



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

«Αλκοόλι: Διερεύνηση της σχέσης των νέων με την ουσία, των
στάσεων και των συνηθειών τους»

ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΙΣΑΒΕΤ



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ- ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ ΣΤΥΛΙΑΝΗ
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ- ΤΕΛΩΝΗ ΔΗΜΗΤΡΑ-ΔΩΡΑ

Πάτρα, Απρίλιος 2013



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«ΑΛΚΟΟΛ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ
ΟΥΣΙΑ, ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΟΥΣ»

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

1. ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
2. ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
3. ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΙΣΑΒΕΤ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ ΣΤΥΛΙΑΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΤΕΛΩΝΗ ΔΗΜΗΤΡΑ-ΔΩΡΑ

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

Πάτρα, Απρίλιος 2013



TEI Patras
Faculty of Sciences of Health and Care
Department of Social Work

Final Work

«Alcohol` Investigation of connection young people have with this
substance, their attitudes and their habits»

Participating students:

Prasinou Euaggelia

Prasinou Panagiwta

Spuropoulou Elissavet

Supervisor professor:

Papamixahl Stuliani

Rapporteur professor:

Telwni Dimitra-Dwra

Final work for the reception of certificate at Social Work from th
Social Work Department of Faculty of Sciences of Health and Care of
the Technological Educational Institute (TEI) of patra.

◆ © 2013 – All rights reserved

◆ © 2013, Copyright υπό Πράσινου Ευαγγελία, Πράσινου Παναγιώτα
& Σπυροπούλου Ελισάβετ

Η διπλωματική εργασία της Πράσινου Ευαγγελίας, Πράσινου Παναγιώτας & της Σπυροπούλου Ελισάβετ εγκρίνεται:

Υπογραφές:

1.

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

2.

3.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Περίληψη	13
(Abstract).....	14
Εισαγωγή.....	15
Σκοπός και στόχοι μελέτης.....	16
Εννοιολογικοί προσδιορισμοί.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Αλκοόλ

1.1. Ιστορική αναδρομή της χρήσης αλκοόλ.....	19
1.2. Κατηγορία του αλκοόλ στις ουσιοεξαρτήσεις.....	22
1.3. Φάσεις εξέλιξης του αλκοολισμού.....	23
1.4. Τύποι αλκοολισμού.....	24
1.5. Προφίλ αλκοολικού.....	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Αίτια και συνέπειες της χρήσης αλκοόλ

2.1 Αίτια χρήσης αλκοόλ	30
2.1.1. Βιολογικοί - γενετικοί παράγοντες	30
2.1.2. Αλκοολική προσωπικότητα	31
2.1.3. Κοινωνικοί παράγοντες	32
2.1.4. Ψυχολογικοί παράγοντες	35
2.1.5. Πολιτισμικοί παράγοντες	36
2.1.6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες	36
2.1.7. Οικονομικοί παράγοντες.....	39
2.2 Εξάρτηση	40
2.3. Συνέπειες της χρήσης αλκοόλ	44
2.3.1. Οργανικές επιπτώσεις.....	46
2.3.2. Ψυχικές διαταραχές.....	50
2.3.3. Η δράση του οινοπνεύματος στον εγκέφαλο.....	52
2.3.4. Κοινωνικές επιπτώσεις.....	53

2.3.5. Επιπτώσεις στην οικογένεια.....	54
2.3.6. Επιπτώσεις στην οικονομία.....	56
2.3.7. Παράγοντες που επιδεινώνουν τις επιπτώσεις.....	56
2.4. Στερητικό σύνδρομο.....	57
2.5. Νέοι και αλκοόλ.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Το φαινόμενο του αλκοολισμού σε Ελλάδα και Ευρώπη	
3.1. Έρευνες στην Ελλάδα	63
3.2. Έρευνες στην Ευρώπη.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Αντιμετώπιση	
4.1. Πρόληψη.....	70
4.2. Θεραπεία.....	75
4.2.1. Μοντέλα αλκοολισμού.....	75
4.2.2. Θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού.....	79
4.2.3. Αρνητικοί παράγοντες στη θεραπεία.....	82
4.2.4. Χώρος απεξάρτησης.....	84
4.2.5. Απεξαρτητική διαδικασία.....	85
4.2.6. Θεραπευτικές φάσεις.....	87
4.2.7. Μέθοδοι απεξάρτησης.....	88
4.2.8. Εγκατάλειψη της θεραπείας.....	90

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I: Μεθοδολογία Έρευνας

1. Σκοπός Έρευνας.....	93
2. Στόχοι Έρευνας.....	93
3. Είδος Έρευνας.....	93
4. Ερευνητικά Ερωτήματα.....	94
5. Πληθυσμός και Δείγμα.....	94
6. Μεθοδολογία Δειγματοληψίας.....	96
7. Τόπος και Χρόνος Έρευνας.....	97
8. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	97

9. Ερωτηματολόγιο.....	98
10. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων.....	99
11. Δεοντολογία της κοινωνικής έρευνας.....	99
12. Περιορισμοί έρευνας.....	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: Παρουσίαση Αποτελεσμάτων της Έρευνας	
1. Στατιστική ανάλυση.....	102
2. Αποτελέσματα έρευνας.....	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III: Συμπεράσματα και Προτάσεις	
Συμπεράσματα.....	118
Προτάσεις.....	121
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ.....	124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I:	
Παράθεση Επιστολής.....	135
Παράθεση Ερωτηματολογίου.....	136
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II:	
Θεραπευτικά Προγράμματα στην Ελλάδα.....	147

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μελετά τη σχέση των νέων με το αλκοόλ τόσο βιβλιογραφικά όσο και με έρευνα, η οποία έχει ως σκοπό να διερευνήσει τις σχέσεις των νέων με την ουσία, τις στάσεις και τις συνήθειές τους.

Πρώτο Μέρος:

Η μελέτη ξεκινά εξηγώντας βασικούς ορισμούς, οι οποίοι θα συναντηθούν στα επόμενα κεφάλαια. Αυτό γίνεται διότι θα βοηθηθεί ο αναγνώστης προκειμένου να καταλάβει καλύτερα έννοιες που συνδέονται με το φαινόμενο του αλκοολισμού.

Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια προσδιορισμού διάφορων εννοιών όπως το αλκοόλ, αλκοολικός, ναρκωτικά, κατάχρηση κ.ά. και ο λόγος που γίνεται αυτό είναι γιατί θα βοηθήσουν τον αναγνώστη να καταλάβει καλύτερα κάποιες από τις έννοιες. Επίσης, αναφέρεται η ιστορική αναδρομή του αλκοόλ, οι φάσεις εξέλιξης και οι τύποι του αλκοολισμού καθώς και το προφίλ του αλκοολικού. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στην κατάχρηση του αλκοόλ αλλά και στις συνέπειές του καθώς και στη σχέση των νέων με αυτό. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται έρευνες που αφορούν το αλκοόλ στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Δεύτερο Μέρος:

Στο πρώτο κεφάλαιο, του δεύτερου μέρους, παρουσιάζεται η ανασκόπηση της μεθοδολογίας για την υλοποίηση της έρευνας με θέμα «Αλκοόλ. Διερεύνηση της σχέσης των νέων με την ουσία, των στάσεων και των συνηθειών τους». Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται τα αποτελέσματα της έρευνας και ταυτόχρονα γίνεται μια μικρή ανάλυση. Η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των συμπερασμάτων της μελέτης και τις προτάσεις.

Παράρτημα:

Τέλος, συμπεριλαμβάνεται το παράρτημα I, στο οποίο παρουσιάζεται η επιστολή που δόθηκε στους καθηγητές και το ερωτηματολόγιο της έρευνας που πραγματοποιήθηκε και το παράρτημα II, το οποίο περιλαμβάνει τα Θεραπευτικά Προγράμματα που υπάρχουν στην Ελλάδα.

ABSTRACT

This presentation looks at the relationship between young people and alcohol through both research and studies with its purpose being to explore the connection young people have with this substance their beliefs, stance and their habits.

Part 1:

This study begins by explaining the main definitions which we will meet in the following chapters. The reason why this is done is to, help readers better understand the herms connected with the phenomena of alcoholism.

In the first chapter an effort to define various terms, such as, alcohol, alcoholic, drugs, usage etc was undertaken to allow readers to grasp the meaning behind them. Furthermore, this paper refers to the historic path of alcohol, the phases of development the various types of alcoholism and the profile of alcoholics. The second chapter refers to the reasons which lead to alcohol abuse and their consequences relationship on the young user. The third chapter presents research regarding alcohol in Greece and Europe. Finally, the fourth chapter includes prevention and the therapy involved.

Part 2:

The first chapter of part 2 presents the review of methodology regarding the implantation of the research with the title «Alcohol investigates the relationship between young people with the substance, their stance and habits». The second part refers to the results of the study together with a brief analysis. Dissertation concludes with the presentation of the outcome and findings of the study and the recommendations.

Appendix:

Finally, the appendix **I** includes the study questionnaire and the appendix **II** which includes rehabilitation programmes that exist in Greece.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας, η μάστιγα των ναρκωτικών έχει λάβει εκρηκτικές διαστάσεις και παρατηρείται σχεδόν σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Για τον λόγο αυτό υποστηρίζεται ότι δεν μπορούν να υπάρχουν στερεότυπα των εξαρτημένων αλλά για ανθρώπους που είναι περισσότερο ευάλωτοι στον κίνδυνο του ποινικού στίγματος από κάποιους άλλους (Δημόπουλος, 2008).

Στην Ελλάδα τα τελευταία 15-20 χρόνια, έχει εντατικοποιηθεί η καταπολέμηση των ναρκωτικών με πολλές μονάδες που βασίζονται στην κοινότητα, με ποικιλία θεραπευτικών προγραμμάτων και με προγράμματα μεθαδόνης. Όμως, το ενδιαφέρον όλων έχει στραφεί στις “παράνομες” εξαρτησιογόνες ουσίες, οι οποίες προκαλούν σοβαρά προβλήματα στη σωματική και ψυχική υγεία. Ωστόσο υπάρχουν και οι “νόμιμες” εξαρτησιογόνες ουσίες, μια από τις οποίες είναι και το αλκοόλ. Μελέτες έδειξαν ότι η χρήση του αλκοόλ κάνει καλό στην υγεία, η κατάχρηση, όμως, προκαλεί πάρα πολλά προβλήματα υγείας και μπορεί να οδηγήσει και στο θάνατο (Ποταμιάνος, 2005).

Από το 1960, η επιστημονική κοινότητα ερευνά το φαινόμενο του αλκοολισμού, τις επιπτώσεις στην υγεία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση τόσο των προβλημάτων υγείας όσο και της εξάρτησης από το αλκοόλ. Στην Ελλάδα, παρά την αύξηση της παραγωγής και της κατανάλωσης οινοπνευματώδη ποτών, οι επιπτώσεις στην υγεία, η εξάρτηση από το αλκοόλ και η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι σε εμβρυακή κατάσταση (Ποταμιάνος, 2005).

Το αλκοόλ ανήκει στις “νόμιμες” ουσίες αφού δεν διώκεται ποινικά, είναι μια ισχυρή εξαρτησιογόνος ουσία και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Η Ελλάδα είναι μια από τις χώρες που παράγει οινοπνευματώδη ποτά, οι τιμές είναι προσιτές ενώ η πρόσβαση και η αγορά είναι εύκολη για όλες τις ηλικίες. Η πολιτεία τη τελευταία δεκαετία έχει αρχίσει να συνειδητοποιεί τον πραγματικό κίνδυνο και τις διαστάσεις που έχει πάρει το φαινόμενο του αλκοολισμού (Καραμολέγκου, 2012).

Η κοινωνία θεωρεί το αλκοόλ ένα είδος κοινωνικοποίησης και το εντάσσει στην καθημερινή διατροφή της. Αυτό σημαίνει ότι κάποιος που κάνει κατάχρηση αλκοόλ σπάνια αντιμετωπίζεται ως αλκοολικός. Επίσης, υπάρχει η αντίληψη ότι η χρήση αλκοολούχων ποτών σηματοδοτεί την μετάβαση από την

εφηβεία στην ενήλικη ζωή. Οι νέοι πίνουν με σκοπό να διασκεδάσουν, να είναι αποδεκτοί και για να δείξουν στον ίδιο τους τον εαυτό αλλά και στους άλλους ότι μεγάλωσαν. Όταν, όμως, το ποτό ξεφεύγει από τα όρια της κοινωνικότητας, τότε γίνεται πρόβλημα (Νόβα-Καλτσούνη, 2005).

Η πολιτική υποδομή της κοινωνίας και η διαφήμιση συνδέουν άμεσα τη διάθεση ελεύθερου χρόνου των νέων με το ποτό. Τα Μ.Μ.Ε. με την επιρροή που ασκούν διαμορφώνουν αντιλήψεις, παρεμβαίνουν στη συνείδηση και προβάλλουν πρότυπα συμπεριφοράς τα οποία και υιοθετούνται. Η διαφήμιση στη τηλεόραση, στα περιοδικά, στα σίριαλ, στις γιγαντοαφίσες, στο cinema, δίνει την ψευδαίσθηση ότι το αλκοόλ είναι μια ασφαλής επιλογή και παράλληλα γοητευτική, η οποία συνδέεται με όμορφες και χαλαρωτικές στιγμές απόλαυσης (Καραμολέγκου, 2012 , Νόβα-Καλτσούνη, 2005).

Σκοπός και Στόχοι Μελέτης

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να γίνει μελέτη και παρουσίαση των στάσεων και των συνηθειών των νέων σχετικά με τη χρήση αλκοόλ. Στόχος μας είναι να παρουσιάσουμε την έκταση του προβλήματος, τα αίτια που προκαλούν το φαινόμενο και τις συνέπειες που προκαλούνται.

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ

◇ **Αιθυλική αλκοόλη** (αιθανόλη) αποτελεί το βασικό συστατικό όλων των οινοπνευματωδών ποτών, για το λόγο αυτό ονομάζεται και οινόπνευμα, και είναι προϊόν αλκοολικών ζυμώσεων των υδατανθράκων (Καρβουντζής, 1986 , Χημικός, 2010).

◇ **Αλκοόλ** ονομάζεται η αιθανόλη ή αλλιώς αιθυλική αλκοόλη και περιέχεται στα αλκοολούχα ποτά. Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από το "al Kohl" και είναι αραβική λέξη. Το αλκοόλ για ακρίβεια είναι μια φαρμακευτική ουσία η οποία μειώνει τη διανοητική και σωματική λειτουργία καθώς είναι κατευναστική ουσία (Ποταμιάνος, χ.χ. , Τσουραμάνης, 2008).

◇ **Αλκοολικό** χαρακτηρίζεται το άτομο το οποίο παρουσιάζει εξάρτηση από το αλκοόλ ή δείχνει σημεία προς αυτή την κατεύθυνση. Καταναλώνει δηλαδή, υπερβολική ποσότητα αλκοόλ (Μαρσέλος, 1997).

◇ «**Αλκοολισμός** είναι κάθε μορφή κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών η οποία ξεφεύγει από την παραδοσιακή και εθιμική (με το φαγητό) χρήση οινοπνεύματος ή δεν ανταποκρίνεται στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής, μέσα σε μία συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα ανεξάρτητα από τους αιτιολογικούς παράγοντες μιας τέτοιας συμπεριφοράς» (Μαρσέλος, 1997: 78). Στην ουσία είναι ένας καταναγκαστικός τρόπος χρήσης του αλκοόλ που βλάπτει το ίδιο το άτομο και τους άλλους (Τσουραμάνης, 2008).

◇ Η **ανοχή** εμφανίζεται έπειτα από συστηματική χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας. Δηλαδή, είναι η ανάγκη του χρήστη να αυξήσει τη δόση της ουσίας για να έχει το ίδιο συναίσθημα με όταν είχε αρχίσει τη χρήση αυτής της ουσίας και να μην προκληθεί στερητικό σύνδρομο διατηρώντας τη συγκεκριμένη δόση (Μήτρου, 2006 , Χαραλαμπίδης, 2000).

◇ **Εθισμός** είναι η συνήθεια που αποκτά κάποιος όταν κάνει επαναλαμβανόμενα λήψη μιας ουσίας προκειμένου να επέλθει η ευφορία που του προκαλεί η συγκεκριμένη ουσία. Είναι δηλαδή, η καταναγκαστική, σωματική ανάγκη για τη χρήση μιας εθιστικής ουσίας όπου δημιουργείται ένα σύστημα ανταμοιβής στον εγκέφαλο (Αβραμίδης, 1991 , Μήτρου, 2006).

◇ **Εξάρτηση** είναι η συνεχής ανάγκη ενός ατόμου για τη χρήση μιας ουσίας. Είναι μια κατάσταση αλληλεπίδρασης μεταξύ ενός ζώντος οργανισμού και ενός ναρκωτικού. Η εξάρτηση μπορεί να είναι σωματική, όταν λόγω της διακοπής της ουσίας προκαλούνται δυσάρεστες συνέπειες ή ψυχική, όταν προκαλείται ευχαρίστηση από τη δράση μιας ουσίας για να διατηρηθεί η ψυχική συνοχή του χρήστη (Αβραμίδης, 1991. Παρασκευόπουλος, 2006 , Χαραλαμπίδης, 2000).

◇ Ως **εξαρτησιογόνος ουσία** χαρακτηρίζεται κάθε φυσική, ημισυνθετική ή συνθετική ουσία που χρησιμοποιείται από ένα άτομο προκειμένου να αλλάξει τη διάθεσή του. Η ουσία επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) (Χαραλαμπίδης, 2000).

◇ «**Κατάχρηση** θεωρείται η χρήση μιας ουσίας κατά τρόπο διαφορετικό από τον παραδεκτό και εκφράζει τη διάθεση μιας κοινωνικής αποδοκιμασίας. Κάθε χρήση χωρίς ιατρική ένδειξη είναι κατάχρηση» (Αβραμίδης, 1991: 23). Κατάχρηση υπάρχει όταν γίνεται καθημερινή χρήση αλκοόλ και οι ποσότητες υπερβαίνουν την κατώτερη θεωρούμενη τοξική δόση που είναι τα 40-50 gr αιθανόλης (Ταρατσίδα, 2008).

◇ **Ναρκωτικά** είναι οι φυσικές ή χημικές ουσίες οι οποίες ενεργοποιούν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και προκαλούν αλλαγές στη νοητική και ψυχοκινητική λειτουργία του ατόμου. Η χρήση ναρκωτικών είναι μια κοινωνική συμπεριφορά και όχι ατομική, στην οποία εμπλέκονται πολλοί χρήστες και επηρεάζεται τόσο η ζωή των ίδιων όσο και ολόκληρης της κοινωνίας (Αβραμίδης, 1991 , Τσουραμάνης, 2008).

◇ **Στερητικό σύνδρομο** είναι η ανάπτυξη ψυχολογικών και κυρίως σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία παρατηρούνται στον οργανισμό σε περίπτωση διακοπής ή μείωσης της ουσίας που κάποιος είναι εθισμένος, με απότομο τρόπο. Τα συμπτώματα εκτός από δυσάρεστα και βασανιστικά είναι πολλές φορές επικίνδυνα και μπορεί να προκαλέσουν και το θάνατο. Η ένταση των συμπτωμάτων εξαρτάται από το είδος της ουσίας, το χρονικό διάστημα λήψεως και την ποσότητα καθώς και από την υγεία και την προσωπικότητα του ατόμου (Αβραμίδης, 1991. Λιάππας, 1991 , Μήτρου, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΛΚΟΟΛ

1.1. Ιστορική αναδρομή της χρήσης αλκοόλ

Η καλλιέργεια της αμπέλου ξεκίνησε την 5^η π.Χ. χιλιετία από την ανατολή προς τη δύση. Οι Αιγύπτιοι και οι Σουμέριοι ήταν οι λαοί όπου καλλιέργησαν την άμπελο. Από την αιγυπτιακή πίστη γίνεται γνωστό πως ο οίνος ήταν βασικό στοιχείο στα βασιλικά γεύματα και μάλιστα ήταν προνόμιο των ανώτερων οικονομικά κοινωνικών τάξεων. Υποστηρίζεται, επίσης, ότι η καλλιέργεια της αμπέλου οφείλεται στον Όσιρι, γιό του ουρανού και της γης, ο οποίος ήταν θεός της βλάστησης. Οι Σουμέριοι ήταν ήδη έμπειροι καλλιεργητές της αμπέλου την 4^η χιλιετία π.Χ. (Τσαρούχας, 2000).

Αντίστοιχα στη Μεσόγειο, πρώτα οι Έλληνες και έπειτα οι Ρωμαίοι ήταν εκείνοι που ύμνησαν τον οίνο. Ο οίνος ήταν το κύριο ποτό των Αρχαίων Ελλήνων και έχει υμνηθεί ιδιαίτερα από ποιητές, μουσικούς, γλύπτες, ζωγράφους και τεχνίτες. Για τη χρήση του οίνου γίνεται συχνά αναφορά σε ιστορικές πηγές, με χαρακτηριστικό παράδειγμα το συμπόσιο του Πλάτωνα. Επιπλέον, είχε συνδεθεί με τις θρησκευτικές τελετές του Διονυσίου. Οι Έλληνες ήθελαν τον οίνο τέλειο και δεν επιθυμούσαν τον ζύθο. Ο Όμηρος και στα δύο του έργα πληροφορεί για τα καλύτερα αμπελουργικά κέντρα της Ελλάδας, αλλά δίνει ιδιαίτερη σημασία στους οίνους της Θράκης. Ο Αισχύλος είναι γνωστό ότι έγραφε μεθυσμένος τις τραγωδίες του (Μαρσέλος, 1997 , Τσαρούχας, 2000).

Οι Έλληνες επιθυμούσαν να είναι ευχάριστος ο οίνος καθώς τον έπιναν και μετά να είναι σε θέση να συζητούν. Το "θείο ποτό", όπως το ονόμαζε ο Όμηρος στην αρχαιότητα, μπορούσαν να το πίνουν όλοι, άντρες, γυναίκες και παιδιά, αλλά σε μικρή ποσότητα. Ο οίνος ήταν πάντα αραιωμένος με νερό. Η αραιώση γινόταν μέσα στον κρατήρα, όπου αναμιγνύονταν οίνος, νερό και σπάνια ρητίνη ή μέλι. Καθαρός οίνος πινόταν μόνο στην αρχή των συμποσίων για να τιμηθεί ο αγαθός δαίμονας. Επειδή, όμως, αραιώναν τον οίνο με νερό αυτό τους βοηθούσε να διατηρούν την διαύγεια του πνεύματός τους και μπορούσαν να

συζητούν για διάφορα θέματα που τους απασχολούσαν. Στους γέροντες έδιναν εξαίρετο οίνο και τον ονόμαζαν "Όινο γερώσθο". Την ονομασία κρασί την πήρε από την μακροχρόνια χρήση της κράσης του οίνου. Στις μέρες μας, η ονομασία οίνος διατηρείται στα συνθετικά όπως οινοποιός, οινοπαραγωγός κλπ. (Τσαρούχας, 2000).

Στο Μεσαίωνα το αλκοόλ ήταν πολύ σημαντικό για εκδηλώσεις όπως οι γάμοι, οι στέψεις βασιλιάδων, οι υπογραφές συνθηκών κλπ. Θεωρούσαν το ποτό ως μια ουσία που βοηθά στην αλλαγή της διάθεσης και ηρεμεί. Εκτός από τη χρήση για λόγους διασκέδασης, το κρασί ήταν συνηθισμένο γιατρικό για εσωτερική και εξωτερική χρήση, περιποίησης των τραυμάτων αλλά και για διαιτητικούς λόγους. (Μαρσέλος, 1997, Τσαρούχας, 2000). Με το πέρασμα των χρόνων το αλκοόλ χρησιμοποιήθηκε και ως αναισθητικό στη χειρουργική. Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τροφή και ως καύσιμη ύλη (Ποταμιάνος, 2005).

Στην Ευρώπη εισάγονταν ποτά τα οποία προέρχονται από απόσταξη και έχουν μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε αλκοόλη, όπως το ουίσκι, το κονιάκ και το τζιν. Η απόσταξη ανακαλύφθηκε από τον Rhazes, ο οποίος ήταν ένας Πέρσης γιατρός το 10^ο αιώνα και ονόμασε το καινούριο προϊόν "πηγή της νιότης". Η τεχνική της απόσταξης τοποθετείται γύρω στα 1100 π.Χ. και είναι αραβική επινόηση, η οποία αναπτύχθηκε και βελτιώθηκε με την άνθηση της Αλχημείας (Μαρσέλος, 1997, Τσαρούχας, 2000).

Με το πέρασμα των χρόνων βρέθηκαν πολλοί τρόποι απόσταξης. Το 1700 οι Ολλανδοί έφτιαξαν το τζιν, το οποίο εξαπλώθηκε ιδιαίτερα την περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης στην Αγγλία. Επειδή, όμως, προκάλεσε ιδιαίτερα προβλήματα εξαιτίας του ότι ήταν οικονομικό και το αγόραζαν άνθρωποι που ανήκαν στην εργατική τάξη, η χώρα ονομάστηκε ως χώρα των μπεκρήδων. Τα μεγάλα προβλήματα ξεκίνησαν με την απόσταξη και με τη φιλοσοφία ότι όσο δυνατότερο είναι το ποτό τόσο καλύτερα (Τσαρούχας, 2000).

Το 1620 το αλκοόλ έφτασε στην Αμερική. Οι ΗΠΑ έφτιαχναν κρασί, καλλιεργούσαν κλήματα αλλά τελικά κατέληξαν στην κατασκευή του ρούμι. Το μπέρμπον ήταν το πιο διαδεδομένο ποτό της Αμερικής (Τσαρούχας, 2000).

Η κατανάλωση αλκοόλ, με την πάροδο του χρόνου, φαινόταν να έχει καταστροφικές συνέπειες. Το θέμα με την υπερβολική χρήση του αλκοόλ άγγιξε

μεγάλες κοινωνικές ομάδες. Δημιουργήθηκαν κινήματα κατά του αλκοόλ και μάλιστα το 1919 έγινε η ποτοαπαγόρευση. Πίστευαν ότι οι νόμοι θα καταφέρουν να λύσουν τα κοινωνικά προβλήματα. Όμως, οι αντιπαραθέσεις ήταν ιδιαίτερα έντονες και έφτασαν στα άκρα καθώς οι περισσότεροι επιδίωκαν την πλήρη απαγόρευση του αλκοόλ (Τσαρούχας, 2000).

Το 1874 ιδρύθηκε η WCTU (Women's Christian Temperance Union). Πρόκειται για μια θρησκευτική οργάνωση, η οποία αποτελείται από γυναίκες που προσπαθούσαν με κάθε τρόπο να εγκριθεί η χρήση του αλκοόλ ως καταδικαστέα. Το 1895 οργανώθηκε η Ένωση κατά των Σαλούν, η οποία πίεσε το Κογκρέσο, με αποτέλεσμα το 1919 να ψηφιστεί ο νόμος για την εφαρμογή της ποτοαπαγόρευσης (Τσαρούχας, 2000).

Η ποτοαπαγόρευση διήρκησε από το 1920 έως το 1933. Αφορούσε την πώληση και την κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών. Αυτή η ενέργεια, όμως, της αμερικάνικης κοινωνίας δεν ήταν ιδιαίτερη αποτελεσματική, διότι όσοι ήθελαν να προμηθευτούν αλκοόλ τα κατάφερναν, παράνομα βέβαια, χωρίς να ελέγχεται η ποιότητά του. Υπήρχε μεγάλη παράνομη εμπορία αλκοόλ. Έτσι, παρά τους περιορισμούς υπήρξε αύξηση του αριθμού των αλκοολικών και η ποτοαπαγόρευση θεωρήθηκε ως μεγάλο λάθος γιατί διαιώνισε το ήδη υπάρχον πρόβλημα της αμερικανικής κοινωνίας (Τσαρούχας, 2000 , Χαραλαμπίδης, 2000).

Το 1804, ο Trotter κάνει αναφορά στις επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ στην υγεία, ορισμένες από τις οποίες υπάρχουν μέχρι και σήμερα σε ιατρικά συγγράμματα όπως είναι η ανικανότητα, η δυσπεψία, η ηπατοπάθεια κλπ. Ο Trotter ήταν ο πρώτος που έκανε λεπτομερή περιγραφή της ανορεξίας των αλκοολικών. Το 1972, ο Lettson αναλύει τον αλκοολισμό ως νόσο και περιγράφει συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες που συνοδεύουν την κατάχρηση οινοπνεύματος, όπως, για παράδειγμα το πεπτικό έλκος, η πυλωρική στένωση, η καχεξία κ.ά. (Μαρσέλος, 1997). Ο όρος "αλκοολισμός" χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Huss, ένα Σουηδό γιατρό, στα τέλη της δεκαετίας του 1840, με σκοπό να περιγράψει την κατάσταση των ατόμων που πίνουν σε υπερβολικό βαθμό (Ποταμιάνος, 2005).

Από την ιστορική αναδρομή διαφαίνεται η θέση του αλκοόλ στη ζωή των ανθρώπων αλλά και ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιούνταν τα οινοπνευματώδη

ποτά, ο οποίος προσδιορίζεται από πολλούς παράγοντες κοινωνικό-πολιτισμικούς που δεν είναι ίδιοι για κάθε χώρα και κάθε εποχή. Για τον λόγο αυτό, υπάρχουν πολλά μοντέλα και συμπεριφορές σχετικά με το αλκοόλ. Ανάλογα με το ποια υπερσχύουν σε μια κοινωνία, ξεδιπλώνεται και το πρόβλημα του αλκοολισμού (Τσαρούχας, 2000).

Στη διαμόρφωση της κουλτούρας του αλκοόλ παίζουν ρόλο η γεωγραφική θέση, οι κλιματολογικές συνθήκες, οι θεσμοί και οι δομές μιας κοινωνίας. Στις δομές περιλαμβάνονται η στάση και η άποψη της κοινωνίας ως προς το αλκοόλ (Τσαρούχας, 2000).

Τα τελευταία 20 χρόνια, έπειτα από πολλές μελέτες, έχει γίνει αντιληπτό το μέγεθος του προβλήματος, ειδικά στο δυτικό κόσμο. Υποστηρίζεται, ότι ο αλκοολισμός θα είναι το τρίτο πρόβλημα σε παγκόσμιο επίπεδο μετά τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο. Διάφορες μελέτες που έχουν γίνει δείχνουν μια τάση προς την κατάχρηση αλκοόλ από τους νέους και τους εφήβους (Ποταμιάνος, 2005).

1.2. Κατηγορία του αλκοόλ στις ουσιοεξαρτήσεις

Μια διάκριση των ναρκωτικών είναι σε νόμιμα και παράνομα ναρκωτικά. Όμως, υπάρχουν μερικοί που υποστηρίζουν ότι η διάκριση αυτή είναι παραπλανητική, καθώς αφορά το ηπιότερο σύνδρομο στέρησης αυτών και μόνο το σωματικό, ενώ κύριο πρόβλημα αποτελούν και η σωματική και η ψυχική εξάρτηση. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιείται ο όρος "εξαρτησιογόνες ουσίες" αντί για «ναρκωτικά». Στις νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες ανήκουν τα οινόπνευματώδη (αλκοόλ), ο καπνός και η καφεΐνη (Αβραμίδης, 2006 , Χαραλαμπίδης, 2000).

Ως παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες χαρακτηρίζονται οι αμφεταμίνες, η έκσταση (MDA ή MDMA), η ινδική κάνναβη (χασίς), η κοκαΐνη, το όπιο και τα παράγωγά του καθώς και τα παραισθησιογόνα. Υπάρχει και μια ενδιάμεση κατηγορία που είναι τα ηρεμιστικά αλλά και άλλη μια τα εισπνεόμενα/πτητικά, όπως διορθωτικά υγρά, αέριο για αναπτήρες, διαλυτικά κα (Χαραλαμπίδης, 2000).

Το αλκοόλ είναι ένα πτητικό, άχρωμο, εύφλεκτο υγρό και αποτελεί κατασταλτική ουσία που επιβραδύνει την λειτουργία του Νευρικού Συστήματος (Γιαννιτσοπούλου, 2009 , Κοσμά, 2001). Σύμφωνα με τον Χαραλαμπίδη (2000:16) το αλκοόλ «προέρχεται από την ανάμιξη φρούτων, λαχανικών και δημητριακών με μαγιά και ζάχαρη. Τότε δημιουργείται μια διαδικασία που λέγεται ζύμωση». Τα αλκοολούχα ποτά διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: την μύρα, το κρασί και τα οινοπνευματώδη ποτά γενικά. Το κρασί και η μύρα είναι προϊόντα απλής ζύμωσης ενώ τα βαριά ποτά όπως το ουίσκι, η βότκα κα. διυλίζονται περισσότερο για να γίνουν ισχυρότερα (ΕΝΕΑΠ, 2009 , Χαραλαμπίδης, 2000).

Σύμφωνα με τη Νόβα-Καλτσούνη (2005), το αλκοόλ είναι ένα νόμιμο αγχολυτικό, μια κοινωνικά αποδεκτή ουσία που χαλαρώνει τους νέους και τους κάνει να περνούν καλά ή να θεωρούν πως θα περάσουν καλά. Για τον λόγο αυτό το δοκιμάζουν πολύ εύκολα χωρίς να την εντάσσουν στις εξαρτησιογόνες ουσίες.

1.3. Φάσεις εξέλιξης του αλκοολισμού

Η εξέλιξη της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι μακροχρόνια και πολύπλοκη. Οι φάσεις εξέλιξης του αλκοολισμού βοηθούν να γίνει αντιληπτό το πως κάποιος έγινε αλκοολικός. Η κατανάλωση οινοπνεύματος, δηλαδή, εμπίπτει σε τρεις κατηγορίες οι οποίες συμπληρώνονται και από μία τέταρτη που προηγείται από αυτές (Μαρσέλος, 1997 , Παπαγεωργίου, χ.χ).

Οι φάσεις εξάρτησης είναι οι εξής:

- Προαλκοολική φάση

Στη φάση αυτή πολλοί πίνουν συνοδεύοντας κάποια άλλη συνήθειά τους όπως το φαγητό, σε γιορτές ή και για να χαλαρώσουν. Με το πέραμα του χρόνου η χρήση του οινοπνεύματος γίνεται καθημερινή συνήθεια και η ποσότητα αυξάνεται επειδή ο χρήστης αναζητά τη δράση του στον ψυχικό του κόσμο (Μαρσέλος, 1997 , Παπαγεωργίου, χ.χ).

- Πρόδρομη φάση ή αρχική φάση εξάρτησης

Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από ``κενά μνήμης`` τα οποία έχουν προκληθεί από λειτουργικές διαταραχές του εγκεφάλου ή από διάφορες ψυχολογικές

συγκρούσεις. Με την πάροδο του χρόνου, ο εξαρτημένος συνειδητοποιεί τη διαφορετικότητα της συμπεριφοράς του απέναντι στο οινόπνευμα σε σύγκριση με τους άλλους, με αποτέλεσμα να ξεκινάει την κρυφή χρήση και την απομόνωσή του μέσα στην ίδια του την παρέα. Την απομόνωση αυτή την προκαλεί ο ίδιος καθώς δεν θέλει να ακούει συζητήσεις για αλκοολικούς και δεν αισθάνεται πια σίγουρος για τον εαυτό του (Μαρσέλος, 1997 , Παπαγεωργίου, χ.χ).

- Η κρίσιμη φάση

Στη φάση αυτή κύριο χαρακτηριστικό είναι η απώλεια ελέγχου. Το οινόπνευμα γίνεται στοιχείο ζωής για τον αλκοολικό, με αποτέλεσμα να οδηγείται το άτομο στην υπερκατανάλωση προκειμένου να απαλλαγεί από τα δυσάρεστα συναισθήματα και τις έντονες ενοχές. Παράλληλα, ο χρήστης παραμελεί την εμφάνισή του, την προσωπική του υγιεινή και τη διατροφή του καθώς παρουσιάζονται και προβλήματα στην εργασία και στην οικογένειά του. Εδώ, είναι αναγκαία η έγκαιρη παρέμβαση των ανθρώπων του στενού περιβάλλοντος του αλκοολικού προκειμένου να ξεκινήσει μια προσπάθεια θεραπείας (Μαρσέλος, 1997 , Παπαγεωργίου, χ.χ).

- Χρόνια φάση

Η χρόνια φάση χαρακτηρίζεται από περιόδους παρατεταμένης μέθης. Το ήπαρ σταματά να λειτουργεί και έτσι ο αλκοολικός έχει ανάγκη από μικρότερες ποσότητες για να νιώσει την ψυχική δράση του οινοπνεύματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλοί από τους εξαρτημένους να υποστηρίζουν ότι το μείωσαν. Για την ακρίβεια, βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο του αλκοολισμού και είναι απαραίτητο να απομακρυνθούν από το οινόπνευμα, διαφορετικά θα οδηγηθούν στο θάνατο (Μαρσέλος, 1997 , Παπαγεωργίου, χ.χ).

1.4. Τύποι αλκοολισμού

Όταν η χρήση του οινοπνεύματος έχει ως σκοπό την λύση ενδοψυχικών προβλημάτων, το σύνολο των αλκοολικών διαιρείται σε πέντε βασικές κατηγορίες (Παπαγεωργίου, χ.χ.). Οι κατηγορίες αυτές χαρακτηρίζονται από τα πέντε πρώτα γράμματα του ελληνικού αλφαβήτου και είναι οι εξής:

–Αλκοολισμός Τύπου Α:

Στο τύπο αυτό, το άτομο εξαρτάται από το αλκοόλ ψυχολογικά και επιθυμεί να καταπραΰνει την υπάρχουσα ψυχική ένταση. Για παράδειγμα, ο εξαρτημένος επιθυμεί να αντιμετωπίσει τις φοβίες του, το άγχος, τις αναστολές και τα συναισθήματά του. Αναλυτικότερα, στην κατηγορία αυτή του αλκοολικού, ανήκουν τα άτομα τα οποία έχουν δοκιμάσει αλκοολούχο ποτό και γνωρίζοντας εμπειρικά πως επιδρά αυτό στον ψυχικό τους κόσμο, το χρησιμοποιούν για να ηρεμήσουν και για να αλλάξουν τη ψυχική τους κατάσταση. Όμως, είναι δυνατό να προκληθούν συνέπειες στην κοινωνική τους θέση (Μαρσέλος, 1997. Παπαγεωργίου, χ.χ. , Τσαρούχας, 2000).

-Αλκοολισμός Τύπου Β:

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα άτομα που κάνουν χρήση οινοπνεύματος ευκαιριακά, ανάλογα με τις υπάρχουσες συνθήκες. Τέτοιες συνθήκες μπορεί να είναι η ένταξη τους σε ένα κοινωνικό περιβάλλον όπου με ένα είδος μιμητισμού κάνουν αυτό που κάνουν οι άλλοι. Λόγω της χρήσης αλκοόλ, προκαλούνται μόνο σωματικά προβλήματα, χωρίς το άτομο να είναι ψυχολογικά ή σωματικά εξαρτημένο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο χρήστης να ελέγχει την κατανάλωση του οινοπνεύματος και να μπορεί να απομακρυνθεί από αυτό αν αλλάξουν οι συνθήκες (Μαρσέλος, 1997. Παπαγεωργίου, χ.χ. , Τσαρούχας, 2000).

-Αλκοολισμός Τύπου Γ:

Αυτός ο αλκοολικός τύπος είναι ο συχνότερος τύπος αλκοολισμού στις δυτικές χώρες. Το άτομο είναι σωματικά εξαρτημένο και δεν μπορεί να ελέγξει την ποσότητα που καταναλώνει επειδή όταν αρχίζει και πίνει χάνει τον έλεγχο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο χρήστης να πίνει μέχρι απώλεια της συνείδησης και απόλυτη απώλεια ελέγχου (Μαρσέλος, 1997. Παπαγεωργίου, χ.χ. , Τσαρούχας, 2000).

-Αλκοολισμός Τύπου Δ:

Τα άτομα σε αυτό τον τύπο αλκοολισμού κάνουν καθημερινή χρήση οινοπνεύματος κατά τη διάρκεια όλης της ημέρας. Σπανίως προκαλείται μέθη, ενώ παρουσιάζεται πιο συχνά στερητικό σύνδρομο σε περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η χρήση αλκοόλ. Για τον λόγο αυτό δεν μπορούν να διακόψουν την καθημερινή χρήση. Η εξάρτηση έχει όλους τους παραπάνω χαρακτήρες (Μαρσέλος, 1997. Παπαγεωργίου, χ.χ. , Τσαρούχας, 2000).

-Αλκοολισμός Τύπου E:

Η χρήση του αλκοόλ δεν γίνεται συστηματικά. Είναι άτακτη και περιοδική. Το εξαρτημένο άτομο δηλαδή πίνει ανεξέλεγκτα ή απέχει τελείως από το ποτό για αρκετό καιρό. Το εξαρτημένο άτομο οδηγείται στο αλκοόλ λόγω εσωτερικών κρίσεων (Μαρσέλος, 1997. Παπαγεωργίου, χ.χ. , Τσαρούχας, 2000).

Γενικότερα, σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου ο αλκοολισμός τύπου Α είναι πηγή τροφοδοσίας του τύπου Γ και ο αλκοολισμός τύπου Β του τύπου Δ. Οι τύποι Γ και Δ χαρακτηρίζονται ως αλκοολικοί ασθενείς (Παπαγεωργίου, χ.χ.). Επίσης, υποστηρίζεται ότι οι τύποι Α, Γ και Ε του αλκοολισμού συναντώνται συχνότερα στις χώρες της Βόρειας Αμερικής και της Βόρειας Ευρώπης, ενώ οι τύποι Β και Δ είναι συχνότεροι στις υπόλοιπες χώρες (Μαρσέλος, 1997).

Τέλος, οι τύποι αυτοί αλκοολισμού βοηθούν στον προσανατολισμό του ειδικού να κατανοήσει την σχέση του αλκοολικού ατόμου με το οινόπνευμα και την ενδοψυχική του διαταραχή (Παπαγεωργίου, χ.χ.).

1.5. Προφίλ αλκοολικού

Ο αλκοολικός έχει ως βασικό άξονα της ζωής του το αλκοόλ, με αποτέλεσμα να μην είναι "ελεύθερος" από αυτό. Πέρα από το γεγονός ότι κάνει κατάχρηση μεγάλων ποσοτήτων, κάθε φορά αυξάνει την ποσότητα και σε περίπτωση διακοπής του εμφανίζει συμπτώματα στέρησης (Τσαρούχας, 2000). Το εξαρτημένο άτομο καταναλώνοντας αλκοόλ εκχωρεί το σώμα του στη διάθεση της ουσίας, η οποία επεμβαίνει στο πνεύμα και στη ψυχή του, δημιουργώντας συναισθήματα ή σκέψεις που αυτή θέλει (Γεωργάκας, 2007).

Σύμφωνα με τον Τσαρούχα (2000), ο αλκοολικός είναι συνήθως γύρω στην μέση ηλικία, δηλαδή 45-60 ετών, έχει δημιουργήσει σταθερές δομές στη ζωή του έχοντας ευθύνες, οικογένεια και επαγγελματικές υποχρεώσεις. Στις εξαρτήσεις δεν υπάρχουν στεγανά, όμως, στον αλκοολισμό υπάρχει μια υπερίσχυση των ανδρών, καθώς ο γυναικείος αλκοολισμός υπάρχει αλλά είναι σε χαμηλότερο επίπεδο. Στην Ελλάδα, δηλαδή, η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι 7 με 8 προς 2 με 3 αντίστοιχα.

Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι υπάρχουν άτομα περισσότερο ή λιγότερο ευάλωτα, τα οποία θα οδηγηθούν στην κατάχρηση αλκοόλ και όχι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα η οποία θα μπορούσε να περιγραφεί. Είναι δύσκολο να οριοθετηθούν τα χαρακτηριστικά μιας προσωπικότητας, η οποία έχει μια έλξη προς τις εξαρτήσεις. Όμως, είναι εύκολο να καταγραφούν τα πιο συνηθισμένα στοιχεία της συμπεριφοράς των εξαρτημένων (Αβραμίδης, 2006 , Γεωργάκας, 2007).

Αναλυτικότερα, τα άτομα που κάνουν χρήση αλκοόλ είναι συνήθως άτομα που δυσκολεύονται να προσαρμοστούν, με χαμηλή αυτοπεποίθηση και με αρνητική γνώμη για τον εαυτό τους. Είναι αδύναμοι χαρακτήρες και παρουσιάζουν δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουν δυσάρεστες καταστάσεις και επώδυνα συναισθήματα, δεν αντέχουν τις εντάσεις και δεν εκφράζονται εύκολα. Επίσης, χαρακτηρίζονται από την ελλιπή ικανότητα αυτοελέγχου, από την απουσία αξιών και την αύξηση της τάσης για αυτοκαταστροφή. Νιώθουν αποτυχημένοι όταν δεν πραγματοποιούν τους στόχους τους, απογοητεύονται και έτσι καταφεύγουν στο ποτό, το οποίο είναι η εύκολη λύση για να ξεπεράσουν κάθε εμπόδιο. Είναι η λύση γιατί τους οδηγεί σε έναν πλασματικό κόσμο, παρά το γεγονός ότι αναγνωρίζουν τα δυσμενή αποτελέσματα, προκειμένου να απαλλαγούν από οδυνηρά συναισθήματα θλίψης, άγχους, απογοήτευσης και ενοχών (Αβραμίδης, 1991. Γεωργάκας, 2007 , Λυκούδης, 2009).

Το εξαρτημένο άτομο πιστεύει ότι δεν έχει αξία σαν προσωπικότητα, δεν είναι αποδεκτό από τους άλλους, αλλά ούτε και από τον ίδιο του τον εαυτό. Παρουσιάζει μια ψυχική αστάθεια και δεν έχει ξεκάθαρη ταυτότητα του εαυτού του και των ορίων του. Είναι ένα άτομο, το οποίο έχει κακή οργάνωση του ψυχισμού του, ζει δηλαδή χωρίς όνειρα, αυθεντικά πάθη, ιδανικά, πρωτοτυπία. Επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες πιο εύκολα από άλλα άτομα καθώς είναι πιο ευάλωτο και δεν έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και συναναστρέφεται με ομάδες ανθρώπων που είναι ίδιοι με αυτόν. (Μάτσα, 2007).

Ο Γεωργάκας (2007), υποστηρίζει ότι οι αρνητικές συμπεριφορές των εξαρτημένων ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες, οι οποίες έχουν και ένα συγκεκριμένο στόχο. Οι στόχοι που επιδιώκονται μπορεί να βοηθήσουν στο να σχεδιαστούν οι ενέργειες που θα φέρουν την αλλαγή.

◇ Στην πρώτη κατηγορία τα άτομα είναι αποθαρρυσμένα. Προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή με θετικό τρόπο, αν όμως, δεν τα καταφέρουν χρησιμοποιούν οποιοδήποτε τρόπο. Αυτός είναι ο λόγος που υιοθετούν αρνητικές συμπεριφορές (Γεωργάκας, 2007).

◇ Οι εξαρτημένοι επιδιώκουν την υπεροχή έναντι των άλλων ανθρώπων, των κανόνων, των νόμων και των απαγορεύσεων. Η στάση τους προκαλεί το περιβάλλον τους, το οποίο θυμώνει και προσβάλλεται. Αφού οι εξαρτημένοι κατορθώσουν αυτό που επιδιώκουν υποχωρούν προσωρινά και συνεχίζουν αργότερα την αρνητική τους συμπεριφορά με μεγαλύτερη ένταση (Γεωργάκας, 2007).

◇ Χαρακτηριστικό των εξαρτημένων είναι η εκδικητική συμπεριφορά, η οποία προκαλείται έπειτα από απογοήτευση και αποθάρρυνση. Νιώθουν ότι δεν είναι αγαπητοί και αποκτούν αξία όταν πληγώνουν τους άλλους (Γεωργάκας, 2007).

◇ Στην κατηγορία αυτή τα άτομα συνήθως είναι υπερβολικά αποθαρρημένα. Παραιτούνται ολοκληρωτικά ή από τους στόχους που νιώθουν ότι δεν μπορούν να επιτύχουν και αντιδρούν παθητικά ή δεν αντιδρούν καθόλου σε κάθε προσπάθεια κινητοποίησης (Γεωργάκας, 2007).

Η παραπάνω σειρά εμφάνισης της αρνητικής συμπεριφοράς μπορεί να μην ακολουθηθεί έτσι ακριβώς από τους εξαρτημένους. Είναι δυνατό να αλλάξουν οι μορφές της συμπεριφοράς ανάλογα με τα αισθήματά τους καθώς και να χρησιμοποιήσουν την ίδια αρνητική συμπεριφορά με διαφορετικούς σκοπούς ή να χρησιμοποιήσουν διαφορετικές συμπεριφορές για τον ίδιο σκοπό (Γεωργάκας, 2007).

Πολλές φορές τα άτομα αυτά έχουν μεγαλώσει σε αρνητικό περιβάλλον, όπου οι γονείς δίνουν πολλές εντολές, οι οποίες είναι ασαφείς και αόριστες. Συνήθως, υπάρχουν έντονες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και οι γονείς είναι περισσότερο τιμωριτικοί σε σχέση με άλλους γονείς (Ρούσσης, 2007). Όμως, υπάρχουν και παιδιά που καταφεύγουν στις εξαρτησιογόνες ουσίες και είναι τα καλύτερα παιδιά της οικογένειας και τα ευνοούμενα. Αυτά τα παιδιά, είναι τα παιδιά "στόχος", όπου πίσω από αυτά καλύπτονται οι γονεϊκές συγκρούσεις και παραπτώματα άλλων μελών της οικογένειας προκειμένου να διατηρηθεί η συνοχή της οικογένειας (Μάτσα, 2007).

Επιπλέον, κάθε άτομο επηρεάζεται από διάφορα εξωγενή και ενδογενή ερεθίσματα, τα οποία δρουν καταλυτικά στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και στην επιλογή της συμπεριφοράς. Τέτοια ερεθίσματα είναι οι οικογενειακές αξίες, τα κοινωνικά ήθη, οι μαθησιακές δραστηριότητες, τα γονεϊκά πρότυπα κα. Όμως, ορισμένα άτομα αναπτύσσουν έναν χαρακτήρα όχι τόσο ικανό ώστε να αντιμετωπίσουν δυσκολίες και τις απαιτήσεις διαφόρων φάσεων λόγω προβληματικών διεργασιών. Για τον λόγο αυτό οι εξαρτημένοι δεν είχαν θετικά πρότυπα μίμησης ούτε στα αρχικά στάδια της ζωής αλλά ούτε και κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους (Γεωργάκας, 2002 , Γεωργάκας, 2007).

Όλα αυτά οδηγούν τα άτομα σε τέτοια κατάσταση που να μην εμπιστεύονται εύκολα άλλα άτομα και να δυσκολεύονται στο να συνάψουν κοινωνικές σχέσεις. Αυτό τους οδηγεί σε μια στέρηση άμεσης και υγιούς επικοινωνίας, της οποίας κατάληξη είναι η ανειλικρίνεια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προκαλείται ένα συναισθηματικό κενό και να δημιουργούν σχέσεις με τις ουσίες (Γεωργάκας, 2007 , Λυκούδης, 2009).

Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ προσπαθούν όσο πιο πολύ μπορούν να το κρατήσουν κρυφό, δεν είναι υπερήφανοι και προσπαθούν με κάθε τρόπο να "κρατήσουν" όσα έχουν. Συνήθως, δείχνουν την δυσαρέσκειά τους από την απόρριψη που βιώνουν από την κοινωνία ενώ προσπαθούν να ταυτιστούν, να ικανοποιήσουν τις ανάγκες και επιθυμίες μέσα στον κοινωνικό τους περίγυρο (Παπαγεωργίου, χ.χ.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

2.1. Αίτια χρήσης αλκοόλ

Οι παράγοντες που οδηγούν στη χρήση αλκοόλ είναι ποικίλοι και όχι ένας. Κάθε επιστημονικός κλάδος δίνει και μια διαφορετική θεωρία. Οι γιατροί και οι ψυχίατροι πιστεύουν ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση προς τον αλκοολισμό. Οι ψυχολόγοι αποδίδουν τον αλκοολισμό σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, ενώ οι κοινωνιολόγοι θεωρούν ότι ο αλκοολισμός οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Γενικότερα, τα αίτια, τα οποία υπάρχει η πιθανότητα να οδηγήσουν ένα άτομο στη χρήση αλκοόλ, "στηρίζονται" και στην προσωπικότητα του ατόμου (Τσουραμάνης, 2008 , Clair, 1991).

2.1.1. Βιολογικοί - γενετικοί παράγοντες

Οι επιστήμονες της ιατρικής και της ψυχιατρικής θεωρούν ότι η παρατεταμένη, συχνή και υπερβολική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών είναι πολύ πιθανό να βλάπτει την υγεία του αλκοολικού δημιουργώντας προβλήματα, όπως αδενικές διαταραχές, δυσλειτουργίες του νευρικού κεντρικού συστήματος και ανεπαρκής διατροφή. Στις αρχές της δεκαετίας του 90' οι ερευνητές γιατροί ανακάλυψαν το γονίδιο A1, το οποίο θεωρείται ότι έχει σχέση με το αίσθημα της απόλαυσης. Όσα άτομα γεννιούνται με αυτό το γονίδιο ωθούνται να κάνουν συνεχώς χρήση αλκοόλ ή κάποιας άλλης φαρμακευτικής ουσίας, προκειμένου να νιώσουν το αίσθημα της απόλαυσης. Επομένως, ο αλκοολισμός μπορεί να οφείλεται και σε κληρονομικούς παράγοντες. Μάλιστα, σύμφωνα με πιο παλιές έρευνες έχει διαπιστωθεί 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 τους δεν ήταν αλκοολικός (Γεωργάκας, 2002. Μάνος, 2008 , Τσουραμάνης, 2008).

Ύστερα από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η καταγωγή των ατόμων έχει σημαντικό ρόλο στην ποσότητα της χρήσης αλκοόλ. Για παράδειγμα, οι Κινέζοι

και οι Ιάπωνες κάνοντας μικρή χρήση αλκοόλ (λιγότερο από μια ή δυο μπύρες) αρχίζουν να κοκκινίζουν στο πρόσωπο, στο άνω μέρος του σώματος, ζεσταίνονται, έχουν ναυτία και δυσφορία. Λόγω αυτών των συμπτωμάτων οι Ασιάτες δεν αντέχουν να κάνουν μεγάλη χρήση αλκοόλ. Αντίθετα οι Καυκάσιοι, ιδίως οι λευκοί άντρες, δεν έχουν αυτή την αντίδραση. Συνεπώς, η ανοχή τους στο αλκοόλ είναι πολύ μεγαλύτερη και η πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί αυξάνονται (Τσουραμάνης, 2008).

Όλα αυτά δείχνουν ότι ο βιολογικός παράγοντας μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση του αλκοολισμού αλλά όχι ότι και τον προκαλεί. Ο βιολογικός παράγοντας μπορεί να αποτελεί προδιάθεση του ατόμου προς την υπερβολική χρήση αλκοόλ αλλά δεν είναι ο κύριος λόγος, καθώς εξαρτάται από κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, για το αν το άτομο θα γίνει αλκοολικό (Τσουραμάνης, 2008).

2.1.2. Αλκοολική προσωπικότητα

Οι ψυχολόγοι αποδίδουν τον αλκοολισμό σε ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, όπως το φόβο, το θυμό, την ενοχή και τη ντροπή, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στην ανάπτυξη της αντικοινωνικότητας, του εγωκεντρισμού, της υπερκινητικότητας, της εξάρτησης και της παθητικότητας, της κατάθλιψης, του άγχους και της εχθρότητας. Επίσης, οι αλκοολικοί έχουν αδύναμο εγώ, άσχημη αντίληψη για τον εαυτό τους, δεν αντέχουν τις απογοητεύσεις και έχουν νευρωτικές ενοχές. Παρ' όλα αυτά στους ερευνητές δεν υπάρχει ομοφωνία αν αυτά τα χαρακτηριστικά που αποτελούν την αλκοολική προσωπικότητα οδηγούν το άτομο στον αλκοολισμό (Τσουραμάνης, 2008).

Επιπλέον, ένα άτομο μπορεί να γίνει αλκοολικό είτε γιατί νιώθει πίεση από το οικογενειακό του περιβάλλον, λαμβάνει υπερβολική αγάπη ή αδιαφορία από την μητέρα του, με αποτέλεσμα να τον κατακλύει το άγχος και να έχει ως διέξοδό του το αλκοόλ και να εξαρτάται από αυτό, είτε γιατί χρειάζεται να νιώσει την αίσθηση της δύναμης. Έτσι, πιστεύει ότι αυτή την δύναμη θα την βρει μέσα από το αλκοόλ. Ουσιαστικά η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ ικανοποιεί ταυτόχρονα και την συνειδητή ανάγκη για δύναμη και την ασυνειδητή ανάγκη για εξάρτηση. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι επιρροές που δέχτηκε το άτομο

στην παιδική του ηλικία, δηλαδή, τί βιώματα είχε και τί εμπειρίες. Αυτά μπορούν να αποτελέσουν αίτια έναρξης του αλκοόλ και κατά συνέπεια του αλκοολισμού (Γεωργάκας, 2002 , Τσουραμάνης, 2008).

2.1.3. Κοινωνικοί παράγοντες

Το αλκοόλ έχει σημαντικό ρόλο στην καθημερινότητα του ατόμου. Το χρησιμοποιεί σε κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση, ακόμα και στον εργασιακό του χώρο. Η σύγχρονη κοινωνία, η οικογένεια και η εργασία όπως έχουν οργανωθεί, μπορεί να αποτελέσουν αίτια αλκοολισμού. Οι δυσκολίες που πιθανόν να αντιμετωπίζει καθημερινά το άτομο, όπως για παράδειγμα η οικονομία, η ανεργία, η υγεία, η παιδεία, το κοινωνικό περιβάλλον, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων (επαγγελματική αποκατάσταση, προβλήματα στις σχέσεις, ανασφάλεια), αυξάνουν ακόμα περισσότερο τον αριθμό των ατόμων που οδηγούνται στον αλκοολισμό. Οι σύγχρονες απόψεις για την κατάχρηση του αλκοόλ υποστηρίζουν ότι ο αλκοολισμός είναι κοινωνικό φαινόμενο, ενώ υπάρχουν και αυτοί που πιστεύουν ότι προκαλεί αυτοκαταστροφικές τάσεις και ψυχοπαθολογικά προβλήματα στο αλκοολικό άτομο (Ποταμιάνος, 2005).

Οι κοινωνικοί παράγοντες που οδηγούν στον αλκοολισμό είναι οι ακόλουθοι :

→ Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ

Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια κοινωνία, θα υπάρχουν και αλκοολικοί. Σε καμία περίπτωση όμως, δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι η χρήση του αλκοόλ πρέπει να γίνει παράνομη. Καθώς τότε θα δημιουργηθούν άλλα προβλήματα, όπως η αύξηση της εγκληματικότητας, της βίας, της επιθετικότητας, όπως είχε συμβεί στον παρελθόν με την ποτοαπαγόρευση στις ΗΠΑ, η οποία είχε προκαλέσει δυσάρεστες συνέπειες τόσο στους πολίτες όσο και στην κοινωνία (Ποταμιάνος, 2005).

Αν το αλκοόλ, στην Ελλάδα, συμπεριληφθεί στις παράνομες ουσίες, κατά την γνώμη μας, θα υπάρξει έντονη αναστάτωση και θύελλα αντιδράσεων από τον κόσμο. Το αλκοόλ έχει γίνει πλέον καθημερινή συνήθεια των ανθρώπων και συνοδεύει όλες ευχάριστες και δυσάρεστες στιγμές τους. Με την απαγόρευσή του, πιστεύουμε, αρκετός κόσμος θα στραφεί στην παρανομία, στην βία και στην εγκληματικότητα προκειμένου να εξασφαλίσει κάποια ποσότητα αλκοόλ. Είναι δύσκολο έως ακατόρθωτο οι άνθρωποι να καταργήσουν το αλκοόλ από την ζωή

τους από την μία στιγμή στην άλλη με την εφαρμογή ενός νόμου. Επομένως, δεν θεωρούμε ότι η ποτοαπαγόρευση θα συμμορφώσει τις συνήθειες των ανθρώπων με το ποτό, χωρίς να υπάρχουν αντιδράσεις και παράνομες συμπεριφορές. Για να έχει αποτελέσματα η απαγόρευση του αλκοολούχων ποτών, πρέπει να γίνει σταδιακά και την εφαρμογή πρώτα άλλων νόμων. Όπως για παράδειγμα, να τηρείται αυστηρά η απαγόρευση του αλκοόλ κάτω των 18 σε όλους τους χώρους που διαθέτουν αλκοολούχα ποτά, να γίνονται συχνοί έλεγχοι από την αστυνομία στους δρόμους και να υποβάλουν αυστηρά πρόστιμα στους οδηγούς που οδηγούν υπό την επήρεια αλκοόλ και αλλά τέτοια μέτρα τα οποία θα βοηθήσουν στον έλεγχο της κατανάλωσης και της σταδιακής μείωσης του αλκοόλ.

→ Τιμή, νομιμότητα, κοινωνική αποδοχή

Το αλκοόλ συγκαταλέγεται στις ουσίες εξάρτησης. Η διαφορά του με τις άλλες ουσίες είναι ότι η χρήση του δεν διώκεται ποινικά, είναι κοινωνικά αποδεκτό και φτηνό. Και στις τρεις αυτές περιπτώσεις η κατανάλωση ή και η κατάχρηση της ουσίας μπορεί να διατηρηθεί ή και να αυξηθεί (Ποταμιάνος, 2005).

→ Κοινωνικό περιβάλλον

Ο πιο συνηθισμένος λόγος χρήσης αλκοόλ σε άτομα μικρής ηλικίας είναι η επιθυμία της ενηλικίωσης. Οι έφηβοι βιάζονται να μεγαλώσουν, δεν θέλουν να ελέγχονται από τους γονείς τους και αντιδρούν πίνοντας ή καπνίζοντας για να αποδείξουν ότι δεν είναι παιδιά. Για τον λόγο αυτό συχνά καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ από αυτή που αντέχουν και ακόμα και αν ζαλιστούν συνεχίζουν και να μην σχολιαστούν από τους συνομήλικους τους (Καραμολέγκου, 2012).

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι αρκετοί άνθρωποι και ειδικά οι νέοι καταφεύγουν στο αλκοόλ λόγω της κοινωνικής πίεσης που νιώθουν. Η ανάγκη του ατόμου να ενταχθεί σε μια ομάδα και ο φόβος του ότι δεν θα ανταπεξέρθει στις δραστηριότητες, του δημιουργεί πίεση και αυτό μπορεί να τον οδηγήσει στην κατανάλωση αλκοόλ. Για παράδειγμα, σε μια συνεδρία, μια γυναίκα ανέφερε ότι πίεσε τον εαυτό της να πίνει αλκοόλ παρά το γεγονός ότι δεν της άρεσε η μυρωδιά και η γεύση του, και αυτό για να μην θεωρηθεί «απροσάρμοστη» στους κανόνες συμπεριφοράς της ομάδας (Ποταμιάνος, 2005).

→ Μέσα Μαζικής Ενημέρωση

Τα Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα η διαφήμιση, αποτελούν έναν ακόμα παράγοντα στην αύξηση του αλκοόλ, αφού στόχος της διαφήμισης είναι η ενημέρωση του κοινού για το προϊόν και η αύξηση των πωλήσεων. Δεκάδες διαφημιστικά σποτς προβάλλουν διαφόρων τύπων ποτά, τονίζοντας μόνο τα θετικά και αποσιωπώντας τις παρενέργειες του αλκοόλ στην υγεία. Δεν είναι καθόλου τυχαίο ότι οι διαφημίσεις αλκοολούχων ποτών προωθούν το μήνυμα ότι η κατανάλωση αλκοόλ βοηθά στην κοινωνική και στην σεξουαλική επιτυχία. Οι διαφημίσεις στοχεύουν στη δημιουργία προτύπων, οι νέοι συνήθως μιμούνται συμπεριφορές άλλων και επιβεβαιώνουν υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν την νεανική κουλτούρα (Ποταμιάνος, 2005, Πολυζωγοπούλου, χ.χ.).

→ Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία

Στην μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ συμβάλει και το είδος του επαγγέλματος που απασχολείται το άτομο, αν για παράδειγμα εργάζεται βράδυ (είναι καλλιτέχνης ή έχει νυχτερινό μαγαζί) ή η δουλειά του είναι μονότονη (ανειδίκευτοι εργάτες). Ακόμα και όταν κάποιος απουσιάζει για μεγάλο χρονικό διάστημα από την οικογένεια του όπως ο ναυτικοί (Ποταμιάνος, 2005).

Έπειτα, ο τρόπος ζωής ενός ατόμου θεωρείται και αυτός παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης αλκοόλ. Ιδιαίτερα ευάλωτα είναι τα άτομα που εργάζονται κάτω από πίεση, όπως στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι, δικηγόροι κ.α., οι οποίοι χρησιμοποιούν το αλκοόλ ως μέσο για να χαλαρώσουν, χρησιμοποιώντας συχνά την φράση "να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό.." (Ποταμιάνος, 2005).

Επιπλέον, στον τομέα της κοινωνιολογίας υπάρχουν δυο θεωρίες, αυτή που εξηγεί τους λόγους που ορισμένες ομάδες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά αλκοολισμού από άλλες και δεύτερον τους λόγους που ορισμένα άτομα γίνονται αλκοολικά ενώ άλλα όχι (Τσουραμάνης, 2008).

◆ Ατομικές Διαφορές

Ο Τσουραμάνης (2008), αναφέρει ότι σύμφωνα με την κοινωνικο-ψυχολογική θεωρία στον τομέα της κοινωνιολογίας, ο παράγοντας που κάνει τα άτομα αλκοολικά είναι ο συνδυασμός των χαρακτηριστικών της ευπαθούς προσωπικότητας και των συγκεκριμένων αξιών και δραστηριοτήτων μιας ομάδας, της οποίας τα μέλη κάνουν χρήση αλκοόλ. Για να επιτευχθεί αυτός ο συνδυασμός θα πρέπει να ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις:

- Τα άτομα αυτά θα πρέπει να έχουν τα χαρακτηριστικά της ευπαθούς προσωπικότητας (έντονη ανάγκη για εξάρτηση, αίσθηση αναξιοσύνης, αδυναμία του εγώ, απέχθεια προς τον εαυτό τους)

- Τα άτομα που γίνονται μέλη αυτών των ομάδων θεωρούν ότι ταιριάζουν απόλυτα με αυτές και πιστεύουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι ένδειξη ανδρισμού.

- Προκειμένου το άτομο να απολαμβάνει και να αποδεικνύει τον ανδρισμό του κάνει χρήση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ. Αυτό, έχει ως αποτέλεσμα να χάνει τον αυτοέλεγχό του και έτσι η ομάδα να αντιδρά προς αυτό το άτομο και να το απομακρύνει, καθώς ο αυτοέλεγχος είναι σπουδαίο χαρακτηριστικό για όλα τα μέλη της ομάδας.

- Μετά την απομάκρυνσή του από την ομάδα, το άτομο αυτό ψάχνει άτομα που είναι ανεκτικά στην χρήση αλκοόλ. Έτσι, ο ένας παρασύρει τον άλλον και οδηγούνται στον αλκοολισμό.

♦ Ομαδικές Διαφορές

Σύμφωνα με μια άλλη κοινωνιολογική θεωρία, τα υψηλά ποσοστά αλκοολισμού οφείλονται σε τρεις παράγοντες:

α) Στην παραγωγή έντονων εσωτερικών εντάσεων στα άτομα, από την κουλτούρα τους, όταν χρησιμοποιούν το ποτό για την εκδήλωση χαράς σε ένα ευτυχές γεγονός,

β) Στις πολιτισμικές εσωτερικές εντάσεις, που περιλαμβάνουν τα αισθήματα άγχους, τις ενοχές, τις συγκρούσεις, την καταπιεσμένη εχθρότητα και τις σεξουαλικές απογοητεύσεις. Αισθήματα που δημιουργούν οι παλιές γενιές στις νέες προκειμένου να αποφευχθούν συμπεριφορές και καταστάσεις του παρελθόντος και

γ) Για να αντιμετωπίσουν το στρες που προκαλεί η κουλτούρα τους, οι άνθρωποι στρέφονται στο αλκοόλ όταν δεν βρίσκουν άλλη λύση (Τσουραμάνης, 2008).

2.1.4. Ψυχολογικοί παράγοντες

Άτομα, τα οποία σχετίζονται με τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία και εφηβεία και έχουν υποστεί κάποιου είδους κακοποίησης στο παρελθόν

(σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική), είναι πιο πιθανό να ξεκινήσουν τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών σε μικρή ηλικία σε σχέση με άτομα που δεν έχουν κακοποιηθεί. Τα παιδιά που παραμελούνται, απορρίπτονται ή έχουν βιώσει την υπερπροστασία, συνήθως έχουν άσχημη εικόνα για τον εαυτό τους, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και είναι πληγωμένα και θυμωμένα. Εκδηλώνουν το θυμό τους προς τους άλλους αλλά και προς τον ίδιο τους τον εαυτό και εμφανίζουν παραπτωματική συμπεριφορά. Στη συγκεκριμένη περίπτωση τα παιδιά στρέφονται στο αλκοόλ για να χαλαρώσουν και να ξεχάσουν αυτό που τους πονάει ψυχικά (Καραμολέγκου, 2012 , Πουλόπουλος, 2009).

2.1.5. Πολιτισμικοί παράγοντες

Εδώ σημαντικό ρόλο παίζει η θρησκεία, τα ήθη και τα έθιμα του κάθε λαού. Σε κάποιες θρησκείες το αλκοόλ απαγορεύεται, όπως στους μουσουλμάνους, ενώ σε άλλες επιτρέπεται αλλά είναι ελεγχόμενο, όπως στους εβραίους. Στις περιπτώσεις που η κατανάλωση αλκοόλης είναι κοινωνικά αποδεκτή και ελεγχόμενη, οι πιθανότητες αλκοολισμού περιορίζεται σε σύγκριση με περιοχές που η χρήση αλκοόλ είναι ανεξέλεγκτη (Ποταμιάνος, 2005).

2.1.6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

1) Οικογένεια

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που συμβάλει στην κατανάλωση του αλκοόλ είναι η οικογένεια. Η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια και η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση έχει ως αποτέλεσμα την αντικοινωνική συμπεριφορά των παιδιών, η οποία μπορεί να τα οδηγήσει στην κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης, επηρεάζει και η άποψη των γονιών που έχουν για το αλκοόλ, πώς το αντιλαμβάνονται και τι πιστεύουν για αυτό (Λιάππας, 1991).

Ένα αίτιο της απομάκρυνσης της οικογένειας από την κοινωνία είναι οι σημαντικές αλλαγές που έχουν παρατηρηθεί στη λειτουργία της σημερινής "πυρηνικής" οικογένειας και οι οποίες οδηγούν στην αποκοπή της οικογένειας από το κοινωνικό σώμα (Μάτσα, 2007). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Μάτσα (2007: 195) «Πρόκειται για ένα πολιτιστικό φαινόμενο που χαρακτηρίζει την εποχή μας και συνοδεύεται από μικρού ή μεγάλου βαθμού ρήξεις (χωρισμούς, διαζύγια, θανάτους) στο εσωτερικό της οικογένειας».

Στην εποχή μας, η πυρηνική οικογένεια, συχνά μονογονεϊκή, επιδιώκει να είναι αυτόνομη μόνο μέσα στα πλαίσια της οικογένειάς της και καθλώνεται στο "εδώ και τώρα", κόβοντας κάθε δεσμό με την οικογενειακή παράδοση, τους συγγενείς και την κοινότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χάνει κάθε στήριγμα και να μένει μετέωρη σε έναν κόσμο που τον βιώνει ως ξένο, εχθρικό και απάνθρωπο. Η οικογένεια επιδιώκει να είναι αυτόνομη μέσα σε όρους που έχουν διαμορφωθεί με την απομάκρυνσή της από το κοινωνικό σύνολο και για τον λόγο αυτό ολόκληρη η οικογένεια δεν ωριμάζει συναισθηματικά. Αυτή είναι η οικογένεια "έφηβος" (Μάτσα, 2007).

Η απομάκρυνση της οικογένειας από το κοινωνικό σύνολο οφείλεται και στην κοινωνία, η οποία δημιουργεί τεράστια δυσφορία στο σύγχρονο άνθρωπο υποχρεώνοντάς τον να ζει σε συνθήκες κοινωνικής και πολιτιστικής παρακμής. Η κοινωνική κρίση αποτυπώνεται στις ρωγμές που ανοίγονται στον κοινωνικό ιστό (Μάτσα, 2007).

Οι κοινωνικές αντιφάσεις διαμορφώνουν όρους εξαιρετικής ευαλωτότητας, καθιστώντας δύσκολη την ενσωμάτωση στο κοινωνικό σύνολο. Η ανεργία, η υποαπασχόληση και η ελαστικοποίηση των μορφών εργασίας τροφοδοτούν την αβεβαιότητα, συντηρούν και αναπαράγουν την αίσθηση του εφήμερου, αναπαράγοντας έτσι, τους όρους της συναισθηματικής και σύγχρονης οικονομικής εξάρτησης από την οικογένεια (Μάτσα, 2007).

Συνεπώς, η καταφυγή σε ουσίες (αλκοόλ, ηρεμιστικά κ.α.) αρχικά από τους γονείς και έπειτα από το ίδιο το παιδί, λειτουργεί ως μέσο αυτοθεραπείας. Η καταφυγή των γονιών στη χρήση ουσιών, είτε αυτές είναι παράνομες είτε είναι νόμιμες, γίνεται διότι προσπαθούν να αντέξουν μια κατάσταση, η οποία είναι αφόρητη. Αυτοί οι γονείς προσφέρουν τα πάντα στο παιδί, από την άποψη των υλικών αγαθών, προσπαθώντας να μην του λείπει τίποτα και να ικανοποιήσουν κάθε του επιθυμία. Η οικογένεια πλέον, έχει αποτύχει στο ρόλο του κοινωνικού διαμεσολαβητή και δεν είναι ικανή να κοινωνικοποιήσει το παιδί της, ούτε και να του δώσει τα αναγκαία εφόδια (κυρίως ψυχολογικά) προκειμένου να οργανώσει τη ζωή του ανεξάρτητα από αυτήν. Η έλλειψη των αναγκαίων εφοδίων οδηγεί σε μια ελλειμματική ταυτότητα (Μάτσα, 2007).

Στο ψυχολογικό υπόστρωμα της εξάρτησης του παιδιού από τις εξαρτησιογόνες ουσίες, πρωταρχικό ρόλο έχει η συναισθηματική εξάρτησή του

από την οικογένεια, η παθολογική του προσκόλληση στον έναν ή και στους δύο γονείς και η υπερεμπλοκή των γονιών στη ζωή του. Οι γονείς δεν θέλουν να δεχτούν ότι το παιδί τους μεγάλωσε και πρέπει να φύγει από το σπίτι και να ζήσει μόνο του. Το παιδί ως καθρέφτης των βαθύτερων φόβων τους, δεν τολμά να φύγει από την πατρική οικία (Μάτσα, 2007). «Η εγκατάσταση της τοξικομανίας, η "αρρώστια" του παιδιού, επιτρέπει τη διατήρηση της ομοιότητας του οικογενειακού συστήματος. Τα ναρκωτικά γίνονται το μέσον με το οποίο "φεύγει μένοντας και μένει φεύγοντας"» (Μάτσα, 2007: 197).

Επιπλέον, η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει συχνά ότι τα παιδιά των αλκοολικών είναι βαρύτεροι πότες. Η διαπίστωση αυτή ισχύει και για την συμπεριφορά αλλά και για τις συνθήκες που αποκτούν τα παιδιά αυτά (Λιάππας, 1991).

Σύμφωνα με τον Λιάππα (1991), δυο είναι οι βασικοί παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία ενός μελλοντικού πότη. Ο πρώτος είναι η άποψη των γονιών για το οινόπνευμα και ο δεύτερος η πίεση των φίλων του για την εμπλοκή του χρήστη. Το οικογενειακό περιβάλλον και ειδικότερα οι πρώιμες παιδικές εμπειρίες, παίζουν βασικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας ενός μελλοντικού χρήστη.

2) Ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον- συναναστροφές

Τις περισσότερες φορές η χρήση ουσιών αρχίζει στην εφηβεία. Τα παιδιά σε αυτή την ηλικία παρασύρονται από τους φίλους τους και πειραματίζονται σε πολλές ουσίες. Η περιέργεια και η εύκολη εύρεση αυτών, αυξάνουν περισσότερο τις περιπτώσεις τα παιδιά αυτά να εθιστούν σε κάποια ουσία. Σημαντικό είναι και το πως αντιλαμβάνεται την ουσία ο περίγυρος των ατόμων. Η χρήση μπορεί να απαιτείται ως βασική προϋπόθεση για να αποτελέσει μέλος το άτομο σε μια κοινωνική ομάδα, η οποία μπορεί να τροποποιήσει και να κατευθύνει τη συμπεριφορά ενός μέλους, ειδικά όταν το άτομο αυτό βρίσκεται στο προεφηβικό στάδιο όπου η γονική επίδραση αρχίζει να εξασθενεί. Σε πολλές περιπτώσεις η χρήση κάποιας ουσίας θεωρείται ως προσόν και δείγμα δύναμης ή απελευθέρωσης. Το φιλικό περιβάλλον του νέου ατόμου παίζει καταλυτικό ρόλο στη συμπεριφορά του και στον αν θα εθιστεί στην ουσία ή όχι (Λιάππας, 1991).

3) Η υπόθεση της «αυτοθεραπείας»

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει στο παρελθόν, υποστηρίζεται ότι η χρήση ουσιών έχει σχέση με την αιτιολογία και την πρόγνωση διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών, όπως συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολίες προσοχής, διαταραχές τύπου υπερδραστηριότητας, αντικοινωνική συμπεριφορά, αγχώδες διαταραχές, δυσθυμικού τύπου καταστάσεις, φοβικά σύνδρομα, σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα και αυτοκτονικός ιδεασμός. Επίσης, υποστηρίζεται ότι οι υπάρχουσες ψυχοπαθολογικές διαταραχές παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία προδιάθεσης για την κατάχρηση ουσιών. Τέλος, σύμφωνα με κλινικές παρατηρήσεις και ψυχιατρικά διαγνωστικά ευρήματα έχει διαπιστωθεί ότι πολλά άτομα εμφανίζουν προδιάθεση για ουσιοεξάρτηση, εξαιτίας παθολογικών σωματικών καταστάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από χρόνιους πόνους, δυσφορικές συναισθηματικές καταστάσεις και υποκλινικές ψυχιατρικές συνδρομές (Λιάππας, 1991).

2.1.7. Οικονομικοί παράγοντες

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας ο οποίος μπορεί να οδηγήσει τους νέους στο αλκοόλ, είναι η οικονομική και κοινωνική κρίση που βιώνει η χώρα τα τελευταία χρόνια. Από σχετικές έρευνες προκύπτει ότι η άνοδος της ανεργίας αυξάνει τα ποσοστά των προβλημάτων που συνδέονται με το αλκοόλ. Τα μεγάλα ποσοστά ανεργίας και οι γρήγορες αλλαγές που προκαλούνται εξαιτίας της κρίσης, δημιουργούν ανασφάλεια, φόβο, έντονο άγχος και στρες στους νέους με αποτέλεσμα να στρέφονται στο ποτό προκειμένου να αισθανθούν καλύτερα ή να ξεχάσουν προσωρινά τα προβλήματα που τους απασχολούν (Μάτσα, 2012β).

Επιπλέον, οι γονείς μιας οικογένειας προκειμένου να εξασφαλίσουν τα χρήματα εκείνα που θα καλύπτουν τις απαραίτητες ανάγκες τους, εργάζονται όλο και περισσότερο με αποτέλεσμα τα παιδιά να νιώθουν εγκαταλελειμμένα, με πανικό και γενικότερα ένα αίσθημα δυσφορίας. Έτσι, καταφεύγουν στη χρήση αλκοόλ γιατί τους κάνει να αισθάνονται σημαντικοί, νιώθουν την αγάπη που στερούνται και την οποία έχουν ανάγκη, αλλά το βασικότερο είναι πως μέσα από αυτή τη διέξοδο πνίγουν τον πόνο τους. Ακόμη, στο αλκοόλ οδηγεί και ο κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν κάποιες οικογένειες λόγω των δυσμενών οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών στις οποίες ζουν (Μάτσα, 2012 , Χρήστου, 2005).

2.2. Εξάρτηση

Ο ορισμός της εξάρτησης αμφισβητείται καθώς υπάρχουν έντονες αντιθέσεις τόσο για το περιεχόμενο όσο και για τη διατύπωσή του. Σύμφωνα με το Γεωργάκα (2007), υπάρχει μια ερμηνεία η οποία είναι μεν απλή αλλά ταυτόχρονα και περιεκτική. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι: «εξάρτηση είναι η δουλική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ενός ατόμου και μιας ουσίας, μιας δραστηριότητας ή ενός άλλου ατόμου, που παρότι το πρώτο αναγνωρίζει ότι του ``κάνει`` κακό και επιθυμεί να τη διακόψει αδυνατεί να το πετύχει» (Γεωργάκας, 2007: 43).

Ένα άτομο για να οδηγηθεί στην εξάρτηση θα περάσει μια διεργασία, η οποία διαρκεί αρκετό χρονικό διάστημα και η οποία είναι εξατομικευμένη για τον κάθε χρήστη. Η πορεία και η εξέλιξη του εξαρτημένου καθορίζεται από μια ποικιλία εσωτερικών διαπροσωπικών και περιβαλλοντικών επιδράσεων. Η εξάρτηση, δηλαδή, ως κοινωνικό φαινόμενο είναι συνήθως παράγωγο της θυσίας των ηθικών αξιών, όπως της αξιοπρέπειας, του σεβασμού και της εντιμότητας (Γεωργάκας, 2002 , και 2007).

Η εξάρτηση εγκαθίσταται όταν ένα άτομο αντιληφθεί ότι για αυτόν είναι απαραίτητη η διαρκής χρήση της εξαρτησιογόνου ουσίας, ενώ η διακοπή της είναι αδύνατη. Η εξάρτηση διακρίνεται σε ψυχολογική και σωματική (φυσική) (Γεωργάκας, 2007).

Η ψυχολογική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από τη συνεχή επιθυμία χρήσης και κατάχρησης της ουσίας, τη μικρή τάση για αύξηση της δόσης ή απουσία της τάσης αυτής. Σκοπός του ατόμου είναι να προκαλέσει ευχαρίστηση ή να αποφύγει δυσάρεστα συναισθήματα όπως είναι η θλίψη, η απελπισία, το άγχος, το στρες ή η κατάθλιψη. Αναφέρεται ότι η ανακούφιση από κάτι δυσάρεστο, είναι ένα είδος επιβράβευσης που ονομάζεται αρνητική ενίσχυση. Οι δυσάρεστες συνέπειες που προκαλούνται είναι υποκειμενικές και δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστούν αντικειμενικά και ποσοτικά (Γεωργάκας, 2007 , Μήτρου, 2006).

Η σωματική εξάρτηση εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, όταν διακόπτεται ή μειώνεται η λήψη της ουσίας και υπάρχει έντονη επιθυμία να εξασφαλιστεί η δόση ή να την αυξήσει. Η σωματική εξάρτηση συχνά ονομάζεται και φυσική εξάρτηση. Η φυσική εξάρτηση

είναι ένα είδος προσαρμογής του οργανισμού στην παρουσία της ουσίας (Γεωργάκας, 2007 , Κωνσταντινίδης, 2004).

Ο ειδικός χρειάζεται να δείξει προσοχή ώστε να μην του διαφύγει η εξάρτηση από το αλκοόλ. Επειδή ο χρήστης συνήθως, χρησιμοποιεί την άρνηση και την εκλογίκευση ο ειδικός παίρνει πληροφορίες από το περιβάλλον του χρήστη. Η διάγνωση του αλκοολισμού γίνεται με βάση τα κριτήρια εξάρτησης από ουσίες ή κατάχρησης ουσιών σύμφωνα με το DSM-IV (Μανος, 2008).

Η κατάχρηση ουσιών χαρακτηρίζεται από έναν δυσπροσαρμοστικό τύπο, ο οποίος υποτροπιάζει και έχει βλαβερές συνέπειες λόγω της επανειλημμένης χρήσης. Όμως, δεν παρουσιάζεται ανοχή, στερητικό σύνδρομο ή καταναγκαστική χρήση (Μάνος, 2008).

Έτσι, λοιπόν, ο χρήστης σε μια περίοδο 12 μηνών παρουσιάζει ένα ή και περισσότερα από τα παρακάτω:

Διαγνωστικά κριτήρια κατάχρησης ουσιών κατά DSM-IV

- Το άτομο δεν είναι σε θέση να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του λόγω της υποτροπιάζουσας χρήσης ουσιών
- Η υποτροπιάζουσα χρήση σε περιστάσεις στις οποίες υπάρχει σωματικός κίνδυνος όπως για παράδειγμα στην οδήγηση αυτοκινήτου ή χειρισμοί μηχανήματος κα.
- Υποτροπιάζοντα νομικά προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση ουσιών
- Το άτομο εξακολουθεί να κάνει χρήση παρά το ότι έχει επίμονα ή υποτροπιάζοντα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα, τα οποία προκαλούνται ή παροξύνονται από τη δράση της ουσίας (Μάνος, 2008).

Σύμφωνα με την Ανδριάκαινα (2005) και τον Μάνο (2008) για να χαρακτηριστεί ένα άτομο εξαρτημένο από το αλκοόλ πρέπει να πληρεί τρία από τα παρακάτω κριτήρια:

Διαγνωστικά κριτήρια εξάρτησης

1. Η ουσία λαμβάνεται από το άτομο σε μεγαλύτερη ποσότητα ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από αυτό που έχει πρόθεση.
2. Υπάρχει έντονη επιθυμία ή έχει κάνει ανεπιτυχείς προσπάθειες για να ελέγξει τη χρήση ή να την μειώσει.

3. Για την προμήθεια της ουσίας, για χρήση ή για την αποκατάσταση από την επίδρασή της, καταναλώνεται μεγάλο μέρος του χρόνου του ατόμου.
4. Εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων ή καταστάσεων μέθης ενώ:
 - α) αναμενόταν να εκπληρωθούν σημαντικές υποχρεώσεις
 - β) πραγματοποιεί δραστηριότητες επικίνδυνες για τη σωματική ακεραιότητα
5. Σημαντικές επαγγελματικές, κοινωνικές ή ψυχολογικές ασχολίες εγκαταλείπονται λόγω της χρήσης της ουσίας.
6. Το άτομο που χαρακτηρίζεται από το σύνδρομο εξάρτησης έχει ανάγκη για την λήψη μεγαλύτερης ποσότητας της ουσίας, διότι όσο αυξάνεται η ανοχή, το άτομο αυξάνει την κατανάλωση, ή μπορεί να εμφανισθεί μειωμένη επίδραση από τη συνεχιζόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας.
7. Η χρήση της ουσίας συνεχίζεται παρά τη γνώση ενός διαρκούς ή περιοδικού κοινωνικού, ψυχολογικού προβλήματος υγείας που έχει προκληθεί ή επιδεινώνεται από την ουσία.
8. Το εξαρτημένο άτομο χρησιμοποιεί την ουσία πολλές φορές για να ανακουφιστεί ή για να αποφευχθούν τα στερητικά συμπτώματα.

Η Μήτρου (2006), αναφέρει ότι υπάρχουν τέσσερις αιτίες που οδηγούν στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Αυτές είναι:

Αιτία 1: Χημική ανισορροπία

Αιτία 2: Ανεπίλυτα γεγονότα του παρελθόντος

Αιτία 3: Πεποιθήσεις που δεν συμφωνούν με την αλήθεια

Αιτία 4: Ανικανότητα αντιμετώπισης τρεχουσών καταστάσεων

Αιτία 1: Χημική ανισορροπία

Η χημική ανισορροπία μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες. Για παράδειγμα, χημικές ουσίες παράγονται από τις εκκρίσεις του σώματος και οδηγούνται στον εγκέφαλο, προκαλώντας διάφορα συναισθήματα, όπως κατάθλιψη, στρες, άγχος, χαρά, ευφορία, θυμός κα. Επίσης, οι τροφές και τα υγρά που καταναλώνονται και τα χημικά που προσλαμβάνονται από ένα άτομο, επηρεάζουν τον τρόπο που αισθάνεται, ο οποίος με τη σειρά του δημιουργεί

άλλες χημικές ουσίες. Επιπλέον, χημικές ουσίες παράγονται και από τις σκέψεις που κάνει κάποιος και από τα συναισθήματα που νιώθει. Προκειμένου, λοιπόν, το άτομο να αλλάξει τον τρόπο που αισθάνεται, καταφεύγει στο αλκοόλ το οποίο δρα αποτελεσματικά. Αν δεν διορθωθεί η βαθύτερη αιτία, το άτομο θα συνεχίσει να είναι εξαρτημένο ώστε να ανακουφίζεται (Μήτρου, 2006).

Αιτία 2: Ανεπίλυτα γεγονότα του παρελθόντος

Γεγονότα του παρελθόντος μπορεί να προκαλέσουν δυσαρμονία στην τωρινή ζωή ενός ατόμου. Τέτοια γεγονότα μπορεί να είναι ο πόνος που έχει προκαλέσει ο εξαρτημένος σε κάποιο άτομο ή οι πληγές που άλλοι έχουν προξενήσει στον εξαρτημένο ή οι απώλειες που έχει υποστεί. Φυσικά συμπεριλαμβάνονται και γεγονότα της παιδικής ηλικίας, αλλά ακόμα και εκείνα που δεν θυμάται. Όλα αυτά οδηγούν στην κατάχρηση ουσιών (Μήτρου, 2006).

Αιτία 3: Πεποιθήσεις που δεν συμφωνούν με την αλήθεια

Όταν κάποιο άτομο έχει πεποιθήσεις που δεν συμφωνούν με την αλήθεια, δρα με τέτοιο τρόπο που δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Έτσι, προκαλείται απογοήτευση, εκνευρισμός και δυσαρμονία στο άτομο, με αποτέλεσμα να δημιουργείται χημική ανισορροπία και να ωθείται στο αλκοόλ για παρηγοριά. Αντίθετα, αν μάθει ο εξαρτημένος να ζει με την πραγματικότητα κυριεύεται από συναισθήματα που παράγουν χημική ισορροπία και συνεπώς καλά συναισθήματα (Μήτρου, 2006).

Αιτία 4: Ανικανότητα αντιμετώπισης τρεχουσών καταστάσεων

Όταν ένα άτομο δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τις τρέχουσες καταστάσεις στη ζωή του, προκαλείται εκνευρισμός, άγχος, στρες, φόβος, απογοήτευση και δυσαρμονία στη ζωή του. Αυτά δημιουργούν δυσαρμονία και οδηγούν στη χημική ανισορροπία και κατά συνέπεια το άτομο οδηγείται στην εξάρτηση (Μήτρου, 2006).

Οι παραπάνω αιτίες της εξάρτησης, είτε υπάρχουν ως μονάδες είτε σε συνδυασμό, βρίσκονται μέσα σε κάθε άτομο. Συνεπώς, οι λύσεις των αιτιών είναι

και αυτές μέσα σε κάθε άτομο. Αυτό που χρειάζεται είναι η πρόσβαση σε αυτές (Μήτρου, 2006).

Ένταξη των εξαρτημένων σε ομάδες

Σύμφωνα με τον Γεωργάκα (2002), υπάρχει πρόβλημα στην προσπάθεια ταξινόμησης των εξαρτημένων σε ομάδες με βάση κριτηρίων. Αυτή η προσπάθεια έχει προκαλέσει θετικές και αρνητικές κριτικές. Πολλοί υποστηρίζουν ότι οι εξαρτημένοι είναι μια ομοιογενής ομάδα με κοινό χαρακτηριστικό την έντονη επιθυμία τους να εξαρτώνται. Άλλοι, πάλι, υποστηρίζουν ότι χρειάζεται τη διαφοροποίηση των εξαρτημένων ειδικά όταν πρόκειται για άτομα με διαφορετικές εξαρτητικές δραστηριότητες. Η βασική διαφορά αυτών των δύο αντιλήψεων αφορά τη διαμόρφωση διαφορετικού σχεδιασμού αντιμετώπισης.

Έπειτα, υπάρχουν και αυτοί που υποστηρίζουν τη διάκριση των χρηστών, ανάλογα με τη διάθεση και την ικανότητά τους να ενταχθούν σε μια προσπάθεια απεξάρτησης. Αυτή η ομάδα βασίζεται στην επιθυμία του ίδιου του εξαρτημένου και είναι απαλλαγμένη από δογματισμούς (Γεωργάκας, 2002). Με βάση την παραπάνω ταξινόμηση, η οποία είναι και η πιο αποδεκτή, διακρίνονται τέσσερις κατηγορίες εξαρτημένων:

- α. Αυτούς που θέλουν αλλά δεν μπορούν να απεξαρτηθούν
- β. Αυτούς που μπορούν αλλά δεν θέλουν
- γ. Αυτούς που μπορούν και θέλουν
- δ. Αυτούς που ούτε μπορούν ούτε θέλουν (Γεωργάκας, 2002).

Για την αιτιολογία και την εξέλιξη του φαινομένου της εξάρτησης δεν υπάρχει μια απλή ερμηνεία καθώς έχουν διατυπωθεί θεωρίες και απόψεις, οι οποίες προκάλεσαν διαφωνίες. Αυτό γίνεται διότι υπάρχουν διάφοροι ερευνητές, οι οποίοι έχουν αντίθετους προσανατολισμούς και ο κάθε ένας υποστηρίζει τις δικές του αιτιολογικές απόψεις, δίνοντας έμφαση σε βιολογικούς, γενετικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Γεωργάκας, 2007).

2.3. Συνέπειες της χρήσης αλκοόλ

Έχουν δημιουργηθεί αντίθετες απόψεις για τα άτομα που κάνουν υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών, λόγω των αντικρουόμενων

επιπτώσεων που προκαλούνται στα άτομα. Από τη μία πλευρά, η χρήση αλκοόλ φέρνει χαρά, από την άλλη πλευρά όμως, φέρνει λύπη. Μελέτες έχουν δείξει ότι η μικρή κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να είναι ψυχολογικά, σωματικά και κοινωνικά ευεργετική. Για παράδειγμα χρησιμοποιείται για την μείωση εντάσεων και πιέσεων της καθημερινότητας, για να αισθάνονται καλύτερα τα άτομα, για καλύτερο ύπνο αλλά και για την αναπτέρωση του ηθικού. Η λέξη κλειδί λοιπόν είναι η μέτρια κατανάλωση (Τσουραμάνης, 2008).

Ωστόσο, η ανεξέλεγκτη χρήση αλκοολούχων ποτών μπορεί να προκαλέσει μεγάλα και σοβαρά προβλήματα τα οποία δεν θα μπορούν να μειωθούν στο μέλλον. Το αλκοόλ μπορεί να χαρακτηριστεί και ως δηλητήριο, το οποίο ανάλογα με τη χρήση του, έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει οξείες αλλά και χρόνιες επιπτώσεις σε έναν οργανισμό (Παπαγεωργίου, χ.χ , Σιμώνη, 2002).

Τα αλκοολούχα ποτά επηρεάζουν τη λειτουργία πολλών συστημάτων και οργάνων. Η δράση της αιθυλικής αλκοόλης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα εξαρτάται από το επίπεδό της στο αίμα. Αρχικά, το οινόπνευμα απορροφάται από το στομάχι και το λεπτό έντερο και διαχέεται σε όλους τους ιστούς σε μικρό χρονικό διάστημα. Ο μεταβολισμός του αλκοόλ γίνεται στο ήπαρ από το ένζυμο alcohol dehydrogenase σε ακεταλδεύδη και στη συνέχεια μεταβολίζεται σε διοξείδιο του άνθρακα και νερό. Η εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων γίνεται όταν η συγκέντρωση στο αίμα ξεπεράσει τα 40 mg %. Στην πραγματικότητα, η αλκοόλη είναι το πιο ισχυρό κατασταλτικό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς ιατρική συνταγή. Η πυκνότητα της αιθυλικής αλκοόλης στο αίμα εξαρτάται από την ποσότητα που καταναλώθηκε σε συνδυασμό με το βάρος του σώματος, το περιεχόμενο του στομάχου, το είδος του ποτού και τις συνυπάρχουσες παθήσεις. Αυτά επηρεάζουν την απορρόφηση, το μεταβολισμό και την κατανομή της αιθυλικής αλκοόλης στους ιστούς (Καρβουντζής, 1986 , Τριανταφυλλίδου & Τσουμάνου, 2006).

Αναλυτικότερα, οι παράγοντες που καθορίζουν τους βαθμούς τοξίκωσης είναι οι εξής:

α) Ένα μεγαλόσωμο άτομο μπορεί να είναι νηφάλιο ακόμα και αν έχει καταναλώσει 3-4 μπύρες, ενώ ένα μικρόσωμο άτομο και μόνο με μία μπύρα μπορεί να μεθύσει. Αυτό γίνεται διότι το άτομο που ζυγίζει περισσότερα κιλά έχει

μεγαλύτερη ανοχή από αυτό που ζυγίζει λιγότερα κιλά αφού το αλκοόλ διαλύεται στο αίμα (Τσουραμάνης, 2008).

β) Τα ποτά που έχουν μεγάλη περιεκτικότητα σε αλκοόλ αλλά και η ποσότητα κατανάλωσης μπορούν να οδηγήσουν σε γρήγορη μέθη (Τσουραμάνης, 2008).

γ) Σημαντικό ρόλο στην απορρόφηση του αλκοόλ έχει η τροφή, καθώς αυτή δεν αφομοιώνεται γρήγορα από τον οργανισμό. Για το λόγο αυτό, εάν υπάρχει τροφή στο στομάχι καθυστερείται η απορρόφηση του αλκοόλ από το αίμα με αποτέλεσμα οι συνέπειες του αλκοόλ στον οργανισμό να αποδυναμώνονται. Εάν όμως το στομάχι είναι άδειο τότε οδηγεί στη γρήγορη απορρόφηση του από το αίμα και στη γρηγορότερη τοξίκωση (Τσουραμάνης, 2008).

δ) Η συχνότητα χρήσης αλκοόλ αλλά και η ποσότητα κατανάλωσης δημιουργεί ανοχή στο άτομο. Έτσι, στην περίπτωση που δύο άτομα καταναλώνουν ίδια ποσότητα αλκοόλ, το άτομο με υψηλό επίπεδο ανοχής μεθά λιγότερο σε σύγκριση με το άτομο με χαμηλό επίπεδο ανοχής (Τσουραμάνης, 2008).

2.3.1. Οργανικές επιπτώσεις

Η χρόνια χρήση αλκοόλ προκαλεί διάφορες παθήσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Αυτές θα εξετάσουμε παρακάτω.

1. Κίρρωση του ήπατος-Λιπώδες ήπαρ-Χρόνια αλκοολική ηπατοπάθεια ή αλκοολική ηπατίτιδα

Η πιο συνηθισμένη οργανική διαταραχή που προκαλείται από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, σε συνδυασμό με τη διατροφή και την κατασκευή του σώματος, είναι οι βλάβες στο ήπαρ. Το ήπαρ βλάπτεται περισσότερο διότι η μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ περνά από το συκώτι και καταστρέφει τα κύτταρά του, με αποτέλεσμα να συσσωρεύεται λίπος σε αυτό. Η πιο σημαντική αιτία σοβαρής ασθένειας και πρόιμου θανάτου είναι το ουλώδες και λιπώδες συκώτι, αυτό που ονομάζεται κίρρωση του ήπατος (Τσαρούχας, 2000 , Τσουραμάνης, 2008).

Τα συμπτώματα που υπάρχουν στα άτομα με βλάβη στο ήπαρ είναι ο ίκτερος, τα ασκίτικα συμπτώματα, αλλά και η αύξηση του μεγέθους του ήπατος. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται παράλληλα με την μείωση βάρους, τη γυναικομαστία, με δευτεροπαθή ηπατικά σημεία και τη πιθανή αύξηση του

μεγέθους του σπλήνα. Ο θάνατος, η ηπατική εγκεφαλοπάθεια και τα οιδήματα εμφανίζονται στο τελικό στάδιο (Παπαγεωργίου, χ.χ.).

Υποστηρίζεται ότι τα ποτά με υψηλότερη περιεκτικότητα σε αλκοόλ προκαλούν μεγαλύτερη βλάβη από τα ποτά με χαμηλότερη περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Κάτι τέτοιο όμως, δεν ισχύει, γιατί το ήπαρ μεταβολίζει την αλκοόλη χωρίς να διακρίνει τα ποτά ανάλογα με την περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Συνεπώς, η κατάχρηση της μπύρας ή του κρασιού είναι τόσο βλαβερό όσο η κατάχρηση του ουίσκι ή του τζιν (Ποταμιάνος, 2005).

2. Καρδιαγγειακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια

Η κατάχρηση αλκοόλ επηρεάζει και άλλο ένα σημαντικό όργανο που είναι η καρδιά. Οι διαταραχές στη δομή και στη λειτουργία της καρδιάς προκαλούνται από το οινόπνευμα, το οποίο δρα τοξικά πάνω στον καρδιακό μυ. Το αλκοόλ αυξάνει τη λειτουργία της καρδιάς προκαλώντας αρρυθμίες και υψηλή πίεση (Παπαγεωργίου, χ.χ. . Ποταμιάνος, χ.χ. , Τσαρούχας, 2000).

Στα άτομα που πίνουν πολύ συνήθως εμφανίζονται βουλωμένες αρτηρίες στη καρδιά και μεγαλύτερο ποσοστό στεφανιαίας νόσου από ότι τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ σε μέτριες ποσότητες. Επίσης, μπορεί να προκληθεί καρδιομυοπάθεια που προσβάλλει τους καρδιακούς μύες ή μπορεί να προκληθούν αιμορραγικά εγκεφαλικά τα οποία εμφανίζονται όταν σπάει ή παρουσιάζεται αιμορραγία σε μια αρτηρία του εγκεφάλου (Τσουραμάνης, 2008).

3. Καρκίνος

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση καρκίνου. Όταν η κατάχρηση αλκοόλ συνδυάζεται με το κάπνισμα μπορεί να προκληθεί καρκίνος του στόματος, του λαιμού και των άλλων οργάνων του σώματος που προσβάλλονται από αυτό (Ποταμιάνος, 2005 , Τσουραμάνης, 2008).

Ο Τσουραμάνης (2008) αναφέρει ότι «η αιτιώδης επίπτωση της κατάχρησης αλκοόλ σε αυτές τις μορφές καρκίνου είναι περισσότερο έμμεση παρά άμεση: α) Το αλκοόλ δρα σαν μια ερεθιστική ουσία στους ιστούς του στόματος, του λαιμού και των άλλων σχετικών οργάνων και έτσι τα κάνει πιο ευπαθή στα καρκινογόνα που εισβάλλουν σε αυτά. β) Ορισμένα αλκοολούχα ποτά περιέχουν τα ίδια καρκινογόνες ουσίες. γ) Η κακή διατροφή του ατόμου που κάνει κατάχρηση αλκοόλ διευκολύνει το έργο αυτών των καρκινογόνων ουσιών

και δ) η κατάχρηση αλκοόλ ενισχύει τις καρκινογόνες συνέπειες του καπνίσματος» (Τσουραμάνης, 2008: 448-449).

4. Αλκοολική μυοπάθεια

Η κατάχρηση αλκοόλ σχετίζεται με τη χρόνια αλκοολική μυοπάθεια, η οποία χαρακτηρίζεται από τη φθορά και την αδυναμία των κεντρικών μυών κυρίως αυτών που βρίσκονται στα πόδια. Οι επιπτώσεις της ασθένειας αυτής είναι απροσδιόριστες αλλά υποστηρίζεται ότι η αλκοολική μυοπάθεια εμφανίζεται σε αλκοολικούς με δέκα χρόνια ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και έπειτα από καθημερινή υπερβολική κατανάλωση (Ποταμιάνος, 2005).

5. Οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα

Η παγκρεατίτιδα συχνά είναι αποτέλεσμα δηλητηρίασης με οινόπνευμα. Συνήθως προκαλούνται επιπλοκές στο γαστρεντερικό σύστημα όπως για παράδειγμα κοιλιακό άλγος, μετεωρισμός καθώς και κύστες στο πάγκρεας, κυκλοφοριακή ανεπάρκεια, ειλεό κλπ. Τα άτομα με χρόνια παγκρεατίτιδα εμφανίζουν το άλγος στη ράχη, παρουσιάζουν απώλεια βάρους και αδυναμία γενικότερα (Παπαγεωργίου, χ.χ.).

6. Υποσιτισμός

Ένα από τα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού είναι ο υποσιτισμός. Υποστηρίζεται ότι πολλοί προβληματικοί πότες χαρακτηρίζονται από ανεπαρκή διαίτα για το λόγο αυτό προκαλείται ο υποσιτισμός. Η πλειοψηφία των αλκοολικών που εισάγονται σε νοσοκομεία έχουν παρουσιάσει βαθμιαία απώλεια του βάρους τους. Ο υποσιτισμός οφείλεται κυρίως σε παράγοντες όπως η κακή πέψη, η δυσκολία απορρόφησης θρεπτικών συστατικών και ο ελαττωματικός μεταβολισμός αυτών των συστατικών (Ποταμιάνος, 2005).

7. Νευρολογικές διαταραχές

Από την κατάχρηση αλκοόλ προκαλούνται νευρολογικές διαταραχές. Μερικές από αυτές είναι η περιφερειακή νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff και η αλκοολική άνοια (Ποταμιάνος, 2005).

Αναλυτικότερα, η περιφερειακή νευροπάθεια εμφανίζεται στους χρόνιους αλκοολικούς με συμπτώματα στην περιφέρεια και στα πόδια. Συνήθως παρουσιάζονται άλγη στη γάμπα του ποδιού, αδυναμία των μυών, ελάττωση έως εξαφάνιση του αχίλλειου και κατόπιν του αντανακλαστικού της επιγονατίδας και

τέλος, ανεπάρκεια των αισθητηρίων οργάνων (Παπαγεωργίου, χ.χ. , Ποταμιάνος, 2005).

Η πιο σοβαρή επιπλοκή είναι η εγκεφαλοπάθεια Wernicke και το σύνδρομο Korsakoff, τα οποία οφείλονται στην ανεπάρκεια της θειαμίνης λόγω κακής διατροφής του χρόνιου αλκοολικού για μεγάλο χρονικό διάστημα (Μάνος, 2008).

- Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke είναι δυνητικά θανατηφόρα και χαρακτηρίζεται από θόλωση της συνείδησης, οφθαλμοπληγία και αταξία. Στην αυτοψία βρίσκονται αιμορραγίες στο εγκεφαλικό στέλεχος ιδιαίτερα στην περιοχή των μαστίων. Για να αποτραπεί ο θάνατος και να μειωθεί η υπολειμματική εγκεφαλική βλάβη είναι αναγκαία η άμεση θεραπεία με θειαμίνη (Μάνος, 2008).
- Το σύνδρομο Korsakoff μπορεί να εμφανιστεί ύστερα από επεισόδια τρομώδους παραληρήματος ή μπορεί να παραμείνει μετά τη θεραπεία της εγκεφαλοπάθειας του Wernicke. Από το σύνδρομο προκαλείται έκπτωση της βραχύχρονης και μακρόχρονης μνήμης, περιφερειακή νευροπάθεια, αταξία και οφθαλμοπληγία (Μάνος, 2008).

Τέλος, η αλκοολική άνοια χαρακτηρίζεται ως μία νόσος παρόμοια με την εγκεφαλοπάθεια του Wernicke και το σύνδρομο του Korsakoff. Οι επιπτώσεις της νόσου αφορούν τη δυνατότητα μάθησης, τη δυνατότητα οπτικής αντίληψης καθώς και τη δυνατότητα της αφαιρετικής σκέψης και της ψυχοκινητικής λειτουργίας (Ποταμιάνος, 2005).

8. Εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο

Σε έγκυες γυναίκες μπορεί να συμβεί αποβολή του εμβρύου ή να αναπτυχθεί αλκοολικό εμβρυικό σύνδρομο όπου το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του εμβρύου έχει υποστεί βλάβη. Χαρακτηριστικά του εμβρύου είναι η μικρή διάμετρος της κεφαλής, ελλιπές βάρος και μέγεθος του βρέφους, η επιπέδωση των χαρακτηριστικών του προσώπου, ο χαμηλός δείκτης ευφυΐας και άλλες δυσφορίες (Μάνος, 2008 , Τσουραμάνης, 2008).

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (2005), υπάρχουν πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις του αλκοολισμού και είναι οι εξής:

- Εμφάνιση διαταραχών στη γονιμότητα της μητέρας και στην ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης.

- Επιβράδυνση της ενδομητριάκης ανάπτυξης του εμβρύου.
- Πρόκληση χαρακτηριστικών του Εμβρυακού Αλκοολικού Συνδρόμου.
- Εμφάνιση διαταραχών ηπιότερης μορφής όπου υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθούν σε νευρολογικές ή/και διανοητικές διαταραχές.

2.3.2. Ψυχικές διαταραχές

Τα οινοπνευματώδη ποτά δρουν στον ψυχικό κόσμο των ατόμων που τα καταναλώνουν. Όσο πιο μεγάλη είναι η ποσότητα που καταναλώνει ένα άτομο τόσο αυξάνεται και η δράση του πάνω στις διάφορες ψυχικές λειτουργίες. Όταν η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ είναι χρόνια τότε μερικές φορές οι ψυχικές διαταραχές που προκαλούνται δεν είναι επανορθώσιμες. Οι διαταραχές χωρίζονται ανάλογα με τη συμπτωματολογία που παρουσιάζουν σε αυτοτελείς ψυχικές ασθένειες προκειμένου να είναι πιο εύκολη η διάγνωση και η θεραπεία. Γενικότερα, οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να προϋπάρχουν του αλκοολισμού, μπορεί να είναι αποτέλεσμα της εξάρτησης από το αλκοόλ ή να εμφανίζονται ανεξάρτητα από τον αλκοολισμό (Παπαγεωργίου, χ.χ. , Ποταμιάνος, 2005).

1. Μέθη

Η μέθη είναι μια διαταραχή, η οποία μπορεί να επανορθωθεί μετά την παύση της δράσης του αλκοόλ στον εγκεφαλικό ιστό. Η μέθη χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές ή ψυχολογικές μεταβολές όπως εύθυμη διάθεση, μείωση της κριτικής σκέψης, διευκόλυνση της επικοινωνίας, δυσαρθρική ομιλία, αστάθεια βαδίσματος, διαταραχή συντονισμού κινήσεων, κατάθλιψη κ.α. (Μάνος, 2008 , Παπαγεωργίου, χ.χ.).

Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (χ.χ.), εκτός από την απλή μέθη σε πολλά άτομα παρουσιάζεται και η παθολογική μέθη, η οποία χαρακτηρίζεται από ποιοτικές και ποσοτικές διαφορές στα συμπτώματα από την απλή μέθη. Το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τις ψυχοκινητικές του λειτουργίες, έχει φανταστικές ιδέες και παραλήρημα, άγχος, θυμό και καταλήγει σε βαθύ ύπνο και αμνησία.

2. Παράφρονη ζήλια

Παρουσιάζεται κυρίως σε άντρες, οι οποίοι έχουν έντονες ιδέες ζήλιας σε παράλογη μορφή. Ο αλκοολικός κατηγορεί τη σύζυγο-σύντροφό του ότι τον απατά και ελέγχει κάθε κίνησή της. Κάθε σκέψη του καταλαμβάνεται από αυτές

τις ιδέες και αν βρίσκεται σε θεραπεία, δεν μπορεί να τη συνεχίσει γιατί πρέπει να ελέγχει τις κινήσεις της συζύγου-συντρόφου του (Παπαγεωργίου, χ.χ.).

3. Αλκοολική παρανοϊκή κατάσταση

Εμφανίζεται κυρίως σε άτομα υστερικά ή σχιζοειδικά. Τα άτομα αυτά νομίζουν ότι όλοι ασχολούνται με αυτούς, αυτοπροβάλλονται και έχουν έντονες και επίμονες ψευδαισθήσεις. Ο αλκοολικός διακατέχεται από έντονο άγχος και φόβο, όμως δεν υπάρχει θόλωση της συνείδησης (Μάνος, 2008 , Παπαγεωργίου, χ.χ.).

4. Αλκοολικό παραλήρημα

Το άτομο όταν βρίσκεται σε αλκοολικό παραλήρημα έχει έντονες οπτικοακουστικές παραληρητικές καταστάσεις. Ο αλκοολικός ακούει φωνές προσώπων τα οποία ασχολούνται με αυτόν, τον κατηγορούν και τον κριτικάρουν. Αυτά δημιουργούν άγχος, κατάθλιψη και τάσεις αυτοκτονίας. Το αλκοολικό παραλήρημα μπορεί να διαρκέσει από μερικές εβδομάδες έως και μήνες και μπορεί να καταλήξει και σε χρόνιες ψυχωτικές καταστάσεις (Παπαγεωργίου, χ.χ.).

Οι χρόνιες ψυχωτικές καταστάσεις είναι:

Η ψύχωση Korsakow

Είναι μια ασθενική ψυχική κατάσταση και εμφανίζεται σε χρόνιους αλκοολικούς μεταξύ πεντηκοστού και εξηκοστού έτους σε ποσοστά 3-5%. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η απώλεια ενδιαφέροντος και η ψυχική κούραση. Με την πάροδο του χρόνου εμφανίζονται ελαφρές διαταραχές της νόησης, της συγκέντρωσης και του θυμητικού. Στις θυμητικές διαταραχές ο χρήστης θυμάται το μακρινό παρελθόν όχι όμως το άμεσο παρελθόν. Εάν όμως, η κατάχρηση αλκοόλ συνεχιστεί τότε παρουσιάζονται έντονες θυμητικές διαταραχές, διαταραχές του προσανατολισμού, απώλεια της κρίσης και ανύπαρκτη προσωπικότητα (Παπαγεωργίου, χ.χ.).

Το Delirium Tremens

Παρουσιάζεται έπειτα από χρόνια κατάχρηση αλκοόλ κυρίως μετά το τριακοστό έτος σε ποσοστό 84%. Είναι η πιο συχνή αλκοολική ψυχωτική κατάσταση και μπορεί να εμφανιστεί είτε μετά από απότομη διακοπή της χρήσης

αλκοόλ είτε και κατά τη διάρκεια της χρήσης. Τα πρώτα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι οι επιληπτικές κρίσεις, το τρέμουλο των χεριών, οι διαταραχές του ύπνου, η ψυχοκινητική ανησυχία, η έντονη νευρική κατάσταση και τα αγχώδη όνειρα. Εάν, το άτομο δεν καταφύγει πάλι στο ποτό αλλά ούτε σε ειδικό για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτών, τότε επιβαρύνεται η γενική κατάσταση του ασθενή με έντονο άγχος θανάτου, δυσαρθρία και τρέμουλο της φωνής, διαταραχή της κινητικότητας των άκρων και ελαφρά κυάνωση του προσώπου. Επίσης, ο ασθενής είναι αποπροσανατολισμένος και δεν μπορεί να κοιμηθεί και έχει οπτικό παραλήρημα, το οποίο παρουσιάζεται συνήθως με μορφή ζώων που προκαλεί φόβο στον ασθενή και προσπαθεί να το αποφύγει (Παπαγεωργίου, χ.χ.).

Τέλος, υπάρχουν ορισμένα συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται σχεδόν σε όλα τα χρόνια αλκοολικά άτομα και δεν παρουσιάζονται σαν ιδιαίτερη ασθένεια. Συνήθως, τα συμπτώματα αυτά αντιμετωπίζονται σαν φυσικό επακόλουθο του περάσματος των χρόνων, όμως αυτή η στάση είναι λάθος (Παπαγεωργίου, χ.χ.).

Τέτοια συμπτώματα είναι:

- Η ελάττωση της ικανότητας για μάθηση
- Η ελάττωση της ικανότητας για προσοχή
- Η διαταραχή της μνήμης και της συγκέντρωσης
- Η μείωση της φαντασίας
- Η μείωση της εμπιστοσύνης τόσο στον εαυτό του όσο και στους άλλους
- Η συναισθηματική αστάθεια
- Η μείωση της ικανότητας για παραγωγική εργασία
- Η σωματοψυχική κόπωση (Παπαγεωργίου, χ.χ.).

2.3.3. Η δράση του οινοπνεύματος στον εγκέφαλο

Οι ενέργειες του οινοπνεύματος στον εγκέφαλο είναι ανάλογες με την περιεκτικότητα της ουσίας στο αίμα. Το οινόπνευμα κινείται στον εγκέφαλο ανάμεσα στα νευρικά κύτταρα και αλλάζει την λειτουργία των νευρώνων. Μέχρι 0,5° /οο υπάρχει μείωση της ικανότητας υπολογισμού του χώρου, όμως η διάθεση είναι καλή. Από 0,5°/οο έως 0,8°/οο ο χρήστης δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και

δεν μπορούν να προσαρμοστούν τα μάτια του γρήγορα στις αλλαγές του φωτισμού. Από 0,8^ο/οο-1,2^ο/οο παρουσιάζεται ελαφρά θόλωση του μυαλού, άμβλυνση της αντίληψης και ανικανότητα του ατόμου σε μεγάλο βαθμό να υπολογίσει τις αποστάσεις διαφόρων αντικειμένων (Αβραμίδης, 1991 , Παπαγεωργίου, χ.χ.).

Από 1,2^ο/οο έως 2,4^ο/οο το άτομο νιώθει έντονη ευφορία, υπερεκτιμά τις ικανότητές του ενώ στην πραγματικότητα οι ικανότητες του έχουν μειωθεί κατά πολύ. Από 2,4^ο/οο έως 3,0ο/οο προκαλείται βαριά διαταραχή της κινητικότητας και των αντανακλαστικών, μειώνεται η ικανότητα του χρήστη να προσανατολιστεί και δεν μπορεί να θυμηθεί διάφορα γεγονότα. Πάνω από 3,0ο/οο υπάρχει κίνδυνος δηλητηρίασης από το αλκοόλ, χάσιμο των αισθήσεων και ακόμα μπορεί να προκληθεί θάνατος λόγω εισρόφησης ή αναπνευστικής παράλυσης (Αβραμίδης, 1991 , Παπαγεωργίου, χ.χ.).

Γενικά, η δράση του αλκοόλ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως την ηλικία, το σωματικό βάρος, τις αλκοολικές συνήθειες, το χρόνο κατανάλωσης κα (Παπαγεωργίου, χ.χ.).

2.3.4. Κοινωνικές επιπτώσεις

Η κατανάλωση αλκοόλ με μέτρο μπορεί να βοηθάει το άτομο να χαλαρώνει, να διασκεδάζει και να είναι πιο κοινωνικό, όμως, η υπερβολική κατανάλωση οδηγεί σε διάφορες αρνητικές κοινωνικές συνέπειες. Τέτοιες είναι τα τροχαία ατυχήματα και γενικά τα ατυχήματα, η εγκληματικότητα, η αυτοκτονία, η κακή απόδοση στη δουλειά κα. (Καρβουντζής, 1986 , Τσουραμάνης, 2008).

Αναλυτικότερα, ένα ποσοστό των ατυχημάτων όπως πνιγμοί, φωτιές, εργατικά και ειδικά τα τροχαία ατυχήματα, οφείλονται στη κατάχρηση αλκοόλ. Υποστηρίζεται ότι ένας οδηγός που έχει κάνει χρήση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει 6 φορές περισσότερους νεκρούς και σοβαρά τραυματισμένους από ότι ένας οδηγός που δεν έχει πει. Εξαιτίας του αλκοόλ μειώνεται η προσοχή, ο συντονισμός και η επιδεξιότητα των κινήσεων, η ικανότητα όρασης και δημιουργείται κόπωση και υπνηλία. Οι συνέπειες αυτές υπάρχει περίπτωση να προκληθούν και μετά από λήψη μικρών ποσοτήτων αλκοόλ (Τσαρούχας, 2000).

Στις κοινωνικές συνέπειες περιλαμβάνονται και τα υψηλά ποσοστά εγκληματικότητας. Όταν ένα άτομο είναι εθισμένο στο αλκοόλ δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του και προκειμένου να εξασφαλίσει τη “δόση” του προβαίνει σε παράνομες ενέργειες. Για παράδειγμα, έχουν πραγματοποιηθεί συλλήψεις από παραβίαση των νόμων, για διατάραξη δημόσιας τάξης, αλητεία κα. Οι παραβάτες συνήθως διαπράττουν πολλαπλά εγκλήματα όπως βανδαλισμοί, κλοπές και συμπλοκές. Έπειτα, το αλκοόλ συμβάλλει σημαντικά στη διάπραξη βίαιων επιθέσεων, βιασμών, ανθρωποκτονιών και αυτοκτονιών (Κύρος, 2009 , Τσουραμάνης, 2008).

2.3.5. Επιπτώσεις στην οικογένεια

Η χρήση οινοπνεύματος στην οικογένεια δεν είναι ατομικό ζήτημα αλλά συνδέεται με το οικογενειακό σύστημα. Η κατανόηση της οικογένειας του αλκοολικού είναι δύσκολη γιατί όπως κάθε οικογένεια, έτσι και αυτή χαρακτηρίζεται από μια σύνθετη δυναμική. Τα μέλη της οικογένειας χωρίς να το θέλουν και χωρίς να το καταλαβαίνουν εμπλέκονται στη διαδικασία της εξάρτησης διότι εξαρτώνται από τη συμπεριφορά του αλκοολικού (Ποταμιάνος, 2005 , Σιμώνη, 2002).

Η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα σε έναν γάμο, όπως αλλαγή των ρόλων στην οικογένεια, ανεπαρκή επικοινωνία και για αυτό καλείται «αλκοολικός» γάμος. Ένα από τα χαρακτηριστικά του “αλκοολικού” γάμου είναι τα παθολογικά στοιχεία σχετικά με την επιβολή ελέγχου και εξουσίας που ασκεί ο ένας σύζυγος στον άλλον. Σε περίπτωση που υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια η χρήση αλκοόλ τα επηρεάζει και αυτά, καθώς αισθάνονται άγχος λόγω της συμπεριφοράς των γονέων τους, δημιουργούνται προβλήματα στην κοινωνική τους προσαρμογή και δυσκολεύονται να συνάψουν σχέσεις (είτε φιλικές, είτε ερωτικές) και να τις διατηρήσουν. Επιπλέον, παρατηρείται ότι τα παιδιά των αλκοολικών είναι επιθετικά, υπερκινητικά, έχουν τάσεις αυτοκαταστροφής και έχουν μεγάλες πιθανότητες να γίνουν και αυτά αλκοολικοί όταν ενηλικιωθούν (Ποταμιάνος, 2005).

Σύμφωνα με τη Σιμώνη (2002), υπάρχουν πέντε φάσεις τις οποίες περνά η οικογένεια του αλκοολικού.

α) Στην πρώτη φάση, όπως και ο αλκοολικός, έτσι και η οικογένειά του αρνείται ότι υπάρχει πρόβλημα, το διαψεύδει και το κρύβει. Προσπαθεί συνεχώς να βρίσκει δικαιολογίες ώστε να καλύπτει αυτό που συμβαίνει και τα συναισθήματα που αυτό προκαλεί (Σιμώνη, 2002).

β) Στη δεύτερη φάση, η οικογένεια πλέον προσπαθεί να ελέγξει την κατάσταση καθώς αντιλαμβάνεται την ύπαρξη του προβλήματος γιατί είναι οφθαλμοφανές. Ξεκινούν οι τσακωμοί, οι απειλές και οι επιπλήξεις προς το άτομο που κάνει τη χρήση για να μην πίνει. Όμως, αυτή η κατάσταση οδηγεί στην απελπισία το χρήστη και συνεπώς στην αύξηση του ποτού (Σιμώνη, 2002).

γ) Στη τρίτη φάση το πρόβλημα γίνεται αντιληπτό από τον κοινωνικό περίγυρο με αποτέλεσμα τα μέλη της οικογένειας να νιώθουν ντροπή, να αποφεύγουν τις κοινωνικές συναναστροφές και να απομονώνονται. Η οικογένεια καταρρέει και φοβάται για το χρήστη καθώς η εξάρτηση από το ποτό δεν μπορεί να ελεγχθεί (Σιμώνη, 2002).

δ) Στη τέταρτη φάση ο αλκοολικός δεν έχει πια ούτε ευθύνες, ούτε το ρόλο του συζύγου-γονέα στην οικογένεια καθώς όλες οι ευθύνες και τα καθήκοντα αναλαμβάνονται από τον/τη σύζυγό του προκειμένου να επέλθει κάποια ισορροπία. Τα μέλη της οικογένειας φέρονται με οίκτο στον αλκοολικό και όχι με απειλές και επιπλήξεις (Σιμώνη, 2002).

ε) Στη πέμπτη φάση γίνονται προσπάθειες ανεξαρτητοποίησης και σκέψεις για διαζύγιο, εάν δεν κάνει προσπάθειες για απεξάρτηση ο χρήστης. Αν ο εξαρτημένος γνωρίζει ότι αυτό είναι μόνο απειλή και δεν πρόκειται να πραγματοποιηθεί τότε δεν προσπαθεί να σταματήσει την κατανάλωση αλκοόλ. Όμως, ακόμα και αν αυτό δεν είναι απλά απειλή αλλά υπάρχει το ενδεχόμενο της πραγματοποίησης και πάλι δεν θα υπάρχει θεραπεία. Η θεραπεία θα είναι επιτυχής μόνο όταν το αποφασίσει το ίδιο το άτομο και το επιθυμεί (Σιμώνη, 2002).

Τέλος, ότι αναφέρθηκε παραπάνω δεν αφορά μόνο την οικογένεια αλλά και τα άτομα από το στενό περιβάλλον του εξαρτημένου όπως φίλοι και συνεργάτες. Τα άτομα αυτά που είναι συναισθηματικά δεμένα με τον αλκοολικό συμπάσχουν και υποφέρουν για τον άνθρωπό τους καθώς και αρρωσταίνουν και οι ίδιοι πνευματικά, συναισθηματικά και κοινωνικά. Νιώθουν απογοήτευση, πληγώνονται και πονούν, αγανακτούν και θυμώνουν για τις ευθύνες που έχουν

αναλάβει αποκλειστικά μόνοι τους και φοβούνται μην ρεζιλευτούν σε συγκεντρώσεις, σε περίπτωση που ο αλκοολικός φύγει από τον έλεγχο λόγω του ποτού. Για το λόγο αυτό, όλα τα άτομα που έχουν στενές σχέσεις με τον εξαρτημένο είναι αναγκαίο να φροντίσουν τον εαυτό τους και να εγκαταλείψουν την πεποίθηση ότι μπορούν να τα καταφέρουν όλα μόνοι τους, καταφεύγοντας σε ειδικούς (Σιμώνη, 2002).

2.3.6. Επιπτώσεις στην οικονομία

Οι οικονομικές επιπτώσεις έχουν δύο όψεις. Από την μια πλευρά είναι το κόστος και από την άλλη πλευρά είναι το κέρδος. Αρχικά, οι επιπτώσεις του αλκοολισμού δεν επηρεάζουν μόνο τον ίδιο τον αλκοολικό και την οικογένεια ή το στενό του περιβάλλον αλλά επηρεάζουν και ολόκληρη την κοινωνία (Ποταμιάνος, 2005).

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (2005), υπάρχουν δύο προσεγγίσεις για το κόστος του αλκοολισμού. Η μια όπως χαρακτηριστικά αναφέρει έχει να κάνει «με τις εκτιμήσεις του κόστους όπως αυτό αξιολογείται από παράγοντες, όπως η θνησιμότητα εξαιτίας του αλκοολισμού, νοσοκομειακές ή άλλες υπηρεσίες, μειωμένη παραγωγικότητα, απουσία από την εργασία κα. Αντιθέτως, η δεύτερη διερευνά την ανάπτυξη κριτηρίων “κόστους-αποτελεσματικότητας” σχετικά με τα προβλήματα που συνδέονται με τον αλκοολισμό» (Ποταμιάνος, 2005: 114).

Στη συνέχεια, το κέρδος που αποφέρει το αλκοόλ στην κοινωνία έχει σχέση με τις πωλήσεις των αλκοολούχων ποτών. Δηλαδή, το κέρδος υπολογίζεται με τις πωλήσεις των αλκοολούχων ποτών που αποφέρουν κέρδη αλλά και από την εργασία που προσφέρεται από την αγορά και από τη βιομηχανία του αλκοόλ (Ποταμιάνος, 2005).

2.3.7. Παράγοντες που επιδεινώνουν τις επιπτώσεις

Οι επιπτώσεις που προκαλούνται από τη χρήση αλκοόλ μπορεί να επιδεινωθούν από ορισμένους παράγοντες. Αναλυτικότερα, εάν παράλληλα με την κατανάλωση αλκοόλ γίνεται χρήση φαρμάκων τότε είναι πολύ πιθανό να δημιουργηθεί κίνδυνος για τον οργανισμό. Επίσης, σπουδαίο ρόλο έχει η ταχύτητα κατανάλωσης και ο εθισμός. Δηλαδή, όσο πιο γρήγορα καταναλώνει ένα άτομο οινόπνευμα, τόσο πιο πολύ επιδρά το αλκοόλ στον οργανισμό. Ενώ

άτομα που δεν είναι εθισμένα στην κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζονται πολύ πιο γρήγορα ακόμα και με μικρές ποσότητες (Σώκου, 1994) .

Έπειτα, οι συνέπειες στη συμπεριφορά μπορεί να επιδεινωθούν από τη νικοτίνη και το καφέ διότι οι ουσίες αυτές διεγείρουν το νευρικό σύστημα και όταν λαμβάνονται μαζί με το αλκοόλ επιβραδύνεται η αποβολή του οινοπνεύματος καθώς το συκώτι έχει να "εξουδετερώσει" και άλλες ουσίες. Επιπροσθέτως, υπάρχει η πιθανότητα να προκληθούν ανεπιθύμητες αντιδράσεις, επιθετικότητα και ανασφαλής οδήγηση όταν το άτομο κάνει χρήση ενώ είναι κουρασμένο, έχει άγχος, νεύρα κτλ (Σώκου, 1994).

2.4. Στερητικό σύνδρομο

Στερητικό σύνδρομο ονομάζεται η ανάπτυξη σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, τα οποία εμφανίζονται όταν, με απότομο τρόπο, διακόπτεται ή μειώνεται σε πολύ μεγάλο βαθμό η χρήση κάποιας ουσίας, στην οποία υπάρχει σωματικός εθισμός . Είναι αρκετά σημαντικό να τονισθεί ότι το στερητικό σύνδρομο δεν είναι απλά μια αντίδραση, αλλά αποτελεί φαινόμενο που εμφανίζει πολλαπλά πιθανά συμπτώματα σχετικά με τον αριθμό και την έντασή τους (Λιάππας, 1991 , Μήτρου, 2006).

Το αλκοολικό στερητικό σύνδρομο εμφανίζεται συνήθως 6 έως 24 ώρες μετά την παύση ή και την ελάττωση των μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ. Μπορεί όμως, να εμφανισθεί ακόμη και μετά από 36 ώρες από τη χρήση αλκοόλ. Ο χρόνος εμφάνισης του συνδρόμου εξαρτάται από τον μεταβολισμό του κάθε χρήστη (Μάνος, 2008 , Λιάππας, 1991).

Όταν ο χρήστης απέχει μερικές εβδομάδες από το αλκοόλ, τότε αρχίζουν να τελειώνουν τα στερητικά συμπτώματα και επιστρέφουν τα συμπτώματα της υποβόσκουσας κατάστασης, που κάλυπτε το αλκοόλ. Αν όμως, η κατάσταση αυτή δεν θεραπευτεί, μπορεί να δημιουργήσει δυσφορία στον αλκοολικό και να τον ωθήσει να επιστρέψει στη χρήση (Μήτρου, 2006).

Ο χρόνιος αλκοολισμός παρουσιάζει κάποιες ιδιομορφίες σχετικά με το σύνδρομο στέρησης, επειδή το πρόβλημα της φυσικής εξάρτησης συνυπάρχει

συνήθως με ποικίλα συμπτώματα, που οφείλονται στη χρόνια τοξικότητα του οινοπνεύματος (Μαρσέλος, 1997).

Το στερητικό σύνδρομο από το οινόπνευμα, όπως και από τα άλλα κατασταλτικά φάρμακα, έχει συχνά μοιραία κατάληξη. Για το λόγο αυτό, εάν υπάρχουν δείγματα ότι ο ασθενής θα αναπτύξει ισχυρά στερητικά συμπτώματα, η ένταση των οποίων είναι ανάλογη της δόσης και του χρονικού διαστήματος της τακτικής χρήσης του αλκοόλ, τότε η αντιμετώπιση γίνεται μέσα στο νοσοκομείο, ακολουθώντας την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Η αγωγή αυτή περιλαμβάνει δόσεις φαρμάκου που πρέπει να απαλύνουν τον ασθενή από όλα σχεδόν τα δυσάρεστα συμπτώματα (Μαρσέλος, 1997 , Λιάππας, 1991).

Σύμφωνα με τους Μάνο (2008), Μαρσέλο (1997) και Μήτρου (2006), τα πρώτα σημεία και συμπτώματα του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου είναι τα ακόλουθα:

- Αδρός τρόμος των χεριών, της γλώσσας, των χειλιών και των βλεφάρων
- Ταχυκαρδία
- Ελαφρύς πυρετός
- Εφίδρωση
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση
- Κακουχία ή αδυναμία
- Απώλεια μνήμης σε ότι αφορά τα πρόσφατα γεγονότα
- Υπέρπνοια
- Διαταραχή προσανατολισμού ως προς το χώρο, το χρόνο, το περιβάλλον
- Ναυτία, εμετό, κοιλιακό άλγος, διάρροια
- Κεφαλαλγία
- Υπερφαγία
- Μείωση ενεργητικότητας
- Ευερεθιστότητα, διέγερση, άγχος ή και κατάθλιψη
- Παροδικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις
- Εκδήλωση επιθετικών διαθέσεων
- Τάσεις αυτοκτονίας

Τις περισσότερες φορές, τα συμπτώματα ξεκινούν με κάποια κινητική ανησυχία, φόβο, ανήσυχο ύπνο, ταχυκαρδία, εφίδρωση αλλά και με σπασμούς. Συνήθως, τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται 24-28 ώρες μετά το τελευταίο ποτό (Μαρσέλο, 1997).

Σύμφωνα με το Μάνο (2008), τα διαγνωστικά κριτήρια της Στερητικής Διαταραχής από Αλκοόλ κατά DSM-IV είναι τα εξής:

A. Παύση ή μείωση της χρήσης αλκοόλ, η οποία υπήρξε βαριά και παρατεταμένη.

B. Δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω, που αναπτύσσονται μέσα σε μερικές ώρες έως και λίγες μέρες μετά από το Κριτήριο A:

(1) Υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος

(2) Αυξημένος τρόμος των χεριών

(3) Αϋπνία

(4) Ναυτία ή εμετός

(5) Παροδικές οπτικές, απτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις

(6) Ψυχοκινητική διέγερση

(7) Άγχος

(8) Σπασμοί grand mal

Γ. «Τα συμπτώματα στο Κριτήριο B προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας» (Μάνος, 2008: 524).

Δ. «Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση και δεν εξηγούνται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή» (Μάνος, 2008: 524).

2.5. Νέοι και αλκοόλ

Μπορεί το πρόβλημα της χρήσης αλκοόλ να θεωρείται από μερικούς ανθρώπους μεμονωμένο, όμως, έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται με μια γενικότερη "αναταραχή" της συμπεριφοράς κατά την εφηβεία, όπως ο υπέρμετρος αυθορμητισμός, η έλλειψη συγκαταβατικότητας με τα κοινωνικά δεδομένα αλλά και η διάθεση απόκτησης εμπειριών σχετικών με τις αισθήσεις. Η χρήση και η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να αποτελέσει αιτία για την εμφάνιση της Οριακής

Διαταραχής Προσωπικότητας. Έπειτα από έρευνα, διαπιστώθηκε ότι το 60% των ατόμων που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικές κλινικές με αφορμή την συγκεκριμένη διαταραχή, είχαν εξαρτηθεί από διάφορες ουσίες αλλά οι περισσότεροι από το αλκοόλ (Μωρέλλα, 2007).

Οι νέοι άνθρωποι, μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον όπου η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί μέρος της καθημερινής τους ζωής. Όλα τα γεγονότα, ευχάριστα ή δυσάρεστα συνδέονται με αυτό. Αν και τα οινοπνευματώδη ποτά απαγορεύονται από το νόμο για τους ανήλικους, χάρη του Life Style που θέλουν να ακολουθήσουν, αυτό δεν τηρείται. Ελάχιστοι έφηβοι δεν έχουν δοκιμάσει αλκοόλ πριν τα 18 τους χρόνια. Αυτή η πρόωγη συνήθεια των νέων τους οδηγεί πολλές φορές στην ανεξέλεγκτη χρήση του, με αποτέλεσμα να μεθούν συχνά και να χάνουν τον έλεγχο. Τα αγόρια καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες ποτού από ότι τα κορίτσια (Τσαρούχας, 2000).

Σύμφωνα με έρευνα της Candice Odgers με θέμα "Πώς επηρεάζει η πρόωγη (πριν από τα 15) χρήση αλκοόλ την κατάσταση της υγείας κατά την ενήλικη ζωή", διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι που ξεκινούν την χρήση αλκοόλ πριν τα 15 τους χρόνια αυξάνουν 2 με 3 φορές τις πιθανότητες να εξαρτηθούν από το αλκοόλ, να μολυνθούν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, να παρατήσουν τις σπουδές τους και να διαπράξουν αξιόποινες πράξεις, σε σύγκριση με τα άτομα που δοκίμασαν το ποτό στα 21. Επιπλέον, τα κορίτσια που κάνουν χρήση αλκοόλ ή και άλλων ουσιών πριν τα 15 τους χρόνια, οι πιθανότητες για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αυξάνονται. Το παράδοξο είναι ότι αυτά τα παιδιά που έχουν κάνει χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών σε τόσο μικρή ηλικία δεν είχαν κανένα ιστορικό αποκλίνουσας συμπεριφοράς, ήταν «συνηθισμένα» παιδιά (Μωρέλλα, 2007).

Σημαντική, επίσης, είναι η άποψη των γονιών για το αλκοόλ και οι σχέσεις που έχουν με τα παιδιά τους. Όταν οι γονείς πίνουν ή απαγορεύουν την ύπαρξη του αλκοόλ μέσα στο σπίτι και η επικοινωνία με τα παιδιά τους είναι ανύπαρκτη, είναι πολύ πιθανό τα παιδιά τους να γίνουν "θύματα" του αλκοόλ. Όταν, όμως, τα παιδιά πίνουν λίγο εις γνώση των γονιών τους και η επικοινωνία μαζί τους είναι πολύ καλή, δεν κινδυνεύουν να ξεκινήσουν το αλκοόλ, διότι γνωρίζουν τι μπορεί να προκαλέσει. (Μωρέλλα, 2007).

Από την πλευρά της ιατρικής τώρα, η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ έχει ως αποτέλεσμα την λέπτυνση του προμετωπιαίου φλοιού. Επηρεάζει, δηλαδή, το τμήμα εκείνο του εγκεφάλου που αφορά την προσοχή και την λήψη των αποφάσεων και παίζει σημαντικό ρόλο στην επεξεργασία των συναισθημάτων και στον έλεγχο των παρορμήσεων. Ακόμη, το αλκοόλ είναι νευροτοξικό για τους νεύρωνες και σε ένα άτομο που είναι γύρω στα 20, του οποίου ο εγκέφαλος εξακολουθεί να αναπτύσσεται, μπορεί να αλληλεπιδράσει με αναπτυξιακούς παράγοντες με αποτέλεσμα να επηρεαστεί η ανάπτυξη του εγκεφάλου (Τσώλη, 2011).

Οι νέοι καταναλώνουν αλκοόλ για να αισθανθούν καλύτερα, να περνούν όμορφα με τους φίλους τους, να γίνονται περισσότερο κοινωνικοποιημένοι και να έχουν σεξουαλική αποδοχή. Επίσης, πίνουν για να μειώσουν το άγχος τους, να ανακουφιστούν από την κατάθλιψη, τον φόβο ή κάποιο οικογενειακό πρόβλημα, να ξεφύγουν από την πλήξη ή να λύσουν προσωπικά τους προβλήματα (Τρινταφυλλίδου , Τσουμάκας, 2006). Επομένως, οι αιτίες οφείλονται σε ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Στη χρήση αλκοόλ δεν οδηγείται κάποιος τυχαία από την έντονη ψυχική ανάγκη, την έντονη πίεση και το άγχος. Άλλωστε δεν είναι τυχαίο που το πρόβλημα αυτό το αντιμετωπίζουν κυρίως οι νέοι, οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι να αποδεχτούν αυτά που επιβάλλουν οι μεγάλοι. Έτσι, πολλοί νέοι καταφεύγουν στη χρήση αλκοόλ ακόμη και σκληρών ναρκωτικών προκειμένου να μπορέσουν να κατευνάσουν την καταπίεση και το άγχος (Γκίκας, χ.χ.).

Οι αιτίες που οδηγούν κάποιους στην κατάχρηση αλκοόλ, οφείλονται σε ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Στους ψυχολογικούς παράγοντες, τα παιδιά από την εφηβεία τους ακόμη περνούν διάφορα ψυχολογικά στάδια, άλλα είναι πιο ήρεμα σε αυτή την ηλικία και άλλα έχουν πιο έντονη και επικίνδυνη συμπεριφορά. Οι έφηβοι σε αυτό το στάδιο της ζωής τους θέλουν να αποκτήσουν νέες εμπειρίες, να γνωρίσουν το άγνωστο, να μεγαλώσουν πιο γρήγορα και να μπουν στον κόσμο των ενηλίκων. Σε όλα αυτά θεωρούν ότι θα τους βοηθήσει το ποτό, για αυτό η χρήση του γίνεται πιο έντονη και σε μεγαλύτερες ποσότητες (Τσαρούχας, 2000).

Επίσης, ένας νέος μπορεί να καταφύγει στο αλκοόλ γιατί δυσκολεύεται στις διαπροσωπικές του σχέσεις ή αισθάνεται αποξενωμένος από τους άλλους και δεν μπορεί να ενταχθεί στις ομάδες των συνομηλίκων του και γενικότερα στην

κοινωνία και πιστεύει ότι πίνοντας θα αισθανθεί καλύτερα. Ακόμη, οι νέοι καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά λόγω κοινωνικών παραγόντων. Επηρεάζονται από τους φίλους τους και από τον περίγυρό τους, δεν θέλουν να ξεχωρίζουν, ούτε να τους θεωρούν ξενέρωτους. Συνεπώς, πίνουν για να μην διαφέρουν από τους άλλους νέους και να μπορούν να είναι μέλη των ομάδων των συνομηλίκων τους (Τσαρούχας, 2000).

Ένας άλλος λόγος που οδηγεί τους νέους στο ποτό είναι το άγχος. Τόσοι οι μαθητές όσο και οι φοιτητές έχουν ένα μόνιμο άγχος για το πώς θα γράψουν στις εξετάσεις και αν θα περάσουν τα μαθήματά τους. Όλη αυτή η πίεση που νιώθουν τους ωθεί να καταφύγουν στο αλκοόλ προκειμένου να χαλαρώσουν, να ξεχαστούν και να διασκεδάσουν. Σε αυτήν την περίπτωση η κατανάλωση των ποτών αυξάνεται, όπως και οι πιθανότητες του εθισμού (Τσαρούχας, 2000).

Άρα, η σωστή ενημέρωση είναι η λύση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Οι γονείς κατακλύζονται από πολλές πληροφορίες. Από την μια προειδοποιούνται να επαγρυπνούν για την επικινδυνότητα της χρήσης αλκοόλ και από την άλλη καθησυχάζονται γιατί είναι «φυσικό» τα παιδιά να δοκιμάζουν διάφορες ουσίες (Μωρέλλα, 2007). Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι οι γονείς πρέπει να επιτρέπουν το αλκοόλ στα παιδιά από μικρή ηλικία, γιατί το ποτό σε αυτές τις ηλικίες μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρά προβλήματα (Τσαρούχας, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

3.1. Έρευνες στην Ελλάδα

Με το πέρασμα του χρόνου παρατηρείται ότι στην Ελλάδα όλο και περισσότερα άτομα καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά. Μέχρι το 2008 η κατανάλωση αλκοόλ είχε αυξηθεί κατά 51%. Συγκεκριμένα η Ελλάδα βρίσκεται στη 18^η θέση μεγαλύτερης κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ 50 χωρών, ενώ στην Ευρώπη βρίσκεται στη 10^η θέση. Το 90% του πληθυσμού κάποια στιγμή στην ζωή του έχει καταναλώσει αλκοόλ και το 34% των Ελλήνων πίνει μια ή και αρκετές φορές την εβδομάδα, από πέντε ποτά και πάνω (Σαραντοπούλου, 2008, Λαμπράκης, 2010).

Σύμφωνα με την Μακρή (2011) και τον Τεγόπουλο (2013), στην Ελλάδα παρουσιάζεται μείωση στην κατανάλωση σκληρών αλκοολούχων ποτών, η κατανάλωση κρασιού παραμένει στα ίδια επίπεδα, ενώ η κατανάλωση μύρας έχει αυξηθεί. Το ποσοστό καθημερινής κατανάλωσης στους άνδρες φτάνει το 42,5% ενώ στις γυναίκες το 13% και αυτά τα ποσοστά παρατηρούνται στην ηλικία 55-64 ετών. Σε αντίθεση με αυτά τα υψηλά ποσοστά, τα ποσοστά ολοκληρωτικής αποχής από το αλκοόλ είναι ιδιαίτερος χαμηλά για την Ελλάδα και αφορούν μόλις το 8,3% του συνολικού πληθυσμού. Ενώ οι συχνοί πότες είναι 42%, με κατανάλωση 2-3 φορές την εβδομάδα ή καθημερινά.

Διάφορες έρευνες δείχνουν πως οι συνηθισμένοι χώροι κατανάλωσης αλκοόλ είναι κυρίως σε χώρους διασκέδασης καθώς εκεί κάνει χρήση το 61,9% του πληθυσμού, ενώ το 31,9% των ερωτηθέντων πίνει σπίτι του. Όσον αφορά τα δύο φύλα διαπιστώνονται ορισμένες διαφορές στο τόπο κατανάλωσης αλκοόλ. Αναλυτικότερα, οι γυναίκες προτιμούν να πίνουν στο σπίτι ενώ οι άνδρες κυρίως σε κέντρα νυχτερινής διασκέδασης. Η κατανάλωση σε χώρους που δεν είναι αποκλειστικά κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, όπως εστιατόρια και ταβέρνες προτιμάται περισσότερο από γυναίκες (Μακρή, 2011).

Σύμφωνα με τη Σαραντοπούλου (2008), η κατανάλωση αλκοόλ δεν συνδέεται με την ανεργία: 50-70% των ανδρών και γυναικών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης ή κατάχρησης έχουν σταθερή απασχόληση, ενώ μόλις το 15-30% είναι άνεργοι. Ούτε το μορφωτικό επίπεδο δημιουργεί προβλήματα, αφού το 20-60% των ασθενών είναι απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης σχολής, το 15-40% είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 5-25% απόφοιτοι Γυμνασίου και το 2-11% απόφοιτοι Δημοτικού.

Τα τελευταία 5 χρόνια στην Ελλάδα η συχνότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών στις ηλικίες 18-25, αυξήθηκε από 27,8% στο 35,6%, ενώ έχει διαπιστωθεί ότι στην ηλικία των 11 χρόνων τα παιδιά ξεκινούν να πίνουν. Η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση κατανάλωσης αλκοόλ στις ηλικίες 13-15 χρόνων. Ένα σημαντικό ποσοστό των νέων που πίνουν ποτά προτιμούν κυρίως μύρα και κρασί και ο χώρος κατανάλωσης είναι κατά κύριο λόγο τα κέντρα διασκέδασης. Ένα στα τρία αγόρια, στην εφηβεία, έχουν μεθύσει τουλάχιστον μία φορά, ενώ τα κορίτσια αγγίζουν το 20%. Στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, από 5 ποτά και πάνω, το ποσοστό είναι 43% για τα αγόρια και 30% για τα κορίτσια (Σαραντοπούλου, 2008, Τσαρούχας, 2002, Τεγόπουλος, 2013).

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποίησε το ΕΠΙΨΥ (2012), τα αγόρια καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από ότι τα κορίτσια, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό και των δύο φύλων έχει μεθύσει έστω 1 φορά. Έπειτα, παρατηρείται ότι στη Θεσσαλονίκη οι νέοι καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από ότι στην Αθήνα και τις υπόλοιπες περιοχές. Δηλαδή, στη Θεσσαλονίκη το 63,4% των νέων πίνουν αλκοολούχα ποτά, στην Αθήνα το ποσοστό ανέρχεται στο 57,8% και στις υπόλοιπες περιοχές στο 62,2%.

Επιπλέον, όσον αφορά την υπερβολική χρήση αλκοόλ και πάλι η Θεσσαλονίκη έχει μεγαλύτερα ποσοστά (47,9%) από την Αθήνα (43,2%) και τις υπόλοιπες περιοχές (45,9%) (ΕΠΙΨΥ, 2012).

Έρευνες έδειξαν ότι η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών συνδέεται με ανάλογες εμπειρίες από την οικογένεια. Έτσι, το 90% νεαρών ατόμων που πίνουν οινοπνευματώδη ποτά δήλωσαν ότι ο πατέρας τους πίνει συχνά έως και κάθε μέρα ενώ το 63% είπε ότι η μητέρα τους κάνει χρήση σε ίδια συχνότητα με τον πατέρα τους (Νόβα-Καλτσούνη, 2005). Έπειτα από μελέτες, διαπιστώθηκε

ότι το 32% των εξαρτημένων ατόμων μένουν με την οικογένειά τους, το 20,19% ζουν με τον έναν από τους δυο γονείς, το 16,46% μένει μόνο του και το 19,15% με τα αδέρφια τους ή με κάποιο άλλο συγγενικό τους πρόσωπο (18 Άνω, 2012).

Σύμφωνα με διάφορες εκτιμήσεις περίπου 200000 Έλληνες πάσχουν από αλκοολική εξάρτηση, ενώ εκτιμάται ότι περίπου 5.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται σε αιτίες που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Πολλές είναι και οι περιπτώσεις που προκαλούνται θάνατοι λόγω της χρήσης αλκοόλ. Περίπου 1.100 άτομα κάθε χρόνο χάνουν την ζωή τους σε τροχαία δυστυχήματα λόγω υπερβολικής κατανάλωσης ποτού. Το 57% των θυμάτων είναι νέα παιδιά ηλικίας 17 ως 25 χρονών. Η υπερβολική χρήση του αλκοόλ έχει ως αποτέλεσμα να μειώνει τα αντανακλαστικά του ατόμου και γίνεται η αιτία να δημιουργούνται τροχαία ατυχήματα μέχρι και θανατηφόρα. Κατά την περίοδο 2007-2010 τα θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα μειώθηκαν. Ποιο συγκεκριμένα το 2010 ήταν 1.157, το 2009 1.314, το 2008 1.387 και το 2007 1.442 άτομα (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, Τσαρούχας, 2002).

Στα θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα που οφείλονται σε μέθη την ίδια περίοδο, 2007-2010 παρουσιάζεται κάποια διαφορά. Παρατηρήθηκε μικρή μείωση το 2010 (260 θανατηφόρα ατυχήματα) σε σχέση με το 2009 (265 θανατηφόρα ατυχήματα) και αρκετά μεγαλύτερη σε σχέση με το 2007 (303 θανατηφόρα ατυχήματα) καθώς και μικρή αύξηση σε σχέση με το 2008 (257 θανατηφόρα ατυχήματα). Ενώ τα τροχαία ατυχήματα που οφείλονται σε μέθη ήταν λιγότερα το 2010 (38.033 τροχαία ατυχήματα) σε σύγκριση με τα έτη 2007 (46.382 τροχαία ατυχήματα), το 2008 (46.841 τροχαία ατυχήματα) και το 2009 (45.897 τροχαία ατυχήματα) (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Όσον αφορά τα θεραπευτικά προγράμματα ο αριθμός των εισαχθέντων ατόμων αυξήθηκε το 2011 (814 άτομα) σε σύγκριση με το 2008 (391 άτομα) και το 2009 (673 άτομα). Επιπλέον, παρατηρείται μείωση των ατόμων που ολοκλήρωσαν την θεραπεία το 2010 (43,8%) και το 2009 (53,8%). Ωστόσο, ο αριθμός των ατόμων με διαγνωσμένο ψυχιατρικό πρόβλημα το 2010 ήταν αυξημένο στο 22% σε σύγκριση με το 2009 όπου το ποσοστό ανερχόταν στο 10,7% (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Ένα στα τρία άτομα (34,1%) ζήτησαν βοήθεια από κάποια θεραπευτική υπηρεσία, ενώ το 60,2% ανέφερε ότι τουλάχιστον ένα μέλος της οικογενείας τους αντιμετωπίζει ή αντιμετώπιζε προβλήματα με το αλκοόλ. Το 51,1% παρουσίασε ψυχικά ή και σωματικά προβλήματα και το 57,6% είχε βίαιη συμπεριφορά (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

3.2. Έρευνες στην Ευρώπη

Ο αλκοολισμός είναι ένα φαινόμενο που έχει δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στην υγεία των ανθρώπων όσο και στον κοινωνικό τομέα. Τον τελευταίο χρόνο σημειώθηκε αύξηση του αλκοολισμού κατά 12% στην Ε.Ε. Η Ευρώπη κατέχει την πρώτη θέση στα ποσοστά των αλκοολικών παγκοσμίως και των προβλημάτων υγείας που προκαλούνται από το αλκοόλ. Λόγω της υπερβολικής χρήσης αυτού το 74% έχουν παρουσιάσει προβλήματα υγείας και έχουν οδηγηθεί σε πρόωρους θανάτους. Σε όλο τον κόσμο 2,5 εκατομμύρια άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από επιβλαβή χρήση αλκοόλ. Το 2004, το 12% των θανάτων ηλικίας 16-64 ετών οφείλονταν στο αλκοόλ, συγκεκριμένα ένας στους επτά θανάτους άνδρες και ένας στις 13 γυναίκες. Η ανεξέλεγκτη χρήση του έχει αυξήσει τα ποσοστά των θανατηφόρων τροχαίων στη Ε.Ε, έχουν αυξηθεί οι βίαιες συμπεριφορές (βία, εγκληματικότητα, οικογενειακά προβλήματα) αλλά έχουν αυξηθεί και θάνατοι από καρκίνο λόγω του ποτού (ΥΓΕΙΑ-Ε.Ε, 2012, Καππάτου,2010, Παναγοπούλου, χ.χ, Χατζηπαλαμουτζή, 2013).

Σύμφωνα με την Σαραντοπούλου (2008) στο άρθρο «Αλκοόλ: το “νόμιμο” ναρκωτικό» που δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα *Η Καθημερινή*, αναφέρεται ότι η Ευρώπη καταναλώνει τη μισή ποσότητα αλκοόλ σε σύγκριση με αυτή που καταναλώνει ο πληθυσμός ολόκληρης της γης. Επίσης, 84 εκατομμύρια του πληθυσμού περίπου ταλαιπωρούνται από τις επιπτώσεις της κατάχρησης, ενώ 40 εκατομμύρια είναι αλκοολικοί ή εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Ανησυχητικά είναι τα υψηλά ποσοστά εβδομαδιαίας κατανάλωσης στην Ουαλία 50%, στη Δανία 43%, στην Ελλάδα 42% και στην Αγγλία 40%, στην Ιρλανδία 44%, τη Ρουμανία 39%, τη Γερμανία και την Αυστρία 36%. Ενώ χαμηλότερο ποσοστό έχουν το Λουξεμβούργο με 14% η Λετονία 11% και η Σουηδία 13%.(Σαραντοπούλου, 2008, Λαμπράκης ,2010)

Η Ευρώπη έχει σημαντικό ρόλο στην παγκόσμια αγορά του αλκοόλ. Κατέχει την μισή παραγωγή κρασιού όλου του κόσμου και αγγίζει το 70% των εξαγωγών αλλά και περίπου την μισή παγκόσμια εισαγωγή του αλκοόλ. Παρόλο που το εμπόριο γίνεται μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, το εμπόριο του αλκοόλ εισφέρει περίπου 9 δισεκατομμύρια ευρώ στον συνολικό ισολογισμό της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Διακογιάννης, Κλεάνθους, Παναγιωτίδης, 2006).

Σημειώνονται διαφορές στην κατανάλωση αλκοόλ στην βόρεια και νότια Ευρώπη. Οι βόρειες και κεντρικές χώρες καταναλώνουν περισσότερο μπίρα, ενώ οι νότιες κρασί (με εξαίρεση την Ισπανία). Γενικά, η μπίρα κατέχει την πρώτη θέση με 43%, ακολουθεί με 34% το κρασί και με 23% τα υπόλοιπα αλκοολούχα ποτά. Η πλειονότητα των χωρών της Ε.Ε καταναλώνουν 40% περίπου αλκοόλ με το απογευματινό/βραδινό φαγητό, κάτι που στις νότιες χώρες είναι πιο συνηθισμένο. Από έρευνες προέκυψε ότι 23 εκατομμύρια Ευρωπαίοι, 5% άνδρες και 1% γυναίκες, είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ κάθε χρόνο. Περισσότερο πίνουν οι άνδρες από τις γυναίκες, οι οποίες μειώνουν το αλκοόλ κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 25%-50% εξακολουθούν να πίνουν σε σημείο που προκαλούν προβλήματα στην υγεία τους (Διακογιάννης, Κλεάνθους, Παναγιωτίδης, 2006, Βενιού, 2011).

Υπολογίζεται ότι 58 εκατομμύρια του πληθυσμού των χωρών της Ε.Ε καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ, από το επιτρεπόμενο το οποίο είναι 20γρ. για τις γυναίκες και 40γρ. για τους άνδρες, ημερησίως. Τα 20 εκατομμύρια από αυτούς καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοολούχων ποτών σε σημείο να αγγίζουν τα όρια του επικίνδυνου. Επίσης, οι Ευρωπαίοι καταναλώνουν 12,5 λίτρα καθαρού αλκοόλ τον χρόνο ή 3 ποτήρια περίπου κρασιού κάθε μέρα. Πιο αναλυτικά, η ανατολικό-κεντρική Ευρώπη καταναλώνει 14,5 λίτρα αλκοόλ ανά άτομο κάθε χρόνο, η κεντρική-δυτική Ευρώπη 12,4 λίτρα, η νότια Ευρώπη 11,5 λίτρα και οι βόρειες χώρες 10,4 λίτρα. Ως προς τον βαθμό επικινδυνότητας της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών (με κλίμακα το 1 λιγότερο επιζήμιο και το 5 απολύτως επιζήμιο) οι βόρειες χώρες έχουν 2,8, η ανατολικό-κεντρική και κεντρική Ευρώπη 2,9, η δυτικό-κεντρική Ευρώπη 1,5 και η νότια Ευρώπη 1,1 (Βενιού, 2011, Καππάτου, 2010).

Το αλκοόλ εκτός από ουσία εξάρτησης αποτελεί και αιτία για 60 διαφορετικές ασθένειες και ιατρικές καταστάσεις, όπως τραυματισμούς, ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, καρδιαγγειακά νοσήματα, ανοσολογικές

διαταραχές, αναπνευστικά νοσήματα, σκελετικές και μυϊκές παθήσεις. Όσο αυξάνεται η κατανάλωση αλκοόλ τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης ή όξυνσης αυτών των ασθενειών. Συνολικά στην Ευρώπη, έχουν υπολογιστεί 17.000 θάνατοι κάθε χρόνο εξαιτίας τροχαίων ατυχημάτων, 27.000 θάνατοι από ατυχήματα, 2.000 ανθρωποκτονίες, 10.000 αυτοκτονίες, 45.000 θάνατοι από κίρρωση του ήπατος, 50.000 θάνατοι από καρκίνο. Όμως, η μείωση ή η διακοπή της κατανάλωσης του αλκοόλ μπορεί να ωφελήσει κάποιες χρόνιες ασθένειες όπως είναι η κίρρωση του ήπατος ή η κατάθλιψη και να σημειωθεί γρήγορη βελτίωση του ασθενή (Διακογιάννης, Κλεάνθους, Παναγιωτίδης, 2006).

Είναι γνωστό στην Ε.Ε ότι η κατανάλωση ποτών συνδυάζεται, με τα έθιμα κάποιων λαών και φυσικά αποτελεί ένα μέσο για την αύξηση των οικονομικών αγαθών και για αυτό δίνεται ιδιαίτερο βάρος στην προώθηση των αλκοολούχων ποτών. Ωστόσο, πρέπει να λυθούν πολιτικά μέτρα και από την πλευρά της Ευρωπαϊκής Ένωσης προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας που προκαλεί η κατάχρηση αλκοόλ (ΥΓΕΙΑ-Ε.Ε, 2012).

Μερικά μέτρα που θεωρούνται απαραίτητα να λάβει η Ε.Ε για τον περιορισμό του φαινομένου του αλκοολισμού είναι η λήψη μέτρων για τον περιορισμό των αλκοολούχων ποτών στους νέους και ο περιορισμός αυτών στα μαγαζιά που γίνεται κατανάλωση. Ακόμη, μπορούν να ληφθούν μέτρα στην οδήγηση και να προωθηθούν προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης αυτού του φαινομένου (ΥΓΕΙΑ-Ε.Ε, 2012).

Επίσης, θα βοηθούσε πολύ εάν οι μη κυβερνητικές οργανώσεις ενίσχυαν την κινητοποίηση και την ευαισθητοποίηση των ανθρώπων. Έπειτα, η βιομηχανία των αλκοολούχων ποτών είναι βασικό να ακολουθεί τους κώδικες δεοντολογίας και τέλος, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας να δημιουργήσει σύστημα που θα επιβλέπει την κατανάλωση του αλκοόλ καθώς και να καθιερώσει κοινωνικούς και οικονομικούς δείκτες και δείκτες για την υγεία (ΥΓΕΙΑ-Ε.Ε, 2012).

Η πολύχρονη και ανεξέλεγκτη χρήση αλκοόλ προκαλεί σοβαρά προβλήματα στην υγεία του ατόμου, όπως κίρρωση του ήπατος, καρκίνο που συσχετίζεται με το αλκοόλ και την ισχαιμική καρδιοπάθεια. Έχει διαπιστωθεί ότι περίπου 200.000 Έλληνες πάσχουν από αλκοολική εξάρτηση, ενώ 5.000 θάνατοι περίπου οφείλονται στην υπερβολική κατάχρηση. Οι νέοι είναι αυτοί που πλήττονται περισσότερο στην Ευρώπη, στις ηλικίες 15-19 ετών, το 10% των

κοριτσιών πεθαίνουν λόγω της ανεξέλεγκτης κατανάλωσης αλκοόλ, ενώ στα αγόρια το ποσοστό αγγίζει το 25% (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Τέλος, έπειτα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε παρατηρείται ότι μεγάλο ποσοστό των νέων που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ παρουσιάζουν διαταραχές στη συμπεριφορά και καταθλιπτικά συμπτώματα. Η θνησιμότητα στα νέα κορίτσια είναι περίπου 10% και στα αγόρια 25%. Ελάχιστη, όμως, είναι και η πληροφόρηση, στην Ευρώπη, για τις κοινωνικές συνέπειες στην ζωή των νέων (McCarty και συν, 2012, Διακογιάννης, Κλεάνθους, Παναγιωτίδης, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

4.1. Πρόληψη

Η έννοια της πρόληψης αναφέρεται στο σύνολο των μέτρων πριν από την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς. Η πρόληψη αφορά στην αντιμετώπιση των παραγόντων που κάνουν ευάλωτο το άτομο και την ενίσχυση των παραγόντων που τον βοηθούν και τον προστατεύουν. Περιλαμβάνει, δηλαδή, εκπαίδευση, ενημέρωση και τρόπους ενδυνάμωσης του ατόμου προκειμένου να μην αρχίσει οποιαδήποτε ουσία που μπορεί να τον οδηγήσει στην κατάχρηση και τον εθισμό (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Η πρόληψη διακρίνεται σε τρία επίπεδα: πρωτογενή, δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη.

Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται στις παρεμβάσεις πριν την εκδήλωση ενός προβλήματος ή φαινομένου, με στόχο να καθυστερήσουν ή και να εμποδίσουν την επαφή των νέων με τις ουσίες. Προσφέρει, δηλαδή, πληροφορίες και διαπαιδαγώγηση στο άτομο. Το άτομο προσπαθεί να αναπτύξει τις προσωπικές του δεξιότητες προκειμένου να χρησιμοποιήσει λειτουργικές συμπεριφορές σε κρίσιμες καταστάσεις (Μαυρέας, 1994. ΕΚΤΕΠΝ, 2011 , Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων ουσιών Ν. Αχαΐας, 2010).

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση της επικράτησης του προβλήματος και των ανεπιθύμητων συνεπειών τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Αυτό το επίπεδο πρόληψης αποτελεί μια από τις βασικότερες μεθόδους για την αντιμετώπιση της ουσίας. Για τον καλύτερο έλεγχο της επικρατούσας κατάστασης απαιτείται ο πρόωρος προσδιορισμός της και η άμεση και κατάλληλη θεραπεία. Ο προσδιορισμός των κοινωνικών συνθηκών μπορεί να πραγματοποιηθεί με ανάλογες έρευνες ή με διατήρηση στενών σχέσεων με την κοινότητα (Μαυρέας, 1994).

Η τριτογενής πρόληψη έχει ως στόχο την θεραπεία και την αποκατάσταση ατόμων εξαρτημένων από ουσίες. Βασικός σκοπός της είναι να βοηθήσει τα άτομα αυτά να αναπτύξουν και να διατηρήσουν σταθερές μη εξαρτητικές -

λειτουργικές συμπεριφορές και να μπορέσουν να αποκατασταθούν επαγγελματικά (Μαυρέας, 1994).

Ακόμη, υπάρχουν άλλες τρεις κατηγορίες πρόληψης, η καθολική, η επικεντρωμένη και η ενδεδειγμένη.

Οι καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης απευθύνονται στο νεανικό πληθυσμό. Πραγματοποιούνται είτε στα παιδιά και τους νέους είτε σε άλλες ομάδες (εκπαιδευτικούς, γονείς) που έρχονται σε επαφή με τους νέους. Στόχος τους είναι η αποφυγή ή η αναβολή της χρήσης της ουσίας. Πρόκειται για παρεμβάσεις ευρείας κλίμακας που πραγματοποιούνται χωρίς πριν να έχει γίνει έλεγχος για τη συμπεριφορά και το βαθμό επικινδυνότητας των συμμετεχόντων όσον αναφορά την χρήση ουσιών (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Οι επικεντρωμένες παρεμβάσεις πρόληψης απευθύνονται σε συγκεκριμένες υποομάδες νέων και βοηθούν στην αποφυγή εκδήλωσης προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Υλοποιούνται σε ομάδες και επικεντρώνονται σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Οι παρεμβάσεις ενδεδειγμένης πρόληψης απευθύνονται στο άτομο, το οποίο εμφανίζει πρώιμα σημάδια χρήσης, ψυχολογικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς που σχετίζονται με την χρήση. Στόχος της είναι η έγκαιρη διάγνωση και η παρέμβαση στο άτομο (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Τα προληπτικά προγράμματα έχουν ως στόχο την ενίσχυση των προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων προκειμένου το άτομο να γίνει αυτόνομο και να αποκτήσει ικανοποιητικές και εποικοδομητικές σχέσεις, οι οποίες θα μπορούν να τον προστατεύουν από διάφορους κινδύνους (Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων ουσιών Ν. Αχαΐας, 2010).

Παρεμβάσεις πρόληψης στην Ελλάδα

Παρεμβάσεις πρόληψης στη σχολική κοινότητα

Οι παρεμβάσεις πρόληψης που απευθύνονται άμεσα στους μαθητές γίνονται είτε μέσα από προγράμματα Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας που υλοποιούνται από εκπαιδευτικούς, είτε από τα Κέντρα Πρόληψης ή άλλους φορείς που πραγματοποιούν προγράμματα πρόληψης στα σχολεία της περιοχής τους (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Για τη σωστότερη ενημέρωση των εκπαιδευτικών στα προγράμματα πρόληψης πραγματοποιούνται α) σεμινάρια για εκπαιδευτικούς στη φιλοσοφία, στη μεθοδολογία της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης και της αγωγής υγείας καθώς και στην εφαρμογή και αξιοποίηση συγκεκριμένων εκπαιδευτικών υλικών που έχουν εκδοθεί για την υλοποίηση παρεμβάσεων πρόληψης και β) συναντήσεις εποπτικού χαρακτήρα για την υποστήριξη των εκπαιδευτικών που προχωρούν στην υλοποίηση των προγραμμάτων (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια

Εκτός από τους εκπαιδευτικούς και τα παιδιά, στις παρεμβάσεις πρόληψης σημαντικό ρόλο έχουν οι γονείς και η συμπεριφορά όλης της οικογένειας. Στην παρέμβαση της οικογένειας υπάρχουν δυο τύποι:

- Οι παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης: Είναι βραχείες, ανοιχτές, μεμονωμένες συναντήσεις ή κύκλοι συναντήσεων για γονείς σε θέματα πρόληψης, ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης, σχέσεων των μελών της οικογένειας και διαπαιδαγώγησης βρεφών, νηπίων, παιδιών και εφήβων (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).
- Παρεμβάσεις ενημέρωσης (σεμινάρια, ομάδες, σχολές γονέων). Ομάδες βιωματικού χαρακτήρα με κύριους στόχους τη βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια και την υποστήριξη των γονέων στο ρόλο τους (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Παρεμβάσεις πρόληψης στην κοινότητα

Οι παρεμβάσεις πρόληψης που γίνεται στους νέους πραγματοποιούνται και εκτός του σχολικού πλαισίου. Αφορούν κυρίως βιωματικές ομάδες, δημιουργικές δραστηριότητες (θεατρικές ομάδες, μουσική, ζωγραφική κτλ.) καθώς και βραχείες δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σε πλαίσια όπως κατασκηνώσεις, προσκόπων κτλ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Επιπλέον, τα Κέντρα Πρόληψης και οι άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στο τομέα της πρόληψης, επεκτείνουν τις δράσεις τους σε τοπικούς φορείς και ομάδες της κοινότητας που «επηρεάζουν» το κοινωνικό γίνεσθαι των τοπικών κοινωνιών. Η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και η κινητοποίηση αυτών των ομάδων πραγματοποιείται μέσω συναντήσεων, ημερίδων, στην τηλεόραση καθώς και μέσω φυλλαδίων (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Νομοθετικό πλαίσιο

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο στην πρόληψη έχει η πολιτεία και οι νόμοι. Σημαντικές διαφορές διαπιστώνονται στη νομοθεσία που αφορά τα ναρκωτικά ανά χώρα ως προς την αυστηρότητα των ποινών. Η νομοθεσία διαμορφώνεται από τις θεωρίες για τα μέσα αντιμετώπισης του προβλήματος και από το κοινωνικό κόστος της χρήσης, το οποίο συμπεριλαμβάνει δαπάνες των καταναλωτών για την αγορά ουσιών και κρατικές δαπάνες για την αντιμετώπιση του προβλήματος προκειμένου να μειωθεί η παραγωγικότητα και η εγκληματικότητα (Τριανταφυλλίδου, 2005).

Το 2004 έγιναν ρυθμίσεις που αφορούσαν τη φορολόγηση των αλκοολούχων ποτών (Ειδικός Φόρος Κατανάλωσης), τον έλεγχο των τιμών και της ποιότητας, τη διαδικασία παραγωγής αλκοολούχων ποτών, την αναγνώριση τοπικών οίνων και τον καθορισμό των προϋποθέσεων χρησιμοποίησης των ενδείξεων τοπικών οίνων, καθώς και εγκρίσεις κυκλοφορίας αλκοολούχων ποτών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Σύμφωνα με το άρθρο 9 Ν2161/1993 έχει προβλεφθεί η επιβολή ποινών σε περιπτώσεις διαφήμισης της χρήσης ή παροχής πληροφοριών για την κατασκευή και προμήθεια ναρκωτικών, με σκοπό τη διάδοσή τους (Τριανταφυλλίδου, 2005).

Προτάσεις Πρόληψης

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (2005), τα βήματα που πρέπει να γίνουν για την πρόληψη του αλκοόλ είναι τα εξής:

- Να γίνει μια διεξοδική επιδημιολογική έρευνα για το αλκοόλ στην κοινότητα, στο γενικό νοσοκομείο αλλά και στο ψυχιατρείο. Να καταγραφούν τα παραπτώματα και οι εγκληματικές πράξεις που οφείλονται στο ποτό καθώς και οι παρεμβάσεις στην οδήγηση και τα ατυχήματα, προκειμένου να διαμορφωθεί μια πλήρη εικόνα για τα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί από το αλκοόλ.
- Στη συνέχεια, εκτός από την καταγραφή όλων αυτών των προβλημάτων πρέπει να ανεβρεθούν τα άτομα που κάνουν χρήση είτε είναι στα πρώτα στάδια είτε στο στάδιο της εξάρτησης.
- Να υπάρχουν επιστημονικά κριτήρια για την έγκυρη και έγκαιρη εύρεση των αλκοολικών.
- Θα ήταν αναγκαίο να υπάρχει σωστή ενημέρωση των πολιτών για το αλκοόλ και να μην φοβούνται να μιλήσουν για αυτό. Έτσι, θα είναι πιο

ενεργοί για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος ή την αποφυγή του. Έπειτα, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ο ρατσισμός και η προκατάληψη που υπάρχει απέναντι στους πότες. Η ενημέρωση μέσω των ενημερωτικών φυλλαδίων, τις διαλέξεις, τις ανοιχτές συζητήσεις και των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να βοηθήσουν στον περιορισμό του προβλήματος.

- Να υπάρχουν εκπαιδευτικά προγράμματα με θέμα την ουσιοεξάρτηση σε διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους όπως για παράδειγμα, στην ιατρική, τη νομική, τη ψυχολογία, την κοινωνική εργασία, τη νοσηλευτική, την οικονομία της υγείας κτλ.
- Ένα άλλο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί είναι η αρνητική στάση του ιατρικού και του νοσηλευτικού τομέα που έχει δημιουργηθεί για το αλκοόλ.
- Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα της διαφήμισης για το αλκοόλ πρέπει να αλλάξει μορφή και να είναι περισσότερο ενημερωτικός και όχι να προβάλλει λανθασμένα πρότυπα.
- Στη σωστή και καλή αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος μπορούν να βοηθήσουν τόσο η Αστυνομία όσο και οι δικαστικές αρχές. Σκοπός είναι να βοηθηθούν αυτά τα άτομα και όχι να τιμωρηθούν.
- Το σημαντικότερο ρόλο στον αλκοολισμό τον έχει η οικογένεια. Μπορεί να βοηθήσει το άτομο να ξεπεράσει αυτή την κατάσταση, μπορεί όμως και να τον ωθήσει στον αλκοολισμό, ακόμα και στη σχιζοφρένεια.
- Η απαγόρευση του αλκοόλ και η υψηλή φορολογία του έχει αποδειχθεί ότι δεν αποτελεί μορφή πρόληψης, επομένως δεν είναι ο κατάλληλος τρόπος για να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση.
- Στο έργο της πρόληψης πρέπει να συμβάλει ενεργά και η τοπική αυτοδιοίκηση η οποία είναι τόσο σημαντική όσο και η οικογένεια. Η βοήθειά της είναι αναγκαία και αποτελεσματική.
- Μία σημαντική πηγή για την πρόληψη του αλκοολισμού είναι οι ενέργειες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των Ερευνητικών Κέντρων, τα οποία εφαρμόζουν εξειδικευμένα προγράμματα για το αλκοόλ και μπορούν να βοηθήσουν για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος.

- Τέλος, για να είναι αποτελεσματικές και σωστές οι προσπάθειες πρόληψης θα πρέπει το πρόγραμμα να γίνεται συντονισμένα και να εμπεριέχει ερευνητικά προγράμματα αξιολόγησης.

Η σχέση μεταξύ πρόληψης και θεραπείας δεν είναι αποκομμένη. Είναι δυο ισοδύναμες δραστηριότητες που έχουν αντίκτυπο η μια στην άλλη. Η αποτελεσματική πρόληψη μπορεί να μειώσει τη ζήτηση της θεραπείας, ενώ η θεραπεία όταν γίνεται σε πρόωρο στάδιο εμποδίζει την εμφάνιση μεγαλύτερων συνεπειών. Τόσο η πρόληψη όσο και η θεραπεία χρειάζεται να θεωρούνται εξίσου αναγκαίες καθώς και οι δυο μαζί μπορούν να επιφέρουν καλύτερα και έγκαιρα αποτελέσματα (Μαυρέας, 1994).

4.2. Θεραπεία

Ένα σοβαρό πρόβλημα των σύγχρονων κοινωνιών το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί, είναι η εξάρτηση από ουσίες. Η απεξάρτηση γίνεται σε θεραπευτικά προγράμματα στα οποία η θεραπεία χρειάζεται να είναι όσο το δυνατό πιο κοντά στις ιδιαίτερες και εξατομικευμένες ανάγκες του ατόμου. Στην Ελλάδα η λειτουργία των πρώτων θεραπευτικών κοινοτήτων θεσμοθετήθηκε με το νόμο 1729/87, ο οποίος αποτελεί έως και σήμερα την κύρια απάντηση της κοινωνίας στο πρόβλημα των ναρκωτικών (Ανδριάκαινα, 2005 , Πουλόπουλος, 2009).

Σύμφωνα με τον Τσουραμάνη (2008), οι αλκοολικοί για τη θεραπεία τους στέλνονται σε κοινοτικά θεραπευτικά κέντρα και λόγω του ότι οι χρήστες δεν θεωρούν τον εαυτό τους ως αλκοολικό και δεν ακολουθούν τους κανόνες των κέντρων προκειμένου να ξεπεράσουν το πρόβλημά τους, παραπέμπονται σε εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Επίσης, παρέχεται κοινωνική υποστήριξη μέσω ομάδων που δημιουργούν οι ίδιοι οι αλκοολικοί.

4.2.1. Μοντέλα αλκοολισμού

Τα μοντέλα του αλκοολισμού χρησιμοποιούνται για να δοθεί έμφαση σε δύο σημεία. Το ένα είναι ο τρόπος με τον οποίο γίνονται κατανοητά τα προβλήματα του αλκοολισμού. Αφορά, δηλαδή, τις στάσεις και τις αντιλήψεις

απέναντι στον αλκοολικό, τα αίτια, τη θεραπευτική αντιμετώπιση κ.ά. Το δεύτερο σημείο αφορά την απόρροια των παραπάνω θέσεων (Ποταμιάνος, 2005).

Αναλυτικότερα, από τις αρχές του 20ού αιώνα έως και σήμερα έχουν οριστεί διαφορετικά κριτήρια για τον αλκοολικό. Για τον λόγο αυτό, υπάρχουν διάφορα μοντέλα που προσεγγίζουν το φαινόμενο του αλκοολισμού από διαφορετική οπτική γωνία. Όλα τα μοντέλα παρουσιάζουν ελλείψεις τόσο στον τομέα της έρευνας όσο και στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Παρακάτω θα γίνει αναφορά τεσσάρων μοντέλων προσέγγισης του αλκοολισμού, τα οποία είναι και τα επικρατέστερα (Ποταμιάνος, 2005).

- Ψυχοδυναμικό μοντέλο

Το ψυχοδυναμικό μοντέλο βασίζεται στη φροϋδική ψυχαναλυτική θεωρία, η οποία ήταν από τις πρώτες θεωρίες που ασχολήθηκε με τον αλκοολισμό στις αρχές του 20ού αιώνα. Ο Ferenczi, ο οποίος ήταν ψυχαναλυτής, υποστήριξε ότι ο αλκοολισμός είναι ένα σύμπτωμα της συμπεριφοράς ατόμων με λανθάνουσα ομοφυλοφιλία, η οποία το 1916 ήταν ουσιαστικό σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας. Το 1974 ο Storr υποστήριξε ότι αν οι σεξουαλικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο γίνονται αποδεκτές ως κριτήριο συναισθηματικής ωριμότητας, τότε η ομοφυλοφιλία θεωρείται συναισθηματική ανωριμότητα για το άτομο αυτό. Επομένως, αυτή η συναισθηματική ανωριμότητα του ομοφυλόφιλου οδηγούσε στον αλκοολισμό. Η παραπάνω άποψη γίνεται αποδεκτή από μια μειονότητα των σύγχρονων ψυχαναλυτών (Ποταμιάνος, 2005).

Το 1944 ο Fenichel ανέφερε ότι ο αλκοολισμός έχει το ίδιο ψυχικό περιεχόμενο με αυτό της μανιοκατάθλιψης, διότι όπως εμφανίζονται εναλλαγές μεταξύ μανίας και κατάθλιψης στην μανιοκατάθλιψη, έτσι και στον περιοδικό αλκοολικό (το άτομο δηλαδή που κάνει κατάχρηση αλκοόλ κατά περιόδους) εμφανίζονται εναλλαγές μεταξύ φυσιολογικής και αλκοολικής συμπεριφοράς. Έπειτα, ο Kessel και ο Walton το 1979 ανέφεραν δύο διαστάσεις που χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα του αλκοολικού, την καθήλωση & την εξάρτηση και την άμεση ικανοποίηση των αναγκών (Ποταμιάνος, 2005).

Στην πρώτη κατηγορία, την καθήλωση και την εξάρτηση περιλαμβάνονται άτομα τα οποία παρουσιάζουν αδυναμία για ενηλικίωση, καθώς παρατηρείται καθήλωση στα πρώτα στάδια της ψυχολογικής ανάπτυξης ενός ατόμου. Τα άτομα αυτά συνήθως είναι εγωκεντρικά και δεν μπορούν να δημιουργήσουν ουσιαστικές

σχέσεις. Επίσης, περιλαμβάνονται άτομα τα οποία παρουσιάζουν προσκόλληση στους γονείς τους και ιδιαίτερα ενήλικες οι οποίοι εξαρτώνται από την μητέρα τους. Τα άτομα αυτά όταν έρθει η στιγμή να αναλάβουν ρόλους ενηλίκου πιέζονται και για τον λόγο αυτό καταφεύγουν στην κατάχρηση αλκοόλ, το οποίο προσφέρει ανακούφιση σε εσωτερικές συγκρούσεις (Ποταμιάνος, 2005).

Η δεύτερη κατηγορία της άμεσης ικανοποίησης αναγκών αφορά την υπερπροστασία που δείχνουν πολλοί γονείς στα παιδιά τους, η οποία τα οδηγεί στην εξάρτηση τους από τους γονείς αλλά και στην έλλειψη αυτοπεποίθησης και πρωτοβουλιών στην ενήλικη ζωή. Αυτή η υπερπροστασία των γονιών δεν αφήνει να γίνονται διακριτά τα όρια μέσα στην οικογένεια. Έτσι, λοιπόν, τα παιδιά δεν αναλαμβάνουν ευθύνες και δεν διαχειρίζονται προσωπικά προβλήματα. Τα παιδιά αυτά για να αντιμετωπίσουν δυσκολίες και για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους στρέφονται στον αλκοολισμό γιατί το αλκοόλ είναι η εύκολη λύση για να απαλλαγούν από τα αισθήματα δυσφορίας (Ποταμιάνος, 2005).

- Ιατρικό μοντέλο

Το ιατρικό μοντέλο διαφοροποιείται από το ψυχοδυναμικό ή από το συμπεριφορικό μοντέλο, καθώς αυτό αναφέρεται στις βλάβες που προκαλούνται από την κατάχρηση του αλκοόλ και εκλαμβάνει τον αλκοολισμό ως αρρώστια και όχι ως κοινωνικό φαινόμενο. Τον 20ό αιώνα το περιοδικό *Quarterly Journal of Alcoholism* δημοσίευσε εργασίες, οι οποίες προσέγγιζαν τον αλκοολισμό μέσα από την φυσιολογία, τη νευροφυσιολογία και τη γενετική (Ποταμιάνος, 2005).

Το 1960 ο Jellinek, Αμερικανός ψυχίατρος, με την ιατρικοποίηση του φαινομένου του αλκοολισμού έκανε την κοινή γνώμη να θεωρεί τον αλκοολικό ως άρρωστο και να τον αντιμετωπίζει με ενδιαφέρον και όχι ως ανίκανο ή με χαμηλό επίπεδο νοημοσύνης και δυνατοτήτων. Ο Jellinek συνεργάστηκε με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Αυτό του έδωσε την ευκαιρία να ταξιδέψει σε πολλές χώρες και συνεπώς να μελετήσει τον αλκοολισμό σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια. Το συμπέρασμα που έβγαλε μετά τα ταξίδια ήταν ότι υπάρχουν πολλές διαστάσεις και εκφράσεις του αλκοολισμού (Ποταμιάνος, 2005).

Έπειτα, ο Jellinek υποστήριξε ότι οι αλκοολικοί μπορεί να διαιρεθούν σε πέντε βασικές κατηγορίες, η καθεμιά από τις οποίες έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά και τα ονόματά τους είναι από τα γράμματα του ελληνικού αλφάβητου (βλέπε τους τύπους του αλκοολισμού). Επιπλέον, ο Jellinek έκανε

αναφορά για την τυπολογία του αλκοολισμού, η οποία βοηθά στην κατανάλωση και στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Η τυπολογία προσέγγισε πολυδιάστατα τον αλκοολισμό και η προσπάθεια ιατρικοποίησης διαμόρφωσε τη στάση απέναντι στον αλκοολισμό και στον αλκοολικό (Ποταμιάνος, 2005).

- Συμπεριφορικό μοντέλο

Το συμπεριφορικό μοντέλο είναι ιστορικά συνδεδεμένο με τις παρατηρήσεις και τα πειράματα του Ρώσου φυσιολόγου Ivan Pavlov και την ανάπτυξη της θεωρίας της «κλασικής εξάρτησης». Η μελέτη αυτού του είδους προσέγγισης συστηματοποιήθηκε με τις θεωρητικές μελέτες και τις πειραματικές έρευνες από έναν από τους ένθερμους υποστηρικτές αυτής της θεωρίας τον Αμερικανό ψυχολόγο John Watson το 1920. Μια άλλη προσέγγιση της εξαρτημένης μάθησης είναι η «συντελεστική μάθηση» της οποίας κύριος υποστηρικτής είναι ο Skinner, καθηγητής της ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο Harvard, 1938 (Παρασκευόπουλος, 1988, Ποταμιάνος, 2005).

Οι θεωρίες της μάθησης στηρίζουν ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μιας σειράς φυσιολογικών αντιδράσεων του ατόμου σε εξαρτημένα και ανεξάρτητα ερεθίσματα. Συνεπώς, για να έρθει η αλλαγή στη συμπεριφορά χρειάζονται οι κατάλληλοι χειρισμοί των ερεθισμάτων. Όσον αφορά τον αλκοολισμό, σύμφωνα με την κλασική εξάρτηση, το άτομο ‘‘μαθαίνει’’ να πίνει υπερβολικά είτε γιατί συνδέει το αλκοόλ με κάτι ευχάριστο είτε γιατί συνδέεται με την αποφυγή δυσάρεστων εμπειριών. Σύμφωνα με την συντελεστική μάθηση, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ γίνεται προκειμένου να εμφανιστεί ένα ευχάριστο ερέθισμα ή για να αποφευχθεί ένα δυσάρεστο συναίσθημα (Ποταμιάνος, 2005).

- Κοινωνιολογικό μοντέλο

Κύριος στόχος του κοινωνιολογικού μοντέλου είναι ο εντοπισμός των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην παρατήρηση των κοινωνικών ομάδων που έχουν υψηλά ή χαμηλά ποσοστά αλκοολισμού. Για παράδειγμα, οι Εβραίοι οι οποίοι αποφεύγουν την μέθη έχουν χαμηλά ποσοστά αλκοολισμού ενώ ορισμένες αμερικανικές ινδικές φυλές υποστηρίζεται ότι έχουν υψηλά ποσοστά αλκοολισμού. Όμως, πολλές φορές αυτές οι θεωρίες στηρίζονται σε στερεότυπα

τα οποία μπορεί να είναι και λανθασμένα (Δασκαλόπουλος, 2006 , Ποταμιάνος, 2005).

Κάθε θεραπευτικό πλαίσιο παρέχει υπηρεσίες και παρεμβάσεις, οι οποίες είναι αναγκαίο να ανταποκρίνονται στις ανάγκες, στα ιδιαίτερα προβλήματα και στη φάση κινητοποίησης που χαρακτηρίζουν το άτομο. Δεν υπάρχει ένα θεραπευτικό μοντέλο το οποίο μπορεί να είναι κατάλληλο για όλα τα άτομα (Πουλόπουλος, 2009). Η θεραπεία του αλκοολισμού αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των επειγουσών καταστάσεων και την μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού (Μάνος, 2008).

4.2.2. Θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού

Τα άτομα που πρέπει να εισαχθούν σε κάποιο παθολογικό τμήμα ή σε μια μονάδα εντατικής παρακολούθησης είναι αυτά που εμφανίζουν βαριά τοξίκωση-μέθη και απειλείται η αναπνευστική τους λειτουργία ή παρουσιάζουν στερητικά φαινόμενα. Η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση των πρώτων εκδηλώσεων του στερητικού συνδρόμου, είναι πολύ σημαντική προκειμένου να αποφευχθούν σοβαρότερα φαινόμενα στέρησης-σπασμών γιατί τότε θα είναι δύσκολο να αναχαιτισθούν (Μάνος, 2008).

Η θεραπεία των πρώτων σημείων και συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου γίνεται με τη Librium (χλωροδιαζεποξείδη), η οποία είναι υποκατάστατο του αλκοόλ και προκαλεί μικρή καταστολή της αναπνοής , μικρό κίνδυνο εθισμού και μακρό χρόνο υποδιπλασιασμού της δραστηριότητάς της (24-30 ώρες). Η αγωγή γίνεται από το στόμα με 50-100mg χλωροδιαζεποξείδης που μπορεί να επαναληφθούν σε μια ώρα αν τα συμπτώματα επιμείνουν (Μάνος, 2008).

Εάν το άτομο που αντιμετωπίζει πρόβλημα με το αλκοόλ πει ότι έχει εμφανίσει σημαντικά συμπτώματα στέρησης στο παρελθόν όταν σταμάτησε να πίνει, τότε πρώτο στάδιο της θεραπείας είναι η αποτοξίνωση. Η αποτοξίνωση γίνεται σύμφωνα με τον Μάνο (2008: 528-529) « πάντα σε παθολογικό ή ψυχιατρικό τμήμα και συνίσταται στην αποκατάσταση της σωματικής κατάστασης του ασθενή, στην προσεκτική παρακολούθηση ώστε να ανακαλυφθούν αμέσως πιθανά πρώτα σημεία αλκοολικού στερητικού συνδρόμου και να θεραπευθούν προτού προχωρήσουν σε επικίνδυνα επίπεδα και στη σχετική

προφύλαξη για κάποιο διάστημα του αλκοολικού από το να ξανά πει ». Κατά τη διάρκεια της παραμονής του χρήστη στο νοσοκομείο για αποτοξίνωση αρχίζει και η μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού (Μάνος, 2008).

Η θεραπεία του αλκοολισμού είναι μακρόχρονη τόσο για τους ίδιους του χρήστες, όσο και για την οικογένεια τους αλλά και για τους θεραπευτές. Αρχικά, ο αλκοολικός χρειάζεται να αναλάβει την ευθύνη για το γεγονός ότι πίνει και να θυμάται πάντα ότι ακόμα και ένα ποτό αρκεί για να τον κάνει να υποτροπιάσει. Έπειτα, είναι αναγκαίο να αποκαταστήσει την κοινωνική και σωματική βλάβη που έχουν προκληθεί αλλά και να αποκαταστήσει την αυτοεκτίμησή του. Παράλληλα, όμως, με τη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι σημαντικό ο αλκοολικός να απευθυνθεί σε ειδικούς για τις ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές (Μάνος, 2008).

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του αλκοολισμού είναι οι εξής:

- Φαρμακολογική προσέγγιση

Γίνεται χρήση των φαρμάκων Antabuse (Δισουλφιράμη) και Abstem με στόχο να ανασταλεί η δράση της αλκοολικής δεϋδρογενάσης και να μετατραπεί η αλκοόλη σε ακεταλδεΐδη. Ο αλκοολικός λαμβάνει τη δισουλφιράμη με τη θέληση του, αφού έχει ενημερωθεί για τη δράση του. Το φάρμακο αυτό αναστέλλει τη φυσιολογική οξειδωση του αλκοόλ με αποτέλεσμα να συσσωρεύεται στο αίμα ακεταλδεΐδη, η οποία προκαλεί δυσφορικά συμπτώματα. Η αγωγή γίνεται από το στόμα με 125-250mg δισουλφιράμης την ημέρα και απαγορεύεται το αλκοόλ λόγω των δυσφορικών συμπτωμάτων που θα προκληθούν (Μάνος, 2008 , Ποταμιάνος, 2005).

Επίσης, χρησιμοποιούνται το Disulfiram και η Metronidazole (Flagyl) για τη θεραπεία των ουρολοιμώξεων και προκαλεί αποστροφή προς το αλκοόλ. Μια άλλη ομάδα φαρμάκων είναι τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά, τα οποία χρησιμοποιούνται την περίοδο της αποτοξίνωσης για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης (Ποταμιάνος, 2005).

- Ψυχολογική προσέγγιση

Από τις αρχές του 20ού αιώνα εφαρμόστηκαν οι ψυχολογικές προσεγγίσεις. Μια από τις πρώτες μεθόδους θεραπείας ήταν η τεχνική της

αποστροφικής θεραπείας όπου χρησιμοποιούνταν διάφορα χημικά σκευάσματα και ηλεκτρικά ερεθίσματα για να προκληθεί η αποστροφή. Ακόμη μια μέθοδος θεραπείας είναι οι ψυχοθεραπείες, οι οποίες έχουν ως θεωρητική βάση την ψυχανάλυση και η εφαρμογή τους είναι σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Βασική θεώρηση της ψυχοθεραπείας είναι ότι ο αλκοολισμός αποτελεί σύμπτωμα συγκρούσεων και για τον λόγο αυτό κύριος στόχος είναι η ανάλυση της σύγκρουσης και όχι η θεραπεία του συμπτώματος (Ποταμιάνος, 2005).

Η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική όταν ο χρήστης σταματήσει να πίνει προκειμένου αυτή να απευθυνθεί στα βαθύτερα συναισθήματά του και στις συγκρούσεις που καλύπτονται με το αλκοόλ. Επίσης, βοηθά στην αποκάλυψη οικογενειακών προβλημάτων ή συγκρούσεων που συντηρούν τον αλκοολισμό. Η ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται μαζί με άλλες υποστηρικτικές μεθόδους γιατί μόνη της δεν μπορεί να προσφέρει συνεχή υποστήριξη (Μάνος, 2008).

- Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα

Υπάρχουν θεραπευτικές προσεγγίσεις και προγράμματα τα οποία στοχεύουν αποκλειστικά στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ και στα οποία γίνεται χρήση φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικών θεραπειών. Οι συγκεκριμένες φαρμακολογικές και ψυχολογικές προσεγγίσεις διαφοροποιούνται από αυτές που χρησιμοποιούνται στη γενική ψυχιατρική (Ποταμιάνος, 2005).

- Υποστηρικτικές υπηρεσίες

Για πολλούς αλκοολικούς που έχουν χάσει την εργασία τους και δεν έχουν στέγη, είναι απαραίτητο να υπάρχουν υπηρεσίες που να τα εξασφαλίζουν αυτά (Μάνος, 2008).

- Ναλτρεξόνη

Η Ναλτρεξόνη είναι παράγωγο της μορφίνης και χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση υπερβολικής δόσης οπιοειδών. Έχει προταθεί για τη θεραπεία του αλκοολισμού, καθώς η δέσμευση των υποδοχέων οπιοειδών μειώνει την ευχαρίστηση που προσφέρει το αλκοόλ. Χρησιμοποιείται ως θεραπεία συντήρησης, γιατί αποτρέπει την αναζήτηση της ουσίας, καθώς η χρήση της δεν προκαλεί πλέον ευχαρίστηση. Η ναλτρεξόνη λαμβάνεται από το στόμα, έχει ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες και η δράση της διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες (Μάνος, 2008 , Μυρωνίδου-Τσουβελέκη, 2002).

- Ακαμπροζάτη

Η ακαμπροζάτη, ή αλλιώς ακετυλοομοταυρινικό ασβέστιο, ανταγωνίζεται τη διεργετική μετασυναπτική δράση των αμινοξέων-νευροδιαβιβαστών. Η χρήση της προκαλεί κυρίως διάρροια και κεφαλαλγία, ενώ έπειτα από έρευνες διαπιστώθηκε ότι η χορήγηση της ακαμπροζάτης σε συνδυασμό με υποστηρικτική ψυχοθεραπεία δίνει μικρότερα ποσοστά υποτροπής κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τη θεραπεία (Μυρωνίδου-Τσουβελέκη, 2002).

▪ Προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης

Τη δεκαετία του '70 αναπτύχθηκαν προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς φαρμακευτική αγωγή, τα οποία συνδύαζαν διάφορες μορφές συμβουλευτικής, ψυχοθεραπείας και οικογενειακής υποστήριξης. Οι εξαρτημένοι που απευθύνονται στα προγράμματα αυτά είναι χρήστες που κάνουν ελαφρύτερη χρήση, με μικρότερη εμπλοκή με το ποινικό σύστημα και με δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης (Πουλόπουλος, 2009).

Μερικά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης αξιοποιούν τις ομάδες αυτοβοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή και μετά τη θεραπεία. Αρκετά άτομα επιθυμούν να συμμετάσχουν σε ομάδες Ανώνυμων Αλκοολικών καθώς το θεωρούν βοηθητικό για τη διατήρηση της αποχής από τη χρήση και συνιστάται από αρκετά θεραπευτικά μοντέλα (Πουλόπουλος, 2009).

4.2.3. Αρνητικοί παράγοντες στη θεραπεία

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (2005), ανεξάρτητα από το θεραπευτικό μοντέλο που θα ακολουθηθεί υπάρχουν ορισμένοι αρνητικοί παράγοντες οι οποίοι δυσκολεύουν τη θεραπεία του αλκοολισμού, αυτοί είναι οι εξής:

→ Συνήθως το άτομο που έχει πρόβλημα με το αλκοόλ δεν αναγνωρίζεται εύκολα ούτε από το κοινωνικό του περιβάλλον αλλά ούτε και από τους θεραπευτές και αυτό γιατί:

- υπάρχει έλλειψη ευαίσθητων μεθόδων ανίχνευσης του προβληματικού πότη
- η ιατρική και η κοινή αντίληψη όσον αφορά τον αλκοολισμό περιορίζονται σε άτομα με σοβαρή εξάρτηση και διαταραχή λόγω της κατάχρησης

- υπάρχει δυσκολία στην οριοθέτηση των εννοιών της χρήσης και της κατάχρησης λόγω των βιολογικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και των πολιτισμικών παραγόντων
- συνήθως οι ειδικοί εστιάζουν μόνο στις επιπτώσεις και όχι στα αίτια που οδηγούν στην εξάρτηση
- παρουσιάζεται άρνηση τόσο από τον ίδιο τον πότη όσο και από το περιβάλλον του με αποτέλεσμα την μη αναζήτηση θεραπευτικής παρέμβασης,

→ Υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι στάσεις και οι αντιλήψεις του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού είναι αδιάφορες έως αρνητικές απέναντι στον αλκοολικό,

→ Η θεραπευτική παρέμβαση στο αλκοολικό άτομο δεν μπορεί να αναπληρώσει την κατάχρηση της αλκοόλης και για αυτό η θεραπεία αποτυγχάνει,

→ Σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση της εξάρτησης γίνεται σε προχωρημένα στάδια και συνεπώς σε προχωρημένο στάδιο των οργανικών και των ψυχιατρικών διαταραχών, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν πολλές πιθανότητες επιτυχίας.

Αναγνώριση του προβλήματος

Αρχικά, το πιο σημαντικό είναι να γίνει αντιληπτό από τον ειδικό το πρόβλημα του αλκοολισμού. Στη συνέχεια, χρειάζεται να αξιολογηθεί η υγεία του ατόμου και γενικότερα οι δραστηριότητές του. Η θεραπευτική αγωγή εξαρτάται από τη σωστή αξιολόγηση, η οποία μπορεί να διαρκέσει πάνω από 1-2 συναντήσεις. Δεδομένου ότι οι αλκοολικοί δεν παρουσιάζουν όλοι την ίδια κλινική εικόνα, το κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα χρειάζεται να αξιολογεί το πρόβλημα και να απαιτεί την ενεργό συμμετοχή του χρήστη στις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία, η οποία εξαρτάται και από τη σχέση θεραπευτή - θεραπευόμενου (Ποταμιάνος, 2005).

Τα πρώτα στάδια ενός θεραπευτικού προγράμματος ανάλογα με την κλινική εικόνα του αλκοολικού, είναι:

◇ Αποτοξίνωση

Είναι μια περίοδος κατά την οποία το άτομο απέχει από το αλκοόλ. Στόχος είναι η προετοιμασία του ατόμου για απεξάρτηση και ανάρρωση. Αν η αποτοξίνωση είναι αναγκαία, μπορεί να πραγματοποιηθεί στο σπίτι του αλκοολικού, ενώ ένας μικρός αριθμός εισάγεται στο νοσοκομείο (Ποταμιάνος, 2005).

◇ Αντιμετώπιση οργανικών ή/και ψυχιατρικών διαταραχών

Η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο αλκοολικός `` ορίζει `` το αν είναι απαραίτητο να εισαχθεί σε νοσοκομείο ή ψυχιατρείο για την αντιμετώπιση των πιθανών διαταραχών. Συνήθως, τα προβλήματα που παρουσιάζουν οι χρήστες μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερικά ιατρεία (Ποταμιάνος, 2005).

4.2.4. Χώρος απεξάρτησης

Ο θεραπευτικός χώρος έχει σημαντικό ρόλο στην απεξάρτηση. Αρχικά, χρειάζεται να ελεγχθεί η περιοχή στην οποία θα εγκατασταθεί το πρόγραμμα γιατί οι αντιδράσεις και οι αντιλήψεις των κατοίκων μιας περιοχής επηρεάζουν την λειτουργία και την εικόνα ενός προγράμματος. Επίσης, μια υποβαθμισμένη περιοχή με μη αποδεκτές κοινωνικές πράξεις οδηγεί σε μια επιπλέον επιβάρυνση στη λειτουργία του προγράμματος. Αντιθέτως, μια καλή αισθητικά εικόνα του χώρου και της περιοχής οδηγούν στην ενίσχυση των θετικών συνθηκών που απαιτούνται (Γεωργάκας, 2007).

Η εσωτερική λειτουργία του χώρου απεξάρτησης επηρεάζει τον θεραπευόμενο καθώς αυτός περνάει ένα μεγάλο μέρος της μέρας εκεί επενδύοντας συναισθήματα σε αυτό το περιβάλλον ή διαμορφώνοντας μελλοντικούς στόχους. Ο χώρος αυτός αποτελεί μια μικροκοινωνία, η οποία απαρτίζεται από τον ίδιο τον χρήστη, το προσωπικό και τους `` συμμάχους `` του εξαρτημένου. Ο χώρος της θεραπείας δεν πρέπει να θυμίζει χώρο νοσηλείας αλλά να συντελεί στη δημιουργία μιας ουσιαστικής επικοινωνίας και παραγωγικής έκφρασης, που θα ενισχύσουν την αισιοδοξία και την ελπίδα για το μέλλον (Γεωργάκας, 2007).

Ο χώρος και οι εξαρτημένοι βρίσκονται σε μια διαρκή αλληλοεπιρροή. Για τον λόγο αυτό, ο θεραπευτικός χώρος δεν πρέπει να θυμίζει τον οικογενειακό χώρο γιατί ίσως ο εξαρτημένος να έχει δυσάρεστα βιώματα και αυτό μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία συναισθημάτων απομάκρυνσης από αυτόν.

Επιπρόσθετα, ο εξαρτημένος δεν πρέπει να δημιουργήσει μια περαιτέρω σύνδεση με το χώρο παρά μόνο για το συγκεκριμένο σκοπό. Αυτό θα επιτευχθεί μέσω του σεβασμού προς τον εξαρτημένο αλλά και προς τα προβλήματα του (Γεωργάκας, 2007).

4.2.5. Απεξαρτητική διαδικασία

Η απεξαρτητική διαδικασία μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με την ένταξη του ατόμου σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα είτε όχι. Όμως η συμπεριφορά και η προσωπικότητα του εξαρτημένου ατόμου απαιτούν ιδιαίτερες συνθήκες για την αντιμετώπιση του προβλήματός του. Για τον λόγο αυτό υποστηρίζεται ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη όταν πραγματοποιείται σε προγράμματα τα οποία έχουν έντονο το στοιχείο της συμβίωσης των απεξαρτημένων για ένα διάστημα της μέρας ή για όλη την ημέρα. Τα προγράμματα αυτά αποτελούν ένα από τα βασικότερα μοντέλα απεξάρτησης (Γεωργάκας, 2007).

Κάθε πρόγραμμα έχει διαφορετική ιδεολογία και μεθοδολογία εφαρμογής, όμως, έχουν και κοινά χαρακτηριστικά όπως το γεγονός ότι είναι απαραίτητη η συμμετοχή των χρηστών με διάθεση επικοινωνίας και ανταλλαγής απόψεων και πως όλα τα μέλη πρέπει να ανέχονται και να αντιμετωπίζουν τη διαταραγμένη συμπεριφορά. Επίσης, είναι σημαντικό να έρχονται τα μέλη σε άμεση αντιπαράθεση γιατί αυτό τα οδηγεί στην καταπρόσωπο αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και των ερμηνειών που οι υπόλοιποι δίνουν για αυτά (Γεωργάκας, 2007).

Σύμφωνα με τον Γεωργάκα (2007) και τον Πουλόπουλο (2009), τα προγράμματα απεξάρτησης διακρίνονται σε «δημοκρατικά» και σε «ιεραρχημένα». Οι δημοκρατικές θεραπευτικές κοινότητες αναπτύχθηκαν στην Αγγλία και απευθύνονταν σε άτομα με ψυχικά προβλήματα. Περιλάμβαναν ομαδική αναλυτική θεραπεία και τη δημοκρατική διαχείριση η οποία έδινε μεγάλη σημασία στην κοινωνική επανένταξη. Τα δημοκρατικά προγράμματα έχουν πιο ελαστική δομή από τα ιεραρχημένα και πλέον για τη λειτουργία τους προβλέπεται η συμβολή επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Οι ιεραρχημένες θεραπευτικές κοινότητες απευθύνονταν σε χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών και αλκοόλ. Η πρώτη προσπάθεια για να αναπτυχθεί ένα

θεραπευτικό πλαίσιο έγινε το 1958 στην Καλιφόρνια από πρώην εξαρτημένους και απασχολούν κυρίως απόφοιτους θεραπευτικών προγραμμάτων. Χρησιμοποιούν ως θεραπευτική τεχνική τις αντιπαραθετικές ομάδες ενώ έχουν αυστηρή δομή και πρόγραμμα. Πριν από τη δημιουργία της πρώτης κοινότητας, υπήρχαν ομάδες αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Αλκοολικών που είχαν ξεκινήσει το 1935 και οι ομάδες των Ανώνυμων Ναρκομανών που ξεκίνησαν το 1952 (Γεωργάκας, 2007 , Πουλόπουλος, 2009).

Τα θεραπευτικά προγράμματα αποτελούν κοινόβια ατόμων και ανεξάρτητα από τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται, αποτελούνται από άτομα τα οποία συνδέονται με ένα κοινό πρόβλημα το οποίο προσπαθούν να αντιμετωπίσουν. Τα θεραπευτικά προγράμματα διαφέρουν στον αριθμό των μελών που υποδέχονται, ενώ στα κοινά χαρακτηριστικά τους περιλαμβάνονται η διάρκεια της θεραπείας, το προφίλ του προσωπικού και η έμφαση που δίνεται στην κοινωνική επανένταξη των μελών τους (Γεωργάκας, 2007 , Πουλόπουλος, 2009).

Για να εισαχθεί ένα εξαρτημένο άτομο σε μια θεραπευτική κοινότητα θεωρείται ως βασικό κριτήριο η εθελοντική προσέλευση, ακόμη και όταν το άτομο υφίσταται νομική ή οικογενειακή πίεση για ένταξη σε θεραπεία, και η απουσία σοβαρών ψυχιατρικών προβλημάτων. Άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές παραπέμπονται σε άλλες υπηρεσίες καθώς η ανεξάρτηση από εξαρτησιογόνες ουσίες είναι δευτερεύουσα (Πουλόπουλος, 2009).

Όλες οι θεραπευτικές κοινότητες έχουν ως στόχο την αποχή των μελών από τη χρήση ουσιών και από παραβατικές δραστηριότητες. Ένας επιπλέον στόχος είναι η επαγγελματική αποκατάσταση των μελών και γενικότερα η κοινωνική τους επανένταξη. Για να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι είναι απαραίτητη η ενεργή συμμετοχή των εξαρτημένων στη διαδικασία της ανεξάρτησης (Πουλόπουλος, 2009).

Οι θεραπευτικές κοινότητες παρομοιάζονται με μια διευρυμένη οικογένεια, όπου τα μέλη αναβιώνουν τις αναπτυξιακές φάσεις της ζωής τους σε σύντομο χρονικό διάστημα. Κατά την ένταξή τους στην κοινότητα τα μέλη αποκτούν ένα πρόσωπο αναφοράς το οποίο αναλαμβάνει ένα ρόλο σαν αυτό του μεγαλύτερου `` αδερφού `` ή της `` αδερφής ``. Οι δουλειές του σπιτιού όπως το

μαγείρεμα, τα ψώνια, το καθάρισμα, ανήκουν στα ίδια τα μέλη (Πουλόπουλος, 2009).

4.2.6. Θεραπευτικές φάσεις

Στα προγράμματα απεξάρτησης οι θεραπευτικές φάσεις είναι τρεις: η φάση της εισαγωγής, η φάση της εντατικής θεραπείας και η φάση της επανένταξης. Αρχικά, τα μέλη ενημερώνονται για το πρόγραμμα και τους κανονισμούς και ενισχύεται η κινητοποίησή τους ώστε με την εισαγωγή τους σε θεραπευτική κοινότητα να γνωρίζουν το πρόγραμμα και τις διαδικασίες σε γενικές γραμμές (Πουλόπουλος, 2009).

Το νέο μέλος στη φάση της εισαγωγής μαθαίνει την πολιτική, τις αρχές και τους κανόνες λειτουργίας του προγράμματος και αρχίζει να αναπτύσσει σχέσεις με το προσωπικό και τα υπόλοιπα μέλη. Επίσης, αξιολογεί την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και τις ιδιαίτερες ανάγκες που αντιμετωπίζει και δεσμεύεται στη διαδικασία της αλλαγής. Το πρώτο διάστημα η επιθυμία για χρήση ουσιών είναι μεγάλη. Οι τρεις πρώτοι μήνες είναι οι πιο συχνοί όπου τα μέλη διακόπτουν τη θεραπεία τους καθώς κατά τη διακοπή της χρήσης των ουσιών γίνονται έντονοι οι φόβοι, οι ανησυχίες και οι εσωτερικές συγκρούσεις (Πουλόπουλος, 2009).

Αφού ολοκληρωθεί η φάση της εισαγωγής, το άτομο εντάσσεται στη φάση της εντατικής θεραπείας, η οποία έχει ως σκοπό την ψυχική απεξάρτηση. Στόχος των παρεμβάσεων στη θεραπεία είναι η αλλαγή στάσεων, αντιλήψεων και της συμπεριφοράς του ατόμου σχετικά με τη χρήση ουσιών προκειμένου να ανταποκρίνεται σε κοινωνικές, εκπαιδευτικές, επαγγελματικές, οικογενειακές και ψυχολογικές ανάγκες (Πουλόπουλος, 2009).

Καθημερινά, το πρόγραμμα των μελών περιλαμβάνει διάφορες δραστηριότητες όπως πρωινές συναντήσεις, ομάδες αντιπαράθεσης, εκπαιδευτικά μαθήματα, διαδικασίες ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων και εργασίες που είναι απαραίτητες για την λειτουργία της κοινότητας. Σημαντικός είναι ο επαναπροσδιορισμός των σχέσεων με την οικογένεια, η οποία έχει κλονιστεί πριν από την έναρξη της κρίσης και οξύνεται κατά τη διάρκειά της. Η φάση αυτή διαρκεί από 6 έως 12 μήνες και ακολουθεί η φάση της κοινωνικής επανένταξης (Πουλόπουλος, 2009).

Κατά τη διάρκεια ενός θεραπευτικού προγράμματος ο εξαρτημένος εκπαιδεύεται για την κοινωνική του επανένταξη. Παράλληλα, δηλαδή, με τη διακοπή της χρήσης της εξαρτησιογόνου ουσίας, το άτομο προετοιμάζεται για την επιστροφή στην κοινωνική πραγματικότητα. Μεγάλο μέρος των δραστηριοτήτων των θεραπευτικών προγραμμάτων καταλαμβάνουν ενέργειες που στοχεύουν στην κοινωνική επανένταξη και στην επαγγελματική αποκατάσταση των χρηστών. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην επαγγελματική αποκατάσταση και στην επανασύνδεση με το εκπαιδευτικό σύστημα. Η φάση αυτή περιλαμβάνει ατομικές και οικογενειακές συνεδρίες, ομάδες αυτοβοήθειας και επαγγελματική συμβουλευτική (Γεωργάκας, 2007 , Πουλόπουλος, 2009).

Μετά την αποφοίτηση του ατόμου από το πρόγραμμα, συνεχίζεται η ψυχοκοινωνική στήριξη του πρώην εξαρτημένου, διότι καθώς το άτομο εντάσσεται σε σχέσεις και συνεργασίες αυξάνεται ο κίνδυνος υποτροπής, η οποία είναι επώδυνη τόσο για τον ίδιο τον εξαρτημένο όσο και για το περιβάλλον του. Υποτροπή είναι η επανάληψη της μη αποδεκτής εξαρτητικής συμπεριφοράς που είχε ο εξαρτημένος. Η επαρκής ψυχοκοινωνική στήριξη, η αποτελεσματική προετοιμασία της υποδοχής από την οικογένεια, η κοινωνική προσαρμογή και η επαγγελματική αποκατάσταση αποδυναμώνουν τον κίνδυνο υποτροπής (Γεωργάκας, 2007).

4.2.7. Μέθοδοι απεξάρτησης

Η απεξάρτηση είναι η αποκατάσταση των δεξιοτήτων του εξαρτημένου μέσω της εκφόρτισης των αρνητικών στοιχείων που έχουν συσσωρευθεί στον ψυχικό κόσμο, με σκοπό την επιτυχή αντιμετώπιση των δυσκολιών χωρίς την ανάγκη για χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας. Είναι μια διαδικασία που τη συνθέσουν συμβουλευτικές, υποστηρικτικές, σωφρονιστικές, θεραπευτικές και άλλες λειτουργίες. Προκειμένου η διαδικασία αυτή να μην θεωρηθεί ημιτελής, είναι απαραίτητη η πλήρη αλλαγή της στάσης ζωής σε όλα τα επίπεδα, στο τρόπο επικοινωνίας, στις μορφές ψυχαγωγίας και στους χώρους διασκέδασης, στους φίλους, στη συμπεριφορά κ. ά (Γεωργάκας, 2007).

Επίσης, πολύ σημαντικός είναι ο επαναπροσδιορισμός των σχέσεων, η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου και η γνωριμία με δραστηριότητες που ο εξαρτημένος αγνοούσε. Το περιβάλλον επιδρά σε κάθε άτομο ως `` εκπαιδευτής

'' , ο οποίος επενεργεί στον επαναπροσδιορισμό απόψεων, στάσεων και ιδεών αλλά και στην ατομική εξέλιξη και σταδιοδρομία. Στους εξαρτημένους, όμως, δεν ισχύει η ίδια διαδικασία, καθώς αυτοί καθλώνονται σε μια αυτοκαταστροφική στάση ζωής λόγω της εξάρτησης τους. Έπειτα, είναι προτιμότερο να εξετάζονται τα αποτελέσματα της κάθε αρνητικής συμπεριφοράς και όχι η ίδια η συμπεριφορά. Σε αυτή την αρνητική συμπεριφορά στηρίζεται η τακτική στήριξης ενός ατόμου (Γεωργάκας, 2007).

Σημαντικό ρόλο στη θεραπεία ενός ατόμου δεν έχει το πρόγραμμα απεξάρτησης αλλά ο ίδιος ο εξαρτημένος και η επιθυμία του να προσπαθήσει. Το πρόγραμμα απλά τον υποστηρίζει σύμφωνα με τις αρχές και τις δυνατότητές του. Επιπλέον, θεωρείται απαραίτητη η θεραπεία της οικογένειας ώστε να επαναπροσδιοριστούν οι σχέσεις των μελών, να αντιμετωπιστούν πιθανών ρήξεις μεταξύ τους με σκοπό να διευκολυνθεί το απεξαρτητικό έργο και να δημιουργηθούν δυνατότητες ευνοϊκής εξέλιξης (Γεωργάκας, 2007).

Αναλυτικότερα, η συμμετοχή της οικογένειας σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα θεωρείται πολύ σημαντική τόσο για την κινητοποίηση του μέλους, όσο και για την παραμονή του στη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξή του. Επίσης, σημαντική είναι η συμμετοχή των στενών φίλων, των συνεργατών, των εργοδοτών και όλων αυτών οι οποίοι αποτελούν το κοινωνικό περιβάλλον του εξαρτημένου και ενδιαφέρονται για την αλλαγή της εξαρτητικής συμπεριφοράς (Πουλόπουλος, 2009).

Οι λόγοι για τους οποίους απαιτείται η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία είναι τρεις: ο πρώτος είναι για να αλλάξει το εξαρτημένο άτομο τη συμπεριφορά του, ο δεύτερος για να αλλάξουν τα άλλα μέλη τη δική τους συμπεριφορά και στάση ως προς την εξάρτηση και ο τρίτος για να αλλάξει η δυναμική που αναπτύσσεται μέσα στην οικογένεια και έχει αρνητικές επιπτώσεις για όλα τα μέλη (Πουλόπουλος, 2009).

Στην αρχή, τα μέλη της οικογένειας συμμετέχουν σε ομάδες όπου μιλούν για τα δικά τους συναισθήματα και τις συμπεριφορές που επιδρούν στο εξαρτημένο μέλος της οικογένειας τους. Σε αυτές τις ομάδες η οικογένεια κατανοεί τους ρόλους, τη συμπεριφορά και τις σχέσεις της και προσπαθεί να τα αλλάξει παύοντας να αναπαράγει το πρόβλημα. Στη φάση της κοινωνικής επανένταξης η οικογένεια χρειάζεται να συνεχίσει τις συνεδρίες γιατί εάν τα μέλη

της οικογένειας δεν έχουν αλλάξει μπορεί να παλινδρομήσουν σε παλαιότερες συμπεριφορές (Πουλόπουλος, 2009).

Η θεραπευτική προσέγγιση βασίζεται τόσο στις αρχές της ατομικής θεραπείας όσο και στις αρχές της ομαδικής θεραπείας και έχει κυρίαρχο στόχο την αναδόμηση της συμπεριφοράς του απεξαρτώμενου ατόμου. Η ομαδική θεραπεία και η κοινοτική συμβίωση είναι μια μικροκοινωνία η οποία ενδυναμώνει τους χρήστες για απεξάρτηση και ενισχύει την επικοινωνία και την αλληλο-υποστήριξη. Η ατομική θεραπεία βοηθά την αξιοποίηση των θετικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου (Γεωργάκας, 2007).

Τέλος, στην προσπάθεια του εξαρτημένου ατόμου να διακόψει τη χρήση, το στάδιο της ψυχικής απεξάρτησης είναι το βασικότερο καθώς σε αυτό επιδιώκεται η συναισθηματική και λειτουργική αποδέσμευση του χρήστη από τις ουσίες. Το στάδιο αυτό δεν μπορεί να προσδιοριστεί πόσο θα διηρκήσει διότι συνδέεται με τα πνευματικά και βιοσυναισθηματικά χαρακτηριστικά του εξαρτημένου, τον κοινωνικό και επαγγελματικό του περίγυρο και τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειάς τους. Κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα διαθέτει χρόνο για την απεξαρτητική διαδικασία, ο οποίος στηρίζεται στο ιδεολογικό στίγμα του προγράμματος (Γεωργάκας, 2007).

4.2.8. Εγκατάλειψη της θεραπείας

Υπάρχουν διάφορες έρευνες οι οποίες έχουν μελετήσει τις μεταβλητές που σχετίζονται με την πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπευτικής διαδικασίας. Η ηλικία είναι ένας από τους παράγοντες που σχετίζονται με την εγκατάλειψη και όπως φαίνεται οι έφηβοι διακόπτουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι οι ενήλικες. Έπειτα, τα άτομα που επιστρέφουν στη χρήση συνήθως είναι αυτά που κάνουν χρήση πάνω από 15 χρόνια και αυτό έχει ως αποτέλεσμα η εξάρτηση να έχει εγκατασταθεί σε ψυχολογικό επίπεδο και να απουσιάζουν αντιστάσεις (Πουλόπουλος, 2009).

Όσον αφορά τα άτομα που εμφανίζουν κάποια ψυχική διαταραχή μεγάλο ποσοστό διακόπτει τη θεραπεία καθώς στις θεραπευτικές κοινότητες ασκείται μεγάλη πίεση για έκφραση συναισθημάτων. Συνήθως, όμως, τα άτομα που παρουσιάζουν κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή παραπέμπονται από την αρχή σε εξειδικευμένα προγράμματα. Επιπλέον, εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό οι

γυναίκες να διακόπτουν τη θεραπεία από ότι οι άνδρες καθώς αυτές αποτελούν την μειονότητα και ίσως να μην λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαίτερες ανάγκες τους (Πουλόπουλος, 2009).

Η διακοπή της θεραπείας έχει σημαντικές συνέπειες τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον αλλά και για το θεραπευτικό πλαίσιο. Τα άτομα που εγκαταλείπουν τη θεραπεία, σε σύγκριση με αυτά που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα, αντιμετωπίζουν συχνότερα συλλήψεις και καταδικαστικές αποφάσεις ενώ ελάχιστα από αυτά βρίσκουν εργασία (Πουλόπουλος, 2009).

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Θέμα

«Αλκοόλ. Διερεύνηση της σχέσης των νέων με την ουσία, των στάσεων και των συνηθειών τους».

1. Σκοπός έρευνας

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας που πραγματοποιήθηκε στους νέους, είναι να διερευνηθεί η σχέση των νέων με το αλκοόλ καθώς και οι στάσεις και οι συνήθειες τους σχετικά με την ουσία.

2. Στόχοι έρευνας

Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι να διερευνηθούν:

- √ Οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν τους νέους (18 και άνω) στη χρήση αλκοόλ.
- √ Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νέοι εξαιτίας του αλκοόλ.
- √ Τα συναισθήματα των νέων κατά τη χρήση αλκοόλ.
- √ Πόσο οι νέοι είναι ενημερωμένοι σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία και την κοινωνική ζωή.

3. Είδος Έρευνας

Σύμφωνα με το θέμα μας και τα ερευνητικά μας ερωτήματα, το είδος της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε είναι η ποσοτική καθώς διερευνάται οι στάσεις, οι συνήθειες και οι απόψεις των νέων σχετικά με το αλκοόλ. Η συγκεκριμένη έρευνα αποσκοπεί στο να διαπιστωθεί τι διαστάσεις έχει πάρει η κατανάλωση

αλκοόλ από τους νέους και πως επιδρά στη ζωή τους. Ειδικότερα θα μελετηθεί εάν οι νέοι κάνουν χρήση αλκοόλ, η συχνότητα και η ποσότητα κατανάλωσης, το είδος του αλκοολούχου ποτού που προτιμούν, οι λόγοι που τους οδηγούν στην κατανάλωση, τα συναισθήματα που δημιουργούνται κατά τη χρήση αλκοόλ και πόσο ενημερωμένοι είναι οι νέοι για τις συνέπειες της χρήσης αλκοόλ στην υγεία και στην κοινωνική τους ζωή. Βασικό γνώρισμα της ποσοτικής έρευνας είναι ότι «επιτρέπει τη σύνδεση δύο ή περισσότερων χαρακτηριστικών για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, αναδεικνύοντας έτσι τις γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα» (Κυριαζή, 2009: 47).

Η ποσοτική έρευνα έχει σταθερή και δύσκαμπτη δομή. Για τον λόγο αυτό εάν η έρευνα έχει ξεκινήσει, ο σχεδιασμός της επιτρέπει ελάχιστες αλλαγές. Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού ενώ παράλληλα απαιτεί χαμηλότερο κόστος και λιγότερο χρόνο σε σύγκριση με την ποιοτική έρευνα. Τέλος, η ποσοτική έρευνα επικεντρώνεται στη μέτρηση των θεωρητικών εννοιών μέσω εργαλείων όπως το ερωτηματολόγιο και μέσω αυτού διεξάγονται αποτελέσματα τα οποία είναι μετρίσιμα, γενικεύσιμα και αντιπροσωπευτικά (Κυριαζή, 2009).

4. Ερευνητικά Ερωτήματα

- 1). Κάνουν οι νέοι χρήση αλκοόλ;
- 2). Ποιοι είναι οι λόγοι που οδηγούν τους νέους στη χρήση αλκοόλ;
- 3). Ποιες είναι οι συνέπειες του αλκοόλ στους νέους;
- 4). Ποια είναι τα συναισθήματα των νέων όταν κάνουν χρήση αλκοόλ;

5. Πληθυσμός και Δείγμα

Η συλλογή των δεδομένων γίνεται μέσα από το αντιπροσωπευτικό δείγμα που έχει επιλεγεί. Το πρώτο βήμα, όμως, είναι να επιλέξουμε τον πληθυσμό (Σοφούλης, 2001). Ο πληθυσμός είναι τα υποκείμενα της έρευνας, τα οποία έχουν μεταξύ τους κοινά χαρακτηριστικά – στοιχεία. Ως δείγμα, ορίζεται το υποσύνολο του πληθυσμού που έχει επιλεγεί με μια συγκεκριμένη δειγματοληψία (Κυρανάκης & συν, 2007).

Ο πληθυσμός της έρευνάς μας είναι οι νέοι 18 ετών έως 26 ετών, οι οποίοι φοιτούν στο ΑΤΕΙ της Πάτρας. Επιλέξαμε το συγκεκριμένο πληθυσμό λόγω της αύξησης της χρήσης αλκοόλ στους νέους, όπως διαπιστώθηκε και στη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση. Ως δείγμα επιλέχθηκε από κάθε σχολή του Α.Τ.Ε.Ι. (Σ.Ε.Υ.Π., Σ.Τ.Ε., Σ.Δ.Ο.) το τμήμα με τους περισσότερους σπουδαστές, δηλαδή, το τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας (Σ.Ε.Υ.Π.), της Λογιστικής (Σ.Δ.Ο.) και της Μηχανολογίας (Σ.Τ.Ε.). Ο συνολικός αριθμός των φοιτητών και των τριών τμημάτων είναι 4.698 άτομα. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τα στοιχεία που μας έδωσαν οι γραμματείες των τμημάτων, στην Κοινωνική Εργασία φοιτούν 818 άτομα από τα οποία οι 96 είναι άνδρες και οι 722 γυναίκες. Στο τμήμα της Μηχανολογίας φοιτούν 1380 σπουδαστές από τους οποίους οι 1234 είναι άνδρες και οι 146 γυναίκες, ενώ στο τμήμα της Λογιστικής φοιτούν 2.500 σπουδαστές όπου οι 1.100 είναι άνδρες και οι 1.400 γυναίκες. Οι σπουδαστές ανήκουν σε όλα τα εξάμηνα.

Το δείγμα μας είναι 150 σπουδαστές όλων των εξαμήνων των συγκεκριμένων τμημάτων. Συνεπώς, το είδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η μη πιθανοτήτων καθώς δεν παρέχεται η δυνατότητα στο κάθε άτομο να περιληφθεί στο δείγμα. Σύμφωνα με το συνολικό αριθμό σπουδαστών των τριών τμημάτων επιλέχθηκε αναλογικά, το 17% από την Κοινωνική Εργασία, το 30% από την Μηχανολογία και το 53% από την Λογιστική.

Αναλυτικότερα, από το συνολικό πληθυσμό των φοιτητών και των τριών τμημάτων (4698) η Κοινωνική Εργασία περιλαμβάνει 818 άτομα. Αυτό μεταφράζεται στο 17% του συνολικού πληθυσμού. Στο δικό μας δείγμα, στους 150 σπουδαστές δηλαδή, το ποσοστό αυτό περιλαμβάνει τους 26 σπουδαστές. Για το λόγο αυτό από τα 150 ερωτηματολόγια μοιράσαμε τα 26 στην Κοινωνική Εργασία. Με τον ίδιο τρόπο και σύμφωνα με την αναλογία ανδρών και γυναικών της κάθε σχολής αποφασίσαμε και τον αριθμό ανδρών και γυναικών που θα χρησιμοποιηθεί ως δείγμα. Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε και για τις άλλες σχολές.

Συνεπώς, στα 150 ερωτηματολόγια, τα 26 προέρχονται από την Κοινωνική Εργασία, τα 45 από την Μηχανολογία και τα 79 από την Λογιστική. Αναλογικά με το φύλο, θα πρέπει να είναι στην Κοινωνική Εργασία 22 γυναίκες και 4 άνδρες, στην Μηχανολογία 6 γυναίκες και 39 άνδρες και στην Λογιστική 53

γυναίκες και 26 άνδρες. Επειδή δεν ήταν εύκολο να διατηρηθεί αυτή η αναλογία στο ακέραιο, προσπαθήσαμε να μην έχουμε μεγάλες αποκλίσεις.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στις αίθουσες που εκείνη την στιγμή είχαν μάθημα οι σπουδαστές, μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των ερωτηματολογίων που είχε οριστεί. Αναλυτικότερα, μοιράσαμε τα ερωτηματολόγια στην πρώτη αίθουσα που μπήκαμε και μέχρι να καλυφθεί ο αριθμός που επιθυμούσαμε μπαίναμε και σε άλλες αίθουσες.

6. Μεθοδολογία Δειγματοληψίας

Ο όρος ‘‘μέθοδος’’ αναφέρεται σε διάφορες προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στις εκπαιδευτικές έρευνες προκειμένου να συλλεχθούν τα στοιχεία και οι πληροφορίες που χρειάζονται για την έρευνα. Σκοπός της μεθοδολογίας είναι να βοηθήσει τον ερευνητή να κατανοήσει την πορεία της έρευνας και όχι τα προϊόντα της επιστημονικής έρευνας (Κυρανάκης & συν, 2007). Η δειγματοληψία έχει σημαντικό ρόλο σε μία έρευνα καθώς συνδέεται με την εγκυρότητα και την γενίκευση των αποτελεσμάτων (Καλύβα, 2010).

Υπάρχουν δυο τύποι δειγματοληψίας. Α) το δείγμα πιθανοτήτων, όπου οι πιθανότητες που υπάρχουν στο να επιλεγούν μέλη της ευρύτερης κοινωνίας στο δείγμα είναι γνωστές. Κάθε μέλος έχει ίσες πιθανότητες να επιλεγεί ενώ ο αποκλεισμός ή η ένταξη του στο δείγμα είναι ζήτημα τύχης. Β) το δείγμα που δεν είναι πιθανοτήτων, όπου οι πιθανότητες επιλογής είναι άγνωστες. Κάποια μέλη του ευρύτερου πληθυσμού θα αποκλειστούν από το δείγμα, όμως, κάποια άλλα θα περιληφθούν οπωσδήποτε. Ο ερευνητής, έπειτα από σκέψη, σκόπιμα επιλέγει ένα συγκεκριμένο κομμάτι του ευρύτερου πληθυσμού, το οποίο είτε θα ενταχθεί, είτε θα αποκλειστεί από το δείγμα. (Καλύβα, 2010 , Κυρανάκης & συν, 2007).

Δειγματοληψία αναλογίας

Η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε είναι η αναλογική η οποία έχει χαρακτηριστεί ως ο τύπος δείγματος μη πιθανοτήτων. «Στη δειγματοληψία πιθανοτήτων μπορούμε να προσδιορίσουμε την πιθανότητα ότι κάθε άτομο θα περιληφθεί στο δείγμα. Οποιοδήποτε σχέδιο δειγματοληψίας που δεν παρέχει τη δυνατότητα να το κάνουμε αυτό, ονομάζεται δειγματοληψία που δεν είναι πιθανοτήτων» (Καλύβα, 2010: 312).

Η δειγματοληψία αναλογίας εφαρμόζεται όταν ο ερευνητής ενώ γνωρίζει τη σύνθεση του πληθυσμού σε μια σημαντική μεταβλητή για την έρευνα, δεν μπορεί να επιλέξει τυχαίο δείγμα (Κυριαζή, 2009). Στο βαθμό που επιτυγχάνεται να διαιρεθεί ο πληθυσμός σε ομοιογενή ομάδες, αρκούν ορισμένες μονάδες από κάθε ομάδα για να μας τον περιγράψουν. Εάν από κάθε ομάδα πάρουμε έναν αριθμό ανάλογο προς το μέγεθος της συγκεκριμένης ομάδας, τότε το σύνολο των μονάδων θα αποτελεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού (Φίλιας, 1977).

Αναλυτικότερα, στη δειγματοληψία αναλογίας, ο ερευνητής αρχικά κάνει υποθέσεις σχετικά με την κατανομή των χαρακτηριστικών που τον ενδιαφέρουν στον πληθυσμό. Στη συνέχεια συλλέγει ένα δείγμα, το οποίο θα αντιπροσωπεύει τα χαρακτηριστικά αυτά στις προαποφασισμένες αναλογίες (Σταλίκας, 2005). Το δείγμα επιλέγεται με βολικό τρόπο ως προς τον ερευνητή (Δημοκράτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, 2011).

Το δείγμα επιλέχθηκε με βολικό τρόπο ως προς εμάς. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν αναλογικά με βάση το σύνολο των σπουδαστών και το ποσοστό ανδρών και γυναικών σε κάθε τμήμα. Επειδή δεν ήταν εύκολο να διατηρηθεί αυτή η αναλογία στο ακέραιο, προσπαθήσαμε να μην έχουμε μεγάλες αποκλίσεις.

7. Τόπος και χρόνος

Η έρευνά μας διεξήχθη κατά το διάστημα Μάιος 2012 - Ιούνιος 2012 στο ΑΤΕΙ της Πάτρας, στις αίθουσες των συγκριμένων τμημάτων όλων των εξαμήνων. Αρχικά, προκειμένου να μοιραστούν τα ερωτηματολόγια στους σπουδαστές, η επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κα Στέλλα Παπαμιχαήλ ετοίμασε μια επιστολή η οποία ζητούσε από τους καθηγητές που βρίσκονταν εκείνη τη στιγμή στις αίθουσες, να διευκολύνουν την έρευνά μας ενθαρρύνοντας τους σπουδαστές που παρακολουθούσαν τα μαθήματά τους να συμμετάσχουν σε αυτή (βλ. Παράρτημα Ι).

8. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η μέθοδος συλλογής δεδομένων που επιλέχθηκε είναι το ερωτηματολόγιο, καθώς αυτό είναι περισσότερο αποτελεσματικό για τη συγκέντρωση των απαιτούμενων πληροφοριών και δεν παρεμβάλλεται η αρνητική επίδραση της

προσωπικής επαφής. Επίσης, αποφεύγεται η αρνητική ανειλικρινής απάντηση ή δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων. Συνήθως κεντρίζει το ενδιαφέρον των ερωτώμενων και εκμαιεύει όσο το δυνατόν πλησιέστερες απαντήσεις στην αλήθεια μέσω της ανωνυμίας.

9. Ερωτηματολόγιο

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα εύχρηστο εργαλείο για τη συλλογή δεδομένων και παρέχει πληροφορίες χωρίς την παρουσία του ερευνητή (Κυρανάκης & συν, 2007).

Με τη χρήση του ερωτηματολογίου δίνεται η δυνατότητα να συλλεχθούν στοιχεία για το ίδιο θέμα από μεγάλο αριθμό ατόμων και κατά συνέπεια τα στοιχεία αυτά συγκρίνονται, ποσοτικοποιούνται και γίνεται η στατιστική ανάλυση (Κυριαζή, 2009).

Η ανωνυμία ενός ερωτηματολογίου και η έμμεση επαφή του ερευνητή με το δείγμα μέσω αυτού, διευκολύνει τις απαντήσεις σε ευαίσθητο υλικό ενώ αποφεύγονται οι λακωνικές ή οι αναλυτικές απαντήσεις (Κυρανάκης & συν, 2007). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Καλύβα (2010: 280) «η έλλειψη άμεσης επαφής σημαίνει ότι τα αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια,..., είναι καλύτερα όταν μεταχειριζόμαστε ευαίσθητα θέματα».

Πλεονεκτήματα ερωτηματολογίου

- ∅ Απαιτείται χαμηλότερο κόστος και μικρό χρονικό διάστημα τόσο για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου όσο και για τη συμπλήρωσή του (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).
- ∅ Η ανωνυμία που παρέχεται είναι καθοριστική στην λήψη πληροφοριών για κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

Μειονεκτήματα ερωτηματολογίου

- ∅ Ο ερευνητής δεν έχει τη δυνατότητα να αντλήσει επιπλέον πληροφορίες (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

∅ Το δείγμα μπορεί να αγνοήσει μερικές ερωτήσεις (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

Η διαμόρφωση των τύπων των ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο έγινε σε συνεργασία με την υπεύθυνη καθηγήτρια κα. Στέλλα Παπαμιχαήλ. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν προσωπικά στους σπουδαστές μαζί με προφορικές οδηγίες για την συμπλήρωσή τους. Κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γίνονταν διευκρινήσεις για τυχόν απορίες που υπήρχαν.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 25 ερωτήσεις και 3 υπο-ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις είναι κλειστού και ανοικτού τύπου. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου είναι 26 και από αυτές οι 8 είναι διχοτομικές, οι 15 πολλαπλής επιλογής και οι 3 κλίμακες ιεράρχησης. Στις ερωτήσεις ανοικτού τύπου περιλαμβάνονται 2.

Δομή Ερωτηματολογίου

- i) Η πρώτη ενότητα αναφέρεται σε κοινωνιοδημογραφικά στοιχεία
- ii) Η δεύτερη ενότητα αφορά τη διερεύνηση της σχέσης των νέων με το αλκοόλ
- iii) Η τρίτη ενότητα σχετίζεται με τις επιδράσεις και τις συνέπειες της χρήσης αλκοόλ (βλ. παράρτημα I).

10. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ηλικία του ερωτώμενου
- Να ανήκει σε κάποια από τα τμήματα των σχολών που επιλέχθηκαν

Και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- Μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

11. Δεοντολογία της κοινωνικής έρευνας

Το ζήτημα της δεοντολογίας στην έρευνα είναι ένα πολύ σύνθετο θέμα. Οι ερευνητές έχουν ευθύνη ως προς το επάγγελμά τους για την αναζήτηση της γνώσης και της αλήθειας αλλά και ως προς τα υποκείμενα της έρευνας. Σύμφωνα με τη δεοντολογία η αλήθεια είναι καλή, όμως, ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας είναι καλύτερος. Ο κάθε ερευνητής στηριζόμενος στην πείρα και τις

προσωπικές του αξίες επιλέγει αν θα κρατήσει κάποια ισορροπία μεταξύ της αλήθειας και του σεβασμού προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια ή αν θα ευνοηθεί κάποιο από αυτά (Κυρανάκης, Μαυράκη, Μητσοπούλου, Μπιθαρά & Φιλοπούλου, 2007).

Στο πλαίσιο της ερευνητικής δραστηριότητας, το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή μπορεί εύκολα να παραβιαστεί είτε κατά τη διάρκεια της έρευνας είτε αφού αυτή ολοκληρωθεί. Τα προσωπικά δεδομένα ορίζονται από το νόμο ως αυτά που αποκλειστικά χαρακτηρίζουν το άτομο που τα παρέχει (Κυρανάκης & συν, 2007).

Οι μέθοδοι για την προστασία των συμμετεχόντων είναι η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα. Η ουσία της ανωνυμίας είναι ότι οι πληροφορίες που παρέχονται δεν πρέπει να αποκαλύπτουν την ταυτότητα των συμμετεχόντων. Για τον λόγο αυτό δεν χρησιμοποιούνται τα ονόματα ή άλλα προσωπικά στοιχεία πιστοποίησης της ταυτότητάς τους (Κυρανάκης & συν, 2007).

Όσον αφορά την εμπιστευτικότητα, παρά το γεγονός ότι οι ερευνητές μπορεί να γνωρίζουν ποιος παρέχει της πληροφορίες ή να αναγνωρίσουν τους ερωτώμενους από τα στοιχεία που δίνονται, δεν θα κάνουν δημοσίως γνωστή τη συσχέτιση. Συνεπώς, είναι σημαντικό οι ερευνητές να γίνονται σαφείς όταν εξηγούν στα υποκείμενα της έρευνας την έννοια και τα όρια της εμπιστευτικότητας (Κυρανάκης & συν, 2007).

Κατά τη διάρκεια της έρευνάς μας προσπαθήσαμε να κρατήσουμε ισορροπία μεταξύ της αλήθειας και του σεβασμού προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Δεν παραβιάστηκε το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή καθώς στα ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν δεν υπήρχαν ερωτήσεις οι οποίες θα ‘‘πρόδιδαν’’ προσωπικά στοιχεία των ερωτώμενων. Από την αρχή έγινε γνωστό στους ερωτώμενους το απόρρητο καθώς τηρήθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα.

12. Περιορισμοί έρευνας

Όταν διεξάγεται μια μελέτη, ο ερευνητής χρειάζεται να λάβει υπόψη του τους περιορισμούς του πραγματικού κόσμου, οι οποίοι αφορούν το χρόνο και τους πόρους που έχει στη διάθεσή του ο ερευνητής. Επίσης, η πρόσβαση και η συνεργασία είναι εξίσου σημαντικοί παράμετροι (Καλύβα, 2010).

Κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνάς μας, αντιμετωπίσαμε δυσκολία στο να βρεθεί ο απαιτούμενος αριθμός φοιτητών για κάθε τμήμα, διότι εκείνη την περίοδο δεν παρευρίσκονταν στα μαθήματα πολλοί φοιτητές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Στατιστική ανάλυση

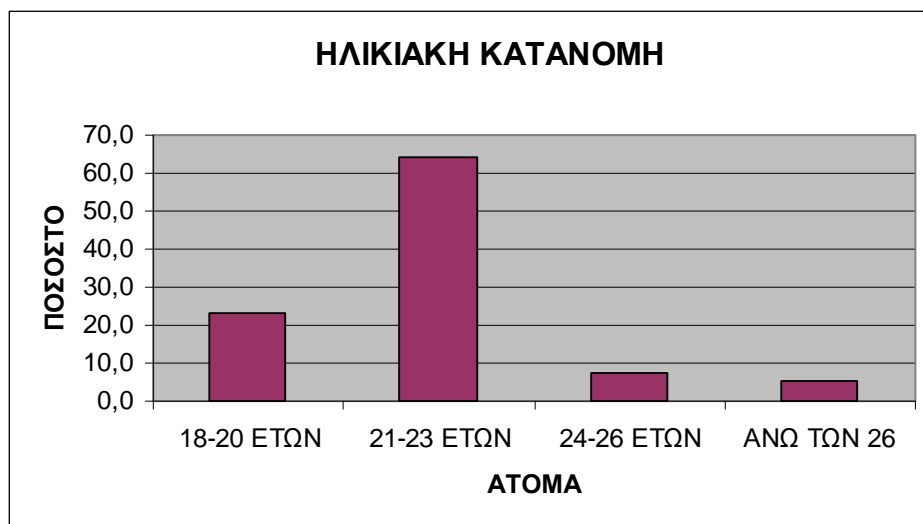
Η επεξεργασία των πληροφοριών των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων έγινε με προσωπική εργασία και χρησιμοποιήθηκαν στατιστικά προγράμματα του Ηλεκτρονικού Υπολογιστή (Microsoft Excel).

2. Αποτελέσματα έρευνας

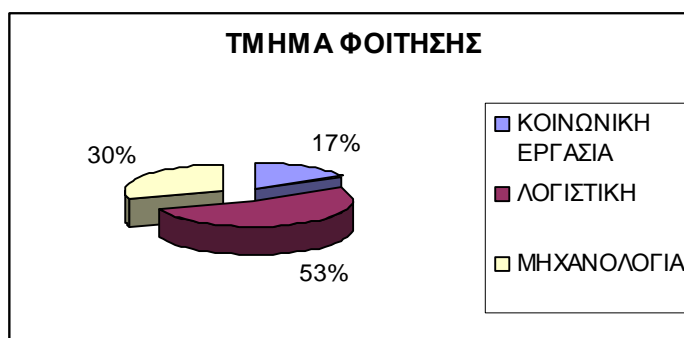
Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται με ανάλογη γραφική παράσταση για κάθε ερώτηση και συνοψίζονται ως εξής:



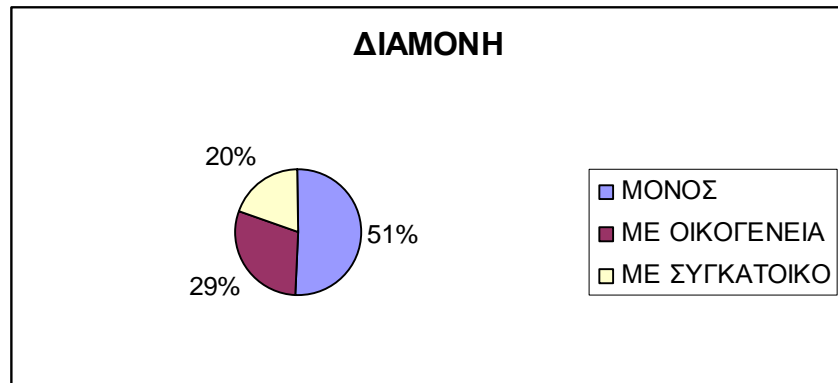
Όπως παρατηρείται το **46%** του δείγματος, δηλαδή, τα 69 άτομα, είναι *άντρες*, ενώ το **54%** , τα 81 άτομα είναι *γυναίκες*.



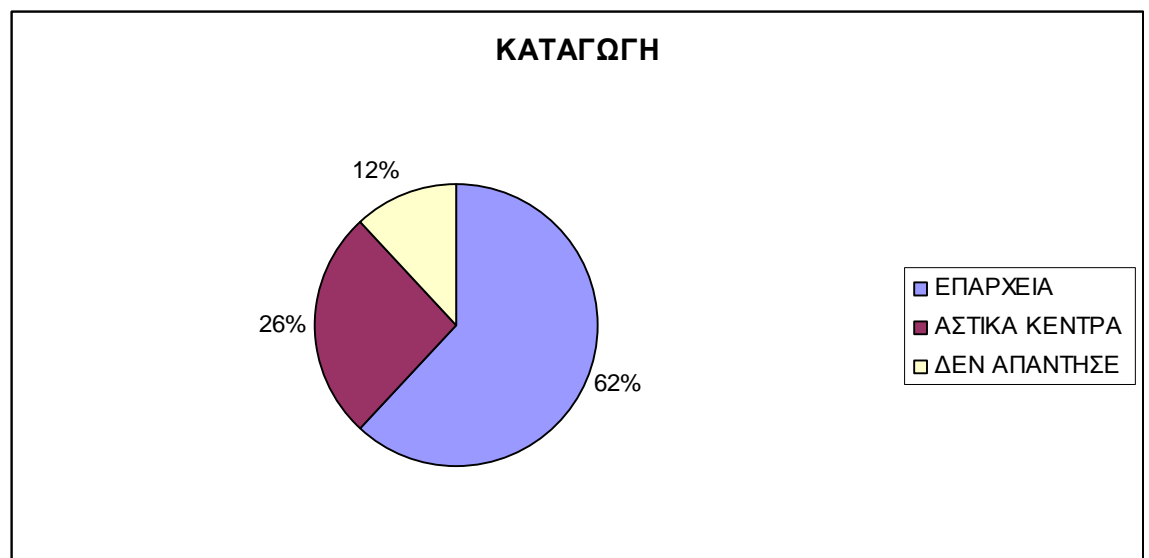
Το μέγεθος του δείγματος στην ηλικία των *18-20 ετών* είναι **24%** (35 άτομα) και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος βρίσκεται στην ηλικία των *21-23* και αντιστοιχεί στο **64%** (96 άτομα). Σε ηλικία *24-26 ετών* το ποσοστό είναι **8%** (11 άτομα), ενώ το **4%** (8 άτομα) κατέχει η ηλικία των *26 ετών και άνω*.



Όπως παρατηρείται το **17%** του δείγματος, δηλαδή τα 26 άτομα, προέρχεται από την *Κοινωνική Εργασία*, το **53%**, δηλαδή, τα 79 άτομα, από την *Λογιστική* και τέλος, το **30%**, δηλαδή τα 45 άτομα, από την *Μηχανολογία*.



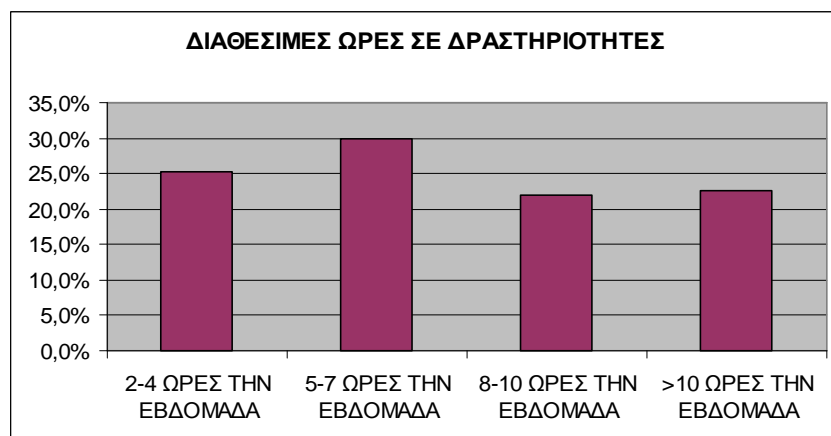
Στο σχεδιάγραμμα αυτό, το οποίο αφορά την κατάσταση διαμονής των νέων, δηλαδή αν μένουν μόνοι, με συγκάτοικο ή με την οικογένειά τους, ένα μεγάλο ποσοστό **51%** (76 άτομα) απάντησε πως μένει *μόνο του*, το **29%** (44 άτομα) με την *οικογένειά του*, ενώ το **20%** (30 άτομα) με *συγκάτοικο*.



Όπως φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα, το **62%**, δηλαδή τα 75 άτομα, προέρχεται από την *επαρχία*, το **26%**, δηλαδή τα 46 άτομα, από τα *αστικά κέντρα*, ενώ το **12%**, τα 29 άτομα, *δεν απάντησε* από πού κατάγεται.



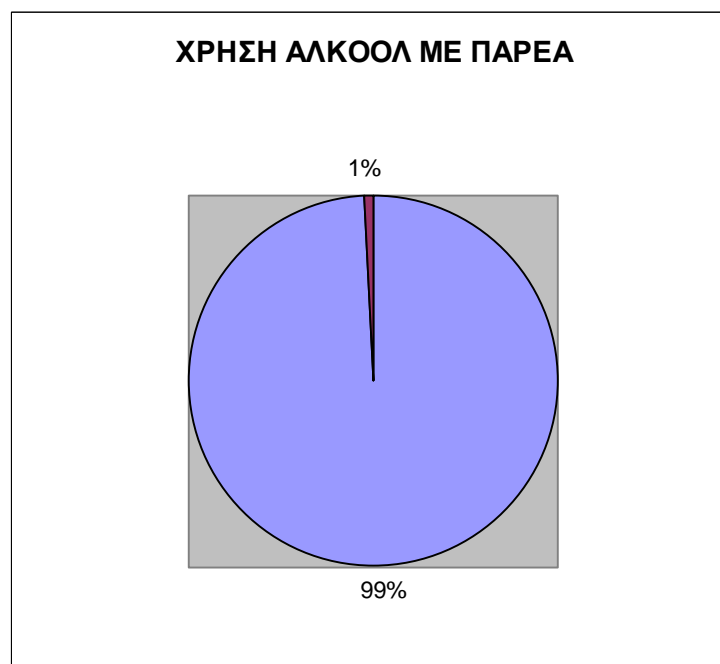
Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των ερωτώμενων, οι περισσότεροι νέοι (112 άτομα) στον ελεύθερό τους χρόνο πηγαίνουν για καφέ και για ποτό και ακολουθούν οι επιλογές γυμναστική (59 άτομα), διάβασμα (42 άτομα) και αθλητισμός (35 άτομα). Λίγοι είναι αυτοί που ασχολούνται με τα καλλιτεχνικά (26 άτομα), πηγαίνουν εκδρομές (16 άτομα) ή κάνουν κάτι άλλο (23 άτομα), ενώ μόνο 6 δεν έχουν χρόνο για δραστηριότητες.



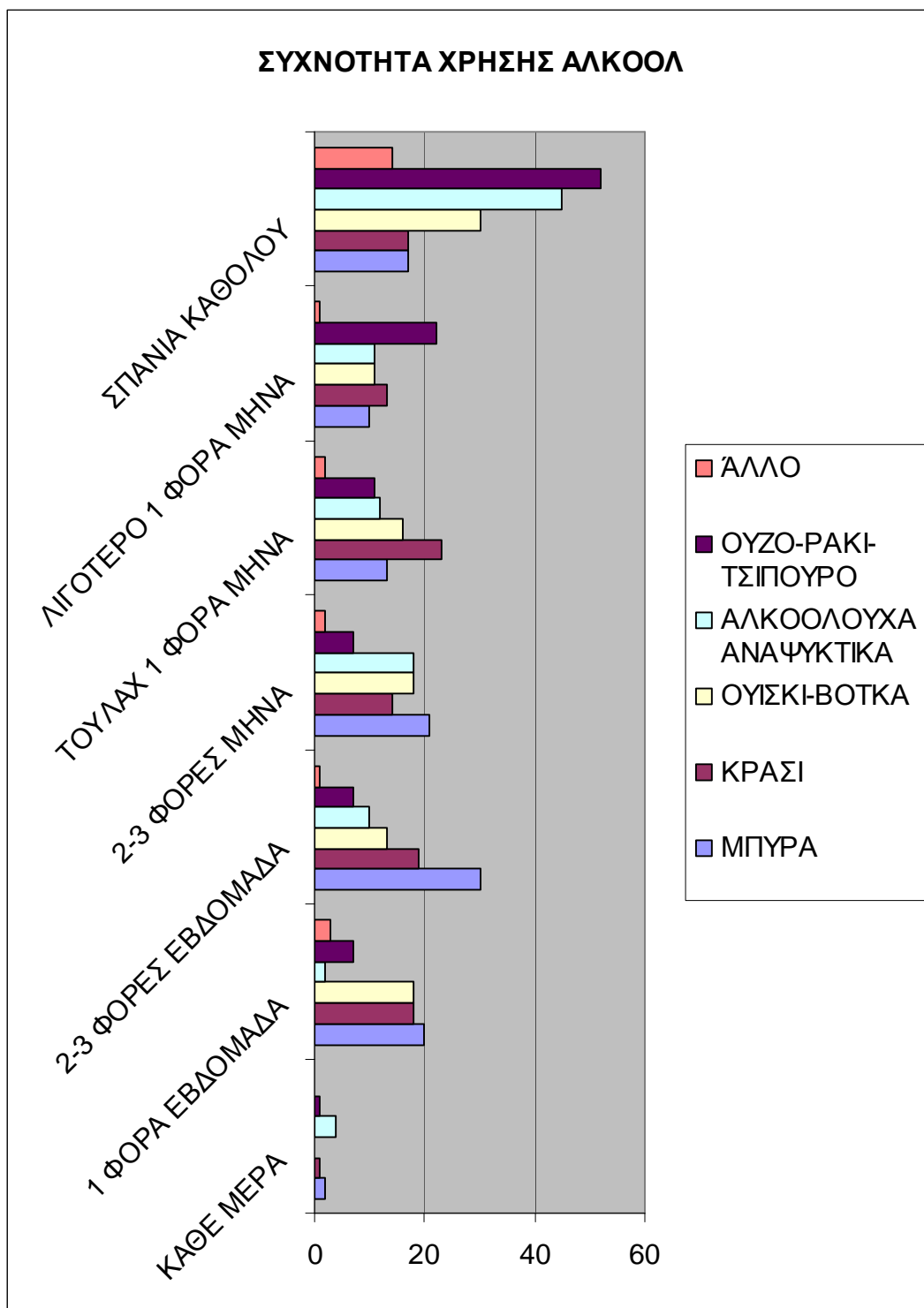
Το **25%** του δείγματος, τα 38 δηλαδή άτομα, διαθέτει 2-4 ώρες την εβδομάδα σε δραστηριότητες, το **30%**, τα 45 δηλαδή άτομα, 5-7 ώρες και το **22%**, τα 33 δηλαδή άτομα, 8-10 ώρες την εβδομάδα. Τέλος, το **23%**, τα 34 δηλαδή άτομα διαθέτει πάνω από 10 ώρες την εβδομάδα.



Το **75,3%** των ερωτηθέντων (113 άτομα) *κάνει χρήση αλκοόλ*, ενώ το **24,7%** (37 άτομα) *δεν πίνει αλκοόλ*.

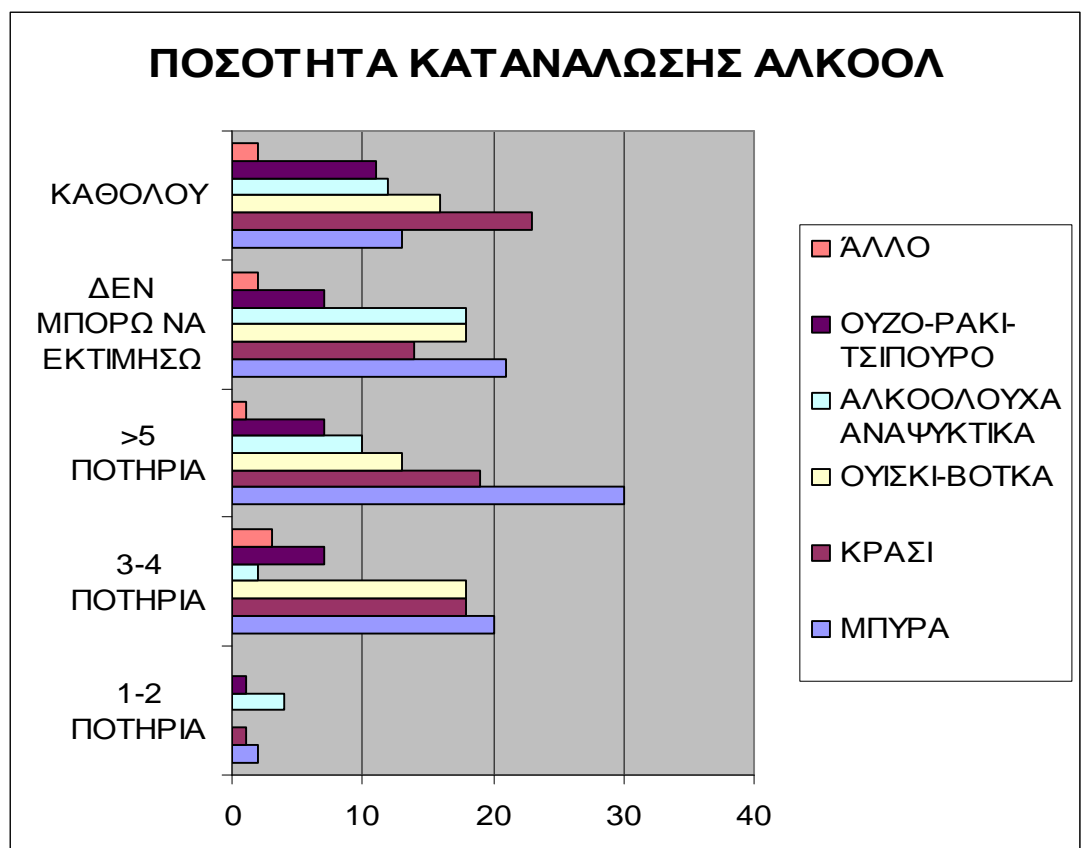


Σχεδόν όλο το δείγμα μας πίνει αλκοόλ *με την παρέα του*, δηλαδή το **99%**, ενώ το **1%** *μόνο του*.



Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα οι νέοι που πίνουν κάθε μέρα είναι ελάχιστοι (8 άτομα). Αναλυτικότερα, επιλέγουν αλκοολούχα αναψυκτικά (4 άτομα), μπύρα (2 άτομα), κρασί (1 άτομο) και ούζο-ρακί-τσίπουρο (1 άτομο). Τα άτομα που πίνουν 1 φορά την εβδομάδα (68 άτομα) επιλέγουν κυρίως μπύρα (20 άτομα), κρασί (18 άτομα) και ούισκι-βοτκα (18 άτομα). Από τους ερωτηθέντες στην κατηγορία 2-3 φορές την εβδομάδα τα 30 άτομα απάντησαν πως πίνουν

μπύρα, έπειτα ακολουθεί το κρασί (19 άτομα), το ουσκι-βοτκα (13 άτομα) και τα αλκοολούχα αναψυκτικά (10 άτομα). Στην κατηγορία 2-3 φορές τον μήνα επιλέχθηκε αρχικά η μπύρα από 21 άτομα, έπειτα τα αλκοολούχα αναψυκτικά από 18 άτομα και το ουσκι-βοτκα από 18 άτομα επίσης, ενώ όσοι πίνουν τουλάχιστον μια φορά τον μήνα πίνουν κυρίως κρασί (23 άτομα), ουσκι-βοτκα (16 άτομα), μπύρα και αλκοολούχα αναψυκτικά (13 και 12 άτομα αντιστοίχως). Πολλοί είναι οι νέοι που καταναλώνουν λιγότερο από 1 φορά τον μήνα ούζο-ρακί-τσίπουρο, δηλαδή 22 άτομα, ενώ οι περισσότεροι επέλεξαν την κατηγορία σπάνια/καθόλου όσον αφορά την κατανάλωση σχετικά με το ούζο-ρακί-τσίπουρο, δηλαδή 52 άτομα, τα αλκοολούχα αναψυκτικά, δηλαδή 45 άτομα, και το ούικι-βότκα, δηλαδή 30 άτομα.

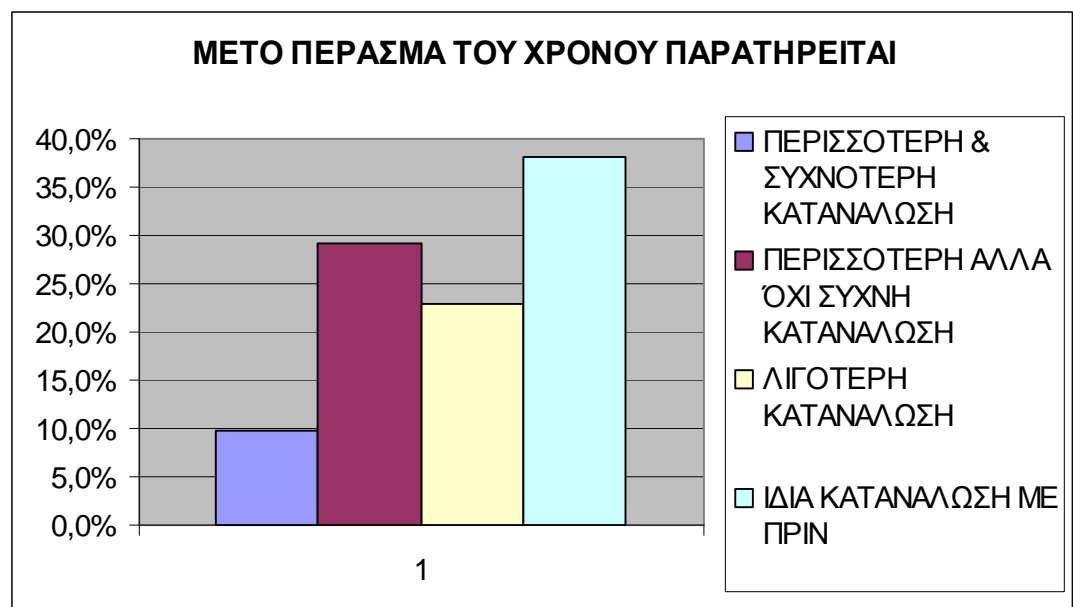


Οι περισσότεροι νέοι, δηλαδή τα 30 άτομα, πίνουν πάνω από 5 ποτήρια μπύρα τη φορά και 18 άτομα πίνουν 3-4 ποτήρια κρασί. Όσοι καταναλώνουν ουίσκι-βότκα (18 άτομα) και αλκοολούχα αναψυκτικά (18 άτομα) δεν μπορούν να εκτιμήσουν

την ποσότητα, ενώ όσοι επέλεξαν την κατηγορία άλλο (3 άτομα) καταναλώνουν 3-4 ποτήρια.



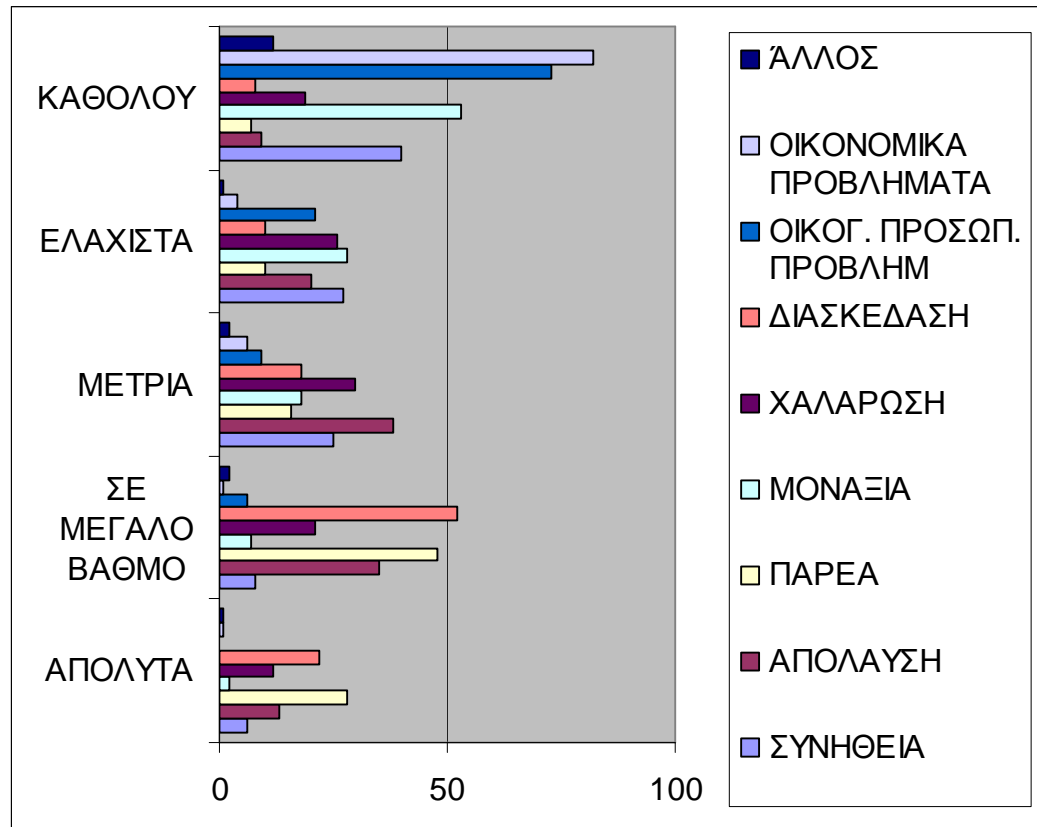
Όπως φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα το **5%** του δείγματος, δηλαδή τα 6 άτομα, ξεκίνησε την χρήση αλκοόλ *πριν τα 13 του χρόνια* ενώ το **16%**, 18 άτομα, ξεκίνησε σε ηλικία *13-15 ετών*. Το **61%**, δηλαδή 69 άτομα, δηλώνει ότι ξεκίνησε την κατανάλωση αλκοόλ στην ηλικία των *16-18 ετών* ενώ το **18%**, 20 άτομα, απάντησε *πάνω από 18 ετών*.



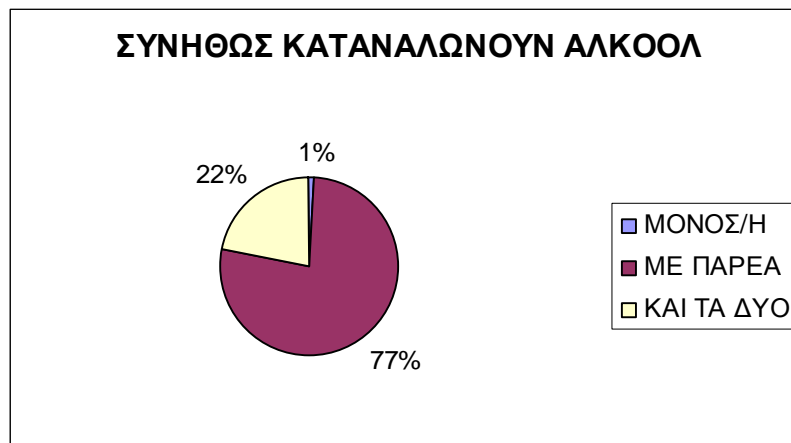
Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις του δείγματος, με το πέρασμα του χρόνου το **10%**, δηλαδή τα 11 άτομα, κάνει *περισσότερη και συχνότερη χρήση αλκοόλ*, ενώ

το **29%**, δηλαδή τα 33 άτομα, κάνει *περισσότερη αλλά όχι συχνή κατανάλωση*. Το **23%**, δηλαδή τα 26 άτομα, καταναλώνει *λιγότερο αλκοόλ από ότι στο παρελθόν* και το **38%**, δηλαδή τα 43 άτομα, *πίνει όπως πριν*.

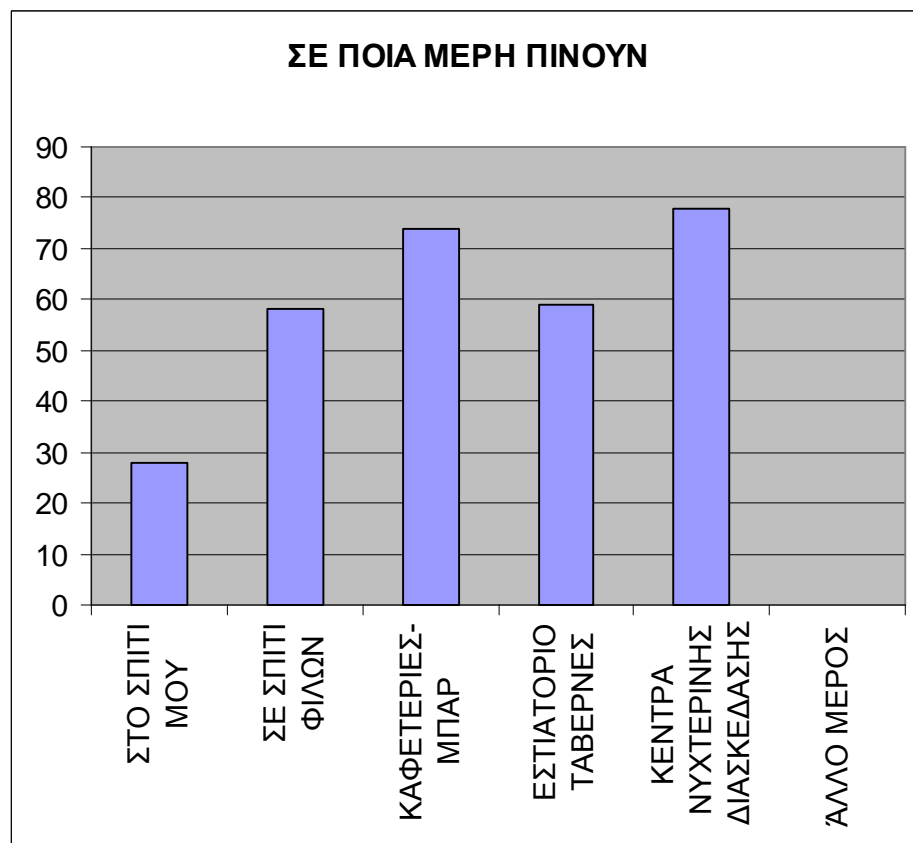
ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ



Σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος κανένας παράγοντας δεν το επηρεάζει σε απόλυτο βαθμό. Σε μεγάλο βαθμό τα αίτια που οδηγούν στην κατανάλωση αλκοόλ είναι η διασκέδαση (52 άτομα) και η παρέα (48 άτομα), ενώ σε μέτριο βαθμό επηρεάζουν η απόλαυση (38 άτομα) και η χαλάρωση (30 άτομα). Η πλειοψηφία του δείγματος που καταναλώνει αλκοόλ δεν επηρεάζεται σχεδόν καθόλου από τα οικονομικά (4 άτομα) ή οικογενειακά-προσωπικά προβλήματα (21 άτομα), ενώ παρατηρείται ότι πάνω από το μισό δείγμα (53 άτομα) δεν επηρεάζεται ούτε και από τον παράγοντα της μοναξιάς.

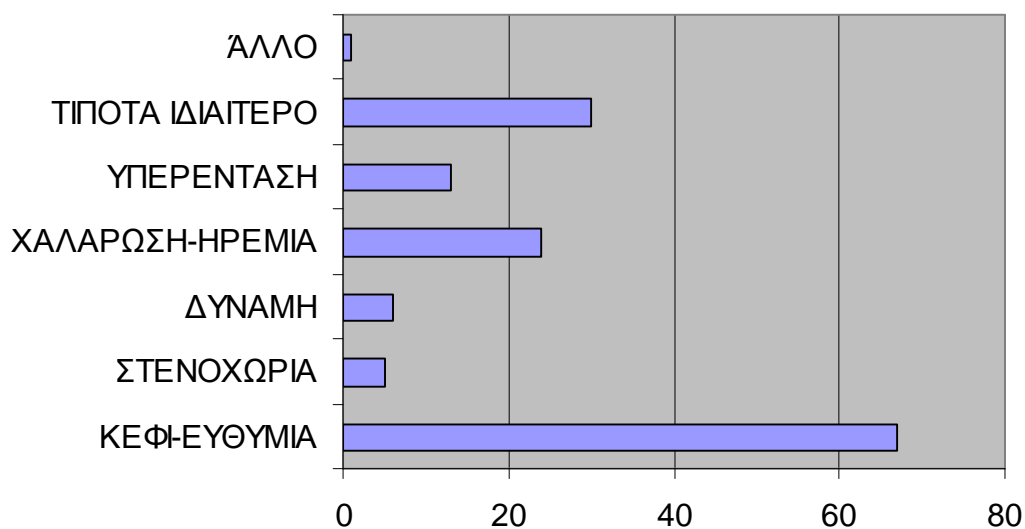


Το **1%** του δείγματος (2 άτομα) καταναλώνει αλκοόλ *μόνο του*, το **77%** (86 άτομα) με παρέα ενώ το **22%** (25 άτομα) απάντησε *και τα δύο*.



Κύριος τύπος κατανάλωσης αλκοόλ, σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, είναι τα κέντρα νυχτερινής διασκέδασης (78 άτομα) και οι καφετέριες/μπαρ (74 άτομα). Στις προτιμήσεις τους ακολουθούν τα εστιατόρια/ταβέρνες (59 άτομα), τα σπίτια των φίλων τους (58 άτομα) και τελευταία στις επιλογές έρχεται η κατανάλωση στο σπίτι τους (28 άτομα).

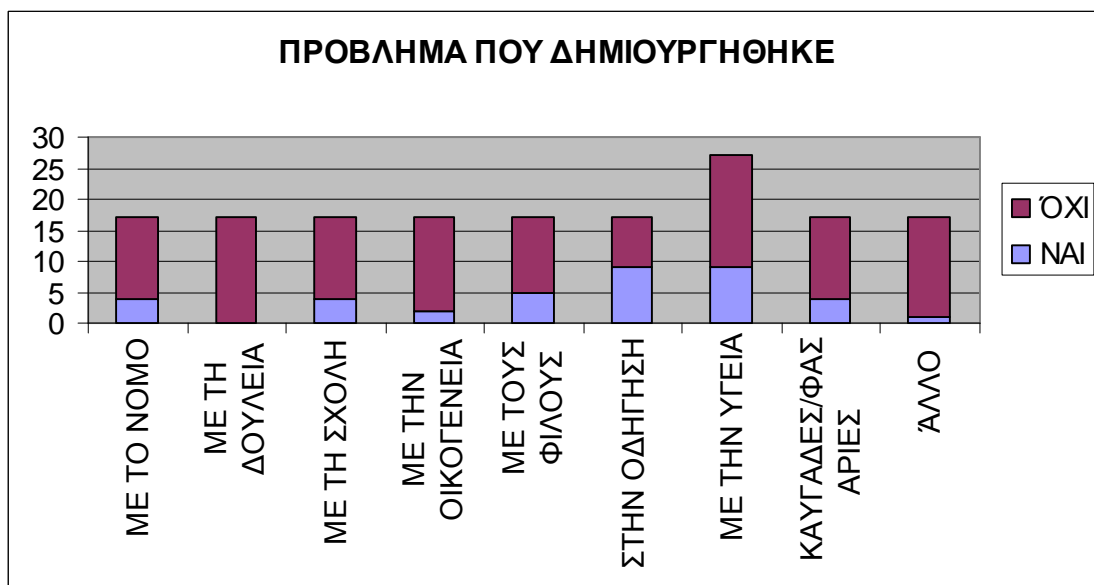
ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ



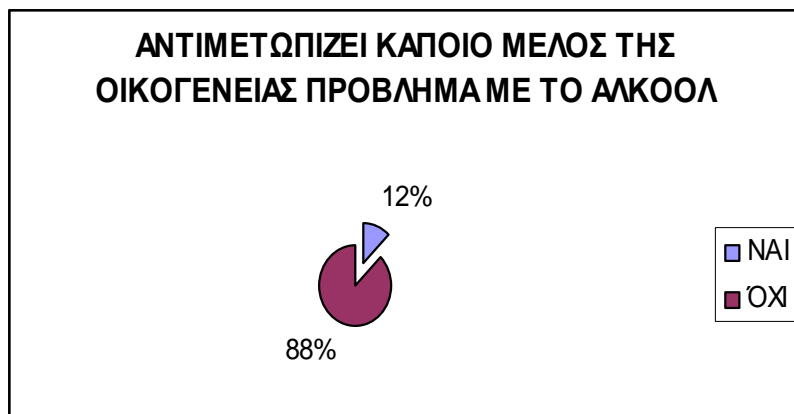
Σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες, δηλαδή τα 67 άτομα, μετά την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών νιώθουν κέφι-ευθυμία, ενώ λίγοι είναι εκείνοι, δηλαδή 5 άτομα, που είναι στεναχωρημένοι, νιώθουν δύναμη 6 άτομα ή κάτι άλλο. Ωστόσο, αρκετοί είναι εκείνοι, δηλαδή 30 άτομα, που δεν νιώθουν κάτι το ιδιαίτερο, 24 άτομα που χαλαρώνουν-ηρεμούν και τέλος 13 άτομα έχουν υπερένταση.



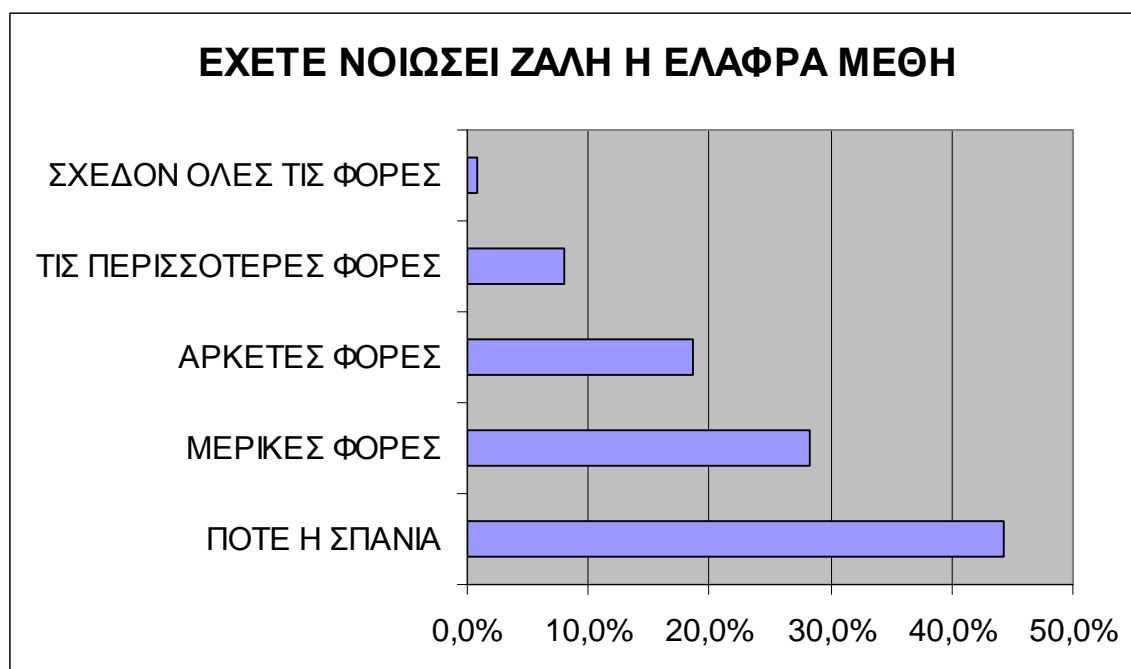
Το **16%** του δείγματος, δηλαδή τα 17 άτομα, *αντιμετωπίζει* κάποιο πρόβλημα εξ' αιτίας του αλκοόλ, ενώ το **84%**, δηλαδή τα 96 άτομα, *όχι*.



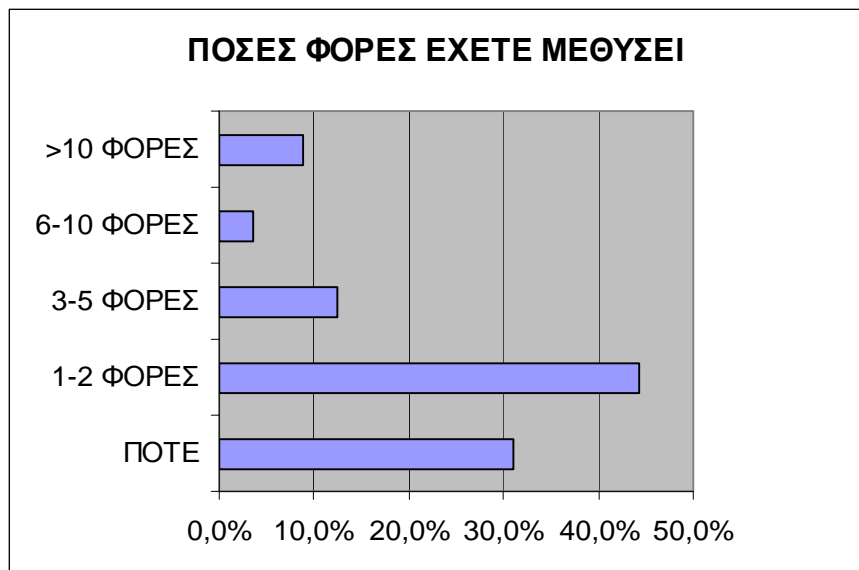
Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το **16%** του δείγματος (9 άτομα) λόγω της κατανάλωσης αλκοόλ είναι κυρίως με την *υγεία* και την *οδήγηση*.



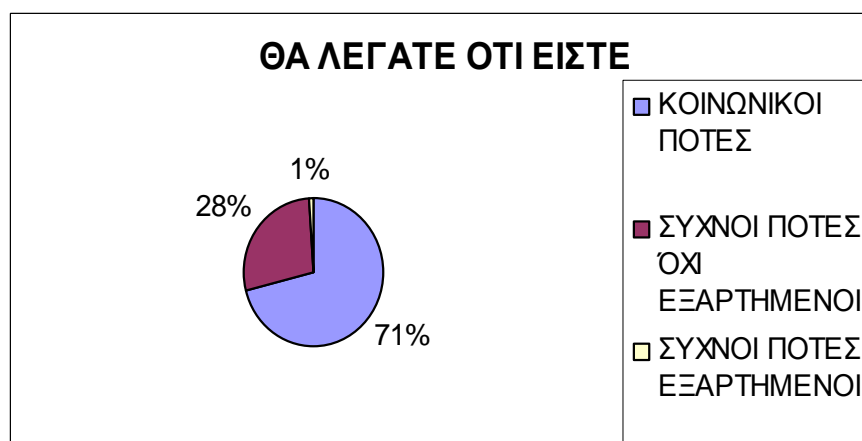
Όπως παρατηρείται, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, δηλαδή τα 99 άτομα, αναφέρει ότι δεν υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένειά του που να αντιμετωπίζει πρόβλημα με το αλκοόλ (**88%**), ενώ το **12%**, δηλαδή τα 14 άτομα, απάντησε ότι υπάρχει.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (**44%**, που αντιστοιχεί σε 50 άτομα) έχει νιώσει ζάλη ή ελαφριά μέθη *ποτέ/σπάνια*, το **28%**, δηλαδή τα 32 άτομα, *μερικές φορές*, το **19%** (21 άτομα) *αρκετές φορές*, το **8%** (9 άτομα) *τις περισσότερες φορές* και το **1%** *σχεδόν όλες τις φορές*.



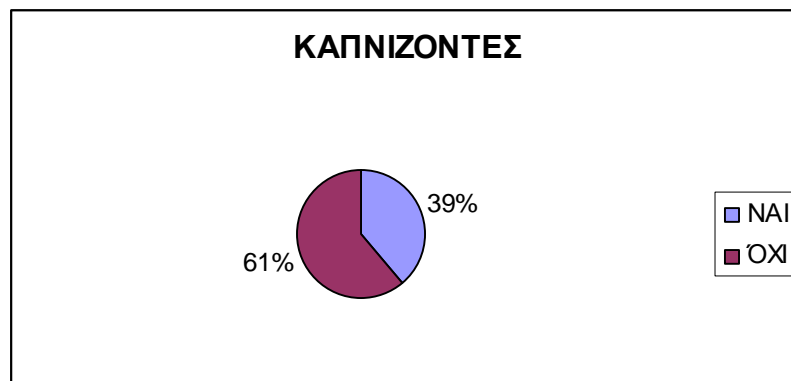
Όπως παρατηρείται από τις απαντήσεις του δείγματος το **44%** (50 άτομα) έχει μεθύσει *1-2 φορές*, ενώ το **31%** (35 άτομα) *ποτέ*. Το **12%** (14 άτομα) έχει μεθύσει *3-5 φορές*, το **4%** (4 άτομα) *6-10 φορές* και το **9%** (10 άτομα) *πάνω από 10 φορές*.



Όπως αναφέρεται στο σχεδιάγραμμα το **71%** (80 άτομα) χαρακτηρίζει τον εαυτό του ως *κοινωνικό πότη*, το **28%** (32 άτομα) ως *συχνό πότη αλλά όχι εξαρτημένο*, ενώ το **1%** (1 άτομο) ως *συχνό πότη και εξαρτημένο*.



Το **80%** του δείγματος (91 άτομα) *δεν έχει σκεφτεί να σταματήσει να πίνει*, ενώ το **20%** (22 άτομα) *έχει απαντήσει θετικά*.



Όπως προκύπτει από το δείγμα το ποσοστό **61%**, δηλαδή 69 άτομα, *δεν καπνίζει* ενώ το **39%**, δηλαδή 44 άτομα, *καπνίζει*.



Το **16%** του δείγματος, δηλαδή τα 18 άτομα, έχει δοκιμάσει κάποια άλλη εξαρτησιογόνο ουσία εκτός του αλκοόλ, ενώ το **84%** , δηλαδή τα 95 άτομα, δεν έχει δοκιμάσει.



Στην ερώτηση κατά πόσο είναι ενημερωμένοι για τις επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία και την κοινωνική ζωή, το **43%** του δείγματος, δηλαδή τα 49 άτομα, απάντησε *πολύ*, το **39%**, δηλαδή τα 44 άτομα, *αρκετά*, το **16%**, δηλαδή τα 18 άτομα, *μέτρια*, ενώ το **2%**, τα 2 άτομα, *λίγο*.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι σχέσεις των νέων με την ουσία, οι στάσεις και οι συνήθειές τους. Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η κατανάλωση αλκοόλ από τους νέους έχει αυξηθεί καθώς όπως αποδεικνύεται και από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, το 75% του δείγματος καταναλώνει αλκοόλ.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι παράγοντες που οδηγούν ένα άτομο στη χρήση αλκοόλ είναι ποικίλοι. Όμως, όσον αφορά τους νέους, όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας, οι κυριότεροι λόγοι έχουν σχέση με τους κοινωνικούς και με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Αναλυτικότερα, οι νέοι μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον όπου το αλκοόλ αποτελεί καθημερινή συνήθεια και συνδυάζεται με τις ευχάριστες και τις δυσάρεστες στιγμές των ανθρώπων. Ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος αναφέρει πως επηρεάζεται σε μεγάλο ή σε απόλυτο βαθμό από την παρέα, τη μοναξιά και τη διασκέδαση. Το 99% του δείγματος μας αναφέρει πως πίνει με την παρέα του. Αυτό δείχνει την ανάγκη του ατόμου να ενταχθεί σε μια ομάδα καθώς και ότι η άποψη ή η στάση της ομάδας αυτής απέναντι στην ουσία καθορίζει τη συμπεριφορά του νέου και το αν θα εθιστεί ή όχι με την ουσία.

Συγκεκριμένα, οι νέοι πίνουν γιατί δυσκολεύονται στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, αισθάνονται αποξενωμένοι από τους άλλους, δεν μπορούν να ενταχθούν στις ομάδες των φίλων τους και στην κοινωνία, επηρεάζονται από τους φίλους τους και δεν θέλουν να ξεχωρίζουν ούτε να τους θεωρούν διαφορετικούς.

Επιπλέον, οι επιπτώσεις που προκαλούνται από τη χρήση αλκοόλ είναι πολλές και αφορούν τόσο το ίδιο το άτομο όσο και το κοινωνικό του περιβάλλον. Τα πιο συνηθισμένα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νέοι, σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, υπό την επήρεια αλκοόλ αφορούν την οδήγηση και την

υγεία, ενώ ανέφεραν πως δεν επηρεάζεται η δουλειά τους. Το 43% του δείγματός μας αναφέρει πως είναι αρκετά ενημερωμένο σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία και στην κοινωνική ζωή και το 39% αρκετά, το 16% του δείγματος είναι μέτρια ενημερωμένο, ενώ το 2% λίγο.

Όπως προκύπτει από τη μελέτη διάφορων ερευνών που αναφέρονται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς και από τα αποτελέσματα της έρευνά μας, η πλειοψηφία των νέων που κάνουν χρήση αλκοόλ προέρχονται από την επαρχία και έχουν ξεκινήσει τη χρήση αλκοόλ γύρω στην ηλικία των 16 με 18 ετών. Οι συνηθισμένοι χώροι κατανάλωσης αλκοόλ είναι κατά κύριο λόγο σε κέντρα νυχτερινής διασκέδασης και σε καφετέριες – μπαρ, καθώς εκεί κάνει χρήση η πλειοψηφία των νέων.

Διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά το παρελθόν, δείχνουν πως στην Ελλάδα παρουσιάζεται μείωση στην κατανάλωση σκληρών αλκοολούχων ποτών, η κατανάλωση κρασιού παραμένει στα ίδια επίπεδα, ενώ η κατανάλωση μπίρας έχει αυξηθεί. Κατά τη διάρκεια της μελέτης των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας, διαπιστώσαμε πως οι περισσότεροι ερωτώμενοι πίνουν μπίρα 2 με 3 φορές την εβδομάδα και ακολουθεί η επιλογή του κρασιού. Τέσσερα άτομα απάντησαν πως πίνουν καθημερινά αλκοολούχα αναψυκτικά, ενώ η πλειοψηφία απάντησε πως πίνει σπάνια ή καθόλου σκληρά αλκοολούχα ποτά και ούζο-ρακί-τσίπουρο.

Επίσης, όσον αφορά την ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ, παρατηρείται ότι οι περισσότεροι νέοι που καταναλώνουν μπίρα πίνουν πάνω από 5 ποτήρια, ενώ κρασί 3 με 4 ποτήρια. Τα άτομα που πίνουν καθημερινά αλκοολούχα αναψυκτικά εκτιμούν την ποσότητα γύρω στα 1 με 2 ποτήρια, ενώ τα σκληρά αλκοολούχα ποτά και το ούζο-ρακί-τσίπουρο 1 φορά το μήνα.

Τα αισθήματα που προκαλούνται από την κατανάλωση αλκοόλ είναι κατά κύριο λόγο το κέφι και η ευθυμία. Πολλοί είναι αυτοί που αναφέρουν ότι δεν αισθάνονται τίποτα το ιδιαίτερο όταν καταναλώνουν αλκοόλ, όμως πολλοί είναι και αυτοί που χαλαρώνουν και ηρεμούν κατά τη διάρκεια της χρήσης αλλά και μετά.

Σύμφωνα με όσα αναφέρονται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση και όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας, μπορεί με το πέρασμα του χρόνου να παρατηρείται στην Ελλάδα ότι όλο και περισσότερα νεαρά άτομα καταναλώνουν αλκοόλ όμως, οι περισσότεροι δεν έχουν αυξήσει την ποσότητα

και όσοι την έχουν δεν κάνουν συχνή χρήση. Το 71% του δείγματός μας χαρακτηρίζει τον εαυτό του ως κοινωνικό πότη, το 28% ως συχνό πότη αλλά όχι εξαρτημένο, ενώ το 1% συχνό πότη και εξαρτημένο. Επιπλέον, το 20% έχει σκεφτεί να σταματήσει να πίνει ενώ το 80% όχι.

Διάφορες έρευνες που μελετήθηκαν, δείχνουν ότι η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών συνδέεται με ανάλογες εμπειρίες από την οικογένεια. Συγκεκριμένα, το 90% νεαρών ατόμων που πίνουν οινοπνευματώδη ποτά δήλωσαν ότι ο πατέρας τους πίνει συχνά έως και κάθε μέρα, ενώ το 63% είπε ότι η μητέρα τους κάνει χρήση σε ίδια συχνότητα με τον πατέρα τους. Αντιθέτως, στην έρευνα μας το 88% των ερωτώμενων απάντησε πως δεν αντιμετωπίζει κάποιο μέλος τη οικογένειάς τους πρόβλημα με το αλκοόλ, ενώ το 12% απάντησε πως αντιμετωπίζει.

Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις του δείγματος στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε καθώς και από μελέτες που αναφέρονται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η πλειοψηφία των νέων, δηλαδή το 44%, έχει μεθύσει 1 με 2 φορές έως τώρα, ενώ το 9% πάνω από 10 φορές. Το 28% του δείγματος αναφέρει πως έχει νιώσει ελαφριά ζάλη ή μέθη μερικές φορές ενώ το 19% αρκετές φορές.

Τέλος, το 39% του δείγματος μας καπνίζει και το 16% έχει δοκιμάσει και άλλη εξαρτησιογόνο ουσία, ενώ το 61% δεν καπνίζει και το 84% δεν έχει δοκιμάσει κάποια άλλη εξαρτησιογόνο ουσία.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η βιβλιογραφική μελέτη αλλά και τα συμπεράσματα της έρευνας όπως προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων στα ερωτηματολόγια, μας ώθησαν στη διατύπωση προτάσεων για την αντιμετώπιση κινδύνων που προκύπτουν κατά τη χρήση αλκοόλ, για την πρόληψη αλλά και για την αποφυγή της κατάχρησης του αλκοόλ. Η λήψη ορισμένων μέτρων κρίνεται αναγκαία προκειμένου η χρήση αλκοόλ να μην φτάσει σε επίπεδα μη αναστρέψιμα.

Αρχικά, θεωρείται απαραίτητο η κοινότητα να δώσει ιδιαίτερη σημασία στον τομέα της πρόληψης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την κινητοποίηση των αρμόδιων φορέων προκειμένου να πραγματοποιήσουν σεμινάρια και ημερίδες από ειδικούς σε σχολεία, ΑΕΙ και ΑΤΕΙ, με σκοπό να ενημερωθούν οι γονείς, τα παιδιά και οι νέοι για το αλκοόλ, τις επιπτώσεις του στον οργανισμό καθώς και τις μεθόδους και τα προγράμματα που εφαρμόζει το κάθε θεραπευτικό κέντρο προκειμένου οι πολίτες να γνωρίζουν που μπορούν να απευθυνθούν σε ανάλογες περιπτώσεις.

Οι φορείς που θα μπορούσαν να οργανώσουν ημερίδες, σεμινάρια και να μοιράσουν ενημερωτικά φυλλάδια μπορεί να είναι Κρατικοί όπως το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το ΚΕ.Θ.Ε.Α. και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και Θεσσαλονίκης. Οι μη Κρατικοί Φορείς που θα μπορούσαν να οργανώσουν κάτι ανάλογο είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί, το Πρόγραμμα Επανεξάρτησης Απεξαρτημένων «ΘΗΣΕΑΣ» και τέλος η Κίνηση “Πρόταση”. Η συνεργασία των αρμόδιων φορέων με την οικογένεια, την κοινωνία και το σχολείο κρίνεται απαραίτητη προτού η πραγματικότητα φτάσει σε μη αναστρέψιμα επίπεδα.

Επιπλέον, θα ήταν αποτελεσματικότερο τα προγράμματα πρόληψης να πραγματοποιούνται σε όλη την Ελλάδα και όχι μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα για την ορθή ενημέρωση όλων των πολιτών.

Θα ήταν εξίσου σημαντικό να ιδρυθούν συμβουλευτικοί σταθμοί σε κάθε σχολική και ακαδημαϊκή μονάδα προκειμένου οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και κυρίως οι νέοι και τα παιδιά να έχουν μια άμεση επαφή και ενημέρωση για θέματα που σχετίζονται με τις καταχρήσεις.

Ένα άλλο μέτρο αντιμετώπισης, είναι η αυστηρή τήρηση της νομοθεσίας. Δηλαδή, να απαγορεύεται η αγορά των αλκοολούχων ποτών σε ανηλίκους καθώς και να εφαρμόζονται αυστηρές ποινές σε άτομα που οδηγούν υπό την επήρεια αλκοόλ.

Τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να βοηθήσουν στην ευαισθητοποίηση των απλών πολιτών γύρω από το κοινωνικό πρόβλημα του αλκοολισμού μέσω διάφορων διαφημιστικών προσπαθειών και από προβολές μικρού μήκους ταινιών σχετικά με τις σοβαρές συνέπειες της κατάχρησης του αλκοόλ.

Αντιθέτως με τα παραπάνω, τα Μ.Μ.Ε. στην Ελλάδα επηρεάζουν αρνητικά τους νέους εφόσον κατά τη διάρκεια διαφημίσεων, εκπομπών ή ταινιών, η κατανάλωση αλκοόλ είναι συχνό και σύνηθες φαινόμενο και δεν γίνεται αναφορά στις σοβαρές συνέπειες που προκαλεί τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο στο περιβάλλον του και κατά συνέπεια σε όλη την κοινωνία.

Στην πρόληψη σημαντικό ρόλο έχει και η οικογένεια καθώς αυτή είναι ο αρχικός και ο βασικός παράγοντας κοινωνικοποίησης του ατόμου. Ο γονέας μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την στάση του παιδιού του απέναντι στη χρήση αλκοόλ, ανάλογα με τη δική του στάση εφόσον αυτός αποτελεί πρότυπο για το παιδί. Η διασφάλιση της ισορροπίας των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας, αλλά και οι σωστές αρχές και αξίες που επικρατούν μέσα στο σύστημά της βοηθούν το παιδί στο να μπορεί να αρνηθεί ότι δεν του ταιριάζει αντί να παρασύρεται.

Επίσης, οι γονείς, θεωρείται αποτελεσματικό να συζητούν με τα παιδιά τους σχετικά με αυτά τα ευαίσθητα θέματα, να χρησιμοποιούν επιχειρήματα και να δίνουν το χώρο στα παιδιά να εκφράσουν την δική τους άποψη και τις απορίες τους. Όταν πρόκειται για ανήλικα παιδιά, οι γονείς οφείλουν να δημιουργήσουν σαφείς κανόνες απαγόρευσης χρήσης αλκοόλ καθώς και τις επιπτώσεις που θα υποστούν εάν τους παραβούν.

Ένας άλλος βασικός παράγοντας που βοηθάει στη διαμόρφωση της προσωπικότητας των νέων αλλά και της κοινωνικοποίησής τους, μετά την οικογένεια, είναι το σχολείο καθώς εκεί διαμορφώνονται και αναπτύσσονται βασικές δεξιότητες, ο ψυχισμός και η κοινωνική τους συνείδηση. Για τον λόγο αυτό το σχολείο εκτός από τις βασικές διδασκαλικές γνώσεις που παρέχει στους μαθητές, πρέπει να έχει και έναν περισσότερο ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να είναι επικοινωνιακοί και συζητήσιμοι όχι μόνο με τους

μαθητές αλλά και με τους γονείς προκειμένου να μην δίνονται αντιφατικά μηνύματα στα παιδιά.

Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να βρίσκονται σε μια συνεχή επιμόρφωση, εκπαίδευση και να αναπτύξουν δεξιότητες προσέγγισης προβλημάτων, όπως το αλκοόλ, αλλά και τρόπους διαχείρισης. Αυτό θα βοηθήσει τους εκπαιδευτικούς στο να εντοπίσουν έγκαιρα έναν μαθητή με προβλήματα και στην εξεύρεση λύσεων.

Τέλος, θεωρείται απαραίτητη η διεξαγωγή ερευνών σχετικών με το αλκοόλ, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να μπορεί να εκτιμηθεί άμεσα η έκταση του προβλήματος του αλκοόλ αλλά και οι παράγοντες που ωθούν τους νέους στην κατάχρηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αβραμίδης Α., (1991). *Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών και με ελπίδα*. Β' Έκδοση. Αθήνα: Ακρίτας.
- Αβραμίδης Α., (2006). *Ναρκωτικά. Εκκλησία και Πίστη*. Αθήνα: Τήνος.
- Ανδριάκαινα Ε., (2005). *Παίζοντας με τα όρια: θεραπευτικές κοινότητες και χρήστες ναρκωτικών*. Αθήνα: Βιβλιόραμα.
- Γεωργάκας Π., (2002). *Εξαρτήσεις: η έκφραση μιας κοινωνικής, οικογενειακής και ατομικής δυσλειτουργίας*. Β' Έκδοση. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής.
- Γεωργάκας Π., (2007). *Εξάρτηση, μια ατομική επιλογή. Απεξάρτηση, μια συλλογική διαδικασία*. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.
- Γκίκας Σ., (χ.χ.). *Το πρόβλημα των ναρκωτικών στο: Κοινωνικά προβλήματα*. Αθήνα: Σαββάλα, σ. 32-36.
- Δημόπουλος Χ., (2008). *Εισηγήσεις Εγκληματολογίας. Ιστορική προσέγγιση, σύγχρονη θεωρία, κατευθύνσεις-εφαρμογές, παγκοσμιοποίηση και έγκλημα*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και τη τοξικομανία, (2005). *Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2004: Ετήσια έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ).

- Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., (2011). *Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Κατευθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός παρεμβάσεων*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., (2004). *Στρατηγικές για τα ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία υπό το πρίσμα της ευρωπαϊκής προοπτικής*. Αθήνα: Ερευνητικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., (2012). *Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών*. Αθήνα: Ερευνητικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Καρβουντζής Γ., (1986). *Αλκοόλη και Αλκοολισμός*. Στο: Τριχόπουλος Δ., (επιμ). *Προληπτική ιατρική. Αγωγή Υγείας, κοινωνική ιατρική, δημόσια υγιεινή*. Αθήνα: Παρισιανός, σ. 143-148.
- Κυριαζή Ν., (2009). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. 14^η Έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κωνσταντινίδης Γ., (2004). *Ο Μίτος της Αριάδνης για την έξοδο από τον λαβύρινθο της Ηρωίνης*. Αθήνα: Θυμάρι.
- Λιάππας Γ., (1991). *Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Πατάκη.
- Λυκούδης Η., (2009). *Η δύναμη του μυρμηγκιού*. Αθήνα: Ερευνητές.
- Μάνος Ν., (2008). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Ανατύπωση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μαρσέλος Μ., (1997). *Εξαρτησιογόνες ουσίες. Φαρμακολογία, Τοξικολογία, Ιστορία, Κοινωνιολογία, Νομοθεσία*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Μάτσα Κ., (2007). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίτιο της τοξικομανίας*. Β' Ανατύπωση. Αθήνα: Άγρα.

- Μυρωνίδου - Τσουβελέκη Μ., (2002). *Αλκοόλ και Κεντρικό Νευρικό Σύστημα*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Νόβα - Καλτσόνη Χ., (2005). *Εξαρτησιογόνες ουσίες στο: Μορφές αποκλίνουσας συμπεριφοράς στην εφηβεία. Ο ρόλος της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Guttenberg, σ. 21-34.
- Παπαγεωργίου Ε., (χ.χ.). *Εξαρτήσεις στη ζωή μας*. Αθήνα: Παρισιανός.
- Παρασκευόπουλος Ι., (1988). *Κλινική Ψυχολογία. Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών*. Αθήνα: χ.ε.
- Παρασκευόπουλος Ν., (2006). *Ναρκοτικά. Κατ' άρθρο ερμηνεία των ποινικών και δικονομικών διατάξεων του Κώδικα Νόμων για τα ναρκωτικά (Κ.Ν.Ν.)*. Β' Έκδοση. Αθήνα - Θεσσαλονίκη: Σακκούλα.
- Ποταμιάνος Γ., (χ.χ.). *Νόμιμες ουσίες εξάρτησης: Αλκοόλ*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Ποταμιάνος Γ., (2005). *Αλκοόλ: Επιστημονικά διαδεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία*. Αθήνα: Λιβάνη.
- Πουλόπουλος Χ., (2009). *Εξαρτήσεις. Οι θεραπευτικές κοινότητες*. 3^η Έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ρούσσης Α., (2007). *Ναρκοτικά και ανήλικοι. Ο ρόλος της οικογένειας*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Σαχίνη - Καρδάση Α., (2004). *Μεθοδολογία έρευνας-εφαρμογές στο χώρο της υγείας*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Σιμώνη Ξ., (2002). *Με λένε Μαρία και είμαι αλκοολική σε ανάρρωση*. Αθήνα: Άγκυρα.

- Σταλίκας Α., (2005). *Μέθοδοι έρευνας στην Ψυχολογία*. 1^η Έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σώκου Κ., (1994). *Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας. Αλκοόλ και ατύχημα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Τριανταφυλλίδου Σ., (2005). *Ναρκωτικά και ψυχοκοινωνική πραγματικότητα*. Αθήνα: Παρισσιανός.
- Τσαρούχας Κ., (2000). *Αλκοόλ ένα σκληρό ναρκωτικό*. Αθήνα: Άγκυρα.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2008). *Εθνικό σχέδιο δράσης για την δημόσια υγεία. Εθνικό σχέδιο δράσης για τον περιορισμό των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ στην υγεία*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Φύλιας Β., (1977). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών Επιστημών*. Αθήνα: Guttenberg.
- Χαραλαμπίδης Ε., (2000). *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες*. Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ - Ο.ΚΑ.ΝΑ.
- Cohen L., Manion L. και Morrison K., (2007). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας* (μεταφρ. Κυρανάκης Σ., Μαυράκη Μ., Μητσοπούλου Χ., Μπιθάρá Π. και Φιλοπούλου Μ.). Νέα Συμπληρωμένη και Αναθεωρημένη Έκδοση. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Gossop M. και Grant M., (1994). *Κατάχρηση ουσιών. Πρόληψη και έλεγχος* (επιμ. Μαυρέας Β.). Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Howard K. και Sharp J., (2001). *Η επιστημονική μελέτη: Οδηγός σχεδιασμού και διαχείρισης πανεπιστημιακών ερευνητικών εργασιών* (επιμ. Σοφούλης Κ.). 4^η Ανατύπωση. Αθήνα: Guttenberg.

- Prentiss C., (2006). *Αλκοολισμός, η θεραπεία του εθισμού. Η ολιστική προσέγγιση για οριστική αντιμετώπιση* (επιμ. Μήτρου Α.). Αθήνα: Ισόρροπον.
- Robson C., (2010). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου. Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές* (μεταφρ. Καλύβα Φ.). Β' Έκδοση Συμπληρωμένη. Αθήνα: Guttenberg.
- Rou M., (2001). *Η αλήθεια για τα "ναρκωτικά"* (μετάφρ. Κοσμά Α.). Αθήνα: Κέδρος.
- Thio A., (2008). *Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά* (μεταφρ. Τσουραμάνης Χ.). Β' Ελληνική Έκδοση. Αθήνα: Έλλην.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Harvey R. St. Clair., (1991). *Recognizing Alcoholism and its effects*. Karger.

Διαδίκτυο

- Α.Α., (2011). «Αλκοολικοί Ανώνυμοι», <http://www.aa-greece.gr> (Πρόσβαση 25 Νοεμβρίου 2012).
- Αλ-Ανών, (χ.χ.). «Τι είναι», <http://www.alanon.gr/> (Πρόσβαση 6 Δεκεμβρίου 2012).
- Ανώνυμοι Αυτοθεραπευόμενοι Αλκοολικοί, (2010). «12 Βήματα», <http://www.aaa-alkoolikoi.gr/p6.htm> (Πρόσβαση 23 Νοεμβρίου 2012).

- Βεννιού, (2011). «Το αλκοόλ καίει την Ευρώπη», <http://www.tovima.gr/science/medicine-biology/article/?aid=421124> (Πρόσβαση 6 Ιουλίου).
- Γιαννιτσοπούλου Κ., (2009). «Αλκοόλ», http://fe-mail.gr/pages/posts/health_nutrition/health_nutrition4375.php (Πρόσβαση 29 Απριλίου 2012).
- Δασκαλόπουλος Θ., (2006). «Αλκοολισμός - Αιτιολογία», http://psi-gr.tripod.com/alcoholism_causes.html (Πρόσβαση 15 Ιουλίου 2012).
- Δημοκράτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, (2011). «Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση δεδομένων. Δειγματοληψία – Μέρος Α΄», <http://www.amarkos.gr/material/QDA-Sampling-A.pdf> (Πρόσβαση 11 Ιανουαρίου 2013).
- Διακογιάννης Ι., Κλεάνθους Σ. και Παναγιωτίδης Π., (2006). «Το αλκοόλ στην Ευρώπη, από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας», http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_el_en.pdf (Πρόσβαση 7 Σεπτεμβρίου 2012).
- Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., (2011). «Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα», http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA_EKUESH_2011.pdf (Πρόσβαση 7 Σεπτεμβρίου 2012).
- ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π., (2008). «Κλαμπ οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ Κ.Ο.Π.Α», <http://elkemasap.blogspot.gr/2008/07/hudolin.html> (Πρόσβαση 25 Νοεμβρίου).
- Ένωση Επιχειρήσεων Αλκοολούχων ποτών, (2009). «Τι είναι αλκοολούχα ποτά», http://www.eneap.com.gr/articlepage.php?article_id=71 (Πρόσβαση 7 Μαΐου 2012).

- Η επιστροφή, (2012). «Ποιοι είμαστε», <http://alkoologia.gr/> (Πρόσβαση 7 Δεκεμβρίου 2012).
- Επιστροφή, (χ.χ.). «Επιστροφή» <http://www.epistrofi.com/sylogos.html> (Πρόσβαση 29 Νοεμβρίου 2012).
- ΕΣΚΟΠΑ, (2012). «ΕΣΚΟΠΑ», <http://www.escopa.gr/> (Πρόσβαση 28 Νοεμβρίου 2012).
- Θησέας, (2011). «ΑΝΟΙΚΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ "ΘΗΣΕΑΣ" ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ», <http://www.kallithea.gr/Default.aspx?pid=118&la=1> (Πρόσβαση 2 Δεκεμβρίου 2012).
- Ιατροnet, (2009). «Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο 'Μέθεξις' για την εξάρτηση από το αλκοόλ», http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=7513 (Πρόσβαση 7 Δεκεμβρίου 2012).
- Καππάτου, (2010). «Παγκόσμιοι πρωταθλητές στην κατανάλωση αλκοόλ οι Ευρωπαίοι », http://www.akappatou.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=3318:-lr-----&catid=61:2010-11-04-07-14-30&Itemid=197 (Πρόσβαση 6 Ιουλίου).
- Καραμολέγκου Ν., (2012). «Ψυχολογικοί παράγοντες που οδηγούν την/τον έφηβο στη χρήση αλκοόλ», <http://www.fee.org.gr/alcoholism-pieria/196-psychological-factors.html> (Πρόσβαση 10 Ιουλίου 2012).
- ΚΕ.Θ.Ε.Α, (2011). «Τι είναι το ΚΕΘΕΑ», <http://www.kethea.gr/> (Πρόσβαση 5 Δεκεμβρίου 2012).
- ΚΕ.Θ.Ε.Α ΑΛΦΑ, (χ.χ.). «ΚΕ.Θ.Ε.Α ΑΛΦΑ», <http://www.kethea-alfa.gr/> (Πρόσβαση 7 Δεκεμβρίου 2012).
- Κέντρο, (2012). «Σκοπός του Κέντρου», <http://www.kentro.org/> (Πρόσβαση 2 Δεκεμβρίου 2012).

- Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων ουσιών Ν. Αχαΐας – “ Πρόταση ” κίνηση για έναν άλλον τρόπο ζωής, (2010). «Πρόληψη: Τι είναι η πρόληψη της χρήσης ουσιών;», <http://www.kpachaia.gr/el/prolipsi> (Πρόσβαση 25 Ιουλίου 2012).
- ΚΟΠΑ, (2012). «Πως λειτουργεί το κλαμπ», <http://copaathens.wordpress.com/> (Πρόσβαση 27 Νοεμβρίου 2012).
- Κύρος Ν., (2009). «Εγκληματικότητα στους νέους», <http://www.eiet2.gr/content/view/629/45/> (Πρόσβαση 15 Μαΐου 2012).
- Λαμπράκης, (2010). «Κοινωνικό πρόβλημα η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα» <http://health.in.gr/news/various/article/?aid=1231097708> (Πρόσβαση 6 Ιουλίου).
- Μαζί, (2012). «Κέντρα απεξάρτησης από αλκοόλ», <http://www.mazi.org.gr/%CE%A7%CF%81%CE%AE%CF%83%CE%B9%CE%BC%CE%B1/%CE%9A%CE%AD%CE%BD%CF%84%CF%81%CE%B1-%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%BE%CE%AC%CF%81%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%82-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CE%B1%CE%BB%CE%BA%CE%BF%CF%8C%CE%BB> (Πρόσβαση 5 Δεκεμβρίου 2012).
- Μακρή, (2011). «Αλκοόλ και προεκτάσεις. Από το οίνος ευφραίνει καρδίαν ανθρώπων στον αλκοολισμό» <http://16lyk-athin.att.sch.gr/autosch/joomla15/images/alkool/8%20%20project-2.pdf> (Πρόσβαση 4 Φεβρουαρίου 2013).
- Μάτσα Κ., (2012^α). «Η κρίση μας ναρκώνει ακόμα περισσότερο», <http://www.lifo.gr/mag/features/3170>, (Πρόσβαση 11 Ιανουαρίου 2013).
- Μάτσα Κ., (2012^β). «Δραματικές οι επιπτώσεις της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης στην Ψυχική Υγεία του πληθυσμού», <http://prolipsiworkers.blogspot.gr/2012/12/blog-post.html> (Πρόσβαση 11 Ιανουαρίου 2013).

- Όασις, (χ.χ.). «Ταυτότητα της Όασις»,
<http://www.oasis.org.gr/site/poioi-eimaste> (Πρόσβαση 4 Δεκεμβρίου 2012).
- Ο.ΚΑ.ΝΑ., (2012). «Τι είναι ο ΟΚΑΝΑ, Υπηρεσίες»,
<http://www.okana.gr/> (Πρόσβαση 7 Δεκεμβρίου 2012).
- Σαραντοπούλου Μ., (2008). «Αλκοόλ: το "νόμιμο" ναρκωτικό», *Η Καθημερινή*.
http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_kathextra_1_08/09/2008_24_7268 (Πρόσβαση 7 Σεπτεμβρίου 2012).
- Ταρατσίδης Ι., (2008). «Χρήση και Κατάχρηση αλκοόλ»,
<http://www.omikron.tv/magazine/index.php/genika/165-383-> (Πρόσβαση 7 Μαΐου 2012).
- Τεγόπουλος, (2013). «Η κρίση αύξησε την κατανάλωση αλκοόλ»,
<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=363819> (Πρόσβαση 6 Ιουλίου).
- Τομέας έρευνας και τεκμηρίωσης, (2012). «Δείκτης αίτησης θεραπείας»,
http://www.18ano.gr/images/stats_2012.pdf (Πρόσβαση 7 Σεπτεμβρίου 2012).
- Τριανταφυλλίδου Α. και Τσουμάκας Κ., (2006). «Αλκοόλ και εφηβεία»,
http://www.iatrikionline.gr/Deltio_53a/2_triantafyllidou.pdf (Πρόσβαση 15 Μαΐου 2012).
- Τσαρουχας, (2002).). «Αλκοόλ κάτω από το θρανίο»,
http://www.iaath.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=195&Itemid=537 (Πρόσβαση 6 Ιουλίου).
- Τσώλη Θ., (2011). «Το αλκοόλ πίνει το νου των νέων»,
<http://www.tovima.gr/science/medicine-biology/article/?aid=408784&wordsinarticle=%ce%b1%ce%bb%ce%ba%ce%bf%ce%bf%ce%bb> (Πρόσβαση 5 Ιουλίου 2012).

- Υγεία – Ε.Ε., (2012). «Αλκοόλ», http://ec.europa.eu/health-eu/my_lifestyle/alcohol/index_el.htm (Πρόσβαση 8 Σεπτεμβρίου 2012).
- Χατζηπαλαμουτζή, (2013). «Πάνω από 12 εκατομμύρια Ευρωπαίοι είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ», <http://www.ygeia360.gr/el/science-news/item/3997-panw-apo-12-ekatommm%CF%8Dria-eyrwpaioi-einai-exarthmenoi-apo-to-alkool> (Πρόσβαση 6 Ιουλίου).
- Χημικός, (2010). «Φωτιστικό οινόπνευμα, γιατί δεν το πίνουμε;» <http://www.chemist.gr/2010/05/3311/> (Πρόσβαση 7 Μαΐου 2012).
- Χρήστου Τ., (2005). «Άγχος, οικονομική κρίση και προβληματική χρήση αλκοόλ» <http://e-psychology.gr/addictions/531-agxox-oikonomiki-krisi-provlimatiki-xrisi-alkool> (Πρόσβαση 11 Ιανουαρίου 2013).
- Golden Magazine, (2011). «Γιατί πίνουν οι νέοι;», <http://www.goldenmag.gr/archives/16836#.UAFuXGEluos> (Πρόσβαση 5 Ιουλίου 2012).
- McCarty C., Wymbs B., King K., Mason A., Stoep A., Mc Cauley E. and Baer J., (2012). «Developmental Consistency in Associations Between Depressive Symptoms and Alcohol use in early adolescence», http://www.jsad.com/jsad/article/Developmental_Consistency_in_Associations_Between_Depressive_Symptoms_and_A/4695.html (Πρόσβαση 10 Σεπτεμβρίου 2012).
- 18 Άνω, (2011). «Σχολείο 18 Άνω», <http://www.18ano.gr/school.html> (Πρόσβαση 9 Δεκεμβρίου 2012).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

Σ Ε Υ Π

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πάτρα, 15 Μαΐου 2012

Προς τους/ τις συμμετέχοντες/ -ες στην έρευνα

Αξιότιμοι Κύριοι/ Αξιότιμες Κυρίες,

Στο πλαίσιο υλοποίησης πτυχιακής εργασίας που εκπονείται από τις σπουδάστριες Πράσινου Ευαγγελία, Πράσινου Παναγιώτα και Σπυροπούλου Ελισάβετ, υπό την επιστημονική εποπτεία της καθηγήτριας Στέλλας Παπαμιχαήλ, πραγματοποιείται έρευνα με αντικείμενο τη διερεύνηση της σχέσης των νέων με το αλκοόλ. Η έρευνα θα διεξαχθεί με τη χρήση ερωτηματολογίου, στο οποίο διασφαλίζεται η ανωνυμία των ερωτώμενων, οι οποίοι θα είναι σπουδαστές και σπουδάστριες που φοιτούν στο ΤΕΙ Πάτρας.

Θεωρώντας τη συμβολή σας πολύ σημαντική, σας καλούμε να παρέχετε διευκολύνσεις στις ερευνήτριες για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και να ενθαρρύνετε τους/ τις σπουδαστές/ -στριες που παρακολουθούν τα μαθήματά σας, ώστε να συμμετέχουν στην έρευνα.

Ελπίζουμε στη θετική ανταπόκρισή σας.

Με εκτίμηση,

Δρ. Στέλλα Παπαμιχαήλ

Επιστημονική συντονίστρια

Επιστημονική συνεργάτης ΤΕΙ Πάτρας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Διερεύνησης της σχέσης των νέων με το αλκοόλ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί προϊόν της έρευνας που διενεργείτε στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας από τις σπουδάστριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Πάτρας, Πράσινου Ευαγγελία, Πράσινου Παναγιώτα και Σπυροπούλου Ελισάβετ, με επιβλέπουσα Καθηγήτρια την Στέλλα Παπαμχαήλ.

Αντικείμενο της έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της σχέσης των ερωτώμενων (σπουδαστές/ σπουδάστριες του ΤΕΙ Πάτρας) με το αλκοόλ.

Παρακαλείστε να συμμετέχετε ενεργά, δίνοντας με ειλικρίνεια τις απαντήσεις σας στα ερωτήματα που ακολουθούν. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι πολύτιμη. Τα στοιχεία που θα συγκεντρωθούν θα αξιοποιηθούν για τις ανάγκες της έρευνας και όλες οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθεια.

Η ερευνητική ομάδα



ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΚΟΙΝΩΝΙΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ

Οδηγίες συμπλήρωσης: Σημειώστε με **Ü** στο κουτάκι που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

1. Ποιό είναι το φύλο σας;

- 1. Άνδρας
- 2. Γυναίκα

2. Ποιά είναι η ηλικία σας;

- 1. 18 -20 ετών
- 2. 21 -23 ετών
- 3. 24-26 ετών
- 4. Άνω των 26 ετών

3. Σε ποιά Τμήμα σπουδάζετε;

- 1. Κοινωνικής Εργασίας
- 2. Λογιστικής
- 3. Μηχανολογίας

4. Μένετε:

- 1. Μόνος/ Μόνη
- 2. Με την οικογένειά μου
- 3. Με συγκάτοικο

4^α. Αν μένετε μακριά από τους δικούς σας, σε ποιά πόλη μένει η οικογένειά σας;

5. **Με τι ασχολείστε στον ελεύθερο χρόνο σας;** (Μπορείτε να επιλέξετε μέχρι τρεις απαντήσεις)

- | | |
|--|---|
| 1. Αθλητισμό | α |
| 2. Καλλιτεχνικές δραστηριότητες | α |
| 3. Διάβασμα | α |
| 4. Γυμναστική | α |
| 5. Εκδρομές | α |
| 6. Βόλτες για καφέ- ποτό με φίλους/φίλες | α |
| 7. Δεν έχω χρόνο για δραστηριότητες | α |
| 8. Άλλο (προσδιορίστε): _____ | α |

6. **Πόσες ώρες την εβδομάδα διαθέτετε στις παραπάνω δραστηριότητες;**

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. 2-4 ώρες την εβδομάδα | α |
| 2. 5-7 ώρες την εβδομάδα | α |
| 3. 8-10 ώρες την εβδομάδα | α |
| 4. Πάνω από 10 ώρες την εβδομάδα | α |

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕ ΑΛΚΟΟΛ

7. **Πίνετε αλκοολούχα ποτά;**

1. Ναι α

2. Όχι α *Αν δώσετε αρνητική απάντηση, δεν συνεχίζετε με τις υπόλοιπες ερωτήσεις. Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή.*

8. **Η παρέα σας πίνει;**

1. Ναι α

2. Όχι α

9. **Πόσο συχνά πίνετε** κάποιιο/-α από τα ακόλουθα οινοπνευματώδη; (Σημειώστε με **ΰ** την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει για κάθε ένα είδος οινοπνευματώδους).

Είδος οινοπνευματώδους	1	2	3	4	5	6	7
	Κάθε μέρα	1 φορά την εβδομάδα	2-3 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές τον μήνα	Τουλάχιστον 1 φορά το μήνα	Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	Σπάνια/Καθόλου
1.Μπύρα							
2.Κρασί							
3.Ουίски-βότκα							
4.Αλκοολούχα αναψυκτικά							
5.Ούζο-ρακίτσίπουρο							
6.Άλλο (προσδιορίστε):							

10. **Συνήθως πόσο καταναλώνετε** από τα ακόλουθα οινοπνευματώδη; (Σημειώστε με **ΰ** την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει για κάθε ένα είδος οινοπνευματώδους).

Είδος οινοπνευματώδους	1	2	3	4	5
	Ένα – δύο ποτήρια	Τρία – τέσσερα ποτήρια	Πάνω από πέντε ποτήρια	Δεν μπορώ να το εκτιμήσω	Καθόλου
1.Μπύρα					
2.Κρασί					
3.Ουίски-βότκα					

4.Αλκοολούχα αναψυκτικά					
5.Ούζο- ρακί- τσίπουρο					
6.Άλλο (προσδιορίστε):					

11. Πόσο χρονών ξεκινήσατε να πίνετε;

1. Πριν γίνω 13 χρονών **α**
2. 13-15 χρονών **α**
3. 16-18 χρονών **α**
4. 18 χρονών και πάνω **α**

12. Με το πέρασμα του χρόνου έχετε παρατηρήσει ότι:

1. Πίνω περισσότερο και συχνότερα **α**
2. Πίνω περισσότερο αλλά όχι συχνά **α**
3. Πίνω λιγότερο **α**
4. Πίνω το ίδιο με πριν **α**

13. Για ποιο/ ποιους από τους παρακάτω λόγους κυρίως πίνετε αλκοόλ;

(Σημειώστε με **ΰ** την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει για κάθε ένα λόγο).

Λόγοι κατανάλωσης αλκοόλ	1	2	3	4	5
	Απόλυτα	Σε μεγάλο βαθμό	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
1.Συνήθεια					
2.Απόλαυση					
3.Παρέα					
4. Μοναξιά					
5.Χαλάρωση					
6.Διασκέδαση					

7.Οικογενειακά- προσωπικά προβλήματα					
8.Οικονομικά προβλήματα					
9.Άλλος (προσδιορίστε):					

14. Συνήθως πίνετε:

1. Μόνος/ μόνη σας **q**
2. Με την παρέα σας **q**
3. Και τα δυο **q**

15. Σε ποιά μέρη πίνετε; (Μπορείτε να επιλέξετε μέχρι τρεις απαντήσεις)

1. Στο σπίτι σας **q**
2. Στα σπίτια φίλων **q**
3. Σε καφετέριες-μπαρ **q**
4. Σε εστιατόριο-ταβέρνες **q**
5. Σε κέντρα νυχτερινής διασκέδασης **q**
6. Άλλο μέρος (προσδιορίστε) _____ **q**

16. Τί αισθάνεστε συνήθως, όταν πίνετε;

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1.Κέφι – ευθυμία | q |
| 2. Στεναχώρια | q |
| 3.Δύναμη | q |
| 4. Χαλάρωση – ηρεμία | q |
| 5. Υπερένταση | q |
| 6. Τίποτα ιδιαίτερο | q |
| 7. Άλλο (προσδιορίστε)_____ | q |

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

17. Έχετε αντιμετωπίσει κάποιο/-α πρόβλημα/-τα, εξ' αιτίας του αλκοόλ;

- 1.Ναι q
- 2.Όχι q

17^α. **ΑΝ ΝΑΙ, τί είδους;** (Σημειώστε με **Υ** την απάντηση).

	Ναι	Όχι
1.Με τον νόμο (π.χ. έχω συλληφθεί)		
2.Με τη δουλειά σας		
3.Με την σχολή σας (π.χ. έχω χάσει μαθήματα)		
4.Με την οικογένειά σας		
5.Με τους φίλους σας		
6.Στην οδήγηση		
7.Με την υγεία σας		
8.Έχω μπλέξει σε καυγάδες/ δημιουργήσει φασαρίες		

9. Άλλο (προσδιορίστε):		
-------------------------	--	--

18. Έχει ποτέ αντιμετωπίσει/ αντιμετωπίζει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας πρόβλημα με το αλκοόλ;

1. Ναι **9**

2. Όχι **9**

19. Έχετε νιώσει ζάλη ή ελαφριά μέθη;

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. Ποτέ ή σπάνια | α |
| 2. Μερικές φορές | α |
| 3. Αρκετές φορές | α |
| 4. Τις περισσότερες φορές | α |
| 5. Σχεδόν όλες τις φορές | α |

20. Πόσες φορές, στη ζωή σας, έχετε μεθύσει (χάσατε τον έλεγχο);

- | | |
|----------------------|---|
| 1. Ποτέ | α |
| 2. 1-2 φορές | α |
| 3. 3-5 φορές | α |
| 4. 6-10 φορές | α |
| 5. Πάνω από 10 φορές | α |

21. Θα λέγατε ότι είστε:

- | | |
|--|---|
| 1. Κοινωνικοί πότες (πίνετε μόνο σε κοινωνικές εκδηλώσεις και γιορτές) | α |
| 2. Συχνοί πότες, αλλά όχι εξαρτημένοι από το αλκοόλ | α |
| 3. Συχνοί πότες και εξαρτημένοι από το αλκοόλ | α |

22. Έχετε σκεφτεί να σταματήσετε να πίνετε;

- | | |
|--------|---|
| 1. Ναι | α |
| 2. Όχι | α |

22^α . Αν ναι για ποιο λόγο;

23. Καπνίζετε;

- 1.Ναι
- 2. Όχι

24. Εκτός από το αλκοόλ και τον καπνό, έχετε δοκιμάσει κάποια άλλη ουσία;

- 1.Ναι
- 2. Όχι

25. Πόσο ενημερωμένοι/ ες θα λέγατε ότι είστε σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης του αλκοόλ στην υγεία και την κοινωνική ζωή;

- 1.Πολύ ενημερωμένος/-η
- 2.Αρκετά ενημερωμένος/-η
- 3.Μέτρια ενημερωμένος/-η
- 4.Λίγο ενημερωμένος/-η
- 5.Καθόλου ενημερωμένος/-η

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Θεραπευτικά Προγράμματα στην Ελλάδα

► Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

Το 1995 ξεκίνησε τη λειτουργία του ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.). Κύριοι σκοποί του Ο.ΚΑ.ΝΑ. είναι: i) ο σχεδιασμός, η προώθηση και η εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων, ii) η μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, η παροχή έγκαιρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και η ευαισθητοποίηση του κοινού, iii) η ίδρυση και η αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012).

Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα σήμερα λειτουργούν 71 Κέντρα Πρόληψης σε 49 νομούς της χώρας, 55 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης και 5 «Στεγνά» Θεραπευτικά Προγράμματα (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012).

Αναλυτικότερα, λειτουργούν:

- Στην Αθήνα 1 Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού, 26 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης και 1 «Στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων και Νεαρών Ενηλίκων (Μονάδα Εφήβων/Νέων «Ατραπός») και 1 «Στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα Ενηλίκων σε συνεργασία με την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Πρόγραμμα «Αθηνά») (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012).
- Στη Θεσσαλονίκη, 12 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης και 1 Πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας» Ενηλίκων σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012).

- Στην Πάτρα 1 Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης και 1 «Στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα Ενηλίκων («Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Γέφυρα») (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012).
- Στο Ρέθυμνο 1 Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης και 1 Πρόγραμμα «Πολλαπλής Παρέμβασης» (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012).
- Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ διαθέτει από μια Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης στη Λάρισα, στα Χανιά, στη Ρόδο, στην Λαμία, στο Αγρίνιο, στη Χαλκίδα, στη Λιβαδειά, στο Βόλο, στην Πρέβεζα, στην Κέρκυρα, στην Κατερίνη, στο Ηράκλειο, στην Καβάλα, στην Κομοτηνή και στην Αλεξανδρούπολη (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012).

Επίσης, στην Αθήνα λειτουργεί 1 Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης καθώς και 1 Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης με έδρα την Αθήνα και παράρτημα στη Θεσσαλονίκη. Επιπλέον, στην Αθήνα λειτουργούν 1 Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης (MABY), 1 Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων και η Τηλεφωνική Γραμμή SOS (1031) (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012).

Διεύθυνση: Αβέρωφ 21, Τ.Κ. 10433, Αθήνα

Τηλέφωνο: 210-8898200

Fax: 210-8253760

Email: okana@okana.gr (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012).

► **Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων**

- ΚΕ.Θ.Ε.Α. «ΑΛΦΑ»

- Κέντρο Ψυχολογικής Απεξάρτησης από το Αλκοόλ

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. απευθύνεται σε χρήστες ουσιών, σε εξαρτημένα άτομα από το αλκοόλ, από το τζόγο και από το διαδίκτυο. Οι υπηρεσίες που προσφέρει είναι δωρεάν προς τους εξαρτημένους. Στα προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. παρέχεται

συμβουλευτική και θεραπεία απεξάρτησης στους εξαρτημένους, υποστήριξη των οικογενειών, εκπαίδευση και κατάρτιση και τέλος επανένταξη στην κοινωνία και τον κόσμο της εργασίας. Στόχος των προγραμμάτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι η πλήρη αποχή των εξαρτημένων από το αλκοόλ και η ισότιμη επανένταξη τους στην κοινωνία. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν χορηγούνται υποκατάστατα ή φάρμακα (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2011).

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχει αναπτύξει το θεραπευτικό πρόγραμμα ΚΕ.Θ.Ε.Α. «ΑΛΦΑ», το οποίο λειτουργεί από το 2003 και απευθύνεται σε άτομα άνω των 15 ετών και στα συγγενικά τους πρόσωπα. Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. «ΑΛΦΑ» είναι ένα πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης που παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους εξαρτημένους με σκοπό την αποτελεσματική αποχή τους από το αλκοόλ, τη σταθεροποίηση της αποχής και τη μεταθεραπευτική φροντίδα μέσω ατομικών και ομαδικών ψυχοθεραπειών συναντήσεων (ΚΕ.Θ.Ε.Α ΑΛΦΑ, χ.χ.).

Το Κέντρο Ψυχολογικής Απεξάρτησης από το αλκοόλ παρέχει ατομική συμβουλευτική, ομαδική ψυχοθεραπεία, ψυχιατρική υποστήριξη, οικογενειακή θεραπεία ή θεραπεία ζεύγους. Εκεί διαμορφώνεται ένα εξατομικευμένο πλάνο θεραπείας για τους εξαρτημένους ανάλογα με τις ανάγκες καθενός. Η παρακολούθηση του εξαρτημένου διαρκεί συνήθως 4 έως 18 μήνες (ΜΑΖΙ, 2012).

Τομέας Πρόληψης ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Διεύθυνση: Τσαμαδού 7, Τ.Κ. 10683, Αθήνα

Τηλέφωνο: 210-9212961/391

Fax: 210-9212763

Email: info@prevention.gr (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2011).

Τμήμα Ενημέρωσης ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Διεύθυνση: Σορβόλου 24, Τ.Κ. 11636, Αθήνα

Τηλέφωνο: 210-9241993/6

Fax: 210-9241986

Email: info@kethea.gr (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2011).

ΚΕ.Θ.Ε.Α. «ΑΛΦΑ»

Διεύθυνση: Χαρβούρη 1, Τ.Κ. 11636, Αθήνα

Τηλέφωνο: 210-9215776, 210-9237777

Fax: 210-9215786

Email: info@kethea-alfa.gr (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2011).

► **Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής: Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών**

– Προγράμματα Εσωτερικής Νοσηλείας

α. Η Θεραπευτική Κοινότητα Απεξάρτησης Αλκοολικών “18 ΑΝΩ”

β. Πρόγραμμα Βραχείας Απεξάρτησης Αλκοολικών

– Πρόγραμμα Εξωτερικής Νοσηλείας

α. Συμβουλευτικός Σταθμός

Στο χώρο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής υπάρχει Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών η οποία λειτουργεί από το 1997, απευθύνεται σε όλους τους χρήστες και χωρίζεται σε τρεις φάσεις: 1. τη φάση της ευαισθητοποίησης, 2. τη φάση της ψυχολογικής απεξάρτησης και 3. τη φάση κοινωνικής επανένταξης. Στα πλαίσια της Μονάδας αυτής λειτουργούν δυο Προγράμματα Εσωτερικής Νοσηλείας: α) η Θεραπευτική Κοινότητα Απεξάρτησης Αλκοολικών “18 ΑΝΩ” και β) το Πρόγραμμα Βραχείας Απεξάρτησης Αλκοολικών (ΜΑΖΙ, 2012).

Η Θεραπευτική Κοινότητα Απεξάρτησης Αλκοολικών απευθύνεται σε άντρες και γυναίκες ηλικίας έως 45 ετών, και η διάρκεια της θεραπείας είναι εννέα μήνες. Αρχικά, πραγματοποιούνται ατομικές συναντήσεις στον Συμβουλευτικό Σταθμό και έπειτα ακολουθεί η εισαγωγή του ατόμου στη Θεραπευτική Κοινότητα, με βασική προϋπόθεση την πλήρη αποχή του ατόμου από το αλκοόλ. Μετά το πέρας της παραμονής στην κοινότητα, ακολουθεί η επανένταξη που διαρκεί περίπου ένα χρόνο (ΜΑΖΙ, 2012).

Το Πρόγραμμα Βραχείας Απεξάρτησης Αλκοολικών έχει ως σκοπό την ψυχική απεξάρτηση των εξαρτημένων μέσω της ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας. Η διάρκεια του προγράμματος είναι τέσσερις μήνες. Στους

εξαρτημένους χορηγείται το φάρμακο ναλτρεξόνη, το οποίο μειώνει την επιθυμία για αλκοόλ (MAZI, 2012).

Στα πλαίσια της Μονάδας Απεξάρτησης Αλκοολικών λειτουργεί και Εξωτερικό Πρόγραμμα στο χώρο του Συμβουλευτικού Σταθμού, το οποίο απευθύνεται σε εξαρτημένους που δεν κρίνεται αναγκαία η εισαγωγή τους σε κλειστό χώρο αλλά παρέχεται ατομική και ομαδική θεραπεία σε άτομα που έχουν ολοκληρώσει τα κλειστά προγράμματα και επιθυμούν να συνεχίσουν τη θεραπεία τους (MAZI, 2012).

Η ουσιοεξάρτηση δεν αφορά μόνο τον ίδιο τον εξαρτημένο, αλλά επηρεάζει και τη ζωή αυτών που βρίσκονται δίπλα του. Έτσι, η Μονάδα Απεξάρτησης "18 ΑΝΩ" παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες οικογενειακής στήριξης, συμβουλευτικής και θεραπείας. Δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη συμμετοχή του περιβάλλοντος του εξαρτημένου στο θεραπευτικό πρόγραμμα καθώς η συμβολή του έχει σπουδαίο ρόλο για τη θεραπευτική πορεία του εξαρτημένου (18 Άνω, 2011).

Τα προγράμματα εσωτερικής νοσηλείας βρίσκονται στο χώρο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Διεύθυνση: Χαϊδάρι, Λεωφόρος Καβάλας 374, Τ.Κ. 12462, Αθήνα

Τηλέφωνο: 210-5388889 (MAZI, 2012).

Ο Συμβουλευτικός Σταθμός της Μονάδας βρίσκεται στο κέντρο της Αθήνας.

Διεύθυνση: Γενναδίου 5

Τηλέφωνο: 210-3304177/8

Fax: 210-3304102 (MAZI, 2012).

Το τμήμα Οικογένειας, τμήμα στήριξης και συμβουλευτικής οικογενειών ουσιοεξαρτημένων λειτουργεί στην Αθήνα.

Διεύθυνση: Πατησίων & Φερρών 2 Αθήνα

Τηλέφωνο: 210-8822260

Fax: 210-8820548 (MAZI, 2012).

► **«Ανάδυση» Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (του Αιγινήτειου Νοσοκομείου)**

- Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ»

Στη ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., λειτουργεί το Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ», το οποίο είναι στεγνή-ανοικτή ψυχοθεραπευτική μονάδα απεξάρτησης και απευθύνεται σε χρήστες αλκοόλ. Για την ένταξη των εξαρτημένων στο πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» βασική προϋπόθεση αποτελεί η εθελοντική προσέλευση του χρήστη και λειτουργεί σε συνεργασία με τα μέλη των οικογενειών των εξαρτημένων. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα διαθέτει τμήμα ενημέρωσης, συμβουλευτικό σταθμό, ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία, πρόληψη, 10 κλίνες νοσηλείας και η διάρκεια του δεν ξεπερνά τις 45 μέρες (MAZI, 2012).

Το πρόγραμμα λειτουργεί σε εξωτερική βάση, όταν όμως κριθεί απαραίτητη η σωματική απεξάρτηση ενός χρήστη αλκοόλ, τότε γίνεται εισαγωγή του χρήστη στην ειδική μονάδα εσωτερικής νοσηλείας για εξαρτημένους από το αλκοόλ, το οποίο λειτουργεί στη Ψυχιατρική κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Η θεραπευτική μέθοδος που ακολουθεί είναι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του χρήστη σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και δεν αναλαμβάνει χρήστες με σοβαρές και χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές (MAZI, 2012).

Διεύθυνση: Ξενίας 20, Τ.Κ. 11528, Αθήνα

Τηλέφωνο: 210-7757692 – 7753240

Fax: 210-7753240

Email: drugfree@hol.gr

► **Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης**

- Μονάδα Απεξάρτησης από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχερά παιχνίδια «Μέθεξις»

- Συμβουλευτικός Θεραπευτικός Σταθμός

Στη παθολογική κλινική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης λειτουργεί Ψυχοκοινωνικός- Θεραπευτικός και Συμβουλευτικός Σταθμός για άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ, τα φάρμακα και τα τυχερά παιχνίδια, στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Συμπληρωματικά με το έργο του Συμβουλευτικού και Θεραπευτικού Σταθμού του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης σχετικά με την κατάχρηση και την εξάρτηση από το αλκοόλ, λειτουργεί και το Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο «Μέθεξις» στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης και παρέχει ιατρική αξιολόγηση, ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία, ομάδα ανάπτυξης δεξιοτήτων για εμπλοκή σε λειτουργική ενασχόληση και κοινωνική στήριξη (Ιατροnet, 2009 και MAZI, 2012).

Το Πρόγραμμα «Μέθεξις», κλινικό Τμήμα Αντιμετώπισης της εξάρτησης από το αλκοόλ, λειτουργεί σε καθημερινή βάση από 9π.μ. έως 3μ.μ.

Διεύθυνση: Λαγκαδά 196, Τ.Κ. 56429, Θεσσαλονίκη

Τηλέφωνο: 231-3324653/654

Email: info@psychothes.gr (Ιατροnet, 2009).

Συμβουλευτικός Θεραπευτικός Σταθμός

Διεύθυνση: Πτολεμαίων 21, Τ.Κ. 54630, Θεσσαλονίκη

Τηλέφωνο: 231-0542141

Fax: 231-0540413 (Ιατροnet, 2009 και MAZI, 2012).

► Γ' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ

Στη Γ' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ λειτουργεί υπηρεσία εξαρτήσεων για την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκαλούνται από το αλκοόλ. Η υπηρεσία εξαρτήσεων αποτελείται από το Εξωτερικό Ιατρείο, από την παρακολούθηση του εξαρτημένου σε εσωτερική και εξωτερική βάση και τέλος από τη ψυχοθεραπευτική ομάδα με ψυχοθεραπεία τύπου πρόληψης υποτροπής. Επίσης, προσφέρεται η δυνατότητα σωματικής απεξάρτησης από το αλκοόλ σε συνεργασία με τις παθολογικές

κλινικές του Νοσοκομείου αλλά και ψυχική απεξάρτηση του αλκοολικού στη Ψυχιατρική κλινική ακόμη και όταν ο χρήστης εμφανίζει ψυχικές διαταραχές (MAZI, 2012).

Διεύθυνση: Στ. Κυριακίδη 1, Τ.Κ. 54636, Θεσσαλονίκη

Τηλέφωνο: 231-3303775

Γραμματεία Πρωϊνών Εξωτερικών Ιατρείων: 231-3303317/18/21

Fax: 231-3303096 (MAZI, 2012).

► **Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας και Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας»**

-Ιατρείο Αλκοολογίας

Στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας όπως και στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας» λειτουργεί Ιατρείο Αλκοολογίας σε συνεργασία με το κέντρο πρόληψης «Πρόταση» με κύριο στόχο τη πλήρη σωματική, ψυχιατρική και ψυχοκοινωνική εκτίμηση των ατόμων με προβλήματα αλκοολισμού που ζητούν βοήθεια (MAZI, 2012).

Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας

Διεύθυνση: Ρίου- Πατρών, Τ.Κ. 26500, Πάτρα

Τηλέφωνο: 2610-999111 (MAZI, 2012).

Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

Διεύθυνση: Τσερτίδου 1, Τ.Κ. 26335, Πάτρα

Τηλέφωνο: 2613-601000

Fax: 2613-601893

Email: info@agandreashosp.gr (MAZI, 2012).

► **Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ)**

- Ιατρείο Αλκοολογίας

Στο ΠΑΓΝΗ λειτουργεί Ιατρείο Αλκοολογίας με σκοπό τη σωματική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες με προβλήματα από το αλκοόλ στο πλαίσιο της Γαστρεντερολογικής κλινικής (MAZI, 2012).

Διεύθυνση: Διασταύρωση Βουτών- Σταυρακίων, Τ.Κ. 71110, Ηράκλειο

Τηλέφωνο: 281-3402111

Fax: 281-0542064 (MAZI, 2012).

► **Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων**

- Μονάδα Αλκοολικής Αποτοξίνωσης της Ψυχιατρικής κλινικής

Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων λειτουργεί Μονάδα Αλκοολικής Αποτοξίνωσης της Ψυχιατρικής κλινικής και προσφέρει θεραπεία απεξάρτησης εσωτερικής διαμονής σε εξαρτημένους από το αλκοόλ (MAZI, 2012).

Διεύθυνση: Λεωφόρος Σταύρου Νιάρχου, Τ.Κ. 45500, Ιωάννινα

Τηλέφωνο: 265-1099111, 265-1099666 (MAZI, 2012).

► **Μη Κυβερνητική Οργάνωση «Νηφάλιοι»**

Το Μάρτιο του 2005 ιδρύθηκε η Κίνηση Πολιτών «Νηφάλιοι», αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία, που παρέχει ενημέρωση στο πληθυσμό και στους επαγγελματίες για ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση σχετικά με τις βλαπτικές συνέπειες του αλκοόλ και τέλος, καθοδήγηση και ενδυνάμωση κινήτρου για θεραπεία. Λειτουργούν 24ωρη «Ανοιχτή Γραμμή» βοήθειας, συμπαράστασης και κατεύθυνσης προς θεραπεία, Σταθμό Υποδοχής για τον αλκοολικό, τους συγγενείς και τους φίλους τους, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της ασθένειας, την ενημέρωσή τους για τις υπάρχουσες θεραπευτικές προτάσεις στην Ελλάδα και την ενδυνάμωση κινήτρου (MAZI, 2012 και Νηφάλιοι, χ.χ.).

24ωρη Γραμμή Βοήθειας: 210-6852660

Διεύθυνση: Χρήστου Λαδά 4, Χαλάνδρι

Τηλέφωνο: 210-6852660

Fax: 210-6852680

Email: nifalioi@otenet.gr (MAZI, 2012 και Νηφάλιοι, χ.χ.).

► **Οικογενειακές Ομάδες Αλκοολικών Ανώνυμων (Αλ-Ανών) και ομάδες για έφηβους που αντιμετωπίζουν προβλήματα αλκοολισμού στην οικογένεια (ΑΛΑΤΗΝ)**

Οι οικογενειακές ομάδες της Αλ-Ανών είναι ομάδες αυτοβοήθειας, για το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των αλκοολικών, όπου μοιράζονται τις εμπειρίες και την ελπίδα τους ώστε να μπορέσουν να λύσουν τα κοινά τους προβλήματα (Αλ-Ανών, χ.χ.).

Η Αλατήν είναι μια αδελφότητα νεαρών μελών της Αλ-Ανών που αντιμετωπίζουν προβλήματα αλκοολισμού στην οικογένεια ή στο στενό φιλικό τους περιβάλλον. Στην ομάδα οι έφηβοι μοιράζονται την εμπειρία και την ελπίδα τους, συζητούν για τα προβλήματά τους και τους τρόπους αντιμετώπισής τους και ενθαρρύνουν ο ένας τον άλλο (Αλ-Ανών, χ.χ.).

Διεύθυνση: Ζήνωνος 4 Ομόνοια, Τ.Κ. 10431, Αθήνα

Τηλέφωνο: 210-5239161, 6943870580

Email: info@alanon.gr (Αλ-Ανών, χ.χ.).

► **Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων ατόμων «ΟΑΣΙΣ»**

Το Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων ατόμων «ΟΑΣΙΣ» είναι αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία, η οποία ιδρύθηκε το 2002 στη Θεσσαλονίκη, και προσφέρει πολύπλευρη υποστήριξη σε εξαρτημένα άτομα από το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, τα τυχερά παιχνίδια και από τον εθισμό στο διαδίκτυο. Κάποιοι από τους σκοπούς της «ΟΑΣΙΣ» είναι η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και των επιστημόνων για εθελοντική προσφορά βοήθειας, η

δημιουργία και η λειτουργία εκπαιδευτικών εργαστηρίων για τα απεξαρτημένα άτομα προκειμένου να αποκτήσουν επαγγελματικές δεξιότητες και τέλος, η κοινωνική επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων (Οασις, χ.χ.).

Διεύθυνση: Μοσκόφ 12, Τ.Κ. 54625, Θεσσαλονίκη

Τηλέφωνο: 2310-508598

Fax: 2310-508599 (Οασις, χ.χ.).

► **Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αχαΐας και Ομάδα Εθελοντών για το Αλκοόλ**

Το Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αχαΐας είναι αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία, η οποία λειτουργεί από το 1998 με τη στήριξη και εποπτεία του Οργανισμού Καταπολέμησης Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) και παρέχει πληροφόρηση και πρόληψη της χρήσης. Στη σύσταση του Κέντρου Πρόληψης Ν. Αχαΐας πρωτοστάτησε η "Κίνηση Πρόταση", η οποία λειτουργεί στη Πάτρα από το 1988 και έχει την επιστημονική ευθύνη των προγραμμάτων πρόληψης. Δραστηριοποιείται στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ, θεωρώντας πως η πρόληψη για να φθάσει στους νέους πρέπει πρώτα οι ενήλικοι να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, ξεκινώντας ο κάθε ένας από τον εαυτό του, την οικογένειά του, την εργασία του γιατί έτσι θα επέλθει η βελτίωση της λειτουργίας στο γενικότερο σύνολο (Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων ουσιών Ν. Αχαΐας – "Πρόταση" κίνηση για έναν άλλον τρόπο ζωής, 2010).

Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ν. Αχαΐας

Διεύθυνση: Παντανάσσης 95 και Αγ. Γεωργίου, Τ.Κ. 26225, Πάτρα

Τηλέφωνο: 2610-623290

Fax: 2610-226948

Email: kpachaia@pat.forthnet.gr (MAZI, 2012).

“Κίνηση Πρόταση” για έναν άλλο τρόπο ζωής

Διεύθυνση: Παντανάσσης 95 και Αγ. Γεωργίου, Τ.Κ. 26225, Πάτρα

Τηλέφωνο: 2610-623290

Fax: 2610-226948

Email: protasi@pat.forthnet.gr (MAZI, 2012).

Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης της “Κίνησης Πρόταση”

Διεύθυνση: Σαρανταπόρου 20, Τ.Κ. 26223, Πάτρα

Τηλέφωνο: 2610-451790

Fax: 2610-451790

Email: protasi@pat.forthnet.gr (MAZI, 2012).

► **Σύλλογος Στήριξης Εξαρτημένων από το Αλκοόλ Ατόμων «Η Επιστροφή»**

Ο Σύλλογος Στήριξης Εξαρτημένων από το Αλκοόλ Ατόμων «Η Επιστροφή» είναι μη κερδοσκοπικός σύλλογος, ο οποίος ιδρύθηκε το 1999 και λειτουργεί στο Ηράκλειο Κρήτης. Σκοπός του συλλόγου «Επιστροφή» είναι η παροχή βοήθειας στα εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα μέσω της σωματικής απεξάρτησης, της ψυχολογικής στήριξης και της κοινωνικής επανένταξης. Προσφέρει πληροφόρηση και συμβουλευτική στα ήδη εξαρτημένα άτομα, αλλά και πρόληψη ενημερώνοντας τους πολίτες για τις βλαβερές συνέπειες τον αλκοόλ (Η επιστροφή, 2012).

Διεύθυνση: Γλαύκου 55, Τ.Κ. 71409, Ηράκλειο

Τηλέφωνο: 6944625188

Email: sylogosepistrofi@yahoo.gr (MAZI, 2012).

► **Κέντρο Έρευνας Ανθρωπίνων Συμπεριφορών (ΚΕΑΣ)**

Το Κέντρο Έρευνας Ανθρωπίνων Συμπεριφορών είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που παρέχει τις υπηρεσίες του στα εξαρτημένα άτομα, αλλά και στο περιβάλλον των ατόμων αυτών, βοηθώντας τους να ξεπεράσουν τις δυσκολίες. Το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθούν οι

εξαρτημένοι αποτελείται από δυο στάδια. Το πρώτο στάδιο ονομάζεται Εντατικό Πρόγραμμα και διαρκεί από τρεις έως έξι μήνες ανάλογα με τις ανάγκες του συμμετέχοντα (Κέντρο, 2012 και MAZI, 2012).

Το θεραπευτικό αυτό πρόγραμμα περιλαμβάνει ομαδική θεραπεία, ατομικές συνεδρίες, βιοματικά εργαστήρια και προσανατολισμό ζωής. Το δεύτερο στάδιο ονομάζεται Μεταθεραπευτικό και διαρκεί έξι μήνες. Οι ατομικές και οικογενειακές συνεδρίες έχουν ως στόχο την παροχή υποστήριξης στους συμμετέχοντες προκειμένου να λειτουργούν αποτελεσματικά στην καθημερινότητά τους και επικεντρώνονται σε θέματα που αφορούν την επαγγελματική τους αποκατάσταση (Κέντρο, 2012 και MAZI, 2012).

Διεύθυνση: Φραντζή 14, Τ.Κ. 11745, Αθήνα

Τηλέφωνο: 210-9249225/7

Fax: 210-9211544

Email: info@kentro.org (MAZI, 2012).

► Ανουκτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα «Θησέας» υπό την αιγίδα του δήμου Καλλιθέας

Το πρόγραμμα αντιμετώπισης εξαρτήσεων «Θησέας» λειτουργεί από το 1989 στο δήμο Καλλιθέας, παρέχοντας δωρεάν τις υπηρεσίες του, ενώ από το 1995 εφαρμόζεται το πρόγραμμα συμβουλευτικής και θεραπείας για τις οικογένειες των χρηστών - εξαρτημένων. Γενικότερα, το θεραπευτικό πρόγραμμα «Θησέας» προσφέρει συμβουλευτική, ενημέρωση και πρόληψη, ευαισθητοποίηση, οικογενειακή και ατομική θεραπεία και τέλος, κοινωνική επανένταξη (Θησέας, 2011).

Οι κυριότεροι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση της χρήσης, η πλήρης αποχή από τις ουσίες, η φροντίδα της σωματικής και ψυχικής υγείας, η λειτουργικότητα του ατόμου στο οικογενειακό, φιλικό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον και τέλος το άτομο να απολαμβάνει τα δικαιώματά του αλλά και να εκπληρώνει υπεύθυνα τις υποχρεώσεις του (Θησέας, 2011).

Διεύθυνση: Αραπάκη 33, Τ.Κ. 17676, Καλλιθέα

Τηλέφωνο: 210-9587117

Fax: 210-9591282

Email: somatiothiseas@yahoo.gr (Θησέας, 2011).

► **Σύλλογος Επανένταξης Εθισμένων « Η Επιστροφή »**

Ο Σύλλογος Επανένταξης Εθισμένων «Η Επιστροφή» είναι μη κερδοσκοπικό σωματείο, το οποίο ιδρύθηκε το 2003. Ο σύλλογος παρέχει θεραπεία, συμβουλευτική και υποστήριξη σε εξαρτημένα άτομα από το αλκοόλ, τα ναρκωτικά και από άλλες ψυχοτρόπες ουσίες, καθώς παρέχει και ομαδική θεραπεία στις οικογένειες των εξαρτημένων μέσω του οικογενειακού προγράμματος που λειτουργεί στο σύλλογο. Το πρόγραμμα αποτελείται από δύο φάσεις: Η πρώτη φάση διαρκεί δύο με τρεις μήνες και περιλαμβάνει το Κλειστό Εντατικό Πρόγραμμα, το οποίο παρέχει θεραπεία βασισμένη στην πλήρη αποχή από τις ουσίες, βοήθεια στον εξαρτημένο ώστε να αλλάξει τρόπο σκέψης και τις συμπεριφορές που συνδέονται με τον εθισμό (Επιστροφή, χ.χ.).

Η δεύτερη φάση διαρκεί τρεις με εννέα μήνες και περιλαμβάνει το Ανοικτό Ημερήσιο Πρόγραμμα, το οποίο δίνει τη δυνατότητα στον εξαρτημένο, μέσω της βοήθειας και της υποστήριξης, να συνεχίσει την ανάρρωση και να ενταχθεί πλήρως στο κοινωνικό σύνολο και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της καθημερινής ζωής (Επιστροφή, χ.χ.).

Διεύθυνση: Μεσσαπίου 28 Κουκάκι, Τ.Κ. 11741, Αθήνα

Τηλέφωνο: 210-9214547, 210-9214373

Fax: 210-9214437

Email: info@epistrofi.com (Επιστροφή, χ.χ.).

► **Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ**

Τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (ΚΟΠΑ) είναι κοινότητες, οι οποίες αποτελούνται συνήθως από δυο έως δώδεκα οικογένειες, τα μέλη των οποίων μπορεί να διαφέρουν (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση κ.α.) έχουν όμως κοινό πρόβλημα, δηλαδή τη χρήση αλκοόλ. Στόχος των κλαμπ είναι η αλλαγή του τρόπου ζωής των μελών και της υγειονομικής κουλτούρας της

τοπικής κοινωνίας και δραστηριοποιούνται βασιζόμενοι στην αλληλεγγύη, στη φιλία, στην αγάπη, στην κοινωνική δικαιοσύνη κ.α. (ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π., 2008 και ΚΟΠΑ, 2012).

Η οικολογική κοινωνική προσέγγιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ είναι μια μεθοδολογία πάνω στη πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη. Σύμφωνα με το Hudolin ο αλκοολισμός δεν θεωρείται ασθένεια αλλά μια συμπεριφορά, ένας τρόπος ζωής που καθορίζεται από διάφορους παράγοντες (βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς), σαν αποτέλεσμα μιας διαταραχής των οικολογικών κοινωνικών συστημάτων μέσα στο οποίο είναι ενταγμένο το άτομο (ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π., 2008 και ΚΟΠΑ, 2012).

Το 2010 ιδρύθηκε ο Ελληνικός Σύλλογος Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ με τη Μέθοδο του Hudolin (ΕΣΚΟΠΑ). Είναι ένα εθελοντικό, μη κερδοσκοπικό σωματείο, το οποίο δραστηριοποιείται στο χώρο των προβλημάτων που αφορούν το αλκοόλ, σύμφωνα με την οικολογική κοινωνική προσέγγιση του Hudolin. Η τεχνική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ βασίζεται στα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ και μέσα από δραστηριότητες που διοργανώνει ο σύλλογος στοχεύει στη δημιουργία μιας κοινωνίας από ενεργούς πολίτες (ΕΣΚΟΠΑ, 2012).

Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ

§ Διεύθυνση: Πνευματικό κέντρο Αγ. Θωμά, Αγ. Λαύρας 37, Αμπελόκηποι

Τηλέφωνο: 6972661179

§ Διεύθυνση: Πραξιτέλους 137 & Β. Γεωργίου, Πειραιά

Τηλέφωνο: 6974437245

§ Διεύθυνση: Πνευματικό Κέντρο Αγ. Αναργύρων και Αγ. Σοφίας και Αγ. Νικολάου, Πάτρας

Γραμμή αναζήτησης βοήθειας: 6984814013

Ιατρείο Αλκοολογίας Π.Π.Γ.Ν. Πάτρας τηλ. 2610-990000

Email: copapatras@gmail.com (ΚΟΠΑ, 2012).

Ελληνικός Σύλλογος Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ
(ΕΣΚΟΠΑ)

Διεύθυνση: Ιεροθέου 103, Πάτρα

Τηλέφωνο: 6974437245

Email: info@escopa.gr , escopa@hotmail.gr , stchristidi@hotmail.com
(ΕΣΚΟΠΑ, 2012).

► **Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.)**

Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί είναι ένας αφιλοκερδής οργανισμός, ο οποίος αυτοσυντηρείται με τις δικές του συνεισφορές και έχει ως κύριο στόχο να κρατήσει νηφάλια τα ήδη υπάρχοντα μέλη αλλά και να βοηθήσει τους αλκοολικούς να αποκτήσουν νηφαλιότητα. Στους Α.Α. διατηρείται ανωνυμία. Αυτός είναι ένας από τους λόγους που ονομάζεται Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α., 2011).

Στους Α.Α. απευθύνονται άνδρες και γυναίκες, με σκοπό να αναρρώσουν από τον αλκοολισμό. Εκεί μοιράζονται την εμπειρία τους, τη δύναμη και την ελπίδα τους ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τη κατάσταση την οποία βιώνουν. Προϋπόθεση για να γίνει ένα άτομο μέλος είναι η επιθυμία του να σταματήσει να πίνει (Α.Α., 2011).

Τα μέλη μοιράζονται τις εμπειρίες τους, συζητούν τις επιπτώσεις που έχει το αλκοόλ στη ζωή και στη προσωπικότητά τους και κάνουν λόγο για τα μέτρα που έλαβαν για αυτό, με οποιοδήποτε άτομο που αντιμετωπίζει πρόβλημα με το ποτό και δίνουν προσωπική βοήθεια ή υποστήριξη στους αλκοολικούς που έρχονται στο Α.Α. Τα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή που νομίζουν πως έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ, δεν συμμετέχουν συχνά σε κλειστές συγκεντρώσεις. Οι μη αλκοολικοί επισκέπτες μπορούν να παραβρίσκονται σε ανοιχτές συναντήσεις των Α.Α. Το πρόγραμμα πραγματοποιείται σε 12 Βήματα, προσφέρει στον αλκοολικό την ευκαιρία να αναπτύξει έναν ικανοποιητικό τρόπο ζωής, ελεύθερο από το αλκοόλ (Α.Α., 2011).

Οι Α.Α. θεωρούν πως δεν υπάρχει θεραπεία του αλκοολισμού, δεν μπορεί ένα εξαρτημένο άτομο να επιστρέψει σε κανονικό τρόπο ζωής. Επίσης, πιστεύουν πως η δυνατότητα των αλκοολικών να μένουν μακριά από το ποτό οφείλεται στη

διατήρηση της σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με την τακτική συμμετοχή στις συγκεντρώσεις, την εφαρμογή των όσων μαθαίνουν αλλά και το να προσφέρουν βοήθεια – υποστήριξη σε άλλους αλκοολικούς (Α.Α., 2011).

Οι Α.Α. δεν παρέχουν υπηρεσίες για αποτοξίνωση ή περίθαλψη, νοσηλεία και φάρμακα. Η ανάρρωση των αλκοολικών στηρίζεται στο μοίρασμα της εμπειρίας, της δύναμης και της ελπίδας των εξαρτημένων (Α.Α., 2011).

Τα Δώδεκα Βήματα

(Αρχές που είναι ίδιες για όλους τους Α Α ανά την υφήλιο)

1. Παραδεχόμαι ότι δεν μπορώ να εξουσιάσω την ανάγκη μου για το αλκοόλ. Έχω χάσει τον έλεγχο της ίδιας μου της ζωής.
2. Πιστεύω σε κάποια ανώτερη δύναμη που μπορεί να δώσει λογική στην ζωή μου.
3. Υπάρχει θέληση και πρόθεση να αφεθώ στα χέρια του θεού, όπως και αν ο καθένας μας αντιλαμβάνεται αυτή την έννοια.
4. Έχω το κουράγιο και την πρόθεση να κάνω άφοβα απολογισμό της ζωής μου.
5. Παραδέχομαι στον θεό, τον εαυτό μου και σε άλλον συνάνθρωπο μου το γεγονός και την φύση των λαθών μου.
6. Είμαι έτοιμος να αφεθώ στη Θεία χάρη για να αντλήσω τη δύναμή της και να θεραπευτώ από τις αδυναμίες μου.
7. Ταπεινά ζητώ από τον Θεό την ευλογία του για να απαλείψω τις αδυναμίες μου.
8. Κάνω κατάλογο όλων των προσώπων που με τη συμπεριφορά μου έχω βλάψει ή αδικήσει και είμαι έτοιμος για πραγματική αποκατάσταση των ζημιών και την αίτηση συγχώρεσής τους.
9. Όπου γίνεται είμαι έτοιμος να ζητήσω συγγνώμη.
10. Η ζωή είναι ένας αδιάκοπος αγώνας απολογισμού και παραδοχής αδικιών που έχουμε κάνει.

11. Αναζητώ επαφή με το θεό, όπως εγώ καταλαβαίνω την ύπαρξη του , μέσα από προσευχή και διαλογισμό αναζητώ να εντοπίσω τη θέληση του, μέσα από προσευχή και διαλογισμό αναζητώ να εντοπίσω τη θέλησή σου και αναζητώ τη βούληση του.

12. Μεταφέρω αυτά τα μηνύματα σε κάθε αλκοολικό που συναντώ και ζω όλη μου την ζωή σύμφωνα με τις παραπάνω αρχές (Α.Α.Α., 2010).

Οι 12 Παραδόσεις

1. Το καλό του συνόλου πρέπει του συνόλου πρέπει να έχει απόλυτη προτεραιότητα- η θεραπεία του κάθε ατόμου στηρίζεται στην ενότητα της ομάδας.

2. Πιστεύουμε σε μία μόνο απόλυτη αρχή για το σκοπό της ομάδας –την Ανώτερη Δύναμη που παρουσιάζεται με αγάπη στην συνείδησή μας. Τα ηγετικά μας πρόσωπα είναι μόνο έμπιστοι υπηρέτες, δεν εξουσιάζουν.

3. Η μόνη προϋπόθεση για συμμετέχεις στους Ανώνυμους Αυτοθεραπευόμενους Αλκοολικούς είναι η επιθυμία να σταματήσεις το ποτό.

4. Κάθε ομάδα πρέπει να είναι αυτόνομη με εξαίρεση τα θέματα που επηρεάζουν και τις άλλες ομάδες Α.Α.Α

5. Ο κύριος σκοπός κάθε ομάδας είναι να μεταφέρει το μήνυμα των Ανώνυμων Αυτοθεραπευόμενων Αλκοολικών στους αλκοολικούς που υποφέρουν ακόμη.

6. Μια ομάδα ποτέ δεν πρέπει να υποστηρίξει , να χρηματοδοτήσει ή να καλύψει με το όνομά της οποιαδήποτε επιχείρηση –για να μην την αποσπών από το κύριο σκοπό της ούτε η υπόληψη ,ούτε οικονομικά ή τα περιουσιακά. προβλήματα.

7. Κάθε ομάδα Ανώνυμων Αυτοθεραπευόμενων Αλκοολικών πρέπει να αυτοσυντηρείται και να αρνείται κάθε εξωτερική προσφορά.

8. Οι δραστηριότητες των Α.Α.Α είναι μη επαγγελματικές και πρέπει να θεωρούνται σαν επίτιμα αξιώματα, ωστόσο επιτρέπεται στα κέντρα εξυπηρέτησης να απασχολούν υπαλλήλους.

9. Οι Ανώνυμοι Αυτοθεραπευόμενοι Αλκοολικοί λειτουργούν ανιδιοτελώς και μπορούν να σχηματίζουν επιτροπές οι οποίες έχουν στόχο να υλοποιούν μόνο τους σκοπούς της ομάδας.

10. Οι Ανώνυμοι Αυτοθεραπευόμενοι Αλκοολικοί δεν παίρνουν θέση σε θέματα που δεν αφορούν την ομάδα, για αυτό ποτέ δεν πρέπει να εμπλέκεται το όνομα τους σε δημόσια αντιπαράθεση.

11. Η πολιτική των δημόσιων σχέσεων βασίζεται περισσότερο στην προσέλκυση παρά τον προσηλυτισμό. Για αυτό πρέπει να διαφυλάσσεται πάντα η προσωπική ανωνυμία στον Τύπο, στο ραδιόφωνο και στην τηλεόραση.

12. Η ανωνυμία είναι η πνευματική βάση που μας υπενθυμίζει πάντα να βάζουμε τις αρχές μας πάνω από τις προσωπικότητες (Α.Α.Α., 2010).

Σύμφωνα με του Ανώνυμους Αλκοολικούς (Α.Α., 2012) το πρόγραμμα βρίσκεται στις ακόλουθες πόλεις:

Αθήνα/κέντρο- Ομάδα "Αθηνών"

Διεύθυνση: Σολωμού 66, 5^{ος} όροφος, Ομόνοια

Τηλέφωνο: 210-5227920

Email: aa-ομάδα Αθηνών.gr

Αμπελόκηποι-Ομάδα "Εμπειρία-Δύναμη-Ελπίδα"

Διεύθυνση: Μόσχου 5 ισογείου και Σεβαστουπόλεως

Τηλέφωνο: 6938313688

Email: aa-ampelokipi

Μπραχάμι- Ομάδα "Μαζί μπορούμε"

Διεύθυνση: Πηλέως 56 και Γράμμου

Τηλέφωνο: 6979537520

Email: aa-Μπραχάμι

Φάληρο- Ομάδα "Ελπίδα"

Διεύθυνση: Εκκλησία Παναγία Μυρτιώτισσα Ν. Φάληρο

Τηλέφωνο: 210-4224142 , 6977740490

Email: aa-Φαληρο

Χαλάνδρι-Ομάδα "Υπάρχει λύση"

Διεύθυνση: Σοφοκλή Βενιζέλου 63 και Σαλαμίνας ισόγειο

Τηλέφωνο: 6945286471

Email: aa-χαλανρδι

Θεσσαλονίκη-Ομάδα "Θεσσαλονίκης"

Διεύθυνση: Δωδεκανήσου και Βαλαωρίτου 1, 3^{ος} όροφος

Τηλέφωνο: 2310-626126

Email: aa-Θεσσαλονίκης

Θεσσαλονίκη-Ομάδα "Κάστρων άνω Πόλης"

Διεύθυνση: Δημοτικού Συμβουλίου του Νεάπολης-Συκεών

Τηλέφωνο: 6934996510

Email: AA-kastron

Καστοριά

Διεύθυνση: Λεωφόρος Κύκνων-ΔΗΝΑΚ, Τ.Κ. 52100, Καστοριά

Τηλέφωνο: 6983855654

Email: AA-Καστοριάς

Κέρκυρα

Τηλέφωνο: 6980540820

ΚΡΗΤΗ-Ρέθυμνο-"πρώτο Κρητικό"

Διεύθυνση: Εκκλησία Μικρή Παναγία-παλιά πόλη, Ρέθυμνο

Τηλέφωνο: 6944262492 , 6974635963

Email: rethymnon.gr

ΚΡΗΤΗ-Στέρνες

Τηλέφωνο: 6934197767

Λήμνος

Τηλέφωνο: 6978100770

Ύδρα

Τηλέφωνο: 6970097840

Μυτιλήνη

Τηλέφωνο: 6932545975

Μύκονος

Τηλέφωνο: 6986745983, 2289-026628

Email: aa.mykonos

Πάρος

«Δεξαμενή». Πρόδομος

Τηλέφωνο: 6936073532

Πάτρα

Διεύθυνση: Πλατεία Γεωργίου 30(Στοά), 2^{ος} όροφος

Τηλέφωνο: 6940639146

Email: aa-patras.gr

Πρέβεζα-Ομάδα Πρέβεζας

Διεύθυνση: Περδικάρη, εντός φρουρίου Αγίου Γεωργίου "Στρατόπεδο Δούκα"

Τηλέφωνο: 6980428293

Email: aa-lefkada.gr

Ναύπλιο-Μύλοι-Ομάδα "ΑΑ-Ναύπλιον"

Διεύθυνση: Αγίων Πάντων

Τηλέφωνο: 6947110800

Email: aa-nafplion.gr

Ρόδος

Τηλέφωνο: 6947164763 , 6977504827

Email: aa-rhodos.gr

