, η εθιστική συμπεριφορά σχετίζεται με τροποποίηση συστημάτων αμοιβής του εγκεφάλου. (Χοϊδός και Λύκουρας, 2007).

2.4 ΟΙ ΦΑΣΕΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Όταν ένα άτομο πίνει ένα ποτό για πρώτη φορά στη ζωή του, δε γίνεται αμέσως αλκοολικός. Συνήθως, αντιμετωπίζει μία σειρά γεγονότων που μπορεί στο αποκορύφωμά τους, να φτάσουν στον αλκοολισμό. Ο E.M. Jellinek (1952), αφού επεξεργάστηκε 2.000 ιστορικά αλκοολικών, κατόρθωσε να οριοθετήσει τρεις φάσεις εξάρτησης, που συμπληρώνονται από μια τέταρτη, τη φάση δηλαδή που προηγείται από αυτές, την εισαγωγική. Η θεωρία του Jellinek αμφισβητήθηκε από διάφορους

επιστήμονες και ερευνητές, διότι σε μελέτη φάνηκε ότι οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ για τέσσερα χρόνια δεν εθίστηκαν σωματικά και ψυχολογικά στο αλκοόλ. Μόνο το 30% περίπου έδειξε κάποια σημάδια εξάρτησης από το αλκοόλ. (Thio, 2003).

Παρόλο αυτά, η κλινική πορεία που διανύουν οι αλκοολικοί έχει δείξει ότι περνάνε από μία προοδευτική σειρά εμπειριών. Η πορεία προς την εξάρτηση διακρίνεται σε φάσεις με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που μας επιτρέπουν να κατατάξουμε καλύτερα ένα χρήστη. Η χρονική διάρκεια των φάσεων αυτών ποικίλλει από 3 με 5 χρόνια έως και δεκαετίες. (Ποταμιανός, 1994).

Οι φάσεις διαχωρίζονται ως εξής:

(α) Προαλκοολική φάση: Σε αυτό το εισαγωγικό στάδιο, οι μελλοντικοί αλκοολικοί ξεκινούν ως «κοινωνικοί πότες». Μέσα στο ποτό ανακαλύπτουν τη δυνατότητα να νιώσουν κάποια ανακούφιση από την ένταση. Όμως όσο περισσότερο πίνουν τόσο λιγότερο αντέχουν στην ένταση και όσο λιγότερο αντέχουν στην ένταση τόσο περισσότερο θέλουν να πίνουν. Μία τέτοια διαδικασία μέθης δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο, ενώ παράλληλα αυξάνεται η αντοχή του ατόμου στο ποτό με αποτέλεσμα, σε οργανικό επίπεδο να επιθυμεί μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ. Οι άνθρωποι σε αυτό το στάδιο μπορούν κανονικά να συνεχίζουν τη ζωή τους, στο εργασιακό, κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. Η διάρκεια του συγκεκριμένου σταδίου κυμαίνεται από έξι μήνες έως δύο χρόνια, πριν περάσουν στο επόμενο στάδιο ως προβληματικοί χρήστες αλκοόλ. (Thio, 2003).

(β) Αρχική φάση: Χαρακτηρίζεται από συνειδητοποίηση της κατάχρησης και από την αποτυχημένη προσπάθεια επανόδου σε παλαιότερες συνήθειες. (Θεοφίλου, 2007). Σε αυτό το στάδιο οι προβληματικοί χρήστες αλκοόλ αρχίζουν να έχουν διαλείψεις. Η διάλειψη είναι ένα επεισόδιο αμνησίας ή απώλειας της μνήμης, αλλά είναι αρκετά διαφορετική από την απώλεια των αισθήσεων. Σε αυτό το πρώιμο στάδιο, τα άτομα γίνονται υπερβολικοί χρήστες αλκοόλ. Αρχίζουν και καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, κρυφά κυρίως από τους άλλους, αλλά με την παρουσία μικροπροβλημάτων στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις. Το άτομο στο συγκεκριμένο στάδιο δεν έχει τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου. (Thio, 2003).

(γ) Κρίσιμη φάση: Χαρακτηρίζεται από την απώλεια ελέγχου στη χρήση των οινοπνευματωδών ποτών. Το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει πριν φθάσει σε κάποιο σημείο μέθης, είτε μεθάει σε άλλα χρονικά διαστήματα με χαρακτηριστικά κενά

μνήμης της προηγούμενης ημέρας. (Ποταμιανός, 1994). Όλη η συμπεριφορά του ατόμου είναι πλέον προσανατολισμένη στη χρήση του οινοπνεύματος και τα άλλα ενδιαφέροντά του, αρχίζουν σταδιακά να χάνουν την σημασία που είχαν και να γίνονται ανιαρά και ανούσια. Αναπόφευκτη είναι και η απώλεια ελέγχου, καθώς το οινοπνευμα γίνεται στοιχείο ζωής για τον αλκοολικό, παίρνει τη θέση του φαγητού, αντικαθιστά το σύντροφο, ενώ η χρήση του γίνεται ακόμα και κατά την ώρα της δουλειάς. (Δετοράκης, 1994). Αρχίζουν πλέον να εμφανίζονται αποτελέσματα όπως είναι, οι οργανικές διαταραχές από την κακή διατροφή και τη δηλητηρίαση με το οινοπνευμα, οι δυσκολίες στον εργασιακό χώρο καθώς και προβλήματα στην οικογένεια. Ξεκινούν οι επισκέψεις στους γιατρούς, οι συχνές απουσίες από τη δουλειά, οι πρώτες προειδοποιήσεις από τον προϊστάμενο. Πλέον χάνεται η ελευθερία στην ύστατη προσπάθεια που κάνει ο αλκοολικός για να ξεφύγει από την εξάρτηση του, λόγω των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου. Εάν στη φάση αυτή δεν ξεκινήσει μια προσπάθεια για θεραπεία, λόγω πίεσης από το εξωτερικό περιβάλλον (π.χ. οικογένεια, γιατροί, φίλοι, συνάδελφοι), αναπτύσσεται μέσα σε λίγα χρόνια, η χρόνια αλκοολική φάση. (Παπαγεωργίου, 1990).

(δ) Χρόνια φάση: Η χρήση του οινοπνεύματος είναι καθημερινή και αποτελεί το βασικό άξονα γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η συμπεριφορά του ατόμου. Οι επιπτώσεις, ψυχολογικές, κοινωνικές και σωματικές, που ήδη έχουν εμφανιστεί στην προηγούμενη φάση, τώρα μεγιστοποιούνται και γίνονται εμφανείς στο περιβάλλον. (Θεοφίλου, 2007). Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, η μέθη μπορεί να διαρκέσει μέρες. Εμφανίζονται όλο και συχνότερα διαταραχές των σωματικών λειτουργιών, διαταραχές του ψυχισμού, της σκέψης, ενώ εγκαθίσταται γενικότερα ένα νέο είδος συμπεριφοράς, που επηρεάζει ολόκληρη την προσωπικότητα. Το ήπαρ που τόσα χρόνια κατόρθωνε να αντισταθμίσει την κατάχρηση του οινοπνεύματος, εγκαταλείπει και αυτό τον αγώνα. (Παπαγεωργίου, 1990). Υποφέρουν από υποσιτισμό, διότι σπάνια τρώνε. Επίσης υποφέρουν από παραλήρημα, που συχνά δημιουργεί τρομακτικές παραισθήσεις, όπως το να βλέπουν εκατομμύρια μύγες να τους καταδιώκουν, να τους πνίγουν ή να τους τρώνε. Σε αυτό το στάδιο, φτάνουν στο τέρμα και ίσως σε αυτό το σημείο να παραδεχτούν την απόλυτη ήττα τους από το αλκοόλ. (Thio, 2003).

Όπως μας περιγράφει η Φάρζ (2006), η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι η απώλεια της ελευθερίας αποχής από αυτό και σύμφωνα με τις τελευταίες μελέτες υπάρχουν τρεις διαδοχικές φάσεις:

- ✚ Μια πολυετή ασυμπτωτική φάση, που αρχίζει με μια βλαβερή έναρξη. Ορισμένα άτομα περνούν στον αλκοολισμό με επαναλαμβανόμενες εμπειρίες μέθης, μεθώντας σπάνια ή και καθόλου. Δεν υπάρχει έκπτωση στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα.
- ✚ Στη συνέχεια, ακολουθεί μια σχετικά σύντομη φάση, στην οποία αναπτύσσεται η απώλεια ελέγχου κατανάλωσης αλκοόλ. Το άτομο όμως δεν θεωρείται ακόμα εξαρτημένο.
- ✚ Τέλος, έρχεται η φάση του αλκοολισμού υπό τη στενή έννοια του όρου, όπου εμφανίζονται σημάδια χρόνιου αλκοολισμού, καθώς και διαταραχές στη συμπεριφορά και στο χαρακτήρα. Παρατηρείται έντονη έκπτωση στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα του αλκοολικού, λόγω διανοητικών προβλημάτων. Το άτομο μπορεί πλέον να εμφανίσει και σωματικές ασθένειες, όπως κίρρωση, πολυνευρίτιδα, καρκίνο.

2.5 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ

Οι αλκοολικοί, αποδίδουν την ισχυρή επιθυμία να πιούν σε συναισθηματικούς λόγους, όπως άγχος, δυσθυμία ή και ευφορία. Άλλοι περιγράφουν την επιθυμία ως μία έντονη λαχτάρα, στην οποία δεν μπορούν να αντισταθούν. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως, δεν μπορούν να εξηγήσουν την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. (Χοϊδάς και Λύκουρας, 2007).

Πολλοί ειδικοί ψυχικής υγείας, αποδίδουν τον αλκοολισμό σε ένα ή περισσότερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του ατόμου. Τα χαρακτηριστικά αυτά περιλαμβάνουν το να είναι κάποιος αντικοινωνικός, να επιζητεί την προσοχή των άλλων, να είναι αυθόρμητος, επαναστάτης, μελαγχολικός, εξαρτώμενος, υστερικός, υποχόνδριος, εχθρικός, εγωκεντρικός και υπερενεργητικός. (Thio, 2003).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι πολλοί ειδικοί ερευνητές και επιστήμονες του χώρου της ψυχικής υγείας, πλέον πιστεύουν ότι ο καθένας μπορεί να γίνει αλκοολικός κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες σε αντίθεση με την παλαιότερη αντίληψη των «αλκοολικών προσωπικοτήτων». (Τσαρούχας, 2000).

Αρκετές είναι οι μελέτες, που έχουν προσπαθήσει να συσχετίσουν την ψυχολογική πίεση με τη χρήση ουσιών και να υποστηρίξουν ότι ο βαθμός

ψυχολογικής πίεσης εξαρτάται από τα ίδια τα άτομα. Οι συγκεκριμένες έρευνες έχουν δείξει ότι τα περισσότερα άτομα που κάνουν χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών θεωρούν ότι η χρήση βοηθά στη μείωση της ψυχολογικής πίεσης. (Dawes et al., 2000). Ιδιαίτερα σημαντικές είναι και οι ατομικές διαφορές, ενώ η επίδραση της ψυχολογικής πίεσης στις αλλαγές της συμπεριφοράς χρήσης είναι ακόμα αδιευκρίνιστες. (Aseltine & Gore, 2000).

Αναφορικά με τη σχέση φύλου και χρήσης αλκοόλ, οι άντρες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην χρήση αλκοόλ από ότι οι γυναίκες. Σε σχετική έρευνα, σε πληθυσμό 19 έως 30 ετών, βρέθηκε ότι το 45% των αντρών και το 26,7% των γυναικών κατανάλωσαν τις δύο προηγούμενες εβδομάδες πέντε ή περισσότερα οινοπνευματώδη ποτά, ενώ το 7,4% των αντρών και το 3% των γυναικών ανέφεραν ότι καταναλώνουν αλκοόλ καθημερινά. (Chen, Dufour & Yi, 2005). Η Γκέφου – Μαδιανού (1992), αναφέρει ότι οι γυναίκες σύμφωνα με το κοινωνικό πρότυπο της εποχής πρέπει να πίνουν με θηλυκό τρόπο και μόνο συγκεκριμένα ποτά όπως το λικέρ, τη μπύρα και το κρασί, σε ταβέρνες ή άλλες δημόσιες εμφανίσεις, αλλά πάντα με την παρουσία του συντρόφου τους. Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2002), διαπιστώθηκαν τα εξής:

- ✚ Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, το ποσοστό των γυναικών που απέχουν από το αλκοόλ ήταν υψηλότερο από το αντίστοιχο των ανδρών.
- ✚ Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, το ποσοστό όσων δεν έπιναν παρουσίαζε αύξηση με την ηλικία ενώ το ποσοστό όσων έκαναν κατάχρηση αλκοόλ παρουσίαζε μείωση.
- ✚ Οι Έλληνες οι οποίοι ζουν μόνοι τους απέχουν περισσότερο από το αλκοόλ, σε σύγκριση με όσους ζουν με σύντροφο.
- ✚ Σε σχέση με την υπερβολική χρήση αλκοόλ, οι άνδρες κατείχαν πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις γυναίκες.

Ακόμα, η διαφορά κατανάλωσης αλκοόλ ανάμεσα στα δύο φύλα, έγκειται και στο γεγονός ότι για τους άντρες η χρήση αλκοόλ και η μέθη είναι περισσότερο κοινωνικά αποδεκτές από ότι για τις γυναίκες. (Thio, 2003).

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο σχετικά με το προφίλ του αλκοολικού, είναι η ηλικία. Οι νέοι άντρες, πίνουν περισσότερο από τους μεγαλύτερους σε ηλικία, διότι ενδιαφέρονται περισσότερο για τον ανδρισμό τους, δηλαδή για την ανάγκη τους για κυριαρχία και συναισθηματικό έλεγχο, έτσι όπως έχει προκύψει από τη διαδικασία

κοινωνικοποίησης των ρόλων των φύλων. Συνεπώς η τάση τους αυτή ενισχύεται και από την πίεση των φύλων τους, να «πίνουν σαν άντρες». (Thio, 2003). Η συγκεκριμένη τάση έχει παρατηρηθεί ιδιαίτερα στο στρατό, όπου νέοι ενήλικες (18 - 25 ετών) καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. (Ames, Baraban, Cunradi & Moore, 2004). Ο Gallup Poll (1991), σε έρευνα που πραγματοποίησε βρήκε, ότι τακτική χρήση αλκοόλ κάνει το 54% σε ηλικίες 18 – 29, ενώ μεγάλη χρήση αλκοόλ κάνει το 24% σε ηλικίες 18 – 24 και 31% σε ηλικίες 25 – 29%. Στις γυναίκες η πιο συνηθισμένη ηλικία εμφάνισης του αλκοολισμού είναι τα 30 – 45 έτη. (Θεοφίλου, 2007).

Το φυλετικό και εθνικό υπόβαθρο έχει επίσης ερευνηθεί, διότι ο αλκοολισμός διαφέρει σε εθνικό, φυλετικό και πολιτισμικό επίπεδο. Γενικά, οι Λευκοί, νεαροί Ενήλικες Αμερικάνοι, πίνουν περισσότερο από τους Αφροαμερικανούς και τους Ασιάτες. Οι Λευκοί πίνουν περισσότερο στην αρχή της ενήλικης ζωής τους και κυρίως στις ηλικίες 19 – 22, ενώ οι Αφροαμερικανοί και οι Ισπανόφωνοι ξεκινούν αργότερα στην ενήλικη ζωή τους. (Caetano & Kaskutas, 1995). Η Gefou – Madianou (1992), δίνει κάποια στοιχεία για τις πολιτισμικές διαφορές. Ακολουθούν κάποια παραδείγματα:

- ✚ Στην Αίγυπτο, λόγω της έντονης Ισλαμικής παράδοσης, απαγορεύεται στις γυναίκες να πίνουν, ενώ επιτρέπεται στις χορεύτριες. Γενικά ο νόμος απαγορεύει την κατανάλωση αλκοόλ, αλλά άντρες και γυναίκες στη διασκέδαση τους πίνουν κάποιες φορές.
- ✚ Στη Σουηδία, ενώ υπήρχε αυστηρή πολιτική για τη χρήση αλκοόλ, σήμερα βρίσκεται σε μια από τις υψηλότερες θέσεις στην Ευρώπη. Αυτό οφείλεται στην ανδρική κουλτούρα των Σουηδών, η οποία δεν θέτει περιορισμούς.
- ✚ Στη Σουηδία, οι άντρες καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ, κυρίως κατά τη διάρκεια της αγαπημένης τους δραστηριότητας, το ψάρεμα.

Γενικά, το οινόπνευμα είναι σήμερα, η πιο διαδεδομένη τοξική ουσία του σύγχρονου πολιτισμού. Στις Η.Π.Α., οι εξαρτημένοι από το αλκοόλ είναι το 8,6% του συνολικού πληθυσμού ηλικίας άνω των 20 ετών. Στη Γερμανία οι αλκοολικοί, είναι 1,8 εκατομμύριο ενώ στη Σοβιετική Ένωση ο αλκοολισμός θεωρείται το υπ' αριθμόν ένα κοινωνικό πρόβλημα.

Κατ' αναλογία οι περισσότεροι άνθρωποι των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων, πίνουν περισσότερο, όταν συγκρίνονται με εκείνους των κατώτερων στρωμάτων. Όμως περισσότερα άτομα που αντιμετωπίζουν

πρόβλημα με το αλκοόλ και είναι αλκοολικά στα πλαίσια της κατώτερης κοινωνικής τάξης. Αυτό συμβαίνει κυρίως, διότι τα άτομα των ανώτερων στρωμάτων πίνουν στα πλαίσια των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, ενώ τα άτομα των κατώτερων στρωμάτων, πίνουν εξαιτίας των προβλημάτων, που αντιμετωπίζουν, σε μια προσπάθεια για να απαλαγούν από αυτά. Ωστόσο χωρίς αποτέλεσμα διότι πίνοντας δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο την προσπάθειά τους για επίλυση των προβλημάτων. (Thio, 2003).

2.6 ΤΥΠΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ

Σύμφωνα με τη Θεοφίλου (2007: 235), «Αλκοολικός είναι κάποιος που σε ορισμένα χρονικά διαστήματα ή κάτω από ορισμένες συνθήκες καταναλίσκει ασυνήθιστες γι' αυτόν ποσότητες οινοπνευματωδών ποτών, χωρίς να μπορεί να σταματήσει, πριν νιώσει την ιδιαίτερη αυτή δράση του οινοπνεύματος στον ψυχικό του κόσμο. Αποτέλεσμα της συμπεριφοράς αυτής είναι σωματικές και ψυχικές βλάβες όπως και διαταραχές στη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του».

Οφείλουμε να επισημάνουμε, ότι η εξάρτηση μπορεί να είναι «ψυχική» και «σωματική». Αλκοολικός, όμως μπορεί να είναι κάποιος που δεν παρουσιάζει φαινόμενα σωματικής εξάρτησης από το οινόπνευμα. Σύμφωνα με το Λεξικό Ψυχολογίας, της Αμερικανικής Ένωσης Ψυχολόγων, ο αλκοολισμός είναι η πιο συνηθισμένη λέξη για την εξάρτηση από το αλκοόλ. (Gary, 2007).

Η ψυχική εξάρτηση είναι εκείνη η νοητική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μια ενόρμηση η οποία απαιτεί περιοδική ή συνεχή χρήση ενός ναρκωτικού, με στόχο την απόλαυση ή την αναστολή μιας έντασης. Από την άλλη μεριά, η σωματική εξάρτηση αναφέρεται σε μια απαίτηση του οργανισμού, ο οποίος, για να διατηρήσει την ισορροπία του, χρειάζεται τη συστηματική βοήθεια μιας εξωγενούς χημικής ουσίας. (Φάρζ, 2006). Αναλυτικότερα:

Ψυχική εξάρτηση έχουμε στην περίπτωση όπου κάποιος χρησιμοποιεί συχνά αλκοόλ με σκοπό την καλύτερευση της γενικής ψυχικής τους κατάστασης, την μείωση των επώδυνων γι' αυτόν καταστάσεων ή τη χαλάρωση από ενδοψυχικές εντάσεις. Η ψυχική εξάρτηση εκφράζεται κυρίως με δύο χαρακτηριστικά στοιχεία:

1. Αδυναμία παραίτησης από τη συχνή χρήση του οινοπνεύματος και συνέχιση αυτής με διάφορες δικαιολογίες.
2. Επιθυμίες για όλο και μεγαλύτερες ποσότητες οινοπνεύματος μέχρι και απώλεια του ελέγχου πάνω σε αυτό.

Η μοναδική λύση για την αντιμετώπιση της ψυχικής εξάρτησης είναι η απόλυτη αποφυγή έστω και απλής δοκιμής ενός οινοπνευματώδους σκευάσματος. (Θεοφίλου, 2007).

Η σωματική εξάρτηση συνδέεται κυρίως με το στερητικό σύνδρομο και περιλαμβάνει τρεμούλες των χεριών, της γλώσσας και των βλεφάρων, αδυναμία, πυρετό, υπέρπνοια, αϋπνία, ναυτία, εμετό, κοιλιακό άλγος. (Μάνος, 1997).

Σχετικά με την ψυχική και τη σωματική εξάρτηση, ο E.M. Jellinek (1960), υποστήριξε ότι οι αλκοολικοί μπορούν να διαιρεθούν σε πέντε κατηγορίες με κριτήριο τα διαφορετικά χαρακτηριστικά τους. Οι κατηγορίες αυτές είναι οι εξής:

ΤΥΠΟΣ Α: Ο αλκοολικός αυτής της κατηγορίας παρουσιάζει ψυχολογική εξάρτηση από το αλκοόλ, χωρίς περαιτέρω βιολογικές επιπλοκές. Η κατανάλωση εδώ σχετίζεται με την ανάγκη του ατόμου για καταπράυνση από κάποια ψυχική ένταση, για διέξοδο από ψυχολογικές ή σωματικές δυσχέρειες, άγχος φοβίες, ενδοψυχικές αναστολές, συναισθήματα αδυναμίας και από την ανάγκη να ανταπεξέλθει σε ορισμένες καταστάσεις. Ο χρήστης αυτού του τύπου διατηρεί τη δυνατότητα να αυτοελέγχεται και μπορεί να εξασφαλίσει μεγάλα διαστήματα αποχής από το αλκοόλ. Αυτή η κατάσταση μπορεί να παραμείνει ίδια και να συνεχιστεί επί δεκαετίες χωρίς να εκδηλωθεί σωματική εξάρτηση. Υπάρχει ένα μικρό ποσοστό χρηστών αυτού του τύπου που μπορεί να παρουσιάσει διάφορες οργανικές παθήσεις, οι οποίες σε συνδυασμό και με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες να εξελιχθεί σε αλκοολισμό Γ' Τύπου.

ΤΥΠΟΣ Β: Τακτική χρήση αλκοόλης σε υπερβολικό βαθμό που χαρακτηρίζεται από σωματικές διαταραχές. (προβλήματα υγείας). Όπως αναφέρει και ο Μαρσέλος (1986), σε αυτό τον τύπο απουσιάζει η σωματική και ψυχική εξάρτηση και ο χρήστης είναι σε θέση να ελέγχει πλήρως την ποσότητα που καταναλώνει. Η χρήση γίνεται ευκαιριακά και σαν αποτέλεσμα μιμητισμού και διάθεσης για ένταξη σε κάποια κοινωνική ομάδα. Υπάρχουν περιθώρια διακοπής της χρήσης, εάν το άτομο το επιθυμεί. (Παπαγεωργίου, 1990).





ΤΥΠΟΣ Γ: Κύριο χαρακτηριστικό είναι η αλλοιωμένη βιολογική αντίδραση στο αλκοόλ που οδηγεί σε αυθόρμητη χρήση της ουσίας και χαρακτηρίζεται από

αδυναμία ελέγχου της ποσότητας που καταναλώνεται. (Jellinek, 1960). Σε αυτό τον τύπο ενώ εγκαθίσταται σταδιακά και σωματική εξάρτηση, η ψυχική εξάρτηση αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό του. (Μαρσέλος, 1986). Όταν εμφανίζονται προβλήματα στη ζωή του χρήστη, το αλκοόλ δρα ως μηχανισμός άμυνας. Συνήθως όταν αρχίζει να πίνει, δεν διαθέτει τον έλεγχο της ποσότητας που καταναλώνει και φθάνει μέχρι την πλήρη απώλεια της συνείδησής του. Σε αυτόν τον τύπο κατατάσσονται και εκείνοι οι πότες που σταματούν μόνο όταν φθάσουν στην επιδιωκόμενη, γι' αυτούς ψυχική διάθεση. (Παπαγεωργίου, 1990).

ΤΥΠΟΣ Δ: Υπάρχει αλλοιωμένη βιολογική αντίδραση στο αλκοόλ που οδηγεί σε αδυναμία αποχής από το αλκοόλ. Το άτομο πλέον δεν διαθέτει τον έλεγχο και δεν μπορεί να διακόψει την καθημερινή χρήση που κάνει, κυρίως όχι λόγω της ποσότητας, αλλά της συχνότητας χρήσης επί καθημερινής βάσης. Οι χρήστες αυτού του τύπου σπάνια περιέρχονται σε κατάσταση μέθης και καταφέρνουν να εκπληρώσουν τις διάφορες δραστηριότητές τους, αμείωτα, για δεκαετίες και χωρίς να βάλουν σε υποψίες το περιβάλλον τους. Έντονα είναι και τα συμπτώματα στέρησης σε περιόδους αποχής από την χρήση και η μακροχρόνια κατανάλωση επιφέρει οργανικά προβλήματα και αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. (Jellinek, 1960).

ΤΥΠΟΣ Ε: Κύριο χαρακτηριστικό είναι η άτακτη περιοδική χρήση του αλκοόλ. (Jellinek, 1960). Ο πότης σε αυτόν τον τύπο, πίνει λίγο ή απέχει από το οινόπνευμα. (Μαρσέλος, 1986). Όμως σε περιόδους κρίσης, καταφεύγει στο αλκοόλ, το οποίο καταναλώνει ορισμένες μέρες και σε τέτοιες ποσότητες που να φτάνει στην δηλητηρίαση. Λόγω της μανίας που τον κυριεύει είναι διατεθειμένος να πει οτιδήποτε περιέχει οινόπνευμα. Υπάρχει πάντα η πιθανότητα εξάρτησης από το αλκοόλ. (Παπαγεωργίου, 1990).

Ο Μαδιανός (1989), διακρίνει τέσσερις τύπους χρηστών αλκοόλ. Συγκεκριμένα:

-  Ο κοινωνικός τύπος.
-  Ο επεισοδιακά υπερβολικός πότης.
-  Ο προοδευτικά υπερβολικός πότης.
-  Ο χρόνιος αλκοολικός πότης.

Επιπρόσθετα, επειδή η ηλικία της έναρξης επηρεάζει την πορεία της νόσου, έχουν περιγραφεί δύο τύπο αλκοολισμού:

ΤΥΠΟΣ Ι: Έναρξη σε μεγαλύτερη ηλικία, με βραδεία πορεία, με απουσία οικογενειακού ιστορικού και συχνότητα ίση μεταξύ των φύλων. Επίσης η

προσωπικότητα έχει χαρακτηριστικά όπως ανησυχία, άγχος, αισθήματα ενοχής, αυξημένες εξαρτητικές ανάγκες και εσωστρέφεια. Στατιστικά, αφορά το 75% των αλκοολικών.

ΤΥΠΟΣ II: Στον συγκεκριμένο τύπο έχουμε έναρξη σε νεαρή ηλικία και είναι συχνότερος τέσσερις φορές περισσότερο στους άντρες από ότι στις γυναίκες. Η προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από έντονη παρορμητικότητα. (Andreasen & Black, 2001).

Ολοκληρώνοντας, η τυπολογία των αλκοολικών είναι ιδιαίτερα σημαντική, για την προσέγγιση του φαινομένου του αλκοολισμού, του οποίου κύριο χαρακτηριστικό αποτελεί η πολυδιάστατη φύση του. (Ποταμιανός, 1991).

2.7 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

Η χρήση, η κατάχρηση αλλά και η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι φαινόμενα, ιδιαίτερα διαδεδομένα διεθνώς. Σύμφωνα με εκτιμήσεις από τον Παγκόσμιος Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), 2 δισεκατομμύρια άτομα ανά τον κόσμο καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά και 76,3 εκατομμύρια πάσχουν από διαταραχές οφειλόμενες στο αλκοόλ. (WHO, 2002). Στο αλκοόλ αποδίδονται 1,8 εκατομμύρια θάνατοι (3,2% του συνόλου) και 58,3 εκατομμύρια (4% του συνόλου) ετών ζωής με προβλήματα υγείας. (WHO, 2002).

Παράλληλα, είναι γεγονός ότι τα αλκοολούχα ποτά αποφέρουν ιδιαίτερα οικονομικά οφέλη κι επίσης αποτελούν μέρος της κουλτούρας πολλών περιοχών της Ευρώπης, όπως συμβαίνει και στη χώρα μας. Όμως η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας απαιτεί την εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών για το αλκοόλ, οι οποίες πρέπει να εστιάζουν κυρίως στο συνδυασμό στοχοθετημένων μέτρων, ώστε να περιοριστεί η διαθεσιμότητα των αλκοολούχων, ιδιαίτερα στους νέους. (Κίτσος, Μπάφη & Σιάμου, 2006).

Για την μέτρηση της έκτασης του φαινομένου της χρήσης αλκοόλ χρησιμοποιείται συνήθως ο δείκτης της κατά κεφαλή κατανάλωσης (σε λίτρα καθαρής αλκοόλης) στο γενικό πληθυσμό άνω των 15 ετών. (Κοκκέβη, 2007). Διαφοροποίηση παρατηρείται μεταξύ των χωρών ως προς το είδος των ποτών που καταναλώνονται. Στον πίνακα 1 αναφέρονται οι χώρες με την υψηλότερη κατά

κεφαλή κατανάλωση μπίρας, κρασιού και ποτών υψηλής περιεκτικότητας αλκοόλ («ισχυρά ποτά»).

Πίνακας 1: Οι 20 χώρες με την υψηλότερη κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοολούχων (ανά είδος).

ΜΠΙΡΑ		ΚΡΑΣΙ		«ΙΣΧΥΡΑ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ	
Χώρα	Κατά Κεφαλή κατανάλωση	Χώρα	Κατά Κεφαλή Κατανάλωση	Χώρα	Κατά Κεφαλή Κατανάλωση
Τσεχία	9,43	Λουξεμβούργο	9,43	Μολδαβία	10,94
Ιρλανδία	9,24	Γαλλία	8,38	Reunion νήσοι	8,67
Ζουαζιλάνδη	7,49	Πορτογαλία	7,16	Ρωσία	7,64
Γερμανία	7,26	Ιταλία	6,99	Αγία Λουκία	7,27
Αυστρία	6,42	Κροατία	6,42	Ντομίνικα	7,20
Λουξεμβούργο	6,16	Σουηδία	6,23	Ταϊλάνδη	7,13
Ουγκάντα	6,14	Αργεντινή	5,63	Μπαχάμες	7,05
Δανία	6,02	Ισπανία	5,07	Λετονία	6,62
Αγγλία	5,97	Βερμούδες	4,95	Αϊτή	6,46
Βέλγιο	5,90	Ελλάδα	4,78	Λευκορωσία	6,34
Βενεζουέλα	5,69	Δανία	4,57	Λαοκρατική Δημοκρατία του Λάος	6,09
Λιθουανία	5,53	Αυστρία	4,47	Βοσνία – Ερζεγοβίνη	6,03
Σλοβακία	5,34	Ουγγαρία	4,47	Άγιος Βικέντιος και Γρεναδίνες	5,98
Αυστραλία	5,20	Ουρουγουάη	4,35	Λαοκρατική Δημοκρατία της Κορέας	5,48
Κροατία	5,16	Γερμανία	3,38	Σλοβακία	5,44
Ολλανδικές Άλπεις	4,96	Ρουμανία	3,37	Γρενάδα	5,06
Ολλανδία	4,91	Χιλή	3,25	Λιθουανία	4,92
Φινλανδία	4,89	Γαλλική Πολυνησία	3,10	Αζερμπαϊτζάν	4,66
Ενωμένη Δημοκρατία της Τανζανίας	4,85	Βουλγαρία	3,05	Κιργιζία	4,61
Γκαμπόν	4,77	Κορέα	2,99	Τσεχία	4,41

Πηγή: WHO 2004

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, η μπίρα καταναλώνεται κυρίως στις ευρωπαϊκές χώρες και σε λίγες αφρικανικές. Το κρασί καταναλώνεται περισσότερο στις χώρες που το παράγουν και τα «ισχυρά» σε αλκοόλ ποτά στην Ανατολική Ευρώπη, την Ασία και σε ορισμένα κράτη – νησιά.

Οι επιδημιολογικές έρευνες στο γενικό πληθυσμό, δίνουν πληροφορίες για τον επιπολασμό της χρήσης. Από εθνικές έρευνες στο γενικό πληθυσμό των Ευρωπαϊκών χωρών προκύπτει ότι η αποχή από το αλκοόλ μέσα στους τελευταίους 12 μήνες κυμαίνεται από 1% στους άνδρες και 4% στις γυναίκες στο Λουξεμβούργο έως 31% στους άνδρες και 55% στις γυναίκες στη Σλοβενία. (Κοκκέβη, 2007). Στον πίνακα 2 γίνονται φανερές οι διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες.

Πίνακας 2: Έκταση της κατανάλωσης αλκοόλ στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στη Νορβηγία.

Χώρα	Κατά κεφαλή κατανάλωση ^α	Μη καταγεγραμμένη κατανάλωση ^β	Βαθμολογία επιβλαβούς χρήσης ^γ	Άνδρες που απέχουν (%)	Γυναίκες που απέχουν (%)
Αυστρία	13,90	1,0	1	13	33
Βέλγιο	11,45	0,5	1	10	21
Κύπρος	9,29	1,0	1	1	15
Δημοκρατία της Τσεχίας	15,02	1,0	2	4	18
Δανία	14,32	2,0	1	2	4
Εσθονία ^δ	11,70	5,0	3	10	32
Φινλανδία	11,69	2,0	3	8	10
Γαλλία	15,62	1,0	1	7	11
Γερμανία	14,40	1,0	1	4	5
Ελλάδα	11,39	2,0	2	1	15
Ουγγαρία	17,35	4,0	3	4	8
Ισλανδία	6,41	1,0	3	9	13
Ιρλανδία	15,21	1,0	3	9	16
Ιταλία	10,34	1,5	1	15	30
Λετονία ^δ	16,48	7,0	3	16	41
Λιθουανία	11,41	4,9	3	15	46
Λουξεμβούργο	17,32	-2,0 ^ε	1	1	4


Ολλανδία	10,39	0,5	1	14	27
Νορβηγία	7,50	2,0	3	8	17
Πολωνία	12,64	5,0	3	12	26
Πορτογαλία	15,06	1,0	1	15	49
Σλοβακία	19,30	7,0	3	5	9
Σλοβενία	13,42	5,2	3	31	55
Ισπανία	13,28	1,0	1	24	48
Σουηδία	9,07	2,0	3	7	12
Ηνωμένο Βασίλειο	11,88	2,0	2	8	14

Πηγή: Rehm et al. 2004

(α) Κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών σε λίτρα καθαρής αλκοόλης για όλους, ηλικίας 15 ετών και άνω. (β) Μη καταγεγραμμένη κατανάλωση – δηλαδή αφορολόγητα αλκοολούχα ποτά – σε λίτρα καθαρής αλκοόλης για όλους 15 ετών και άνω. (γ) Βαθμολογία, η οποία μετρά τη βλάβη που συνδέεται με την ποσότητα αλκοόλ σε καθαρή αλκοόλη. Η βαθμολογία αυτή βασίζεται σε κατάλληλη διαβάθμιση διαφορετικών δεικτών της βαριάς κατανάλωσης (π.χ. κατανάλωση > 5ποτών στην καθισιά) και σε ένα δείκτη για την κατανάλωση αλκοολούχων κατά τη διάρκεια του γεύματος και σε δημόσιους χώρους. (δ) Εκτίμηση από Reitan. (ε) Αρνητική μη καταγεγραμμένη κατανάλωση λόγω της πώλησης αλκοολούχων στους ξένους επισκέπτες, που έρχονται στη χώρα λόγω χαμηλότερης τιμής πώλησης των αλκοολούχων.

Ως προς την επίπτωση της εξάρτησης από το αλκοόλ στο γενικό πληθυσμό στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και τη Νορβηγία, από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε, ότι η επικράτηση της εξάρτησης για τους τελευταίους μήνες ήταν κατά μέσο όρο 5% στους άνδρες και 1,4% στις γυναίκες. (Rehm, Room, Brink & Jacobi, 2005). Η διακύμανση μεταξύ των χωρών ήταν όμως ιδιαίτερα μεγάλη, από 0,4 – 14,5% για τους άνδρες και από 0,1 – 4,2% για τις γυναίκες. Οι μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών στην επικράτηση της εξάρτησης βρίσκονται σε αντίθεση με τη σχετικά ομοιογενή εικόνα της υψηλής κατά κεφαλή κατανάλωσης αλκοόλ.

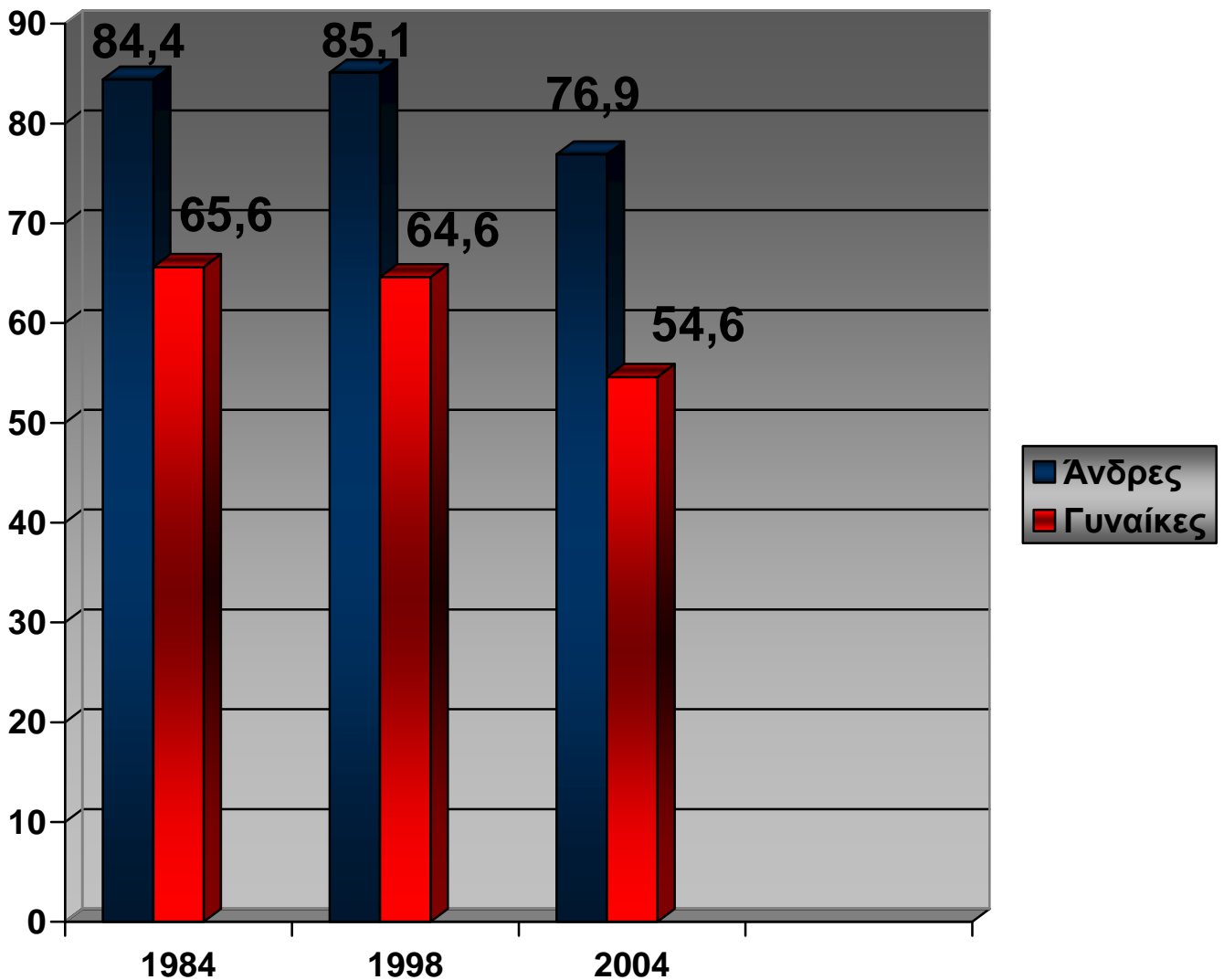
Στις Η.Π.Α., το 2002 μία έρευνα του Εθνικού Ινστιτούτου για τη Χρήση Αλκοόλ και Αλκοολισμού, σε πληθυσμό 4.422 ενηλίκων αλκοολικών, έδειξε, ότι μετά από ένα χρόνο κάποιοι δεν ήταν πλέον αλκοολικοί, συγκεκριμένα:

 25% είναι ακόμα εξαρτημένοι

- ✚ 27,3% έχουν μερικά συμπτώματα
- ✚ 11,8% καταναλώνουν αλκοόλ χωρίς να έχουν συμπτώματα
- ✚ 35,9% έχουν ξεπεράσει το πρόβλημα. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2005)

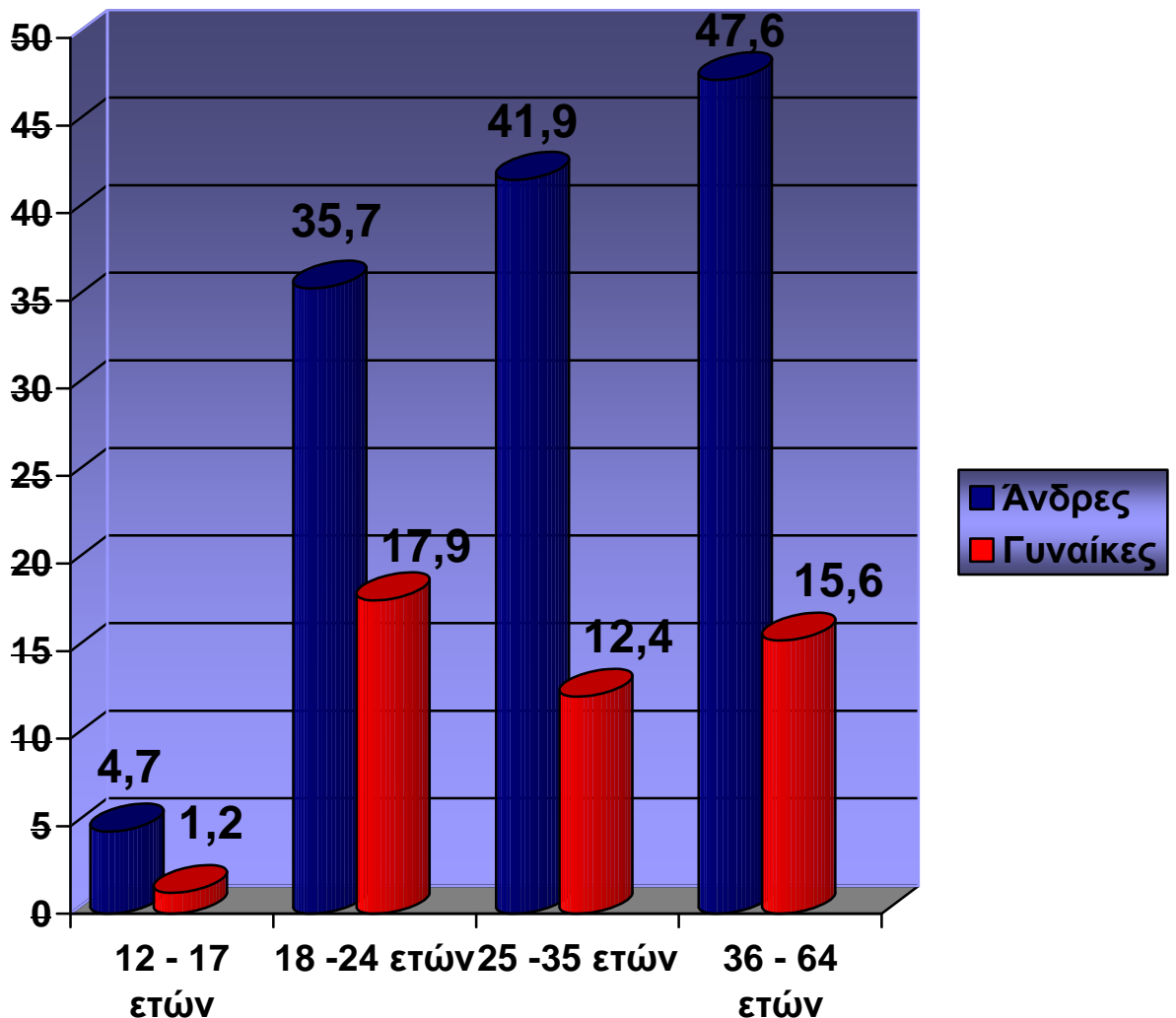
Στην ίδια έρευνα, το ποσοστό αποχής των ανδρών από το αλκοόλ είναι 29,3% και των γυναικών είναι 38,2%, (WHO, 2004).

Στην Ελλάδα, από τα ευρήματα των πανελληνίων επιδημιολογικών ερευνών στο γενικό πληθυσμό της χώρας, διαπιστώνεται μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την εικοσαετία 1984 – 2004, όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα:



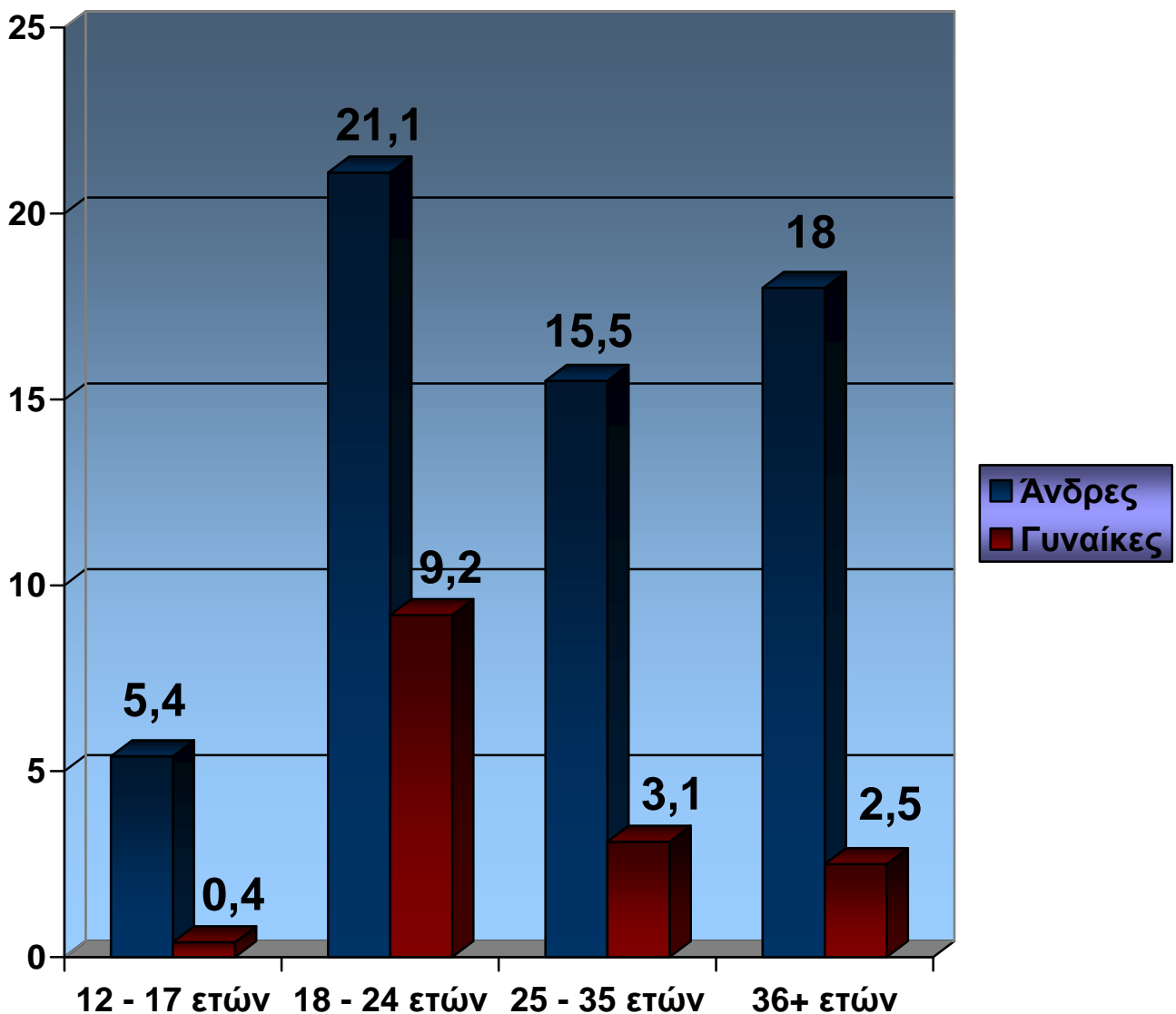
Γράφημα 1: Κατανάλωση οινοπνευματωδών έστω και μια φορά τις 30 τελευταίες ημέρες ανά φύλο. Πηγή: Κοκκέβη 2007.

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία της έρευνας του 2004 δείχνουν ότι, παρά τη διαχρονική μείωση, η κατανάλωση αλκοόλ συνεχίζει να αποτελεί μια πολύ διαδεδομένη συνήθεια στη χώρα μας. Σχεδόν όλοι οι Έλληνες άνω των 12 ετών έχουν δοκιμάσει κάποιο αλκοολούχο ποτό. Πίνουν συχνά (τουλάχιστον 10 φορές μέσα στον τελευταίο μήνα) περίπου ένας στους τέσσερις. Χρήση αλκοόλ κάνει διπλάσιος περίπου αριθμός ανδρών απ' ότι γυναικών. Με την ηλικία, οι άνδρες αυξάνουν σταθερά την κατανάλωση οινοπνευματωδών. (Κοκκέβη, 2007). Στο γράφημα που ακολουθεί αναλύονται τα συγκεκριμένα στοιχεία:



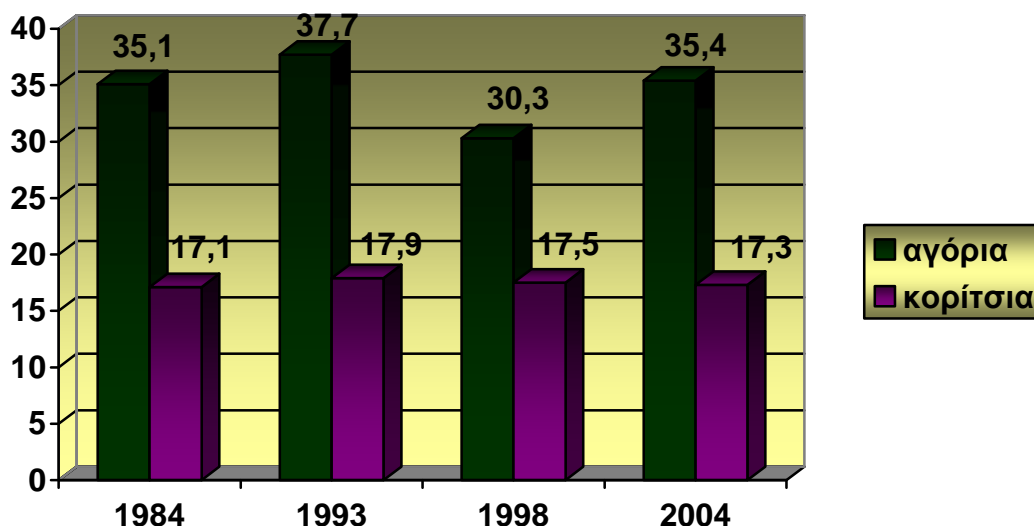
Γράφημα 2: Συχνή κατανάλωση οινοπνευματωδών τον τελευταίο μήνα, ανά φύλο και ηλικία. Πηγή: Κοκκέβη 2007.

Όσον αφορά την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (5 ή περισσότερα πατήρια στην καθισιά μέσα στον τελευταίο μήνα), αναφέρεται από ένα στα δέκα άτομα, με πενταπλάσιο αριθμό ανδρών συγκριτικά με τις γυναίκες. Η υπερβολική κατανάλωση παρατηρείται περισσότερο στους νεαρούς ενήλικες (18 – 24 ετών), 21,1% στους άνδρες και 9,2% στις γυναίκες. (βλ. Γράφημα 3).

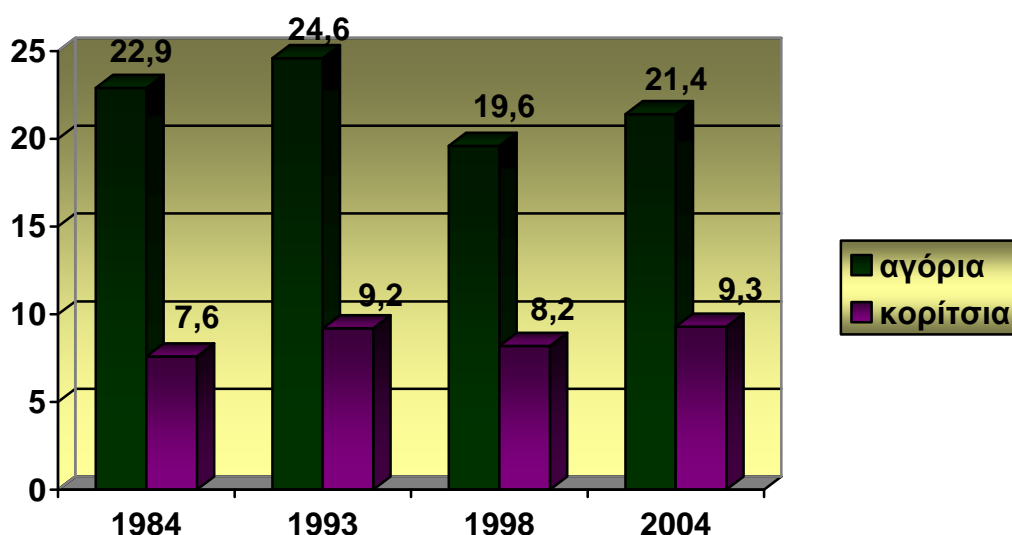


Γράφημα 3: Υπερβολική κατανάλωση (>5 ποτά τουλάχιστον μία φορά το τελευταίο μήνα) σε άνδρες και γυναίκες ανά ηλικία. Πηγή: Κοκκέβη, 2007.

Τα ευρήματα της τελευταίας πανελληνίας έρευνας στο μαθητικό πληθυσμό (2003), δείχνουν ότι σχεδόν το σύνολο των μαθητών ηλικίας 14 – 18 ετών στη χώρα μας (95,8%), έχουν καταναλώσει κάποιο αλκοολούχο ποτό. (Κοκκέβη, 2005). Στην εικοσαετία 1984 – 2003, η κατανάλωση αλκοόλ παραμένει σταθερή με μικρές διακυμάνσεις. Πρόσφατη χρήση έχει κάνει η μεγάλη πλειονότητα (73,6%).



Γράφημα 4: Συχνή κατανάλωση (>6 φορές τις 30 τελευταίες μέρες) στους εφήβους 14 – 18 ετών. Διαχρονική εξέλιξη 1984 – 2003. Πηγή: Κοκκέβη, 2007.



Γράφημα 5: Υπερβολική/Βαριά κατανάλωση (>5 ποτά στη σειρά τουλάχιστον 3 φορές τις 30 τελευταίες ημέρες) στους εφήβους 14 – 18 ετών. Διαχρονική εξέλιξη 1984 – 2003. Πηγή: Κοκκέβη 2007.

Συστηματική χρήση κάνουν το 15,9% των μαθητών. Με την πρόοδο της ηλικίας σημειώνεται σημαντική αύξηση του αριθμού των μαθητών που πίνουν, ενώ αυξάνει και η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, ιδιαίτερα όσο αυξάνεται η συχνότητα και η ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνουν. Στην ηλικία 17 – 18 ετών πίνουν πάνω από δύο φορές την εβδομάδα το 42% των αγοριών και το 23,2% των κοριτσιών. Υπερβολική βαριά χρήση αλκοόλ (πάνω από 5 ποτήρια στην καθισιά πάνω από 3 φορές μέσα στις 30 τελευταίες μέρες) έχει κάνει το 13,2% του συνόλου (το 17,3% των αγοριών και το 9,3% των κοριτσιών). (Κοκκέβη, 2007).

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα χαρακτηριστικά των πανελληνίων επιδημιολογικών ερευνών για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Τίτλος της έρευνας	Χρήση Εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό πληθυσμό ηλικίας 12 – 64 ετών	Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ (14-18)
Τύπος της έρευνας	Συγχρονική επαναλαμβανόμενη κάθε 4 χρόνια	
Δείγμα	Πανελλήνιο, πιθανοθεωρητικό, πολυσταδιακό: 4 γεωγραφικά στρώματα: (α) Αθήνα, (β) Θεσσαλονίκη, (γ) Λοιπές αστικές περιοχές (> ή = 10.000 κάτοικοι), (δ) Ημιαστικές/ αγροτικές περιοχές (<10.000 κάτοικοι)	
Πληθυσμός της έρευνας	4.304 (1984) 2.103 (1993) 3.759 (1998) 4.774 (2004)	10.814 (1984) 10.543 (1993) 8.557 (1998) 8.658 (2004)
Έτος υλοποίησης	1984, 1993*, 1998, 2004	1984, 1993, 1998, 2004
Μέθοδος συλλογής στοιχείων	Ανώνυμο ερωτηματολόγιο, προσωπική συνέντευξη	Ανώνυμο ερωτηματολόγιο, χορήγηση μέσα στην τάξη
Υλοποίηση στην Ελλάδα	Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών	

Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά των πανελλήνιων επιδημιολογικών ερευνών για τη χρήση εξατησιογόνων ουσιών και την υγεία. Πηγή: Κοκκέβη, 2007.

* Η έρευνα το 1993 πραγματοποιήθηκε στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας

Στην Ελλάδα, χώρα οινοπαραγωγό, η χρήση του αλκοόλ αποτελεί μέρος της πολιτισμικής παράδοσης. Υπήρξε συμπεριφορά συνυφασμένη με εκδηλώσεις της κοινωνικής μας ζωής, όπως οι γιορτές. Ίσως η πολιτισμική αυτή παράδοση, αποτέλεσε και τον προστατευτικό παράγοντα απέναντι στην κατάχρηση ή την εξάρτηση από το αλκοόλ. (Κοκκέβη, 2007).

Η χώρα μας σε σχέση με άλλες χώρες δεν έχει υψηλούς δείκτες υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ ή μέθης, τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στον μαθητικό. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τις στατιστικές οι οποίες δείχνουν υψηλή μεν κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ στη χώρα μας, όπου η πλειονότητα των Ελλήνων πίνει αλκοόλ, αλλά δεν έχουμε υψηλούς δείκτες υπερβολικής κατανάλωσης. (Hibell, Anderson, Bjarnasson, Ahlstrom, Balakivera, Kokkevi et al., 2004. WHO, 2004).

Απαραίτητο κρίνεται να προωθήσουμε τους προστατευτικούς παράγοντες, ενάντια στην κατάχρηση του αλκοόλ και ιδιαίτερα να ενισχύσουμε τις πολιτικές πρόληψης με ιδιαίτερη έμφαση στην εφηβική ηλικία. Οι μελέτες έχουν δείξει, αλλά και οι μελετητές έχουν επισημάνει ότι ιδιαίτερα για το αλκοόλ, όσο πιο νωρίς αρχίσει η χρήση του, τόσο αυξάνονται οι κίνδυνοι της μελλοντικής κατάχρησης και εξάρτησης καθώς και των επιπτώσεων στην υγεία. (French & Maclean, 2006. Hingson, Heeren & Winter, 2006. Kokkevi, Nic Gabbainn, Spyropoulou & Risk, 2006).

Επιλογικά, οφείλουμε να τονίσουμε ότι οι εθνικές επιδημιολογικές έρευνες αποτελούν ένα έγκυρο εργαλείο για την παρακολούθηση του φαινομένου και την αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης που εφαρμόζονται από την πολιτεία. Επομένως κρίνεται απαραίτητη η επανάληψή τους σε τακτά χρονικά διαστήματα (ανά τετραετία) ώστε να καλυφθεί και η ανάγκη για κάλυψη του μεγάλου κενού που υπάρχει αναφορικά με την επιδημιολογία της κατάχρησης και εξάρτησης του καπνού. (Κοκκέβη, 2007).

2.8 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Στην σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, το πρόβλημα του αλκοολισμού συνεχίζει να εξελίσσεται και να βρίσκει όλο και περισσότερο έδαφος κυρίως στους εφήβους και στους νεαρούς ενήλικες. Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι τα ποσοστά εξάρτησης από το αλκοόλ αυξάνονται.

Οι αλλαγές που παρατηρούνται ως προς τα πρότυπα χρήσης του αλκοόλ και πιο συγκεκριμένα, η μεταβολή στους χώρους κατανάλωσης, στα είδη των ποτών που καταναλώνονται και στους λόγους για τους οποίους καταναλώνεται το αλκοόλ, δημιουργούν ανησυχίες για μελλοντικές επιπτώσεις της απομάκρυνσης μιας μερίδας του πληθυσμού από τα παραδοσιακά πρότυπα χρήσης. Η αύξηση της διαθεσιμότητας του αλκοόλ σε χώρους πιο ελκυστικούς για τους νέους, όπου μπορεί να πιει κανείς χωρίς να συνοδεύει το ποτό με φαγητό (pubs, clubs, καφετέριες), η στροφή προς τα εισαγόμενα υψηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλη ποτά και την μπίρα, οι αναφερόμενοι από σημαντικό αριθμό ατόμων λόγοι για τους οποίους πίνουν – ψυχολογικοί, για να αλλάξουν τη διάθεσή τους ή για να ηρεμίσουν – υποδηλώνουν την προσέγγιση των προτύπων χρήσης στη χώρα μας με αυτά των δυτικών χωρών, όπου το πρόβλημα του αλκοολισμού είναι ιδιαίτερα οξύ

Ενθαρρυντικό πάντως είναι για τη χώρα μας το γεγονός ότι η γενική τάση της χρήσης αλκοόλ στον πληθυσμό κατά την τελευταία εικοσαετία δείχνει σταθεροποίηση ή και ελαφρά μείωση. Οι πολιτικές πρόληψης που εφαρμόστηκαν τα τελευταία χρόνια (περιορισμός των διαφημίσεων, αυξήσεις στις τιμές, προώθηση ενός προτύπου συμπεριφοράς υγείας), όπως φαίνεται είχαν αποτελέσματα. Η μείωση της χρήσης του αλκοόλ που παρατηρείται γενικότερα στον πληθυσμό δεν φαίνεται να ισχύει το ίδιο για τους νεαρούς ενήλικες και τους εφήβους. Η υπερβολική, μάλιστα κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά στην ηλικιακή ομάδα των 18 – 24 ετών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά τη μείωση της χρήσης παράνομων φαρμάκων στην εφηβική ηλικία, η χρήση και η κατάχρηση αλκοόλ έχουν παραμείνει ως το πρώτο και μεγαλύτερο φαρμακευτικό πρόβλημα μεταξύ των νέων στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη (Ποταμιανός, 2005).

Οι έφηβοι είναι περισσότερο επιρρεπείς να αναπτύξουν πραγματικό εθισμό, διότι η μετάβαση από τη χρήση στην κατάχρηση και στην εξάρτηση επιταχύνεται με πολύ γρηγορότερο ρυθμό συγκριτικά με τους ενήλικες (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

Το αλκοόλ ευθύνεται για τη νοσηρότητα και τη θνητότητα στους εφήβους περισσότερο απ' ό,τι όλες οι άλλες ουσίες σε συνδυασμό. Επειδή το αλκοόλ, όπως και τα τσιγάρα, είναι νόμιμα και εύκολα διαθέσιμα, συχνά η χρήση τους παρερμηνεύεται από τους γονείς ως μια ακίνδυνη δοκιμή και αργούν να καταλάβουν την κατάχρηση αλκοόλ από τα παιδιά τους, υποεκτιμώντας την έκταση του προβλήματος (Τσαρούχας, 2000).

Παράλληλα, οι ιατροί υποεκτιμούν τη σοβαρότητα και τη συχνότητα της χρήσης αλκοόλ από τους εφήβους. Στην πραγματικότητα, η κατάχρηση ουσιών από τους εφήβους είναι πιθανώς η παιδιατρική διάγνωση που συχνότερα διαφεύγει (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

«...Δεν φαντάστηκα ποτέ ότι θα γινόμουν αλκοολικός...τα μεσημέρια έπινα γιατί είχα πελάτες να συναντήσω...μετά άρχισα να πίνω και το βράδυ...ύστερα ανακάλυψα ότι το ποτό μού ήταν απαραίτητο...αν δεν έπινα, δεν μπορούσα να σκεφτώ...» (Ποταμιανός, 2005).

Το παραπάνω είναι απόσπασμα από την πρώτη συνεδρία που είχε ο Ποταμιανός πριν από μερικά χρόνια με ένα Βρετανό επιχειρηματία που «δεν κατάλαβε» πώς έγινε αλκοολικός.

Τέτοιες αναφορές είναι πολύ συχνές και δεν ηχούν παράξενα στον κλινικό επιστήμονα που ασχολείται με το πρόβλημα. Είναι πλέον γνωστό ότι οι αλκοολικοί δεν είναι μόνο οι ακραίες αυτές περιπτώσεις των άστεγων και άμοιρων ατόμων που συναντά κανείς στους δρόμους να περιφέρονται μεθυσμένοι και να γίνονται αντικείμενο σχολίων από τους περαστικούς και έρευνας από τους ενδιαφερόμενους για το θέμα δημοσιογράφους (Μουζιάς, 2005).

Οι αλκοολικοί είναι δυνατόν να προέρχονται από όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, από κάθε επαγγελματική κατεύθυνση και μορφωτικό υπόβαθρο. Δυστυχώς στη χώρα μας η έλλειψη παιδείας και ευαισθητοποίησης γύρω από το θέμα των «νόμιμων» ουσιών εξάρτησης όπως είναι το αλκοόλ μας οδηγεί στη συνειδητή ή ασυνείδητη άρνηση ύπαρξης του φαινομένου (Λιάππας, Μέλλος, 2006).

Προσπάθειες για την καταγραφή των αιτιών του αλκοολισμού υπήρξαν πολλές. Τα τελευταία 20-30 χρόνια έχει καταγραφεί μια τάση για την επανεξέταση των αιτιών του αλκοολισμού και την ομαδοποίηση των παραγόντων που οδηγούν στην κατάχρηση της αλκοόλης. Η πλειονότητα αυτών των μελετών προέρχεται από τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης και τις ΗΠΑ (ΕΚΤΕΠΝ, 2005).

3.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι προσπάθειες για τον εντοπισμό βιολογικών παραγόντων (π.χ. η αναζήτηση σημαντικών διαφορών μεταξύ αλκοολικών και μη αλκοολικών όσον αφορά σε ζητήματα ανατομίας, φυσιολογίας, παθολογίας κ.λπ.) στη γένεση του αλκοολισμού απέβησαν άκαρπες και εγκαταλείφθηκαν πολύ γρήγορα (Μάτσα, 2001).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1940 μερικοί επιστήμονες προώθησαν τη «θεωρία» σύμφωνα με την οποία οι αλκοολικοί παρουσιάζουν έναν «αλλεργικό παράγοντα» στη βιολογική τους σύνθεση που είναι υπεύθυνος για την εξάρτησή τους από το αλκοόλ. Η «αλλεργική θεωρία» του αλκοολισμού κατέρρευσε σύντομα μετά τη δημοσίευση των εργαστηριακών πειραμάτων των Robinson και Voegtlin (1952), που ανέφεραν παντελή έλλειψη στοιχείων για την υποστήριξή της.

Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού διαμέσου γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά τη σχετική επιστημονική κοινότητα (Cadoret 1976, Goodwin 1977). Οι έρευνες που εστιάζουν στο θέμα της κληρονομικότητας του

φαινομένου μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς.

Τα πορίσματα αυτών των ερευνών έχουν αφήσει αναπάντητο το ερώτημα για την κληρονομικότητα του αλκοολισμού λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων. Ως γνωστό, η εκπόνηση τέτοιων ερευνών είναι εξαιρετικά δύσκολη, καθώς τόσο η ανεύρεση του δείγματος όσο και η μεθοδολογία τους παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα (Cloninger, 1990).

Η έρευνα των Roe και Bucks (1945) αναφέρει έλλειψη στοιχείων προς επίρρωση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού. Σε αντίθεση, η έρευνα του Goodwin και των συνεργατών του (1973) έδειξε ότι το ποσοστό του αλκοολισμού ήταν μεγαλύτερο σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά που ο πατέρας δεν ήταν.

Παρόμοια αποτελέσματα με αυτά του Goodwin έδειξε και η έρευνα των Cadoret και Gath (1977).

Όπως σχολιάζουν οι παραπάνω ερευνητές, «...ο εντοπισμός του αλκοολισμού σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων...»

Η σοβαρότητα με την οποία αντιμετωπίζονται οι γενετικοί παράγοντες που πιθανόν να συμβάλλουν στον αλκοολισμό, το επιστημονικό ενδιαφέρον γι' αυτό το θέμα και τα μέχρι στιγμής αντικρουόμενα αποτελέσματα, αντανakλώνται σε μια σειρά από σοβαρές επιστημονικές δημοσιεύσεις The Lancet (1979) και British Medical Journal (1980), από τα πιο έγκυρα περιοδικά διεθνώς (Cloninger, Sigvardsson, Gillican, Von Knorring, Reich, Bohman, 1990).

Η γενετική ωστόσο, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη κινδύνου κατάχρησης/εξάρτησης αλκοόλ και παρόλο που οι ενδείξεις για την συμμετοχή του γονιδιακού παράγοντα είναι σημαντικές, το ποσοστό του κινδύνου που μεταβιβάζεται παραμένει άγνωστο (Παπαγεωργίου, 2004).

Στην προσπάθεια καθορισμού των διαφόρων γενετικών παραγόντων που συμμετέχουν στην ανάπτυξη της εξάρτησης χρησιμοποιούνται οι μελέτες διδύμων, οι μελέτες οικογενειών και οι μελέτες υιοθετημένων παιδιών (Prentiss, 2006).

3.2.1 Μελέτες διδύμων

Το γεγονός ότι οι οικογενειακοί παράγοντες, κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί, συμβάλλουν στην εξάρτηση από ουσίες είναι αποδεκτό. Οι μελέτες των διδύμων ενισχύουν τη σημασία των γενετικών επιδράσεων. Οι μονοζυγωτικοί (MZ) δίδυμοι έχουν 100% κοινά γονίδια, ενώ στους διζυγωτικούς (ΔΖ) διδύμους μόνο τα μισά γονίδια είναι κοινά (Syme, 1957).

Σε μια από τις πρώτες μελέτες, σε 902 δίδυμους άνδρες (MZ, ΔΖ), διαπιστώθηκε ήπια κληρονομικότητα για την ποσότητα και τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, όχι όμως για την απώλεια ελέγχου και τις κοινωνικές επιπλοκές (Roe, Burks, 1945).

Σε άλλη μελέτη, αρκετά μεταγενέστερη, καταδείχθηκε σημαντική διαφορά στη διάγνωση του αλκοολισμού μεταξύ MZ και ΔΖ διδύμων, καθώς και αυξημένη προδιάθεση για δευτερογενή νοσήματα, όπως αλκοολική ψύχωση και αλκοολική κίρρωση (Cadoret, 1976).

Η μελέτη των Pickens et al, του 1990, περιελάμβανε 169 ζεύγη διδύμων και των δύο φύλων. Στο δείγμα των ανδρών καταγράφηκε υψηλότερη συχνότητα διάγνωσης κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ στους MZ διδύμους σε σύγκριση με τους ΔΖ. Στις γυναίκες MZ διδύμους βρέθηκε υψηλότερη συχνότητα εξάρτησης από το αλκοόλ σε σύγκριση με τις ΔΖ διδύμους (Prentiss, 2006).

Συνολικά, για κατάχρηση/εξάρτηση καταγράφηκε ήπια αυξημένη γενετική επιρροή και για τα δύο φύλα, με διαφορετική κατανομή για την κατάχρηση και την εξάρτηση. Συνολικά, η σύγκριση MZ και ΔΖ διδύμων δείχνει ότι η επίπτωση του αλκοολισμού είναι μεγαλύτερη στους MZ διδύμους σε σύγκριση με τους ΔΖ (Prentiss, 2006).

Μελέτες στην Σουηδία ανέφεραν ποσοστό επιπολασμού του αλκοολισμού 54% για τους MZ διδύμους και 28% για τους ΔΖ (Μουζιάς, 2005).

Σε επιδημιολογικές μελέτες μετά το 1992, σε ομάδες διδύμων, ο κίνδυνος κληρονομικής μετάδοσης του αλκοολισμού κυμαίνεται μεταξύ 0,52% και 0,64%, χωρίς να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Υπεύθυνοι θεωρούνται οι γενετικοί τόποι στα χρωμοσώματα 4, 9 και 7. Όμως, δεν θα πρέπει να αγνοείται και η επίδραση περιβαλλοντικοί και άλλων παραγόντων (π.χ. κοινωνικών), οι οποίοι επιδρούν και επηρεάζουν την εκδήλωση ή μη του αλκοολισμού (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

3.2.2 Μελέτες οικογενειακών αλκοολικών ασθενών

Τελευταίες μελέτες με οικογένειες και υιοθετημένα παιδιά παρέχουν ισχυρές ενδείξεις για το σημαντικότατο ρόλο των γονιδίων και του περιβάλλοντος στην αιτιολογία του αλκοολισμού στους άνδρες και τις γυναίκες (Ποταμιανός, χ.χ).

Οι μελέτες οικογενειών των αλκοολικών έχουν εστιασθεί στη δομή της οικογένειας και στην κληρονομική προδιάθεση του αλκοολισμού από τη μια γενεά στην επόμενη. Οι αλκοολικοί με θετικό οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού έχουν δυσμενέστερη πρόγνωση από τους αλκοολικούς με αρνητικό αντίστοιχο ιστορικό (Ποταμιανός, 2005).

Οι μελέτες των οικογενειών των αλκοολικών έχουν δείξει ότι υπάρχει ιστορικό αλκοολισμού σε συγγενείς πρώτου βαθμού και ότι οι αλκοολικοί που προέρχονται από αυτές τις οικογένειες εμφανίζουν μικρότερη ηλικία έναρξης κατάχρησης αλκοόλ, σοβαρότερα συμπτώματα εξάρτησης, λιγότερο επιτυχείς θεραπευτικές προσπάθειες και σοβαρά προβλήματα υγείας. Η συγκεκριμένη ομάδα των αλκοολικών παρουσιάζει αρκετά προβλήματα με το νόμο και αυξημένη συννοσηρότητα με ψυχική νόσο (Παπαδόπουλος, 1997). Επίσης, οι αλκοολικοί με έναν τουλάχιστον συγγενή πρώτου βαθμού αλκοολικό έχουν λιγότερο συστηματική παρακολούθηση, σε σύγκριση με τους αλκοολικούς με αρνητικό οικογενειακό ιστορικό. Τέλος, οι αλκοολικοί με δύο ή περισσότερους αλκοολικούς συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν ακόμα δυσμενέστερη πρόγνωση συγκριτικά με τους αλκοολικούς με ένα μόνο συγγενή (Μαδιανός, 2006).

Τα αποτελέσματα της διαχωριστικής (segregation) ανάλυσης καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο αλκοολισμός έχει ένα πολύπλοκο μοντέλο κληρονομικότητας. Η ανάλυση ήταν συμβατή με δύο πιθανούς τρόπους κληρονομικότητας:

- Ø Γενετική ετερογένεια με δύο διακριτούς υποτύπους: Τύπο I με χαμηλή γενετική επιρροή και τύπο II με υψηλή γενετική επιρροή
- Ø Ένα μικτό μοντέλο, που περιλαμβάνει ένα επικρατητικό γονίδιο με πολυπαραγοντικό υπόστρωμα (Cloninger, 1990).

Επιλογικά, ο αλκοολισμός φαίνεται να διατρέχει κάποιες οικογένειες και οι ενδείξεις οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ένας γενετικός παράγοντας –μεταξύ άλλων- σχετίζεται με την ανάπτυξη του αλκοολισμού στις οικογένειες αυτές (Λιάππας, Μέλλος, Πομίни, 2006).

3.2.3 Μελέτες υιοθετημένων παιδιών

Στις μελέτες αυτές διερευνάται η πιθανότητα εκδήλωσης αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. Η πρώτη μελέτη με υιοθετημένα παιδιά έγινε το 1940, με αρνητικά αποτελέσματα, πιθανώς λόγω του μικρού δείγματος που χρησιμοποιήθηκε (Roe, Burks, 1945).

Μεταγενέστερη μελέτη σε υιοθετημένα παιδιά με βιολογικό γονέα αλκοολικό, συνήθως τον πατέρα, έδειξε ότι τα παιδιά αυτά ανέπτυξαν πολύ συχνότερα αλκοολισμό απ' ό,τι ομάδα μαρτύρων από υιοθετημένα παιδιά χωρίς αλκοολικό γονέα (Goodwin, 1977).

Στην έρευνα των Goodwin et al, το 1973, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό του αλκοολισμού ήταν μεγαλύτερο σε υιοθετημένα παιδιά με βιολογικό πατέρα αλκοολικό, σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά που ο πατέρας τους δεν ήταν εξαρτημένος από το αλκοόλ.

Λόγων των δυσκολιών για εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, σχεδιάστηκε μια μεγάλη μελέτη στη Σουηδία με υιοθετημένα παιδιά, στην οποία το σημαντικό εύρημα ήταν η διάκριση δύο τύπων αλκοολισμού, του τύπου I και του τύπου II. Οι δύο αυτοί τύποι διακρίθηκαν στη βάση του μοντέλου κατάχρησης αλκοόλ των βιολογικών γονέων των υιοθετημένων παιδιών, πατέρων και μητέρων. Από βιολογικούς γονείς –μητέρες ή πατέρες- που είχαν όψιμη έναρξη κατάχρησης αλκοόλ, χωρίς παραβατικότητα και βίαιη συμπεριφορά, τα υιοθετημένα παιδιά χαρακτηρίστηκαν ως γενετικού υποστρώματος τύπου I. Τα υιοθετημένα παιδιά βιολογικών πατεράδων που είχαν μακρά περίοδο κατάχρησης αλκοόλ, σοβαρή εγκληματικότητα και πρόωμη έναρξη της κατάχρησης στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης, χαρακτηρίστηκαν ως γενετικού υποστρώματος τύπου II. Υπήρξαν λίγες μητέρες με χαρακτηριστικά τύπου II αλκοολισμού (WHO, 2001).

Στον τύπο I, ο αλκοολισμός περιγράφηκε ως επηρεαζόμενος από το περιβάλλον. Αντίθετα, στα υιοθετημένα παιδιά των οποίων οι πατέρες εμφάνισαν πρώιμη και βαριά κατάχρηση αλκοόλ, ο κίνδυνος ανάπτυξης αλκοολισμού αυξανόταν ανεξάρτητα από την επίδραση του περιβάλλοντος. Η διάκριση αυτή ενισχύει την άποψη της γενετικής επιρροής που ασκούν οι βιολογικοί γονείς των υιοθετημένων παιδιών και ο κίνδυνος ανάπτυξης συμπεριφορών κατάχρησης αλκοόλ στα παιδιά αυτά είναι εννέα φορές μεγαλύτερος απ' ό,τι στους γιους των υπόλοιπων πατέρων (WHO, 2001).

Με τα ευρήματα αυτά ενισχύεται η προσέγγιση του αλκοολισμού ως ετερογενούς κλινικής οντότητας. Στον αλκοολισμό τύπου II, η κληρονομικότητα στις οικογένειες των αλκοολικών υπολογίζεται στο 88%, σε σύγκριση με τον τύπο I, όπου η κληρονομικότητα κυμαίνεται περί το 21% (WHO, 2001).

Παρόμοια αποτελέσματα κατέδειξαν και πλέον πρόσφατες έρευνες, στις οποίες αναφέρεται ότι η συχνότητα του αλκοολισμού (18%) σε αγόρια αλκοολικών είναι τετραπλάσια, συγκρινόμενη με τη συχνότητα σε αντίστοιχο πληθυσμό αγοριών με φυσιολογικούς γονείς, ανεξάρτητα από το αν τα παιδιά ανατράφηκαν κοντά στους φυσικούς ή κοντά σε θετούς γονείς (ΕΚΤΕΠΝ, 2005).

Συμπερασματικά, η πλειοψηφία των μελετών με υιοθετημένα παιδιά δείχνει μια αύξηση της συχνότητας του αλκοολισμού σε υιοθετημένα παιδιά τα οποία απομακρύνθηκαν από τους αλκοολικούς βιολογικούς τους γονείς (ΕΚΤΕΠΝ, 2005). Η προσπάθεια κατανόησης της αιτιολογίας που οδηγεί τους νέους στη χρήση αλκοόλ μέσω της ταυτοποίησης διαφόρων υποτύπων του αλκοολισμού είναι αρκετά παλιά. Έχει προταθεί ένα ευρύ τυπολογικό φάσμα, για να απλοποιήσει τα διάφορα φαινόμενα που συνδέονται με τον αλκοολισμό. Τα στοιχεία στα οποία βασίζεται αυτή η προσπάθεια είναι πολλά και περιλαμβάνουν:

- ✚ Ιστορικό χρήσης αλκοόλ
- ✚ Μοντέλο κατανάλωσης
- ✚ Σοβαρότητα εξάρτησης
- ✚ Οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού
- ✚ Φύλο
- ✚ Προσωπικότητα
- ✚ Ψυχοπαθολογία
- ✚ Γνωσιακή επιβάρυνση
- ✚ Ψυχοπαθητικότητα

(Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

Η πλέον γνωστή τυπολογία είναι η διάκριση σε τύπο I και τύπο II, των Cloninger et al (1981). Τα κριτήρια για τους δύο αυτούς υποτύπους του αλκοολισμού περιγράφονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 4. Χαρακτηριστικά αλκοολισμού τύπου I και II.

	Τύπος I	Τύπος II
Συνήθης ηλικία έναρξης	> 25	< 25
Παρορμητική συζήτηση	Όχι συχνά	Συχνά
Καυγάδες, συλλήψεις σε κατάσταση μέθης	Όχι συχνά	Συχνά
Ψυχολογική εξάρτηση	Συχνά	Όχι συχνά
Φόβοι και ενοχές για την εξάρτηση από το αλκοόλ	Συχνά	Όχι συχνά
Χαρακτηριστικά προσωπικότητας		
Αναζήτηση νεωτερισμών	Χαμηλή	Υψηλή
Αποφυγή βλάβης σε άλλους	Υψηλή	Χαμηλή
Εξάρτηση από την επιβεβαίωση	Υψηλή	Χαμηλή

Πηγή: Cloninger CR et al, 1988

Το 1992, οι Babor et al επιβεβαίωσαν την ύπαρξη δύο υποτύπων αλκοολισμού, οι οποίοι πιθανά συνδέονται με την αιτιοπαθογένεια της νόσου, τον Τύπο A και τον τύπο B, και οι οποίοι προσομοιάζουν με τους τύπους I και II του Cloninger. Η διάκριση αυτή βοηθά στην πρόβλεψη για απεξάρτηση από το αλκοόλ μετά από θεραπευτική παρέμβαση, η οποία είναι πλέον πιθανή για τον τύπο I/A. Οι θεωρίες για τους υποτύπους του αλκοολισμού αναπτύχθηκαν προκειμένου να εξηγηθούν διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες, οι οποίοι είτε συσσωρεύονται είτε αθροίζονται στους γενετικούς παράγοντες προκειμένου να αναπτυχθεί ο αλκοολισμός (Babor, Campbell, Room, Saunders, 1999).

Οι αιτιολογικοί αυτοί παράγοντες είναι. καταρχήν, μια φαρμακευτική ευαλωτότητα, σύμφωνα με μελέτες που έδειξαν την ύπαρξη μειωμένης ευαισθησίας στην επίδραση της αλκοόλης στα ενήλικα παιδιά αλκοολικών, αλλά και σύμφωνα με

ενδείξεις μελετών των ALDH2, ADH2 και ADH3 (Prentiss,2006). Επιγραμματικά αναφέρουμε, ως επεξήγηση των προηγούμενων τύπων τα εξής:

Μεταξύ των διαφόρων παραγόντων που ευνοούν την ανάπτυξη του αλκοολισμού περιλαμβάνονται και τα γονίδια ορισμένων ενζύμων, τα οποία πιστεύεται ότι συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης από το αλκοόλ. Η πρώτη υποψήφια ομάδα είναι αυτή των ενζύμων των υπεύθυνων για το μεταβολισμό του αλκοόλ και του μεταβολίτη του, της ακεταλδεΐδης, στο ήπαρ. Η αιθανόλη, η οποία περιέχεται στο αλκοόλ, οξειδώνεται στο ήπαρ, όπου βρίσκονται σε αφθονία τα εν λόγω ενζυμικά συστήματα:

- ✚ Αλκοολική διυδρογενάση (ADH), η οποία μετατρέπει την αιθανόλη σε ακεταλδεΐδη
- ✚ Μικροσωμιακό σύστημα οξείδωσης της αιθανόλης (MEOS), το οποίο μετατρέπει την αιθανόλη σε ακεταλδεΐδη
- ✚ Αλδεϋδική διυδρογενάση (ALDH), η οποία μετατρέπει την ακεταλδεΐδη σε οξικό οξύ

(Μυρωνίδου-Τζουβελέκη,2002).

Η ADH, περιλαμβάνεται μεταξύ των ενζύμων, των οποίων τα γονίδια είναι υποψήφια για τη μελέτη του αλκοολισμού και των βλαβών που προκαλεί στα διάφορα όργανα. Η ADH διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στο μεταβολισμό της αιθανόλης, συμμετέχοντας σε ποσοστό περίπου 90% στην απομάκρυνσή της διαμέσου του ήπατος. Συμβάλλει επίσης στις προκαλούμενες βλάβες μέσω των τοξικών ιδιοτήτων του μεταβολίτη της, της ακεταλδεΐδης (Babor, Campbell, Room, Saunders, 1999).

Τα τελευταία χρόνια, η βιοχημεία και η μοριακή γενετική έχουν εντοπίσει περισσότερα από 20 ισοένζυμα της ADH. Υπάρχουν τρία είδη ισοενζύμων και από αυτά, τα πρώτης τάξεως ένζυμα κωδικοποιούνται από τρία γονίδια, αADH, βADH και γADH, τα οποία κωδικοποιούν την ADH1, την ADH2 και την ADH3, αντίστοιχα. Τα ένζυμα αυτά είναι τα πλέον σημαντικά για το μεταβολισμό της αιθανόλης. Η ALDH κωδικοποιείται από 4 ανεξάρτητους τόπους και παρουσιάζει σημαντική ενζυμική ετερογένεια: ALDH1 (κυτοσωμιακή, cytosolic), ALDH2 (μιτοχονδριακή), ALDH3 (στομάχου) και ALDH4 (ήπατος). Ο γονότυπος αυτών των ενζύμων μπορεί να ερμηνεύσει ατονικές διαφορές στη συγκέντρωση και το μεταβολισμό της αιθανόλης και της ακεταλδεΐδης μετά από κατανάλωση αλκοόλ. Συνεπώς, είναι

δυνατό να χρησιμοποιηθούν ως μοντέλα μελέτης της συμμετοχής των δύο αυτών ενζύμων στην ανάπτυξη της εξάρτησης (Babor, Campbell, Room, Saunders, 1999).

Ένας άλλος πιθανός αιτιολογικός παράγοντας είναι μια συναισθηματική δυσλειτουργία, σύμφωνα με την οποία ο αλκοολισμός προκαλείται από την επανειλημμένη προσπάθεια του ασθενούς να χρησιμοποιήσει το αλκοόλ ως αυτοθεραπεία, προκειμένου ν' αντιμετωπίσει προβλήματα άγχους και κατάθλιψης. Η θεωρία αυτή βασίζεται στη συσχέτιση που παρατηρείται ανάμεσα στην κατάχρηση αλκοόλ, στην ύπαρξη συναισθηματικής διαταραχής και στην παρουσία ισχυρού stress από διάφορα συμβάντα ζωής (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002). Ένας τρίτος πιθανός αιτιολογικός παράγοντας είναι η αδυναμία ελέγχου και οι αποκλίνουσες τάσεις, οι οποίες εκδηλώνονται μέσω υπερδραστηριότητας, αυξημένης παρορμητικότητας, χαρακτηριστικών δυσκολιών και διαταραχών διαγωγής και προσοχής. Οι καταστάσεις αυτές, οι οποίες οδηγούν σε δυσκολίες στο σχολείο και συχνά στην εγκατάλειψή του, προΐδεάζουν για προβληματική σχέση με το αλκοόλ από τη μικρή ηλικία (Λιάππας, Μέλλος, Πομίни, 2006).

3.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η μελέτη της προσωπικότητας παραμένει ένα από τα πιο προσφιλή θέματα των κλινικών ψυχολόγων, ζήτημα για το οποίο έχει διατυπωθεί σωρεία αντικρουόμενων επιχειρημάτων όσον αφορά στη φύση και την εξέλιξη των χαρακτηριστικών που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου. Κύριος προβληματισμός είναι αν οι αλκοολικοί έχουν μια «ιδιόμορφη» προσωπικότητα που μοιραία οδηγεί στον αλκοολισμό (Μάνος, 1997).

Παρόλο που η κλινική πρακτική και εμπειρία με αλκοολικούς έδειχναν στοιχεία που τεκμηριώναν την ύπαρξη της «αλκοολικής προσωπικότητας», οι σύγχρονες διαχρονικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν έφεραν στο φως πειστικά στοιχεία που να εδραιώνουν αυτή την άποψη. Τρεις από τις πιο αξιόλογες ανασκοπήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας (Sutherland et al 1950, Syme 1957 και Miles-Cox 1979) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να τεκμηριώσουν την προτεινόμενη έννοια της «αλκοολικής προσωπικότητας». Ο Sutherland και οι συνεργάτες του ανέφεραν ότι «...οι μελέτες που έχουν εκπονηθεί

μέχρι τώρα παρουσιάζουν σοβαρή έλλειψη στοιχείων ώστε να είναι σε θέση να υποστηρίξουν ότι τα άτομα μιας *συγκεκριμένης δομής προσωπικότητας* έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί από άτομα με άλλη προσωπικότητα...».

Οι Syme (1957) και Miles-Cox (1979) άσκησαν κριτική στη μεθοδολογία των δημοσιευθεισών σχετικών ερευνών. Ο πρώτος υποστήριξε ότι το χαρακτηριστικό των περισσότερων ερευνών που χρησιμοποίησαν προβολικές μεθόδους ήταν «...η αυθαίρετη και ασαφής ερμηνεία των αποτελεσμάτων...». Με τον ίδιο τρόπο, ο δεύτερος συγγραφέας παρατηρεί ότι η πληθώρα των σχετικών ερευνών παρουσιάζει αδικαιολόγητα μεθοδολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα στα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τον ορισμό των «αλκοολικών» και «μη αλκοολικών» δειγμάτων του πληθυσμού που εξετάστηκε.

Είναι εμφανές από τα συμπεράσματα των παραπάνω συγγραφέων, αλλά και από μελέτες για τις οποίες ο περιορισμένος χώρος της πτυχιακής δεν επιτρέπει ειδική αναφορά, ότι η «αλκοολική προσωπικότητα» δεν είναι υπαρκτή. Η επινόησή της φαίνεται να εξυπηρετούσε τόσο τους ψυχολόγους η'/και τους ψυχιάτρους που επεξεργάστηκαν μία ακόμα διάσταση της «ψυχοπαθολογίας του αλκοολικού» όσο και τους ίδιους τους αλκοολικούς, μερικοί εκ των οποίων εξακολουθούν να δικαιολογούν την κατάχρηση αλκοόλης σαν μοιραίο και αναπόφευκτο γεγονός, αφού τους έτυχε να είναι «αλκοολικές προσωπικότητες» (Ποταμιανός, 2005). Το παρακάτω σχόλιο από τον Taylor (1981) είναι χαρακτηριστικό των σύγχρονων απόψεων για την «αλκοολική προσωπικότητα»:

«...Πριν από μερικά χρόνια είχαν γίνει επίπονες προσπάθειες για τον εντοπισμό της *αλκοολικής προσωπικότητας*, δηλαδή τον τύπο του ατόμου που εμφάνιζε ένα σύνολο χαρακτηριστικών τα οποία είχαν άμεση σχέση με την ανάπτυξη αλκοολισμού...

Σήμερα οι εμπειρογνώμονες πιστεύουν ότι ο καθένας μπορεί να γίνει αλκοολικός κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες...»

Η ιδιοσυγκρασία και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν μελετηθεί διεξοδικά, με στόχο την διερεύνηση της σχέσης τους με την ευαλωτότητα στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Ενώ προηγούμενες μελέτες κατέληγαν σε θετικά συμπεράσματα ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως παραδείγματος χάρη

μειωμένο αίσθημα αυτοεκτίμησης, νεότερες μελέτες σύγκρισης αγοριών από αλκοολικούς και φυσιολογικούς γονείς κατέδειξαν ότι τα παιδιά αυτά δεν διαφέρουν σημαντικά στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως ην αναζήτηση νεωτερισμού, την αποφυγή βλάβης και την εξάρτηση από την ανταμοιβή (Μουζάς, 2005).

Η αρνητική «συναισθηματικότητα» (emotionality), μία ευρεία διάσταση της προσωπικότητας που καθορίζει την τάση του ατόμου να βιώνει ενδοψυχικό stress και αρνητικά συναισθήματα, δεν επιβεβαιώνεται ότι συσχετίζεται με την ευαλωτότητα στον αλκοολισμό. Αντίθετα, θεωρείται ως επακόλουθο της νόσου (Μαδιανός, 1989). Η συμπεριφορική διπλή αναστολή (disinhibition), η οποία θεωρείται ως αδυναμία ή έλλειψη επιθυμίας από ένα άτομο να αναστείλει παρορμήσεις της συμπεριφοράς, είναι μία άλλη διάσταση της προσωπικότητας. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, τα εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα έχουν σε υψηλότερο βαθμό συμπεριφορική διπλή αναστολή σε σύγκριση με φυσιολογικούς μάρτυρες (Μαδιανός, 2006).

Το ίδιο έχει βρεθεί σε προ-αλκοολικούς πληθυσμούς και στους γιούς αλκοολικών, σε σύγκριση με τους γιούς φυσιολογικών ατόμων. Με βάση τα αισθήματα αυτά, η συμπεριφορική διπλή αναστολή θεωρείται ως παράγοντας που συμβάλλει στην εξάρτηση από το αλκοόλ (Μαδιανός, 2006).

Σε ό,τι αφορά στην αντικοινωνική συμπεριφορά, θεωρείται ότι συνοδεύει περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη συμπεριφορά την εξάρτηση από το αλκοόλ, μπορεί δε και να την προαναγγέλλει. Στην σχέση των δύο, που είναι ιδιαίτερα σύνθετη, συμμετέχουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες (Μάνος, 1997). Προγενέστερες μελέτες έδειξαν ότι οι αλκοολικοί εμφανίζουν συχνότερα από το γενικό πληθυσμό κατάθλιψη, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ή ως σύμπτωμα (Πουλόπουλος, 2005). Επίσης, άλλα στοιχεία που μπορεί να προέχουν στην προσωπικότητά τους είναι η παθητική εξαρτητικότητα, το άγχος, η παρανοϊκή τάση, καθώς και το χαμηλό αίσθημα αυτοεκτίμησης, υπευθυνότητας και αυτοελέγχου (Παπαγεωργίου, 2004).

Οι αλκοολικοί χαρακτηρίζονται ακόμη από ενασχόληση με το σωματικό Εγώ και βασανίζονται από ιδέες και συναισθήματα ενοχής (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι παραπάνω παρατηρήσεις έγιναν σε άτομα που ήταν ήδη αλκοολικοί και ακόμη, ότι υπάρχουν άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ χωρίς ανάλογα χαρακτηριστικά στην προσωπικότητά τους.

3.3.1 Ψυχαναλυτικές απόψεις

Σύμφωνα με τις απόψεις αυτές, η έννοια της βλάβης από την κατάχρηση αλκοόλ και της αναγνώρισής της στους αλκοολικούς δεν λειτουργεί με τον παραδοσιακό τρόπο, η δε εθιστική συμπεριφορά με όλα όσα την συνοδεύουν, αποτελεί την έκφραση των συναισθηματικών αναγκών, των επιθυμιών και της εκφόρτισης του συσσωρευμένου άγχους των αλκοολικών (Τσαρούχας, 2000). Στην πραγματικότητα, η εξάρτηση από το αλκοόλ έχει στόχο και επιδίωξη την εκφόρτιση κάθε μορφής ψυχικής έντασης, είτε εξωγενούς είτε ενδογενούς. Και τούτο διότι η έννοια της αυτοκαταστροφής και της μεγάλης δυσκολίας στην καθημερινή ζωή, που επικρατεί μεταξύ των αλκοολικών, δεν είναι η κυρίαρχη αλλά η δευτερογενής επιλογή, το αναγκαίο κακό, που συνοδεύει την αρχική επιλογή, η οποία είναι η αναζήτηση της ευχαρίστησης και η αποφυγή της δυσφορίας και του άγχους (Σολδάτος, Λύκουρας, 2006).

Σχηματικά, οι αλκοολικοί, στους οποίους τα διάφορα πλήγματα έχουν παίξει καθοριστικό ρόλο στη ζωή τους, παρουσιάζουν:

- ✚ Χρόνιο ενδοψυχικό άγχος
- ✚ Κατάτμηση της εικόνας του Εαυτού (Self)
- ✚ Ενδοψυχικές συγκρούσεις
- ✚ Διαταραχές ταυτότητας και διαταραχές ορίων του Εγώ
- ✚ Σεξουαλικές διαταραχές

(Μουζάς, 2005).

Η καθήλωση των αλκοολικών στην εξάρτηση περιλαμβάνει και ένα στοματικό (επιθετικό) τρόπο διαχείρισης συναισθημάτων, κυρίως συναισθημάτων επιθετικότητας και θυμού, ενάντια στον εαυτό και τους άλλους. Ο αλκοολικός με τον λόγο επιτίθεται, κριτικάρει και καταστρέφει τους σημαντικούς άλλους της ζωής του.

Οι αλκοολικοί, λόγω των διαφόρων δυσκολιών, παρουσιάζουν:

- ✚ Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- ✚ Μειωμένη αυτοεκτίμηση
- ✚ Μειωμένη φροντίδα του εαυτού, καθότι θεωρείται ότι τμήμα του εαυτού τους έχει απολεσθεί

- ✚ Υπεραπασχόληση με τον εαυτό τους
 - ✚ Εύθραυστη αίσθηση της ύπαρξης και της αντίληψής τους για τους ίδιους, με συνεχή αίσθηση κινδύνου απώλειας
- (Prentiss, 2006).

3.3.2 Μαθησιακές θεωρίες

Σύμφωνα με τις θεωρίες της μάθησης, η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να θεωρηθεί ως μία συνήθεια που αποκτάται με τρεις θεμελιώδεις διεργασίες:

- (α) την μίμηση προτύπου,
 - (β) την επεμβατική ή τύπου II εξάρτηση κατά Pavlov (operant conditioning) και
 - (γ) την κλασσική ή τύπου I εξάρτηση κατά Pavlov
- (Μαδιανός, 2006).

(α) Για την μίμηση προτύπου, σημαντικό είναι το μοντέλο της συμπεριφοράς των γονέων και μάλιστα του ίδιου φύλου με τον χρήστη. Για ένα παιδί ο μιμητισμός είναι είδος καθημερινής συμπεριφοράς, στον τρόπο ζωής του. Φυσικά υπάρχουν και τα αρνητικά οικογενειακά πρότυπα που προδιαθέτουν κατά κάποιο τρόπο τον έφηβο για υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ. Στην οικογένεια του εφήβου που πίνει υπάρχει συνήθως “ ένα γερό ποτήρι ” και αυτός τις περισσότερες φορές είναι ο πατέρας (Ποταμιανός, 2005).

Ένα παιδί που (για οποιονδήποτε λόγο) υποφέρει από μειωμένη αυτοπεποίθηση και κατάθλιψη και που συνεχώς βλέπει το παράδειγμα του μεγαλύτερου αδερφού του, ο οποίος δοκιμάζει τα πάντα, πίνει πολύ και όλοι τον θαυμάζουν, είναι πολύ πιθανό να αποκτήσει και αυτό την προδιάθεση για χρήση αλκοόλ. Η χρήση αλκοόλ μπορεί να ξεκινήσει μόλις τον προσκαλέσουν οι φίλοι του σ ‘ένα πάρτι, όπου θα του δοθεί η ευκαιρία να πιει. Μετά το πρώτο μεθύσι, η συνήθεια είναι εύκολο να κοπεί είτε αμέσως είτε σε σύντομο χρονικό διάστημα. Αν όμως η συμπεριφορά αυτή ενισχυθεί είτε γιατί γίνεται αποδεκτή από τους φίλους είτε γιατί προκαλεί στο άτομο ευχάριστα αισθήματα και κυρίως το αίσθημα ότι κάνει κάτι απαγορευμένο για την ηλικία του και παρόλα αυτά καταφέρνει να την γλιτώσει, τότε ο έφηβος οδηγείται στον εθισμό (Prentiss, 2006).

(β) Η επεμβατική εξάρτηση συσχετίζεται με το αίσθημα ικανοποίησης και εξάλειψης των δυσάρεστων συναισθημάτων (άγχους, ανησυχίας κ.ά) με την χρήση αλκοόλ (Μαδιανός, 2006).

(γ) Τέλος, στην κλασσική εξάρτηση σε συνδυασμό με το μηχανισμό της γενίκευσης, η ατμόσφαιρα του bar ή ο δημόσιος χώρος όπου το άτομο πίνει, μπορεί ενδεχόμενα να οδηγήσουν στο ίδιο αποτέλεσμα με την κατάχρηση οινοπνεύματος, δηλαδή στην ανακούφιση από το άγχος. Η γενίκευση μπορεί να οδηγήσει σε μία ποικιλία νέων ερεθισμάτων, που ενισχύουν την συνήθεια της κατανάλωσης αλκοόλ (Μαδιανός, 2006).

Οι θεωρίες αυτές δεν προσφέρουν μόνο πληροφορίες για το πώς διαπιστώνεται ο αλκοολισμός, αλλά και τη βάση για θεραπευτικές τεχνικές.

3.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Είναι γεγονός ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή κοινωνική συναλλαγή. Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών, από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις, περιλαμβάνει την κατανάλωση αλκοόλης (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007)

Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένες η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού.

Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται εξαιτίας των σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων, όπως είναι τα ζητήματα της οικονομίας, της υγείας και της παιδείας, το περιβαλλοντικό, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων κ.λπ., το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό. Ας μην ξεχνάμε τον αυξανόμενο αριθμό των αυτοκτονιών που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια σε ενήλικους αλλά και σε νεαρά άτομα λόγω κοινωνικών πιέσεων (Ποταμιανός, 2005).

Δεν είναι τυχαίο βέβαια ότι οι σύγχρονες απόψεις περί κατάχρησης αλκοόλης κατατάσσουν τον αλκοολισμό στα κοινωνικά φαινόμενα, σε αντίθεση με αυτούς που διακρίνουν μόνο «τάσεις αυτοκαταστροφής» και «ψυχοπαθολογίας» στον αλκοολικό (Prentiss, 2006).

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

3.4.1 Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ

Η διάσταση αυτή θα μπορούσε να συνοψιστεί με την δήλωση «όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια δεδομένη κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί». Αυτό δεν σημαίνει ασφαλώς ότι η χρήση αλκοόλης θα πρέπει να περάσει στην παρανομία. Η εμπειρία της ποτοαπαγόρευσης στις ΗΠΑ και η σχετική εγκληματικότητα που τη συνόδευσε είναι παράδειγμα προς αποφυγήν (Ποταμιανός, χ.χ).

Είναι γεγονός ωστόσο ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στη δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ και τον αριθμό των αλκοολικών. Ο Γάλλος επιδημιολόγος Requiñot και οι συνεργάτες του (1974) έδειξαν ότι κατά την περίοδο 1941-1947, όταν λόγω του πολέμου μειώθηκε η παραγωγή κρασιού και κατά συνέπεια η κατανάλωση από πέντε σε ένα λίτρο την εβδομάδα, η θνησιμότητα από κίρρωση του ήπατος μειώθηκε επίσης κατά 80%. Μείωση της θνησιμότητας από κίρρωση του ήπατος αναφέρεται επίσης από τον Martini και τους στενούς συνεργάτες του (1970) στις ΗΠΑ κατά την περίοδο της ποτοαπαγόρευσης. Απλά οι άνθρωποι έπιναν λιγότερο.

Αντίθετα, όταν πρόσφατα η Φιλανδική κυβέρνηση απέσυρε την απαγόρευση στις πωλήσεις της μύρας στα μαγαζιά και στα εστιατόρια, η κατανάλωση του αλκοόλ αυξήθηκε κατά 50% μέσα σ' ένα χρόνο (Λιάππας, Μέλλος, Πομίνι, 2006).

Πολλοί επιστήμονες της συμπεριφοράς πιστεύουν ότι η αύξηση της φορολογίας των οινοπνευματωδών, θα μπορούσε, σαν ένα μαγικό ραβδί, να μειώσει την επικράτηση του αλκοολισμού, των προβλημάτων που δημιουργεί το ποτό και την κίρρωση του ήπατος. Η διαθεσιμότητα της αλκοόλης επηρεάζει οπωσδήποτε τον αριθμό αυτών που πίνουν πολύ (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

3.4.2 Τιμή, «νομιμότητα», κοινωνική αποδοχή

Σε σύγκριση με τις «παράνομες» ουσίες εξάρτησης, το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Και οι τρεις

αυτές παράμετροι διατηρούν και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνουν την κατανάλωση ή/και την κατάχρηση αυτής της ουσίας (WHO, 2001).

Πολλοί επιστήμονες θεωρούν ότι η αύξηση της φορολογίας στα οινοπνευματώδη θα μπορούσε να μειώσει την επέκταση του αλκοολισμού και των προβλημάτων που αυτό συνεπάγεται.

Παρατηρείται συχνά το γεγονός ότι πολλά άτομα, κυρίως νέοι, κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση, ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα, φόβος απόρριψης για τη μη αποδοχή συμπεριφορών, όπως η κατανάλωση αλκοόλης. Σε μια συνεδρία του Ποταμιανού (2005), νεαρή γυναίκα που έκανε κατάχρηση αλκοόλ, παραδέχτηκε ότι πίεσε τον εαυτό της να μάθει να πίνει ουίσκι, παρόλο που η γεύση και η μυρωδιά του συγκεκριμένου ποτού της ήταν δυσάρεστες. Το έκανε για να μην θεωρηθεί "απροσάρμοστη" όσον αφορά στους κανόνες της "ομαδικής" συμπεριφοράς.

Όταν η χρήση του αλκοόλ τυγχάνει ευρείας αποδοχής, ο αριθμός των αλκοολικών τείνει να είναι μεγάλος. Όταν όμως τυγχάνει έντονης αποδοκιμασίας, όσοι το χρησιμοποιούν τείνουν να είναι πολύ διαφορετικοί από το μέσο κοινωνικό άτομο (Thio, 2003).

Η κοινωνική αντιμετώπιση, όπως και οι νόμοι κάθε κράτους, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξάπλωση του αλκοολισμού. Όσο πιο ανεκτική είναι η κοινωνία προς την υπέρμετρη χρήση των αλκοολούχων ποτών και όσο λιγότερο αποδέχεται το άτομο την αντιαλκοολική θέση της κοινωνίας, τόσο πιο διαδεδομένος είναι ο αλκοολισμός (Τσαρούχας, 2000).

3.4.3 Κοινωνικό περιβάλλον

Η εφηβεία είναι μια κρίσιμη περίοδος στη ζωή του ανθρώπου και χαρακτηρίζεται από την ανάγκη να βρίσκεται κανείς σε μια ομάδα η οποία έχει τις ίδιες αξίες και τους ίδιους στόχους με αυτόν (Πουλόπουλος, 2005). Μελέτες προοπτικής έχουν δείξει ότι η χρήση αλκοόλ από τους ομότιμους αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε προβληματική χρήση (Μαδιανός, 2006).

Η ανάγκη του «ανήκειν» και η πίεση για ομοιογένεια πιθανόν να έχουν ως αποτέλεσμα, υπό ορισμένες συνθήκες, την κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών, όταν ο έφηβος υιοθετεί ανάλογη συμπεριφορά προκειμένου να γίνει αποδεκτός από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. (Παπαγεωργίου, 2004) Η πίεση των ομότιμων θεωρείται σημαντική γιατί αυτοί διαμορφώνουν τη στάση απέναντι στην χρήση ουσιών γενικότερα, στην προκειμένη περίπτωση του αλκοόλ, επίσης διευκολύνουν την πρόσβαση σε αυτές και μερικές φορές ενισχύουν τη συμπεριφορά χρήσης ή και κατάχρησης. Όπως επίσης μπορεί η ομότιμοι να αποτελέσουν το πρότυπο που τείνει να μιμηθεί ο έφηβος (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

3.4.4 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Τα Μ.Μ.Ε και ιδιαίτερα η διαφήμιση, που εκτός από την ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος στοχεύει επίσης στην άνοδο των πωλήσεων, φαίνεται να συμβάλλουν ουσιαστικά στην αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλης με δύο τρόπους:

- α) είτε με την δημιουργία προτύπων, τα οποία υιοθετούνται από τους νέους (μιμητική συμπεριφορά),
- β) είτε με το να επιβεβαιώνουν υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν τη νεανική κουλτούρα

(Παπαγεωργίου, 2004).

Δεν είναι τυχαίο φυσικά ότι στη συντριπτική πλειονότητα των διαφημίσεων αλκοολούχων ποτών η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με κοινωνική ή/και σεξουαλική επιτυχία (Μαδιανός, 1989).

Η τηλεόραση αποτελεί πια ένα σημαντικό παράγοντα κοινωνικοποίησης του ατόμου μέσα από το οποίο αναπαριστάνονται τρόποι ζωής, προωθούνται και μεταβιβάζονται έντεχνα αξίες, είδωλα και στερεότυπα. Παρουσιάζει καταστάσεις στο κοινό όχι όπως ακριβώς είναι, αλλά όπως η κυρίαρχη ιδεολογία θα ήθελε να είναι. Έτσι, μπορεί να δείχνει ανθρώπους ευτυχισμένους και χαρούμενους να απολαμβάνουν με τη συντροφιά τους κάποιο οινοπνευματώδες ποτό. Δε δείχνει σχεδόν ποτέ όμως τις επιπτώσεις που μπορεί το ποτό να έχει στον οργανισμό των ανθρώπων.

Οι στερεοτυπικοί χαρακτήρες που προβάλλονται στην τηλεόραση κάνουν τον έφηβο τηλεθεατή να σκέφτεται πως όλα τα μέλη μιας ομάδας θα πρέπει να έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με εκείνα που προβάλλονται στα πρόσωπα της μικρής οθόνης, πράγμα που επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την στάση του. Και επειδή οι έφηβοι μιμούνται συχνά, θεωρούν πως ότι φέρνει την σφραγίδα ενός τηλεοπτικού προγράμματος πρέπει να θεωρείται αυτόματα και κοινωνικά αποδεκτό (Μαδιανός, 2006).

Αν λοιπόν αυτό το συνδυάσουμε με τον αγώνα του νέου στην εφηβική ηλικία για την κατάκτηση μιας κοινωνικά αποδεκτής ταυτότητας, γίνεται εύκολα κατανοητό πόσο σημαντική μπορεί να είναι η επίδραση ενός μηνύματος λίγων δευτερολέπτων. Και αυτό επιτείνεται τα τελευταία χρόνια, γιατί η τηλεόραση έχει υποκαταστήσει με αυξανόμενους ρυθμούς το ρόλο των γονέων, λειτουργώντας από τη μια ως μια καθορισμένη φωνή ενήλικα και από την άλλη ως ένας δοσμένος διαμορφωτής απόψεων σε εθνική κλίμακα (Ποταμιανός, χ.χ).

Τελικά, ένας κοινωνικός κίνδυνος είναι εκείνος ο οποίος μπορεί αν προκύψει από την υπερτροφία της διαφήμισης, δηλαδή από την μετάθεσή της σε άλλα πεδία, πέρα από το οικονομικό. Όταν π.χ δεν την εννοούμε και δεν την αντικρίζουμε απλώς και μόνο σαν μέσο πώλησης ή αγοράς αντικειμένων, πραγμάτων, παρά και στο πνευματικό και ηθικό πεδίο, οι κοινωνικοποιητικές ζημιές είναι ανυπολόγιστες (Μαδιανός, 1989).

3.4.5 Ο τρόπος ζωής και η ψυχαγωγία

Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου (το γνωστό life style) θεωρείται παράγοντας της κατανάλωσης αλκοόλ. Όσον αφορά την ψυχαγωγία, η συνηθισμένη πλέον έκφραση.. «Να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό», είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική ώστε να περιγράψει τον αντίκτυπό της στην κατανάλωση αλκοόλ (Ποταμιανός, 2005).

Η Ελλάδα περνάει σήμερα μία εποχή αλλαγής σχετικά με τις μέχρι τώρα πατροπαράδοτες συνήθειές της. Η αύξηση της επικοινωνίας με το «δυτικό» τρόπο ζωής, η εισαγωγή ξένων ηθών και εθίμων στην ελληνική παράδοση, ο μιμητισμός συνηθειών άλλων λαών, η τοπική εμπορευματοποίηση των αλκοολούχων ποτών η οποία συνοδεύεται από την κατάλληλη διαφήμιση, συμβάλλει ουσιαστικά στην αύξηση κατανάλωσης της αλκοόλης (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

Παράλληλα, η αύξηση του πληθυσμού των πόλεων, η έλλειψη κοινωνικών δεσμών και το χαλάρωμα των οικογενειακών αρχών και σχέσεων αποτελούν στοιχεία που συμβάλλουν στην αλλαγή αυτή. Η επιθυμία για διαπροσωπικές σχέσεις, με κάποια συναισθηματική αξία, η προσπάθεια για αποδοχή και ουσιαστική επικοινωνία, θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη σαν κίνητρα για χρήση οινόπνευματος. Βαθύτερα επίσης αίτια θεωρούνται η μανία του ατομικού ευδαιμονισμού, η καθολικά αποπνευματωμένη ζωή, η μανιοκαταθλιπτική κατανάλωση υλικών αγαθών, δηλαδή η απεξάρτηση από το πνεύμα και η εκμηδένιση της ψυχής, η λαγνεία του ατομισμού και γενικά η παθογένεια της κοινωνίας μας (Prentiss, 2006).

Σύμφωνα με τον Anderson P., Wallace P., Jones H., (1998) παρουσιάζονται οι παρακάτω πιο συνήθεις λόγοι για τους οποίους, κάποιος νέος κάνει χρήση αλκοόλ:

- ✚ « Για να αισθανθώ πιο άνετα στην παρέα.
- ✚ Γιατί ταιριάζει γάντι με τα γεύματα.
- ✚ Για να με κάνει να αισθανθώ πιο χαλαρωμένος.
- ✚ Για να με αναζωογονήσει όταν νιώθω κουρασμένος.
- ✚ Για να με βοηθήσει να πάω για ύπνο.
- ✚ Για να ανακουφίσω μια αγχώδη κατάσταση.
- ✚ Γιατί μου προσφέρθηκε ένα ποτό.
- ✚ Γιατί μου αρέσει η γεύση.
- ✚ Για να με βοηθήσει όταν πλήττω.
- ✚ Για να ξεδιψάσω.
- ✚ Για να ξεχάσω προσωπικά προβλήματα.
- ✚ Για να γελάσω.
- ✚ Για να αισθανθώ καλά.
- ✚ Για να μεθύσω.
- ✚ Γιατί είναι συνήθεια.
- ✚ Για κανένα λόγο.
- ✚ Για να περιορίσω φόβους για τυχόν αισθήματα ανεπάρκειας.
- ✚ Για να προστατευθώ ενάντια στην κατάθλιψη.
- ✚ Για να ανακουφίσω διαμάχη εξάρτησης.
- ✚ Για να εκφράσω αντίθεση – επανάσταση ενάντια σε γονείς ή άλλες αρχές εξουσίας.
- ✚ Για να ανακουφίσω την ένταση μιας δυστυχημένης οικογενειακής ζωής.
- ✚ Για να επιτύχω ίση θέση.

- ✚ Για να ανακουφίσω άγχος από την σχολικές μου υποχρεώσεις.
- ✚ Για να ενδυναμώσω φαντασιώσεις προσωπικής δύναμης.
- ✚ Σαν αυτό- επιβράβευση.
- ✚ Σαν ναρκωτικό – καταπραΰντικό.
- ✚ Για να ανακουφίσω προβλήματα στο θέμα του sex.»

(Λιάππας, Μέλλος, Πομίνι, 2006)

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω υπάρχουν πολλοί παράγοντες που οδηγούν τους νέους στο ποτό. Ο χρήστης μπορεί να είναι κουρασμένος, ταραγμένος, να έχει κατάθλιψη ή ανησυχία. Μπορεί να νιώθει μοναξιά ή να είναι δυστυχημένος, αν αισθάνεται ότι δεν τον αγαπούν, δεν τον καταλαβαίνουν, αλλά ότι τον απορρίπτουν ή τον εκμεταλλεύονται. Ίσως να πίνει για να πάρει κουράγιο ή την αυτοπεποίθηση που του χρειάζεται, ώστε να λάβει μια απόφαση, να κάνει μια ομιλία, ή να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα. Μπορεί πάλι κάποιος να καταναλώσει αλκοόλ, επειδή αισθάνεται ότι δεν είναι δημοφιλής στους κύκλους του και να θεωρεί πως ένα ποτό μπορεί να τον κάνει να νιώσει αποδεκτός. Η χρήση επίσης, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι θέλει να τονώσει τον εαυτό του, να ηρεμήσει, να κοιμηθεί ή να μαλακώσει τις επικρίσεις, τις τυχόν αποτυχίες ή την ανία, που αισθάνεται (Μάτσα, 2001).

Για όλους του παραπάνω λόγους, φαίνεται ότι το αλκοόλ παύει σταδιακά να αποτελεί μέσο κοινωνικοποίησης και διασκέδασης, όπως αναφέρει ο Μαδιανός (2006), και γίνεται για πολλούς φάρμακο ισότιμο με τα αγχολυτικά. Δεν είναι λίγοι αυτοί, που πίνουν για να ξεχάσουν ή να φτιάξουν την διάθεσή τους ή όπως συμβαίνει για πολλούς νέους, ως μόδα. Όλο και περισσότερο οι άνθρωποι παύουν να χαίρονται μέσω του αλκοόλ, να διασκεδάζουν και να κοινωνικοποιούνται, μέσα στα πλαίσια της κοινότητας, όπως συνέβαινε στις προηγούμενες δεκαετίες.

3.5 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχουν κοινωνίες που για κάποιους λόγους, για παράδειγμα θρησκευτικούς (μουσουλμάνοι), απαγορεύουν την κατανάλωση αλκοόλ. Είναι ευνόητο ότι σε τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού (Μαδιανός, 1989).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως παρουσιάζουν κοινότητες όπου, ενώ η κατανάλωση αλκοόλης θεωρείται κοινωνικά αποδεκτή, οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες. Σύμφωνα με τον Snyder (1958), η εβραϊκή κοινότητα αποτελεί ένα παράδειγμα «ελεγχόμενης χρήσης» του αλκοόλ. Στην προκειμένη περίπτωση, τα παιδιά μαθαίνουν να καταναλώνουν αλκοόλ στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Μ' αυτό τον τρόπο, η χρήση είναι αποδεκτή, ενώ η μέθη ή η υπερβολική κατανάλωση αποτελούν αξιόποινες συμπεριφορές. Η κατάχρηση, πάνω απ' όλα, θεωρείται «μη σημιτική» συμπεριφορά (unjewish behaviour).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, χώρες όπως η Ιρλανδία και οι ΗΠΑ, όπου η κατανάλωση αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή, αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού, πιθανώς γιατί λείπει το στοιχείο της ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς έναντι του αλκοόλ. Σ' αυτές τις χώρες έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και παιδιά που προέρχονται από γονείς οι οποίοι δεν κάνουν χρήση αλκοόλ μπορεί να καταλήξουν στον αλκοολισμό (Μαδιανός, 1989).

Τέλος, σε χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία, όπου η κατανάλωση αλκοόλ επιτρέπεται σε σχετικά μικρές ηλικίες, ενώ παρουσιάζεται σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού, φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη αντικοινωνική συμπεριφορά σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλης (Ποταμιανός, 2005).

Παρόλο που οι πολιτισμικές συνθήκες διαφέρουν από χώρα σε χώρα, πάρα πολλοί νέοι άνθρωποι μεγαλώνουν σ' ένα περιβάλλον όπου η κατανάλωση του αλκοόλ αποτελεί μέρος της καθημερινής ζωής. Το πολιτισμικό στερεότυπο «απαιτεί» είτε να καταναλώνεις κρασί στο γεύμα σου, είτε ένα γύρο ποτών στην παμπ μετά από κάποια δραστηριότητα. Οι νέοι έχουν αυτές τις προσλαμβάνουσες από μικρή ηλικία. Η φράση βέβαια ακατάλληλο για ανηλίκους συνόδευε πάντα το αλκοόλ και στόλιζε πάντα τους τοίχους των συνοικιακών ποτάδικων. Τέτοιου είδους όμως απαγορεύσεις δεν μπόρεσαν ποτέ να νικήσουν το λεγόμενο life style με αποτέλεσμα, κατά κανόνα, οι νέοι να ακολουθούν το παράδειγμα των γονιών τους και να πίνουν (Thio, 2003).

Η κατανάλωση αλκοόλ από τους νέους είναι κάτι συνηθισμένο. Παρά την νομοθεσία που απαγορεύει τη διάθεση και κατανάλωση αλκοόλ από άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών (στην Αμερική και στην Ρωσία το όριο είναι το 21^ο έτος ηλικίας), μια πολύ μεγάλη μερίδα νέων και ανηλίκων καταναλώνει αλκοόλ, τουλάχιστον περιστασιακά, αν όχι καθημερινά, αυτό αποδεικνύει έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ – W. Η .Ο) στο μαθητικό πληθυσμό. Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό νέων παιδιών δεν έχει δοκιμάσει αλκοόλ πριν από την ηλικία των 18

ετών. Μια μελέτη του 1990 μεταξύ των κρατών της Ευρωπαϊκής κατέληξε στη διαπίστωση ότι: Οι νέοι από την Ιταλία και την Ελλάδα πίνουν σε εβδομαδιαία βάση περισσότερο σε σχέση με τους νέους των υπολοίπων χωρών. Αντιθέτως, οι νέοι από την Ιρλανδία πίνουν λιγότερο (WHO, 2001).

3.6 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ

Ο ρόλος των γονέων στην έναρξη της κατανάλωσης του αλκοόλ στην εφηβεία μπορεί να είναι σημαντικός, καθώς σήμερα έχει αποδειχτεί ότι οι πιθανότητες ανάπτυξης μιας συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη χρήση του αυξάνονται μέσα από διαδικασίες μάθησης και μίμησης πρακτικών της οικογένειας. Η συσχέτιση ανάμεσα σε ένα ιστορικό αλκοολισμού στην οικογένεια και σε σοβαρές μορφές εξάρτησης αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο της επίδρασης της οικογένειας ως στενού κοινωνικού κυττάρου (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους συνδέεται με την κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς, ενώ προς αυτή την κατεύθυνση «συνεισφέρουν» και άλλοι παράγοντες, όπως η έλλειψη επικοινωνίας, συναισθηματικών δεσμών, ορίων, οι ανεπίλυτες συγκρούσεις και οι αντιθέσεις μέσα στην οικογένεια. Η κατάχρηση αλκοόλ από τους γονείς οδηγεί σε αναποτελεσματικές γονικές πρακτικές, σε κακή σχέση γονέων – παιδιών, σε οικογενειακή δυσλειτουργία και σε αυξημένο περιβαλλοντικό άγχος (Μαδιανός, 2006).

Σε ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε παράλληλα σε τρεις ευρωπαϊκές χώρες (Ιταλία, Ελλάδα, Δανία) έγινε εμφανές ότι τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ είτε αντιμετώπισαν στη διάρκεια της εφηβείας κάποιο σοβαρό οικογενειακό πρόβλημα, όπως διαζύγιο των γονέων, μετανάστευση, φυσική ή συναισθηματική απουσία του πατέρα, είτε παρέστησαν μάρτυρες σε σκηνές σωματικής και λεκτικής κακοποίησης της μητέρας. Οι περισσότεροι ανέφεραν επίσης ότι από την παιδική τους ηλικία είχαν έρθει σε επαφή με το αλκοόλ και 50% αυτών δήλωσε ότι έχει αδέρφια ή συγγενείς αλκοολικούς (Prentiss, 2006).

Η οικογένεια ως πρωταρχικός παράγοντας κοινωνικοποίησης επιδρά έμμεσα ή άμεσα στη στάση και στη συμπεριφορά των νεαρών μελών της, με τη συνεχή

αλληλεπίδραση και τη μίμηση των οικογενειακών προτύπων και πρακτικών. Οι έφηβοι που μεγαλώνουν σε οικογένειες όπου γίνεται κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς έχουν περισσότερες πιθανότητες από άλλους να υιοθετήσουν αυτό το μοντέλο συμπεριφοράς, το οποίο έμαθαν μέσα στην οικογένειά τους και με το οποίο προσπαθούν να διαχειριστούν τις συναισθηματικές τους δυσκολίες, τις ανησυχίες, το άγχος, και τα αδιέξοδά τους (Ποταμιανός, 2005).

Είναι σαφές ότι το φαινόμενο της κατανάλωσης αλκοόλ στην εφηβεία εμφανίζεται και σε οικογένειες στις οποίες κανένας από τους δύο γονείς δεν πίνει. Υπάρχουν αρκετά παιδιά και έφηβοι των οποίων οι γονείς δεν καταναλώνουν αλκοόλ. Κινδυνεύουν ωστόσο να εμφανίσουν το πρόβλημα αλκοολισμού, εάν προέρχονται από δυσλειτουργικές οικογένειες που εμποδίζουν τη φυσιολογική τους ανάπτυξη. Η ζωή σε αυτές τις οικογένειες είναι συχνά χαοτική, απρόβλεπτη, τυχαία και ασυνεπής, και οι σχέσεις μεταξύ των γονέων ιδιαίτερα προβληματικές (Τσαρούχας, 2000).

Συμπερασματικά, λοιπόν, ο κίνδυνος υιοθέτησης από τα παιδιά αρνητικών μορφών συμπεριφοράς όπως η εξάρτηση είναι αυξημένος σε οποιαδήποτε δυσλειτουργική οικογένεια και όχι μόνο σε οικογένειες όπου οι γονείς καταναλώνουν αλκοόλ. Στις δυσλειτουργικές οικογένειες τα παιδιά είναι συχνά παραμελημένα, χωρίς όρια, γίνονται «αποδιοπομπαίοι τράγοι» και έχουν ελάχιστα παραδείγματα σταθερής συμπεριφοράς τα οποία μπορούν να ακολουθήσουν. Σε αυτές τις περιπτώσεις παρατηρείται έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στους γονείς και οι σχέσεις που είναι «παθολογικές» ένα πλαίσιο, δηλαδή, που εμποδίζει τη συναισθηματική ωρίμανση του παιδιού (Μαδιανός, 1989).

Μια προοπτική μελέτη έδειξε ότι η γονική εχθρότητα και η έλλειψη ζεστασιάς σχετίζονται με αυξημένη χρήση αλκοόλ. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά τα οποία προέρχονται από μονογονεϊκές οικογένειες εμφανίζουν πιο συχνά προβληματική συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης αλκοόλ. Το διαζύγιο των γονέων επίσης φαίνεται ότι συνδέεται με την κατάχρηση αλκοόλ ιδιαίτερα μεταξύ των αγοριών. Οι ίδιοι ερευνητές καταδεικνύουν ότι ο δεύτερος γάμος, που αποκαθιστά τη δομή της οικογένειας, είναι περισσότερο ωφέλιμος για τα αγόρια παρά για τα κορίτσια όσον αφορά στην περαιτέρω κατάχρηση αλκοόλ. Επίσης, η παρουσία του πατέρα ή του πατριού μειώνει την επίδραση της πίεσης από φίλους για αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ σε εφήβους που ζουν σε αστικές περιοχές.

Η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών και η απώλεια ενός σημαντικού προσώπου από τη ζωή του παιδιού, ιδιαίτερα αν κάτι τέτοιο συμβεί πριν την ηλικία των 11 χρόνων, αποτελούν επιπλέον παράγοντες επικινδυνότητας (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

Στο επίπεδο ρόλων, μελέτες περιγράφουν έναν πατέρα που μπορεί να είναι αυταρχικός ή βίαιος (συνήθως κάνει χρήση αλκοόλ), αλλά εύκολα ελεγχόμενος από τη μητέρα, ή έναν πατέρα ο οποίος είναι απόμακρος, συναισθηματικά απών και χωρίς ισχύ μέσα στην οικογένεια, σε σύγκριση με την μητέρα η οποία τον αμφισβητεί μέσω του παιδιού (Μάτσα, 2001). Άλλες μελέτες αναφέρονται σε μια μητέρα υπερπροστατευτική, η οποία έχει πέραν του δέοντος επιτρεπτική σχέση με το παιδί – χρήστη και η οποία θεωρεί «ότι το παιδί της ήταν εύκολο στο μέγαλωμα και ποτέ δεν είχε ιδιαίτερα προβλήματα». Γενικά, όταν δεν δίνονται σαφείς κατευθύνσεις και επιτρέπονται αρκετές μορφές συμπεριφοράς χωρίς όρια, αυξάνονται οι πιθανότητες ο έφηβος να εμπλακεί στη χρήση αλκοόλ (Μαδιανός, 2006).

Η χρήση αλκοόλ λειτουργεί «εξισοροποιητικά» για το οικογενειακό σύστημα, επιτρέποντας την έκφραση και λειτουργία ορισμένων συμπεριφορών και απαγορεύοντας άλλες. Το αποτέλεσμα είναι σε ορισμένες οικογένειες η χρήση να θεωρείται μέρος της οικογενειακής ζωής και να δυσκολεύει τα μέλη της να δεχτούν αλλαγές ή να προσαρμοστούν σε νέες καταστάσεις. Μερικές φορές η οικογένεια χρησιμοποιεί ασυνείδητα το πρόβλημα της χρήσης αλκοόλ για να δώσει προσωρινές λύσεις στα προβλήματα που την απασχολούν. Ενώ, από τη μια πλευρά, το ίδιο το οικογενειακό σύστημα μπορεί να συντηρεί τη χρήση αλκοόλ, από την άλλη, αυτή μπορεί να αποτελεί ταυτόχρονα αιτία ή αποτέλεσμα της οικογενειακής δυσλειτουργίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα σημαντικό ποσοστό των χρηστών αλκοόλ ξεκινά την θεραπεία του λόγω οικογενειακών πιέσεων (Prentiss, 2006).

Από τα πιο πάνω στοιχεία φαίνεται ότι το οικογενειακό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην έναρξη χρήσης αλκοόλ. Οι οικογενειακές συγκρούσεις, η κοινωνική απομόνωση, η κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς, η κακοποίηση, συναισθηματική, λεκτική ή σωματική, συνεισφέρουν στην εμφάνιση του φαινομένου. Αν η οικογένεια αποθαρρύνει συνεχώς το παιδί, του ασκεί εξοντωτική κριτική, δεν το εμπιστεύεται και είναι υπερπροστατευτική, οδηγεί τον έφηβο στην απομόνωση και την απογοήτευση. Αν προστεθούν η αδυναμία ειλικρινούς απάντησης στα ερωτήματα των εφήβων, η υποκρισία και η άρνηση ανάθεσης και ενθάρρυνσης των ευθυνών και πρωτοβουλιών, τότε δημιουργείται πιθανόν ένα άτομο που εμφανίζει ανεπτυγμένη

αντικοινωνική συμπεριφορά που μπορεί να εκφράζεται μέσω του αλκοολισμού (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

Ωστόσο, η οικογένεια δεν αποτελεί το μοναδικό εξωγενή παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει τους εφήβους στη χρήση αλκοόλ. Το σχολείο και οι συνομήλικοι μπορούν επίσης να δημιουργήσουν συνθήκες προσφυγής στη χρήση όταν δεν καλύπτουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των εφήβων για κοινωνικοποίηση (Λιάππας, Μέλλος, Πομίни, 2006). Σημαντικοί παράγοντες τους οποίους αναπτύσσουμε σε επόμενο κεφάλαιο της εργασίας μας εκτενέστερα.

3.7 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η χρήση και η κατάχρηση αλκοόλ στην εφηβεία εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στην Ευρώπη, αλλά και σε όλο τον κόσμο. Στην Ελλάδα, σε μεγάλο ποσοστό εφήβων αναφέρεται χρήση και κατάχρηση αλκοόλ, με μεγαλύτερη επίπτωση στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.

Οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη χρήσης του αλκοόλ είναι πολλοί και αφορούν στην οικογένεια, τους συνομηλικούς, τη μη φυσιολογική συμπεριφορά, τη διαφήμιση, σε γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες, ενώ οι λόγοι που οι νέοι πίνουν ξεκινούν από την απλή ευχαρίστηση μέχρι την πεποίθηση ότι ξεπερνούν έτσι τα προσωπικά τους προβλήματα.

Σημαντικό ποσοστό των εφήβων αγνοεί τα ανώτερα επιτρεπτά όρια αλκοόλ, καθώς και τα συμπτώματα της οξείας μέθης, που συχνά μπορεί να είναι απειλητική για τη ζωή, ενώ ο χρόνιος αλκοολισμός είναι πρόβλημα που αφορά και στην εφηβική ηλικία.

Ο αλκοολισμός, ως γνωστό, αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό νόσημα, το οποίο είναι αναγνωρισμένο από παλιά ότι διατρέχει διαγενεακά σε οικογένειες οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά διαταραχών που συνδέονται με το αλκοόλ και κυρίως την κατάχρηση και την εξάρτηση από αυτό. Οι ενδείξεις που συνηγορούν υπέρ της οικογενειακής αυτής μετάδοσης από γενεά σε γενεά έχουν υποστηριχθεί από τις μελέτες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών, στις οποίες έχει αναδειχθεί η ύπαρξη γενετικού παράγοντα που επηρεάζει τη συγκεκριμένη μετάδοση. Το γεγονός αυτό δεν μεταβάλλει την πραγματικότητα ότι η νόσος αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό

σύνδρομο με μια μεγάλη ποικιλία παραμέτρων, οι οποίες επηρεάζουν την ευαλωτότητα του χρήστη για την ανάπτυξη της (Prentiss, 2006).

Χαρακτηριστικό της πολυπλοκότητας είναι ότι η πλειονότητα των αλκοολικών και κυρίως οι εξαρτημένοι δεν έχουν έναν πρώτου βαθμού συγγενή που να είναι εξαρτημένος από το αλκοόλ και το γεγονός αυτό ενδεχόμενα υπογραμμίζει τη σημασία των κοινωνικών, ψυχολογικών, πολιτισμικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην ανάπτυξη του αλκοολισμού (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο με θέμα την αιτιολογία του αλκοολισμού ως προς την χρήση που κάνουν οι νέοι, οφείλουμε να τονίσουμε τα εξής: πρώτον, ο καθένας από τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν δεν οδηγεί αυτόματα και απαραίτητα στον αλκοολισμό, αλλά αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες εκδήλωσής του και, δεύτερον, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι παράγοντες του αλκοολισμού δεν λειτουργούν ατομικά, αλλά συλλογικά. Με άλλα λόγια, αλληλοεξαρτώνται και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να «παραγάγουν» τον αλκοολισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), 70.000.000 άνθρωποι υποφέρουν παγκοσμίως από την εξάρτηση από το αλκοόλ. Επιπλέον, ο ένας στους τέσσερις θανάτους στους Ευρωπαίους άνδρες ηλικίας 15-19 ετών συνδέεται με το οινόπνευμα (WHO, 2001). Μία σχετικά πρόσφατα έρευνα Γάλλων επιστημόνων για την επικινδυνότητα όλων των νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών κατέληξε σε τρεις ομάδες ουσιών, από τις οποίες η πιο τοξική περιλαμβάνει την ηρωίνη, την κοκαΐνη και το αλκοόλ (Prentiss, 2006).

Το αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτό και ευρέως διαδεδομένο, ειδικά μέσω της διαφήμισης. Οι επιπτώσεις όμως υπάρχουν και είναι καταστροφικές τόσο για το άτομο όσο και το περιβάλλον του. Όσο και αν στην Ελλάδα το θέμα του αλκοολισμού μόνο τα τελευταία χρόνια τυγχάνει κάποιας μελέτης, λόγω του μεγάλου αριθμού τροχαίων ατυχημάτων για τα οποία ευθύνεται η χρήση αλκοόλ, οι αλκοολικοί αποτελούν μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού και οι επιπτώσεις που φέρει η κατάχρηση αυτού είναι φανερές κυρίως στις οικογενειακές σχέσεις (Πουλόπουλος, 2005).

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

- ✚ Κοινωνικός τομέας
- ✚ Σωματικός τομέας
- ✚ Ψυχολογικός τομέας

Στον **Κοινωνικό τομέα** αναπτύσσουμε τις επιπτώσεις που έχει η κατανάλωση αλκοόλ από τους νέους και συμπεριλάβαμε ως επί των πλείστων:

- ✚ Τα Οικογενειακά προβλήματα
- ✚ Την Εγκληματική συμπεριφορά - ποινικά αδικήματα

✚ Τα Οικονομικά προβλήματα

✚ Τα Ατυχήματα .

Στον **Σωματικό** και **Ψυχολογικό** τομέα, παραθέτουμε τα προβλήματα που δημιουργεί η υπερβολική και η χρόνια χρήση αλκοόλ στον άνθρωπο γενικότερα.

Όταν η λήψη του αλκοόλ, είναι συνεχής και υπερβολική μπορεί να έχει σοβαρές επιδράσεις σε όλους τους ιστούς του σώματος, είτε έμμεσα είτε άμεσα. Αυτό συμβαίνει, εξαιτίας του ότι πρέπει να προσληφθεί από τον οργανισμό ένα μεγάλο σχετικά ποσοστό για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, αλλά και γιατί το αλκοόλ είναι άκρως υδατοδιαλυτό και έτσι κατανέμεται ταχέως σε όλους τους ιστούς και τα όργανα (Παπαγεωργίου, 2004).

Εφόσον το οινόπνευμα λαμβάνεται σε μεγάλες ποσότητες και για μεγάλο χρονικό διάστημα, είναι δυνατό να προκαλέσει μείωση των ψυχικών και διανοητικών ικανοτήτων του ατόμου και την εκδήλωση ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, που καμιά φορά δεν είναι πια επανορθώσιμες (Μουζάς, 2005).

Στις μέρες μας ο αλκοολισμός αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα. Παρόλο που το ποτό μπορεί να προωθήσει τα ευχάριστα συναισθήματα για λίγες ώρες και να βοηθήσει το άτομο να χαλαρώσει, εντούτοις η μακρόχρονη κατανάλωση οδηγεί πάντα σε μια βαθμιαία επιδείνωση της ψυχικής διάθεσης και της σωματικής ακεραιότητας καθώς επίσης και στην κοινωνική πληρωμή (Λιάππας, Μέλλος, Πομίни, 2006).

4.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

4.2.1 Οικογενειακά προβλήματα

Είναι κοινά αποδεκτό ότι ο αλκοολισμός αποκαλείται συχνά «οικογενειακή ασθένεια», γιατί δεν πλήττει μόνο τον αλκοολικό, αλλά και αυτούς που τον περιστοιχίζουν, επιφέροντας πολλές συνέπειες και στα άλλα μέλη της οικογένειας, τα οποία δεν μπορούν να αγνοήσουν τον αλκοολικό ανάμεσά τους (Ποταμιανός, χ.χ).

Οι αλκοολικές οικογένειες χαρακτηρίζονται από πολλά προβλήματα, τα οποία είναι αποτέλεσμα της κατάχρησης αλκοόλ. Συγκεκριμένα, ο αλκοολισμός συχνά προκαλεί δυσλειτουργίες στη σχέση των μελών μεταξύ τους, όπως αλλαγές στην οριοθέτηση των ρόλων μέσα στην οικογένεια, ανεπαρκείς επικοινωνιακές δεξιότητες και ένα γενικότερο πλαίσιο αλληλεπίδρασης που διαιωνίζει το πρόβλημα (Μαδιανός, 1989).

Τα μέλη της οικογένειας έρχονται αντιμέτωπα με την συμπεριφορά που είναι σύμπτωμα του αλκοολισμού, αν και η συμπεριφορά αυτή μπορεί στην αρχή να μην φαίνεται ότι έχει σχέση με τη χρήση αλκοόλ. Με τον καιρό όμως η οικογενειακή ζωή μπορεί να γίνει δυσβάσταχτη και να μετατραπεί σε καθημερινό μαρτύριο (Ποταμιανός, 2005).

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

Η συμπεριφορά του αλκοολικού προς τα άλλα μέλη της οικογένειας γίνεται βίαιη και απότομη. Η αγάπη και η στοργή λείπει ανάμεσά τους. Επικρατούν τα ψέματα, οι δικαιολογίες, τα μυστικά, τα οποία δημιουργούν ένα τεράστιο συναισθηματικό χάος (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

Η οικογένεια με έναν έφηβο αλκοολικό ζει σ' ένα περιβάλλον με ατμόσφαιρα σύγκρουσης, έντασης και αβεβαιότητας. Οι ανάγκες τους για ζεστασιά, ασφάλεια, ακόμα και για σωματική φροντίδα, πιθανότατα να μην καλύπτονται επαρκώς. Υποφέρουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθουν ότι διαφέρουν από τις άλλες οικογένειες, αισθάνονται ντροπή και κρατούν μυστικό ό,τι συμβαίνει στο σπίτι τους. Γι' αυτό το λόγο είναι πολύ απομονωμένες και λένε πολλά ψέματα για να κρύβουν την αλήθεια. Είναι σχεδόν αδύνατο γι' αυτές να αναπτύξουν αισθήματα αυτοπεποιθήσεως, αν πρέπει συνεχώς να ψεύδονται γι' αυτά που αισθάνονται και σκέπτονται (Prentiss, 2006).

Η οικογένεια ζει συνεχώς μέσα στο φόβο, ότι μπορεί από λάθος να φανερωθεί «το μεγάλο μυστικό». Για να το αποφύγει αυτό, συχνά αποφεύγει και την δημιουργία φιλικών σχέσεων, με αποτέλεσμα να οδηγείται στην μοναξιά. Το μόνο σίγουρο είναι ότι η οικογένεια του αλκοολικού υποφέρει. Οι πιέσεις που δέχονται οι γονείς και τα αδέρφια, η βία και οι οικονομικές δυσκολίες είναι τα πιο κοινά προβλήματα (Τσαρούχας, 2000).

Στις οικογένειες των αλκοολικών ατόμων έχει περιγραφεί το φαινόμενο της επιβάρυνσης (burden), όπως συμβαίνει και στις οικογένειες των χρόνιων ψυχωσικών ασθενών. Γενικά έχει αναφερθεί μια χρόνια δυσλειτουργία, ενώ οι οικογενειακές τελετουργίες (rituals) και η πολιτιστική ομοιότητα διαταράσσονται. Είναι επίσης γνωστό ότι σε τέτοιες οικογένειες επικρατούν αυξημένα επεισόδια βίας και παραπτωματικότητας παιδιών, ενώ ο οικογενειακός προϋπολογισμός επιβαρύνεται από το κόστος των ποικίλων ιατρικών θεραπειών και της αποκατάστασης του πάσχοντος μέλους ή από την απώλεια εργατοωρών των μελών που φροντίζουν το πάσχον μέλος (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

Σύμφωνα με τον Orford (1977), σχετικά με τα παιδιά αλκοολικών γονέων παρατηρεί ότι : επιδεικνύουν συμπεριφορές κατά την εφηβεία, που προμηνύουν την ανάπτυξη του αλκοολισμού. Για εκείνο που δεν είμαστε ακόμη σίγουροι είναι για το εάν είναι γενετικά καθορισμένες ή είναι αποτέλεσμα των πιέσεων (στρες) που δέχονται από το περιβάλλον τους (Ποταμιανός, 2005).

4.2.2 Βία-Εγκληματική συμπεριφορά-Ποινικά αδικήματα

Είναι αναμφισβήτητο γεγονός, ότι το αλκοόλ προκαλεί βία, εγκληματική συμπεριφορά αλλά και ποινικά αδικήματα. Είναι πολύ εύκολο, νέοι που βρίσκονται σε κατάσταση μέθης να οδηγηθούν σε μία παράνομη πράξη, όπως για παράδειγμα στην αυτοδικία αφού δεν έχουν πλέον επίγνωση των πράξεών τους. Ο λόγος μπορεί να είναι μία λέξη που δεν ειπώθηκε σωστά, ένα προσωπικό πρόβλημα, ή ένας μικρός διαπληκτισμός (Thio, 2003).

Ακόμη και για τη βία στα γήπεδα που έχει παρατηρηθεί σε κάποιες χώρες όπως η Αγγλία και η Γερμανία, μπορεί να ευθύνεται το αλκοόλ. Υπάρχουν ομάδες χούλιγκαν, που ως σκοπό έχουν να διαταράξουν την τάξη, και το αλκοόλ παρόξυνε αυτή την συμπεριφορά τους. Έτσι πραγματοποιήθηκε η απαγόρευση του αλκοόλ στα γήπεδα, αν και ο έλεγχος ήταν δύσκολος γιατί πολλοί πήγαιναν με δικό τους ποτό, ή ήταν ήδη πωμένοι (Τσαρούχας, 2002).

Εκτός λοιπόν από τη βία στα γήπεδα, έχει παρατηρηθεί και η διάπραξη εγκληματικών πράξεων, από ανθρώπους που βρίσκονταν υπό την επήρεια αλκοόλ. Οι εγκληματολογικές στατιστικές μελέτες, δείχνουν ότι τουλάχιστον στο 80% των

βίαιων εγκλημάτων εμπλέκεται κατά κάποιον τρόπο το αλκοόλ. Από αυτή την πλευρά, η μέθη αποτελεί σημαντικό παράγοντα (Thio, 2003).

Ο Πρόεδρος του «Vie Libre» στη Γαλλία, Daniel Dabit, αναφέρει χαρακτηριστικά :

«Η βία, τα εγκλήματα, οι βιασμοί δεν γίνονται πάντα από αλκοολικούς αλλά συχνά γίνονται από κάποιους που νωρίτερα είχαν ήδη καταναλώσει αλκοόλ και βρέθηκαν εκτός ελέγχου». Αρκεί να κάνουμε ένα γύρο στις φυλακές. Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους οι οποίοι βρίσκονται εκεί, δεν είναι αλκοολικοί. Απλώς κάποια στιγμή ήπιαν πολύ και διέπραξαν εγκλήματα εξαιτίας αυτής της ουσίας» (Ποταμιάνος, χ.χ).

Το αλκοόλ χρησιμοποιείται στην εφηβεία, η οποία είναι μεταβατική περίοδος πριν την ενηλικίωση, ως ένα όχημα για την αντιμετώπιση των διαφόρων νέων και αγχωδών καταστάσεων που απαιτούν προσαρμογή. Ο έφηβος, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της «ενηλικίωσης», πολλές φορές καταφεύγει στην αυξημένη χρήση/κατάχρηση αλκοόλ. Ο τρόπος αντίδρασης του στις δυσκολίες σχετίζεται με τρόπους που έχει «διδασθεί» από το σπίτι, δηλαδή από τους γονείς του, προκειμένου να αντιμετωπίζει τα προβλήματα (Prentiss, 2006). Όταν οι αρνητικοί τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων, όπως η «αποφυγή», επικρατούν, τότε διαμορφώνεται ένα μοντέλο (τρόπος αντίδρασης) βίαιο ή παρορμητικό, που εκθέτει τον έφηβο σε συνθήκες αυξημένου κινδύνου. Συχνά η οργάνωση της προσωπικότητας στην εφηβική ηλικία, καθώς δεν είναι παγιωμένη, αποτελεί πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη βίαιων και επιθετικών συμπεριφορών, οι οποίες συνδέονται με κατάχρηση αλκοόλ (Μαδιανός, 2006).

Τα αρνητικά συναισθήματα, που συνήθως συνοδεύουν αυτές τις ψυχολογικές στάσεις και τα οποία αποτελούν σημαντικό τμήμα της προσωπικότητας, συνδέονται με έντονο stress και συναισθηματικές συγκρούσεις, οι οποίες ενισχύουν την προβληματική σχέση με το αλκοόλ που σε πρώτο επίπεδο έχει ο έφηβος. Το πλαίσιο που περιγράφηκε, αυξάνει τις πιθανότητες ο έφηβος να οδηγηθεί σε παραβατικές συμπεριφορές και διαταραχές συμπεριφοράς, μέσω της δυσκολίας ελέγχου καταστροφικών ή παρορμητικών συμπεριφορών που συνδέονται ή σχετίζονται με κατάχρηση/εξάρτηση από το αλκοόλ (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

Σε αρκετές μελέτες, το έγκλημα, η παραβατικότητα και η κατάχρηση/εξάρτηση συμβαδίζουν. Σημαντικές προσπάθειες καταβάλλονται προς την κατεύθυνση της μείωσης της παραβατικότητας και της βίαιης συμπεριφοράς μέσω της μείωσης της κατανάλωσης αλκοόλ. (Thio, 2003) Η βίαιη συμπεριφορά υπό

την επίδραση του αλκοόλ εμφανίζεται σχεδόν σε όλες τις κοινωνικές δραστηριότητες. Το αλκοόλ είναι γνωστό ότι έχει ιδιαίτερο ρόλο στην έκλυση βίαιης συμπεριφοράς (ετεροκαταστροφικής και αυτοκαταστροφικής). Ιατροδικαστικά δεδομένα επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι οι περισσότερες επιτυχείς απόπειρες αυτοκτονίας συμβαίνουν υπό την επίδραση λήψης μεγάλης ποσότητας αλκοόλ (Πουλόπουλος, 2005).

Στην επιθετική (ετεροκαταστροφική) συμπεριφορά και τη συνεπαγόμενη εγκληματικότητα, έχει καταδειχθεί ερευνητικά σε ψυχοιατροδικαστικές και εγκληματολογικές μελέτες, καθώς και σε εργαστηριακά πειράματα, συσχέτιση τόσο με τη χρήση όσο και με την κατάχρηση αλκοόλ. Οι μελέτες έχουν πλέον επικεντρωθεί στην προσπάθεια διασαφήνισης του μηχανισμού με τον οποίο το αλκοόλ προάγει τη βιαιότητα και την εγκληματικότητα. Η άρση αναστολών και η παρορμητικότητα αναμφισβήτητα έχουν σημαίνοντα ρόλο. Είναι πιθανό η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ να οδηγεί το άτομο σε αδυναμία διάκρισης του κινδύνου εμπλοκής σε βίαιες και εγκληματικές πράξεις (Πουλόπουλος, 2005). Η εγκληματικότητα η οποία οδηγεί σε φυλάκιση έχει συνδεθεί με την αυξημένη καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ πριν από τη φυλάκιση, τη μέση εξάρτηση βαρύτητας από το αλκοόλ, καθώς και με σοβαρά προβλήματα ψυχοκοινωνικά προβλήματα συνδεόμενα με την χρήση αλκοόλ. Ένα σημαντικό ποσοστό των κρατουμένων για βίαιη εγκληματική συμπεριφορά ανέφερε ότι διέπραξε τις πράξεις αυτές σε φάση τοξίκωσης από διάφορες ουσίες, μεταξύ των οποίων και το αλκοόλ (Prentiss, 2006).

Η κατάχρηση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο όχι μόνο επιθετικής συμπεριφοράς, αλλά και θυματοποίησης: κάποιος που κάνει κατάχρηση αλκοόλ είναι πιθανό όχι μόνο να γίνει βίαιος, αλλά -σε μεγάλο βαθμό- να πέσει και ο ίδιος θύμα βίας. Η αμφίδρομη αυτή σχέση υπογραμμίζεται από το γεγονός ότι, στα θύματα φόνου, σε ποσοστό πάνω από 40% ανιχνεύεται αλκοόλ στο αίμα τους (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

Η ερμηνεία της σχέσης παραβατικότητας-επιθετικότητας και αλκοόλ δεν είναι εύκολη. Η σχέση αυτή μπορεί να είναι συνέπεια της δράσης του αλκοόλ στον εγκέφαλο, να οφείλεται σε χαρακτηριστικά των ίδιων των χρηστών ή να είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού των παραπάνω (Thio, 2003). Η δράση, δηλαδή, του αλκοόλ δεν επιτυγχάνεται μέσω μόνο μιας οδού. Οι πιο επιστημονικά τεκμηριωμένες «οδοί» δράσης του αλκοόλ περιγράφονται ως εξής:

- ✚ Αμιγώς βιολογικά, η κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί άρση των αναστολών (disinhibition). Άρση αναστολών σημαίνει ότι συμπεριφορές που υπό φυσιολογικές συνθήκες θα περιορίζονταν μέσα στο πλαίσιο των κοινωνικών ορίων, στη φάση τοξίκωσης δεν ελέγχονται. Αυτό οφείλεται σε άμεση δράση του αλκοόλ στον εγκέφαλο και ιδιαίτερα στις περιοχές που έχουν πειραματικά συσχετιστεί με τον έλεγχο και την αυτοσυγκράτηση (μετωπιαίος λοβός κ.λπ.). Το αλκοόλ ελαττώνει την αίσθηση του φυσικού και κοινωνικού αντίκτυπου της επιθετικότητας (Παπαγεωργίου, 2004).
- ✚ Σύμφωνα με την θεωρία της κοινωνικής μάθησης, οι άλλοι προσδοκούν από το χρήστη αλκοόλ μια αυξημένη επιθετική συμπεριφορά με την κατανάλωση αλκοόλ. Αρκετοί χρήστες αλκοόλ έχουν εξοικειωθεί στην ανάπτυξη επιθετικότητας και αντικοινωνικής παρορμητικότητας με την κατανάλωση της ουσίας (Μαδιανός, 1989).
- ✚ Επίσης, έχει προταθεί ότι η υπερβολική χρήση αλκοόλ προκαλεί ένα «μυωπικό» αποτέλεσμα, όπου η προσοχή κατανέμεται κυρίως στα πιο έκδηλα και προκλητικά ερεθίσματα μιας συγκεκριμένης κατάστασης. Από αυτά τα ερεθίσματα υποκινείται μια δυσανάλογα αντιδραστική συμπεριφορά. Το αλκοόλ αυτό καθεαυτό έχει βρεθεί ότι σωματικά εμφανίζει ένα κατευναστικό αποτέλεσμα, αλλά ψυχολογικά φαίνεται να έχει ένα διασπαστικό αποτέλεσμα (Prentiss, 2006).

Όλες οι παραπάνω απόψεις τονίζουν την πολυπλοκότητα και τη μεγάλη σημασία των αλληλεπιδράσεων του περιβάλλοντος, της προσωπικότητας και της αμιγώς βιολογικής δράσης του αλκοόλ στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Τα εγκλήματα βίας από την επήρεια αλκοόλ θα μπορούσαν να αναλυθούν από τη σκοπιά της θεωρίας της επιθετικής συμπεριφοράς. Έχει επισημανθεί ότι στα εγκλήματα βίας, που είναι συνήθη στους αλκοολικούς, φαίνεται να υπάρχει συχνή σύνδεση με προνοσηρά επιθετικά χαρακτηριστικά. Οι επιθετικοί και βιαιοπραγούντες αλκοολικοί είχαν συχνότερα μια βίαιη παιδική ηλικία, σε υψηλότερη αναλογία πατέρα με πρόβλημα αλκοολισμού και έναρξη χρήσης αλκοόλ σε μια πρώιμη περίοδο της ζωής τους (Μαδιανός, 2006).

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να τονιστεί ότι κάτω από την επίδραση της συστηματικής χρήσης αλκοόλ, υποβαθμίζεται το διανοητικό και ηθικό επίπεδο του ανθρώπου και διαμορφώνεται ένας τύπος άπληστου . Παραμερίζεται κάθε ενδιαφέρον

και το μόνο που κυριαρχεί είναι η τάση για συνεχή χρήση οινοπνευματωδών (Λιάππας, Μέλλος, Πομίνι, 2006).

Κύριο κίνητρο της συμπεριφοράς του αλκοολικού γίνεται η εξασφάλιση των μέσων για την απόκτηση οινοπνευματωδών ποτών. Παράλληλα γίνεται αντικατάσταση του παλιού κοινωνικού περιβάλλοντος με νέο κύκλο ανθρώπων που έχουν παρόμοια στάση (Μάτσα, 2001).

Εξασθενούν οι δεσμοί με τους οικογενειακούς φίλους και συναδέλφους στην εργασία και στη θέση τους αναπτύσσονται ύποπτες γνωριμίες με άτομα που βγάζουν χρήματα εκμεταλλευόμενα διάφορες περιστάσεις που κάνουν οικονομικές καταχρήσεις, απάτες, ληστείες (Thio, 2003).

Για παράδειγμα στη Γαλλία σε εγκληματίες που καταδικάστηκαν με ποινές πάνω από 3 έτη και σε σύνολο 250 κρατουμένων στις φυλακές Fresnes , το 29% ήταν χρόνοι αλκοολικοί, το 8% σε κατάσταση μέθης και το 22% απόγονοι αλκοολικών δηλαδή συνολικά 61% (Τσαρούχας, 2000).

4.2.3 Οικονομικές επιπτώσεις

Διευρύνοντας τις οικονομικές επιπτώσεις που έχει η κατάχρηση αλκοόλ όχι μόνο από τους εφήβους αλλά και από μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, παρατηρούμε ότι κοστίζει χρήματα το να πίνει κάποιος και ακόμη περισσότερο το να πίνει πολύ και καθημερινά . Ο πιο « βαρύς» πότης μπορεί να προστατευθεί τουλάχιστον για λίγο από την οικονομική δυσχέρεια και τα χρέη , τα οποία γρήγορα όμως θα κάνουν πολύπλοκη τη συνήθεια του ποτού στον πότη ο οποίος μόλις μετά βίας προσπαθεί να ανταπεξέλθει (Prentiss, 2006).

Όταν τα χρήματα του αλκοολικού τελειώσουν, μπορεί τότε είναι ο γραμματέας της εταιρίας που θα κλέψει από τον ισολογισμό , ο εργάτης που θα κλέψει από το εργοστάσιο και η υπάλληλος που θα κλέψει από το κατάστημα τροφίμων.

Επίσης τα μέλη της οικογένειας μπορεί να υποφέρουν όσο και ο πότης από πλευράς στέγης. Η οικογένεια μπορεί να καταφέρει να βολευτεί σε νοικιασμένο οίκημα εάν ο πότης φύγει , αλλά μπορεί να είναι δύσκολο αν αυτός είναι ο συντηρητής της οικογένειας. Ο προβληματικός πότης, ο οποίος φεύγει να ζήσει μόνος

του , μπορεί να κατέβει τη στεγαστική ποιοτική κλίμακα και να καταλήξει να ζει σε οίκημα αστέγων. Αυτά τα προβλήματα σπανίως συμβαίνουν ανεξάρτητα και συνήθως οι προβληματικοί πότες έχουν μια σειρά από σχετιζόμενα φυσικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που ορθώνονται από το αλκοόλ (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

Οι οικονομικές επιπτώσεις στο άτομο είναι μεγάλες όταν επρόκειτο για ατύχημα προκαλούμενο από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Είναι ιδιαίτερα αισθητές από την σκοπιά της απώλειας εισοδήματος των χαμένων ημερών εργασίας και το κόστος των νοσηλείων, από τα ατυχήματα όπου το άτομο είναι το θύμα και από την ανεργία που προκαλείται από την επακόλουθη ασθένεια (ΕΚΤΕΠΝ, 2005).

4.2.4 Ατυχήματα

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

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

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

(Λιάππας, Μέλλος, Πομίни, 2006).

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

Ένας «πιωμένος» οδηγός δημιουργεί πάνω από 6 φορές περισσότερους νεκρούς και σοβαρά τραυματισμένους από ότι ένας οδηγός που δεν έχει πει. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι πάνω από το 45% των νεκρών σε τροχαία ατυχήματα,

συμπεριλαμβανομένων και των πεζών, έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με τη χρήση αλκοολούχων ποτών (Ελληνική Αστυνομία, 2005).

Η αλκοόλη μειώνει την ικανότητα οδήγησης, διότι :

- ✚ Δημιουργεί κενά προσοχής
- ✚ Μειώνει το συντονισμό και την επιδεξιότητα των κινήσεων
- ✚ Μειώνει την ικανότητα όρασης
- ✚ Κάνει τα μάτια πολύ ευαίσθητα σε φώτα αντίθετων ερχόμενων αυτοκινήτων
- ✚ Μειώνει το πεδίο όρασης
- ✚ Δημιουργεί κόπωση, υπνηλία και αυξάνει το χρόνο αντίδρασης
- ✚ Δημιουργεί συναίσθημα ευφορίας (υπερεκτίμηση δυνατοτήτων)
- ✚ Δημιουργεί επικίνδυνες καταστάσεις σε προϋπάρχουσες παθήσεις (διαβητικούς ,υπερτασικούς κ.λπ.)
- ✚ Επιδρά στην ψυχική σφαίρα (Prentiss, 2006).

Οι δράσεις αυτές της αλκοόλης είναι δυνατόν να εμφανιστούν και μετά από τη λήψη μικρών ποσοτήτων αλκοόλης , ενώ τραγικά θύματα του αλκοόλ αποτελούν οι συγγενείς των νεκρών ή των τραυματιών από τροχαία , καθώς αυτοί συνεχίζουν να ζουν με τις συνέπειες της καταστροφής (Ποταμιανός, 2005).

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

✚ **« Όταν πιω, οδηγώ καλύτερα » .**

Η αλκοόλη δημιουργεί ψευδαισθήσεις ικανοτήτων , εφορία και κακή εκτίμηση των κινδύνων

✚ **« Εμένα δεν με πιάνει το ποτό »**

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

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

Όλοι μας θεωρούμε τους εαυτούς μας «άριστους οδηγούς». Παρόλα αυτά μελέτες με οδηγούς αγώνων και ράλι έχουν δείξει ότι και οι ικανότατοι οδηγοί επηρεάζονται το ίδιο άσχημα από την αλκοόλη. Φυσικά ένας πολύ καλός οδηγός πιθανώς να

αντιδράσει καλύτερα, αλλά αυτό δεν αποτελεί κανένα κανόνα και καθόλου δεν μπορεί να βασιστεί κανείς στις ικανότητές του

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

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

4.3 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Όταν η λήψη του αλκοόλ, είναι συνεχής και υπερβολική μπορεί να έχει σοβαρές επιδράσεις σε όλους τους ιστούς του σώματος, είτε έμμεσα είτε άμεσα. Αυτό συμβαίνει, εξαιτίας του ότι πρέπει να προσληφθεί από τον οργανισμό ένα μεγάλο σχετικά ποσοστό για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, αλλά και γιατί το αλκοόλ είναι άκρως υδατοδιαλυτό και έτσι κατανέμεται ταχέως σε όλους τους ιστούς και τα όργανα (Martini, Bode, 1970).

Το αλκοόλ απορροφάται από τον γαστρεντερικό σωλήνα και λειτουργεί σαν δηλητήριο σε όλα τα όργανα του σώματος περισσότερο όμως στον εγκέφαλο. Μικρές ποσότητες αλκοόλ προκαλούν εγκεφαλικές διαταραχές, ενώ μεγαλύτερη ποσότητα προκαλεί εξασθένηση της μνήμης (Pequignot, Chabert, Eydoux, Courcou, 1974).

Το αλκοόλ είναι κατασταλτικό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και ελαττώνει τον αυτοέλεγχο με αποτέλεσμα άνθρωποι λιγόλογοι να γίνονται ομιλητικοί, να αδιαφορούν για την εμφάνισή τους, να βγάζουν τα ρούχα τους, να χορεύουν, να πηδούν, να γελάνε, να επιζητούν καυγάδες, γενικά οι φυσικές, κοινωνικές και προσωπικές αναστολές καταργούνται με το αλκοόλ, δηλαδή πίνοντας αλκοόλ, οι χρήστες χαλαρώνουν και απελευθερώνονται (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

Με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών ο χρήστης έχει την τάση να αυξάνει την σεξουαλική διέγερση, ενώ μειώνει την σεξουαλική εκτέλεση. Ο αλκοολικός προχωρεί στην ικανοποίηση των σεξουαλικών ορέξεων χωρίς ή με ελαττωμένη επίγνωση των πράξεών του (Thio, 2003).

Μερικές από τις έμμεσες δράσεις του αλκοόλ είναι αποτέλεσμα της αιθυλικής αλκοόλης η οποία αλληλεπιδρά με ένζυμα, οδηγώντας σε νεφρική και ηπατική δυσλειτουργία (Taylor, 1981). Το αλκοόλ άλλωστε, δεν έχει θρεπτική αξία πέραν του ενεργειακού περιεχομένου. Σε αντίθεση με τη διεργετική δράση που έχει ένα ποτό πριν από το φαγητό, συμβάλλοντας στην αύξηση της όρεξης, οι υψηλές ποσότητες λήψης αλκοόλ καταστέλλουν την όρεξη και παρεμποδίζουν την ικανοποιητική απορρόφηση των αμινοξέων, βιταμινών, και άλλων θρεπτικών συστατικών, οδηγώντας στη δυσθρεψία. Αν και το αλκοόλ δεν έχει αποδειχθεί ακόμη ως καρκινογόνο, είναι ένα καλό διαλυτικό μέσο για γνωστά καρκινογόνα και έτσι μπορεί να συμβάλλει στην κυκλοφορία τους και επομένως στις μεταστάσεις (Prentiss, 2006).

Ενδεικτικά μόνο, αναφέρουμε, ότι όσον αφορά τις σωματικές-οργανικές επιπτώσεις του αλκοόλ, επεκτείνονται σε όλους τους ιστούς του σώματος, και οι ανεπιθύμητες ενέργειές του, μπορούν να εξαπλωθούν στο γαστρεντερικό σύστημα, στο καρδιαγγειακό, στο αναπνευστικό, στο γεννητικό, στο ουροποιητικό, στο ερειστικό σύστημα. Ταυτόχρονα, μπορούν να παρατηρηθούν και διάφορες ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές, προβλήματα στο αίμα και στον εγκέφαλο αλλά και διάφορες νευρολογικές διαταραχές (Μουζάς, 2005).

Η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει:

- ✚ Στον εγκέφαλο βλάβη της παρεγκεφαλίδας, ζαλάδες, θολή σκέψη, τρίκλισμα, μπέρδεμα στην ομιλία.
- ✚ Στα μάτια θολή όραση.
- ✚ Στο πεπτικό σύστημα προκαλείται γαστρίτιδα, έλκη του στομάχου και του δωδεκαδάχτυλου, καρκίνους του πεπτικού συστήματος, οξεία παγκρεατίτιδα.
- ✚ Στην καρδιά η κατάχρηση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο καρδιοπάθειας.
- ✚ Στα νεύρα το αλκοόλ έχει την δυνατότητα να σταματήσει την σωστή λειτουργία τους.
- ✚ Στις φλέβες-αρτηρίες το αλκοόλ επηρεάζει την σωστή λειτουργία τους με αποτέλεσμα την εμφάνιση πονοκεφάλων και υποθερμίας (Σολδάτος, Λύκουρας, 2006).
- ✚ Οι ηπατικές βλάβες είναι η πιο γνωστή συνέπεια από την κατάχρηση αλκοόλ και αυτό συμβαίνει επειδή η μεγάλη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει ο χρήστης περνά από το συκώτι. Η κύρωση του ήπατος είναι το τελευταίο στάδιο μιας χρόνιας ηπατικής αλκοολικής βλάβης. Οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην κύρωση (Martini, Bode, 1970).

- ✚ *Εγκεφαλοπάθεια Wernicke*: είναι χαρακτηριστική συμπτωματολογική τριάδα του συνδρόμου, δηλαδή απώλεια της μνήμης, οφθαλμοπληγία (αδυναμία των ματιών να ελέγχουν την κίνηση των οφθαλμών) και αταξία (πτώση ή ανικανότητα του ατόμου να περπατήσει ή να σταθεί όρθιο). Το σύνδρομο μπορεί να οδηγήσει σε κώμα ή και στο θάνατο, βέβαια είναι αρκετές οι περιπτώσεις που θεραπεύονται, ενώ συχνά καταλήγει σε σύνδρομο Korsakoff (Μάνος, 1997).
- ✚ *Σύνδρομο Korsakoff*: η νόσος οφείλεται στην έλλειψη βιταμίνης Β₁. Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι ανεπάρκεια βραχυχρόνιας (πρόσφατης) μνήμης και ιδιαίτερα αδυναμία δημιουργίας νέων αναμνήσεων, δηλαδή πρόκειται για αμνησία από την έναρξη της διαταραχής και έπειτα. Συνήθως οι ασθενείς καταφεύγουν στην μυθοπλασία, δηλαδή απαντούν στις ερωτήσεις κατασκευάζοντας τις απαντήσεις για να γεμίσουν τα κενά που έχουν. Αυτά που λένε μπορεί να μην είναι απόλυτα λανθασμένα αλλά να είναι κανονικές αναμνήσεις συγχυσμένες με μερικές πρόσφατες. Από το σύνδρομο Korsakoff μόνο το 25% έχει αναρρώσει πλήρως αφού έχει διακόψει το αλκοόλ και τρέφεται σωστά (Μαδιανός, 2006).

Η ζωή ενός αλκοολικού είναι μειωμένη κατά 15 χρόνια του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1999 κατέταξε το αλκοόλ στην 4^η θέση ως αιτία θανάτου παγκοσμίως (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

4.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Είναι γνωστό ότι το φαινόμενο της κατάχρησης εξάρτησης από το οινόπνευμα, είναι πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό. Ανάμεσα στους διάφορους αιτιολογικούς παράγοντες (γενετικούς, ατομικούς, οικογενειακούς και κοινωνικοπολιτισμικούς) η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας φαίνεται να διαδραματίζει ιδιαίτερο ρόλο και να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την εξέλιξη του προβλήματος. Εφόσον το οινόπνευμα λαμβάνεται σε μεγάλες ποσότητες και για μεγάλο χρονικό διάστημα, είναι δυνατό να προκαλέσει μείωση των ψυχικών και διανοητικών ικανοτήτων του ατόμου και την

εκδήλωση ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, που καμιά φορά δεν είναι πια επανορθώσιμες (Ποταμιανός, 2005).

Η πιο απλή και επανορθώσιμη διαταραχή της ψυχικής λειτουργίας είναι η κατάσταση μέθης. Δεν συνδέεται απαραίτητα με εξάρτηση από το αλκοόλ, μπορεί όμως να έχει δυσάρεστα επακόλουθα, τόσο στο σωματικό, όσο και στο κοινωνικό επίπεδο. Η μέθη είναι «περαστική» εφόσον σταματήσει η δράση του οινοπνεύματος στον εγκέφαλο. Κύρια χαρακτηριστικά της «περαστικής» αυτής «ψυχωτικής κατάστασης» είναι η εύθυμη διάθεση, η οποία δημιουργεί ένα αυξημένο αίσθημα αυτοπεποίθησης, η ψυχοκινητική ανησυχία, η διευκόλυνση της επικοινωνίας, η ελάττωση της κριτικής σκέψης, «μεγάλες» ιδέες, εξασθένηση μνήμης, η ελάττωση της ικανότητας διακρίσεως των χρωμάτων κ.λ.π. (Μουζιάς, 2005).

Σε μεγάλα όμως χρονικά διαστήματα κατανάλωσης οινοπνεύματος, εμφανίζεται η ναρκωτική δράση του οινοπνεύματος που συνδέεται συνήθως από κατάθλιψη και ελαφρά παράλυση κεντρικών νευρικών λειτουργιών όπως δυσκολία στο βάδισμα, την ομιλία κ.λπ. (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002).

Εκτός από την απλή μέθη, σε πολλά άτομα η δράση του οινοπνεύματος παρουσιάζεται σαν «παθολογική μέθη». Το άτομο δεν ελέγχει τις ψυχοκινητικές του λειτουργίες, τα χέρια του τρέμουν και δυσκολεύεται να γράψει ευανάγνωστα. Συνήθως ψεύδεται για το πάθος του και φτάνει στο σημείο να κλέψει αν δεν έχει τα χρήματα για να εξοικονομήσει το ποτό του. Επίσης, παραγνωρίζει την πραγματικότητα και συχνά παρουσιάζονται φανταστικές ιδέες και οπτικοακουστικό παραλήρημα. Αυτά συνδέονται συνήθως από υπέρμετρο θυμό, άγχος, επιθετικότητα και μνησικακία. Μερικοί εκδηλώνουν επιθετικές τάσεις ή τάσεις αυτοκτονίας καθώς και κακοποίηση άλλων από τις παρενέργειες του αλκοόλ. Αυτή η κατάσταση της σύγχυσης καταλήγει τις περισσότερες φορές σε βαθύ ύπνο και απόλυτη αμνησία, που περιλαμβάνει σχεδόν ολόκληρα τα χρονικά όρια της μέθης (Prentiss, 2006).

Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες επισημαίνουν ότι ποσοστό έως και 70% των αλκοολικών εμφανίζουν συμπτώματα άγχους, κακής διάθεσης, μανιακόμορφες συνδρομές, ψυχωσικές καταστάσεις, αντικοινωνικού τύπου συμπεριφορές καθώς και κατάχρηση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (Παπαγεωργίου, 2004).

Σε ένα αξιοσημείωτο ποσοστό εξ' αυτών που καταγράφεται, πληροί κριτήρια μείζονος ψυχιατρικής διαταραχής και κυρίως με τέσσερις κλινικές ψυχιατρικές οντότητες:

✚ **Ψυχωσικές διαταραχές:** Η χρόνια και σημαντική χρήση οινόπνευματος μπορεί να προκαλέσει μία κατάσταση παρανοϊδούς ετοιμότητας η οποία μπορεί να κυμαίνεται από μια απλή καχυποψία μέχρι και το επίπεδο παραληρηματικών ιδεών παρανοϊκού τύπου. Αυτή είναι η κλινική οντότητα που αναφέρεται ως αλκοολική παράνοια σε παλαιότερα ψυχιατρικά εγχειρίδια και στο DSM IV καταγράφεται ως ψυχωσική διαταραχή προκαλούμενη από το οινόπνευμα. Επίσης η κατάχρηση οινόπνευματος μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη αντιληπτικού τύπου διαταραχών και αυτή η κατάσταση γνωστή παλαιότερα ως αλκοολική ψευδαισθήτωση, αποτελεί τη δεύτερη κατά το DSM IV μορφή αλκοολικής ψύχωσης (Μάνος, 1997).

Σύμφωνα με διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα ποσοστό έως και 5% των αλκοολικών θα εμφανίσει περιστασιακά παρανοϊκού τύπου ιδέες ή και αντιληπτικές διαταραχές (Ποταμιανός, 2005).

Το φαινόμενο των αντιληπτικών διαταραχών που προκαλούνται από την κατάχρηση οινόπνευματος, περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Marcel (1847), ο όρος όμως αλκοολική ψευδαισθήτωση αποδίδεται στον Bleuer (Μαδιανός, 2006).

Κύρια χαρακτηριστικά των ψυχωσικών διαταραχών είναι η οξεία έναρξη του αλκοολισμού, η επικράτηση ακουστικών ψευδαισθήσεων καθώς και η σύντομη διάρκεια της διαταραχής (Μάνος, 1997).

✚ **Συναισθηματικού τύπου διαταραχές:** Διάφορες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό έως και 80% των αλκοολικών αναφέρουν συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής, ενώ τουλάχιστον το 1/3 από αυτούς εμφανίζουν κλινική εικόνα που εμπίπτει στα πλαίσια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Ωστόσο αυτή η συμπτωματολογία αντιπροσωπεύει μια ετερογενή κλινική ομάδα η οποία συνδέεται με διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες, έχει διαφορετική πρόγνωση και χρειάζεται διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση (Prentiss, 2006). Είναι γεγονός ότι τα παιδιά των αλκοολικών, φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν εξαρτητική συμπεριφορά σε σχέση με το αλκοόλ αλλά όχι και συναισθηματικού τύπου διαταραχές. Συγκριτικά πάντοτε με το γενικό πληθυσμό καθώς επίσης ότι δεν παρατηρείται συσχέτιση ανάμεσα στην παιδική κατάθλιψη και τον αλκοολισμό στην ενήλικη ζωή (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

✚ **Διπολική διαταραχή** : Δεδομένα από επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ έδειξαν ότι ποσοστό 60% των διπολικών ασθενών τύπου 1 αναφέρουν κατάχρηση ουσιών κάποια στιγμή στη ζωή τους. Από αυτούς τους ασθενείς ποσοστό έως και 33% ανέφερε προβλήματα κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα. Στους διπολικούς ασθενείς τύπου 2, η διάγνωση της ουσιοεξάρτησης κάποτε στη ζωή τους αναφέρεται σε ποσοστό 49% και από αυτούς σε ποσοστό 80% φαίνεται ότι το οινόπνευμα αποτελεί μία από τις ουσίες κατάχρησης (Ποταμιανός, 2005).

✚ **Αγχώδεις Διαταραχές**: Η άποψη ότι η χρήση οινοπνεύματος μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του άγχους και στη βελτίωση της διάθεσης επικρατεί ευρέως στην κοινή γνώμη και όχι μόνο. Κλινικές έρευνες δείχνουν όμως ότι αυτό ισχύει μόνο για μικρές ποσότητες χρήσης οινοπνεύματος καθώς η μεγάλη και συστηματική χρήση προκαλεί άγχος και ανησυχία, εναλλαγές στη διάθεση και επίταση του δυσφορικού και καταθλιπτικού συναισθήματος (Παπαγεωργίου, 2004). Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι ακόμη και η μέτρια χρήση ποσοτήτων οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει την επόμενη μέρα συμπτώματα τάσης και αισθήματα άγχους και κατάθλιψης. Η απότομη διακοπή του οινοπνεύματος προκαλεί σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης τα οποία διαρκούν 4-5 μέρες περίπου ενώ συχνά ακολουθεί μία περίοδος διάρκειας έως και λίγων μηνών κατά την οποία ο πρώην αλκοολικός εμφανίζει ήπια αγχώδη/καταθλιπτική συμπτωματολογία καθώς και μεγάλη αστάθεια στην νευροφυτική ισορροπία (Μουζιάς, 2005).

✚ **Διαταραχές Προσωπικότητας**: Παρά το γεγονός ότι σήμερα είναι κοινώς αποδεκτό ότι δεν υπάρχει ένας τύπος της προσωπικότητας που να προδικάζει την ύπαρξη της αλκοολικής κατάχρησης, οι διαταραχές της προσωπικότητας φαίνεται να παίζουν σημαντικό διαμορφωτικό ρόλο τόσο στην παθογένεση όσο και στην πρόγνωση των αλκοολικών καταστάσεων (Μάνος, 1997). Οι συχνότερες διαταραχές της προσωπικότητας που φαίνεται να συνδέονται με τον αλκοολισμό είναι η **παρανοειδής** (7%-44%), η **αντικοινωνική** (3%-47%), η **μεθοριακή** (2%- 32%), η **οιστριονική** (6%-34%), η **αποφευκτική** (2%-32%) και η εξαρτητική (4%-29%) (Μαδιανός, 2006).

Οι αλκοολικοί ασθενείς με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας φαίνεται να έχουν νεότερη ηλικία έναρξης της αλκοολικής εξαρτητικής συμπεριφοράς. Περισσότερες παραβατικού τύπου συμπεριφορές σχετιζόμενες με το αλκοόλ, πιο πολλά εργασιακά και κοινωνικού τύπου προβλήματα, μεγαλύτερη ημερήσια κατανάλωση οινοπνεύματος καθώς και περισσότερες πιθανότητες κατάχρησης και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (Μάνος, 1997).

4.5 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Οι κίνδυνοι από την κατάχρηση αλκοόλ στους έφηβους περιλαμβάνουν την αντικοινωνική συμπεριφορά (εσωστρέφεια, συναισθηματική απομάκρυνση, ανειλικρίνεια, κατάσταση απουσίας ελέγχου) και ριψοκίνδυνη συμπεριφορά (διέγερση, μείωση κριτικής ικανότητας, παρορμητικότητα, αμνησία, μείωση αντίληψης, συσκότιση, sex χωρίς προφυλάξεις, χρήση και άλλων τοξικών ουσιών και αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα) (Prentiss, 2006). Οι τρεις κύριες αιτίες θανάτου και αναπηρίας μεταξύ των εφήβων είναι ο τραυματισμός από ατύχημα, η αυτοκτονία και η δολοφονία. Τρομακτικό είναι το γεγονός ότι το αλκοόλ συμβάλλει στο 25-50% των εφηβικών ατυχημάτων, των δολοφονιών και των αυτοκτονιών (Παπαδόπουλος, 1997).

Η συχνή κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ μπορεί να βλάψει το ήπαρ, την καρδιά και τον εγκέφαλο. Οι κίνδυνοι για τη σωματική υγεία εξαρτώνται από την ποσότητα της κατανάλωσης (Goodwin, 1977).

Το αλκοόλ είναι κατασταλτικό του ΚΝΣ. Σε μικρές δόσεις προκαλεί χαλάρωση και διέγερση, με εμφανή επίδραση στην κρίση. Σε μεγαλύτερες δόσεις προκαλούνται διαταραχές της άρθρωσης, της ομιλίας, του βαδίσματος, της συμπεριφοράς και της επαφής με το περιβάλλον. Λήθαργος και κόμα είναι επιπλοκές που συνοδεύουν πυκνότητες οινοπνεύματος υψηλότερες των 300mg% (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, 2002). Η κλινική εικόνα συνοδεύεται από πτώση της θερμοκρασίας του σώματος, υπόταση, υπογλυκαιμία, διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Πυκνότητα αλκοόλ 500mg/dl είναι θανατηφόρος. Ο θάνατος στην οξεία μέθη οφείλεται στην καταστολή της αναπνοής (Μουζάς, 2005).

Η βαριά κατανάλωση οινοπνεύματος συνεπάγεται περιόδους προσωρινής αμνησίας, η επονομαζόμενη συσκότιση (blackout), σε πολλά εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα. Κατά τη διάρκεια της συσκότισης, ο έφηβος δεν μπορεί να ανακαλέσει στη μνήμη

του συγκεκριμένα συμβάντα, αν και την ίδια στιγμή έχει πλήρη συνείδηση (Λιάππας, Μέλλος, Πομίνι, 2006).

Οι χρόνιοι αλκοολικοί έφηβοι είναι δυνατόν να παρουσιάσουν σοβαρά προβλήματα. Η προοδευτικά αυξανόμενη ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ τούς οδηγεί σε συμπεριφορά συνεχούς αναζήτησης, γίνονται πιο εσωστρεφείς και ανειλικρινείς και ξεκινά μια διαδικασία συναισθηματικής απομάκρυνσης από την οικογένεια, ενώ προοδευτικά, η ανάγκη εξεύρεσης αλκοόλ κυριαρχεί στη ζωή τους (Prentiss, 2006).

Συχνά, οι έφηβοι αλκοολικοί πίνουν περισσότερο απ' ό,τι είχαν σκοπό και η χρήση αλκοόλ συνεχίζεται παρά τις επιβλαβείς συνέπειες που μπορεί να είναι ψυχολογικές, κοινωνικές, νομικές, οικονομικές, πνευματικές ή να αφορούν στην πνευματική τους αντίληψη (Σολδάτος, Λύκουρας, 2007).

Τέλος, οι έφηβοι αλκοολικοί συνήθως ελαχιστοποιούν την επίδραση που έχει η χρήση του αλκοόλ στην υγεία τους και στερούνται της επίγνωσης, της αποδοχής και της κατανόησης για τη φύση και τη βαρύτητα του προβλήματός τους (Ποταμιανός, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κρίναμε σκόπιμο να αφιερώσουμε ένα κεφάλαιο της εργασίας μας, στην επισκόπηση της σχολικής και εφηβικής ηλικίας, τα δύο αυτά σημαντικά αναπτυξιακά στάδια του παιδιού και του εφήβου διότι αποτελούν την βάση κατά την οποία εκπληρώνεται η μετάβασή του στην ενήλικη ζωή. Με τον τρόπο αυτό δίνεται η δυνατότητα στον αναγνώστη, να αντιληφθεί και εκείνος την πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων και μηχανισμών είτε βιολογικών είτε συναισθηματικών ανάμεσα στο παιδί και το περιβάλλον του. Επιπρόσθετα, ο αναγνώστης καθώς προχωρά στα επόμενα κεφάλαια, διαπιστώνει εν τέλει την αναγκαιότητα ύπαρξης ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων στο χώρο του σχολείου, τα οποία χρήζουν στελέχωσης από επιστήμονες οι οποίοι θα είναι εξειδικευμένοι στον τομέα της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, καθώς και την πρόληψη παραβατικής συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών και συγκεκριμένα του αλκοόλ. Εξάλλου όλα τα προγράμματα πρόληψης για να εφαρμοστούν στην πράξη απαιτούν εξειδικευμένες γνώσεις εξελικτικής και αναπτυξιακής ψυχολογίας σε παγκόσμιο επίπεδο, ώστε να μπορούν οι ειδικοί να εφαρμόζουν τα προγράμματα ανάλογα με το γνωστικό, κοινωνικό και ψυχολογικό εξελικτικό στάδιο. Η διαπίστωση αυτή προκύπτει έντονα από τη δομή των προγραμμάτων η οποία απαιτεί σε αρχικό στάδιο και πριν την παρέμβαση την βιβλιογραφική ανασκόπηση αναπτυξιακών σταδίων παιδιών και εφήβων.

Η ανάπτυξη κάθε παιδιού καθορίζεται από έναν πολύπλοκο συνδυασμό αλληλεπιδράσεων και μηχανισμών, βιολογικών, κληρονομικών και συναισθηματικών, ανάμεσα στο παιδί και το περιβάλλον του (Αναγνωστόπουλος, Λαζαράτου, 2005).

Το ξεκίνημα του σχολείου οδηγεί το παιδί σε μια καινούργια πραγματικότητα. Πρέπει να αντιμετωπίσει τον αποχωρισμό από τους γονείς και την ασφάλεια του οικογενειακού περιβάλλοντος, να κοινωνικοποιηθεί στην τάξη, να ανταγωνιστεί και να αντιμετωπίσει, όταν χρειαστεί, τα άλλα παιδιά. Ταυτόχρονα του ζητούνται αποδείξεις ότι μπορεί να τα καταφέρει, να μάθει, να γίνει καλός μαθητής. Πρέπει να

σταθεί στο ύψος των προσδοκιών των γονέων του και των δασκάλων του (Λαζαράτου, 2005).

Αργότερα, ως έφηβος πλέον, έχει την δυνατότητα που δεν την είχε ως παιδί, να κάνει δύο μεγάλα βήματα, που θα τον οδηγήσουν στην ενηλικίωση, να ολοκληρώσει τις σεξουαλικές σχέσεις και να κερδίσει την αυτονομία του από τους γονείς. Παρατηρείται έντονη αλλαγή της εικόνας του σώματος, της εικόνας του εαυτού, που σπρώχνει τον έφηβο στην αναζήτηση μιας νέας ταυτότητας. Οι ορμονικές μεταβολές, παράλληλα, ενισχύουν τις σεξουαλικές και επιθετικές ενορμήσεις του εφήβου και κινητοποιούν την ψυχοσυναισθηματική του εξέλιξη. Αυτές οι κατακτήσεις στην ζωή του εφήβου απαιτούν μεγάλη ψυχική ενέργεια και, αν δεν εξελιχθούν ομαλά, μπορεί να οδηγήσουν σε αυτό που ονομάζουμε κρίση της εφηβείας (Τσιάντης, 1994).

Η ομάδα των συνομηλίκων παίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη των διεργασιών της εφηβείας. Βοηθάει τον έφηβο και του δίνει μια προσωρινή ταυτότητα. Μέσα στην ομάδα ο έφηβος βρίσκει καινούργια κοινωνικά κριτήρια και καινούργια πρότυπα συμπεριφοράς, διαφορετικά απ' αυτά που προτείνει η οικογένειά του. Η ομάδα μπορεί να έχει μια προσαρμοστική λειτουργία σε αυτή τη μεταβατική περίοδο της εφηβείας, μπορεί όμως να δημιουργήσει και προβλήματα. Το πώς θα λυθεί η κρίση της εφηβείας εξαρτάται από την προσωπικότητα και τις ψυχικές δυνάμεις του εφήβου, αλλά και από την στάση και την συμπεριφορά των γονέων. Ο έφηβος και η οικογένεια βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση με έντονες συγκρούσεις, χαρακτηριστικά αυτής της περιόδου (Κουρκούτας, 2001).

Η ένταξη σε ένα σχολικό σύστημα αρκετά ανεκτικό στις ιδιαιτερότητες της ψυχικής λειτουργίας του παιδιού και του εφήβου, μειώνει τις αποβολές και τις διακοπές φοίτησης και προλαβαίνει την παραπτωματικότητα και την χρήση ουσιών (Λιάππας, 2005). Οι προληπτικές παρεμβάσεις κατά την παιδική και εφηβική ηλικία έχουν μακροχρόνια θετική έκβαση. Χαμηλότερα ποσοστά εφηβικής παραβατικότητας συνδυάζονται με καλύτερη κοινωνική ένταξη, μεγαλύτερη αυτάρκεια και αυτοδυναμία στην ενήλικη ζωή και χαμηλότερα ποσοστά ψυχικής παθολογίας (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2003).

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων μπορούν να σχεδιάσουν και να αναπτύξουν προληπτικές παρεμβάσεις. Στελεχώνονται από παιδοψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές και ειδικούς παιδαγωγούς. Επιστήμονες οι οποίοι αναγνωρίζουν τα αναπτυξιακά στάδια

και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε ηλικίας, είτε παιδικής είτε εφηβικής. Έχοντας γνώση αυτών δομούν και σχεδιάζουν προγράμματα ψυχοκοινωνικής υγείας στο χώρο του σχολείου. Ο σχεδιασμός της δομής, η εφαρμογή και η αξιολόγησή τους ακολουθούν ορισμένα βασικά στάδια, αφορούν συγκεκριμένους τομείς και απαιτούν ειδικές γνώσεις και αντίστοιχη κατάρτιση (Κοκκέβη κ.α, 1988). Η πρόληψη στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων έχει σκοπό να αποτρέψει την εκδήλωση ή και την εγκατάσταση της ψυχικής παθολογίας και τη συνέχισή της στην ενήλικη ζωή. Επίσης, σκοπό έχει την προστασία τους ή την ενδυνάμωση δεξιοτήτων που θα τους αποτρέψουν να ανταπεξέλθουν με επιτυχία σε ψυχοκινητικές καταστάσεις (Χατζηηρήστου, 2000). Αναλυτικότερα, για την πρόληψη και τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες, αναφέρουμε σε επόμενο κεφάλαιο.

Το κάθε αναπτυξιακό στάδιο έχει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και χωρίζεται σε επιμέρους τομείς.

Αρχικά παραθέτουμε την σχολική ηλικία, ορίζοντας την χρονική περίοδό της και στην συνέχεια αναφέρουμε τους επιμέρους τομείς ανάπτυξής της συνοπτικά. Έπειτα αναλύουμε διεξοδικότερα τους πιο σημαντικούς τομείς ανάπτυξης της σχολικής ηλικίας, όπως είναι η βιοσωματική, η γνωστική, η ψυχοκινητική, η ψυχοκοινωνική και η συναισθηματική ανάπτυξη.

Σειρά έχει να αναφερθεί η εφηβική ηλικία, όπου αρχικά δίνεται ο ορισμός της. Έπειτα γίνεται λόγος για την σημαντική περίοδο της προεφηβείας, κατά την οποία προετοιμάζεται το άτομο για την προσαρμογή του στην κοινωνία του εφήβου, την διάρκεια και τις φάσεις της εφηβείας, τις αλλαγές που υπεισέρχονται σε αυτήν στους διάφορους αναπτυξιακούς τομείς της και τα χαρακτηριστικά της.

Τέλος, αναφέρουμε τα κυριότερα προβλήματα της εφηβικής ηλικίας και τον ρόλο των γονέων, του σχολείου και της κοινωνίας στην εξέλιξη των εφήβων.

5.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Η σχολική ηλικία ξεκινά από 6 ετών με την εμφάνιση των πρώτων μόνιμων δοντιών και την είσοδο του παιδιού στο σχολείο και τελειώνει στην ηλικία που «το άτομο γίνεται σεξουαλικά ώριμο». Έως το 11^ο έτος για τα κορίτσια - πρώτη έμμηνη

ρύση - και το 13^ο έτος για τα αγόρια – πρώτη εκπερμάτωση (Παρασκευόπουλος, 1985:11).

Στην σχολική ηλικία η ανάπτυξη του παιδιού διαιρείται σε τομείς με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία είναι δυνατόν να συνοψιστούν ως εξής:

Στο σωματικό και κινητικό τομέα πραγματοποιούνται ποιοτικές μεταβολές. Ο ρυθμός του σώματος μειώνεται και πραγματοποιείται έλεγχος σταθεροποίησης των βιοσωματικών και ψυχοκινητικών διεργασιών που είχαν αυξηθεί ραγδαία κατά την προηγούμενη περίοδο (Βοσνιάδου, 1989).

Στο νοητικό τομέα πραγματοποιούνται μεγάλες αλλαγές. Εμφανίζεται η λογική στο παιδί από την ηλικία των 7 ετών. Αρχίζει να κατακτά γνωστικά σχήματα όπως της ιεραρχικής οργάνωσης των τάξεων, της σειροθέτησης των ποικίλων σχέσεων ανισότητας, της έννοιας του αριθμού, της έννοιας διαχώρισης των διάφορων χαρακτηριστικών του φυσικού κόσμου (ποσότητα, βάρος και όγκου κ.α), η σκέψη όμως δεν είναι αφαιρετική. Όσον αφορά την νοημοσύνη υπάρχουν ατομικές διαφορές παντός είδους που αντανακλώνται σε σχολικά μαθήματα (Ιωαννίδης, 1996).

Στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης το επίκεντρο του ενδιαφέροντος του παιδιού που μέχρι τώρα ήταν ο εαυτός του και οι γονείς του, αλλάζει και στρέφεται προς τους συνομήλικους (Κακαβούλης, 1990). Σχηματίζονται ομόφυλες ομάδες με κοινή γλώσσα και κώδικα συμπεριφοράς. Οι γονείς και ο/η δάσκαλος/α είναι σημαντικά πρόσωπα αλλά σε συγκεκριμένους χώρους. Σ' αυτήν την περίοδο το παιδί εκτός από την μεροληπτική μεταχείριση που μέχρι τώρα αντιμετώπιζε από τους γονείς, δέχεται πλέον την αντικειμενικότερη αντιμετώπιση από το σχολείο το οποίο θα αποτελέσει παράγοντα ομαλοποίησης της μονόπλευρης μεταχείρισης των γονέων (Μουχίνα, 1990). Στο σχολείο βέβαια αναπτύσσεται και η κοινωνικοποίηση «των παιδιών που οι γονείς είναι απορριπτικοί και αδιάφοροι θα βρουν πρόσφορο έδαφος στο σχολείο για κοινωνική αποδοχή και αναγνώριση» (Παρασκευόπουλος, 1985:12).

Στον τομέα της ανάπτυξης της προσωπικότητας το παιδί επιτυγχάνει να αισθανθεί την εμπιστοσύνη, την αυτονομία, την πρωτοβουλία και είναι «έτοιμο να επιδοθεί στην φιλοπονία και την παραγωγικότητα» (Παρασκευόπουλος, 1985:12). Στην περίοδο αυτή το παιδί έχει ανάγκη την επιτυχία της ολοκλήρωσης και γενικότερα να είναι παραγωγικό βιώνοντας την ευχαρίστηση και την χαρά. Όταν το παιδί δεν αναπτύσσει την φιλοπονία και την παραγωγικότητα δημιουργεί αισθήματα κατωτερότητας και ανεπάρκειας (Χαραλαμποπούλου, 1987).

Όσον αφορά την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη το παιδί στην ηλικία 6 -12 ετών βρίσκεται στο στάδιο της λανθάνουσας σεξουαλικότητας σύμφωνα με τον Freud, περίοδο δηλαδή γαλήνης και ηρεμίας πριν την ήβη. Στον τομέα της ηθικότητας το παιδί δεν είναι απόλυτο στους ηθικούς κανόνες αλλά εισέρχεται σε μια σχετικότητα «όπου έμφαση δίνει στην πρόθεση και στο κίνητρο και όχι στα αποτελέσματα και στην ζημιά που προκαλείται» (Παρασκευόπουλος, 1985:14).

Στην ηλικία των 6 ετών το παιδί ξεκινά το σχολείο το οποίο θα αποτελέσει ορόσημο στην ζωή του καθώς απομακρύνεται από το περιβάλλον της οικογένειας και εισέρχεται στην σχολική κοινότητα περιτριγυρισμένο από συνομηλίκους (Ζαφειροπούλου, Κλεφταράς, 2004). Τα σημαντικότερα εξελικτικά επιτεύγματα και οι δεξιότητες που θα κατακτήσει το παιδί σ' αυτήν την ηλικία είναι τα εξής:

- ✚ Απόκτηση σχολικών γνώσεων και δεξιοτήτων.
- ✚ Ενίσχυση κινητικών δεξιοτήτων που απαιτούνται για τα οργανωμένα παιχνίδια και αγωνίσματα.
- ✚ Απόκτηση δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης.
- ✚ Δημιουργία και διατήρηση φιλικών σχέσεων με ενήλικους έξω από την οικογένεια.
- ✚ Συνειδητοποίηση του κοινωνικού ρόλου και του φύλου του.
- ✚ Γνώση για τους ηθικούς κανόνες και κοινωνικούς θεσμούς.
- ✚ Ενδιαφέρον για ενίσχυση γνωστικών λειτουργιών.

Η επίτευξη των παραπάνω εξελικτικών επιτευγμάτων αποτελεί προϋπόθεση για ομαλό πέρασμα για την επόμενη εξελικτική περίοδο, την εφηβεία (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2003).

Στην συνέχεια του κεφαλαίου παρατίθενται αναλυτικότερα οι σημαντικότεροι τομείς ανάπτυξης του παιδιού.

5.2.1 Βιοσωματική ανάπτυξη

Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή, στη βιοσωματική ανάπτυξη συμβαίνουν ποιοτικές μεταβολές, «το μέσο ύψος στις ηλικίες 6 έως 7 είναι 120 εκατοστά και το βάρος 23 κιλά. Στα επόμενα 4 – 5 χρόνια η ετήσια αύξηση είναι στο ύψος 5 έως 6 εκατοστά και βάρος 2 έως 5 κιλά» (Παρασκευόπουλος, 1985:36). Ο

σωματότυπος στο 7^ο έτος είναι σαφής και μπορεί να καθοριστούν οι τελικές διαστάσεις του σώματος.

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από μεγάλη και έντονη ζωτικότητα. Οι σωματικές του ικανότητες έχουν ήδη τελειοποιηθεί, ενώ ο ρυθμός της σωματικής αύξησης μειώνεται. Στη φάση αυτή ταχεία αύξηση παρουσιάζουν τα κάτω άκρα και τα οστά του προσώπου ενώ παράλληλα εμφανίζονται και σταθεροποιούνται τα μόνιμα δόντια. Σύμφωνα με την A.Freud, ο έλεγχος των σφικτήρων είναι πολύ καλός και σταθερός εκτός αν το παιδί υποστεί κάποιο stress, π.χ. πρώτη μέρα στο σχολείο (Hadfield,1979).

Πολύ συχνά στα παιδιά που φοιτούν στην ίδια τάξη παρουσιάζονται σωματικές διαφορές τριών και τεσσάρων ετών χρονολογικής ηλικίας. Οι διαφορές αυτές οφείλονται είτε σε γενετικούς παράγοντες όπως π.χ την σωματική διάπλαση των γονιών των παιδιών είτε σε περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως π.χ σωματικής άσκησης και συνθήκες διαβίωσης (Τσιάντης, 1994).

Στην σχολική ηλικία οι ασθένειες μειώνονται και δεν είναι απειλητικές. Στο έκτο και έβδομο έτος η συχνότητα ασθενειών είναι μεγαλύτερη ενώ στο δέκατο έτος μειώνονται σημαντικά. Οι πιο συχνές αρρώστιες είναι τα κρυολογήματα, οι ωτίτιδες και οι διάφορες λοιμώδεις παιδικές ασθένειες. Οι επιπτώσεις από αυτές δεν είναι σοβαρές. Οι εμβολιασμοί, οι ιατρικές εξετάσεις και η απόκτηση δεξιοτήτας της αυτοπροστασίας(να φροντίζει το παιδί την καθαριότητα του σώματός του, του ντυσίματος ανάλογα με τις καιρικές συνθήκες) είναι τα κύρια προληπτικά μέτρα (Παρασκευόπουλος, 1985:38).

Τα κυριότερα προβλήματα υγείας, κατά την σχολική ηλικία, είναι τα τερηδονισμένα δόντια και οι ανωμαλίες στην όραση (Βοσνιάδου, 1989). Συχνά και επικίνδυνα είναι και τα ατυχήματα που συμβαίνουν. Το 1/3 των παιδιών θα χτυπήσει και θα χρειαστεί ιατρική περίθαλψη (Ιωαννίδης, 1996). Γι' αυτό το λόγο οι γονείς απαιτείται να εξηγήσουν τους κινδύνους και τα όρια αυτονομίας των παιδιών χωρίς υπερπροστατευτική στάση ώστε να αποκτήσουν την ικανότητα τα ίδια για αυτοπροστασία (Κοσμόπουλος, 1994).

5.2.2 Γνωστική ανάπτυξη

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) στον νοητικό τομέα το παιδί έχει αποβάλλει τον εγωκεντρισμό και την διαισθητική λογική. Από το 7^ο έτος αρχίζει να παρουσιάζει συνεπή και σταθερή λογική και διέρχεται στην περίοδο των συγκεκριμένων λογικών και νοητικών πράξεων, οι οποίες κατά τον Piaget χαρακτηρίζονται ως «αναστρέψιμες και εσωτερικευμένες στην σκέψη, δράσεις, οργανωμένες σε συστήματα συνόλου». Είναι δηλαδή μετασχηματισμοί δεδομένων.

Γνωστικό εφόδιο που κατακτά το παιδί κατά την περίοδο αυτή είναι η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων ταξινομήσεως, σειροθέτησης, διατηρήσεως και αρίθμησης (Χουρδάκη, 1995). Αναλυτικότερα σε αυτό το στάδιο της ζωής του παρουσιάζει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- ✚ Το παιδί σχηματίζει λογικές πράξεις, τις οποίες τοποθετεί σε ιεραρχικά σχήματα, μιλάμε για την ικανότητά του για λογική ταξινόμηση.
- ✚ Το παιδί έχει την δυνατότητα να τοποθετεί αντικείμενα σε μια λογική σειρά και να κατανοεί τις σχέσεις ανισότητας μεταξύ των αντικειμένων $A > B > \Gamma$ ή $A < B < \Gamma$ κ.τ.λ. Αναφερόμαστε στην ικανότητα σειροθέτησης.
- ✚ Η γνωστική διατήρηση αναφέρεται στην ικανότητα που αναπτύσσει το παιδί της σχολικής ηλικίας, σταθεροποίησης μιας πνευματικής εικόνας και αναγνώρισης ενός αντικειμένου ανεξάρτητα από τις αλλοιώσεις που ενδεχομένως να υφίσταται το αντικείμενο.
- ✚ Η αρίθμηση, υποδηλώνει τον συνδυασμό της ταξινόμησης, της σειροθέτησης και διατήρησης της ποσότητας που έχει κατακτήσει το παιδί σε αυτήν την ηλικία.
- ✚ Από το 7^ο έτος της ηλικίας του παιδιού αρχίζει η χρήση της εσωτερικής επανάληψης (η μνήμη), ωστόσο το παιδί δεν μπορεί να την χρησιμοποιήσει αυθόρμητα παρά μόνο αν του υποδειχθεί

(Βοσνιάδου, 1989).

Παρατηρείται επιπλέον στον γλωσσικό τομέα ραγδαία ανάπτυξη του λεξιλογίου του παιδιού καθώς και σημαντική βελτίωση στο εννοιολογικό περιεχόμενο των

λέξεων. Έχουμε αξιοποίηση της γλώσσας στις ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες του παιδιού όπως είναι η μάθηση, η μίμηση και η επικοινωνία. Η απόκτηση της ικανότητας της γραφής και της αναγνώρισης είναι σημαντικότερο επίτευγμα. Παράλληλα αναπτύσσεται και η καλλιτεχνική του ικανότητα (ζωγραφική) (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2003). Με τον λόγο το παιδί εκφράζεται, εκδηλώνει τα συναισθήματά του, όπως και μέσα από τις καλλιτεχνικές του δραστηριότητες. Έτσι η ανάπτυξη του λεξιλογίου και της γραφής (σχέδιο) είναι αλληλένδετα επιτεύγματα του παιδιού. Ο λόγος και η γραφή (π.χ. παιδικό σχέδιο) αποτελούν την γέφυρα για τον εσωτερικό του λόγο (Τσιάντης, 1994).

Οι ανάγκες που απορρέουν από την ανάπτυξη της σκέψης και της αντίληψης, κατά τη σχολική ηλικία, παρουσιάζονται στην συνέχεια:

- ✚ Το παιδί έχει ανάγκη τον διάλογο, με σκοπό να αναπτυχθεί το λεξιλόγιό του και οι επικοινωνιακές του δεξιότητες.
- ✚ Έχει την ανάγκη της ψυχοσυναισθηματικής στήριξης των γονέων και των δασκάλων του, για την καλύτερη δυνατή προσαρμογή του σε οποιαδήποτε καινούργιο πλαίσιο.
- ✚ Πρέπει να παρέχεται ατομικός χώρος στο παιδί να κινείται ελεύθερα και να αξιοποιεί τις δυνατότητές του.
- ✚ Θα πρέπει να προάγονται οι γνωστικές λειτουργίες του παιδιού ώστε να γίνει παραγωγικό άτομο

(Κοσμόπουλος, 1994).

5.2.3 Ψυχοκινητική ανάπτυξη

Η ανάπτυξη του παιδιού συνεχίζεται, ακολουθώντας τις τρεις βασικές κατευθύνσεις: α) από αντανακλαστική γίνεται σκόπιμη και ελεγχόμενη, β) από μαζική και γενικευμένη γίνεται μερική και εξειδικευμένη και γ) από αμφίπλευρη γίνεται ετερόπλευρη. Οι κινήσεις στην περίοδο αυτή αποκτούν όχι μόνο σταθερότητα, αλλά ισχύ και χάρη. Ο κινητικός έλεγχος και η επιδεξιότητα των κινήσεων αποτελούν βασικό εφόδιο του παιδιού για τη σχολική εργασία αλλά και για

την ένταξή του, μέσω των ομαδικών ανταγωνιστικών παιχνιδιών, στην ομάδα των συνομηλίκων (Παρασκευόπουλος,1985).

Με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο, παρατηρούνται άλλες κινητικές δεξιότητες (τρέξιμο, χτυπήματα, πέταγμα μπάλας, συγχρονισμός στο βάδισμα, ρυθμική κίνηση) κ.λπ.) Το παιδί τότε θα εκτονώσει όλη αυτήν την ενέργεια του στα σχολικά παιχνίδια με τους συνομηλίκους του. Τις λεπτότερες κινήσεις θα τις συντονίσει μέσα από την γραφή, ζωγραφική, χειροτεχνία (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2003).

5.2.4 Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη

Στην σχολική ηλικία 6 – 12 ετών πραγματοποιούνται σημαντικές αλλαγές, καθώς το παιδί απομακρύνεται από το στενό κύκλο της οικογένειας και εισέρχεται στην σχολική κοινότητα. Στο σχολείο το παιδί έχει διπλή ιδιότητα, του μαθητή και του συμμαθητή. Ως μαθητής ακολουθεί ένα διδακτικό πρόγραμμα που τον οδηγεί σε επιτεύγματα, ικανοποιήσεις και ψυχικές εντάσεις. Ως συμμαθητής αντιμετωπίζει διάφορες μορφές διαπροσωπικής συμπεριφοράς. Αυτές οι δύο ιδιότητες θα ομαλοποιήσουν την θέση του ύστερα από την μονομερή συμπεριφορά των γονιών του (Μουχίνα, 1990).

«Το παιδί ζει σε δύο διαφορετικούς κόσμους, στον κόσμο των ενηλίκων και στον κόσμο των συνομηλίκων. Με το πέρασμα του χρόνου η προσκόλληση και το ενδιαφέρον στους ενηλίκους μειώνεται και αυξάνεται προς τους συνομηλίκους. Αν το παιδί δεν καταφέρνει να διαμορφώσει θετικές σχέσεις αρχικά με τους ενήλικες και μετά με τους συνομηλίκους, στην ενήλικη ζωή του θα' ναι συναισθηματικά και κοινωνικά ελλειματικό» (Παρασκευόπουλος,1985:166).

Οι πρώτες κοινωνικές ομάδες που σχηματίζει το παιδί, σύμφωνα με την Χουρδάκη (1995) έχουν ως κύρια χαρακτηριστικά τα εξής:

α) Στα πρώτα σχολικά χρόνια η δομή των παιδικών ομάδων είναι ρευστή, χαλαρή και αυξομειώνεται. Κύριο παιχνίδι είναι οι δραματοποιήσεις και η «τελετουργική επανάληψη ρυθμικών μιμητικών παιχνιδιών». Στα τελευταία σχολικά χρόνια οι ομάδες γίνονται πιο σύνθετες και οργανωμένες.

β) Οι ομάδες είναι ομόφυλες. Υπάρχει το ετερόφυλο ενδιαφέρον αλλά απουσιάζει η ερωτική διάθεση. Η επιλογή φίλων γίνεται με βάση κυρίως την τοπική εγγύτητα. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας υπάρχουν δύο κριτήρια επιλογής α) δυάδες φίλων που αλληλοσυμπληρώνονται (αυταρχικός - υποτακτικός) και β) δυάδες φίλων ισοτιμίας.

γ) Συμμόρφωση στους κανόνες συμπεριφοράς. Στα 10 – 13 χρόνια η υπακοή είναι στο μέγιστο σημείο. Ο βαθμός συμμόρφωσης σχετίζεται και με παράγοντες όπως οι ευκαιρίες που έχει το παιδί για αλληλεπίδραση και η δημοτικότητά του.

Η δημοτικότητα διαφέρει ανάμεσα στα παιδιά. Τα δημοφιλή παιδιά είναι δυναμικά, φιλικά, ευχάριστα, με ενθουσιώδη συμπεριφορά, με ενεργή συμμετοχή στα παιχνίδια και με ελκυστική εμφάνιση. Κατά κανόνα επίσης είναι δημιουργικά και έχουν κάποιο ιδιαίτερο ταλέντο(μουσική, άθληση). Τα μη δημοφιλή παιδιά μπορούν να βοηθηθούν για να βελτιώσουν την σχέση τους μέσα στην ομάδα, δια μέσου του σχολείου. Εκεί μπορούν να εξασφαλιστούν στο παιδί οι ευκαιρίες να γνωριστεί με τα άλλα παιδιά και να έχουν μαζί τους φιλικές επαφές, η βελτίωση των διαπροσωπικών – κοινωνικών του δεξιοτήτων, η ενίσχυση του αυτοσυναισθήματος κ.α. (Κακαβούλης, 1990, Ιωαννίδης, 1996).

Σημαντικό μέρος επίσης της κοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού είναι η φιλία. Αρχικά οι παιδικές φιλίες είναι μεταβαλλόμενες και σύντομες, με την πάροδο του χρόνου όμως γίνονται σταθερές. Ακόμη και όταν οι φιλίες είναι περιστασιακές, η φιλική σχέση των παιδιών είναι έντονη και έχει μεγάλη σημασία για το παιδί. Κατά τα τελευταία χρόνια οι παιδικές φιλίες είναι ομόφυλες και συνάπτονται με ατομικά κριτήρια. Σταθερότητα παρουσιάζουν οι φιλίες που είναι ευέλικτες ως προς τους ρόλους, ώστε να έχουν περισσότερες δυνατότητες προσωπικής έκφρασης, κάτω από μικρότερο ανταγωνισμό (Παρασκευόπουλος, 1985:132-154, Κακαβούλης, 1990:144-157).

5.2.5 Συναισθηματική ανάπτυξη

Κατά την περίοδο της σχολικής ηλικίας η συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού είναι συνυφασμένη με την γνωστική ανάπτυξή του. Οι γνωστικές κατακτήσεις του παιδιού αφομοιώνονται χάρη στο συναίσθημα (Κακαβούλης, 1990).

Οι συγκινήσεις είναι κοινωνικές και υποκειμενικές ενώ όλες εμπεριέχουν ένα στοιχείο ναρκισσισμού. Στο παιδί κυρίως η έκφραση μιας αυθόρμητης συγκίνησης προϋποθέτει πάντα ένα παιχνίδι σαν να βρίσκεται μπροστά σε καθρέφτη. Μια σκηνοθεσία για τους θεατές, μερικές φορές φανταστικούς και πολύ συχνά πραγματικούς. Όταν ένα παιδί πέφτει αντιδρά διαφορετικά ανάλογα με τις αντιδράσεις του περιβάλλοντος. Επομένως η ψυχική του ζωή οργανώνεται μέσα από την επαφή του με τους άλλους (Χαραλαμποπούλου, 1987). Όσο το παιδί νοιώθει την εξάρτησή του από το περιβάλλον είναι απλά ένας συναλλασσόμενος με αυτό. Στη συνέχεια όμως σταδιακά μαθαίνει να αποκρυπτογραφεί τον κόσμο ο οποίος στέκεται κριτικά απέναντί του και καταλήγει στη διάκριση του εαυτού του από αυτόν, παράλληλα αντιπαραθέτει στους άλλους τις δικές του απαιτήσεις (Ζαφειροπούλου, Κλεφταράς, 2004).

Ο διχασμός ανάμεσα στην προσωπικότητα του παιδιού και αυτή των άλλων παροτρύνει το παιδί να δοκιμάσει την εξουσία της δικής του προσωπικότητας. Με τα άτομα στα οποία μπορεί να κυριαρχήσει, ιδιαίτερα με τους πλέον κοντινούς του, δείχνει να είναι απαιτητικό, ζηλεύει και διεκδικεί να γίνει γι' αυτούς το αποκλειστικό αντικείμενο φροντίδας. Μερικές φορές συμβαίνει να κάνει λάθη από πρόθεση για να γίνει αντιληπτό στο περιβάλλον και να τραβήξει την προσοχή τους. Αν υπάρξει αντίθεση είναι ικανό με δόλιο τρόπο στο τέλος να νικήσει. Ταυτόχρονα όμως οφείλει να αναγνωρίζει και τα δικαιώματα των άλλων. Αντιλαμβάνεται ότι το να δώσει κάτι σημαίνει να το εγκαταλείψει. Ο διχασμός ανάμεσα στο ίδιο και τον άλλο, ανάμεσα στα δικαιώματά του και αυτά των άλλων, κάνουν εφικτή την γνώση της συναλλαγής, αλλά ταυτόχρονα το αντικείμενο της συναλλαγής γίνεται ανεξάρτητο (Χαραλαμποπούλου, 1987).

Κάποιοι ψυχολόγοι υποστηρίζουν πως η συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού διέπεται από τις εξής βασικές αρχές:

- 1) Ένα σύνολο διαφορετικών συναισθημάτων, όπως ο φόβος, η έκπληξη, η χαρά υπάρχουν στον άνθρωπο από την γέννηση μέχρι το θάνατο. Κάθε συναίσθημα αποτελεί μια οικογένεια συναισθημάτων που διαφοροποιούνται με την ηλικία, διατηρώντας τα βασικά χαρακτηριστικά, όπως τον τόνο, την έκφραση και τον σκοπό.
- 2) Με την πάροδο της ηλικίας οι διάφορες συνθήκες στις οποίες βρίσκεται το άτομο, προκαλούν ποικίλες συναισθηματικές αντιδράσεις. Για παράδειγμα, το βρέφος χαμογελά στη θέα μιας εικόνας με ομόκεντρους κύκλους, ενώ το παιδί των δύο ετών μένει αδιάφορο στο ίδιο ερέθισμα.

- 3) Καθώς τα παιδιά αναπτύσσουν την γνωστική τους λειτουργία εμφανίζονται πιο σύνθετα συναισθήματα, όπως η ενοχή, η ντροπή, η λύπη και η ζήλια.
- 4) Οι σχέσεις μεταξύ της συναισθηματικής εμπειρίας και της έκφρασης του συναισθήματος μεταβάλλονται κατά την ανάπτυξη. Για παράδειγμα τα μικρά παιδιά εκφράζουν, συνήθως, αυθόρμητα τα συναισθήματά τους, ενώ τα μεγαλύτερα σπανίως εκφράζονται άμεσα και ελεύθερα.
- 5) Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει ένα συναισθηματικό ερέθισμα, μεταβάλλεται με την γνωστική και κινητική ανάπτυξη. Για παράδειγμα, το βρέφος που δε μπορεί να απομακρυνθεί από ένα άγνωστο πρόσωπο, φοβάται αυτό το πρόσωπο, το νήπιο όμως που έχει τη δυνατότητα να απομακρυνθεί, μπορεί να παίζει με το πρόσωπο αυτό.
- 6) Οι εκδηλώσεις των συναισθημάτων σταδιακά διαμορφώνονται σε κοινωνικά αποδεκτές μορφές συμπεριφοράς.
- 7) Η δεκτικότητα που έχει ένα άτομο των συναισθηματικών εκφράσεων άλλων προσώπων, μεταβάλλεται στην πορεία της ανάπτυξης (Κακαβούλης, 1990:21-45).

5.3 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΦΗΒΕΙΑ

Εφηβική ηλικία είναι η περίοδος εκείνη του ανθρώπινου βίου, η οποία βρίσκεται μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ώριμης ζωής. Κατ' ακολουθίαν, ο έφηβος δεν είναι ούτε παιδί, ούτε ώριμος άνθρωπος, αλλά ένα ον, το οποίο παρουσιάζει πολλά ίδια σωματικά και ψυχικά γνωρίσματα, εκ των οποίων όμως κάποια από αυτά θυμίζουν την παιδική και άλλα την ώριμη ηλικία (Cole M., Cole S.R., 2002).

Η εφηβεία γενικά εκτείνεται σε 7-8 έτη περίπου, αλλά δεν είναι δυνατόν να καθορισθούν επακριβώς χρονικά όρια έναρξης και λήξης αυτής που να ισχύουν για όλους τους νέους, καθώς υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές ως προς τον χρόνο, κατά τον οποίο εισέρχονται αυτοί στην εν λόγω περίοδο και στην συνέχεια στην ώριμη ζωή, που εξαρτώνται από κληρονομικές προδιαθέσεις και από παράγοντες που επιδρούν σε κάθε άτομο από το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η νομοθεσία ωστόσο θέτει κάποια όρια για την έναρξη και τη λήξη της εφηβείας, τα οποία όμως έχουν περιορισμένη ισχύ (Μελανίτης, 1996).

Ο όρος εφηβεία, σύμφωνα με τον Herbert (1999), ουσιαστικά αναφέρεται στην ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου, η οποία σχετίζεται εν μέρει με τις βιοσωματικές αναπτυξιακές διαδικασίες, με αυτό δηλαδή που ορίζουμε ως «ήβη». Με άλλα λόγια η εφηβεία έχει την αρχή της, στη βιολογία και το τέλος της ,στον πολιτισμό – στο σημείο εκείνο που το κορίτσι και το αγόρι έχουν αποκτήσει έναν ικανοποιητικό βαθμό ψυχολογικής ανεξαρτησίας από τους γονείς τους. Έτσι εξηγείται η έλλειψη ακρίβειας στον ορισμό και στα χρονικά όρια της εφηβείας. Δεν υπάρχει κανένα ευδιάκριτο «τέρμα» (Κουρκούτας, 2001). Ακόμη και στο σημείο έναρξης της εφηβείας – η ήβη καθ’ αυτή – είναι μια «κινητή εορτή» που ποικίλλει ανάλογα με τους περιβαλλοντικούς, κλιματολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες και που υπόκειται όσον αφορά την έγκαιρη έναρξη ή την καθυστέρησή της, σε πολλές εξωτερικές επιδράσεις (Elliot – Wright, 2003).

Για τον μη ειδικό, η εφηβεία σχετίζεται απλώς με τη διαδικασία της ανάπτυξης – είναι η μεταβατική περίοδος ανάμεσα στην παιδική και στην ώριμη ηλικία. Συμπίπτει σε γενικές γραμμές, με τα χρόνια που το παιδί φοιτά στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση (λίγο πιο νωρίς και λίγο πιο αργά, μεταξύ 10-20 χρονών) με τη διαφορά ότι η χρονική διάρκεια της εφηβείας ποικίλλει από πολιτισμό σε πολιτισμό (Vallejo – Najera, 2001). Μέσα στα προηγούμενα πενήντα περίπου χρόνια, στις δυτικές κοινωνίες η εφηβεία έγινε μια όλο και μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας περίοδος ζωής. Αυτό αντανακλά την σύγχυση που υπάρχει τόσο στους νόμους, όσο και στις άγραφες κοινωνικές συμβάσεις, για το πότε το νέο άτομο είναι πια ώριμο και υπεύθυνο (Δράγωνα, Ντάβου, 1990).

Ο πιο σημαντικός αναπτυξιακός στόχος της εφηβείας, όπως υποστηρίζουν πολλοί σύγχρονοι ψυχολόγοι, είναι η ανάγκη του ατόμου να διαμορφώσει οριστικά την ταυτότητά του, να γίνει δηλαδή ένα μοναδικό, ξεχωριστό και ώριμο άτομο. Η ανάπτυξη της ταυτότητας του εγώ θεωρείται ουσιαστική προϋπόθεση για να μπορέσει το άτομο στη συνέχεια, να διαμορφώσει ουσιαστικές και σε βάθος διαπροσωπικές σχέσεις. Αρχίζει με το έντονο ενδιαφέρον του εφήβου να βρει και να ανακαλύψει τη φύση του εαυτού του και τελειώνει, όταν πλέον έχει διαμορφώσει την έννοια του εαυτού του ως ένα ενιαίο σύνολο και την προσωπική του ταυτότητα. Αυτός ο αναπτυξιακός στόχος – η σταδιακή διαμόρφωση της ατομικότητας- ολοκληρώνεται συνήθως (όσο βέβαια επιτρέπεται να μιλάμε για ολοκλήρωση τέτοιων πολύπλοκων διαδικασιών) στις ηλικίες μεταξύ 18 και 22 ετών. (Κρασανάκης, 1993).

Έτσι ο έφηβος διαμορφώνει αυτό που ονομάζουμε αυτεπίγνωση – μια συνειδητή εικόνα του εαυτού του – στην καρδιά της οποίας βρίσκεται μια αναπαράσταση του σώματός του: πώς αυτό είναι στην πραγματικότητα και πώς το βλέπουν οι άλλοι. Εάν υπάρχει κάτι που κάνει την εφηβεία να ξεχωρίζει από την παιδική ηλικία, αυτό είναι οι ραγδαίες αναπτυξιακές αλλαγές που συντελούνται στη χρονική αυτή περίοδο. Αυτές οι σωματικές και νοητικές αλλαγές μεταμορφώνουν το παιδί σε έφηβο (Herbert , 1999).

Η εφηβεία, λοιπόν, κατά κανόνα αντιστοιχεί στην ηλικία των δεκατριών έως δεκαεννέα χρονών, αν και καμιά φορά εκδηλώνεται νωρίτερα ή μπορεί να λήξει πέρα από τα είκοσι χρόνια του νέου. Οι φυσικές μεταβολές της εφηβείας εμφανίζονται νωρίτερα απ' ό,τι συνήθως πιστεύεται, αν και ποικίλουν, πολλές φορές ανάλογα με την περίπτωση (Hadfield, 1979).

Στα κορίτσια η έμμηνος ρύση αρχίζει πολλές φορές μεταξύ 11-14 χρόνων. Στα αγόρια η εφηβεία δεν εκδηλώνεται με ένα ευδιάκριτο φυσικό φαινόμενο, αλλά κατά κανόνα αρχίζει μεταξύ 12-15 χρόνων. Στα χρόνια που ακολουθούν, ο έφηβος θα φτάσει στο κορύφωμα της πνευματικής και της σωματικής του ανάπτυξης (Πεπολής, 1995).

Η εφηβεία όμως αποτελεί περίοδο όχι μόνο φυσιολογικών μεταβολών αλλά και ψυχολογικών, αν και δεν υπάρχει συγχρονισμός στις μεταβολές αυτές. Κάθε έφηβος φαίνεται να αναπτύσσεται σύμφωνα με δικό του προσωπικό ρυθμό. Είναι επίσης σωστό, όπως είπε ο Γκεζέλ, ότι «αυτός ο προσωπικός ρυθμός είναι μια παραλλαγή μέσα στο γενικό πλαίσιο της ανάπτυξης, που είναι χαρακτηριστική της περιόδου αυτής της ανθρώπινης ζωής» (Oswald Bell, 1967).

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι εφηβεία ονομάζουμε τις σημαντικές αλλαγές που συμβαίνουν στους ανθρώπους στην ηλικία ανάμεσα στα 8 και 18 έτη. Παρ' ό,τι οι άνθρωποι μεγαλώνουν και αλλάζουν συνεχώς από την ημέρα που γεννήθηκαν, οι αλλαγές που γίνονται κατά την περίοδο της εφηβείας είναι συνταρακτικές και σηματοδοτούν την εποχή που παύεις να είσαι παιδί και αρχίζεις να γίνεσαι μεγάλος /-η (Elliot – Wright, 2003).

Παρακάτω, γίνεται λόγος για την σημαντική περίοδο της προεφηβείας, κατά την οποία προετοιμάζεται το άτομο για την προσαρμογή του στην κοινωνία του εφήβου, την διάρκεια και τις φάσεις της εφηβείας, τις αλλαγές που υπεισέρχονται σε αυτήν στους διάφορους αναπτυξιακούς τομείς της και τα χαρακτηριστικά της. Στην

συνέχεια αναφέρουμε τα κυριότερα προβλήματα της εφηβικής ηλικίας και τον ρόλο των γονέων, του σχολείου και της κοινωνίας στην εξέλιξη των εφήβων.

5.3.1 Προεφηβική ηλικία

Η περίοδος αυτή, ξεκινώντας από το 9ο και λήγοντας περίπου στο 12^ο έτος, είναι σημαντική, γιατί κατά τη διάρκειά της προπαρασκευάζεται η προσαρμογή στην κοινωνία του εφήβου. Η προσαρμογή αυτή είναι η εκδήλωση της φυσικής αφύπνισης του εφήβου, πριν αυτή εμφανιστεί στην περίοδο της εφηβείας (Cole M., Cole S.R., 2002). Στην προεφηβική ηλικία, το παιδί δεν έχει τη δυνατότητα να δημιουργεί αξιολογικές σχέσεις και έννοιες περιεκτικές σε στοιχεία, σαν διαφοροποιημένες όψεις της ζωής. Το παιδί, συνήθως μιμείται τη συμπεριφορά ατόμων από το στενό του περιβάλλον (Σακελλαρίου, 1989). Με την είσοδό του όμως στην εφηβεία, αρχίζει να εμφανίζει ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, σκέψεις, θρησκευτικές αξίες, δημιουργώντας στο μυαλό του μια κοινωνία όπου οι κατευθύνσεις των αντιλήψεων για τον κόσμο και τη ζωή δεν παρουσιάζουν κάποια συγκεκριμένη συνοχή. Το ασύνδετο των κατευθύνσεων αυτών, όπως και το αναποφάσιστο, είναι κάποια από τα ουσιαστικά γνωρίσματα της ηλικίας αυτής (Μελανίτης, 1996).

Κατά την προεφηβική ηλικία, οι έννοιες του χώρου, του χρόνου και των αριθμών έχουν σχηματισθεί, αλλά βρίσκονται σε συγκεκριμένη μορφή μέσω της καθημερινής εμπειρίας. Η κριτική ικανότητα είναι ανεπτυγμένη, χωρίς να είναι όμως το κύριο γνώρισμα της περιόδου. Είναι μια περίοδος συλλογής γνώσεων, όπως και η παιδική, αλλά όχι οργάνωσης αυτών. Η διανοητική ανάπτυξη του προεφήβου, προχωράει σχετικά με γρήγορο ρυθμό και η συναισθηματική του ζωή είναι έντονη όπως και οι επιθυμητικές τάσεις, εκτός της αυτοκυβέρνησης και της αυτοκυριαρχίας, διότι και ο προέφηβος έχει ανάγκη συνεχούς καθοδήγησης, μιας και οι ανώτερες πνευματικές του λειτουργίες αρχίζουν να ωριμάζουν αργότερα, κατά την εφηβική δηλαδή ηλικία. Ο ψυχικός βίος του προέφηβου γενικότερα, είναι σχετικά απλός. Χαρακτηρίζεται από εγωκεντρισμό και ατομισμό, επιζητώντας τα πρωτεία, ενώ η αυτοσυντήρηση, είναι ο πρώτος νόμος της φύσης γι' αυτόν (Dolto F, Dolto – Tolite, 1999).

Η προεφηβεία, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), αναφέρεται ότι καλύπτει την περίοδο όπου έχουν μεν αρχίσει να αναπτύσσονται ορισμένα

γνωρίσματα της ήβης – τρίχωση του εφηβαίου, απότομη αύξηση των διαστάσεων του σώματος, διόγκωση των μαστών, διόγκωση των όρχεων, χωρίς όμως να παράγονται ακόμη ώριμα σπερματικά κύτταρα (σπερματοζώαρια, ωάρια). Με βάση ορισμένους μελετητές που χωρίζουν την ήβη σε δύο φάσεις, η προεφηβεία αποτελεί την πρώτη φάση της ήβης. Η δεύτερη φάση καλύπτει την περίοδο όπου υπάρχει μεν παραγωγή ώριμων σπερματικών κυττάρων, αλλά δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί η διαμόρφωση όλων των δευτερευόντων γνωρισμάτων της ήβης (Παρασκευόπουλος, τόμος 4^{ος}, 1985).

5.3.2 Διάρκεια και φάσεις της εφηβείας

Η εφηβεία χωρίζεται σε δύο φάσεις όπως αναφέρει ο Αναστασόπουλος (1997). Η πρώτη φάση διαρκεί από τα 13 έως τα 17 κι ο έφηβος ονομάζεται «νεαρός έφηβος». Η δεύτερη φάση διαρκεί από τα 17 έως τα 20 κι ο έφηβος ονομάζεται «μεγάλος έφηβος».

i) Πρώτη φάση της εφηβείας (13 - 17) – νεαρός έφηβος. Ο νεαρός έφηβος παρουσιάζει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Περνά μια περίοδο αμφιβολιών. Ο νεαρός έφηβος βρίσκεται σε συνεχή διλήμματα για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να ενεργεί.
- Ζει μια περίοδο συνεχών αλλαγών. Στη φάση αυτή συμβαίνουν συχνές αλλαγές στο νεαρό έφηβο. Οι σωματικές μεταβολές είναι έντονες και συνεχείς και ακολουθούνται από ψυχολογικές αλλαγές. Μεταβάλλει συνεχώς τις διαθέσεις και τη συμπεριφορά του.
- Ζει μια περίοδο έντονου συναισθηματισμού. Παράλληλα με τις σωματικές αλλαγές, ο νεαρός έφηβος ζει και μια περίοδο έντονων συναισθηματικών καταστάσεων.
- Ζει μια περίοδο αστάθειας. Παρατηρούνται στο νεαρό έφηβο συνεχείς μεταπτώσεις, από ευχάριστες και δυσάρεστες καταστάσεις, από την αυτοπεποίθηση στην απογοήτευση, από τον εγωισμό στον αλτρουισμό, από τον ενθουσιασμό στην απάθεια.

- Έχει πολλά προβλήματα και ανησυχίες. Ο νεαρός έφηβος έχει πολλά προβλήματα και ανησυχίες, όπως: για την σωματική εμφάνιση και την υγεία του, για τις σχέσεις του στο σπίτι και έξω από αυτό, για τη σχολική εργασία, για τα μελλοντικά του σχέδια - εκπαίδευση, επάγγελμα, επιλογή συντρόφου -, για θέματα θρησκείας και ηθικής, για οικονομικά θέματα κλπ.
- Περνάει μια κρίσιμη ηλικία. Όλοι οι παραπάνω λόγοι συντελούν στο να είναι η ηλικία αυτή κρίσιμη. Ιδιαίτερα κρίσιμη αποβαίνει όταν δεν έχουν επιτευχθεί οι εξελικτικές μορφές συμπεριφοράς της παιδικής και προεφηβικής ηλικίας, όταν δηλαδή δεν έχουν πραγματοποιηθεί οι εξελικτικοί στόχοι της προηγούμενης ηλικίας.
- Δεν αντιμετωπίζεται ευνοϊκά από τους ώριμους. Οι ώριμοι χαρακτηρίζουν την ηλικία του νεαρού έφηβου ως προβληματική ηλικία, λόγω της ισχυρογνωμοσύνης που υπάρχει στο νεαρό έφηβο και της τάσης του να κάνει το αντίθετο από αυτό που ζητείται να κάνει.

ii) Δεύτερη φάση της εφηβείας (17 - 20) – Ο μεγάλος έφηβος. Αντίθετα με το νεαρό έφηβο, που συμπεριφέρεται σε μεγάλο βαθμό με ανωριμότητα, όπως είδαμε πιο πάνω, ο μεγάλος έφηβος συμπεριφέρεται πια κατά τρόπο ώριμο και υπεύθυνο, παρουσιάζοντας τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Συμπεριφέρεται με αρκετή σταθερότητα. Ο μεγάλος έφηβος συμπεριφέρεται με αρκετή σταθερότητα σ' όλες τις εκφάνσεις της ζωής. Έχει σταθερά ενδιαφέροντα σ' ότι αφορά την ενδυμασία, την αναψυχή, την εκλογή επαγγέλματος, τις φίλιες του με τους συνομήλικους και των δύο φύλων, τη συναισθηματική του συμπεριφορά, τις διαθέσεις του γενικά. Η σταθερότητα σ' όλες τις παραπάνω περιπτώσεις βοηθάει το μεγάλο έφηβο να προσαρμοστεί καλύτερα στη ζωή.
- «Αστάθεια σε λογικά όρια», Λέει η Hurlock, «είναι δείγμα πνευματικής και κοινωνικής ωριμότητας. Έλλειψη αστάθειας συνήθως προέρχεται από υπερπροστασία, που αποτελεί για τον έφηβο αιτία να χάσει την εμπιστοσύνη στην ικανότητά του να αντιμετωπίζει μόνος του τα προβλήματα που του παρουσιάζει η ζωή. Αυτό στη συνέχεια αποτελεί αιτία να γίνει ο ίδιος αυστηρός και να αναπτύξει έναν αυταρχικό τύπο προσωπικότητας. Συνεχώς

και έντονη αστάθεια σημαίνει πως ο έφηβος έχει δυσκολίες στο να παραμερίσει τις παιδικές συνήθειες και να τις αντικαταστήσει με περισσότερο ώριμες».

- Αντιμετωπίζει υπεύθυνα τα προβλήματά του. Τα προβλήματα των μεγάλων εφήβων είναι σε γενικές γραμμές τα ίδια με τα προβλήματα των νεαρών εφήβων, αλλά οι μεγάλοι έφηβοι τα αντιμετωπίζουν διαφορετικά. Η αντιμετώπιση δηλαδή των προβλημάτων είναι πιο ώριμη και πιο επιτυχής απ' ό,τι αυτή ήταν στα προηγούμενα χρόνια.
- Είναι συναισθηματικά ήρεμος. Η έλλειψη υπερπροστασίας και η παροχή περισσότερων ευκαιριών στο μεγάλο έφηβο να ενεργεί υπεύθυνα και ανεξάρτητα, είναι φυσικό να μειώνει τώρα και τη συναισθηματική ένταση, στην οποία βρισκόταν ο νεαρός έφηβος.
- Είναι πιο ρεαλιστής. Η μη ρεαλιστική εικόνα που ο νεαρός έφηβος είχε για τον εαυτό του και που τον οδηγούσε συχνά σε σύγκρουση με το περιβάλλον του αρχίζει σιγά – σιγά να εξαφανίζεται και τη θέση της παίρνει μια πιο ρεαλιστική εικόνα για τον εαυτό του και τη ζωή.
- Ενεργεί σαν ώριμος. Ο μεγάλος έφηβος και επιθυμεί και μπορεί πια να συμπεριφέρεται σαν ώριμος, επιδιώκοντας να ξεφύγει από την ανώριμη συμπεριφορά του νεαρού εφήβου.
- Αντιμετωπίζεται διαφορετικά απ' τους ώριμους. Οι μεγάλοι (γονείς, εκπαιδευτικοί, κλπ) μεταχειρίζονται διαφορετικά, με μεγαλύτερη δηλαδή άνεση και κατανόηση, το μεγάλο έφηβο. Αυτό συμβαίνει γιατί κι ο μεγάλος έφηβος άλλαξε τακτική απέναντί τους, συνεργάζεται καλύτερα με αυτούς κι ενδιαφέρεται πιο πολύ για τον προγραμματισμό της μελλοντικής του ζωής.

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), θεωρούμε ότι η εφηβική ηλικία καλύπτει αναπτυξιακά φαινόμενα που συμβαίνουν στη δεύτερη δεκαετία της ζωής του ατόμου, σε ένα διάστημα διάρκειας 7 - 8 ετών, το οποίο αρχίζει περίπου στο 11ο έτος στα κορίτσια και περίπου στο 13ο στα αγόρια, χωρίς ασφαλώς να παραγνωρίζουμε το γεγονός ότι τα φαινόμενα αυτά είναι δυνατό να αρχίζουν να εκτυλίσσονται νωρίτερα ή να συνεχίζουν να υπάρχουν και πέρα από τα χρονικά αυτά

όρια. Τα αναπτυξιακά αυτά φαινόμενα της εφηβείας, πραγματοποιούνται σε δύο επιμέρους φάσεις:

1) Στην κυρίως εφηβεία (από το 11ο ως το 16ο έτος περίπου), όπου εμφανίζονται και διαμορφώνονται όλες οι νέες βασικές βιοσωματικές αλλαγές της ήβης και οι νέες γνωστικές δοκιμές που μετασχηματίζουν το παιδί σε ενήλικο.

2) Στην εφηβική νεότητα (από το 16ο ως το 20ο έτος περίπου), όπου το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί στο νέο του βιοσωματικό και γνωστικό εαυτό και στη νέα κοινωνική πραγματικότητα της εφηβικής ζωής και βαθμιαία να ενταχθεί στην κοινωνία των ενηλίκων.

5.3.3 Αλλαγές της εφηβικής ηλικίας

i) Σωματικές Αλλαγές

Η ήβη σημαδεύεται από μια ταχεία αύξηση του ύψους, κατά την οποία τα κορίτσια εμφανίζουν μια αιφνίδια αύξηση μεταξύ 10 και 12 και τα αγόρια μεταξύ 12 και 14 χρόνων. Στις σωματικές μεταβολές της ήβης περιλαμβάνεται και η ωρίμανση των πρωτεύοντων και δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου. Τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου (γενετήσια χαρακτηριστικά) είναι οι σωματικές μεταβολές που προκαλούνται από ορμόνες, οι οποίες μας καθιστούν ικανούς για αναπαραγωγή. Αυτές οι μεταβολές περιλαμβάνουν την ανάπτυξη του πέους και των όρχεων στα αγόρια και του κόλπου, της μήτρας και των ωοθηκών στα κορίτσια. Τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου προκαλούνται από σεξουαλικές ορμόνες αλλά δεν σχετίζονται με την πράξη της αναπαραγωγής. Τα αγόρια κατά την περίοδο της ήβης αποκτούν τριχοφυΐα στο πρόσωπο, βαθύτερη φωνή και μεγαλύτερους μυς. Τα κορίτσια αποκτούν φαρδύτερους γοφούς, μεγαλύτερα στήθη και καμπύλες, που οφείλονται εν μέρει στην αύξηση των αποθεμάτων λίπους. Αυτές οι σωματικές μεταβολές προκαλούνται από την αυξημένη έκκριση της ανδρικής γενετήσιας ορμόνης τεστοστερόνης, μεταξύ των 12 και 13 χρόνων και της γυναικείας γενετήσιας ορμόνης οιστρογόνης μεταξύ 10 και 11 χρόνων. Τα κορίτσια ωριμάζουν σωματικά νωρίτερα από τα αγόρια και η αρχή της εμμήνου ροής, εμφανίζεται μεταξύ των 11 και 13 χρόνων (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2003).

ii) Οι διανοητικές αλλαγές

Η νοητική ανάπτυξη φτάνει στο αποκορύφωμά της ανάμεσα στο 17ο και 18ο έτος. Όχι σπάνια, όμως, συνεχίζεται και μέχρι το 20ο έτος και πέρα από αυτό. Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχουν ποιοτικές διαφορές νοητικής ανάπτυξης μεταξύ των εφήβων διαφορετικού φύλου, αλλά αυτές δεν οφείλονται σε κάποια εγγενή αδυναμία, αλλά μάλλον στη διαφορά ενδιαφέροντος. Η νοητική εξέλιξη των εφήβων οφείλεται βασικά στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος, αλλά ενισχύεται σημαντικά και από την προσωπική εμπειρία κάθε εφήβου. Κύριο χαρακτηριστικό κατά τον Piaget είναι ότι ο έφηβος μεταπηδάει από τη συγκεκριμένη σκέψη, που χαρακτήριζε την προεφηβική ηλικία, στην αφηρημένη. Οι έφηβοι, με την ανάπτυξη της αφηρημένης σκέψης έχουν την ικανότητα όχι μόνο να αντιλαμβάνονται τον κόσμο όπως είναι, αλλά και να σκέπτονται πως θα ήταν δυνατόν να είναι (Tucker, 1999).

Άλλη εκδήλωση της νοητικής ανάπτυξης του εφήβου είναι η ικανότητά του να ασχολείται με ιδέες που δεν έχουν άμεσο, προσωπικό ενδιαφέρον, όπως η συζήτηση για τα κοινά, για παγκόσμια προβλήματα και ιδέες ανθρώπων και λαών που είναι άγνωστοι σε αυτόν. Χαρακτηριστικό γνώρισμα επίσης, της νοητικής ωριμότητας των εφήβων, είναι και η «διανοητική επικοινωνία», την οποία επιδιώκουν μεταξύ τους και είναι σε θέση να πετυχαίνουν. Οι έφηβοι όχι μόνο ανταλλάσσουν τις σκέψεις τους, αλλά και τις συζητούν, τις υποστηρίζουν, τις θέτουν σε δοκιμασία και ελέγχουν τη λογική τους (Τσιάντης, 1997).

iii) Συναισθητικές αλλαγές

Μέσα στον κυκεώνα των αλλαγών που περιγράψαμε παραπάνω, ο έφηβος πλημμυρίζει από συναισθήματα έντονα και ευμετάβλητα. Αρχικά, νιώθει δέος για τη νέα κατάσταση, για τις νέες του ικανότητες που καλείται να εκμεταλλευτεί, για το γεγονός πως ο ρόλος του ενήλικα, που θα κληθεί να παίξει, παύει να είναι μια απλή φήμη και γίνεται πλέον μια πληροφορία. Όσο ήταν παιδί, ο έφηβος έβλεπε τους γονείς και τους δασκάλους του σαν πρότυπα, σαν θεούς, αλλά καθώς η εφηβεία εξελίσσεται, φεύγει αυτή η σιγουριά του γι' αυτά τα πρότυπα και αρχίζει κρυφά ή φανερά να τα αμφισβητεί και να διερευνά τα όριά τους. Ο έφηβος, σταδιακά, θα στραφεί σε παρέες συνομηλίκων, θα ψάξει για νέα πρότυπα, θα θεοποιήσει τα σύμβολα της μουσικής κουλτούρας, όπως μουσικά συγκροτήματα και ηθοποιούς, θα αναζητήσει έναν αληθινό μύθο για να αντικαταστήσει τον πεσμένο μύθο των γονιών του. Οι έφηβοι τρομάζουν μπροστά στην απομυθοποίηση των γονιών τους, δημιουργώντας παρέες με έντονους συναισθηματικούς δεσμούς και στρέφονται σε

πρότυπα έξω από την οικογένειά τους για να αναπληρώσουν αυτό τους το συναισθηματικό κενό (Δραγώνα, Ντάβου, 1990).

iv) Αλλαγές στην κοινωνικοποίηση των εφήβων.

Ο Αμερικανός ψυχολόγος A. T. Jersild θεωρεί την κοινωνικοποίηση του εφήβου σαν ένα «τρίπρακτο δράμα». Στην πρώτη πράξη του ο έφηβος είναι ακόμα εξαρτημένος από την οικογένεια, αλλά αρχίζει σιγά-σιγά να απομακρύνεται από την προστασία της. Στη δεύτερη πράξη, διεξάγει τη μάχη για τη χειραφέτηση. Θέλει να αποκτήσει δική του υπόσταση και να αναλάβει υπευθυνότητα για τις πράξεις του και το μέλλον του. Στην τρίτη, τέλος, πράξη η μάχη έχει τελειώσει και ο έφηβος παίρνει τη θέση του ανάμεσα στους συνομηλίκους του και ατενίζει με περισσότερη βεβαιότητα το μέλλον του. Σ' αυτό το στάδιο, θα αρχίσει η παλινδρόμηση προς τους γονείς, προς τους οποίους θα εκδηλώνει τρυφερότητα και αναγνώριση, για τις υπηρεσίες που του προσέφεραν στην κρίσιμη διαδικασία της χειραφέτησης.

Πριν όμως, αρχίσει το δράμα, όπως το παριστάνει ο Jersild, η κοινωνικοποίηση, έχει αρχίσει από την παιδική ηλικία. Από τον τρόπο που θα αντιμετωπίσουν το θέμα οι γονείς, και το σχολείο αργότερα, θα εξαρτηθεί και η επιτυχής ή όχι κοινωνική προσαρμογή κατά την εφηβεία (Αναστασιάδης, 1993).

5.3.4 Χαρακτηριστικά της εφηβείας

i) Αναζήτηση ταυτότητας

Ο έφηβος δοκιμάζει κάθε είδους πιθανή ταυτότητα, ζητώντας να βιώσει διάφορους ρόλους, πειραματιζόμενος με διάφορα είδη σχέσεων, εξερευνώντας τις νοητικές και φυσικές του δυνάμεις. Το αποτέλεσμα θα είναι ικανοποιητικό, αν η ταυτότητα που διάλεξε ταιριάζει με τους διαθέσιμους ρόλους της ζωής, αλλά είναι πιθανό να υπάρξουν σημάδια κατάθλιψης και απόγνωσης, αν το νεαρό άτομο δεν καταφέρει να βρει την απάντηση «Ποιος είμαι;» ή αν η ταυτότητα που διάλεξε δεν ταιριάζει με κανένα εφικτό κοινωνικό ρόλο ή ακόμα δεν είναι αποδεκτή (Tucker, 1999).

ii) Αυτονομία και ανεξαρτησία

Το νεαρό άτομο θέλει να ακολουθήσει τις δικές του ασχολίες κατά προτίμηση μακριά απ' την επίβλεψη και τον έλεγχο των γονιών και των δασκάλων. Αυτό μπορεί

να σημαίνει και πράγματα απαγορευμένα ή ακόμα καταστρεπτικά ή επικίνδυνα. Οι πολύ αρνητικές στάσεις εναντίον της αστυνομίας, του οικονομικού και πολιτικού συστήματος, της κυβέρνησης και άλλων θεσμών, είναι χαρακτηριστικές και συχνά οι γονείς δυσκολεύονται να τις χειριστούν με ηρεμία (Vallejo – Najera, 2001).

iii) Ερεθίσματα και πλήξη

Οι περισσότεροι έφηβοι παραπονιούνται συχνά ότι πλήττουν. Ενδιαφέρον βρίσκουν το θόρυβο, την ταχύτητα, τα εναλλασσόμενα φώτα, τα πλήθη, τους νεωτερισμούς, την ποικιλία, τις έντονες συζητήσεις, τους πειραματισμούς με ποτά και σε σοβαρές περιπτώσεις με τοξικές ουσίες (Σακελλαρίου, 1989).

iv) Κοινωνικότητα: η ανάγκη για συντροφικότητα

Οι νέοι, ενώ εξακολουθούν να αντιλαμβάνονται τη σημασία που έχουν οι γονείς και οι άλλοι συγγενείς, αναζητούν στην ομάδα των συνομηλίκων τους, τα ενδιαφέροντα, την παραδοχή, τα αστεία, τον ανταγωνισμό. Και τα δύο φύλα συγκλίνουν στο ίδιο «σκηνικό» την καφετέρια, την ντισκοτέκ, το μπαρ (Κοσμόπουλος, 1994).

v) Σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη

«Το πρωταρχικό στοιχείο της εφηβείας», γράφει η καθηγήτρια της κοινωνικής πρόνοιας Κάθλιν Τσίλμαν, «είναι ότι το νεαρό άτομο μπορεί να αναπαράγει». Ενώ αναγνωρίζει απόλυτα τις κοινωνικές και πολιτιστικές δυνάμεις που διαπλάθουν τη στάση των εφήβων απέναντι στη σεξουαλικότητα, σημειώνει ότι το σεξ παίζει κεντρικό ρόλο. Τους εφήβους τους απασχολεί πολύ το εξελισσόμενο σώμα τους και η τάση να πειραματιστούν σεξουαλικά (Elliot – Wright, 2003).

vi) Νοητική Εξέλιξη

Πολλοί νέοι που μέχρι πρότινος είχαν δείξει πολύ λίγο ενδιαφέρον για τη δουλειά του σχολείου, σ' αυτό το στάδιο αρχίζουν να διασκεδάζουν ασκώντας το μυαλό τους. Ο νέος που εξελίσσεται ξαφνικά, αργότερα από τους άλλους, είναι συνηθισμένο φαινόμενο (Hadfield, 1979).

vii) Ηθική ευαισθησία

Ένα από τα πιο αξιοπρόσεκτα χαρακτηριστικά της εφηβείας είναι η έντονη ευαισθησία στο τι είναι σωστό και λάθος, δίκαιο και άδικο. Οι έφηβοι είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στις αντιφάσεις που υπάρχουν ανάμεσα στα λεγόμενα και στις πράξεις των ενηλίκων και αυτό τους οδηγεί στην ετοιμότητα να διαδηλώνουν ενάντια σε διάφορες αδικίες (Cole M., Cole S.R., 2002).

5.3.5. Τα κυριότερα προβλήματα της εφηβείας

α) Εφηβεία και κατάχρηση ουσιών

Αποτελεί για πολλούς το πιο σημαντικό πρόβλημα όχι μόνο της εφηβείας, αλλά της σύγχρονης κοινωνίας μας ολόκληρης. Η τάση των εφήβων να εξαρτώνται από αυτά έχει να κάνει με τα χαρακτηριστικά της εύθραυστης εφηβικής προσωπικότητας. Οι έφηβοι ενδιαφέρονται ελάχιστα για το μέλλον τους, η ζωή τους είναι το παρόν και προειδοποιήσεις που έχουν να κάνουν με τη μελλοντική τους υγεία, λίγο μπορούν να τους αγγίξουν (Herbert, 1999).

β) Εφηβεία και Διαταραχές διατροφής.

Στις διαταραχές διατροφής εντάσσονται η νευρική ανορεξία και η βουλιμία. Η νευρική ανορεξία πλήττει πολύ πιο συχνά τα κορίτσια από ότι τα αγόρια και μπορεί να εγκαθιδρυθεί ακόμα και από την ηλικία των 12 ετών. Τα άτομα με νευρική ανορεξία πιστεύουν πως είναι παχύσαρκα άτομα αν και είναι σκελετωμένα. Συχνά έχουν βουλιμικά επεισόδια, κατά τα οποία καταβροχθίζουν μεγάλες ποσότητες φαγητού που τις αφαιρούν με προκλητό εμετό. Είναι μια επικίνδυνη κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε ασιτία ή στο θάνατο. Τα βουλιμικά άτομα αντίθετα χαρακτηρίζονται από πολλά επεισόδια καταβρόχθισης φαγητού, συνοδευόμενα από προκλητό εμετό, διαταράσσοντας έτσι το πεπτικό τους σύστημα και την ηλεκτροδιαλυτική τους ισορροπία με δυσάρεστες επιπτώσεις (Κούρος, 1993).

γ) Σχέσεις των εφήβων με το άλλο φύλο

Οι έφηβοι θέλουν να αρέσουν στο άλλο φύλο, ώστε να νοιώσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και να διαπιστώσουν πως μπορούν να παίξουν τους ρόλους του άντρα και της γυναίκας. Όλα αυτά τα παιχνίδια είναι απαραίτητα ώστε οι έφηβοι να μπορέσουν να γνωρίσουν καλύτερα το εαυτό τους και να αποκτήσουν πολύτιμες εμπειρίες για το μέλλον. Προσοχή χρειάζεται ώστε οι έφηβοι να είναι ενημερωμένοι γύρω από το σεξ και την αντισύλληψη. Οι γονείς είναι υπεύθυνοι να μπορούν με ευαισθησία να μεταδώσουν στα παιδιά τους όλα όσα πρέπει να γνωρίζουν για το σεξ. Η εφηβεία πρέπει να είναι μια περίοδος αποκαλύψεων και έντονων εμπειριών, όπου οι συγκρούσεις είναι απαραίτητες και η απουσία των συγκρούσεων μάλλον θα πρέπει να μας θορυβήσει. Οι γονείς καλούνται να οπλιστούν με υπομονή, επιμονή και χιούμορ ώστε να συνοδεύουν τα παιδιά τους στο ταξίδι τους προς τον κόσμο των ενηλίκων (Oswald, 1967).

δ) Πίεση

Η πίεση μπορεί να προέρχεται από πολλές κατευθύνσεις. Οι γονείς των εφήβων συχνά ασκούν πίεση, χωρίς να το θέλουν, επιδιώκοντας να είναι τα παιδιά τους καλοί μαθητές και πρώτοι σε όλα. Η πίεση στους εφήβους αυξάνεται σε περιόδους εξετάσεων, λόγω διαβάσματος. Οι καθηγητές επίσης, θέλοντας να τα πάνε καλά οι έφηβοι στο σχολείο, μπορεί να δημιουργήσουν κάποια μορφή πίεσης σε αυτούς. Ακόμα, η πίεση που ασκείται από τους συνομήλικους, αναφέρεται συχνά ως αιτία για την οποία κάποιοι αρχίζουν να καπνίζουν, να πίνουν ή να παίρνουν ναρκωτικά. Καθώς η εξέλιξη των εφήβων γίνεται με διαφορετικό ρυθμό, μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία έντονων συγκρούσεων μεταξύ τους (Dolto F., Dolto – Tolite K., 1999).

ε) Νεανικοί έρωτες

Όταν οι έφηβοι αρχίζουν να ερωτεύονται, οι ενήλικες μπορεί να μην τους παίρνουν στα σοβαρά, λέγοντας πως είναι πολύ μικρά για να αισθάνονται έτσι. Ωστόσο, μερικές φορές η αγάπη διαρκεί για μήνες ή χρόνια, άλλοτε πάλι περνάει μέσα σε μια βδομάδα. Οι νεανικοί έρωτες μπορεί να πληγώσουν σημαντικά τους εφήβους, όταν τα άτομα του ενδιαφέροντός τους δεν ανταποκρίνονται στα συναισθήματα αυτών (Αναστασόπουλος, 1997).

στ) Κατάθλιψη

Λαμβάνοντας υπόψη αυτά που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι στην έντονη αυτή περίοδο των αλλαγών, δεν είναι περίεργο που μερικοί παθαίνουν κατάθλιψη. Οι νεαροί άνθρωποι του 21ου αιώνα μπορεί να περνάνε δυσκολότερες ώρες απ' ότι στο παρελθόν, γιατί οι γάμοι και οι άλλες οικογενειακές σχέσεις διαλύονται πιο συχνά, αφήνοντας παιδιά και εφήβους σε ασταθείς καταστάσεις, ενώ και τα προβλήματα στις σχέσεις ή το άγχος των εξετάσεων, μπορεί να δημιουργήσουν μεγάλο πρόβλημα. Η σοβαρή κατάθλιψη, όπου όλα φαίνονται ζοφερά και πως δεν αξίζει να ζεις, χρειάζεται άμεση ιατρική παρακολούθηση, καθώς το φαινόμενο της αυτοκτονίας των εφήβων δεν είναι καθόλου ασυνήθιστο (Elliot – Wright, 2003).

5.3.6 Ο ρόλος των γονέων, του σχολείου και της κοινωνίας στην εξέλιξη των εφήβων

✚ Ρόλος γονέων

Η οικογένεια είναι η πρώτη μικρογραφία της κοινωνίας που γνωρίζει το παιδί και αν βρει εκεί σωστές αντιλήψεις για τη ζωή και φιλική κατανόηση, θα προετοιμαστεί σωστά για την αντιμετώπιση της ζωής. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται εκ μέρους των γονέων στον τρόπο συμπεριφοράς τους προς το παιδί και μεταξύ τους, γιατί αυτό ως ευαίσθητος δείκτης θα τους αντιγράψει και θα τους μιμηθεί και ανάλογα, σε αυτούς πρώτα, θα συμπεριφερθεί καλά η άσχημα (Tucker, 1999).

Δείχνοντας αυτοί σεβασμό προς αυτό, θα το βοηθήσουν να αναπτύξει σωστά την προσωπικότητά του. Η οικογένεια, λοιπόν, βάζει τα θεμέλια στη διαμόρφωση της αγωγής των παιδιών. Με βάση αυτά, καταλαβαίνουμε το πόσο μεγάλη είναι η ευθύνη για τη σωστή διαμόρφωση του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του παιδιού και του εφήβου (Τσιάντης, 1997).

✚ Ρόλος σχολείου. (Ανάγκη για στενή συνεργασία σχολείου – οικογένειας).

Αν θέλουμε να μιλήσουμε με μεγάλη συντομία για τους σκοπούς του σχολείου, θα πρέπει να τονίσουμε από την αρχή ότι μαζί με την παροχή γνώσεων, στοχεύει να διαμορφώσει τους μαθητές σε σωστούς ανθρώπους με ολοκληρωμένη προσωπικότητα και να αναπτύξει τις ιδιαίτερες ικανότητές τους, ώστε να γίνουν άτομα ελεύθερα, ηθικά, συνεργάσιμα, παραγωγικά, με θάρρος και πίστη, με ευγένεια και αυτοπειθαρχία και προπάντων με αγάπη και συμπάρασταση προς τους άλλους (Μελανίτης, 1996).

Αλλά, όπως καταλαβαίνει ο καθένας, τους σκοπούς αυτούς είναι αδύνατο να τους πραγματοποιήσει μόνο του το σχολείο, που αποτελεί ένα κοινωνικό περιβάλλον περιορισμένης χρονικής διάρκειας. Γι' αυτό, αν εξαιρέσουμε τους άλλους μορφωτικούς παράγοντες, όπως είναι η παρέα και τα διάφορα έντυπα και βιβλία που διαβάζει ένας μαθητής, και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, θα πρέπει να σταθούμε στο οικογενειακό περιβάλλον των νέων ατόμων (Κρασανάκης, 1993).

Το σχολείο, χωρίς τη δραστήρια συμπάρασταση της οικογένειας, δεν μπορεί μόνο του να ανταποκριθεί με επιτυχία στο ρόλο του. Οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται συχνά

για το πώς λειτουργεί το σχολείο, για τις συνθήκες και τα προβλήματά του, αλλά και για τα προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς που παρουσιάζουν τα παιδιά τους στο σχολείο. Επιβάλλεται όμως παράλληλα και οι εκπαιδευτικοί να ξέρουν τις οικογενειακές συνθήκες και τα οικογενειακά προβλήματα των μαθητών, ώστε να ρυθμίζουν ανάλογα τη συμπεριφορά τους απέναντι σ' αυτούς (Αναστασιάδης, 1993).

Ρόλος κοινωνίας

Η εφηβεία δεν αναγνωρίζεται ως δύναμη, γιατί φοβίζει. Πολύ συχνά η κοινωνία παγιδεύει τους εφήβους, κάνοντάς τους να πιστεύουν ότι αποτελούν ένα βάρος, που δεν ξέρει κανείς πώς να το χειριστεί, μια ομάδα ανεύθυνων που κανείς δεν τη χρειάζεται. Έτσι, η κοινωνία αναπτύσσει στα μέλη της μια συμπεριφορά και μια νοοτροπία μικρού παιδιού. Δεν υποστηρίζει την εφηβεία και την εφευρετικότητά της, ενώ σε άλλες εποχές, όπου η φυσική δύναμη και η ευκινησία είχαν περισσότερη σημασία, οι έφηβοι είχαν μεγάλη αξία. Δεν είναι, όμως, οι έφηβοι που άλλαξαν, αλλά ο τρόπος με τον οποίον τους αντιμετωπίζουμε. Η κοινωνία, ωστόσο, πρέπει να βοηθήσει τους εφήβους να ανακαλύψουν τον πραγματικό τους δρόμο και να δείξουν φαντασία για να βρουν αυτό που τους ταιριάζει (Κρασανάκης, 1993, Κουρκούτας, 2001).

5.4 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η σχολική ηλικία ξεκινά από 6 ετών με την εμφάνιση των πρώτων μόνιμων δοντιών και την είσοδο του παιδιού στο σχολείο και τελειώνει στην ηλικία που «το άτομο γίνεται σεξουαλικά ώριμο». Έως το 11^ο έτος για τα κορίτσια - πρώτη έμμηνη ρύση - και το 13^ο έτος για τα αγόρια – πρώτη εκσπερμάτωση (Παρασκευόπουλος, 1985:11).

Στην σχολική ηλικία η ανάπτυξη του παιδιού διαιρείται σε τομείς με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία είναι δυνατόν να συνοψιστούν ως εξής:

Στο σωματικό και κινητικό τομέα πραγματοποιούνται ποιοτικές μεταβολές. Ο ρυθμός του σώματος μειώνεται και πραγματοποιείται έλεγχος σταθεροποίησης των βιοσωματικών και ψυχοκινητικών διεργασιών που είχαν αυξηθεί ραγδαία κατά την προηγούμενη περίοδο.

Στο νοητικό τομέα πραγματοποιούνται μεγάλες αλλαγές. Εμφανίζεται η λογική στο παιδί από την ηλικία των 7 ετών. Αρχίζει να κατακτά γνωστικά σχήματα όπως της ιεραρχικής οργάνωσης των τάξεων, της σειροθέτησης των ποικίλων σχέσεων ανισότητας, της έννοιας του αριθμού, της έννοιας διαχώρισης των διάφορων χαρακτηριστικών του φυσικού κόσμου (ποσότητα, βάρος και όγκου κ.α), η σκέψη όμως δεν είναι αφαιρετική. Όσον αφορά την νοημοσύνη υπάρχουν ατομικές διαφορές παντός είδους που αντανακλώνται σε σχολικά μαθήματα (Ιωαννίδης, 1996).

Στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης το επίκεντρο του ενδιαφέροντος του παιδιού που μέχρι τώρα ήταν ο εαυτός του και οι γονείς του, αλλάζει και στρέφεται προς τους συνομήλικους (Κακαβούλης, 1990).

Στον τομέα της ανάπτυξης της προσωπικότητας το παιδί επιτυγχάνει να αισθανθεί την εμπιστοσύνη, την αυτονομία, την πρωτοβουλία και είναι «έτοιμο να επιδοθεί στην φιλοπονία και την παραγωγικότητα» (Παρασκευόπουλος, 1985:12).

Όσον αφορά την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη το παιδί στην ηλικία 6 -12 ετών βρίσκεται στο στάδιο της λανθάνουσας σεξουαλικότητας σύμφωνα με τον Freud, περίοδο δηλαδή γαλήνης και ηρεμίας πριν την ήβη.

Στην ηλικία των 6 ετών το παιδί ξεκινά το σχολείο το οποίο θα αποτελέσει ορόσημο στην ζωή του καθώς απομακρύνεται από το περιβάλλον της οικογένειας και εισέρχεται στην σχολική κοινότητα περιτριγυρισμένο από συνομηλικούς (Ζαφειροπούλου, Κλεφταράς, 2004). Τα σημαντικότερα εξελικτικά επιτεύγματα και οι δεξιότητες που θα κατακτήσει το παιδί σ' αυτήν την ηλικία είναι τα εξής:

- ✚ Απόκτηση σχολικών γνώσεων και δεξιοτήτων.
- ✚ Ενίσχυση κινητικών δεξιοτήτων που απαιτούνται για τα οργανωμένα παιχνίδια και αγώνισματα.
- ✚ Απόκτηση δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης.
- ✚ Δημιουργία και διατήρηση φιλικών σχέσεων με ενήλικους έξω από την οικογένεια.
- ✚ Συνειδητοποίηση του κοινωνικού ρόλου και του φύλου του.
- ✚ Γνώση για τους ηθικούς κανόνες και κοινωνικούς θεσμούς.
- ✚ Ενδιαφέρον για ενίσχυση γνωστικών λειτουργιών.

Η επίτευξη των παραπάνω εξελικτικών επιτευγμάτων αποτελεί προϋπόθεση για ομαλό πέρασμα για την επόμενη εξελικτική περίοδο, την εφηβεία (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2003).

Ο όρος εφηβεία, σύμφωνα με τον Herbert (1999), ουσιαστικά αναφέρεται στην ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου, η οποία σχετίζεται εν μέρει με τις βιοσωματικές αναπτυξιακές διαδικασίες, με αυτό δηλαδή που ορίζουμε ως «ήβη». Με άλλα λόγια η εφηβεία έχει την αρχή της, στη βιολογία και το τέλος της ,στον πολιτισμό – στο σημείο εκείνο που το κορίτσι και το αγόρι έχουν αποκτήσει έναν ικανοποιητικό βαθμό ψυχολογικής ανεξαρτησίας από τους γονείς τους. Έτσι εξηγείται η έλλειψη ακρίβειας στον ορισμό και στα χρονικά όρια της εφηβείας. Δεν υπάρχει κανένα ευδιάκριτο «τέρμα» (Κουρκούτας, 2001). Ακόμη και στο σημείο έναρξης της εφηβείας – η ήβη καθ' αυτή – είναι μια «κινητή εορτή» που ποικίλλει ανάλογα με τους περιβαλλοντικούς, κλιματολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες και που υπόκειται όσον αφορά την έγκαιρη έναρξη ή την καθυστέρησή της, σε πολλές εξωτερικές επιδράσεις (Elliot – Wright, 2003).

Η προεφηβεία, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), αναφέρεται ότι καλύπτει την περίοδο όπου έχουν μεν αρχίσει να αναπτύσσονται ορισμένα γνωρίσματα της ήβης – τρίχωση του εφηβαίου, απότομη αύξηση των διαστάσεων του σώματος, διόγκωση των μαστών, διόγκωση των όρχεων, χωρίς όμως να παράγονται ακόμη ώριμα σπερματικά κύτταρα (σπερματοζώαρια, ωάρια). Με βάση ορισμένους μελετητές που χωρίζουν την ήβη σε δύο φάσεις, η προεφηβεία αποτελεί την πρώτη φάση της ήβης. Η δεύτερη φάση καλύπτει την περίοδο όπου υπάρχει μεν παραγωγή ώριμων σπερματικών κυττάρων, αλλά δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί η διαμόρφωση όλων των δευτερευόντων γνωρισμάτων της ήβης (Παρασκευόπουλος, τόμος 4^{ος}, 1985).

Η εφηβεία χωρίζεται σε δύο φάσεις όπως αναφέρει ο Αναστασόπουλος (1997). Η πρώτη φάση διαρκεί από τα 13 έως τα 17 κι ο έφηβος ονομάζεται «νεαρός έφηβος». Η δεύτερη φάση διαρκεί από τα 17 έως τα 20 κι ο έφηβος ονομάζεται «μεγάλος έφηβος».

Οι αλλαγές της εφηβικής ηλικίας χαρακτηρίζονται από σωματικές, διανοητικές, συναισθηματικές και στην κοινωνικοποίηση των εφήβων.

Τα χαρακτηριστικά της εφηβείας ανάγονται στην αναζήτηση της ταυτότητας του εφήβου, στην αυτονομία και ανεξαρτησία του, στα ερεθίσματα που λαμβάνουν από το εξωτερικό περιβάλλον και την περίοδο πλήξης που τυγχάνουν να βιώνουν. Επίσης, στην κοινωνικότητά τους και στην ανάγκη τους για συντροφικότητα, στην σωματική και σεξουαλική τους ανάπτυξη, στην νοητική τους εξέλιξη και στην ηθική τους ευαισθησία γενικότερα.

Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι έχουν σχέση με την κατάχρηση ουσιών, διαταραχές διατροφής, τη σχέση τους με το αντίθετο φύλο, την πίεση που τυχόν τους ασκείται είτε από την οικογένεια, το σχολείο ή την ομάδα συνομηλίκων, τους νεανικούς τους έρωτες και την κατάθλιψη, ως μείζον θέμα στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο ζωής τους που διανύουν.

Τέλος, ο ρόλος των γονέων, του σχολείου και της κοινωνίας στην εξέλιξη των εφήβων είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς μέσω αυτών των παραγόντων αναπτύσσεται η προσωπικότητά του και θέτονται τα θεμέλια για τη διαμόρφωση της αγωγής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα η κοινωνία ιδιαίτερα στα ανεπτυγμένα βιομηχανικά κράτη, διέρχεται μία μεγάλη κρίση. Αυτό καθαυτό το γεγονός δεν είναι παράξενο, δεδομένου ότι η κοινωνία βρισκόταν ανέκαθεν σε κίνηση, σε ένα διαρκές γίνεσθαι, καθώς πάντοτε αντιμετώπιζε – και αντιμετωπίζει – οικονομικά, κοινωνικά και ιδεολογικά προβλήματα. Με αυτά τα προβλήματα έρχεται αντιμέτωπο και το σχολείο, το οποίο συχνά καλείται να τα επιλύσει. Ως γνωστόν, ο τρόπος αντιμετώπισης και επίλυσης μεγάλων κοινωνικών προβλημάτων συνδέεται άρρηκτα με το επίπεδο της παρεχόμενης από την πολιτεία μόρφωσης. Σήμερα διανύουμε μια νέα εποχή, η οποία χαρακτηρίζεται από πολιτισμική και εθνική ανομοιογένεια νέες μορφές και τρόπους εργασίας, νέα οικονομία, νέους τύπους οικογενειακών δομών, νέες πολιτικές και κοινωνικές συγκρούσεις και νέους τρόπους σκέψης. Η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας έχει επηρεάσει όλες τις πτυχές της ζωής του ανθρώπου, επιφέροντας αλλαγές στις κοινωνικές, διαπροσωπικές και εργασιακές σχέσεις.

Μπροστά σε αυτή την κοσμογονία, η εκπαίδευση καλείται αφενός να προσαρμοστεί στις ανάγκες που ανακύπτουν από αυτές τις αλλαγές και εξελίξεις και αφετέρου να αρχίσει να ατενίζει το μέλλον και να προγραμματίζει ανάλογα τις κινήσεις της. Οι διδάσκοντες σήμερα καλούνται να βοηθήσουν τους μαθητές τους να θεμελιώσουν γερές βάσεις για την επιβίωση και την ολοκλήρωση τους ως ενεργών μελών της κοινωνίας στην οποία θα ζήσουν. Για να το επιτύχουν όμως αυτό χρειάζεται να κατανοήσουν τόσο τους μαθητές τους και την κοινωνία στην οποία ζουν, όσο και τις σχέσεις τους με τον κόσμο που τους περιβάλλει.

Σήμερα η μάθηση ισοδυναμεί με την ικανότητα του ανθρώπου όχι μόνο να συγκρατεί αλλά και να συνθέτει και να εφαρμόζει εννοιολογικά περίπλοκη πληροφόρηση κατά τρόπο που να έχει νόημα. Η μάθηση θα είναι αποτελεσματική και θα αποδώσει καρπούς εάν επικεντρωθεί στις δυνατότητες του κάθε μαθητή χωριστά και του προσφέρει τις γνώσεις που είναι απαραίτητες για την όσο το δυνατόν καλύτερη εξέλιξή του. Την τελευταία δεκαετία έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση και

προσοχή στην ποιότητα και τα προϊόντα μάθησης, στα κίνητρα των μαθητών και στις εκπαιδευτικές στρατηγικές και μεθόδους που αυξάνουν την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας και προάγουν μια ικανοποιητική και επιτυχημένη μαθησιακή διαδικασία.

6.2 ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ

Οι ανάγκες του σύγχρονου τρόπου οργάνωσης της κοινωνίας μας, από το 19^ο αιώνα μέχρι σήμερα, καθιστούν τη σχολική εκπαίδευση βασικό παράγοντα στη ζωή των ανθρώπων. Το σχολείο αποτελεί μετά την οικογένεια, το σημαντικότερο θεσμό κοινωνικοποίησης του ανθρώπου και ασκεί σημαντική επίδραση στην ψυχική του ωρίμανση. Η ωριμότητα που έρχεται με την ηλικία και οι ρεαλιστικές απαιτήσεις της ζωής της σχολικής ομάδας καθιστούν το σχολείο το χώρο όπου γίνεται η καλύτερη εκμάθηση της κοινωνικής ζωής και συντελείται η ύφεση της εγωκεντρικής υποκειμενικότητας. (Αναγνωστόπουλος, 2005)

Ο ρόλος του σχολείου είναι να δώσει στα παιδιά απαραίτητες γνώσεις και εφόδια για να ζήσουν μια καλύτερη σε ποιότητα ζωή. Τα εκπαιδευτικά συστήματα σε ολόκληρο τον κόσμο έχουν δημιουργήσει οργανωμένα σχολικά προγράμματα που στοχεύουν στη νοητική ανάπτυξη των μαθητών. Δυστυχώς, όμως αν δεν αγνοούν, τουλάχιστον δεν έχουν δώσει έμφαση στη συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών. (Τριλίβα & Chimienti, 1998).

Η παροχή μόρφωσης στο σχολείο συνδέεται με πολλούς και διαφορετικούς τομείς της ανάπτυξης του ατόμου (γνωστικούς, ψυχοκοινωνικούς, ατομικούς), οι οποίοι χρειάζεται να ενισχυθούν στον ίδιο ανεξαιρέτως βαθμό. Αναρίθμητες συζητήσεις, διαβουλεύσεις και συσκέψεις έχουν γίνει προκειμένου να καθοριστούν οι στόχοι της εκπαίδευσης, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται από καιρού εις καιρόν διάφοροι κατάλογοι με παρουσιάσεις ή ιεραρχήσεις τέτοιων στόχων. Σύμφωνα με το άρθρο 1, παρ. 1 του Νόμου 1566 του 1985 (ΦΕΚ 167/Α'/30.9.1985), οι σημερινοί στόχοι της ελληνικής εκπαίδευσης ορίζονται ως εξής: *«Σκοπός της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είναι να συμβάλει στην ολόπλευρη, αρμονική και ισόρροπη ανάπτυξη των διανοητικών και ψυχοσωματικών δυνάμεων των μαθητών ώστε, ανεξάρτητα από φύλο και καταγωγή, να έχουν τη δυνατότητα να εξελιχθούν σε ολοκληρωμένες προσωπικότητες και να ζήσουν δημιουργικά».* (Μαλλικιώση – Λοΐζου,

2001: 69 – 70). Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η πολιτεία ενδιαφέρεται να δημιουργήσει ελεύθερους, υπεύθυνους και δημοκρατικούς μελλοντικούς πολίτες, που θα εμπνέονται από αγάπη για τον άνθρωπο και τη ζωή.

Από τον παραπάνω νόμο, γίνεται σαφές ότι οι στόχοι της εκπαίδευσης μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:

✚ **Γνωστικοί Στόχοι:** Οι γνωστικοί στόχοι της εκπαίδευσης εστιάζονται στην απόκτηση γνώσεων, εννοιών και αρχών που οδηγούν στη μάθηση. Οι στόχοι επιτυγχάνονται μέσα από εσωτερική νοητική επεξεργασία, ενώ απαραίτητη προϋπόθεση θεωρείται οι γνώσεις να έχουν προσωπικό νόημα για τους μαθητές. Πεποίθηση της ανθρωπιστικής προσέγγισης είναι ότι οι μαθητές έχουν μια φυσική τάση να μαθαίνουν ότι έχει προσωπικό νόημα για τους ίδιους. Στόχος της διδασκαλίας επομένως θα πρέπει να είναι η ανακάλυψη και η δημιουργία προσωπικού νοήματος, μέσα από την πληροφόρηση που παρουσιάζονται στους μαθητές. Για να επιτευχθεί αυτό, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να συνδέει κάθε νέα πληροφορία με τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις και με τρόπο που να την καθιστά κατανοητή και σημαντική για τους μαθητές.

✚ **Θυμικοί Στόχοι:** Ο πλούσιος εσωτερικός κόσμος των συναισθημάτων, των σκέψεων, των πεποιθήσεων, των στόχων και των προσδοκιών του μαθητή μπορεί είτε να ενδυναμώσει είτε να αναχαιτίσει την ποιότητα της σκέψης, των κινήτρων και της απόδοσής του. Τα κίνητρα και τα συναισθήματα επηρεάζουν σημαντικά τη γνωστική διάσταση της μάθησης. Τα θετικά συναισθήματα ενδυναμώνουν τα κίνητρα και διευκολύνουν τη μάθηση και την απόδοση. Με τη σειρά τους, οι θετικές μαθησιακές εμπειρίες συμβάλλουν στην ανάπτυξη και τον εμπλουτισμό του συναισθηματικού κόσμου του μαθητή. Θετικά μαθησιακά αποτελέσματα μπορεί επίσης να προκύψουν μέσα από το άγχος, τη ματαιώση και το θυμό, υπό την προϋπόθεση ότι κυμαίνονται σε ήπια επίπεδα. Αντίθετα τα έντονα αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις παρεμβάλλονται στη μάθηση και την αναστέλλουν, ενώ ταυτόχρονα μειώνουν τα κίνητρα και την απόδοση. Βασικός στόχος της εκπαίδευσης επομένως είναι η ανάπτυξη και ενίσχυση των θετικών συναισθημάτων και των αξιών του μαθητή.

✚ **Ψυχοκινητικοί Στόχοι:** Εκτός από τους γνωστικούς και τους θυμικούς στόχους, η εκπαίδευση ενδιαφέρεται να βοηθήσει τους μαθητές να αποκτήσουν και φυσικές – σωματικές ικανότητες. Και σε αυτόν τον τομέα, όπως στους προηγούμενους, οι βασικές προϋποθέσεις για την επίτευξη αυτής της γνώσης είναι το θετικό μαθησιακό περιβάλλον με τις ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις εκπαιδευτών και εκπαιδευόμενων, οι οποίες αποβλέπουν στην ενίσχυση του ενδιαφέροντος και της περιέργειας των δεύτερων για μάθηση, καθώς και η διδασκαλία τρόπων και μεθόδων που δημιουργούν ευκαιρίες για προσωπικό στοχασμό, αυτογνωσία και τόλμη. Επιπλέον, οι άνθρωποι γεννιούνται με τα δικά τους ταλέντα και κλίσεις, τα οποία οφείλουν να αναπτύσσουν. Στην προσπάθεια αυτή συμβάλλουν τα μαθησιακά περιβάλλοντα και οι εκπαιδευτικοί που σέβονται τη διαφορετικότητα και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ανθρώπου, και που παράλληλα με το θαυμασμό και την επιβράβευση τους ενισχύουν τις όποιες ικανότητες, κλίσεις και ταλέντα στον ψυχοκινητικό τομέα. (Μαλλικιώση – Λοΐζου, 2001).

Οι εκπαιδευτικοί, διαπιστώνουν καθημερινά ότι πολλά παιδιά σήμερα δε δείχνουν ενδιαφέρον για τα μαθήματά τους, δεν έχουν αναπτυγμένες ικανότητες, για να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες της ζωής, να συγκεντρώνονται, να ελέγχουν τις παρορμητικές τάσεις τους και να φέρονται με σεβασμό και υπευθυνότητα τόσο προς τους άλλους, όσο και προς τον εαυτό τους, αλλά και προς τη δουλειά τους. (Τριλίβα & Chimienti, 1998).

Το σχολείο αποτελεί έναν από τους κυρίαρχους θεσμούς πολιτισμικής ομογενοποίησης, καθώς ο χαρακτήρας του συνδέεται με τη διαμόρφωση των εθνών – κρατών και την εδραίωσή τους. Το σχολείο ως θεσμός αποσκοπεί στη μετάδοση γνώσεων και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της εθνικής ταυτότητας μέσα από την εικόνα που παρουσιάζει για την ιστορική εξέλιξη και τον πολιτισμό του κάθε έθνους. (Αβδελά, 1997).

Το σχολείο ως χώρος κοινωνικοποίησης και διαμόρφωσης στάσης ζωής θα πρέπει να συμβάλλει αποφασιστικά στην υιοθέτηση μιας πλουραλιστικής οπτικής την οποία χρειάζονται οι κοινωνίες που απαρτίζονται από άτομα διαφορετικής κουλτούρας, θρησκείας ή εθνικότητας. (Μαλαπέτσα & Σταλίκας, 2004).

Τα σχολεία έχουν χαρακτηριστεί ως φορείς υψηλής επίδρασης (high impact) και ως πρωτογενούς κοινωνικοποίησης (Bronfenbrenner, 1973. Cowen, 1977). Το σχολείο προσφέρει τη μοναδικότητα στην προσέγγιση ενός πληθυσμού που είναι πιθανόν υψηλού κινδύνου, χωρίς τον κίνδυνο της στιγματοποίησης. Τόσο το σχολείο όσο και η οικογένεια αποτελούν σημαντικά οικολογικά συστήματα που επιδρούν στο παιδί. (Μαδιανός, 2006).

Το δικαίωμα στην εκπαίδευση (άρθρο 28 Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού, ΟΗΕ, 1989), αναγνωρίζεται σε κάθε παιδί του κόσμου, σύμφωνα με την αρχή των ίσων ευκαιριών και περιλαμβάνει όλες τις βαθμίδες, με τις ίδιες δυνατότητες και ανάλογη υποστήριξη (Πανούσης, 2006). Η ανάπτυξη της προσωπικότητας και των ικανοτήτων του παιδιού θεμελιώνεται σε μεγάλο βαθμό στο επίπεδο και την ποιότητα της εκπαίδευσής του. (Νάσκου – Περράκη, 1990). Άλλοτε ενισχυτική και άλλοτε αντισταθμιστική, η εκπαίδευση επιχειρεί να διαχειριστεί όσο γίνεται καλύτερα τις κοινωνικές και πολιτισμικές ανισότητες και κυρίως να μη δημιουργήσει νέα μορφωτικά μειονεκτήματα. (Πανούσης, 2006).

Το σχολείο οφείλει να συμβάλλει στην βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών, με στόχους προσανατολισμένους στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και συναισθηματικής νοημοσύνης, ώστε τα παιδιά να αναγνωρίσουν τη σημασία του αλληλοσεβασμού και να μάθουν να επιλύουν αρμονικά τις συγκρούσεις τους. (Πιλήσης, 2009).

Ολοκληρώνοντας, οφείλουμε να τονίσουμε ότι ως θεσμός, ασκεί αξιόλογη επίδραση στον τομέα της κοινωνικοποίησης του παιδιού και ασφαλώς μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη εμφάνισης ή στην πρόωπη αποκάλυψη και αντιμετώπιση διαταραχών της συμπεριφοράς ή άλλων διαταραχών ψυχικής υγείας. (Αναγνωστόπουλος, 2005).

6.3 ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΣΗΣ

Η μακρόχρονη έρευνα έχει δώσει στους παιδαγωγούς και γενικότερα στους εκπαιδευτικούς, μια πλειάδα μοντέλων, ώστε να μπορούν να επιλέξουν τις μεθόδους διδασκαλίας και μάθησης. Κάθε μέθοδος, δημιουργεί ένα μοναδικό κλίμα το οποίο

επηρεάζει σημαντικά τη συμπεριφορά των μαθητών, τόσο μεταξύ τους, όσο και προς το διδάσκοντα.


Αξίζει να σημειωθεί, ότι η επίδραση του κάθε μοντέλου δεν είναι μονομερής, αλλά πολυδιάστατη, διότι τα μοντέλα διδασκαλίας, εκφράζουν γενικότερα μια συγκροτημένη θεώρηση της εκπαίδευσης, όπου οδηγεί σε συγκεκριμένες επιλογές μεθόδων και τρόπων διδασκαλίας, απορρίπτοντας κάποιες άλλες. (Ματσαγούρας, 2000).




Σημαντικός παράγοντας στην επιλογή του μοντέλου διδασκαλίας και μάθησης για τον εκπαιδευτικό, είναι οι ίδιοι οι μαθητές. Οι μαθητές αντιδρούν διαφορετικά στα μοντέλα διδασκαλίας καθώς κάθε μαθητής έχει τη δική του ξεχωριστή προσωπικότητα, το δικό του «στιλ» μάθησης και τις προσωπικές του δεξιότητες.

Συνεπώς, το σχολείο και οι διδάσκοντες πρέπει να είναι άρτια εξοπλισμένοι και να γνωρίζουν πώς να χρησιμοποιούν όλα τα μοντέλα διδασκαλίας ανάλογα με τους στόχους που επιθυμούν να επιτύχουν και ανάλογα με τους μαθητές που θέλουν να διδάξουν. Αυτό απαιτεί σαφή γνώση:

- 1) Όλων των μοντέλων διδασκαλίας
- 2) Των περιπτώσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για καλύτερα αποτελέσματα
- 3) Των τρόπων που αντιδρούν σε αυτά, οι διαφορετικοί «τύποι» μαθητών
- 4) Των μεθόδων, με τις οποίες μαθαίνουν καλύτερα οι μαθητές. (Μαλλικιώση – Λοΐζου, 2001).

Οι διάφορες μέθοδοι διδασκαλίας που έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες (Joyce & Weil, 1986).

 **Μοντέλα Επεξεργασία Πληροφοριών:** Τα μοντέλα τα οποία εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία δίνουν έμφαση στους τρόπους με τους οποίους η έμφυτη ορμή και η περιέργεια του ανθρώπου μπορούν να διεκταθούν, καθώς αυτός προσπαθεί να βγάλει νόημα από τον κόσμο που τον περιβάλλει, αποκτώντας και οργανώνοντας πληροφορίες, διαβλέποντας τα προβλήματα, επινοώντας λύσεις γι' αυτά και αναπτύσσοντας έννοιες και γλωσσικές ικανότητες για να τις μεταδώσει.

-  **Μοντέλα Που Δίνουν Έμφαση Στο Πρόσωπο:** Οι μέθοδοι διδασκαλίας που εμπνέονται σε αυτή τη κατηγορία βασίζονται στην ιδέα ότι η μάθηση έχει την αφετηρία της μέσα στον ίδιο τον άνθρωπο και στον τρόπο με τον οποίο αυτός αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του. Δηλαδή επιχειρούν να διαμορφώσουν μια εκπαίδευση η οποία βοηθά τον άνθρωπο να αναπτύξει όλες του τις δυνατότητες, να γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό του, να νιώσει ο ίδιος υπεύθυνος για τη μόρφωσή του και να γίνει πιο ευαίσθητος και πιο δημιουργικός στην αναζήτηση ενός ποιοτικά ανώτερου επιπέδου ζωής. Τα μοντέλα αυτά όπως και τα κοινωνικά δίνουν έμφαση στους θυμικούς στόχους της εκπαίδευσης.
-  **Κοινωνικά Μοντέλα:** Στην συγκεκριμένη κατηγορία, εντάσσονται μέθοδοι διδασκαλίας που τονίζουν το συνεργατικό τρόπο μάθησης. Χρησιμοποιούνται οι κοινωνικές διαδικασίες ώστε να επιτευχθούν κοινωνικοί στόχοι. Επίσης ζητείται από τους μαθητές να εξετάσουν τον εαυτό τους και τη συμπεριφορά τους στην ομάδα αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Οι στόχοι επιτυγχάνονται με ομαδικές δραστηριότητες.
-  **Συμπεριφοριστικά Μοντέλα:** Οι μέθοδοι διδασκαλίας που ανήκουν στην κατηγορία αυτή υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι αποτελούν επικοινωνιακά συστήματα τα οποία διαθέτουν ικανότητες αυτοδιόρθωσης: έτσι μπορούν να τροποποιούν τη συμπεριφορά τους ανταποκρινόμενοι σε πληροφόρηση που τους παρέχει γνώση για την καλύτερη επίτευξη των στόχων τους. Η γνώση αυτή παρέχεται μέσα από την ανατροφοδότηση σε σχέση με τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς τους. Οι ψυχοκινητικοί στόχοι της εκπαίδευσης όπως και οι ικανότητες αυτοδιαχείρισης και αυτοελέγχου καλύπτονται με επιτυχία από τα συμπεριφοριστικά μοντέλα διδασκαλίας και μάθησης.

6.4 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Το σχολείο πρέπει να μπορεί να δημιουργήσει την κατάλληλη ατμόσφαιρα για να διευκολύνει την κοινωνικοποίηση τόσο των παιδιών που είχαν ομαλή πορεία μέχρι τότε, όσο και των παιδιών που προέρχονται από παθολογικό οικογενειακό

περιβάλλον ή και να αναπληρώσει τις μειονεξίες που έχει το οικογενειακό περιβάλλον. Αντίθετα, πολλές φορές το σχολείο μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση ή και τη δημιουργία ψυχοπαθολογίας στα «ευαίσθητα παιδιά».

Η σχολική εκπαίδευση εκφράζει τις αξίες, τις στάσεις και τους σκοπούς της κοινωνίας. Η οργάνωση και η δομή του σχολείου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την προαγωγή της υγείας και ειδικότερα της ψυχικής υγείας.

Το παιδί που φθάνει στο σχολείο είναι φορέας όλης της εμπειρίας που απέκτησε στις σχέσεις του με την οικογένεια. Το παιδί που αφήνει την οικογένεια για πρώτη φορά, χρειάζεται να υποστεί και να εδραιώσει καινούριους δεσμούς με την νέα πραγματικότητα, που ορίζεται τόσο από το χώρο του σχολείου όσο και από τις σχέσεις με τους δασκάλους και τους συμμαθητές του. Μεταξύ δασκάλων και μαθητών αναπτύσσεται μια ιδιαίτερη συναισθηματική σχέση. Τα παιδιά προβάλλουν προς τους δασκάλους και τους συμμαθητές τους (σχολική οικογένεια) συναισθήματα και τρόπους συμπεριφοράς, ανάλογους με εκείνους που είχαν στη σχέση με τους γονείς και τα αδέρφια τους.

Σήμερα παραδεχόμαστε ότι στη λειτουργία της μάθησης – κύριο στόχο της σχολικής εκπαίδευσης – βασικό ρόλο παίζει το συναίσθημα ως υπόστρωμα αυτής της λειτουργίας. Η παιδική περιέργεια, η επιθυμία κατανόησης του κόσμου από τον έφηβο, η μάθηση «προς χάριν τινός», ή τέλος η επιθυμία της γνώσης του ίδιου του εαυτού, είναι συναισθηματικά κίνητρα πρωταρχικής σημασίας για τη λειτουργία της μάθησης.

Αναφορικά με το δεύτερο στόχο της παιδείας, δηλαδή τη διαμόρφωση του χαρακτήρα, είναι σχεδόν αυτονόητο ότι το συναίσθημα δεν είναι μόνο το υπόστρωμα, αλλά και ο κύριος χώρος μέσα στον οποίο επιτελούνται οι απαραίτητες ψυχολογικές διαδικασίες. Η κινητοποίηση των συναισθηματικών αυτών λειτουργιών γίνεται κυρίως μέσω της σχέσης δασκάλου – μαθητή. Επίσης οι δάσκαλοι λειτουργούν ως πρότυπα ταύτισης για τα παιδιά και η συμπεριφορά τους μπορεί να διευκολύνει τις διαδικασίες κοινωνικοποίησης. Η προσοχή και η φροντίδα που προσφέρουν οι δάσκαλοι στους μαθητές, τους παρέχει την αίσθηση ότι βρίσκονται κάτω από ασφαλή επιτήρηση και σε ένα βαθύτερο επίπεδο σηματοδοτεί την αναγνώρισή τους ως άτομα. Με αυτόν τον τρόπο, τα παιδιά αισθάνονται επιβεβαίωση ότι υπάρχουν ως ξεχωριστές αναγνωρίσιμες οντότητες.

Αυτές οι διεργασίες που συντελούνται στο χώρο του σχολείου, του παρέχουν τη δυνατότητα να λειτουργήσει επανορθωτικά σε παθολογικές περιπτώσεις που

οφείλονται σε διαταραγμένες σχέσεις παιδιού – γονέων ή και προληπτικά σε παιδιά που προέρχονται από οικογένειες υψηλού κινδύνου (π.χ. χαοτικές ή διαλυμένες).

Κατά τη διάρκεια της σχολικής εκπαίδευσης το παιδί διέρχεται από τα διάφορα στάδια της ψυχικής του ανάπτυξης, τα οποία γενικά μπορούμε να αντιστοιχήσουμε με τα διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης.

Η ένταξη του παιδιού στο σχολικό σύστημα γίνεται από τη νηπιακή ηλικία, στους χώρους προσχολικής αγωγής, δηλαδή τους παιδικούς σταθμούς και κυρίως τα νηπιαγωγεία. Συνήθως είναι η πρώτη φορά που τα παιδιά αποχωρίζονται το οικογενειακό περιβάλλον για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα καθημερινά. Αυτό μπορεί να κινητοποιήσει στο παιδί έντονο άγχος αποχωρισμού και ανασφάλειας, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της συνακόλουθης ψυχοπαθολογίας.

Η είσοδος και η φοίτηση στο Δημοτικό συμπίπτει με την κύρια παιδική ηλικία (λανθάνουσα περίοδος). Αυτή είναι μια περίοδος, ιδιαίτερα στην αρχή, έντονου stress, στη διάρκεια της οποίας υπάρχουν σταθερές και συγκεκριμένες απαιτήσεις από το παιδί. Οι απαιτήσεις αυτές συνίστανται στο να μάθει να το παιδί να διαβάζει και να γράφει. Επίσης, το παιδί πρέπει να μπορεί να προσαρμοστεί με άγνωστους συνομηλίκους και ενήλικες. Το σημαντικό είναι ότι το παιδί δεν μπορεί να ξεφύγει. Πρέπει δηλαδή να μπορέσει να ανταπεξέλθει, πράγμα που σημαίνει ότι χρειάζεται να καταβάλει μεγάλες προσπάθειες. Για μια μικρή αναλογία από τα παιδιά, που μπορεί να φθάσει μέχρι και 10% περίπου, οι απαιτήσεις είναι πολύ μεγάλες, με αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να εκδηλώνουν διάφορες ψυχολογικές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν τις μαθησιακές τους δυνατότητες.

Στο Γυμνάσιο και το Λύκειο, το άτομο διατρέχει την εφηβική περίοδο της ζωής του, που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική αστάθεια και συχνές και έντονες μεταβολές της συμπεριφοράς. Η έκφραση της σεξουαλικότητας και η απόκτηση προσωπικής ταυτότητας, μέσα από την αναζήτηση και κατοχύρωση της ανεξαρτησίας από το οικογενειακό περιβάλλον, αποτελούν τις προϋποθέσεις ομαλής ψυχικής εξέλιξης και ένταξης στην κοινωνία των ενηλίκων.

Το σχολείο θα γίνει ο δέκτης αυτών των διεργασιών και σε μεγάλο βαθμό η στάση του θα ευνοήσει ή θα προλάβει την έκφραση της εφηβικής ψυχοπαθολογίας που κυρίως εκφράζεται μέσα από την «πράξη» (παραπρωματικότητα, προκλητική συμπεριφορά, απόπειρες αυτοκτονίας) και το «σώμα» (διαταραχές διατροφής, ψυχοσωματικά προβλήματα).

Ιδιαίτερα στο Λύκειο, ο έφηβος συχνά υφίσταται έντονο stress εξαιτίας της μεγάλης πίεσης για ακαδημαϊκή επιτυχία, που μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση εκσεσημασμένου άγχους, με αποτέλεσμα τη σχολική αποτυχία, ψυχοσωματικά συμπτώματα και κατάθλιψη, που μπορεί να φθάσει σε ιδέες και απόπειρες αυτοκτονίας.

Επίσης στην εφηβεία, συχνά έχουν την έναρξή τους μορφές μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών (π.χ. ηβηφρένεια, πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο συναισθηματικής ψύχωσης).

Σημαντικός αριθμός νεαρών ενηλίκων συνεχίζει τις σπουδές του στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, με αποτέλεσμα χαρακτηριστικά της εφηβείας να παρατείνονται και οι νέοι να παραμένουν για μακρότερο διάστημα εξαρτημένοι από τους γονείς τους.

Συμπερασματικά, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι κάθε σημαντική συναισθηματική κατάσταση του παιδιού έχει την αντανάκλασή της στη σχολική του κατάσταση και αντίστροφα (Αναγνωστόπουλος, 2005).

6.5 Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση, εμπνεόμενη κυρίως (αλλά όχι μόνο) από την ψυχανάλυση (Ναυρίδης, 2005), δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ιστορικότητα κάθε εμπειρίας που βιώνεται μέσα στο άμεσο παρόν. Εξετάζει δηλαδή εν προκειμένω πώς το ομαδικό (κατά βάση οικογενειακό) παρελθόν ενός εκάστου, αλλά και το παρελθόν μιας ολόκληρης ομάδας (θεσμικό και σχεσιακό), ως ψυχικές απεικονίσεις και μέσα από ασυνείδητες διαδρομές είναι δυνατόν να βρίσκονται εντός και να «ενεργούν» στο εδώ και τώρα. Με άλλα λόγια, πώς μια τρέχουσα ψυχική εμπειρία ομάδας μπορεί να συγκροτείται υπό την αιγίδα αφενός ασυνείδητων ομαδικών αναπαραστάσεων κατά τα πρώτα παιδικά χρόνια των υποκειμένων που τη βιώνουν και αφετέρου κοινωνικών αναπαραστάσεων (Ναυρίδης, 1994) που συνδέονται με συγκεκριμένες μορφές ομαδικότητας αναφορικά με το σχολείο και τους εκπαιδευτικούς θεσμούς.

Είναι γνωστό ότι η εκπαιδευτική πραγματικότητα δε συνιστά μόνο μια διαδικασία μετάδοσης και πρόσκτησης γνώσεων. Δηλαδή δεν περιορίζεται μόνο στη διάσταση εκείνη που αφορά άμεσα στις μαθησιακές λειτουργίες. Από το γεγονός και

μόνο ότι η εκπαιδευτική πράξη συντελείται στο πλαίσιο μιας ομάδας, της ομάδας – τάξης, προκύπτει ότι όλα αυτά που ονομάζουμε «μάθημα», δηλαδή οτιδήποτε ένα «μάθημα» μπορεί να περιλαμβάνει – πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την τέλεσή του – εγγράφονται μέσα σε σχέσεις, συναισθηματικές και κοινωνικές. Αυτές είναι που «στηρίζουν» άλλωστε, με την ψυχαναλυτική έννοια της στήριξης, τη διακίνηση και την κατάκτηση του αντικειμένου της μάθησης προκρίνοντας με την ποιότητά τους και το βαθμό υλοποίησης των καθαυτό εκπαιδευτικών στόχων του σχολείου. (Ναυρίδης, 2007).

Πρόκειται για σχέσεις αλληλεπίδρασης που εκτυλίσσονται μέσα στη σχολική τάξη ανάμεσα στους μαθητές και στον εκπαιδευτικό, υπό το φως ή μάλλον στη σκιά της ασυνείδητης μεταξύ τους επικοινωνίας (Mauco, 1993). Αποτέλεσμα αυτής της ασυνείδητης επικοινωνίας είναι ότι κανένας από τους πρωταγωνιστές της σχολικής ζωής δεν είναι απέναντι στους άλλους μόνο αυτό που γράφει η αστυνομική του ταυτότητα ή ό,τι ο ίδιος γνωρίζει συνειδητά για τον εαυτό του. Είναι πάντα και κάτι άλλο: ένα αντικείμενο της μεταβίβασης. Δηλαδή, η ασυνείδητη επικοινωνία σχετίζεται με τις φανταστικές θέσεις που καταλαμβάνουν για κάθε μέλος της ομάδας – τάξης τα μέλη της δικής του παρούσας ομάδας στην εσωτερική του ομάδα. Η οποία σε τελική ανάλυση παραπέμπει στην εσωτερική του οικογένεια.

Οι παρούσες ομάδες, οι εσωτερικές ομάδες και το μάθημα ή η ομάδα έργου βρίσκονται σε μια αέναη κίνηση αμοιβαίας διαμεσολάβησης και αλληλεπίδρασης. Το μάθημα διαμεσολαβεί ανάμεσα στις παρούσες και τις εσωτερικές ομάδες των μελών της σχολικής τάξης, παρέχοντας ένα μεταβατικό χώρο, κατά Winnicott, μέσα στον οποίο μαθητές και εκπαιδευτικός προβάλλουν, διασταυρώνουν και επεξεργάζονται εσωτερικά τους αντικείμενα και σχέσεις. Οι παρούσες ομάδες διαμεσολαβούν ανάμεσα στην ομάδα έργου και στις εσωτερικές ομάδες και επηρεάζονται από αυτές, ενώ ταυτόχρονα τις επηρεάζουν. Οι εσωτερικές ομάδες πάλι διαμεσολαβούν ανάμεσα στις παρούσες ομάδες αφενός και τις βαθύτερες προεκτάσεις της εκπαιδευτικής εμπειρίας αφετέρου, οι οποίες είναι ασυνείδητες και παραπέμπουν σε πρώιμα μαθησιακά βιώματα. (Ναυρίδης, 2007).

Είναι γνωστό εδώ και πολλά χρόνια από έρευνες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας πόσο το σχολείο και ειδικότερα η ομάδα – τάξη, όταν λειτουργούν σωστά με κανόνες αλλά και με σχετική ανεκτικότητα, κατανόηση και αντοχή, μπορούν να προσφέρουν μια καθοριστικής σημασίας επανορθωτική εμπειρία σε μαθητές που προέρχονται από οικογένειες διαλυμένες ή υπό διάλυση, οικογένειες

χαοτικές και χωρίς όρια, οικογένειες στις οποίες υπάρχει βία και εγκατάλειψη. Δηλαδή έχει καταδειχθεί εμπειρικά πόσο η παρούσα σχολική ομάδα και η εμπειρία του μαθήματος μπορούν να επιφέρουν ευεργετικές αλλαγές στις σχέσεις αυτών των μαθητών με τις εσωτερικές τους ομάδες.

Η ποιότητα της επικοινωνίας και των ομαδικών σχέσεων μέσα στην τάξη ευθύνονται για το βαθμό εκπλήρωσης των εκπαιδευτικών στόχων του μαθήματος. Είναι γνωστό επίσης, το πόσο ικανά είναι όλα αυτά για να κινητοποιούν και να εμπνέουν, να διατηρούν άσβεστη την πνευματική εγρήγορση και να προσφέρουν ικανοποίηση σε μαθητές και εκπαιδευτικούς. Αλλά και το πόσο ικανά επίσης είναι για να καθηλώνουν πολλούς μαθητές σε μαθησιακή αδράνεια και να οδηγούν αρκετούς εκπαιδευτικούς σε επαγγελματική υπερκόπωση και μερικούς από αυτούς, ακόμα πιο βαθιά, στην κατάρρευση, στο «κάψιμο», στο burn out.

Σε κάθε μια από την σχολικές βαθμίδες οι ομάδες των συνομηλίκων εξυπηρετούν και διαφορετικές ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των μαθητών. Κυρίως όμως ανάγκες που έχουν να κάνουν με τις σχέσεις τους με σημαντικούς ενήλικους, με τους γονείς και με τους εκπαιδευτικούς, δηλαδή με τον αποχωρισμό, την εξατομίκευση και το μέγλωμα, ζητήματα δηλαδή που απασχολούν κάθε ανθρώπινη ύπαρξη, με διαφορετικούς κάθε φορά όρους, από τη βρεφική και νηπιακή ηλικία έως την ενήλικη ζωή. Στη φάση της προσχολικής αγωγής και των πρώτων τάξεων του δημοτικού, το κεντρικό αναπτυξιακό ζήτημα είναι εκείνο του αποχωρισμού από την μητέρα και από το σπίτι και της προσαρμογής, για πρώτη φορά ίσως, σε ένα καινούριο ανθρώπινο εξω – οικογενειακό περιβάλλον. Στην εφηβεία, που σχολικά συμπίπτει με τα γυμνασιακά και τα λυκειακά χρόνια, το ζήτημα του αποχωρισμού επανέρχεται με την ίδια ή με ακόμα μεγαλύτερη οξύτητα, αλλά αυτή τη φορά αναδιατυπώνεται με κεντρικό πυρήνα την προβληματική της ανασύστασης της ταυτότητας και κυρίως της συγκρότησης της ταυτότητας του φύλου.

Σε καθεμιά από αυτές τις φάσεις, οι ομάδες των συνομηλίκων παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. Προσφέρουν στο μαθητή ένα πολύτιμο πλαίσιο συναισθηματικού μοιράσματος και αμοιβαίας ταύτισης, υποστήριξης και προστασίας, το οποίο, όταν υπάρχει τον βοηθά να αποσβένει τους ψυχολογικούς κραδασμούς (εσωτερικούς, δηλαδή ψυχικούς), αλλά και εξωτερικούς, όπως εκείνους της οικογένειας και της ομάδας τάξης. (Ναυρίδης, 2007).

6.6 ΣΥΣΤΗΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Το σχολείο είναι, όπως και η οικογένεια, ένα ζωντανό, ανοικτό σύστημα (όρια διαπερατά). Αυτό άρχισε να αναγνωρίζεται πρόσφατα, κάτω από την επίδραση των εξελίξεων στο χώρο της συστημικής θεραπείας οικογένειας. Το σχολείο λοιπόν αποτελείται από υποσυστήματα, όπως η σχολική τάξη, ο σύλλογος των διδασκόντων, το διοικητικό προσωπικό κ.λπ. και βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση με την οικογένεια του κάθε μαθητή, καθώς και με την κοινότητα και το ευρύτερο κοινωνικό – πολιτισμικό περιβάλλον, που και αυτά αποτελούν συστήματα. (Γαλανάκη, 2000).

Την οπτική των ανοιχτών συστημάτων, υιοθετούν η Christenson και οι συνεργάτες της. (1986). Σύμφωνα με την οπτική της θεωρίας των ανοιχτών συστημάτων, η κοινωνική συμπεριφορά βασίζεται σε δύο βασικές αρχές:

- ✚ Η συμπεριφορά συντελείται στο πλαίσιο ενός συστήματος όπου η κίνηση σε ένα μέρος του συστήματος οδηγεί με βεβαιότητα σε κίνηση σε άλλα αλληλοσχετιζόμενα μέρη του συστήματος.
- ✚ Το σύστημα είναι ανοικτό σε περιβαλλοντικές επιρροές έτσι ώστε να βρίσκεται σε κατάσταση συνεχούς μεταβολής.

Σύμφωνα με την εν λόγω θεωρία, η πλήρης κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ένα παιδί λειτουργεί σε ένα μικροσύστημα, όπως είναι η σχολική τάξη, προϋποθέτει ότι θα εξεταστούν τόσο το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται το μικροσύστημα, δηλαδή το σχολείο, όσο και άλλα πλαίσια που το επηρεάζουν, δηλαδή η οικογένεια, η ομάδα των συνομηλίκων, η κοινωνία, ο πολιτισμός και η ιστορία. (Χατζηχρήστου, 2004).

Ειδικότερα, στις σχέσεις σχολείου – οικογένειας, τονίζουμε ότι η συνεργασία των δύο αυτών συστημάτων είναι απαραίτητη, διαφορετικά το παιδί αναλαμβάνει τον επώδυνο ρόλο του κομιστή των δυσάρεστων μηνυμάτων από το ένα σύστημα στο άλλο. Για να μην γίνει το παιδί κομιστής, η συστημική θεωρία προτείνει το «άνοιγμα» των ορίων του σχολείου και της οικογένειας για τη διέλευση πληροφοριών που θα αλλάξουν τους παγιωμένους και δυσλειτουργικούς τρόπους αλληλεπίδρασης και την επίτευξη ορίων δυναμικής ισορροπίας. (Γαλανάκη, 2000).

Με δεδομένο ότι το σχολείο συνιστά ένα σύστημα, δίνεται έμφαση στα υποσυστήματα εκπαιδευτικός – μαθητής, μαθητής – μαθητής, εκπαιδευτικός – εκπαιδευτικός και γονείς – εκπαιδευτικός – μαθητής. Έχουν αναπτυχθεί

συγκεκριμένες στρατηγικές για την παρέμβαση στο πλαίσιο του σχολείου και της σχολικής τάξης. Ο απλός τρόπος επίλυσης των δυσκολιών είναι να αλλάξει ο εκπαιδευτικός τη δική του στάση ώστε να συµμεταβληθεί η συµπεριφορά του µαθητή του. (Fine & Holt, 1983).

Το σχολείο λειτουργεί ως ενδιάµεσο και συνδετικό σύστηµα της οικογένειας µε την κοινωνία και εκφράζει τις ελλείψεις στην οργάνωση και στην επικοινωνία των δύο αυτών συστηµάτων. Η αδυναµία των παιδιών να αποδώσουν στον ικανοποιητικό βαθµό που προσδοκούν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί, αποκαλύπτει πέραν των άλλων εγγενών προβληµάτων αφενός τη δυσκολία του σχολείου να αναγνωρίσει νέες ανάγκες για νέες πληροφορίες που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των παιδιών, αφετέρου τη δυσκολία των οικογενειών να παραδεχθούν ότι υπάρχουν ελλείµµατα στην επικοινωνία µεταξύ των γονέων και των άλλων µελών, όσο και µεταξύ της οικογένειας και του σχολείου. (Παπαστυλιανού, 2000).

Η διαφορετική οπτική που απαιτείται για να αντιλαµβανόµαστε τα πράγµατα, απαιτεί µετακίνηση, αλλαγή από τις στερεότυπες θέσεις και ερµηνείες που αποδίδουµε στις συµπεριφορές των ατόµων. (Moinar & Lindquist, 1993. Stratton – Wedster & Herbert, 1994).

6.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Η χρήση και η κατάχρηση ουσιών έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται µε µια αρνητική συµπεριφορά η οποία εκφράζεται και στο σχολικό περιβάλλον. Παράλληλα η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, που εμφανίζεται στην περίοδο της εφηβείας, συνδέεται και µε άλλου τύπου αρνητικές συµπεριφορές όπως η διακοπή από το σχολείο και η παραβατικότητα.

Οι έφηβοι που κάνουν σοβαρή χρήση ουσιών αποκόπτονται βαθµιαία από το σχολικό περιβάλλον και εμφανίζουν προβληµατική συµπεριφορά η οποία εκφράζεται µε συχνές απουσίες, κακή επίδοση στα µαθήµατα και υψηλά ποσοστά αποβολών (Crundall, 1993. Swadi, 1992).

Η αιτιολογική σχέση µεταξύ σχολικού περιβάλλοντος και της κατάχρησης ουσιών δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς. Δεν είναι γνωστό αν η χρήση οδηγεί σε

προβληματική συμπεριφορά στο σχολείο ή αν η αδυναμία ένταξης ενός εφήβου στο σχολείο μπορεί να οδηγήσει στη χρήση.

Σε μια μελέτη (Dishion et al., 1991) έγινε εμφανές ότι η κακή σχολική επίδοση και η απόρριψη από τους μη παρεκκλίνοντες ομότιμους στο σχολείο σχετιζόταν με την ένταξη αυτών των ατόμων σε ομάδες εφήβων με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Αυτές οι συναναστροφές οδηγούν σε έλλειψη ενδιαφέροντος για το σχολείο, σε συχνές απουσίες, σε ακόμα πιο κακές επιδόσεις και συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών.

Η ευρύτερη κοινότητα επίσης μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς η διαθεσιμότητα των ουσιών σχετίζεται με αυξημένη χρήση και διακίνηση. Η αντίληψη της κοινότητας και η στάση που διαμορφώνει απέναντι στις ουσίες επηρεάζει το σχολικό περιβάλλον και κατά συνέπεια τους εφήβους που συμμετέχουν σ' αυτό. (Πουλόπουλος, 2005).

6.8 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η παιδεία είναι μια καθαρά ανθρώπινη υπόθεση και η προσπάθεια των εκπροσώπων της οφείλει να προσανατολίζεται στην προσέγγιση των μαθητών ως εκπαιδευόμενων ανθρώπων που ωριμάζουν.

Το εκπαιδευτικό μας σύστημα έχει πολλά να κερδίσει, αλλά και η ελληνική κοινωνία στο σύνολό της, αν επιτέλους αναγνωριστεί από όλους, από το κράτος, τις ανώτατες σχολές που εκπαιδεύουν κοινωνικούς επιστήμονες και από τους ίδιους τους κοινωνικούς επιστήμονες, ότι το σχολείο αποτελεί κατά βάση μια σχετικά αυτοτελή ομαδική πραγματικότητα και μια πραγματικότητα που συναρθώνει διαφορετικές ομάδες. Και βέβαια η αναγνώριση δεν αρκεί να είναι μόνο θεωρητική, ούτε μόνο στα λόγια, ούτε μόνο στα χαρτιά, κάτι που ήδη συμβαίνει. Απαιτείται κάποτε να γίνει και έμπρακτη. Να καταστεί δηλαδή κατευθυντήριος άξονας της εκπαιδευτικής πολιτικής και της πολιτικής εκπαίδευσης των κοινωνικών επιστημόνων.

Είναι απαραίτητο να το σχολείο να αποκτήσει μια πανανθρώπινη διάσταση που θα ενδιαφέρεται για την βιοψυχοκοινωνική υγεία και ανάπτυξη των μαθητών, παρέχοντας τους εκτός από το γνωστικό κομμάτι και το συναισθηματικό και κοινωνικό, δίνοντας στα παιδιά και τους εφήβους τα απαραίτητα κίνητρα ώστε να

καταστούν ενεργοί πολίτες και όχι εξαρτημένα από ουσίες άτομα. Επίσης χρειάζεται τα παιδιά στον χώρο του σχολείου να εκπαιδευτούν στις απαραίτητες κοινωνικές δεξιότητες ώστε να καταστούν ικανά να επιλύουν τα προβλήματά τους χωρίς την ανάγκη από εξαρτήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

7.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο σχολικό περιβάλλον τις τελευταίες δεκαετίες έχουν πραγματοποιηθεί μια σειρά από προγράμματα πρόληψης που αφορούν την πρόληψη των εξαρτησιογόνων ουσιών, του αλκοολισμού, της εκδήλωσης ψυχιατρικών διαταραχών, της βίας σε συνάρτηση με προγράμματα ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων και συναισθηματικής νοημοσύνης των μαθητών για την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών πρόληψης στη σχολική κοινότητα.

Στην Ελλάδα οι προσπάθειες αυτές είναι αρκετές τόσο από προγράμματα Αγωγής Υγείας των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, όσο και από προγράμματα του ΟΚΑΝΑ και του ΚΕΘΕΑ. Επίσης σημαντική είναι και η συνεισφορά των τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας αλλά και του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σχολικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι έρευνες δείχνουν ότι ο αριθμός του μαθητικού πληθυσμού που καταναλώνει αλκοόλ αυξάνει και ιδιαίτερα τα ποσοστά των εφήβων, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την γενική κατάσταση της χώρας που δείχνει μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ τα τελευταία χρόνια. Για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητα τα προγράμματα πρόληψης στην Ελλάδα που αφορούν τις σχολικές κοινότητες διότι χρειάζεται να συμβάλλουν στην υγιή ανάπτυξη των πολιτών της χώρας μας. Επίσης τα προβλήματα είναι πλέον όλο και περισσότερα και εντοπίζονται κυρίως στην πολυπολιτισμικότητα, στα αυξημένα ποσοστά διαζυγίων, στα φαινόμενα βίας, στην κρίση που διανύει η κοινωνία μας αλλά και το εκπαιδευτικό σύστημα.

Στόχος του συγκεκριμένου κεφαλαίου είναι να παρατηρήσουμε τους λόγους για τους οποίους είναι σημαντικά τα προγράμματα πρόληψης, τις εννοιολογικές και θεωρητικές προσεγγίσεις, τις βαθμίδες πρόληψης, τον σχεδιασμό και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

7.2 Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Τις τελευταίες δεκαετίες στα σχολεία των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών καταγράφεται ένα εύρος προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά, τα οποία έχουν επιπτώσεις στους τομείς της σωματικής και ψυχικής υγείας, της μάθησης και της προσαρμογής τους. Τα σύγχρονα αυτά προβλήματα, που αποκαλούνται *νέοι παράγοντες κοινωνικής νοσηρότητας* (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996. Dryfoos, 1994) αφορούν τη χρήση – κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών (αλκοόλ, κάπνισμα, ναρκωτικές ουσίες) και τα συσχετιζόμενα ατυχήματα (π.χ. αυτοκινητικά), τους κινδύνους από τις σεξουαλικές σχέσεις (π.χ. πρόωρες σεξουαλικές σχέσεις χωρίς προφύλαξη, εγκυμοσύνη κατά την εφηβική ηλικία, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα), απόπειρες αυτοκτονίας, βία στην οικογένεια και στην κοινότητα, σωματική και ψυχολογική κακοποίηση και παραμέληση, διαταραχές λήψης τροφής, κατάθλιψη, φτώχεια και σχολική αποτυχία.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα (Rutter & Smith, 1995), σχεδόν σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες έχει διαπιστωθεί αύξηση των προβλημάτων των παιδιών και των εφήβων που συσχετίζονται με ποικίλες κοινωνικοοικονομικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους κινδύνου. Επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό των παιδιών που γεννιούνται κάθε χρόνο ανήκει σε ομάδες που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα, καθώς και προβλήματα συμπεριφοράς και σχολικής επίδοσης. Ενδεικτικά αναφέρονται τα ακόλουθα δεδομένα (Annie E. Casey Foundation, 1996, Sells & Blum, 1996 & Holtzman, 1992) :

- ✚ Το 25% των παιδιών (πάνω από 15.000.000) κάτω των 6 ετών ζει σε συνθήκες φτώχειας. Εάν ένα παιδί γεννηθεί από μητέρα χωρίς σύντροφο (μόνη μητέρα), τότε έχει 50% πιθανότητα να ζει σε συνθήκες φτώχειας.
- ✚ Το 1993 αναλογούσαν 38 γεννήσεις ανά 100 έφηβες γυναίκες. Μεταξύ του 1985 και του 1993 μόνο σε έξι πολιτείες σημειώθηκε μείωση του δείκτη αυτού. Οι 7 στους 10 έφηβους γονείς ζουν σε συνθήκες φτώχειας.
- ✚ Κάθε δύο ώρες ένα παιδί τραυματίζεται από σφαίρα και πεθαίνει, ενώ κατά τη διάρκεια του 1994 το ένα πέμπτο των συλλήψεων για βίαια εγκλήματα (ποσοστό 19,4%) αφορούσε άτομα κάτω των 18 ετών.

- ✚ Κάθε χρόνο αναφέρονται περισσότερες από 2.000.000 περιπτώσεις κακοποίησης και κακομεταχείρισης παιδιών.
- ✚ Η αυτοκτονία αποτελεί την Τρίτη αιτία θανάτου των νέων. Από το 1968 μέχρι σήμερα ο δείκτης αυτοκτονιών των εφήβων έχει διπλασιαστεί.
- ✚ Οι νέοι αρχίζουν να έχουν σεξουαλικές επαφές σε μικρότερη ηλικία. Το AIDS αποτελεί την έκτη αιτία θανάτου στα άτομα ηλικίας 15 – 24 ετών.
- ✚ Η χρήση και η κατάχρηση αλκοόλ αυξάνει προοδευτικά στην εφηβική ηλικία (στο γυμνάσιο και το λύκειο).
- ✚ Το 36% των αποφοίτων λυκείου ανέφερε ότι στις τελευταίες τάξεις του σχολείου έκανε χρήση ενός απαγορευμένου ναρκωτικού.
- ✚ 12.000.000 παιδιά δεν έχουν ασφάλεια υγείας. Το 1990 μόνο το 68% των μητέρων που γέννησαν είχαν ικανοποιητική προγεννητική περίθαλψη.
- ✚ 5.600.000 παιδιά ζούσαν σε συνθήκες φτώχειας το 1994, παρά το γεγονός ότι ένας εκ των δύο γονέων δούλευε καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου.
- ✚ Κάθε ημέρα περίπου 1.500 παιδιά και έφηβοι εγκαταλείπουν το σχολείο. Από μεγάλο αριθμό ερευνών έχει προκύψει ότι τα μισά περίπου από τα παιδιά που συνεχίζουν το σχολείο αποφοιτούν με γνώσεις και δεξιότητες οι οποίες δεν είναι από μόνες τους αρκετές ώστε να τους επιτρέψουν να ζήσουν και να εργαστούν ικανοποιητικά στη σύγχρονη κοινωνία. (Χατζηχρήστου, 2004).

Παρά τις δυσκολίες υπολογισμού του αριθμού των παιδιών που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ψυχικές διαταραχές και προβλήματα σχολικής προσαρμογής, ερευνητικά δεδομένα από διάφορες χώρες δείχνουν ότι τα ποσοστά των παιδιών με προβλήματα κυμαίνονται μεταξύ του 10% - 20% και ότι η πλειονότητα των παιδιών που έχουν ανάγκη δεν λαμβάνει συμβουλευτική υποστήριξη. (Knitzer, 1993. Kurtz, Thornes & Wolkind, 1995. Tuma, 1989. Velhurst, Berden & Sanders – Woudstra, 1985).

Τα προβλήματα των παιδιών τα οποία δεν αντιμετωπίζονται με κατάλληλο τρόπο συσχετίζονται συχνά με προβλήματα που εμφανίζονται αργότερα σε ποικίλους τομείς της ενήλικης ζωής (Clarizio, 1979. Knitzer, 1993. Schweinhart & Weikart, 1989). Οι διεθνείς διαπιστώσεις για το εύρος των κοινωνικών παραγόντων νοσηρότητας στα παιδιά, το μικρό ποσοστό των μαθητών που δέχονται συμβουλευτική – ψυχολογική υποστήριξη στο σχολείο ή σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας της κοινότητας, ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των παιδιών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες μάθησης και συμπεριφοράς, καθώς και η συσχέτιση των

δυσκολιών με σχολική αποτυχία και προβλήματα στην ενήλικη ζωή υπαγόρευσαν την αναγκαιότητα εφαρμογής μορφών παρέμβασης – πέρα από την ατομική συμβουλευτική – ψυχοθεραπεία και την άμεση παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών – σε μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών που έχουν ανάγκη. (Albee, 1982).

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών ποικίλλουν: από τις ανησυχίες για τους πολλαπλούς κοινωνικούς παράγοντες επικινδυνότητας που αφορούν όλο το μαθητικό πληθυσμό (π.χ. χρήση ουσιών), τα προβλήματα εξαιτίας παροδικών κρίσεων στο περιβάλλον του παιδιού (π.χ. χωρισμός των γονέων), που αφορούν κάποιο ποσοστό μαθητών, έως τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές, που αφορούν μικρό ποσοστό του μαθητικού πληθυσμού. Με τη ψυχική υγεία συσχετίζονται επίσης ποικίλοι ατομικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες. Ορισμένα παιδιά ανήκουν στις ομάδες «υψηλού κινδύνου» για εμφάνιση προβλημάτων και διαταραχών ακριβώς επειδή ζουν σε περιβάλλοντα «υψηλού κινδύνου». Η αλληλεπίδραση όλων των παραπάνω παραγόντων επιβάλλει τη χρησιμοποίηση μεθόδων ψυχοδιαγνωστικής αξιολόγησης και παρεμβάσεων σε όλα τα πλαίσια στα οποία ζει και λειτουργεί το παιδί (σχολείο, οικογένεια, κοινότητα).

Υπάρχουν πολλά σχολεία στα οποία αρκετοί μαθητές αντιμετωπίζουν ποικίλα κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα που παρεμποδίζουν την ικανότητά τους για μάθηση και επιτυχία στο σχολείο. Οι εκπαιδευτικοί και οι διευθυντές αναγνωρίζουν ότι αδυνατούν να καλύψουν όλες τις ανάγκες των παιδιών και συγχρόνως για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις για ποιοτική εκπαίδευση. Παρά τον προβληματισμό και τη διχογνωμία σχετικά με τη διατήρηση του βασικού ρόλου του σχολείου, που είναι η μετάδοση γνώσεων και η προσπάθεια για διευκόλυνση της μαθησιακής διαδικασίας για όλους τους μαθητές, η καθημερινή πραγματικότητα στα σχολεία πολλών εκπαιδευτικών συστημάτων υποδεικνύει τη σημασία και την αναγκαιότητα εφαρμογής προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υγείας μέσα στο χώρο του σχολείου. Από έρευνες στο εκπαιδευτικό και διοικητικό προσωπικό του σχολείου, σε γονείς και σε υπευθύνους εκπαιδευτικής πολιτικής διαπιστώνεται ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι στο εκπαιδευτικό σύστημα αναγνωρίζουν πόσο σημαντική και αναγκαία είναι η αντιμετώπιση των συναισθηματικών, των κοινωνικών, των προβλημάτων σωματικής υγείας και όλων των άλλων προβλημάτων των μαθητών που παρεμποδίζουν την μάθηση, έτσι ώστε τα σχολεία να ανταποκριθούν στο έργο τους και οι μαθητές να μάθουν ανάλογα με τις ικανότητές τους. (Dryfoos, 1994. Flaherty, Weist & Warner, 1996. Greenspan, Seeley & Neimeyer, 1994). Παρόμοια

είναι τα ευρήματα ενός άλλου ερευνητικού προγράμματος το οποίο μελέτησε τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών, των μαθητών και των γονέων σχετικά με την παροχή σχολικών ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών. (Χατζηχρήστου και συν., 2003).

Οι εννοιολογικές – θεωρητικές προσεγγίσεις που αποτελούν τη βάση για το σχεδιασμό των προγραμμάτων πρόληψης υπογραμμίζουν τη σημασία των παραγόντων επικινδυνότητας και των προστατευτικών παραγόντων στην ανάπτυξη των παιδιών (Coie et al., 1993. Meyers & Nastasi, 1999). Ως παράγοντες επικινδυνότητα ορίζονται συνήθως οι μεταβλητές που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων σε διάφορους τομείς της ανάπτυξης και προσαρμογής των παιδιών. Εν αντιθέσει, προστατευτικοί παράγοντες θεωρούνται οι μεταβλητές οι οποίες μειώνουν αυτή την πιθανότητα ή συσχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης θετικών αποτελεσμάτων και βελτίωσης της ψυχικής υγείας. (Durlak, 1995).

Οι παράγοντες επικινδυνότητας αφορούν: α. την κοινότητα (υποβαθμισμένες κοινότητες), β. το σχολείο (σχολεία με χαμηλή ποιότητα παρεχόμενης εκπαίδευσης και αγωγής), γ. τους συνομιλήκους (αρνητική πίεση συνομιλήκων, απόρριψη), δ. την οικογένεια (χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ψυχοπαθολογία γονέων, συγκρούσεις γονέων, τιμωρητικός τρόπος διαπαιδαγώγησης), ε. το ίδιο το άτομο (εμφάνιση του προβλήματος σε μικρή ηλικία, προβλήματα σε άλλους τομείς), στ. άλλους παράγοντες (στρες, κ.ά.) (Durlak, 1998). Έχει επισημανθεί ότι οι παράγοντες επικινδυνότητας που παρουσιάζονται ταυτόχρονα σε πολλούς τομείς αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων.

Αντίστοιχα οι προστατευτικοί παράγοντες αφορούν: α. την κοινότητα (κοινωνικές νόρμες, αποτελεσματική κοινωνική πολιτική), β. το σχολείο (σχολείο με καλή ποιότητα εκπαίδευσης και αγωγής), γ. τους συνομιλήκους (θετική επίδραση συνομιλήκων), δ. την οικογένεια (καλές σχέσεις γονέων – παιδιών), ε. το ίδιο το άτομο (ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες, αυτοαποτελεσματικότητα), στ. άλλους παράγοντες (υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα). (Durlak, 1998).

Βάσει ερευνών, ορισμένες μεταβλητές συσχετίζονται με την ανάπτυξη και την καλή προσαρμογή των παιδιών που εμφανίζουν ανθεκτικότητα στο στρες. (Cowen et al., 1990). Αυτές οι μεταβλητές είναι οι εξής: α. εύκολη ιδιοσυγκρασία κατά τη νηπιακή και τη σχολική ηλικία, β. ατομικές ικανότητες, όπως αυτοεκτίμηση, δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και κοινωνική επάρκεια, γ. απουσία μακρόχρονου αποχωρισμού του βρέφους από το άτομο που του παρείχε τη φροντίδα, δ. φροντίδα

κατά τη παιδική ηλικία και παρουσία πατρικού προτύπου, ε. θερμές και ασφαλείς σχέσεις μεταξύ γονέα και παιδιού κατά την προσχολική και τη σχολική ηλικία, στ. αποτελεσματικοί τρόποι γονεϊκής διαπαιδαγώγησης, ζ. ύπαρξη εξωοικογενειακών ενήλικων προτύπων για ταύτιση και στήριξη. Η συνεκτίμηση όλων αυτών των παραγόντων κατά το σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβατικών προγραμμάτων πρόληψης είναι ιδιαίτερα σημαντική.

7.3 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Στη χώρα μας το φαινόμενο της κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών ως κοινωνικό πρόβλημα, άρχισε να εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80. Μέχρι τότε αφορούσε περισσότερο μια περιθωριακή ομάδα του πληθυσμού και περιοριζόταν στις μεγάλες πόλεις ενώ η αντιμετώπισή του αφορούσε περισσότερο τις διωκτικές αρχές παρά την επιστημονική κοινότητα. Για το έργο της πρόληψης είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα καλό σύστημα εθνικής υποστήριξης ο οποίο θα διευκολύνει την ανάπτυξη του έργου της πρόληψης σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο και θα ενισχύει τη λειτουργία των περιφερειακών κέντρων πρόληψης (Jan van der Stel, Voordemind, 1999).

Οι διαθέσιμες γνώσεις και δεξιότητες είναι επιθυμητό να συγκεντρώνονται σε εθνικό επίπεδο. Οι εθνικοί οργανισμοί μπορούν να δημιουργήσουν ένα κέντρο αναφοράς και πληροφόρησης. Επιπλέον, μια κίνηση προς τη σωστή κατεύθυνση θα ήταν η διασφάλιση – εκ μέρους των εθνικών οργανισμών – ότι η εμπειρία και η εξειδικευμένη γνώση που οικοδομείται σε μια περιφέρεια μεταφέρεται επιτυχώς και σε άλλα μέρη της χώρας. Ο σχεδιασμός προγραμμάτων είναι ένα τόσο δύσκολο έργο που δεν θα πρέπει να περιμένουμε από τα στελέχη πρόληψης να το επιτελέσουν μόνοι τους. Για το λόγο αυτό, θα ήταν χρήσιμος ο διαχωρισμός του έργου αυτού σε τμήματα: γενικός σχεδιασμός σε εθνικό επίπεδο και πρακτική δουλειά σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο.

Το έργο των εθνικών υπηρεσιών είναι να καταστήσουν τις περιφερειακές και διεθνείς πρωτοβουλίες πιο προσιτές και να διοχετεύουν πληροφορίες. Όμως, η δομή στήριξης δεν πρέπει να εξυπηρετεί μόνο το χώρο των οργανισμών και των ομάδων

που εμπλέκονται άμεσα στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Βέβαια, εκεί που αυτές οι ομάδες και οι οργανισμοί είναι λιγστοί και σε μεγάλη απόσταση μεταξύ τους συνεπάγεται ότι οι εθνικές υπηρεσίες πρέπει να καλύπτουν μια κατά πολύ μεγαλύτερη ομάδα – στόχο.

Η προληπτική παρέμβαση προσπαθεί να ελαττώσει τον αριθμό και την ένταση των παραγόντων κινδύνου και να βελτιώσει την ικανότητα του παιδιού να συνδιαλέγεται με το άγχος και άλλα προβλήματα. Η προληπτική παρέμβαση μπορεί να απευθύνεται στο ίδιο το παιδί, με στόχο να ενισχυθούν οι μηχανισμοί αντίστασης και αντιμετώπισης επιβλαβών επιδράσεων από το περιβάλλον, π.χ. εκπαίδευση παιδιών να μην ακολουθούν άγνωστους ενήλικες σε δημόσιο χώρο. Άλλοτε η προληπτική παρέμβαση απευθύνεται στην οικογένεια, με σκοπό να γίνουν τροποποιήσεις στη λειτουργία της. Η παρέμβαση μπορεί επίσης να αναφέρεται σ' ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον ή να απευθύνεται κεντρικά σε επίπεδο κυβερνητικό και νομοθετικό (Λαζαράτου, 2005).

Τα μοντέλα πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας στο σχολείο προϋποθέτουν ένα εύρος υπηρεσιών και προγραμμάτων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας όλου του μαθητικού πληθυσμού και τη συμβουλευτική υποστήριξη των μαθητών με ήπιες ή σοβαρότερες διαταραχές και προβλήματα. Απαραίτητη θεωρείται επίσης η εμπλοκή και συνεργασία στην αγωγή του παιδιού όλων των «σημαντικών άλλων» από διαφορετικά πλαίσια (σχολείο, οικογένεια, κοινότητα). Στη σχετικά βιβλιογραφία έχουν προταθεί διάφορες εννοιολογικές προσεγγίσεις και μοντέλα πρόληψης που αφορούν το χώρο του σχολείου. (Adelman & Taylor, 1998. Durlak, 1995. Meyers & Nastasi, 1999. Nastasi, 1998). Αυτά τα μοντέλα – με μικρές διαφοροποιήσεις και παραλλαγές – στηρίζονται κατά βάση στο κλασσικό μοντέλο του Caplan (Caplan, 1964) για τα τρία επίπεδα πρόληψης (πρωτογενής, δευτερογενής, τριτογενής). Οι ουσιαστικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των προτεινόμενων μοντέλων εντοπίζονται κυρίως στο επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης, το οποίο ορισμένοι ερευνητές διαχωρίζουν τοποθετώντας σε ξεχωριστή ομάδα όσους μαθητές διατρέχουν υψηλό κίνδυνο.

7.3.1 Προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης

Τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης στο σχολείο απευθύνονται σε όλο το μαθητικό πληθυσμό (π.χ. σε όλους τους μαθητές κάποιων τάξεων, ενός σχολείου, μιας σχολικής περιφέρειας, των σχολείων μιας κοινότητας) και έχουν σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, την ενδυνάμωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας και των κοινωνικών δεξιοτήτων, τη δημιουργία θετικού ψυχολογικού κλίματος και την καλλιέργεια υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην τάξη για όλους τους μαθητές. Τα προγράμματα αυτά, ανάλογα με τους ειδικότερους στόχους τους, εφαρμόζονται από κοινωνικούς λειτουργούς, σχολικούς ψυχολόγους και εξειδικευμένους εκπαιδευτικούς. Σε διάφορα εκπαιδευτικά συστήματα μάλιστα, τα προγράμματα αυτά αποτελούν μέρος του επίσημου αναλυτικού προγράμματος για όλες τις τάξεις στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Στη σχετική βιβλιογραφία τα ίδια προγράμματα συναντώνται και με παρεμφερείς όρους όπως: επίπεδο I. πρόληψη (Nastasi, 1998), καθολική παρέμβαση (universal interventions) (Pfeiffer & Reddy, 1998). Ο Durlak (1995) επισημαίνει τη σπουδαιότητα των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης τα οποία δίνουν έμφαση στην αλλαγή ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος των παιδιών μέσω της συνεργασίας, της ευαισθητοποίησης και της κατάρτισης των εκπαιδευτικών, των γονέων ή των συνομηλίκων.

Τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης εφαρμόζονται επίσης σε ομάδες παιδιών του γενικού μαθητικού πληθυσμού που διατρέχουν κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα και διαταραχές (χωρίς να έχουν ακόμη εκδηλώσει διαταραχές) εξαιτίας οικογενειακών και περιβαλλοντικών παραγόντων επικινδυνότητας. Η Nastasi (1998), αναφέρεται σε αυτά με τον όρο μείωση του κινδύνου (risk reduction), θεωρώντας ότι ανήκουν στο δεύτερο επίπεδο παρέμβασης πρόληψης. Τα προγράμματα μπορεί να αφορούν, για παράδειγμα παιδιά αλκοολικών γονέων, παιδιά που ζουν σε συνθήκες φτώχειας κ.ά.

Μια τρίτη ομάδα την οποία αφορούν τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης είναι οι μαθητές που βρίσκονται σε ένα μεταβατικό στάδιο στην ανάπτυξη τους ή στην οικογενειακή τους ζωή ή βιώνουν στρεσογόνα γεγονότα – κρίσεις στο περιβάλλον τους. Ορισμένοι ερευνητές κατατάσσουν αυτές τις ομάδες στις προαναφερθείσες κατηγορίες (Nastasi, 1998. Pfeiffer & Reddy, 1998), ενώ ο Durlak

(1995), προχωρεί στη διάκρισή τους. Τα προγράμματα μπορεί να αφορούν, για παράδειγμα, παιδιά της Α΄ δημοτικού, παιδιά που έχουν βιώσει το χωρισμό των γονέων ή το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, παιδιά που έχουν αντιμετωπίσει φυσικές καταστροφές ή εμπόλεμες καταστάσεις κ.λπ.

Παρόλο που οι γενικοί στόχοι αυτών των προγραμμάτων ταυτίζονται εν μέρει με εκείνους των προγραμμάτων που απευθύνονται σε όλους τους μαθητές (π.χ. προαγωγή ψυχικής υγείας και ενίσχυση κοινωνικής ικανότητας), έχουν και μερικούς ειδικότερους στόχους: αυτοί αφορούν την πρόσκτηση ορισμένων δεξιοτήτων οι οποίες σχετίζονται άμεσα με το συγκεκριμένο παράγοντα επικινδυνότητας (π.χ. συγκεκριμένες δεξιότητες αντιμετώπισης των συγκρούσεων των γονέων μετά το χωρισμό) και με την ενίσχυση ατομικών και περιβαλλοντικών προστατευτικών παραγόντων. Τα προγράμματα ανάλογα, με τους ειδικούς στόχους τους εφαρμόζονται σε ομάδες μαθητών ή σε τάξεις από ειδικό επιστημονικό προσωπικό.

7.3.2 Προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης

Τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης απευθύνονται σε μαθητές που εμφανίζουν προβλήματα ή εκδηλώνουν τα πρώτα συμπτώματα ή ενδείξεις διαταραχών (συναισθηματικών, κοινωνικών) και μαθησιακών δυσκολιών. Σκοπός είναι η αντιμετώπιση προβλημάτων και η πρόληψη εμφάνισης σοβαρών διαταραχών. Οι μαθητές εντοπίζονται μέσα από παραπομπές εκπαιδευτικών. Στη βιβλιογραφία τα ίδια προγράμματα αναφέρονται και με άλλους όρους, όπως: επίπεδο III, έγκαιρη παρέμβαση (Nastasi, 1998) και ενδεδειγμένες παρεμβάσεις πρόληψης.

Τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης εφαρμόζονται σε επίπεδο ατόμου ή ομάδας, ανάλογα με τους ειδικούς τους στόχους, από ειδικούς ψυχικής υγείας. Πολλές φορές η ακριβής διάκριση μεταξύ προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης είναι δύσκολη εξαιτίας του σύνθετου σχεδιασμού, των πολλαπλών στόχων και της εφαρμογής τους σε ομάδες μαθητών πριν την έναρξη των διαταραχών.

7.3.3 Προγράμματα τριτογενούς πρόληψης

Τα προγράμματα τριτογενούς πρόληψης αφορούν κυρίως τους μαθητές με διαγνωσμένες διαταραχές και ειδικές ανάγκες, και σκοπό έχουν την κατάλληλη υποστήριξή τους στο πλαίσιο του σχολείου, της οικογένειας και της κοινότητας. Στη βιβλιογραφία συναντώνται και με τον όρο θεραπεία – θεραπευτικές παρεμβάσεις (Nastasi, 1998). Εφαρμόζονται από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό.

7.3.4 Σύνθετη εννοιολογική προσέγγιση

Στο πλαίσιο μιας σύνθετης εννοιολογικής προσέγγισης έχει προταθεί το τριαρχικό μοντέλο παρεμβάσεων ψυχικής υγείας ενταγμένων στο σχολείο το οποίο έχει τρεις διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση αφορά τα προγράμματα στα διαφορετικά επίπεδα πρόληψης (προγράμματα πρόληψης, θεραπείας, διατήρησης, προαγωγής της υγείας). Η δεύτερη συνδέεται με το ειδικό θέμα στο οποίο τα παρεμβατικά προγράμματα δίνουν έμφαση. Τα θέματα αυτά ταξινομούνται στις ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες: (α) διαταραχές συμπεριφοράς, βία επιθετικότητα, διάσπαση προσοχής – υπερκινητικότητα, (β) συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα (π.χ. διαταραχές άγχους, κατάθλιψη, απόπειρα αυτοκτονίας, εφηβική εγκυμοσύνη, παιδική κακοποίηση – παραμέληση), (γ) χρήση/κατάχρηση ουσιών, (δ) θέματα σχετικά με τους γονείς και την οικογένεια (π.χ. προσαρμογή των γονέων, τρόποι διαπαιδαγώγησης, ευαισθητοποίηση, κατάρτιση, υποστήριξη). Τέλος η τρίτη διάσταση έχει σχέση με τη μείωση εμποδίων για την πρόσβαση στις υπηρεσίες, την εμπλοκή και ενδυνάμωση των γονέων, τη διασύνδεση με υπηρεσίες και φορείς της κοινότητας, τη στήριξη των οικογενειών σε μεταβατικές περιόδους και την αναγνώριση – ενίσχυση της πολιτισμικής ιδιαιτερότητας.

Κατά τη διάρκεια των μεταρρυθμίσεων στους τομείς της υγείας και της παιδείας, και στο πλαίσιο των προσπαθειών για συμβουλευτική υποστήριξη μεγαλύτερου αριθμού μαθητών δόθηκε έμφαση στην παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών και στην εφαρμογή αντίστοιχων προγραμμάτων από υπηρεσίες της κοινότητας μέσα στο σχολείο. Αυτή η πρακτική ωστόσο από τη μια υποβάθμισε το ρόλο και τη χρησιμότητα των σχολικών ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών (των

ενταγμένων στο σχολείο) και από την άλλη αποδυνάμωσε την αναγκαιότητα σύνδεσης και ενσωμάτωσης των υπηρεσιών και της ουσιαστικής συνεργασίας μεταξύ φορέων και προσωπικού (Adelman, 1996).

Η κάλυψη των κενών στις τρέχουσες προσπάθειες αναδιοργάνωσης και αναδόμησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας προϋποθέτει: (α) την αναδιοργάνωση και αναβάθμιση ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, που είναι ενταγμένες στο σχολείο, (β) τη βελτίωση του συντονισμού και την ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας και των κοινωνικών υπηρεσιών, (γ) την ενίσχυση της σύνδεσης σχολικών ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας της κοινότητας, (δ) την ενσωμάτωση των προγραμμάτων που εφαρμόζονται από το σχολείο και την κοινότητα σε ένα ενιαίο πολυδύναμο πρόγραμμα παρεμβάσεων που απευθύνεται στους μαθητές και τις οικογένειές τους (Adelman, 1996). Για την επίτευξη των παραπάνω ο Adelman (1996) έχει προτείνει μια καινούρια εννοιολογική προσέγγιση, η οποία δίνει έμφαση στην «ενίσχυση της ικανότητας για μάθηση» και έχει χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για νομοθετικές αλλαγές αλλά και για την έρευνα, τη θεωρία και την πράξη.

Η έννοια της «διευκόλυνσης της μάθησης και ανάπτυξης», συνοδεύεται από μια ολοκληρωμένη θεώρηση όσον αφορά την παρέμβαση. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες πολλών παιδιών τα οποία συναντούν δυσκολίες που τα «εμποδίζουν» να επωφεληθούν από τη διδασκαλία, είναι απαραίτητη μια συστηματική και πολυεπίπεδη προσπάθεια παρέμβασης με δραστηριότητες που «ενισχύουν» την ικανότητά τους για μάθηση και ανάπτυξη. Οποιαδήποτε μεταρρύθμιση στο χώρο του σχολείου πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνει τρία βασικά αλληλένδετα στοιχεία: τη διδασκαλία, την ενίσχυση της ικανότητας και τη διαχείριση (Adelman, 1996). Για να επιφέρουν λοιπόν οι προσπάθειες αλλαγής τα επιθυμητά αποτελέσματα, η αναδιοργάνωση δεν πρέπει να αφορά μόνο τους τομείς διδασκαλίας και της διοίκησης, αλλά και ένα τρίτο βασικό και απαραίτητο στοιχείο, την ενίσχυση της ικανότητας των μαθητών που διευκολύνει τη διδασκαλία και τη μάθηση.

Ο Adelman περιγράφει έξι βασικούς και αλληλένδετους τομείς δραστηριοτήτων παρέμβασης των μαθητών που έχουν στόχο τη «διευκόλυνση της μάθησης και ανάπτυξης» των παιδιών (Adelman, 1996: 437 – 438):

- 1)** Η διευκόλυνση της μάθησης και ανάπτυξης των μαθητών στο πλαίσιο της σχολικής τάξης. Για την αντιμετώπιση των δυσκολιών ενός μαθητή είναι σημαντικό να βρεθούν τρόποι υποστήριξής του μέσα στην τάξη. Η ενίσχυση της ικανότητας για μάθηση απαιτεί την αύξηση της αποτελεσματικότητας του εκπαιδευτικού με την παροχή εξατομικευμένης βοήθειας. Με αυτό τον τρόπο θα εμπλουτιστεί το εύρος των στρατηγικών που ο εκπαιδευτικός έχει στη διάθεσή του για την κάλυψη των αναγκών των μαθητών ανάλογα με τις ατομικές τους διαφορές. Στο συγκεκριμένο τομέα δραστηριοτήτων αναπτύσσονται: (α) προγράμματα για την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, (β) δίκτυα υποστήριξης για την παροχή κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού, (γ) προγράμματα ενισχυτικής διδασκαλίας, και (δ) προγράμματα για την κατάρτιση βοηθών, εθελοντών και οποιουδήποτε μπορεί να βοηθήσει στην τάξη ή να συνεργαστεί με τους εκπαιδευτικούς για τη βελτίωση της μάθησης. Με την κατάλληλη υποστήριξη οι εκπαιδευτικοί είναι καλύτερα προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν παρόμοια προβλήματα στο μέλλον. Είναι αναγκαίο το αναλυτικό πρόγραμμα να προβλέπει δραστηριότητες σε τομείς που σχετίζονται με την κοινωνική, τη συναισθηματική και τη σωματική ανάπτυξη, δεδομένου ότι αυτοί παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των μαθησιακών και ψυχοκοινωνικών δυσκολιών.
- 2)** Βοήθεια στους μαθητές και τις οικογένειές τους. Ο τομέας αυτός αφορά την παροχή ειδικών υπηρεσιών σε ατομικό επίπεδο καθώς και την εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση των ποικίλων αναγκών των μαθητών. Περιλαμβάνει: (α) προγράμματα ενίσχυσης της ικανότητας των μαθητών στο πλαίσιο της σχολικής τάξης, με στόχο τη μείωση της ανάγκης των εκπαιδευτικών για αναζήτηση ειδικών προγραμμάτων και υπηρεσιών, (β) πρόγραμμα ενημέρωσης για τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας και τους τρόπους πρόσβασης σε αυτές, (γ) συστήματα που διευκολύνουν την αναζήτηση βοήθειας και στρατηγικές αξιολόγησης των αναγκών, (δ) μεθόδους για την αντιμετώπιση των παραπομπών, (ε) προγράμματα παροχής άμεσης βοήθειας, (στ) μεθόδους σχετικές με την αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιπτώσεων και τη διαχείριση των υπηρεσιών στήριξης, και (ζ) συνεργασία με την κοινότητα για την ενσωμάτωση πρόσθετων υπηρεσιών παροχής βοήθειας στο υπάρχον σύστημα.

- 3) Αντιμετώπιση κρίσεων και πρόληψη. Ο τομέας αυτός επιδιώκει την αντιμετώπιση, την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων και την πρόληψη των κρίσεων. Περιλαμβάνει προγράμματα για τη διαχείριση των κρίσεων στο σχολικό περιβάλλον και την κοινότητα, καθώς και προγράμματα πρόληψης που αφορούν την ασφάλεια στο σχολείο, τη μείωση των περιστατικών βίας, την πρόληψη αποπειρών αυτοκτονίας ή παιδικής κακοποίησης κ.ά.
- 4) Στήριξη σε μεταβατικά στάδια. Αυτός ο τομέας δραστηριοτήτων αφορά το σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την εφαρμογή εξειδικευμένων προγραμμάτων για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που συναντούν οι μαθητές και οι οικογένειές τους όταν βρίσκονται σε μεταβατικό στάδιο (αλλαγή σχολείου, αλλαγή τάξης, παρακολούθηση ειδικής τάξης κ.ά.). Στόχος είναι η πρόληψη των αρνητικών επιδράσεων, η μείωση της απομόνωσης, η αύξηση των θετικών συμπεριφορών και η συμμετοχή του μαθητή στις σχολικές και τις άλλες μαθησιακές δραστηριότητες.
- 5) Εμπλοκή της οικογένειας σε θέματα του σχολείου. Οι δραστηριότητες του συγκεκριμένου τομέα συνδέονται με: προγράμματα αξιολόγησης των ειδικών μαθησιακών αναγκών και υποστήριξης των ενηλίκων στο σπίτι, προγράμματα που βοηθούν τους γονείς να ανταποκριθούν στις βασικές υποχρεώσεις τους απέναντι στα παιδιά όσον αφορά τα σχολικά μαθήματα. Μεθόδους βελτίωσης της επικοινωνίας σε θέματα που είναι σημαντικά τόσο για το μαθητή όσο και για την οικογένειά του. Προγράμματα παρέμβασης για τη σύνδεση σχολείου – οικογένειας και τη συμμετοχή των γονέων στη λήψη αποφάσεων που είναι σημαντικές για το μαθητή. Προγράμματα που βοηθούν τους γονείς να διευκολύνουν τη μάθηση και την ανάπτυξη του μαθητή, προγράμματα παρέμβασης με στόχο την κινητοποίηση των υπόλοιπων μελών της οικογένειας για την επίλυση προβλημάτων που σχετίζονται με τις ανάγκες των μαθητών και προγράμματα που διευκολύνουν τα μέλη της οικογένειας στην αναζήτηση βοήθειας και υποστήριξης, έτσι ώστε να ανταποκριθούν στις ανάγκες της τάξης, του σχολείου και της κοινότητας.
- 6) Συνεργασία με την κοινότητα για ενεργό εμπλοκή και στήριξη. Η πρόσκληση προς την κοινότητα αποσκοπεί στη δημιουργία ενός δικτύου συνεργασίας το οποίο θα συμβάλλει αφενός στην επίλυση προβλημάτων που αφορούν το σχολείο και αφετέρου στη στήριξη των προσπαθειών για «ενίσχυση της

ικανότητας των παιδιών για μάθηση». Η πρόσκληση απευθύνεται σε δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες, πανεπιστήμια, κολέγια, οργανισμούς, επιχειρήσεις, επαγγελματικές ενώσεις, εθελοντές και άλλες ομάδες. Οι βασικοί στόχοι είναι η συμμετοχή, η αναβάθμιση της κοινότητας και η πρόοδος των μαθητών. Ειδικότερα περιλαμβάνονται προγράμματα που αφορούν τη συμμετοχή και την παροχή στήριξης από την κοινότητα, προγράμματα εκπαίδευσης και παρακολούθησης των εθελοντών (π.χ. γονείς, φοιτητές, πολίτες μεγαλύτερης ηλικίας), προγράμματα τα οποία αφορούν τη συμμετοχή μαθητών με αρνητική στάση απέναντι στο σχολείο και των οικογενειών τους (αυτών που δεν επισκέπτονται συχνά το σχολείο), καθώς και προγράμματα για τη βελτίωση της συνεργασίας σχολείου – κοινότητας στο πλαίσιο μιας ευρύτερης «κοινότητας» με ποικίλες δραστηριότητες (π.χ. ψυχαγωγικές, αθλητικές, πολιτισμικές, κ.ά.)

7.4 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Η ευρύτερη δημοσιοποίηση δημογραφικών, στατιστικών και επιδημιολογιών δεδομένων από πολλές χώρες και οι συνεχείς εκκλήσεις των ειδικών για αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αύξησαν τις πιέσεις για επείγουσα λήψη νομοθετικών και θεσμικών μέτρων, τα οποία συνδέθηκαν άμεσα με ευρύτερες μεταρρυθμίσεις στους τομείς της υγείας, της παιδείας και της κοινωνικής πρόνοιας (Χατζηχρήστου, 2000). Οι μεταρρυθμίσεις αυτές υπαγόρευαν προσπάθειες για το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενιαίων πολυδύναμων συστημάτων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλων απαραίτητων υπηρεσιών για παιδιά και εφήβους στο πλαίσιο της κοινότητας και του σχολείου. Στη σχετική βιβλιογραφία τονίζεται με έμφαση η έλλειψη συνεργασίας, συντονισμού και διασύνδεσης των αρμόδιων υπουργείων (κυρίως της Υγείας και Παιδείας), φορέων και υπηρεσιών (Adelman & Taylor, 1998. Durlak, 1995. Tuma, 1989).

Ως προς την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και εφαρμογής προγραμμάτων παρέμβασης στο σχολείο, παρατηρείται μια ποικιλία δομών και

τρόπων διασύνδεσης ανάλογα με τα εθνικά, πολιτειακά, κοινωνικά, νομοθετικά και θεσμικά πλαίσια και ανάλογα με τις δυνατότητες επιδότησης μέσω των Υπουργείων Υγείας ή Παιδείας αντίστοιχα. Στη σχετική βιβλιογραφία, επικρατεί σύγχυση όσον αφορά τη χρήση των όρων «υπηρεσίες» και «προγράμματα», καθώς ο ένας χρησιμοποιείται συχνά στη θέση του άλλου (Adelman & Taylor, 1998). Πέραν τούτου, οι υπηρεσίες μπορεί να προσφέρονται είτε ανεξάρτητα (π.χ. ατομική συμβουλευτική σε ένα μαθητή για κάποιο πρόβλημα συμπεριφοράς) είτε ως μέρος ενός πολύπλευρου προγράμματος (π.χ. για τη μείωση της επιθετικότητας στο σχολικό περιβάλλον).

Παρά τις μεγάλες διαφορές στα μοντέλα παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υγείας, κοινός στόχος όλων των προσπαθειών μεταρρύθμισης είναι η μετάβαση από αποσπασματικές – μεμονωμένες υπηρεσίες σε συντονισμένες – ολοκληρωμένες υπηρεσίες και προγράμματα, σε ένα ενιαίο – πολυδύναμο σύστημα υπηρεσιών στο πλαίσιο ενός συνεργατικού δικτύου φορέων. Σε σχέση με τα προγράμματα πρόληψης στο σχολείο, τρία είναι τα βασικά μοντέλα παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υγείας στις ΗΠΑ: (α) υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενταγμένες στο σχολείο, (β) υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνδεδεμένες με το σχολείο, (γ) υπηρεσίες ψυχικής υγείας της κοινότητας (Durlak, 1995). Οι ενταγμένες στο σχολείο υπηρεσίες παρέχονται στους μαθητές τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς μέσα στο σχολικό πλαίσιο. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες είτε χρηματοδοτούνται από το σχολείο, οπότε αποτελούν οργανωμένες εσωτερικές δομές του, είτε χρηματοδοτούνται από εξωτερικές πηγές. Οι συνδεδεμένες με το σχολείο υπηρεσίες συνήθως παρέχονται σε ένα διαφορετικό πλαίσιο (κοινωνικό κέντρο ψυχικής υγείας) και συνδέονται με το σχολείο με κοινή διοικητική δομή ή με κάποια άλλη ρύθμιση. Τέλος υπάρχουν οι υπηρεσίες που παρέχονται από κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, στα οποία συνήθως, οι εκπαιδευτικοί παραπέμπουν τους μαθητές.

Η μεγάλη ποικιλία όρων, δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων στις διάφορες πολιτείες (Adelman & Taylor, 1998. Eber & Nelson, 1997) οδήγησαν την Dryfoos (1994) να προτείνει τον όρο *σχολείο με πολυδύναμες υπηρεσίες*. Πρόκειται για το σχολείο εκείνο στο οποίο όλες οι υπηρεσίες (εκπαιδευτικές, ιατρικές, ψυχικής υγείας, κοινωνικές, κ.ά.) ενοποιούνται για την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών των μαθητών και των οικογενειών τους (πάντοτε στο πλαίσιο του σχολείου και της οικογένειας).

Παρά τη χρησιμότητα των διαφορετικών μοντέλων και την αναγκαιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι σημαντικό να κατανοηθεί ποια είναι η θέση του σχολείου και πώς «χρησιμοποιείται» από το προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του σχολείου, της κοινότητας και των φορέων υγείας. Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι βασικές προσεγγίσεις για την παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών στα παιδιά και τους εφήβους είναι δύο (Χατζηχρήστου, 2000). Η πρώτη δίνει έμφαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή στα κέντρα νοσηλείας της κοινότητας (ή σε υπηρεσίες από ειδικούς από ιδιωτική βάση). Τα ψυχολογικά προβλήματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών αντιμετωπίζονται μακριά από το χώρο του σχολείου. Το ίδιο το σχολείο δεν εμπλέκεται ως συνεργάτης στη διαδικασία της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αντίθετα, η δεύτερη προσέγγιση δίνει έμφαση στο χώρο του σχολείου, το οποίο θεωρείται το δεύτερο πιο σημαντικό πλαίσιο στη ζωή των μαθητών (μετά την οικογένεια). Γι' αυτό και υποστηρίζει την παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών και την εφαρμογή παρεμβατικών προγραμμάτων με βάση το σχολείο. Το σχολείο αποτελεί το χώρο όπου αρχικά εντοπίζονται πολλά προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών και όπου σχεδιάζονται και εφαρμόζονται ποικίλα παρεμβατικά προγράμματα. Με αυτό τον τρόπο καθίσταται δυνατή η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της γενίκευσης αυτών των προγραμμάτων σε διαφορετικές ομάδες μαθητών και σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα και πλαίσια.

Στη σχετική βιβλιογραφία, παρόλο που έχει αναγνωριστεί η χρησιμότητα της συνεργασίας σχολείου – κοινότητας, εκφράζονται έντονες ανησυχίες για την παροχή ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών και προγραμμάτων από υπηρεσίες της κοινότητας (Adelman & Taylor, 1998). Συνήθως οι υπηρεσίες αυτές εφαρμόζουν συγκεκριμένα προγράμματα στο χώρο του σχολείου, χωρίς να καταβάλουν καμιά ουσιαστική προσπάθεια συνεργασία και ενσωμάτωσης, με αποτέλεσμα την πρόκληση ποικίλων αντιδράσεων και συγκρούσεων ανάμεσα στο προσωπικό των δύο συστημάτων. Εκτός αυτού, η έμφαση στις συνδεδεμένες με το σχολείο υπηρεσίες συχνά υποβαθμίζει την άμεση ανάγκη αλλά και τη χρησιμότητα της αναδιοργάνωσης σχολικών κοινωνικών και ψυχολογικών υπηρεσιών (Adelman, 1996. Adelman & Taylor, 1998). Η σπουδαιότητα της προσέγγισης που υποστηρίζει την παροχή των ενταγμένων στο σχολείο ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών και την εφαρμογή προγραμμάτων με βάση το σχολείο έχει επισημανθεί από μια άλλη προσέγγιση και οπτική (σε αντίθεση με τα κλινικά – ιατρικά μοντέλα), όπου το προσωπικό όλων των υπηρεσιών

(εκπαιδευτικών, κοινωνικών, ψυχολογικών) του σχολείου συνεργάζεται για το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός ευρύτερου πλαισίου προγραμμάτων πρόληψης (σε όλα τα επίπεδα) και επιπλέον συντονίζει τη σύνδεση και με φορείς – υπηρεσίες της κοινότητας (Adelman, 1996. Adelman & Taylor, 1998. Gutkin, 1995. Knoff, 1996. Παρασκευόπουλος, 1992. Χατζηχρήστου, 2000. 2003). Μεγάλη σημασία έχουν επίσης ο σχεδιασμός και η εφαρμογή στα σχολεία προγραμμάτων πρόληψης (σε όλα τα επίπεδα) από εξειδικευμένα πανεπιστημιακά κέντρα και ιδρύματα σε συνεργασία με τα σχολεία (Adelman, 1996. Holtzman, 1992. Χατζηχρήστου και συν., 1999. Χατζηχρήστου, 2000. Χατζηχρήστου και συν., 2001. 2003).

7.5 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Τα σχολεία αποτελούν το κατάλληλο πλαίσιο για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση ποικίλων τέτοιων προγραμμάτων δείχνουν την αποτελεσματικότητά τους στη διευκόλυνση της μάθησης και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των μαθητών (Durlak, 1995. Goleman, 1998). Παρά τις ποικίλες διαφορές τους ως προς τα επίπεδα πρόληψης, το σκοπό, τις ομάδες – στόχους και τη μεθοδολογία, ο σχεδιασμός της δομής, η εφαρμογή και η αξιολόγησή τους ακολουθούν ορισμένα βασικά στάδια, αφορούν συγκεκριμένους τομείς και απαιτούν ειδικές γνώσεις και αντίστοιχη κατάρτιση. Ιδιαίτερα σημαντικές για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων είναι η διασύνδεση της θεωρίας και των εμπειρικών ερευνών που εμφανίζονται στη σχετική βιβλιογραφία, η αξιολόγηση των αναγκών των συγκεκριμένων πλαισίων παρέμβασης μέσα από συνεργατική έρευνα, καθώς και η εκτίμηση των οικολογικών – πολιτισμικών παραγόντων και η αξιολόγηση (Hatzichristou, 1998, 2004. Χατζηχρήστου και συν., 2003. Nastasi, 1998).

Συνοπτικά, κατά το σχεδιασμό της δομής των προγραμμάτων λαμβάνονται υπόψη ορισμένοι τομείς, οι οποίοι περιγράφονται στη συνέχεια.

1. Ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας

Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις, εμπειρικές έρευνες και ειδικά προγράμματα παρέμβασης στο σχολείο ανάλογα με το σκοπό του προγράμματος.

2. Καθορισμός του σκοπού και των ειδικότερων στόχων του προγράμματος
3. Αξιολόγηση των αναγκών των συγκεκριμένων πλαισίων παρέμβασης
4. Προσδιορισμός της δομής του προγράμματος
Επίπεδα πρόληψης (πρωτογενής – δευτερογενής)
Ομάδες παρέμβασης (μαθητές, εκπαιδευτικοί, γονείς) και πλαίσια παρέμβασης (ομάδα, τάξη, σχολείο)
Καθορισμός θεματικών ενοτήτων και κύκλων συναντήσεων με συγκεκριμένες δραστηριότητες
Καθορισμός και επιλογή δραστηριοτήτων, διαδικασία, κλείσιμο – ολοκλήρωση συνάντησης
5. Καθορισμός μεθόδου και διαδικασίας
Επιλογή συγκεκριμένων ομάδων – τάξεων – σχολείων
Προγράμματα συναντήσεων
Ομάδες παρέμβασης: μέλη, συντονισμός, συναντήσεις, ψυχολογική εποπτεία
Αξιολόγηση της διαδικασίας του προγράμματος παρέμβασης
6. Ολοκλήρωση του προγράμματος και αξιολόγηση. (Χατζηχρήστου, 2004: 370)

Σε ορισμένα εκπαιδευτικά συστήματα εφαρμόζονται πολυάριθμα προγράμματα πρόληψης στα σχολεία κάθε χρόνο. Σύμφωνα με μελέτες, στις ΗΠΑ ποσοστό άνω του 70% των σχολικών περιφερειών έχει προγράμματα για την πρόληψη του καπνίσματος, της χρήσης αλκοόλ, της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και των προβλημάτων υγείας, ενώ άνω του 85% των μαθητών έχει παρακολουθήσει ένα πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής (Durlak, 1995. Holtzman, 1992). Στη σχετική βιβλιογραφία έχουν επισημανθεί: (α) η έλλειψη συστηματικής διαδικασίας αξιολόγησης των περισσότερων προγραμμάτων, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εκτίμηση της αποτελεσματικότητάς τους και (β) οι περιορισμένοι εξειδικευμένοι στόχοι δεν εντάσσονται σε ευρύτερους θεματικούς τομείς προαγωγής της ψυχικής υγείας, οπότε και δεν συνεκτιμάται η αλληλεπίδραση παραγόντων επικινδυνότητας και προστατευτικών παραγόντων, γεγονός που περιορίζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων (Cole et al., 1993. Dryfoos, 1994. Durlak, 1995, 1998. Holtzman, 1992). Τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας χρειάζεται να

αξιοποιηθούν και στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα, ούτως ώστε να αποτραπεί ουσιαστικά η μονομερής έμφαση και επιδότηση προγραμμάτων παρέμβασης τα οποία αποσκοπούν μεμονωμένα και αποσπασματικά στην πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στο πλαίσιο ενός ως επί το πλείστον ιατρικού – κλινικού μοντέλου.

Κατά την τελευταία δεκαετία δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρόληψης στο σχολείο. Σε μια εκτενή ανασκόπηση μελετών της σχετικής βιβλιογραφίας για τα αποτελέσματα παρεμβατικών προγραμμάτων πρόληψης (1.200 μελέτες) σε έξι τομείς (προβλήματα συμπεριφοράς – κοινωνικά προβλήματα, μαθησιακά προβλήματα, παιδική κακομεταχείριση, σωματικοί τραυματισμοί, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, προβλήματα υγείας), ο Durlak (1995, 1998) διαπίστωσε ότι οι περισσότερες παρεμβάσεις μείωσαν σημαντικά τα προβλήματα ή ενδυνάμωσαν τη θετική προσαρμογή ή πέτυχαν και τα δύο.

Η διαδικασία αξιολόγησης κινείται σε τρεις βασικούς τομείς και περιλαμβάνει ποικίλες μεθόδους – τεχνικές. Οι τομείς αυτοί είναι: (α) η αποδοχή – χρησιμότητα, όπου εξετάζεται η αντίληψη των συμμετεχόντων για τη χρησιμότητα του προγράμματος, (β) η εκτίμηση της εφαρμογής – διαδικασίας, όπου εξετάζεται κατά πόσο το πρόγραμμα εφαρμόζεται σύμφωνα με το σχεδιασμό και (γ) η αποτελεσματικότητα, όπου πραγματοποιείται εκτίμηση των αποτελεσμάτων του προγράμματος (Nastasi, 1998). Σε μια σημαντική μελέτη η Nastasi και οι συνεργάτες της (Nastasi, Varjas, Bernstein & Pluymert, 1998) αξιολόγησαν με συστηματικό τρόπο το σχεδιασμό, τη διαδικασία και την αξιολόγηση «καινοτόμων» - «παραδειγματικών» προγραμμάτων ψυχικής υγείας στο σχολείο (αμερικάνικο εκπαιδευτικό σύστημα), στα οποία συμμετείχαν ειδικοί ψυχικής υγείας. Τα «καινοτόμα» - «παραδειγματικά» κριτήρια για την εμπλοκή των προγραμμάτων ήταν τα ακόλουθα: (α) σύνδεση θεωρίας, έρευνας και πράξης, (β) σύνδεση μεταξύ οικολογικών συστημάτων, (γ) ένταξη σε ένα εύρος υπηρεσιών, από την πρόληψη έως τη θεραπεία, (δ) χρησιμοποίηση συνεργατικού – συμμετοχικού μοντέλου, (ε) αξιολόγηση της αποδοχής – χρησιμότητας, της εφαρμογής – διαδικασίας και της αποτελεσματικότητας. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν πολλά «καινοτόμα» προγράμματα και επικύρωσαν τον καθοριστικό ρόλο των ειδικών ψυχικής υγείας στην προαγωγή ψυχικής υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Αυτά τα προγράμματα οι

Dwyer & Bernstein (1998) τα αποκαλούν νησιά της ελπίδας για τις σχολικές υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υγείας.

Στα εκπαιδευτικά συστήματα διαφόρων χωρών εφαρμόζονται ποικίλα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής και σωματικής υγείας με ειδικούς – περιορισμένους ή ευρύτερους στόχους. Στη σχετική βιβλιογραφία συναντώνται πολυάριθμα άρθρα και βιβλία που περιγράφουν σχετικά προγράμματα και ολοκληρωμένες σειρές προγραμμάτων με συγκεκριμένους στόχους, ενότητες και δραστηριότητες για όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης (προσχολική αγωγή, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση). Οι θεματικές ενότητες συνδυάζουν συνήθως ποικίλες δραστηριότητες και τεχνικές, όπως ασκήσεις, ομαδικούς διαλόγους, μουσική, παιχνίδια, διήγηση ιστοριών, παιχνίδια ρόλων κ.λπ. Όπως προαναφέρθηκε, κατά την τελευταία δεκαετία δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση αφενός στη σύνδεση θεωρίας, έρευνας και παρεμβατικών προγραμμάτων στο σχολείο, ώστε να διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητά τους και αφετέρου στην αναγκαιότητα κατάρτισης και επιμόρφωσης των ειδικών.

Τα ολιγάριθμα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας τα οποία καταγράφονται στην Ελλάδα έχουν συνήθως ειδικούς περιορισμένους στόχους (π.χ. πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών), εφαρμόζονται αποσπασματικά από διαφορετικούς φορείς (που συνήθως δεν έχουν άμεση σχέση με τα σχολεία) στο πλαίσιο επιδοτούμενων προγραμμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή διαφόρων υπουργείων ή τοπικών φορέων χωρίς ευρύτερη επιστημονική τεκμηρίωση και σχεδιασμό, χρησιμοποιούν μεταφράσεις εγχειριδίων αντίστοιχων προγραμμάτων του εξωτερικού, χωρίς προσαρμογή στην ελληνική πραγματικότητα και δεν προβλέπουν μεθόδους αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους. Επιπλέον αυτά τα προγράμματα έχουν συνήθως περιορισμένη δυνατότητα όσον αφορά την πρόσβαση των ειδικών, την επιμόρφωση των επαγγελματιών και την ευρύτερη εφαρμογή τους σε περισσότερα σχολεία.

7.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Είναι κοινός τόπος ότι σε θεωρητικό επίπεδο υπάρχουν τεκμηριωμένες επιστημονικές παρεμβάσεις, τα κατάλληλα μεθοδολογικά εργαλεία για την

δημιουργία των προγραμμάτων πρόληψης, αλλά δυστυχώς δεν εφαρμόζονται. Τα κυριότερα προβλήματα στην εφαρμογή των προγραμμάτων, εντοπίζονται στην έλλειψη οικονομικών πόρων, στην ανεπαρκή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, στις συνεχείς μεταθέσεις τους και στην μη κρατική υποστήριξη,

Ωστόσο είναι ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι οι έρευνες και οι επιστημονικές ανασκοπήσεις συνεχίζονται και η επιστημολογία της πρόληψης ενισχύεται. Επιστήμονες της παγκόσμιας κοινότητας τονίζουν την σημασία των προγραμμάτων πρόληψης, ιδιαίτερα των εξαρτησιογόνων ουσιών και του αλκοολισμού στο σχολικό περιβάλλον, διότι όπως υποστηρίζουν το σχολείο μπορεί να αποτελέσει μια επανορθωτική εμπειρία για παιδιά και εφήβους που προέρχονται από διαλυμένες οικογένειες, οικογένειες χωρίς όρια, με βία και εγκατάλειψη.

Τα προγράμματα πρόληψης μπορούν να προσφέρουν στα παιδιά και τους εφήβους τις κατάλληλες κοινωνικές δεξιότητες και τις δεξιότητες ζωής ώστε να νιώθουν ικανά να αντιμετωπίσουν τα οποιαδήποτε προβλήματα τους παρουσιάζονται χωρίς να καταφεύγουν σε ψυχοδραστικές ουσίες αλλά και τρόπους ενδυνάμωσης ώστε να μπορούν να αρνούνται την χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες και ιδιαίτερα με την έλευση του 21ου αιώνα όπου οι έρευνες έδειξαν την κρισιμότητα στην υγιή ανάπτυξη των μαθητών και ιδιαιτέρως των Ελλήνων σχετικά με τη χρήση και εξάρτηση από το αλκοόλ τα προγράμματα πρόληψης του αλκοολισμού άρχισαν να εισχωρούν στη σχολική κοινότητα.

Συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκαν οργανωμένες προσπάθειες για την διαμόρφωση, διεξαγωγή και αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης του αλκοολισμού στο χώρο του σχολείου και στην μαθητική και εκπαιδευτική κοινότητα. Οι προσπάθειες έχουν προέλθει κυρίως από τα προγράμματα Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας, αλλά σημαντική και άξιες σημασίες είναι οι παρεμβάσεις του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών αλλά και του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων.

Εκτός από τις συντονισμένες προσπάθειες πρόληψης, πραγματοποιούνται και ανεπίσημες προσπάθειες από τα Ανώτατα Τμήμα Εκπαίδευσης της Ελλάδας και συγκεκριμένα από τμήματα Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών.

8.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Τα προγράμματα που αφορούν την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα στα σχολεία πολλών χωρών. Οι περισσότερες σχολικές περιφέρειες έχουν εντάξει στο αναλυτικό τους πρόγραμμα ένα τέτοιο πρόγραμμα για την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Τα πρώτα παρεμβατικά προγράμματα που εφαρμόστηκαν ήταν επικεντρωμένα σχεδόν αποκλειστικά στην παροχή πληροφοριών αναφορικά με τις βλαβερές συνέπειες των

ναρκωτικών ουσιών, γι' αυτό και είχαν περιορισμένη επίδραση στην αλλαγή της συμπεριφοράς των μαθητών. (Bangert – Drowns, 1988. Dielman, 1994). Τα μεταγενέστερα προγράμματα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης έδωσαν έμφαση σε περιβαλλοντικούς παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με την οικογένεια τους συνομιλήκους, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και την ευρύτερη κοινωνία και σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Αυτά είχαν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην πρόληψη χρήσης ουσιών. (Bruvold, 1993. Hansen, 1992).

Δύο είναι τα βασικά είδη ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων τα οποία έχουν σχεδιαστεί για την πρόληψη της χρήσης ουσιών: (α) τα προγράμματα εκπαίδευσης σε συγκεκριμένες δεξιότητες για την αντίσταση σε πιέσεις ομάδων συνομιλήκων και κοινωνικών ομάδων (όπως διεκδικητικότητα και αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας), και (β) τα προγράμματα που αναφέρονται στις προσπάθειες της κοινότητας και συνδέονται με γενικές δεξιότητες ζωής (Durlak, 1995). Τα πρώτα προγράμματα βασίζονται στην υπόθεση ότι οι μαθητές πρέπει να μάθουν να αντιστέκονται στις διαπροσωπικές και κοινωνικές πιέσεις που δέχονται σε σχέση με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Για να το πετύχουν αυτό αποτελεσματικά, πρέπει να εξασκηθούν σε παρόμοιες συνθήκες και να ενισχυθούν όταν εκδηλώνουν συμπεριφορές που δείχνουν την αντίστασή τους. Τα προγράμματα εκπαίδευσης σε δεξιότητες περιλαμβάνουν συχνά παιχνίδι ρόλων με συνομιλήκους ή με μεγαλύτερα παιδιά που λειτουργούν ως μοντέλα μίμησης για την ομάδα στόχο. Το δεύτερο είδος προγραμμάτων, τα οποία δίνουν έμφαση σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, αφορούν συνήθως αλληλένδετους τομείς παρέμβασης (Johnson et al., 1990): παρέμβαση στο σχολείο (όπου οι μαθητές εκπαιδεύονται σε δεξιότητες αντίστασης), συμμετοχή των γονέων, δραστηριότητες που οργανώνονται από την κοινότητα και περιλαμβάνουν ποικίλες υπηρεσίες, συμμετοχή των τοπικών φορέων και εκστρατείες από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Σε μια προσπάθεια βελτίωσης των συγκεκριμένων προγραμμάτων οι ερευνητές έχουν μελετήσει θέματα όπως ο χρόνος και η διάρκεια των παρεμβάσεων, η γενίκευσή τους, καθώς και οι γνώσεις και οι ικανότητες των ατόμων για τον κατάλληλο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων (Durlak, 1995).

8.3 ΜΕΤΡΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Στον τομέα της πρόληψης τα περισσότερα προγράμματα αφορούν στην προαγωγή υγείας και οι σχετικές παρεμβάσεις πρόληψης περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των ψυχοδραστικών ουσιών, νόμιμων και παράνομων και όχι εξειδικευμένα στην κατανάλωση του αλκοόλ. Στο σχολικό περιβάλλον, το κυριότερο πλαίσιο εφαρμογής δράσεων πρόληψης αποτελούν τα προγράμματα αγωγής υγείας του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Για την υλοποίηση των προγραμμάτων αυτών χρησιμοποιούνται εξειδικευμένα εκπαιδευτικά υλικά. Σύμφωνα με τα στοιχεία της τελευταίας ετήσιας έκθεσης για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα για το έτος 2005, μόνο στο 6,8% των σχολείων της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και στο 8,3 των σχολείων της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης υλοποιήθηκαν το σχολικό έτος 2004 – 2005 προγράμματα που αφορούσαν την πρόληψη του αλκοόλ (για το σχολικό έτος 2003 – 2004, το ποσοστό για την πρωτοβάθμια εκπαίδευση ήταν 19,3%).

Αντίστοιχα προγράμματα εφαρμόζονται και από τα κέντρα πρόληψης κατά των ναρκωτικών ή άλλους φορείς που απευθύνονται και στην ευρύτερη κοινότητα. Δεν μπορούμε όμως να πούμε ότι υφίσταται μια εθνική πολιτική πρόληψης της επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ σε συστηματική βάση με συγκεκριμένο σχεδιασμό, μεθοδολογία υλοποίησης και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Παρά τη συχνή επισήμανση των σχετικών αναγκών, δεν υπάρχει εθνικό σχέδιο δράσης που να περιλαμβάνει το αλκοόλ.

Στο πλαίσιο του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ) διαθέτει τομέα πληροφόρησης για τα οινόπνευμάτωση παρουσιάζοντας στοιχεία για:

- Τις παρεμβάσεις των φορέων πρόληψης που έχουν ως κύριο στόχο τους ειδικότερα την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ.
- Τις παρεχόμενες υπηρεσίες και άλλα στοιχεία τα οποία αφορούν στις εξειδικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις που απευθύνονται σε άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη χρήση οινόπνευματων.

- Τον αριθμό και τα κοινωνικο – δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που προσεγγίζουν τις εξειδικευμένες θεραπευτικές δομές προκειμένου να ζητήσουν θεραπεία.
- Το νομικό πλαίσιο που καλύπτει τη διάθεση και κατανάλωση οινοπνευματωδών στην Ελλάδα.
- Τους ελέγχους που διενεργεί η Διεύθυνση Αλκοόλης, Αλκοολούχων ποτών, Οίνου και Ζύθου του Γενικού Χημείου του Κράτους.
- Τα στοιχεία της Διεύθυνσης Τροχαίας του αρχηγείου της Ελληνικής Αστυνομίας, τα οποία αφορούν: (α) στην οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ και (β) στη συνέργεια της χρήσης οινοπνευματωδών στα τροχαία ατυχήματα.
- Τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί ή πραγματοποιούνται ή βρίσκονται στο στάδιο του σχεδιασμού και αφορούν στα οινοπνευματώδη στην Ελλάδα. (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

8.4 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα υλοποιείται κυρίως από τα 70 Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ/Τοπικής Αυτοδιοίκησης που λειτουργούν πανελλαδικά, από το ΥΠΕΠΘ στο πλαίσιο της υλοποίησης των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας σε σχολεία της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης καθώς και από άλλους κυβερνητικούς ή μη κυβερνητικούς φορείς από τον χώρο των εξαρτήσεων της υγείας κλπ.

Στο πλαίσιο της εφαρμογής της εθνικής πολιτικής για την πρόληψη με στόχο την ολοκλήρωση του σχεδιασμού Κέντρων Πρόληψης ανά την Ελλάδα και την κάλυψη των αναγκών όλης της χώρας, κατά τη διάρκεια του 2006 ο ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, προέβη στην ίδρυση πέντε νέων Κέντρων Πρόληψης που λειτουργούσαν έως και τα μέσα του 2007 καλύπτουν τους 48 από τους 51 νομούς της χώρας.

Παράλληλα, κατά τη διάρκεια του 2006, ο ΟΚΑΝΑ προέβη στην ανανέωση των τριετών επιστημονικών προγραμμάτων για τη συνέχιση της λειτουργίας 20 Κέντρων Πρόληψης, ενώ πραγματοποιήθηκαν συναντήσεις με εκπροσώπους φορέων

σε περιοχές όπου δεν λειτουργούν Κέντρα Πρόληψης, με σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίησή τους για την ίδρυση κέντρων στις αντίστοιχες περιοχές.

Η υλοποίηση των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας ξεκίνησε στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση το σχολικό έτος 2000 – 2001, όταν δημιουργήθηκε το Εθνικό Δίκτυο Αγωγής Υγείας. Το δίκτυο επεκτάθηκε στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση το σχολικό έτος 2001 – 2002 με το διορισμό υπευθύνων Αγωγής Υγείας Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα θεματολογίας πέραν την πρόληψης της χρήσης παράνομων ουσιών (π.χ. διατροφή, διαφυλικές σχέσεις, κυκλοφοριακή αγωγή, εθελοντισμός, κ.ά.) έχουν διάρκεια από δύο έως έξι μήνες και υλοποιούνται από εκπαιδευτικούς εκτός ωρολογίου προγράμματος στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, ενώ στην Πρωτοβάθμια είτε πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της Ευέλικτης Ζώνης είτε εντάσσονται στις δραστηριότητες της Απογευματινής Ζώνης του Ολοήμερου Σχολείου.

Οι εκπαιδευτικοί που επιθυμούν να υλοποιήσουν ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας συγκροτούν μια εθελοντική ομάδα μαθητών και επιλέγουν το θέμα. Στη συνέχεια προχωρούν στο σχεδιασμό του προγράμματος σε συνεργασία με τον υπεύθυνο Αγωγής Υγείας της τοπικής Διεύθυνσης Εκπαίδευσης και στην έγκρισή του από τον αρμόδιο διευθυντή του ΥΠΕΠΘ. Οι 70 υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας για την Πρωτοβάθμια και οι 70 υπεύθυνοι για την Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, που υπηρετούν στις 58 διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και στις 58 διευθύνσεις Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης αντίστοιχα, έχουν την ευθύνη να παροτρύνουν την εκπαιδευτική κοινότητα να υλοποιεί Προγράμματα Αγωγής Υγείας, καθώς και να εξασφαλίζουν, να παρακολουθούν και να υποστηρίζουν την υλοποίηση του εγκεκριμένου προγράμματος. Η συμμετοχής των εκπαιδευτικών είναι εθελοντική, ενώ παράλληλα υπάρχουν και κίνητρα για να αναλάβουν Προγράμματα Αγωγής Υγείας, όπως η συμπλήρωση ωραρίου, η ωριαία αποζημίωση και η αποζημίωση λόγω υπερωριακής απασχόλησης.

Όσον αφορά το περιεχόμενο των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με θέμα την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, σύμφωνα με το ΥΠΕΠΘ, η υλοποίησή τους βασίζεται στα παρακάτω εκπαιδευτικά υλικά, τα οποία είναι και τα κυριότερα εκπαιδευτικά υλικά για την εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης στη σχολική κοινότητα που υπάρχουν στην Ελλάδα.

Στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση:

- ✚ Ο κήπος με τις 11 γάτες. Πρόκειται για ένα εικονογραφημένο παραμύθι για παιδιά του δημοτικού. Το παραμύθι προτείνει τη δραματοποίηση ως μέσο μάθησης στο σχολείο.
- ✚ Παιχνίδια παιδιών: Βασίζεται σε μετάφραση ελβετικού υλικού και απευθύνεται σε μαθητές ηλικίας 7 – 9 ετών. Κύριο θέμα επεξεργασίας του υλικού είναι οι συγκρούσεις που βιώνουν τα παιδιά αυτής της ηλικίας σε γνωστικό, συναισθηματικό και διαπροσωπικό επίπεδο. Περιλαμβάνει έξι θεματικές ενότητες, οι δραστηριότητες των οποίων μπορούν να κατανεμηθούν σε όλη τη διάρκεια του σχολικού έτους με συχνότητα δύο διδακτικών ωρών την εβδομάδα.
- ✚ Δεξιότητες για παιδιά του δημοτικού: Προσαρμογή στα Ελληνικά της έκδοσης του βρετανικού οργανισμού TACADE με τίτλο «Skills for the Primary School Child». Προτείνει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρόληψης συμπεριφορών βλαπτικών για την ψυχική υγεία και τη σωματική υγεία των παιδιών. Απευθύνεται σε μαθητές, γονείς και εκπαιδευτικούς.
Στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση:
- ✚ Στηρίζομαι στα πόδια μου: Εφαρμόζεται από εκπαιδευτικούς και απευθύνεται κυρίως σε μαθητές γυμνασίου. Το πρωτότυπο υλικό συντάχθηκε στην Ιρλανδία. Για την ελληνική έκδοση έγιναν οι απαραίτητες προσαρμογές, ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εκπαιδευτικών και μαθητών του ελληνικού σχολείου. Κύριοι άξονες πάνω στους οποίους βασίζεται η θεματολογία του υλικού είναι οι ακόλουθοι: ταυτότητα και αυτοεκτίμηση, κατανόηση επιρροών, αυτοπεποίθηση και αποφασιστικότητα, συναισθήματα και λήψη αποφάσεων.
- ✚ Αγωγή Υγείας: Ψυχική Υγεία – Διαπροσωπικές σχέσεις 11 – 14 ετών: Απευθύνεται σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, προτείνοντάς τους μια σειρά από δραστηριότητες που μπορούν να εφαρμόσουν στη σχολική τάξη, με στόχο να προάγουν την ψυχική υγεία και να ενισχύσουν τις διαπροσωπικές δεξιότητες των μαθητών τους. Η συγγραφή του πραγματοποιήθηκε από το ΚΕΘΕΑ, σε συνεργασία με την Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου για λογαριασμό του ΥΠΕΠΘ. Διατίθεται τόσο σε έντυπη όσο και σε ηλεκτρονική μορφή (cd – rom).

Επιπλέον στο πλαίσιο ενίσχυσης των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας το ΥΠΕΠΘ συνεργάζεται με κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς φορείς οι οποίοι δραστηριοποιούνται στο χώρο της πρόληψης εξαρτησιογόνων ουσιών σε επίπεδο εκπαίδευσης και υποστήριξης των εκπαιδευτικών καθώς επίσης και στην υλοποίηση των προγραμμάτων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2007)

8.5 ΕΠΙΣΗΜΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα τελευταία επίσημα στατιστικά στοιχεία για την πρόληψη των εξαρτησιογόνων ουσιών και του αλκοολισμού στην Ελλάδα προέρχονται από την ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα για το 2006. Όσον αφορά τις παρεμβάσεις που απευθύνθηκαν σε μαθητές και υλοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2005 – 2006 (είτε στο πλαίσιο των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είτε από φορείς πρόληψης εκτός πλαισίου Αγωγής Υγείας του ΥΠΕΠΘ), συνολικά συμμετείχαν σε αυτές 721 εκπαιδευτικοί και 17.453 μαθητές από 720 σχολεία της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και 762 εκπαιδευτικοί και 24.354 μαθητές από 924 σχολεία της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Σε σχέση με το σχολικό έτος 2004 – 2005 παρατηρείται αύξηση στις παρεμβάσεις που υλοποιήθηκαν στα σχολεία της χώρας. Συγκεκριμένα, ιδιαίτερα η συμμετοχή των μαθητών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σε παρεμβάσεις πρόληψης παρουσίασε αύξηση κατά 63%, ενώ στους μαθητές της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης το αντίστοιχο ποσοστό μεταβολής σε σχέση με τη συμμετοχή των εκπαιδευτικών σε παρεμβάσεις πρόληψης είναι 7,9% για την Πρωτοβάθμια και 2,4% για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση.

Σε σχέση με το συνολικό σχολικό πληθυσμό της χώρας, ένα μικρό μόνο ποσοστό σχολείων, εκπαιδευτικών και μαθητών, δραστηριοποιούνται στο χώρο της πρόληψης. Συγκεκριμένα το σχολικό έτος 2005 – 2006 στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση το 6,3% των σχολείων, το 1% των εκπαιδευτικών και το 2,2% των μαθητών της χώρας συμμετείχαν σε παρεμβάσεις πρόληψης για τη χρήση των ναρκωτικών. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση ήταν 23,3%, 1% και 3,5%.

Όσον αφορά τη συμμετοχή της σχολικής κοινότητας το έτος 2005 – 2006 παρουσίασε αύξηση σε σχέση με το σχολικό έτος 2004 – 2005, τόσο στην Πρωτοβάθμια όσο και στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση. Ωστόσο, στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση λιγότεροι μαθητές συμμετείχαν σε Προγράμματα Αγωγής Υγείας για την πρόληψη των ναρκωτικών ανά σχολική μονάδα σε σχέση με την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Από το γεγονός αυτό μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η συμμετοχή των μαθητών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σε παρεμβάσεις πρόληψης είναι πιο εύκολη, δεδομένου ότι τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση εντάσσονται είτε στο πλαίσιο της ευέλικτης ζώνης είτε στις δραστηριότητες του ολοήμερου σχολείου, ενώ στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση πραγματοποιούνται εκτός του ωρολογίου προγράμματος.

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας χρηματοδοτούνται είτε με εθνικούς πόρους, είτε από το 3^ο Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (ΚΠΣ). Από το σύνολο των προγραμμάτων όλων των θεματολογιών που υλοποιήθηκαν κατά το σχολικό έτος 2005 – 2006, το 60,2% χρηματοδοτήθηκε με εθνικούς πόρους και το 29,6% με χρηματοδότηση από το 3^ο ΚΠΣ, ενώ τα υπόλοιπα υλοποιήθηκαν από φορείς που συνεργάζονται με το ΥΠΕΠΘ. Όσον αφορά τα προγράμματα με θέμα την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών κατά το σχολικό έτος 2005 – 2006, φαίνεται ότι χρηματοδοτούνται περισσότερο από ευρωπαϊκούς πόρους σε σχέση με τα υπόλοιπα προγράμματα, δεδομένου ότι από τα 1.396 σχολεία της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στα 726 (ποσοστό 52%) οι παρεμβάσεις υλοποιήθηκαν με χρηματοδότηση από το 3^ο ΚΠΣ και στα υπόλοιπα 670 (ποσοστό 48%) τα προγράμματα χρηματοδοτήθηκαν με εθνικούς πόρους.












Για την υλοποίηση των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας οι φορείς πρόληψης (Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ/Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Τομέας Πρόληψης ΚΕΘΕΑ, Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ») πραγματοποιούν εκπαιδευτικά σεμινάρια για εκπαιδευτικούς. Σύμφωνα με στοιχεία των φορέων πρόληψης, κατά το σχολικό έτος 2005 – 2006 συμμετείχαν σε εκπαιδευτικά σεμινάρια για την υλοποίηση των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας 1.234 εκπαιδευτικοί της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και 590 της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Ο μεγάλος αριθμός των εκπαιδευτικών που εκπαιδεύτηκαν σε σύγκριση με τον αριθμό των εκπαιδευτικών που υλοποίησαν προγράμματα το ίδιο σχολικό έτος (713 στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση και 754 στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση), καθώς και στοιχεία προηγούμενων ετών, όπου ενώ εκπαιδεύεται ένας μεγάλος αριθμός εκπαιδευτικών, τελικά λίγοι προχωρούν στην

υλοποίηση παρέμβασης σε μαθητές, αναδεικνύει τη δυσκολία των εκπαιδευτικών στην εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης. Επιπλέον, σε συναντήσεις εποπτικού χαρακτήρα που διοργανώνουν οι φορείς πρόληψης για την υποστήριξη των εκπαιδευτικών που προχωρούν στην υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων συμμετείχαν 408 εκπαιδευτικοί της Πρωτοβάθμιας από 287 σχολεία και 199 εκπαιδευτικοί της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης από 109 σχολεία.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το ΥΠΕΠΘ συνεργάζεται με τους φορείς πρόληψης σε επίπεδο εκπαίδευσης και υποστήριξης των εκπαιδευτικών, καθώς επίσης και στην υλοποίηση των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Συγκεκριμένα, οι φορείς πρόληψης πραγματοποιούν: α) εκπαιδευτικά σεμινάρια για εκπαιδευτικούς με στόχο την υλοποίηση Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και β) συναντήσεις εποπτικού χαρακτήρα για την υποστήριξη των εκπαιδευτικών που προχωρούν στην υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων.

Πέρα από τη συμμετοχή τους στα Προγράμματα Αγωγής Υγείας του ΥΠΕΠΘ, οι φορείς πρόληψης υλοποιούν παρεμβάσεις για τη μαθητική κοινότητα, ύστερα από συνεργασία του φορέα με σχολεία της περιοχής του. Οι παρεμβάσεις αυτές υλοποιούνται με την εθελοντική συμμετοχή των μαθητών και των εκπαιδευτικών και εφαρμόζονται είτε από τα ίδια τα στελέχη είτε από εκπαιδευμένους εκπαιδευτικούς με την υποστήριξη των στελεχών πρόληψης.

Για την υλοποίηση παρεμβάσεων πρόληψης στη σχολική κοινότητα, εκτός από τη χρήση των εκπαιδευτικών υλικών που παρουσιάστηκαν παραπάνω, αρκετά Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ/Τοπικής Αυτοδιοίκησης έχουν δημιουργήσει δικά τους εκπαιδευτικά υλικά. Αναφέρονται ενδεικτικά:

-  Τι θα έκανες αν...
-  Ξέρω τι ζητάω
-  Ελεύθερος χρόνος και δημιουργική εφηβεία
-  Το σπίτι των παιδιών
-  Ο Πυξιδούλης και η Πυξιδούλα στο νηπιαγωγείο
-  Ψυχική Υγεία: Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης
-  Κόκκινη κλωστή δεμένη
-  Άσπρο – Μαύρο: Το βιβλίο της ζωής
-  Παίρνω τη ζωή στα χέρια μου
-  Λαϊκή παράδοση και σύγχρονος κόσμος
-  Εγώ, ένας ξεχωριστός άνθρωπος

- ✚ Το μαγικό χαλί των παραμυθιών
- ✚ Αποχαιρετώντας το δημοτικό και καλωσορίζοντας το γυμνάσιο
- ✚ Αγγίζοντας τον κύκλο
- ✚ Ο Λαμπερούδης και τα παιδιά του τραγανιστού φεγγαριού.

Επιπροσθέτως, οι φορείς πρόληψης πραγματοποιούν εκπαιδευτικά σεμινάρια για εκπαιδευτικούς, τα οποία επιδιώκουν την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση τους σε θέματα πρόληψης και σε σχέση με το ρόλο του σχολείου στην πρόληψη, έτσι ώστε οι αρχές της πρόληψης να ενσωματωθούν στη σχολική ζωή.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται αναλυτικά στοιχεία για την συμμετοχή της σχολικής κοινότητας σε παρεμβάσεις των φορέων πρόληψης που πραγματοποιούνται εκτός πλαισίου Αγωγής Υγείας του ΥΠΕΠΘ και απευθύνονται σε μαθητές της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Σε σχέση με το σχολικό έτος 2004 – 2005 παρατηρείται αύξηση των παρεμβάσεων πρόληψης που υλοποιήθηκαν από τους φορείς πρόληψης εκτός πλαισίου Αγωγής Υγείας. Συγκεκριμένα, σημαντικό μεγαλύτερος αριθμός σχολείων και μαθητών συμμετείχαν στις παρεμβάσεις των φορέων πρόληψης τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Έτσι ενώ το σχολικό έτος 2004 – 2005 σε παρεμβάσεις των φορέων πρόληψης σε σχολεία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συμμετείχαν 18 σχολεία και 754 μαθητές, το σχολικό έτος 2005 – 2006 συμμετείχαν 57 σχολεία και 1.992 αντίστοιχα. Το ίδιο ισχύει και για τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, όπου το σχολικό έτος 2004 – 2005 συμμετείχαν 60 σχολεία και 2.669 μαθητές, ενώ το σχολικό έτος 2005 – 2006 191 σχολεία και 10.019 μαθητές. Από το γεγονός ότι λίγοι εκπαιδευτικοί συμμετείχαν σε παρεμβάσεις των φορέων πρόληψης (16 το σχολικό έτος 2004 – 2005 και 8 το 2005 – 2006 στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση και 30 και 8 αντίστοιχα, στη δευτεροβάθμια) φαίνεται ότι οι περισσότερες παρεμβάσεις συντονίζονται από στελέχη πρόληψης και όχι από εκπαιδευτικούς.

Ωστόσο, φαίνεται ότι τα προγράμματα αγωγής υγείας αποτελούν ένα πλαίσιο εφαρμογής παρεμβάσεων πρόληψης για τη σχολική κοινότητα, δεδομένου ότι η πλειονότητα των μαθητών συμμετέχουν σε παρεμβάσεις πρόληψης, οι οποίες είναι ενταγμένες στην Αγωγή Υγείας του ΥΠΕΠΘ. Αναλυτικότερα τα στοιχεία παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 5: Αναλυτικά στοιχεία καθολικών παρεμβάσεων πρόληψης στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση για το έτος 2005 – 2006

	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση			Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση		
	Αριθμός σχολικών μονάδων	Αριθμός Εκπαιδευτικών	Αριθμός μαθητών	Αριθμός σχολικών μονάδων	Αριθμός εκπαιδευτικών	Αριθμός μαθητών
Παρεμβάσεις στο πλαίσιο Αγωγής Υγείας ΥΠΕΠΘ (Προγράμματα Αγωγής Υγείας)	663	713	15.461	733	754	14.335
Παρεμβάσεις από φορείς πρόληψης (Κέντρο Πρόληψης ΟΚΑΝΑ/Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Τομέας Πρόληψης ΚΕΘΕΑ, Κίνηση «Πρόταση») εκτός πλαισίου Αγωγής Υγείας ΥΠΕΠΘ	57	8	1.992	191	8	10.019
Σύνολο	720	721	17.453	924	762	24.354
Σχολικός πληθυσμός (σχολικό έτος 2005 – 2006)	11.468	69.837	783.086	3.968	78.215	693.323

Πηγή: ΕΚΤΕΠΝ, 2007

Επιπλέον κατά το σχολικό έτος 2005 – 2006, 684 εκπαιδευτικοί της Πρωτοβάθμιας και 859 της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης συμμετείχαν σε εκπαιδευτικά σεμινάρια που πραγματοποίησαν οι φορείς πρόληψης (εκτός Αγωγής Υγείας του ΥΠΕΠΘ) για εκπαιδευτικούς. Τα σεμινάρια αυτά στόχευαν στην ενσωμάτωση των αρχών της πρόληψης στη σχολική ζωή, στη διαχείριση μαθητών με προβλήματα χρήσης, καθώς και στη στήριξη των ίδιων των εκπαιδευτικών στον παιδαγωγικό τους ρόλο

Επισημαίνονται οι δυσκολίες που συναντούν οι φορείς πρόληψης στην εφαρμογή παρεμβάσεων στην σχολική κοινότητα. Σε σχέση με τις παρεμβάσεις σε μαθητές, η μακροχρόνια υλοποίησή τους δυσχεραίνεται από πληθώρα αιτιών. Ενδεικτικά αναφέρονται η υλοποίηση των παρεμβάσεων εκτός σχολικών ωρών και η επακόλουθη ανάγκη διάθεσης προσωπικού χρόνου από μαθητές και καθηγητές, οι μεταθέσεις των εκπαιδευτικών, η σημαντικότερη δυσκολία φαίνεται να είναι η έλλειψη κινήτρων και η διευκόλυνσή τους προκειμένου να παρακολουθήσουν τα εκπαιδευτικά σεμινάρια και στη συνέχεια να εφαρμόσουν παρεμβάσεις πρόληψης.

Γίνεται φανερό από τα στοιχεία που συγκεντρώνονται από τους φορείς πρόληψης αποδεικνύουν την αναγκαιότητα καθιέρωσης ενός υποστηρικτικού και ενισχυτικού πλαισίου, έτσι ώστε να επιτευχθεί ο σχεδιασμός και η υλοποίηση περισσότερων, μακροχρόνιων και πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης στο χώρο του σχολείου. (ΕΚΤΕΠΝ, 2007).

8.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Ανακεφαλαιώνοντας, είναι απαραίτητο να τονίσουμε ότι οι προσπάθειες στον τομέα της πρόληψης του αλκοολισμού είναι σημαντικές, αλλά δυστυχώς δεν επαρκούν ώστε να μιλήσουμε για μια ολοκληρωμένη και συστηματική πρόληψη και αντιμετώπιση του προβλήματος του αλκοολισμού.

Οι προσπάθειες οφείλουν να εστιάζουν στην ανάπτυξη των κατάλληλων κοινωνικών δεξιοτήτων και της συναισθηματικής νοημοσύνης των παιδιών και των νέων, ώστε να είναι συναισθηματικά ώριμοι, να μπορούν να ανταπεξέρχονται στις δυσκολίες της ζωής και να είναι σε θέση να αρνούνται τις εξαρτήσεις στη ζωή τους. Δυστυχώς λόγω των περιορισμένων οικονομικών πόρων, τα προγράμματα εστιάζουν κυρίως στην ενημέρωση των μαθητών για τις σοβαρές μακροχρόνιες και βραχυχρόνιες επιπτώσεις του αλκοολισμού.

Για τους λόγους αυτούς χρειάζονται δραστικότερα μέτρα, διεπιστημονικές παρεμβάσεις και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών ώστε να αντιμετωπιστεί ολιστικά και διεξοδικά το φαινόμενο του αλκοολισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

9.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Η λέξη κλειδί στη χρήση αλκοόλ από τους νέους είναι η πληροφόρηση, η κατεξοχήν πληροφόρηση σε σχέση με τα αποτελέσματα της χρήσης. Γιατί το αλκοόλ είναι μια ουσία η οποία είναι κοινωνικά αποδεκτή. Πάρα πολύ συχνά ακούμε ότι εκπαιδευτικοί και γονείς για πρώτη φορά ακούν ότι θα έπρεπε ένα παιδί μικρής ηλικίας να μην πίνει καθόλου, να μην έχει καθόλου εμπειρία από τη χρήση αλκοολούχων ποτών. Πρώτη φορά ακούνε πολλές φορές, ότι είτε δώσεις μια δόση ούισκι στο παιδί σου, για παράδειγμα, ή του δώσεις ένα ποτήρι μύρα, την ίδια περιεκτικότητα σε αλκοόλ θα εισπράξει ο οργανισμός του. Είναι κάτι που δεν το ξέρουν. Έτσι πολύ συχνά ακούμε μέσα στην καθημερινότητα, ο γονιός να προσφέρει άνετα μπίρα στο παιδί πολύ μικρής ηλικίας. Εξάλλου, το βλέπουμε και από τις έρευνες, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των παιδιών έχει αρχίσει να πίνει αλκοολούχα ποτά, έστω και με τη μορφή μύρας, από τις πολύ μικρές τάξεις του δημοτικού. Πράγμα που σημαίνει έλλειψη πληροφόρησης στον κοινωνικό περίγυρο του παιδιού. Και μια δυσκολία να συνειδητοποιήσουμε ότι αυτό συνεπάγεται επόμενα βήματα τα οποία δεν είναι πάντα προβλέψιμα.

Τα προγράμματα, βέβαια που επικεντρώνονται στην καταστολή, προφανώς δεν έχουν αποτέλεσμα. Γιατί μόνο με τον φόβο ότι θα μπλέξει ο νέος με το νόμο ή ότι θα μπλέξει με την αστυνομία δεν αποτρέπεται κανένας έφηβος από το να κάνει χρήση

κάποιας ουσίας. Δεν τίθεται προς συζήτηση ότι θα πρέπει να υπάρχει μια νομοθεσία, να υπάρχει ένα πλαίσιο τέτοιο που να διευκολύνει τη μικρότερη διαθεσιμότητα των ουσιών. Θα πρέπει δηλαδή, γενικά το πλαίσιο το κοινωνικό μέσα στο οποίο κινείται και μεγαλώνει ένα παιδί να μην είναι ούτε απαγορευτικό αλλά ούτε και να προτρέπει στην κατανάλωση αλκοόλ. Όταν ο νέος καταφεύγει στην ουσία, όπως λένε πολλά παιδιά, από ανία, από έλλειψη ενδιαφερόντων, από έλλειψη άλλων λύσεων στο πρόγραμμά τους, αυτό σημαίνει, ότι δεν του παρέχει δυνατότητες το πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει και μεγαλώνει, να επιλέξει μια άλλη λύση.

Αξιίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με σχετική έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το 15% των ατόμων που καταναλώνουν αλκοόλ είναι μικρής ηλικίας (5%, 12% και 29% των εφήβων ηλικίας 11, 13 και 15 ετών, αντίστοιχα, δήλωσαν το 2003 ότι πίνουν κάθε εβδομάδα). Σχεδόν όλοι οι μαθητές 15 – 16 ετών (περίπου 90%) έχουν πει αλκοόλ σε κάποια φάση της ζωής τους, με μέση ηλικία έναρξης τα 12,5 χρόνια. Ο μέσος όρος ηλικίας που οι νέοι δηλώνουν ότι μέθυσαν για πρώτη φορά είναι τα 13,6 έτη για τα αγόρια και τα 13,9 έτη για τα κορίτσια (WHO, 2007).

Δυστυχώς σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες παρατηρήθηκε αύξηση της περιστασιακής υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, κατά το διάστημα 1995 – 1999, ενώ έκτοτε και μέχρι το 2003 η σχετική τάση καθίσταται περισσότερο ασαφής.

Ενόψει των άκρως ανησυχητικών αυτών στοιχείων, δεν είναι βέβαια παράδοξη η διαπίστωση ότι το αλκοόλ επιβαρύνει σημαντικά πολλές πλευρές της ανθρώπινης ζωής, με ιδιαίτερα δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία και την κοινωνία κατά ένα δοσο – εξαρτημένο τρόπο, δηλαδή όσο υψηλότερη είναι η κατανάλωση του αλκοόλ, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα δυσμενών συνεπειών. Οι επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ κυμαίνονται σε βαρύτητα, από απλές κοινωνικές ενοχλήσεις, όπως οι διενέξεις και η διατάραξη της κοινής ησυχίας, μέχρι σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα όπως βιαιοπραγίες, ανθρωποκτονίες (2000 ανθρωποκτονίες ετησίως, 4 στις 10 δολοφονίες), κλοπές, φθορές ιδιοκτησίας, κακοποίηση και παραμέληση.

Πέραν όλων αυτών, σύμφωνα με πρόσφατη ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η επιβλαβής και επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ στην Ευρώπη είναι η τρίτη συχνότερη αιτία – μεταξύ 26 παραγόντων κινδύνου – πρόωρων θανάτων ή ασθενειών, πίσω μόνο από το κάπνισμα και την υπέρταση και μπροστά από την παχυσαρκία.

Το αλκοόλ ευθύνεται για το 7,4% των προβλημάτων υγείας, ανικανότητας και πρόωρων θανάτων του 12% των ανδρών και του 2% των γυναικών προκαλώντας ετησίως 195.000 θανάτους. Επίσης αποτελεί την αιτία 60 διαφορετικών νοσημάτων. Στους νέους αντιστοιχεί ένα δυσανάλογο ποσοστό αυτών των συνεπειών και ιδίως της θνησιμότητας, αφού στην ηλικιακή ομάδα 15 – 29 ετών άνω του 19% των θανάτων των γυναικών και του 25% των ανδρών οφείλεται στην κατάχρηση αλκοόλ.









Αναφορικά με τη σχολική κοινότητα, το σχολικό έτος 2005 – 2006 (όπου υπάρχουν και τα τελευταία επίσημα στατιστικά στοιχεία), αυξήθηκαν οι παρεμβάσεις πρόληψης της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών που υλοποιήθηκαν σε μαθητές της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Ωστόσο σε σχέση με το συνολικό σχολικό πληθυσμό της χώρας, ένα μικρό ποσοστό σχολείων, εκπαιδευτικών και μαθητών συμμετέχουν σε παρεμβάσεις πρόληψης. Η συμμετοχή μαθητών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σε παρεμβάσεις πρόληψης είναι πιο εύκολη δεδομένου ότι τα προγράμματα αγωγής υγείας, τα οποία αποτελούν το βασικό πλαίσιο υλοποίησης παρεμβάσεων πρόληψης εντάσσονται είτε στο πλαίσιο της ευέλικτης ζώνης, είτε στις δραστηριότητες του ολοήμερου σχολείου. Αντίθετα στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση πραγματοποιούνται εκτός του ωρολογίου προγράμματος. Συμπερασματικά, επισημαίνεται για μία ακόμα φορά η αναγκαιότητα καθιέρωσης ενός υποστηρικτικού και ενισχυτικού πλαισίου, έτσι ώστε να επιτευχθεί ο σχεδιασμός και η υλοποίηση περισσότερων, μακροχρόνιων και πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης στο χώρο του σχολείου (ΕΚΤΕΝΠ, 2007).

Επιλογικά, είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι δεν υπάρχουν προγράμματα πρόληψης που να επικεντρώνονται στον αλκοολισμό, αλλά εντάσσεται στην γενικότερη κατηγορία των εξαρτησιογόνων ουσιών. Καθώς ο αριθμός των νέων ατόμων που κάνουν χρήση και κατάχρηση αλκοόλ, αυξάνεται είναι απαραίτητο να ενισχυθούν οι πολιτικές και τα προγράμματα πρόληψης στην κοινωνία αλλά και ειδικότερα και ιδιαίτερα στη σχολική κοινότητα.

9.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα ανησυχητικά επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την αύξηση του ποσοστού των μαθητών στην Ελλάδα που καταναλώνουν συχνά οινοπνευματώδη ποτά, αλλά και οι ανησυχίες για τους πολλαπλούς παράγοντες επικινδυνότητας που αφορούν όλο τον μαθητικό πληθυσμό ιδιαίτερα με το πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ, καθιστούν αναγκαία τα προγράμματα πρόληψης του αλκοολισμού στη σχολική κοινότητα, την ενημέρωση και επιμόρφωση των γονέων και των εκπαιδευτικών, την ανεύρεση οικονομικών πόρων για την παροχή ποιοτικών προγραμμάτων πρόληψης του αλκοολισμού και ανάπτυξης των κοινωνικών δεξιοτήτων και της συναισθηματικής νοημοσύνης, αλλά και την στελέχωση του τομέα της εκπαίδευσης με ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες.

Στα πλαίσια καινοτόμων προγραμμάτων πρόληψης είναι απαραίτητα τα εξής:

-  Η οικονομική ενίσχυση για την διοργάνωση, τη δημιουργία υλικού, την στελέχωση με ειδικούς επιστήμονες των προγραμμάτων πρόληψης.
-  Οι συνεχείς μελέτες για το πρόβλημα του αλκοολισμού στην μαθητική κοινότητα, η δημοσίευση των αποτελεσμάτων, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης.
-  Η άσκηση πίεσης στις αρμόδιες αρχές για χρηματοδότηση προληπτικών προγραμμάτων.
-  Η συνεχής επιμόρφωση και εκπαίδευση των κοινωνικών επιστημόνων και των εκπαιδευτικών.
-  Η παράλληλη ενημέρωση και συμβουλευτική των γονέων.
-  Η εγκαθίδρυση ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών στα σχολεία.
-  Ο σκοπός των προγραμμάτων να μην περιλαμβάνει μόνο τις συνέπειες του αλκοολισμού, αλλά και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και συναισθηματικής νοημοσύνης, με άμεσο στόχο την υγιή βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων, ώστε να ανταπεξέρχονται στις δυσκολίες της ζωής, να λένε όχι στις εξαρτήσεις και να μπορούν να αποτελούν μέλος της κοινωνίας.
-  Τα προγράμματα πρόληψης να πραγματοποιούνται σε όλη την Ελλάδα και όχι μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Σχετικά με την εγκαθίδρυση κοινωνικών υπηρεσιών στο χώρο του σχολείου, η Ελλάδα υστερεί. Από το 1978, υπάρχει νομοθετική ρύθμιση για τη χρησιμοποίηση των κοινωνικών λειτουργών στα σχολεία. Δεν έχουν θεσμοθετηθεί ακόμη θεσμοθετηθεί κοινωνικές υπηρεσίες. Με το Ν.Δ. 195/74 και το Π.Δ. 891/78, καθορίζεται το πλαίσιο λειτουργίας και τα καθήκοντα των κοινωνικών λειτουργών στην εκπαίδευση, μέσα στα οποία είναι η πρόληψη των εξαρτησιογόνων ουσιών στη σχολική κοινότητα.

Για την ολοκληρωμένη παρέμβαση στον τομέα της πρόληψης του αλκοολισμού όπως προαναφέρθηκε είναι σημαντική η ενημέρωση των γονέων και η δράση τους σχετικά με την υγιή ανάπτυξη των παιδιών τους. Κάποιες συμβουλές για τους γονείς μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Πρέπει να δίνουν οι ίδιοι το καλό παράδειγμα.
2. Πρέπει να είναι ικανοί να ακούν τα παιδιά τους προσεκτικά και πρέπει να θέτουν σαφείς όρους για την κατανάλωση αλκοόλ στο σπίτι. Εάν ένα ισχυρό και ξεκάθαρο σύστημα αξιών μεταδοθεί στα παιδιά, τους παρέχει ένα πλαίσιο στήριξης όταν λαμβάνουν αποφάσεις.
3. Αφού τα ΜΜΕ (διαφημίσεις, ταινίες) αποτελούν τις κύριες πηγές πληροφόρησης των παιδιών σχετικά με το αλκοόλ, οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αξιολογούν τα μηνύματα των ΜΜΕ.
4. Οι γονείς μπορούν και πρέπει να μάθουν να ανιχνεύουν τη χρήση του αλκοόλ σε πρώιμο στάδιο. Και να γνωρίζουν το μπορούν να κάνουν μετά.
5. Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους να αναπτύξουν μια θετική εικόνα εαυτού, ενθαρρύνοντάς τα να επιτύχουν και να μην τα συγκρίνουν με άλλα παιδιά.
6. Μπορεί να υποδειχθεί σε άλλους γονείς να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των παιδιών τους σε υγιείς και/ή δημιουργικές δραστηριότητες που ενισχύουν την προσωπική τους ανάπτυξη και βοηθούν στην καταπολέμηση της πλήξης, όταν διαπιστώσουν τη συχνή παρέα των παιδιών τους με άλλα παιδιά.

Για την καταπολέμηση και την πρόληψη του αλκοολισμού είναι πολύ σημαντικό να αναφέρουμε τις δέκα στρατηγικές δράσης για το αλκοόλ της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με τις παρεμβάσεις των κρατών – μελών, και οι οποίες στρατηγικές μέσα από έρευνες και από την ίδια την Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχουν αποδειχθεί σημαντικές στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη των οινόπνευματων.

1. Πληροφόρηση του κοινού για τις συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ στην υγεία, την οικογένεια και την κοινωνία και για τα αποτελεσματικά μέτρα που μπορούν να ληφθούν σ' ότι αφορά την πρόληψη ή την μείωση των προβλημάτων, με τον σχεδιασμό εκτεταμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων από τα πρώτα στάδια της ζωής.
2. Προώθηση της δημιουργίας δημόσιων, ιδιωτικών και εργασιακών χώρων προφυλαγμένων από ατυχήματα και βία καθώς και από άλλες αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ.
3. Ψήφιση και επιβολή νόμων που να αποτρέπουν αποτελεσματικά τον συνδυασμό ποτού - οδήγησης.
4. Προαγωγή της υγείας μέσω ελέγχου της διαθεσιμότητας των οινοπνευματωδών, για παράδειγμα στους νέους και μέσω του ελέγχου των τιμών, όπως για παράδειγμα με τη φορολογία.
5. Εφαρμογή αυστηρού ελέγχου στην άμεση και έμμεση διαφήμιση των οινοπνευματωδών ποτών, αναγνωρίζοντας τους ήδη υπάρχοντες σε μερικές χώρες περιορισμούς και απαγορεύσεις και διασφαλίζοντας ότι καμία μορφή διαφήμισης δεν απευθύνεται ειδικά στους νέους, συνδέοντας για παράδειγμα, τα οινοπνευματώδη με τα αθλήματα.
6. Διασφάλιση της προσεγγισιμότητας αποτελεσματικών υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης με ειδικευμένο προσωπικό, για άτομα που κάνουν επικίνδυνη και επιβλαβή χρήση αλκοόλ καθώς και για τα μέλη των οικογενειών τους.
7. Παραγωγή της επίγνωσης για την ηθική και νομική ευθύνη όσων εμπλέκονται στο εμπόριο ή στην προσφορά οινοπνευματωδών ποτών. Διασφάλιση αυστηρού ελέγχου της προστασίας του προϊόντος και εφαρμογή κατάλληλων μέτρων εναντίον της παράνομης παραγωγής και πώλησης.
8. Ενίσχυση της ικανότητας της κοινωνίας να αντιμετωπίζει τα προβλήματα από την κατανάλωση αλκοόλ μέσα από την εκπαίδευση ειδικών σε διαφορετικούς τομείς, όπως υγεία, κοινωνική πρόνοια, εκπαίδευση και δικαιοσύνη, παράλληλα με την ενδυνάμωση της κοινοτικής ανάπτυξης και της τοπικής ηγεσίας.
9. Υποστήριξη μη – κυβερνητικών οργανώσεων και κινημάτων αυτοβοήθειας που προάγουν τρόπους υγιεινής ζωής, ειδικά αυτών που στοχεύουν στην πρόληψη ή στην μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ.
10. Διαμόρφωση προγραμμάτων ευρείας βάσης στις Χώρες – Μέλη λαμβάνοντας υπόψη τον Ευρωπαϊκό Καταστατικό Χάρτη για το Αλκοόλ, καθορισμός

συγκεκριμένων στόχων και δεικτών αποτελέσματος, παρακολούθηση της πορείας και της προόδου, καθώς και διασφάλιση περιοδικής ενημέρωσης των προγραμμάτων μετά από αξιολόγηση.

Ολοκληρώνοντας, είναι αναγκαίο να τονίσουμε ότι είναι απαραίτητα όλα τα νομοθετικά μέτρα, αλλά μεγάλης σημασίας είναι και τα προγράμματα πρόληψης του αλκοολισμού, διότι μόνο έτσι μπορεί να επιτευχθεί μια βαθιά συνειδητοποίηση του προβλήματος, των αιτιών και των συνεπειών του με άμεσο στόχο την δημιουργία ενός υγιούς κοινωνικού περιβάλλοντος. Εξάλλου όλα τα μέτρα η πρόληψη κατέχει τον κυριότερο ρόλο, αυτό παρατηρείται ακόμα και στα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης από τον αλκοολισμό, όπου δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συμβουλευτική καθοδήγηση των παιδιών των ατόμων που ακολουθούν θεραπεία. Οι προληπτικές παρεμβάσεις οφείλουν να ξεκινήσουν από το σχολείο, καθώς αποτελεί τον δεύτερο σημαντικότερο φορέα κοινωνικοποίησης, έπειτα από την οικογένεια, έχοντας και το πλεονέκτημα για ομαδικές παρεμβάσεις. Τα ποσοστά των ερευνών για την χρήση και κατάχρηση οινοπνευματωδών από ανηλίκους είναι ανησυχητικά, ωστόσο η πρόληψη του φαινομένου δεν αποτελεί άπιαστο όνειρο για την ελληνική κοινωνία, διότι η προαγωγή της γνώσης και της υγείας αφορά όλο τον πληθυσμό και οι ειδικοί επιστήμονες καταβάλουν σημαντικές προσπάθειες για την πρόληψη στη σχολική κοινότητα. Ελπίδα και προσπάθεια όλων είναι η ανάπτυξη της γνώσης, των προγραμμάτων πρόληψης, αλλά κυρίως η ανάπτυξη ψυχοκοινωνικά υγιή πολιτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αβδελά Ε., (1997). «Χρόνος, ιστορία και εθνική ταυτότητα στο ελληνικό σχολείο», στο Φραγκουδάκη Α. & Δραγώνα Θ., *Τι ειν' η πατρίδα μας*, Αλεξάνδρεια.
- Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., (2005). «Πρόληψη και Σχολείο», στο Κονταξάκης Β., Χαβάκη – Κονταξάκη Μ. & Χριστοδούλου Γ. (επιμ.), *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα, ΒΗΤΑ Medical Arts, 409 – 418
- Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., Λαζαράτου Ε., (2005). «Πρόληψη στα Διάφορα Στάδια Ψυχοσυναισθηματικής Ανάπτυξης του Παιδιού» στο Κονταξάκης Β., Χαβάκη – Κονταξάκη Μ. & Χριστοδούλου Γ. (επιμ.), *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα, ΒΗΤΑ Medical Arts, 359-372.
- Αναστασιάδης Κ. Β., (1993) *Ψυχοπαιδαγωγική της Εφηβικής Ηλικίας: Ο Τρόπος Αγωγής της Εφηβείας στο Σχολείο και στην Οικογένεια*, Αθήνα, Βιβλιογονία.
- Αναστασόπουλος Δ., (1997). «Η Ψυχοσυναισθηματική Ανάπτυξη στην Εφηβεία» στο Τσιάντης Ι. (επιμ.), *Βασική Παιδοψυχιατρική*, Αθήνα, Καστανιώτη.
- Βοσνιάδου Σ., (1989). «Σχολική Ηλικία» στο *Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια*, Τόμος 8, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Γαλανάκη Ε., (2000). «Συστημική Προσέγγιση του Σχολείου», στο Καλαντζή – Αζίζι Α. & Μπεζεβέγκης Η. (επιμ.), *Θέματα Επιμόρφωσης Ευαισθητοποίησης Στελεχών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 215 – 220.
- Δετοράκης Ι., (1994). *Ολιστική Προσέγγιση Υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις, Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας.
- Δράγωνα Θ., Ντάβου Μ., (1990) *Εφηβεία: Προσδοκίες και Αναζητήσεις*, Αθήνα, Παπαζήση.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.),(2001). *Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα*. Αθήνα, ΕΚΤΕΠΝ.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.),(2006). *Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματωδών στην Ελλάδα*. Αθήνα, ΕΚΤΕΠΝ.

- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), (2007). Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματών στην Ελλάδα. Αθήνα, ΕΚΤΕΠΝ.
- Ελληνική Αστυνομία (2005). Ετήσια έκθεση τροχαίων ατυχημάτων.
- Ζαφειροπούλου Μ., Κλεφταράς Γ., (2004). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία του Παιδιού*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Θεοφίλου Π., (2007). «Αλκοόλ, Φύλο και Πολιτισμός: Ερευνητικά Πορίσματα», *Κοινωνική Εργασία*, 88, 231 – 248.
- Ιωαννίδης Δ., (1996), *Παιδαγωγική Ψυχολογία*, Αθήνα, Κορφή.
- Κακαβούλης Α.Κ., (1990). *Ψυχοπαιδαγωγική: Συναισθηματική Ανάπτυξη και Αγωγή*, Τόμος Α΄, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Κακούρος Ε., Μανιαδάκη Κ., (2003) *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*, Αθήνα, Τυπωθήτω.
- Κίτσος Γ., Μπάφη Ι. & Σιάμου Ι., (2006). «Οινόπνευματόδη: Χρήση και Εξάρτηση», στην *Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματών στην Ελλάδα*, Αθήνα, ΕΚΤΕΠΝ, 99 – 113.
- Κοκκέβη Α., (2007). «Η Επιδημιολογία της Χρήσης Αλκοόλ», στο Λύκουρας Λ. & Σολδάτος Κ. (επιμ.), *Αλκοολισμός: Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα, ΒΗΤΑ medical arts, 3 – 16.
- Κοκκέβη Α., Μοστριού Α., Τερζίδου Μ., Δαρβίρη Χ., Λεντάκη Ε., Στεφανής Κ., (1988). *Διερεύνηση ψυχοκοινωνικών αναγκών εφήβων μαθητών και η σημασία τους στην ανάπτυξη προγράμματος για την πρόληψη της χρήσης των ναρκωτικών*, *Ψυχολογικά Θέματα*, 1:51-65.
- Κουκουτσάκη Α., (2002). *Χρήση Ναρκωτικών, Ομοφυλοφιλία – Συμπεριφορές μη Συμμόρφωσης μεταξύ Ποινικού και Ιατρικού Ελέγχου*, Αθήνα, Κριτική.
- Κοσμόπουλος Α.Β., (1994). *Ψυχολογία και Οδηγητική της Παιδικής και Νεανικής Ηλικίας*, Αθήνα, Καστανιώτη.
- Κουρκούτας Η., (2001). *Η Ψυχολογία του Εφήβου*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Κούρος Ι., (1993) *Ψυχολογικά Θέματα Παιδιών και Εφήβων*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Κρασανάκης Γ., (1993). *Ψυχοπαιδαγωγική Θεώρηση της Εφηβείας*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Κρασανάκης Γ., (1993). *Ψυχοπαιδαγωγικά Προβλήματα της Εφηβικής Ηλικίας*, Αθήνα, Σμυρνιωτάκης.

- Λαζαράτου Ε., (2005). « Πρόληψη στην Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων» στο Κονταξάκης Β., Χαβάκη – Κονταξάκη Μ. & Χριστοδούλου Γ. (επιμ.), *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα, ΒΗΤΑ Medical Arts, 373-385.
- Λιάππας Ι.Α., Μέλλος ΕΔ, Πομίни Β., (2006). Κατάχρηση και εξάρτηση από το οινόπνευμα. Προβλήματα και αντιμετώπιση, ΙΤΑΚΑ.
- Λιάππας Ι.Α., (2005). «Η Πρόληψη της Κατάχρησης Εξαρτησιογόνων Ουσιών» στο Κονταξάκης Β., Χαβάκη – Κονταξάκη Μ. & Χριστοδούλου Γ. (επιμ.), *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα, ΒΗΤΑ Medical Arts, 331-338.
- Μαδιανός Μ., (1989). *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα, Καστανιώτη.
- Μαδιανός Μ., (1989). Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Τόμος 1, Αθήνα, Καστανιώτη.
- Μαδιανός Μ., (2006). Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. Αθήνα, Καστανιώτη.
- Μαδιανός Μ., (2006). *Κλινική Ψυχιατρική*, 2^η έκδοση, Αθήνα, Καστανιώτη.
- Μαλαπέτσα Μ & Σταλίκας Α., (2004). «Πολυπολιτισμικότητα και σχολείο: Διαπιστώσεις και Προοπτικές», στο Ζαφειροπούλου Μ. και Κλεφταράς Γ. (επιμ.), *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία του Παιδιού*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 205 – 226.
- Μαλλικιώση – Λοΐζου Μ., (2001). *Η Συμβουλευτική Ψυχολογία στην Εκπαίδευση*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Μάνος Ν., (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Μαρσέλος Μ., (1986). *Ναρκωτικά, Φαρμακολογία και Τοξικολογία των Εξαρτησιογόνων Ουσιών*. Αθήνα, Λίτσας.
- Μάτσα Κ., (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικομανίας*, Αθήνα, Άγρα.
- Μελανίτης Γ. Ν., (1996) *Η Εφηβική Ηλικία και τα Προβλήματα αυτής: Μετά συντόμου επισκοπήσεως της εξελίξεως από την αρχή της ζωής μέχρι της εφηβείας*, Αθήνα, (Χ.Ε).
- Μουζάς Γ.Μ., (2005), *Αλκοολογία για τον Κλινικό γιατρό*, Αθήνα.

- Μουχίνα Β.Σ.,(1990). *Παιδική Ψυχολογία*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα – Σύγχρονη Εποχή.
- Μουσούλη Μ., (2006). «Αλκοολισμός», στο Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Α., Παυλάτου Ε. & Καλαντζή – Αζίζι Α. (επιμ.), *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας: Ένας Οδηγός για τις Ψυχικές Διαταραχές και την Αντιμετώπισή τους*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 243 – 254.
- Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μ. και Συνεργάτες., (2002), *Αλκοόλ και Κ.Ν.Σ*, Αθήνα, University Studio Press.
- Ναυρίδης Κ., (1994). *Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία*. Αθήνα, Παπαζήση.
- Ναυρίδης Κ., (2005). *Ψυχολογία των Ομάδων: Κλινική Ψυχοδυναμική Προσέγγιση*. Αθήνα, Παπαζήση.
- Ναυρίδης Κ., (2007). «Ομαδικότητες και Διαμεσολάβηση στο Σχολικό Χώρο», στο *Θέματα Ψυχοδυναμικής Παιδοψυχιατρικής*, Αθήνα, Καστανιώτη, 149 – 158.
- Πανούσης Γ., (2006). «Εκπαίδευση – Ισότητα: Κατανόηση», στο Λουμάκου Μ. & Μπεζέ Α. (επιμ.), *Το Παιδί και τα Δικαιώματά του*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα. 27– 32.
- Παπαγεωργίου Ε., (1990). *Εξαρτήσεις στη Ζωή μας*. Αθήνα, Πασχαλίδη.
- Παπαγεωργίου Ε.Γ., (2004). *Εξαρτήσεις στη ζωή μας*, β' έκδοση, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.
- Παπαδόπουλος Ι., (1997), *Διαλέξτε Αλκοόλ-φάρμακα ή οδήγηση*, Αθήνα, ΤΥΠΑΤΕ.
- Παπαστυλιανού Α., (2000). «Εφαρμογές της Συστημικής Προσέγγισης στο Σχολείο και στην Οικογένεια», στο Καλαντζή – Αζίζι Α. & Μπεζεβέγκης Η. (επιμ.), *Θέματα Επιμόρφωσης Ευαισθητοποίησης Στελεχών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 221 – 226.
- Παρασκευόπουλος Ι.Ν., (1985). *Εξελικτική Ψυχολογία: Ψυχολογική Θεώρηση της Πορείας της Ζωής από την Σύλληψη έως την Ενηλικίωση, Τόμος 3*, Αθήνα. (Χ.Ε)
- Παρασκευόπουλος Ι.Ν., (1985). *Εξελικτική Ψυχολογία: Ψυχολογική Θεώρηση της Πορείας της Ζωής από την Σύλληψη έως την Ενηλικίωση, Τόμος 4*, Αθήνα. (Χ.Ε)
- Πεπονής Γ., (1995). *Ο Ψυχικός Κόσμος του Παιδιού και του Εφήβου*, Αθήνα, Άγιος Νικόλαος.
- Πιλήσης Θ., (2009). «Πρόληψη και Διαχείριση των Συγκρούσεων στη Σχολική Κοινότητα. Η Ανάγκη για Ανάπτυξη της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και των Κοινωνικών Δεξιοτήτων», στο Γεωργογιάννης Π. (επιμ.), *Διαπολιτισμική*

Εκπαίδευση – Μετανάστευση – Διαχείριση Συγκρούσεων και Παιδαγωγική της Δημοκρατίας», Πρακτικά 12^ο Διεθνούς Συνεδρίου, Τόμος Ι, 19 – 21 Ιουνίου 2009, Πάτρα, 113 – 120.

Ποταμιανός Γ.Α., (χ.χ). *‘‘Νόμιμες’’ ουσίες εξάρτησης, Αλκοόλ*, Αθήνα, Παπαζήση.

Ποταμιανός Γ., (1991). *Αλκοόλ*. Αθήνα, Παπαζήση.

Ποταμιανός Γ., (1994). *Νόμιμες Ουσίες Εξάρτησης. Αλκοόλ*. Αθήνα, Παπαζήση.

Ποταμιανός Γ.Α., (2005). *Αλκοόλ, Επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία*, Αθήνα, Λιβάνη.

Πουλόπουλος Χ., (2005). *Εξαρτήσεις: Οι Θεραπευτικές Κοινότητες*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Σακελλαρίου Γ., (1989). *Ψυχολογία του Εφήβου*, Αθήνα.

Σολδάτος Κ., Λύκουρας Λ., (2006). *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, Αθήνα, Βήτα Medical Arts.

Σολδάτος Κ., Λύκουρας Λ., (2007). *Αλκοολισμός, Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα, Βήτα Medical Arts.

Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ. & Χόντσον Ρ., (1986). *Ναρκωτικά, Τσιγάρο, Αλκοόλ. Προβλήματα και Απαντήσεις*. Αθήνα, Ψυχογίος.

Τριλίβα Σ. & Chimienti G., (1998). *Πρόγραμμα Ελέγχου των Συγκρούσεων: Εγώ και Εσύ γινόμαστε Εμείς*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Τσαρούχας Κ., (2000). *Αλκοόλ: Ένα Σκληρό Ναρκωτικό*, Αθήνα, Άγκυρα.

Τσιάντης Ι., (1993). *Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας*, Αθήνα, Καστανιώτη.

Τσιάντης Ι. (επιμ.), (1994). *Βασική Παιδοψυχιατρική – Ερευνητικά και Κλινικά Κείμενα, Τόμος:1*, Αθήνα, Καστανιώτη.

Τσιάντης Ι. (επιμ.), (1997). «Δυναμικές Αλληλεπιδράσεις και διεργασίες στις σχέσεις εφήβου – οικογένειας: Η Σημασία τους ψυχοσυναισθηματική Ανάπτυξη του Εφήβου.» στο *Βασική Παιδοψυχιατρική, Τόμος Β΄, Τεύχος Α΄*, Αθήνα, Καστανιώτη.

Φάρζ Φ., (2006). «Εξαρτήσεις από Ουσίες», στο Ανζέλ Σ. (επιμ.), *Ψυχολογία της Καθημερινής Ζωής*. Αθήνα, Lector, 264 – 267.

Χαραλαμπίδης Ε., (2003). *Στοιχεία για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες*. Επιμ. Έκδοσης Λεκάκης Γ. & Λιάππας Ι., Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

- Χαραλαμποπούλου Β., (1987). *Η Ανάπτυξη της Προσωπικότητας του Παιδιού*, Αθήνα, Guttenberg.
- Χατζηχρήστου Χ., (2000). «Ανασκόπηση της Διεθνούς Πραγματικότητας και Εμπειρίας Σχετικά με την Οργάνωση και Λειτουργία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων», στο Καλαντζή – Αζίζι Α. & Μπεζεβέγκης Η. (επιμ.), *Θέματα Επιμόρφωσης Ευαισθητοποίησης Στελεχών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 27 – 44.
- Χατζηχρήστου Χ., (2004). *Εισαγωγή στη Σχολική Ψυχολογία*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Χοϊδάς Σ. & Λύκουρας Λ., (2007). «Αλκοολισμός: Κλινικές Εκδηλώσεις και Διάγνωση», στο Λύκουρας Λ. & Σολδάτος Κ. (επιμ.), *Αλκοολισμός: Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα, ΒΗΤΑ medical arts, 17 – 30.
- Χουρδάκη Μ. (1995). *Ψυχολογία της Οικογένειας, Εξελικτική, Σχολική, Εφηβείας*, Έκδοση Γ', Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Adelman H.S., (1996). “Restructuring education support services and integrating community resources: Beyond the full service school model. *School Psychology Review*, 25, 431 – 445.
- Adelman H.S. & Taylor L., (1998). “Mental health in schools: Moving forward”. *School Psychology Review*, 27, 175 – 190.
- Aibee G.W., (1982). “Preventing psychopathology and promoting human potential”, *American Psychologist*, 37, 1043 – 1050.
- Alcoholics Anonymous (1939). *Alcoholics Anonymous*. New York, Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- Ames G.M., Baraban E.A., Cunradi C.B. & Moore R.S., (2004). “A Longitudinal Study of Drinking Behaviour Among Young Adults in the Military”, Paper Presented at the Research Society on Alcoholism Annual Scientific Meeting, Vancouver, BC, June 2004.

- Andreasen C.N. & Black W.D., (2001). “Alcohol Related Disorders”, in *Introductory Textbook of Psychiatry*, American Psychiatric Publishing Inc, 403 – 423.
- Aseltine R.H. & Gore S.L., (2000). “The Variable Effect of Stress on Alcohol Use from Adolescence to Early Adulthood”. *Substance Use and Misuse*, 35, 643 – 668.
- Babor T., Campbell R., Room R., Saunders J., (1999). *Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες*, μτφρ Μαλλιώρα Μ., Αθήνα, Βήτα Medical Arts.
- Caetano R. & Kaskutas L.A., (1995). “Changes in Drinking Patterns Among Whites, Black and Hispanics, 1984 – 1992”. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 558 – 565.
- Cadoret R., (1976). *Genetic determinants of alcoholism in Alcoholism*, Tarter R. & Sugarman A. (Eds), Reading, Mass. Addison-Wesley Co.
- Cadoret R. J. & Gath A., (1979). *Inheritance of alcoholism in adoptees*, Brit. J.Psych., 132, 252-259.
- Caplan G., (1964). *Principles of preventive psychology*. New York, Basic Books.
- Chen C.M., Dufour M.C. & Yi H.Y., (2005). “Alcohol Consumption Among Young Adult Ages 18 -24 in the United States: Results from the 2001 – 2002 NESARC Survey”. *Alcohol Research & Health*, 28, 269 – 280.
- Clarizio H.F., (1979). “School psychologists and the mental health needs of children”, in Phye G.D. & Reschly D.J. (eds.). *School psychology. Perspectives and issues*, New York, Academic Press, 181 – 216.
- Cloninger CR, Sigvardsson S, Gillican SB, Von Knorring AN, Reich T, Bohman M. (1988). *Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism*. *ADV Alcohol Subst Abuse*, 7:3-16.
- Cloninger CR. (1990). *Genetic epidemiology of alcoholism: Observations critical in the design and analysis of linkage studies*. In: Beigleter H, Cloninger CR (eds) *Banbury Reports Series (No 33): Genetics and biology of alcoholism*. New York, Cold Spring Harbor laboratory Press, 105-133
- Cole et al., (1993). “The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program”. *American Psychologist*, 48, 1013 – 1022.
- Cole M., Cole S.R., (2002). *Η Ανάπτυξη των Παιδιών: Εφηβεία, Τόμος Γ΄*, μτφρ Σόλμαν Μ., Βορριά Π., Παπαληγούρα Ζ. (επιμ.), Αθήνα, Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.

- Cowen E.L. et al., (1990). “The primary mental health project: Alternative approaches in school based preventive intervention”, in Gutkin T. & Reynolds C.R. (Eds.), *The handbook of school psychology*, New York, Wiley, 775 – 795.
- Dawes M.A., Antelman S.M., Vanyukov M.M., Giancola P., Tarter R.E., Sussman E.J. et al., (2000). “Developmental Sources of Variation in Liability to Adolescent Substance use Disorders”. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 3 – 14.
- DiClemente R.J., Hansen W.B. & Ponton L.E., (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York, Plenum.
- Dishion T.J., Patterson, G.R., Stoolmiller, M. & Skinner M.L., (1991). “Family, school and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers”, *Developmental Psychology*, 27, 172 – 180.
- Dolto F., Dolto – Tolite K., (1999). Έφηβοι: Προβλήματα και Ανησυχίες, μτφρ Παπαγιάννη Ι., Αθήνα, Παττάκη.
- Dryfoos J.G., (1994). Full – service schools. A revolution in health and social services for children, youth and families, San Francisco, CA, Jossey – Bass.
- Durlak J.A., (1995). *School based prevention programs for children and adolescents*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- Durlak J.A., (1998). “Common risk and protective factors in successful prevention programs”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 512 – 520.
- Dwyer K.P. & Bernstein R., (1998). “Mental health in the schools: Linking islands of hope in a sea of despair”. *School Psychology Review*, 27, 277 – 286.
- Eber L. & Nelson C.M., (1997). “ School based wraparound planning: Integrating services for students with emotional and behavioral needs”. *Journal of Orthopsychiatry*, 67, 385 – 395.
- Elliot – Wright S., (2003) *Εφηβεία*, μτφρ Μαρκαζάνε Έ., Αθήνα, Σαββάλλας.
- Flaherty L.T., Weist M.D. & Warner B.S. (1996). “School based mental health services in the United States: History, current models and needs”. *Community Mental Health Journal*, 25, 341 – 352.
- French M.T. & Maclean J.C., (2006). “Underage Alcohol Use, Delinquency and Criminal Activity”. *Health Econ*, 15, 1261 – 1281.
- Gary R., (2007). *Dictionary of Psychology*. Washington, American Psychological Association.
- Gefou – Madianou D., (1992). *Alcohol, Gender and Culture*. New York, Routledge.
- Goleman J., (1998). *Η συναισθηματική νοημοσύνη*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

- Goodwin D. W., Schulsinger F. & Hermansen L., (1973). Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents, *Arch. Gen. Psychiat.*, 28, 238-243.
- Goodwin D. W., (1977). Family and adoption studies in alcoholism in *Biosocial Bases of Criminal Behaviour*, Mednick S. and Christainsen K. O. (Eds), Gardener Press, New York.
- Greenspan R., Seeley D.S. & Neimeyer J.H., (1994). “Principals speak: The need for mental health and social services”. *Equality and Choice*, 10, 19 – 27.
- Gutkin T.B., (1995). “School psychology and health care: Moving into the twenty first century”. *School Psychology Quarterly*, 10, 19 – 27.
- Hadfield T.J., (1979). *Παιδικότητα και Εφηβεία*, μτφρ Λώμη Μ., Αθήνα, Θυμάρι.
- Herbert Martin., (1999). *Ψυχολογικά Προβλήματα της Εφηβικής Ηλικίας*, μτφρ Καλαντζή - Αζίζι. Α., Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Ahlstrom S., Balakireva O., Kokkevi A. et al.(2004). *The 2003 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in European Countries*. Stockholm, CAN, Council of Europe – Pompidou Group, 2004.
- Hingson R.W., Heeren T. & Winter M., (2006). “Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence”. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160, 739 – 746.
- Holtzman W.H., (1992). “Community renewal, family preservation, and child development through the School of the Future”, in Holtzman W.H. (Ed.), *School of the Future*, Washington DC, American Psychological Association and Hogg Foundation for Mental Health, 3 – 18.
- Jellinek E.M., (1952). “Phases of Alcohol Addiction”, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673 – 684.
- Jellinek E.M., (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Heaven, Hillhouse Press.
- Joyce B. & Well M., (1986). *Models of teaching*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, Inc.
- Julien R.M., (1978). *A Primer of Drug Action*. San Francisco, W.H. Freeman and Co.
- Kay A.B., (2000). “Overview of Allergy and Allergic Diseases: With A View to the Future”. *Br. Med. Bull.*, 56, 843 – 864.
- Knitzer J., (1993). “Children’s mental health policy: Challenging the future”. *Journal of Emotional and Behavior Disorders*, 1, 8 – 16.

- Knoff H.M., (1996). “The interface of school, community and health care reform: Organizational directions toward effective services for children and youth”, *School Psychology Review*, 25, 446 – 464.
- Kokkevi A., Nic Gabhann C. & Spyropoulou M., (2006). “Behaviour Focus Group of the HBSC. Early Initiation of Cannabis Use: A Cross – National European Perspective”, *Journal of Adolescence Health*, 39, 712 – 719.
- Kranzler H. & Li T.K., (2008). “What is Addiction?”, *Alcohol Research & Health*, 31, 93 – 95.
- Kurtz Z., Thornes R., & Wolkind S., (1995). Services for the mental health of children and young people in England: Assessment of needs and unmet needs. Report to the Department of Health, South West, Thames RHA.
- Martini G. A. & Bode C. H., (1970). Alcoholic psychosis and other toxic hepatopathies, in *The Epidemiology of Cirrhosis of the Liver*, A. Eugel & T. Lowson (Eds), Nordista Bokhauedlens Forlag, Stockholm.
- Mauco G., (1993). *Psychoanalyse et education*. Paris, Aubier – Montaigne.
- Meyers J. & Nastasi B.K., (1999). “Primary prevention in school settings”, in Reynolds C.R. & Gutkin T.B. (Eds.), *The Handbook of School Psychology*, New York, John Willey, 764 – 799.
- Miles-Cox N., (1979). *The alcoholic personality: A review of the evidence*, Progress. Exp. Pers., Res., Vol. 9, 89-148.
- Molnar A. & Lindquist B., (1993). Προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο. Οικοσυστημική προσέγγιση. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Nastasi B.K. et al., (1998). “Mental health programming and the role of school psychologists”. *School Psychology Review*, 27, 165 – 174.
- Nastasi B.K., (1998). “A model for mental health programming in schools and communities: Introduction to the mini – series”. *School Psychology Review*, 27, 165– 174.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (2005). *2001 – 2002 Survey Finds That Many Recover From Alcoholism*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- O’ Brien C.P., Volkow N. & Li T.K., (2006). “What in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM – V”. *American Journal of Psychiatry*, 163, 764 – 765.
- Oswald Bell., (1967) *Οι Έφηβοι και τα Προβλήματά τους*, μτφρ Μακρίδης Α. Δ., Αθήνα, Σώμα Ελλήνων Προσκόπων.

- Pequignot G., Chabert C., Eydoux H., & Courcoul M. A., (1974). Increased risk of liver cirrhosis with intake of alcohol, *Rev. Alcohol*, 20, 191.
- Prentiss C., (2006). Αλκοολισμός, Η ολιστική προσέγγιση για οριστική αντιμετώπιση, Η *θεραπεία του εθισμού*, μτφρ Αποστόλη Ι., Μήτρου Α. (επιμ.- διορθ.), Αθήνα, Ισόρροπον.
- Rehm J., Room R., Monteiro M., Gmel G., Graham K., Rehn N. et al., (2004). "Alcohol", in Ezzati M., Lopez A.D., Rodgers A. & Murray C.J.L. (eds), *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Due to Selected Major Risk Factors*. Geneva, World Health Organization, 959 – 1108.
- Rehm J., Room R., van den Brink W. & Jacobi F., (2005). "Alcohol Use Disorders in EU Countries and Norway: An Overview of the Epidemiology". *Eur Neuropsychopharmacol*, 15, 377 – 388.
- Robinson M. W. & Voegtlin W. L., (1952). Investigation of an allergic factor in alcoholic addiction, *Q. J. Stud. Alcohol*, 13, 196.
- Roe A. & Burks B., (1945). Adult adjustment of foster children of alcoholic and psychotic parentage and the influence of the foster home. *Memoirs of the Section on Alcohol Studies, Yale Univ. N. Haven*, *Q. J. Stud. Alcohol*, No 3.
- Rutter M. & Smith D.J., (1995). *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes*. London, Willey,
- Saha T.D., Chou S.P. & Grant B.F., (2006). "Toward an Alcohol Use Disorder Continuum Using Item Response Theory: Results From The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". *Psychological Medicine*, 36, 931 – 941.
- Schweinhart L.J. & Weikart D.P., (1989). "Early childhood experience and its effects", in Bond L.A. & Compas B.E. (eds), *Primary prevention and promotion in the schools*, Newbury Park, CA, Sage, 5 – 34.
- Sells C.W. & Blum W.R., (1996). "Current trends in adolescent health". In DiClemente R.J., Hansen W.B. & Ponton L.E. (Eds), *Handbook of adolescent health risk behavior*, New York, Plenum, 5 – 34.
- Snyder C.R., (1958). *Alcohol and the Jews*. N. Haven.
- Stratton – Webster C. & Herbert M., (1994). *Troubled families – problem children*. Chichester, Willey.

- Sutherland E. H., Schroeder H. G., & Tordella C. L., (1950). Personality traits and the alcoholic. A critique of existing studies, *Q. J. Stud. Alcohol*, 11, 547-561.
- Syme L., (1957). Personality characteristics and the alcoholic: A critique of current studies, *Q. J. Stud. Alcohol*, 18, 288-302.
- Taylor D., (1981). *Alcohol: Reducing the Harm*, Office 7 Health Economics, White Crescent Press, Ltd.
- Thio A., (2003). *Παρεκκλίνουσα Συμπεριφορά*. Αθήνα, ΈΛΛΗΝ.
- Tucker N., (1999). *Εφηβεία, Ωριμότητα και Τρίτη Ηλικία*, μτφρ Γαλανάκη Ε., Γιαννίτσας Ν. Δ. (επιμ.), Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Tuma J.M., (1989). “Mental health services for children: The state of the art”. *American Psychologist*, 44, 188 – 199.
- Vallejo – Najera A., (2001). *Εφηβεία, η Άγρια Ηλικία*, Αθήνα, Ενάλιος.
- Verhulst F., Berden G. & Sanders – Woudstra J.A.R., (1985). “Mental health in Dutch children: The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures”. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, 1 – 45.
- WHO, (2001). *The World Health Report 2001 – Mental health. New understanding new hope*, Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2002). *The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2007). *WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption*. Geneva, World Health Organization.