



i

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΛΚΟΟΛ – ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Μετέχοντες Σπουδαστές: 1. Καραγεώργος Ευθύμιος
2. Σωτηροπούλου Βασιλική - Θεώνη

Υπεύθυνος Καθηγητής: Δρ. Δρίτσας Χ. Ιωάννης



Πάτρα, Απρίλιος 2011



T.E.I. Patras

Faculty of Sciences of Health and Care

Department of Social Work

Final Work

ALCOHOL – AETIOLOGICAL MODELS AND PROCEDURES IN PREVENTION AND THERAPY

Participating students:

1. Karageorgos Efthymios
2. Sotiropoulou Vasiliki – Theoni

Responsible professor:

Dr. Dritsas X. Ioannis

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

Patra, April 2011



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΛΚΟΟΛ – ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ
ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Υπεύθυνοι Σπουδαστές:

1. Ευθύμιος Καραγεώργος
2. Σωτηροπούλου Βασιλική - Θεώνη

Υπεύθυνος Καθηγητής:

Δρ. Δρίτσας Χ. Ιωάννης

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

Πάτρα, Απρίλιος 2011

◆© 2011 – All rights reserved

◆© 2011, Copyright υπό Ευθύμιου Καραγεώργου & Σωτηροπούλου Βασιλικής - Θεώνης

Η διπλωματική εργασία του Ευθύμιου Καραγεώργου και της Σωτηροπούλου Βασιλικής – Θεώνης εγκρίνεται:

Υπογραφές:

1. Δρ. Δρίτσας Χ. Ιωάννης, Καθηγητής (επιβλέπων καθηγητής)

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

2.

3.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ..... | viii |
| Abstract | xii |
| Περίληψη..... | xiii |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | 1 |
| 1.1 Εισαγωγή | 1 |
| 1.2 Σκοπός και Στόχοι Μελέτης..... | 1 |
| 1.3 Μεθοδολογία..... | 2 |
| 1.4 Ορισμοί Εννοιών..... | 2 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ | 4 |
| 2.1 Εισαγωγή | 4 |
| 2.2 Ποσοστά χρήσης αλκοόλ στο μαθητικό πληθυσμό στον ελληνικό χώρο και διεθνώς..... | 4 |
| 2.3 Ποσοστά χρήσης αλκοόλ και των συνακολούθων του στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας και του παγκόσμιου ιστού | 6 |
| 2.4 Συμπεράσματα..... | 8 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ | 10 |
| 3.1 Εισαγωγή | 10 |
| 3.2 Φάσεις εξέλιξης του αλκοολισμού | 10 |
| 3.3 Μοντέλα αλκοολισμού..... | 11 |
| 3.3.1 Το Ψυχοδυναμικό Μοντέλο..... | 12 |
| 3.3.2 Το Ιατρικό Μοντέλο | 13 |
| 3.3.3 Το Συμπεριφορικό Μοντέλο..... | 15 |
| 3.3.4 Το Κοινωνιολογικό Μοντέλο | 15 |
| 3.3.5 Το Μοντέλο της Θεωρίας της Επικοινωνίας..... | 15 |
| 3.4 Συμπεράσματα..... | 16 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ..... | 18 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----|
| 4.1 | Εισαγωγή..... | 18 |
| 4.2 | Ψυχολογικοί παράγοντες..... | 18 |
| 4.3 | Κοινωνικοί παράγοντες..... | 19 |
| 4.4 | Πολιτισμικοί παράγοντες..... | 21 |
| 4.5 | Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες | 21 |
| 4.6 | Πιθανές προδιαθεσικές αιτίες της εξάρτησης | 22 |
| 4.6.1 | Κοινωνικοί - Περιβαλλοντικοί Παράγοντες..... | 22 |
| 4.6.2 | Ατομικοί παράγοντες..... | 26 |
| 4.6.3 | Ο ρόλος της οικογένειας..... | 27 |
| 4.7 | Οι τέσσερις αιτίες της εξάρτησης..... | 28 |
| 4.8 | Συμπεράσματα | 30 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ | | 31 |
| 5.1 | Εισαγωγή | 31 |
| 5.2 | Διαγνωστικά Κριτήρια..... | 31 |
| 5.3 | Συννοσηρότητα | 33 |
| 5.3.1 | Συναισθηματικές Διαταραχές..... | 34 |
| 5.3.2 | Αγχώδεις Διαταραχές..... | 36 |
| 5.3.3 | Διαταραχές της Προσωπικότητας..... | 36 |
| 5.3.4 | Ψυχωσικές διαταραχές | 37 |
| 5.3.5 | Διαταραχές της Διατροφής..... | 37 |
| 5.4 | Συμπεράσματα | 38 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ | | 39 |
| 6.1 | Εισαγωγή | 39 |
| 6.2 | Σωματικές Επιπτώσεις..... | 39 |
| 6.3 | Οργανικές διαταραχές..... | 40 |
| 6.4 | Νευρολογικές διαταραχές | 41 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.5 Ψυχιατρικές διαταραχές..... | 42 |
| 6.6 Οικογενειακές Επιπτώσεις | 44 |
| 6.7 Κοινωνικές επιπτώσεις..... | 50 |
| 6.8 Συμπεράσματα | 51 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ | 52 |
| 7.1 Εισαγωγή | 52 |
| 7.2 Ορισμοί του έργου πρόληψης..... | 52 |
| 7.3 Πολιτική Πρόληψης..... | 53 |
| 7.4 Προϋποθέσεις για το έργο της πρόληψης | 53 |
| 7.5 Αξιολόγηση του έργου της πρόληψης | 54 |
| 7.6 Διλήμματα και αξίες στην Πρόληψη | 54 |
| 7.7 Προσεγγίσεις ως προς την Πρόληψη | 55 |
| 7.8 Νομοθετικά – Διοικητικά Μέτρα ως προς την Πρόληψη..... | 58 |
| 7.9 Μέτρα και Πολιτικές Πρόληψης Διεθνώς..... | 63 |
| 7.10 Μέτρα και Πολιτικές Πρόληψης στην Ελλάδα | 65 |
| 7.11 Αξιολόγηση Πρόληψης στην Ελλάδα | 67 |
| 7.12 Συμπεράσματα..... | 68 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ | 69 |
| 8.1 Εισαγωγή | 69 |
| 8.2 Φαρμακευτικές Θεραπείες..... | 70 |
| 8.3 Μη φαρμακευτικές Θεραπείες..... | 70 |
| 8.4 Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα..... | 74 |
| 8.5 Αποτελεσματικότητα Θεραπευτικών Προσεγγίσεων | 77 |
| 8.6 Οι οικογενειακού τύπου θεραπευτικές προσεγγίσεις | 78 |
| 8.7 Αποτελεσματικότητα των οικογενειακού τύπου θεραπευτικών προσεγγίσεων | 81 |
| 8.8 Ρόλος του Επαγγελματία Θεραπευτή στην Απεξάρτηση | 82 |

| | |
|--------------------------------------------------------------|----|
| 8.9 Μύθοι και Πραγματικότητα για τους Προβληματικούς Πότες.. | 83 |
| 8.10 Υπηρεσίες και προγράμματα θεραπείας αλκοόλ στην Ελλάδα | 86 |
| 8.11 Συμπεράσματα..... | 88 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 90 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ | 93 |

Abstract

This study begins by explaining basic definitions which will be encountered in the next chapters. The reason why is this happening is because it will help the reader to better understand some of the concepts and the processes which connect with the phenomenon of alcoholism, its attributes and ways dealing with it.

To follow basic information is attempted to be given about the scale of alcoholism, where and how often it is encountered whereas at the same time, data is given about the gender and age of the individuals who consume alcohol.

In the following chapters of this study it is attempted to be explained who is in bigger risk of becoming an addict, how he might have been driven into the addictive behaviour, and what does it mean for a family and the society to have an alcoholic person in their lives. At the same time a more detailed analysis is being made where answers are given about the reasons that someone became an addict, what additional problems alcoholism evokes at the very individual and how are they manifested. It is becoming clear how complex and multi – factorial alcoholism is. For this reason , various theoretical modes have been concentrated, which approach and define this phenomenon each from its own different angle. This definition refers to the very individual and its family and spreads to the social and cultural frame where he or she lives.

Moreover, data has been concentrated which refer to the procedures and the projects which have been planned and manifested for the identification and limitation of the adverse consequences of alcoholism. A thorough reference is being made about the methods and the procedures which are being used about the treatment of this problem.

One point that distinguishes this study is the suggestions that are provided for the ideal attributes one need to have in order to approach the addict therapeutically and the reasons not to do this prejudiced. It is provided then a wide field of information explaining reasons and ways to deal with the problem. One is suggested to use, compose and apply this knowledge with his unique way in every case separately.

Περίληψη

Η μελέτη ξεκινάει εξηγώντας βασικούς ορισμούς που θα συναντηθούν μέσα στα επόμενα κεφάλαια. Ο λόγος που γίνεται αυτό είναι γιατί θα βοηθήσουν τον αναγνώστη να καταλάβει καλύτερα κάποιες από τις έννοιες και διαδικασίες που συνδέονται με το φαινόμενο του αλκοολισμού, τα χαρακτηριστικά και τρόπους αντιμετώπισής του.

Στην συνέχεια γίνεται μια προσπάθεια να δοθούν βασικές πληροφορίες για την έκταση του αλκοολισμού, που και πόσο συχνά συναντάται ενώ παράλληλα δίνονται στοιχεία και για το φύλο και την ηλικία των ατόμων που καταναλώνουν αλκοόλ.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν στην μελέτη, γίνεται μια προσπάθεια να εξηγηθεί ποιος κινδυνεύει περισσότερο να γίνει εξαρτημένος, πως μπορεί να οδηγηθεί στην εξαρτητική συμπεριφορά, και τι συνεπάγεται τόσο για μια οικογένεια όσο και για την κοινωνία γενικότερα να υπάρχει στην καθημερινότητά τους ένας αλκοολικός. Παράλληλα γίνεται μια πιο λεπτομερής ανάλυση όπου δίνονται απαντήσεις, για ποιους λόγους γίνεται κανείς εξαρτημένος, τι επιπλέον προβλήματα προκαλεί ο αλκοολισμός στο ίδιο το άτομο και πως εκδηλώνονται. Γίνεται σαφές λοιπόν πόσο σύνθετο και πολυπαραγοντικό είναι το πρόβλημα του αλκοολισμού. Για τον λόγο αυτό συγκεντρώνονται διάφορα θεωρητικά μοντέλα που προσεγγίζουν και ερμηνεύουν το φαινόμενο αυτό από διαφορετική σκοπιά το καθένα. Αυτή η ερμηνεία αναφέρεται στο ίδιο το άτομο και την οικογένεια του και επεκτείνεται μέχρι το κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον που ζει το άτομο.

Επιπλέον συγκεντρώθηκαν δεδομένα που αναφέρονται στις διαδικασίες και τα προγράμματα που σχεδιάστηκαν και υλοποιήθηκαν για την αναγνώριση και τον περιορισμό των επιβλαβών συνεπειών του φαινομένου του αλκοολισμού. Γίνεται επίσης εκτενής αναφορά στις μεθόδους και τις διαδικασίες που χρησιμοποιούνται για την διαχείριση του συγκεκριμένου προβλήματος.

Ένα ακόμα σημείο που διακρίνει αυτή την μελέτη είναι και οι προτάσεις που παρέχονται για τα ιδανικά χαρακτηριστικά που χρειάζεται να έχει κάποιος για να προσεγγίσει θεραπευτικά τον εξαρτημένο και τους λόγους να μην γίνει προκατειλημμένα. Παρέχεται λοιπόν ένα ευρύ πεδίο πληροφοριών που εξηγούν τα αίτια εμφάνισης και τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος. Αυτή η γνώση προτείνεται κάποιος να την χρησιμοποιήσει, να την συνθέσει και να την εφαρμόσει με τον δικό του τρόπο στην κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή

Ο αλκοολισμός είναι μια απειλητική και ταυτόχρονα ύπουλη μάστιγα για τις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, όπου ο αντρικός πληθυσμός κατέχει τα πρωτεία. (Καρπουχτσής)

Αναπτύσσεται συνήθως σε μια προσωπικότητα, που χαρακτηρίζεται από μια τάση απομόνωσης, μειωμένη αυτό-εκτίμηση, υπερτροφικό εγώ, απελπισία, μοναξιά, φόβους, αδυναμία αντοχής της ματαίωσης, αισθήματα ανικανοποίητου, δυσπιστία (Τσαρούχας, 2000 , Παπαγεωργίου, 2005). Είναι γεγονός ότι από την στιγμή που το παιδί μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον όπου δεν έλαβε από τους γονείς και τους δασκάλους σωστή υποστήριξη, καθοδήγηση, διαπαιδαγώγηση και ευκαιρίες να αναλάβει πρωτοβουλίες ή να μάθει να αντιμετωπίζει καταστάσεις, το αποτέλεσμα πιθανότατα να είναι να μεγαλώσει με μια προσωπικότητα που να διακατέχεται από σύγχυση και απόγνωση και να καταφεύγει στο αλκοόλ επειδή απλά δεν ξέρει και δεν έχει μάθει να αντιμετωπίζει τις δύσκολες καταστάσεις (Αδόργιαστος, 2008).

Γι' αυτό και το αλκοόλ χρησιμοποιείται ως καταπραϋντικό, αφού με τη χρήση του επιτυγχάνεται μια σχετική απελευθέρωση. (Παπαγεωργίου, 2005) Άλλωστε, σε αρκετές έρευνες, οι χρήστες αλκοόλ, στην ερώτηση που τους γίνεται «γιατί πίνουν», η απάντηση είναι «για να χαλαρώσουμε», «για να διασκεδάσουμε», «για να γίνουμε περισσότερο κοινωνικοί» κτλ. (Τερζίδου, 2006)

Και ενώ η απλή χρήση του αλκοόλ προκαλεί ευχάριστα συναισθήματα στο άτομο, καθώς διεγείρει ευαίσθητα σημεία του εγκεφάλου και το νευρικό σύστημα, η υπερκατανάλωση του αλκοόλ προκαλεί σοβαρές και πολλές φορές ανεπανόρθωτες βλάβες στον ανθρώπινο οργανισμό. (Καρπουχτσής)

Υπάρχουν ωστόσο, πολλές και αποτελεσματικές θεραπείες που βοηθούν τους ανθρώπους που υποφέρουν από το πρόβλημα του αλκοολισμού να το αντιμετωπίσουν και ταυτόχρονα βοηθούν τον περίγυρο και την ευρύτερη οικογένεια στην αποτελεσματική λύση των προβλημάτων που αυτό προκαλεί. Το βασικό όμως εμπόδιο τις περισσότερες φορές είναι η στάση των ίδιων των ατόμων, οι οποίοι δεν βιώνουν την σχέση τους με το αλκοόλ ως προβληματική και αυτό αποτελεί και το μεγαλύτερο εμπόδιο στην προσπάθεια να ξεπεραστεί το πρόβλημα με το αλκοόλ ή στην ανάληψη δράσης για να μπορέσουν να το ξεπεράσουν. (Καρπουχτσής)

1.2 Σκοπός και Στόχοι Μελέτης

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να γίνει μια εκτενής μελέτη και παρουσίαση του φαινομένου του αλκοολισμού, τους λόγους που το προκαλούν και τις διαδικασίες που έχουν αναπτυχθεί για την αντιμετώπισή του.

Στόχος μας είναι να παρουσιάσουμε την έκταση του προβλήματος, τις αιτίες που συντέλεσαν και συντελούν στην εμφάνιση και διατήρησή του καθώς επίσης και τις συνέπειες που προκύπτουν. Επιπλέον γίνεται αναφορά και για τα μέτρα που σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση του φαινομένου του αλκοολισμού καθώς επίσης και για τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση των αλκοολικών.

Παράλληλα εξετάζονται και παρουσιάζονται τα επιμέρους θεωρητικά μοντέλα τα οποία αναλύουν και εξηγούν τους λόγους και τους παράγοντες που οδηγούν στον αλκοολισμό καθώς επίσης και την σχετική παθολογία που προκύπτει.

1.3 Μεθοδολογία

Για την διεξαγωγή της εργασίας, η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας καθώς επίσης και των σχετικών πηγών στο Διαδίκτυο. Παράλληλα η μελέτη επεκτάθηκε και σε άρθρα τόσο του ελληνικού όσο και του ξένου τύπου. Επίσης συνεργαστήκαμε με διάφορους φορείς, όπως ο ΟΚΑΝΑ Αγρινίου, το ΚΕΘΕΑ στην Αθήνα, των οποίων η βοήθεια και η παροχή σχετικού υλικού για την παρούσα εργασία ήταν σημαντικότερη.

1.4 Ορισμοί Εννοιών

Αλκοόλ:

1. Κάθε ποτό που περιέχει οινόπνευμα και μπορεί να προκαλέσει μέθη (Μπαμπινιώτης, 2002)
2. Το υγρό που παίρνουμε από την απόσταξη του κρασιού και των σταφυλιών (Κριάρας, 2003)

Αλκοολισμός:

1. Χρόνια ψυχολογική ή/και σωματική εξάρτηση από το αλκοόλ, η οποία χαρακτηρίζεται από ανάγκη του ασθενούς για υπερβολική και τακτική κατανάλωση οινόπνευματωδών ποτών και έχει συχνά ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της ικανότητας του ατόμου να ανταποκρίνεται στις κοινωνικές και επαγγελματικές του υποχρεώσεις (Μπαμπινιώτης, 2002)
2. νοσηρή εξάρτηση του ατόμου από το ποτό, η τάση για κατανάλωση οινόπνεύματος
3. χρόνια δηλητηρίαση του οργανισμού που οφείλεται σε κατάχρηση οινόπνευματωδών ποτών (Κριάρας, 2003)

Αλκοολικός:

1. Πρόσωπο που υποφέρει από αλκοολισμό (Μπαμπινιώτης, 2002)
2. Το άτομο που πάσχει από αλκοολισμό, που βρίσκεται σε στενή εξάρτηση από το ποτό (Κριάρας, 2003)

Αλκοολική τοξίκωση (Μέθη) :

1. Κατάσταση ψυχικής διέγερσης και ευφορίας, που χαρακτηρίζεται από αδυναμία συντονισμού των κινήσεων, σωστής εκφοράς του λόγου και ενδεχομένως επιθετικότητα, η οποία οφείλεται σε υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματωδών ποτών (Μπαμπινιώτης, 2002)
2. Η κατάσταση ενός μεθυσμένου, μορφή δηλητηρίασης από οινόπνευματώδη ποτά που προκαλεί διαταραχές στη λειτουργία των νευρικών κέντρων και εμφανίζει δυσάρεστα συμπτώματα, όπως λχ. ζάλη, κεφαλόπονο, ψευδαισθήσεις, εμετούς (Κριάρας, 2003)

Ενδυνάμωση: Η θεωρία της ενδυνάμωσης δίνει έμφαση στις δυνατότητες του ανθρώπου να βελτιώσει τον εαυτό του και την ζωή του και στην βοήθεια που μπορεί να του προσφέρει το περιβάλλον, στην ανάγκη για συμμαχία με άλλους ανθρώπους και για την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου. Η βοήθεια δίνεται με τέτοιον τρόπο ώστε το άτομο να αποκτήσει επίγνωση, να χρησιμοποιήσει τις πηγές υποστήριξης, να ανακαλύψει μόνο του τις απαντήσεις σε θέματα που το απασχολούν διαφοροποιημένες από αυτές που του δίνουν, άμεσα ή έμμεσα, άλλα άτομα. Είναι περισσότερο ένα σύνολο αρχών και αξιών που διαμορφώνουν την στάση του επαγγελματία απέναντι στον θεραπευόμενο κατά την θεραπευτική διαδικασία (Saleebey, 1996).

Εξάρτηση:

1. Ο παθολογικός εθισμός σε βλαβερές για τον οργανισμό ουσίες (Μπαμπινιώτης, 2002)
2. Η σχέση κατά την οποία ένα πρόσωπο ή πράγμα βρίσκεται υπό την εξουσία, την κυριαρχία, τον έλεγχο ενός άλλου (Κριάρας, 2003)

Κατάχρηση:

1. Η υπερβολική ή αντικανονική χρήση, η χρήση που ξεπερνά το φυσιολογικό ή νόμιμο όριο. (Μπαμπινιώτης, 2002)
2. Υπέρμετρη, υπερβολική χρήση κάποιου πράγματος (Κριάρας, 2003)

Κοινωνική Ανομία: Ο όρος ανομία σημαίνει την έλλειψη νόμων. Πρωτοεμφανίστηκε στην Κεντρική Ευρώπη στις αρχές του 17^{ου} αι. αλλά καθιερώθηκε ευρύτερα από τον Γάλλο κοινωνιολόγο και φιλόσοφο Emile Durkheim. Με το όρο ανομία ο Durkheim αναφέρεται στην απουσία κοινωνικών, ηθικών, και νομικών κανόνων που οργανώνουν την ζωή της κοινωνίας και χαλιναγωγούν της απεριόριστη επιδίωξη της υλικής επιτυχίας των μελών της. Σύμφωνα με τον Durkheim, η έλλειψη αυτού του κανονιστικού ελέγχου προκαλεί την παρέκκλιση. Αντίθετα, σύμφωνα με τον K. Merton, η ανομία προκύπτει από τις αξίες και τους σκοπούς που η κοινωνία προβάλλει όπως π.χ. τα άτομα να είναι φιλόδοξα, αλλά δεν τους παρέχει τα μέσα και τις ευκαιρίες να πετύχουν (Thio, 2008, Περναντζάκη – Καρατζόγλου, 2001).

Κοινωνική Νόηση: Κοινωνική νόηση είναι η κωδικοποίηση, αποθήκευση, ανάκτηση και επεξεργασία, στον εγκέφαλο, των πληροφοριών σχετικά με άτομα του ίδιου είδους, ή τα μέλη του ίδιου είδους. Αναφέρεται στην ικανότητα συλλογής και κατανόησης πληροφοριών, κανόνων και εννοιών που διέπουν την κοινωνική αλληλεπίδραση, τους τρόπους που κατανοούμε πρότυπα κοινωνικής συμπεριφοράς, χειρονομίες, εγγύτητα κ.ά. βασικό στοιχείο της κοινωνικής νόησης είναι οι διαδικασίες που χρησιμοποιούμε για να κατανοήσουμε τον κόσμο γύρω μας (www.alleydog.com, προσπ. 22/2/2011).

Υπερκατανάλωση:

1. Η κατανάλωση αγαθών πέρα από το αναγκαίο επίπεδο (Μπαμπινιώτης, 2002, Κριάρας, 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

2.1 Εισαγωγή

Η χρήση, η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι φαινόμενα ιδιαίτερα διαδεδομένα διεθνώς. Σύμφωνα με εκτιμήσεις από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2 δισεκατομμύρια άτομα ανά τον κόσμο καταναλώνουν αλκοόλ και 76,3 εκατομμύρια πάσχουν από διαταραχές οφειλόμενες στο αλκοόλ, ενώ και οι επιπτώσεις από τη χρήση αλκοόλ στη δημόσια υγεία (πχ. Νοσηρότητα, θνησιμότητα) είναι κ αυτές σε ποσοστά μεγάλες σε σύγκριση με το σύνολο. Συγκεκριμένα, στο αλκοόλ αποδίδονται 1,8 θάνατοι (3,2% του συνόλου) και 58,3 εκατομμύρια άτομα (4% του συνόλου) με προβλήματα υγείας. (Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

Τέλος, να αναφέρουμε ότι η παρουσίαση αυτού του κεφαλαίου επικεντρώνεται σε διάφορες διαχρονικές, επιδημιολογικές έρευνες σχετικές με τη χρήση/κατάχρηση/εξάρτηση του αλκοόλ, αλλά και των όσων επακολουθούν στο μαθητικό και γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, αλλά και του παγκόσμιου ιστού.

2.2 Ποσοστά χρήσης αλκοόλ στο μαθητικό πληθυσμό στον ελληνικό χώρο και διεθνώς

Η πιο πρόσφατη έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε το 2003 σε πανελλαδικό επίπεδο με 8.658 μαθητές ως δείγμα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα λοιπόν της έρευνας, το 15,9% των μαθητών δήλωσαν ότι κάνουν συστηματική χρήση αλκοόλ. Τα αγόρια εμφάνισαν διπλάσιο ποσοστό από τα κορίτσια (21,2% και 11% αντίστοιχα). (Τερζίδου, 2006). Ενώ, οι μαθητές ηλικίας 17-18 ετών δήλωσαν συγκεκριμένα ότι πίνουν αλκοόλ πάνω από 2 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 42% για τα αγόρια και 23,2% για τα κορίτσια. (Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

Στο σημείο αυτό να αναφέρουμε και το ποσοστό της υπερβολικής/βαριάς χρήσης αλκοόλ που κάνει ο μαθητικός πληθυσμός στο σύνολό του και αυτό είναι το 13,2% (17,3 για τα αγόρια και 9,3 για τα κορίτσια). (Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

Επιπλέον, το 3% των μαθητών δήλωσαν τουλάχιστον 10 περιστατικά μέθης τον προηγούμενο χρόνο της έρευνας, ενώ στην ερώτηση που τους έγινε σχετικά με τις προσδοκίες τους από τη χρήση αλκοόλ, αυτές ήταν για να «διασκεδάσουν» σε ποσοστό 71,9%, να «γίνουν πιο ομιλητικοί» σε ποσοστό 63,7%, να «νιώσουν χαρούμενοι» σε ποσοστό 59,1% και να «χαλαρώσουν» σε ποσοστό 51,9%. (Τερζίδου, 2006)

Είναι ενδιαφέρον επίσης, να αναφέρουμε τη διαχρονική μελέτη που έχει γίνει μέσα στην εικοσαετία από το 1984 έως το 2003, στην οποία παρατηρούνται αυξομειώσεις στην κατανάλωση αλκοόλ από μαθητές. Πιο συγκεκριμένα, το 2003 παρατηρήθηκε αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ σε σχέση με το 1998 σε ποσοστό από 24,8% σε 28,2%. Αυξημένο, επίσης, εμφανίστηκε το ποσοστό των μαθητών που δήλωσαν 3 ή και περισσότερα περιστατικά μέθης τον τελευταίο χρόνο, από 10,9% το 1998 σε 12,4% το 2003, ενώ και οι αντιλήψεις τους για την επικινδυνότητα της κατανάλωσης αλκοόλ διαφοροποιήθηκαν και αυτές στην εικοσαετία. (Τερζίδου, 2006) Επιπρόσθετα, τα τελευταία 5 χρόνια σημαντικά λιγότεροι θεωρούν την

καθημερινή κατανάλωση 1-2 ποτών ακίνδυνη σε ποσοστό 32,2% το 2003 και 51,5% το 1998.(Τερζίδου, 2006 , Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

Όσο αναφορά, τα στατιστικά στοιχεία σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ στο μαθητικό πληθυσμό σε διεθνές επίπεδο, αποτελέσματα της έρευνας ESPAD (European Survey Project on Alcohol and other Drugs), έδειξε ότι η χρήση αλκοόλ από τους έφηβους μαθητές ηλικίας 15-16 ετών ποικίλει σημαντικά μεταξύ των χωρών. Περίπου 3 φορές την εβδομάδα αναφέρουν ότι πίνουν στην Ολλανδία το ¼ των μαθητών, ενώ στην Αυστρία, το Βέλγιο, τη Μάλτα και το Ηνωμένο Βασίλειο το 1/5. Τα χαμηλότερα ποσοστά (10% και κάτω) εμφανίζουν η Πορτογαλία, η Ισλανδία, Οι ΗΠΑ και η Τουρκία. Σε όλες σχεδόν τις χώρες, συχνότερη χρήση αλκοόλ κάνουν περισσότερο αγόρια από ότι κορίτσια. Εξαίρεση αποτελούν το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία, όπου τα ποσοστά μεταξύ των δύο φύλων είναι παρόμοια. (Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

Στην υπερβολική/βαριά χρήση αλκοόλ τα υψηλότερα ποσοστά (32-24%) εμφανίζουν κατά σειρά η Ιρλανδία, η Ολλανδία, η Νήσος του Μαν, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Μάλτα, η Σουηδία, η Δανία και η Νορβηγία. Το φαινόμενο παρατηρείται, επομένως, σε μια ομάδα χωρών της βόρειας και ανατολικής Ευρώπης, με εξαίρεση τη Μάλτα. Αντίθετα, οι χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά (5-11%) είναι κατά αύξουσα σειρά η Τουρκία, η Ουγγαρία, η Γαλλία, η Κύπρος, η Ρουμανία, η Πολωνία, η Ισλανδία και η Ελλάδα. (Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

Η τελευταία έρευνα της ESPAD πραγματοποιήθηκε το 2003 σε 35 ευρωπαϊκές χώρες και περισσότερους από 100.000 μαθητές ηλικίας 16 ετών, από τους οποίους 1.906 ήταν το δείγμα της Ελλάδας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι:

- Η συχνή κατανάλωση αλκοόλ είναι συνηθέστερη στους μαθητές της δυτικής Ευρώπης και συγκεκριμένα στα Βρετανικά Νησιά, την Ολλανδία, το Βέλγιο αλλά και την Αυστρία, την Τσεχία και τη Μάλτα. Αντίθετα, στη Βόρεια Ευρώπη πολύ λιγότεροι συγκριτικά μαθητές πίνουν συχνά.
- Η Ελλάδα βρίσκεται λίγο πιο πάνω από το μέσο όρο των άλλων χωρών.
- Η μέθη φαίνεται να είναι σύννηθες φαινόμενο περισσότερο σε χώρες της δυτικής Ευρώπης, όπως η Δανία, η Ιρλανδία, η Νήσος του Μαν και το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ λιγότεροι συγκριτικά μαθητές αναφέρουν συχνή μέθη στις χώρες της Μεσογείου, όπως η Κύπρος, η Γαλλία, η Ελλάδα, η Πορτογαλία, η Ρουμανία και η Τουρκία. (Τερζίδου, 2006).

Σχετικά με την Ελλάδα, τα στοιχεία της έρευνας έδειξαν, ότι οι Έλληνες έφηβοι εμφανίζουν σχετικά υψηλό ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ, ενώ παράλληλα χαμηλό ποσοστό υπερβολικής ανά περίπτωσης κατανάλωσης καθώς και προβληματικής κατανάλωσης συγκριτικά με τις άλλες χώρες που πήραν μέρος στην έρευνα. (Τερζίδου, 2006)

Συγκεκριμένα, το 35% των εφήβων δηλώνει πως έχει καταναλώσει τουλάχιστον 40 φορές σε όλη τη ζωή κάποιο αλκοολούχο ποτό (43% για τα αγόρια και 28% για τα κορίτσια), ποσοστό που κατατάσσει την Ελλάδα στις 10 χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά (το υψηλότερο ποσοστό εμφανίζουν οι έφηβοι της Δανίας με 50%, ενώ το χαμηλότερο της Τουρκίας με 7%) (Τερζίδου, 2006)

Αντίθετα, σχετικά με την υπερβολική ανά περίπτωση κατανάλωση αλκοόλ (5 ή και περισσότερα αλκοολούχα ποτά τουλάχιστον 3 φορές τις τελευταίες 30 μέρες), οι Έλληνες έφηβοι εμφανίζουν από τα χαμηλότερα ποσοστά με 11% συγκριτικά με τις άλλες χώρες (υψηλότερο ποσοστό εμφανίζουν οι έφηβοι της Ιρλανδίας με 32%, ενώ το χαμηλότερο της Τουρκίας με 5%) (Τερζίδου, 2006)

Όσο αναφορά τη μέθη το 2% των Ελλήνων εφήβων, αναφέρουν πως έχουν μεθύσει τουλάχιστον 10 φορές τον τελευταίο χρόνο, ποσοστό που κατατάσσει την Ελλάδα με τα χαμηλότερα ποσοστά (χαμηλότερο ποσοστό έχει η Κύπρος με 1%, ενώ το υψηλότερο οι έφηβοι της Δανίας με 34%). (Τερζίδου, 2006)

Τέλος, είναι αρκετά σημαντικό, όσο και ανησυχητικό το γεγονός ότι ένας σεβαστός αριθμός ανηλίκων ατόμων του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει εμπλοκή στη χρήση αλκοόλ, ενώ σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, κυρίως σε μαθητές γυμνασίου και λυκείου, τα παιδιά στη χώρα μας δοκιμάζουν πρώτη φορά αλκοόλ κατά μέσο όρο σε ηλικία 12 ετών, ενώ περίπου το 12% του μαθητικού πληθυσμού στο επίπεδο λυκείου δηλώνει συχνή κατανάλωση αλκοόλ (Λιάππας & Τζινιέρη, 2005)

2.3 Ποσοστά χρήσης αλκοόλ και των συνακολούθων του στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας και του παγκόσμιου ιστού

Πολλές έρευνες έχουν γίνει σχετικά με τη χρήση του αλκοόλ, καθώς και τις επιδράσεις που ασκεί σε διάφορα επίπεδα. Αρχικά λοιπόν να αναφέρουμε μια πανελλήνια συγχρονική έρευνα σε 4.300 νοικοκυριά, με προσωπική συνέντευξη, από τους Στεφανή, Μαδιανού και Μαδιανό (1986), η οποία έδειξε ότι το 25% των ενήλικων ηλικίας 18-64 ετών και το 14% ηλικίας 18-24 ετών κάνει συστηματική κατανάλωση αλκοόλ, ενώ έχει και εμπειρίες μέθης σε ποσοστό 10% έως 18%. Επιπρόσθετα, το 12,6% των αντρών και το 2,6% των γυναικών του συνολικού δείγματος αναφέρουν δύο ή περισσότερα προβλήματα με την οικογένεια, τους φίλους, τον εργασιακό τους χώρο, την ψυχική ή σωματική υγεία, εξαιτίας της συστηματικής χρήσης του αλκοόλ. Εκτός αυτού, τα άτομα αυτά, σύμφωνα με την έρευνα, έδειξαν να εμφανίζουν μεγαλύτερο αριθμό ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε μια ειδική κλίμακα ανίχνευσης άγχους, καταθλιπτικών και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. (Μαδιανός, 2006)

Από άλλη επιδημιολογική μελέτη από τους Madianos et al (1984) γύρω από τη νοσηλευτική νοσηρότητα για εξάρτηση από το αλκοόλ σε όλα τα ψυχιατρικά καταστήματα της χώρας μας, δημόσια και ιδιωτικά, προέκυψε ότι το 1978 νοσηλεύτηκε το 18% των αντρών και μόνο το 1,8% των γυναικών από το δείγμα των 100.000 ατόμων. Ενώ το 1981 νοσηλεύτηκε το 17% των αντρών και το 2,1% των γυναικών από το ίδιο δείγμα. Τα ποσοστά αυτά αυξάνονται σημαντικά στους κατοίκους της ευρείας περιοχής Αθηνών. (Μαδιανός, 2006)

Επιπλέον, η μέση ηλικία των νοσηλευθέντων αντρών και γυναικών το 1981 ήταν μικρότερη από εκείνη των νοσηλευθέντων το 1978, αποτέλεσμα που μπορεί να ερμηνευτεί με το ότι περισσότερα νεότερα άτομα εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα από την κατάχρηση και την εξάρτηση από το αλκοόλ στη χώρα μας. Παράλληλα, μεταξύ 1971 και 1981 υπήρξε μια αύξηση σε ποσοστό 34% στα τροχαία ατυχήματα που οφείλονται στο αλκοόλ. Όπως και μεταξύ 1971 και 1981 αυξήθηκαν οι νοσηλευθέντες για ηπατική κίρρωση, σύμφωνα με την Ε.Σ.Υ.Ε., σε ποσοστό 32%, με αντίστοιχη τη μείωση των νοσηλειών για ηπατίτιδα. (Μαδιανός, 2006)

Πιο σύγχρονα δημοσιεύματα στην Ελλάδα αναφέρουν ότι περίπου 250.000 άνθρωποι στη χώρα μας είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ, ότι το 40% των θανάτων από τροχαία οφείλονται στο αλκοόλ, καθώς και ότι κάθε χρόνο περίπου 5.000 άτομα χάνουν τη ζωή τους από αιτίες που σχετίζονται με το αλκοόλ. Ενδεικτικό στοιχείο των παραπάνω αποτελεί η εξειδικευμένη μονάδα απεξάρτησης από εθιστικές ουσίες και

το αλκοόλ – πρόγραμμα “ΑΘΗΝΑ”(Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου), στην οποία προσήλθαν 252 νέα περιστατικά παθολογικής χρήσης αλκοόλ κατά την περίοδο 1998-2002. (Λιάππας et al., 2002) (Λιάππας & Τζινιέρη, 2005)

Στη συνέχεια, θα αναφερθούμε σε άλλη επιδημιολογική μελέτη, η οποία καλύπτει την εικοσαετία 1984-2004. Στο διάστημα αυτό λοιπόν παρατηρούνται αλλαγές ως προς τη γεωγραφία της κατανάλωσης αλκοόλ. Πιο συγκεκριμένα, στη δεκαετία του 1980, το υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ είχαν οι κάτοικοι της Αθήνας και των ημιαστικών και αγροτικών περιοχών και το χαμηλότερο οι κάτοικοι της Θεσσαλονίκης. Ενώ, το 2004 το υψηλότερο ποσοστό εμφανίζουν οι κάτοικοι των ημιαστικών και αγροτικών περιοχών και το χαμηλότερο οι κάτοικοι της Αθήνας. (Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία της έρευνας του 2004 δείχνουν ότι παρά τη διαχρονική μείωση, η κατανάλωση αλκοόλ συνεχίζει να αποτελεί μια πολύ διαδεδομένη συνήθεια. Περίπου 1 στους 4 πίνουν συχνά, ενώ ο αριθμός των αντρών που κάνουν χρήση αλκοόλ είναι διπλάσιος από των γυναικών. Τα στοιχεία δείχνουν επίσης, ότι οι άντρες αυξάνουν σταθερά την κατανάλωση με την ηλικία. (Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

Οι γεωγραφικές περιοχές που συγκεντρώνουν το υψηλότερο ποσοστό αντρών που καταναλώνουν συχνά αλκοόλ είναι οι ημιαστικές και αγροτικές, ενώ για τις γυναίκες το υψηλότερο ποσοστό σημειώνεται στη Θεσσαλονίκη. (Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

Υπερβολική κατανάλωση αναφέρεται 1 στα 10 άτομα, με πενταπλάσιο αριθμό αντρών, συγκριτικά με γυναίκες. Η υπερβολική κατανάλωση παρατηρείται περισσότερο στους νεαρούς ενήλικες 18-24 ετών και τα ποσοστά είναι 21,1% για τους άντρες και 9,2% για τις γυναίκες. Τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης μέσα στον τελευταίο χρόνο αναφέρεται από το 12,2% του πληθυσμού, ενώ όπως και για την υπερβολική κατανάλωση, το υψηλότερο ποσοστό μέθης παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα των 18-24 ετών. (Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

Προβλήματα επίσης, από την κατανάλωση αλκοόλ, όπως εύκολη αλλαγή διάθεσης, μείωση της ικανότητας να σκέφτονται καθαρά, συμπεριφορά για την οποία μετάνιωσαν κτλ. Αναφέρουν ότι αντιμετώπισαν σε κάποια περίοδο της ζωής τους το 24,8% των αντρών και το 15,9% των γυναικών. Και στην ηλικιακή ομάδα των 18-24 ετών, παρόμοια προβλήματα αναφέρονται από περίπου 1 στους 3 άντρες (31%). (Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

Από τα στοιχεία αυτά, που εκφράζουν ένα μέρος των διαστάσεων των προβλημάτων που οφείλονται στο αλκοόλ, φαίνεται ότι η κατάχρηση του αλκοόλ και τα συνακόλουθα προβλήματα αποτελούν ένα από τα πλέον σοβαρά προβλήματα σε πολλές χώρες αναπτυσσόμενες ή αναπτυσσόμενες, όπως είναι και η δική μας χώρα. (Μαδιανός, 2006)

Συγκεκριμένα, θα δούμε από διαχρονικές μελέτες την κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρού αλκοόλ, τα ποσοστά τροχαίων ατυχημάτων, εισαγωγών σε ψυχιατρεία και νοσοκομεία για προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με το αλκοόλ. Μεταξύ λοιπόν 1960 και 1972, η παγκόσμια παραγωγή κρασιού αυξήθηκε κατά 29%, της μπίρας κατά 68% και των υπολοίπων αλκοολούχων ποτών κατά 61%. Σε πολλές επίσης χώρες, που περιλαμβάνεται και η Ελλάδα, η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρού αλκοόλ αυξήθηκε από 100% έως 500%. Στην Αγγλία, Ουαλία και Αυστραλία, μεταξύ 1949 και 1974, αυξήθηκαν κατά 70% οι θάνατοι από ηπατική κίρρωση. Στη Γαλλία το 7% του πληθυσμού έχει υπολογιστεί ότι καθημερινά καταναλώνει ποσότητα αλκοόλ που περιέχει 200ml αιθανόλης, ενώ η θνησιμότητα στην ίδια χώρα από ηπατική κίρρωση

το 1974 ανήλθε στο 32,8% ανά 100.000 άτομα. Στις ΗΠΑ, το ποσοστό της θνησιμότητας από ηπατική κίρρωση ανήλθε στο 15,8%, στην Ιταλία στο 31,9%, ενώ στην Ελλάδα στο 13,6% (Davies και Walsh 1983). Τα ποσοστά του αλκοολισμού στις ΗΠΑ σε παλαιότερες εκτιμήσεις ανέρχονταν στα 4.390 ενήλικα άτομα ανά 100.000 ενήλικους κατοίκους. Στη χώρα μας, μεταξύ 1970 και 1984, η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρού αλκοόλ έχει αύξηση 5,2%. (Madianos et al 1984). Συγκριτικά, η κατά κεφαλή κατανάλωση του αλκοόλ στις ΗΠΑ το 1976 ήταν 8,1%, στη Σουηδία 5,9%, στην Πολωνία 10,8%, στην Ιταλία 12,7% και στη Γαλλία 16,5%. (Μαδιανός, 2006)

Βέβαια, για το ότι το φαινόμενο της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ λαμβάνει ανησυχητικές διαστάσεις, με αποτέλεσμα να αποτελεί μια από τις πλέον σοβαρές απειλές για την παγκόσμια υγεία, προειδοποιεί και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Health World Organization 2001). Σύμφωνα λοιπόν με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2002), σε διεθνές επίπεδο, το ποσοστό των ατόμων που έχουν αναπτύξει διαταραχές σχετιζόμενες με το αλκοόλ εκτιμάται σε 76,3 εκατομμύρια, ενώ το ποσοστό που κάνουν χρήση αλκοόλ αναφέρεται σε 2 δισεκατομμύρια. Στην Αγγλία, σύμφωνα με έρευνα του 1991, η εμφάνιση του προβλήματος στο γενικό πληθυσμό επισημάνθηκε σε ποσοστά 7% για τους άντρες και 5% για τις γυναίκες, αλλά και σε πρόσφατες εκτιμήσεις το ποσοστό στο γενικό πληθυσμό ανέρχεται σε 5,55% περίπου (McKenna et al 1996; WHO 2000). Στις ΗΠΑ αναφέρεται ότι 15,1 εκατομμύρια άτομα παρουσιάζουν το σύνδρομο της αλκοολικής εξάρτησης, εκ των οποίων τα 4,6 εκατομμύρια είναι γυναίκες (NWHIC 2005). Ενδεικτικό της μεγάλης έκτασης του προβλήματος είναι ότι το 53% των αντρών και γυναικών αναφέρουν ότι ένα ή περισσότερα άτομα από το στενό τους περιβάλλον έχει πρόβλημα με το αλκοόλ. (NIAAA 2005, Λιάππας & Τζινιέρη, 2005).

Επιπλέον, σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για την Ευρώπη, 1 στους 4 θανάτους αντρών ηλικίας 15 έως 29 ετών, συνδέεται με τη χρήση/κατάχρηση του αλκοόλ, ενώ μόνο κατά το έτος 1999, 55.000 νεαρά άτομα έχασαν τη ζωή τους από αιτίες σχετιζόμενες με τη χρήση του αλκοόλ (World Health Organization 2001). Η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει τα υψηλά ποσοστά θανάτων που συνδέονται με τη χρήση του αλκοόλ, ενώ ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να δοθεί στα τροχαία ατυχήματα και τη συσχέτισή τους με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Παπαδόσημα 2001, Λιάππας & Τζινιέρη, 2005)

2.4 Συμπεράσματα

Κλείνοντας το κεφάλαιο της επιδημιολογίας του αλκοολισμού, θα ήταν συνετό να αναφέρουμε ότι η χώρα μας σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα για την κατανάλωση αλκοόλ, βρίσκεται προς το παρόν συγκριτικά με άλλες χώρες σε αρκετά καλή θέση σε ό, τι αφορά συμπεριφορές κατανάλωσης που θέτουν το άτομο σε κίνδυνο. Το ζητούμενο είναι να διατηρήσουμε και να προωθήσουμε τους προστατευτικούς παράγοντες ενάντια στην κατάχρηση του αλκοόλ και ιδιαίτερα να ενισχύσουμε τις πολιτικές πρόληψης με ιδιαίτερη έμφαση στην εφηβική ηλικία, η οποία δείχνει να είναι περισσότερη ευάλωτη στη χρήση του αλκοόλ, μιας κ φαίνεται να επηρεάζεται

περισσότερο από τα πρότυπα των δυτικών χωρών (πχ. “πίνω για να ηρεμήσω, να χαλαρώσω, να μου φτιάξει η διάθεση κτλ.), οι οποίες δε έρχονται πρώτες στην κατανάλωση αλκοόλ. (Λύκουρας & Σολδάτος 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ

3.1 Εισαγωγή

Η εξέλιξη της εξάρτησης είναι τόσο μακροχρόνια όσο και πολύπλοκη. Η επιστημονική έρευνα πάνω στο θέμα αυτό κατέληξε στα συμπεράσματα του Zeilinek, ο οποίος μετά τη μελέτη 2000 ιστορικών αλκοολικών, κατόρθωσε να οριοθετήσει τις φάσεις εξέλιξης του αλκοολισμού, ο διαχωρισμός των οποίων είναι και ο αποδεκτός διαχωρισμός του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας. Οι φάσεις εξέλιξης του αλκοολισμού είναι: α) η Προαλκοολική φάση, β) Η πρόδρομη φάση ή αρχική φάση της εξάρτησης, γ) Η κρίσιμη φάση και δ) η Χρόνια φάση.

Οι φάσεις αυτές δεν ανταποκρίνονται πάντα σε όλες τις μορφές με τις οποίες εμφανίζεται ο αλκοολισμός. Αυτό συμβαίνει διότι υπάρχουν άτομα που παρόλο που κάνουν χρήση του αλκοόλ για μακρύ χρονικό διάστημα, δεν χάνει τον έλεγχο ποτέ πάνω σε αυτό. Η συνήθεια της χρήσης του αλκοόλ έχει να κάνει με μια σωματική εξάρτηση από το αλκοόλ, η οποία φαίνεται να προηγείται της ψυχικής, που πολλές φορές δε γίνεται καν εμφανής. Έχουμε δηλαδή καθημερινή χρήση αλκοόλ, λόγω ελαφρών συμπτωμάτων συνδρόμου αποστέρησης, χωρίς κάποια εμφανή στοιχεία ενδοψυχικών προβλημάτων. Αντίθετα, υπάρχει το είδος των ατόμων, όπου η χρήση αλκοόλ έχει από την αρχή το σκοπό λύσης ενδοψυχικών προβλημάτων. Και για αυτό τον λόγο αναπτύχθηκαν διάφορα μοντέλα όπως α) το Ιατρικό μοντέλο, β) το Ψυχοδυναμικό μοντέλο κ.ά. στα οποία οργανώνονται και αναλύονται από ξεχωριστές πλευρές οι λόγοι που κάποιος καταλήγει στην κατάχρηση του οινοπνεύματος (Παπαγεωργίου, 2005).

3.2 Φάσεις εξέλιξης του αλκοολισμού

1) Προαλκοολική φάση

Αυτή η φάση χαρακτηρίζεται από τη συνήθη χρήση του αλκοόλ, όπως στο φαγητό, σε διάφορες γιορτές κλπ. Πολλοί ακόμα, που συνειδητά πίνουν, για να νιώσουν λίγο καλύτερα, ανήκουν στη φάση αυτή. Σε μια χρονική περίοδο μεταξύ 5 μηνών και 2 ετών γίνεται σε περίπου 5% των ατόμων αυτών, η χρήση αλκοόλ καθημερινή συνήθεια, καθημερινό χαλάρωμα από το στρες της ημέρας.

Η ποσότητα του αλκοόλ αυξάνεται βαθμιαία και αυτό που αναζητά το άτομο είναι δράση του αλκοόλ στον ψυχικό του κόσμο. Οι γιορτές ή τα καλέσματα φίλων, όπου το αλκοόλ είναι επιτρεπτό αυξάνουν συνειδητά ή ασυνείδητα.

2) Η πρόδρομη φάση ή αρχική φάση της εξάρτησης

Σε αυτή τη φάση όλο και συχνότερα παρατηρούνται διαταραχές του θυμητικού. Αν και η ποσότητα αλκοόλ δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλη το άτομο δεν είναι σε θέση να θυμηθεί τι έκανε την προηγούμενη μέρα. Με το χρόνο συνειδητοποιεί ότι η συμπεριφορά του δεν είναι ίδια με των άλλων. Έτσι αρχίζει η κρυφή χρήση του αλκοόλ, όπου πίνει μόνος του πριν πάει κάπου, πχ. να διασκεδάσει. Η συμπεριφορά του τον κάνει σκέφτεται διαρκώς το αλκοόλ και να αναζητά τη δράση του στον ψυχικό του κόσμο. Η επίγνωση της κατάστασης τον κάνει πια να μην αισθάνεται σίγουρος για τον εαυτό του και μη έχοντας τη δυνατότητα να ξεφύγει, αρχίζει να πίνει και για

αυτόν ακόμη το λόγο. Ο φαύλος κύκλος έχει αρχίσει. Η ποσότητα του αλκοόλ αυξάνεται, ενώ οι κουβέντες και τα αστεία της παρέας για αλκοολικούς δεν του είναι καθόλου ευχάριστα και έτσι σιγά σιγά απομονώνεται μέσα στην ίδια του την παρέα.

3) Κρίσιμη φάση

Χαρακτηριστικό αυτής της φάσης είναι η απώλεια ελέγχου. Το άτομο βέβαια, προσπαθεί να κρατηθεί μακριά από το αλκοόλ. Πίνει ορισμένες ώρες μέσα στη μέρα, κατορθώνει να μην πει για μια - δυο μέρες και βρίσκει τις καλύτερες δικαιολογίες για να δικαιολογήσει, όχι μόνο στους άλλους, αλλά και στον ίδιο του τον εαυτό την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει. Αρχίζει λοιπόν και κερνάει φίλους, γνωστούς, για να έχει έτσι την ευκαιρία να πίνει ανενόχλητος, ενώ όσοι δε συμμετέχουν σε αυτή τη διασκέδαση αποκλείονται σιγά σιγά.

Παρόλο την όλη προσπάθεια του ατόμου να εντάξει το αλκοόλ σε ένα τρόπο ζωής, η απώλεια ελέγχου είναι αναπόφευκτη με το χρόνο, καθώς το αλκοόλ γίνεται στοιχείο ζωής για τον αλκοολικό, το οποίο παίρνει τη θέση του φαγητού, αντικαθιστά τη σύντροφο, γίνεται χρήση του ακόμα και στην ώρα της δουλειάς.

Από εδώ και πέρα, αρχίζουν να εμφανίζονται οργανικές διαταραχές από την κακή διατροφή και τη δηλητηρίαση του αλκοόλ, δυσκολίες στη δουλειά, τσακωμοί στο σπίτι. Αρχίζουν και οι επισκέψεις στους γιατρούς, οι συχνές απουσίες από τη δουλειά, οι πρώτες προειδοποιήσεις από τον προϊστάμενο. Ενώ, τα συμπτώματα στέρησης, που εμφανίζονται στις τελευταίες προσπάθειες του αλκοολικού να ξεφύγει από την εξάρτησή του, δεν του επιτρέπουν πια την ελευθέρια του και τώρα πια πρέπει να πει, για να ηρεμήσει. Επιπλέον, αρχίζει και η πρωινή χρήση του αλκοόλ.

Εάν στη φάση αυτή δεν ξεκινήσει μια προσπάθεια θεραπείας λόγω πίεσης από την οικογένεια, γιατρό, φίλους, προϊστάμενο κλπ., αναπτύσσεται από την κρίσιμη φάση, μέσα σε λίγα χρόνια, η χρόνια αλκοολική φάση.

4) Χρόνια φάση

Στη χρόνια φάση, η διάρκεια της «σχετικής μέθης» μπορεί να διαρκεί μέρες. Εμφανίζονται όλο και συχνότερα σωματικές και ψυχικές διαταραχές, διαταραχές της σκέψης και γενικότερα εγκαθίσταται ένα νέο είδος συμπεριφοράς, που επηρεάζει ολόκληρη την προσωπικότητα.

Ο αλκοολικός χρειάζεται μικρότερες ποσότητες, για να νιώσει την ψυχική δράση του αλκοόλ, μιας και το ήπαρ δεν είναι πια σε θέση να αντισταθμίσει την κατάχρηση αλκοόλ, ύστερα από τόσα χρόνια. Αντίθετα, ο αλκοολικός δεν καταλαβαίνει ακόμα το μέγεθος του προβλήματος και ισχυρίζεται ότι ελέγχει την κατάσταση, μιας και έχει μειώσει την ποσότητα. Στην πραγματικότητα όμως, το άτομο αυτό βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο του αλκοολισμού και αν δεν κατορθώσει να απομακρυνθεί τελείως από το αλκοόλ, είναι σίγουρο, ότι θα τερματίσει τη ζωή του με τα επακόλουθα αυτής του αλκοολισμού (πχ. κίρρωση του ήπατος, καρδιοπάθεια, εσωτερικές αιμορραγίες κτλ.).

3.3 Μοντέλα αλκοολισμού

Πολλοί ειδικοί και ερευνητές έχουν προσπαθήσει να κατανοήσουν το φαινόμενο του αλκοολισμού και έχουν καταλήξει σε διάφορες θεωρίες που εκφράζονται μέσα από τα μοντέλα του αλκοολισμού. Ο όρος «μοντέλο αλκοολισμού» χρησιμοποιείται για να δώσει έμφαση σε δύο σημαντικά σημεία. Πρώτον οι αντιλήψεις και οι στάσεις απέναντι στον αλκοολισμό, τα αίτια του αλκοολισμού και η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν έχει μείνει στατικός. Τόσο η συσσωρευμένη επιστημονική γνώση όσο και η

επιστημονική και κοινωνική εξέλιξη επηρεάζουν την διαμόρφωση θεωριών για τον αλκοολισμό. Οπότε και διαμορφώνονται καινούργιες απόψεις και θεωρίες που αμφισβητούν τις παλαιότερες. Δεύτερον, επειδή τα διάφορα μοντέλα αλκοολισμού προσεγγίζουν το φαινόμενο από διαφορετική οπτική γωνιά και βρίσκονται υπο συνεχή εξέλιξη, γίνεται σαφές ότι δεν υπάρχει ένας μόνο ορισμός για τον αλκοολισμό. Παρακάτω θα αναλυθούν τα κυριότερα μοντέλα του αλκοολισμού (Ποταμιάνος, 2005).

3.3.1 Το Ψυχοδυναμικό Μοντέλο

Είναι από τις πρώτες προσπάθειες για την κατανόηση του αλκοολισμού. πραγματοποιήθηκαν για την κατανόηση του φαινομένου του αλκοολισμού. Βασίζεται κυρίως στην φροϋδική ψυχαναλυτική θεωρία, όπως επίσης και σ' εκείνες των Adler και Jung. Το 1915 δημοσιεύτηκαν τα πρώτα κείμενα περί αλκοολισμού. Το 1916 ο ψυχαναλυτής Ferenczi χαρακτήρισε τον αλκοολισμό ως ένα έκδηλο σύμπτωμα της συμπεριφοράς του ατόμου με λανθάνουσα ομοφυλοφιλία. Εκείνη την εποχή, η ομοφυλοφιλία θεωρούνταν σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας. Ερμηνευόταν ως «συναισθηματική ανωριμότητα» επειδή οι ομοφυλόφιλοι δεν μπορούσαν να κάνουν σχέσεις με το αντίθετο φύλο, κάτι που αποτελεί δείγμα ωριμότητας. Αυτή η ανωριμότητα οδηγούσε τους ομοφυλόφιλους και σε άλλες «ανώριμες» συμπεριφορές, όπως ο αλκοολισμός (Ποταμιάνος, 2005).

Τριάντα χρόνια μετά, ο ψυχαναλυτής Fenichel παρατήρησε ότι η «εναλλασσόμενη και κυκλική» συμπεριφορά του ατόμου που κάνει κατάχρηση κατά περιόδους, έχει το ίδιο ψυχικό περιεχόμενο με αυτό της μανιοκατάθλιψης. Όπως στον περιοδικό αλκοολισμό παρατηρούνται εναλλαγές μεταξύ «φυσιολογικής» και «αλκοολικής» συμπεριφοράς, έτσι και στην μανιοκατάθλιψη παρατηρούνται εναλλαγές μεταξύ μανίας και κατάθλιψης. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση εστίαζε όχι μόνο στην συμπεριφορά αλλά και στην προσωπικότητα του αλκοολικού. Οι Kessel και Walton (1979) αναφέρουν στο βιβλίο τους «αλκοολισμός» δύο κύριες διαστάσεις που χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα του αλκοολικού (Ποταμιάνος, 2005):

Καθήλωση και εξάρτηση: Η συμπεριφορά μερικών ατόμων δεν θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ενήλικη. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα καθήλωσης σε ένα από τα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και συγκεκριμένα στο στοματικό στάδιο. Γενικά αυτά τα άτομα δυσκολεύονται στο να αναπτύξουν σοβαρές σχέσεις και έχουν μια προσκόλληση στους γονείς και κυρίως μια εξάρτηση από την μητέρα. Το άτομο κάτω από τις πιέσεις που υφίσταται λόγω των ρόλων που καλείται να αναλάβει, στρέφεται στο αλκοόλ ως μέσο ανακούφισης (Ποταμιάνος, 2005).

Άμεση ικανοποίηση αναγκών: Αυτή η διάσταση σχετίζεται με την υπερπροστασία που δείχνουν οι γονείς στα παιδιά τους. Αυτή η τάση για υπερπροστασία χρειάζεται να οριοθετηθεί ώστε τα παιδιά να έχουν την δυνατότητα να διαχειρίζονται με τον δικό τους τρόπο τα προσωπικά τους προβλήματα. Σε αντίθετη περίπτωση τα παιδιά οδηγούνται σε εξάρτηση από τους γονείς, σε άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους και σε έλλειψη αυτοπεποίθησης και πρωτοβουλίας. Ως συνέπεια αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως ενήλικοι στην ματαίωση των προσδοκιών, στην κριτική και όταν κληθούν να λάβουν πρωτοβουλίες. Έτσι στρέφονται στο αλκοόλ που είναι μια εύκολη, φθηνή και νόμιμη λύση για την αντιμετώπιση της δυσφορίας (Ποταμιάνος, 2005).

3.3.2 Το Ιατρικό Μοντέλο

Το ιατρικό μοντέλο είναι το παλαιότερο από όλες τις προσεγγίσεις. Επιστημονικά άρθρα βρίσκονται ήδη από το 1850. Οι υποστηρικτές αυτού του μοντέλου προσεγγίζουν τον αλκοολισμό σαν αρρώστια και όχι σαν κοινωνικό φαινόμενο. Το βιβλίο του Jellinek με τίτλο “The Disease Concept of Alcoholism” που δημοσιεύτηκε το 1960 επηρέασε την κοινή γνώμη και την στάση της απέναντι στον αλκοολισμό. Ο αλκοολικός άρχισε να θεωρείται άρρωστος και ότι χρειάζεται ιατρική βοήθεια αντί της απόρριψης (Ποταμιάνος, 2005).

Επιπλέον ο Jellinek κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν πέντε βασικές κατηγορίες αλκοολικών με διαφορετικά χαρακτηριστικά η καθεμία:

ΤΥΠΟΣ Α: Αλκοολικοί αυτού του τύπου υποφέρουν κυρίως από διάφορες ψυχονευρωτικές διαταραχές, όπως πχ. ελαφρές αγχώδεις καταστάσεις, φοβίες, ενδοψυχικές αναστολές και συναισθήματα ότι δε μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις ορισμένων καταστάσεων. Έτσι με τη χρήση του αλκοόλ επιτυγχάνεται μια σχετική απελευθέρωση από τέτοιου είδους δυσάρεστες καταστάσεις. Το αλκοόλ δηλαδή, χρησιμοποιείται σαν ένα είδος καταπραυντικού, που καλείται να μειώσει την ένταση ασυνείδητων παθολογικών καταστάσεων.

Με αυτή την έννοια, κάθε ένας που έχει δοκιμάσει το αλκοόλ στη ζωή του, γνωρίζει τη δράση του στο ψυχικό του κόσμο και χρησιμοποιεί τη δράση αυτή για επίτευξη ηρεμίας και γενικότερα αλλαγής της ψυχικής του κατάστασης, ανήκει στην κατηγορία αυτή του αλκοολικού. Η συχνή όμως και σταθερή αναζήτηση της δράσης αυτής του αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει με τον καιρό σε ένα είδος ψυχικής εξάρτησης από αυτό. Ωστόσο, αυτή η εξάρτηση μπορεί να υπάρχει για δεκαετίες χωρίς να έχει οπωσδήποτε σαν αποτέλεσμα την απώλεια ελέγχου και τη δημιουργία μιας ανεξέλεγκτης πια εξάρτησης από το αλκοόλ. Υπάρχει όμως και η πιθανότητα ανάλογα τη συχνότητα και την ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνεται, να προκληθούν οργανικές διαταραχές, σχετική απώλεια της ικανότητας για εργασία, δημιουργία ελαφρών ψυχικών διαταραχών.

Ο αλκοολικός τύπου α παραμένει κατά κανόνα ένα μικρό πρόβλημα για τον εαυτό του και το κοινωνικό του περιβάλλον (Παπαγεωργίου, 2005, Ποταμιάνος, 2005, Πιπερόπουλος, 2002).

ΤΥΠΟΣ Β: Στο τύπο β ανήκουν τα άτομα, που κάνουν ευκαιριακή χρήση του αλκοόλ, ανάλογα με τις διάφορες κοινωνικές καταστάσεις που συνοδεύονται από τη χρήση αλκοόλ. Η χρήση του αλκοόλ γίνεται κυρίως για προσπάθεια ένταξης σε ένα ορισμένο κοινωνικό περιβάλλον, όπου θέλουν να ανήκουν. Μιμούνται δηλαδή, αυτό που κάνουν και οι άλλοι. Αποτέλεσμα αυτής της ευκαιριακής χρήσης, μπορεί αν είναι οργανικές διαταραχές ή διάφορα ελαφρά κοινωνικά προβλήματα, που προκαλούνται από τη λανθασμένη «μιμητική» τους συμπεριφορά. Δεν παρουσιάζουν όμως, ούτε ψυχική ούτε σωματική εξάρτηση και μπορούν να διακόψουν, χωρίς δυσκολία από το αλκοόλ, αν αλλάξουν κοινωνικό περιβάλλον (Παπαγεωργίου, 2005, Ποταμιάνος, 2005, Πιπερόπουλος, 2002).

ΤΥΠΟΣ Γ: Η εξέλιξη του τύπου αυτού μοιάζει, στα αρχικά τουλάχιστον στάδια, με αυτή του τύπου α. Μέσα όμως από την όλο και συχνότερη χρήση του αλκοόλ, με σκοπό τη δυνατότητα για αντιμετώπιση διάφορων προβληματικών καταστάσεων, επέρχεται μια βαθμιαία εξασθένηση της «αμυντικής ικανότητας» της προσωπικότητας. Αποτέλεσμα αυτού είναι η όλο και συχνότερη αντιμετώπιση μικρών ακόμα προβλημάτων με τον τρόπο αυτό. Με τον καιρό αντικαθιστά το αλκοόλ τους αμυντικούς μηχανισμούς του ατόμου, στο οποίο δεν παραμένει πια άλλος τρόπος αντίδρασης σε τυχόν δυσκολίες, που του παρουσιάζονται.

Η ψυχική και φυσική εξάρτηση είναι το κύριο χαρακτηριστικό του τύπου αυτού. Η απώλεια του ελέγχου είναι απόλυτη και οι αλκοολικοί αυτού του τύπου πίνουν συνήθως μέχρι απώλειας της συνείδησης.

Αλκοολικοί τύπου γ είναι όμως και αυτοί που στην περίπτωση που ξεκινήσουν με ένα ποτήρι, δεν είναι σε θέση να σταματήσουν πριν φτάσουν σε ένα γι' αυτούς ορισμένο βαθμό δράσης του αλκοόλ στον ψυχικό του κόσμο. Πολλοί από αυτούς είναι σε θέση να παραμείνουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα, χωρίς να πιούν. Στις περιόδους αυτές είναι έχουν να επιλέξουν, αν πιούν ξανά ή όχι. Στην περίπτωση όμως, που δοκιμάσουν και πάλι πρέπει να πιούν, όπως είπαμε τόσο όσο να νιώσουν τη δράση του αλκοόλ στον ψυχικό τους κόσμο. Χαρακτηριστικό είναι ότι τα διαστήματα που μένουν χωρίς να πιούν όλο και μικραίνουν μέχρι να φτάσουν την καθημερινή χρήση.

Η εξέλιξη αυτή του αλκοολικού τύπου γ είναι χαρακτηριστική της αλκοολικής εξάρτησης. Μια θεραπεία, με την έννοια της επανάκτησης της ικανότητας ελεγχόμενης χρήσης του αλκοόλ δεν είναι πια δυνατή. Ακόμα και μετά από ένα διάστημα που το άτομο δεν έχει πει, αποτέλεσμα ίσως κάποιας θεραπείας, η απλή δοκιμή αλκοόλ θα οδηγήσει σε σύντομο χρονικό διάστημα στην εκ νέου απώλεια του ελέγχου (Παπαγεωργίου, 2005, Ποταμιάνος, 2005, Πιπερόπουλος, 2002).

ΤΥΠΟΣ Δ: Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από τη μακροχρόνια καθημερινή χρήση μιας ποσότητας αλκοόλ, μοιρασμένης σε όλη τη διάρκεια της μέρας. Πρωτεύοντα ρόλο στην εξέλιξη του τύπου αυτού έχουν οι περιβαλλοντικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Είναι ο τύπος του αλκοολικού που χαρακτηρίζει πχ. καλλιεργητές ή παραγωγούς αλκοολούχων ποτών ή γενικότερα ατόμων που απασχολούνται σε εργασίες συνδεδεμένες με τη χρήση αλκοολούχων ποτών.

Η απώλεια ελέγχου παρουσιάζει στα άτομα αυτά μια ιδιομορφία. Δεν είναι απώλεια του ελέγχου πάνω στην ποσότητα, αλλά έχει την έννοια ότι δε μπορούν να διακόψουν την καθημερινή χρήση, της ορισμένης αυτής ποσότητας που πίνουν. Αλκοολικοί του τύπου δ μεθάνε σπάνια. Αντίθετα, παρουσιάζουν στερητικά συμπτώματα στην περίπτωση που δεν τους είναι δυνατή η χρήση αλκοόλ. Έτσι, είναι αναγκασμένοι να πίνουν καθημερινά για να αποφύγουν το στερητικό σύνδρομο. Χαρακτηριστική είναι και η πρωινή χρήση αλκοόλ μετά το μεσοδιάστημα της νύχτας.

Επιπλέον, είναι σε θέση για δεκαετίες να εκπληρώνουν τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις έτσι ώστε να μη γίνονται αντιληπτοί από το περιβάλλον τους. Η χρόνια όμως αυτή δηλητηρίαση με το αλκοόλ έχει καταστροφικά αποτελέσματα τόσο σε οργανικό, όσο και ψυχικό επίπεδο, που οδηγούν σε μια γενικότερη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Συχνά παρουσιάζονται και χαρακτηριστικές νευρο-ψυχικές παθήσεις, όπως οργανικά ψυχοσύνδρομα, επιληψία ή διάφορου είδους ψυχώσεις. Η αποτοξίνωση των ατόμων αυτών πρέπει να γίνεται λόγω του κινδύνου εμφάνισης του γνωστού delirium tremens από ειδικευμένο προσωπικό σε κατάλληλα γι' αυτή νοσοκομειακά κέντρα (Παπαγεωργίου, 2005, Ποταμιάνος, 2005, Πιπερόπουλος, 2002).

ΤΥΠΟΣ Ε: Αλκοολικοί του τύπου ε είναι άτομα, τα οποία λόγω κάποιων εσωτερικών κρίσεων βρίσκουν φυγή στο αλκοόλ. Η φυγή αυτή όμως είναι τέτοιας μορφής ώστε τα άτομα αυτά πίνουν ανεξέλεγκτα, για ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα, μέχρι σημείου δηλητηρίασης από το αλκοόλ. Στην περίπτωση μάλιστα που δεν τους βρίσκονται αλκοολούχα ποτά, είναι σε θέση να δοκιμάσουν κάθε σκεύασμα που περιέχει οινόπνευμα, όπως κολόνιες κλπ.

Στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων αυτών είναι πάλι ικανοί να πίνουν κανονικά ή και καθόλου. Μια τέτοια εξέλιξη μπορεί φυσικά να οδηγήσει σε εξάρτηση από το αλκοόλ.

Το εάν ο τύπος ε είναι μια αλκοολική εξάρτηση ή είναι απλά το σύμπτωμα μιας βαθύτερης ψυχικής διαταραχής, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με βεβαιότητα (Πιπερόπουλος, 2002, Παπαγεωργίου, 2005, Ποταμιάνος, 2005).

Θεωρείται ότι ως αλκοολικοί ασθενείς αναγνωρίζονται κυρίως οι τύποι γ και δ. Ο αλκοολισμός τύπου α είναι ίσως η πηγή τροφοδοσίας του τύπου γ και αλκοολισμός τύπου β του τύπου δ.

3.3.3 Το Συμπεριφορικό Μοντέλο

Η προσέγγιση αυτή έχει τις ρίζες της στην θεωρία της μάθησης και συνδέεται με τα πειράματα του ρώσου φυσιολόγου Pavlov και την ανάπτυξη της θεωρίας της «κλασσικής εξάρτησης», του αμερικάνου ψυχολόγου Watson, υποστηρικτή της θεωρίας της «θεραπείας της συμπεριφοράς» καθώς επίσης και την προσέγγιση της θεωρίας της «συντελεστικής μάθησης». Οι θεωρίες συμπεριφοράς υποστηρίζουν ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μιας σειράς από φυσιολογικές αντιδράσεις του ατόμου σε εξαρτημένα και ανεξάρτητα ερεθίσματα. Σύμφωνα με το συμπεριφορικό μοντέλο, το άτομο μαθαίνει να πίνει υπερβολικά γιατί είτε έχει συνδέσει το αλκοόλ με κάτι ευχάριστο είτε το έχει συνδέσει με την αποφυγή δυσάρεστων συναισθημάτων. Θεραπευτικές τεχνικές του συμπεριφορισμού, όπως η συστηματική απευαισθητοποίηση, έχουν χρησιμοποιηθεί για την θεραπεία του αλκοολισμού. Το συμπεριφορικό μοντέλο όμως έχει δεχτεί κριτική γιατί θεωρείται ότι θεραπεύει το σύμπτωμα και ότι την αιτία του φαινομένου (Ποταμιάνος, 2005).

3.3.4 Το Κοινωνιολογικό Μοντέλο

Η επιστήμη της Κοινωνιολογίας συμβάλει εμπειρικά στη μελέτη και θεραπεία του αλκοολισμού μέσω του εντοπισμού των ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Οι σύγχρονες θεωρίες αντιμετωπίζουν τον αλκοολισμό ως ένα σύνθετο ως ένα σύνθετο φαινόμενο με ποικίλες αιτίες και επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στην οικογένεια, την κοινωνία, την εργασία, αλλά και την οικονομία. Για την περεταίρω κατανόηση του αλκοολισμού χρειάζεται να λάβουμε υπόψη πολλούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους όπως βιολογικοί, γενετικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί και πολιτισμικοί παράγοντες (Ποταμιάνος, 2005).

3.3.5 Το Μοντέλο της Θεωρίας της Επικοινωνίας

Σύμφωνα με τη θεωρία της επικοινωνίας, η ανάπτυξη εξάρτησης από το αλκοόλ, οφείλεται κυρίως στην αλληλεπίδραση και τον τρόπο επικοινωνίας του αλκοόλ με το συγκεκριμένο άτομο.

Μια ιδιαίτερα εμπειριστατωμένη πρακτική απόδοση της θεώρησης αυτής έκανε ο Wuthrich στην προσπάθεια του να περιγράψει την «κοινωνική γένεση» του αλκοολισμού. Ο Wuthrich θεωρεί ότι η εμφάνιση αλκοολισμού σε ένα άτομο οφείλεται βασικά στη διαταραχή της επικοινωνίας του ατόμου αυτού με το περιβάλλον του. Η διαταραχή αυτή επηρεάζεται από τις γενικότερες κοινωνικές αρχές, που συνδέονται με τη χρήση του αλκοόλ στα δεδομένα κοινωνικά πλαίσια. Οι αρχές αυτές όχι μόνο

αντιπροσωπεύονται μέσα στη συμπεριφορά του αλκοολικού, ως μέλος της κοινωνίας όπου ζει, αλλά ταυτόχρονα αναπαράγονται από αυτόν. Σύμφωνα λοιπόν, με τη θεώρηση αυτή, ο αλκοολισμός είναι το αποτέλεσμα μιας ταυτόχρονης αλληλεπίδρασης του ατόμου και της κοινωνίας, όπου ζει, που σκοπό έχει τη χρησιμοποίηση του αλκοόλ σαν μέσο παθητικής λύσης δύσκολων περιστάσεων ή προβλημάτων (Παπαγεωργίου 2005).

Σύμφωνα με μια έρευνα, από την ανάλυση περιπτώσεων αλκοολικών και τη διερεύνηση της συμπεριφοράς τους μέσα στην οικογένεια και ιδιαίτερα της επικοινωνίας τους με το σύντροφο τους, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα αυτά, ακόμα και όταν δε βρίσκονται υπό την επήρεια του αλκοόλ, παρουσιάζουν ιδιαίτερες διαταραχές και προβλήματα στην επικοινωνία τους με το περιβάλλον αυτό. Αυτό το φαινόμενο κατά τη γνώμη του Wuthrich είναι, το αποτέλεσμα της λανθασμένης διαδικασίας κοινωνικοποίησης του ατόμου, στη διάρκεια της οποίας δεν κατόρθωσε να αναπτύξει τις απαραίτητες δυνατότητες και τρόπους συμπεριφοράς, που προϋποθέτει η ικανότητα ανάπτυξης σταθερών διαπροσωπικών σχέσεων. Αυτό σημαίνει, ότι οι αλκοολικοί δεν είναι σε θέση ακόμα και σε φυσιολογική κατάσταση, να επικοινωνήσουν σωστά και ανάλογα με την πραγματικότητα, με το περιβάλλον τους. Η κατάσταση της μέθης – της φυγής δηλαδή από την πραγματικότητα, δεν είναι τίποτε άλλο παρά μια προσπάθεια διόρθωσης της χρόνια διαταραγμένης αυτής επικοινωνίας (Παπαγεωργίου 2005).

Η ελλιπής ανάπτυξη των δυνατοτήτων για κοινωνική ένταξη του ατόμου επόμενο είναι να εμποδίζει το άτομο αυτό στην επεξεργασία περασμένων ή παρόντων προβλημάτων και την ένταξη αυτών στην κοινωνική του εξέλιξη.

Οι αλκοολικοί δεν είναι σε θέση να αποδεχτούν την κοινωνική αλληλεπίδραση και προσπαθούν με τη βοήθεια του αλκοόλ να διακόψουν την ταινία της αβάσταχτης ζωής τους, έστω και προσωρινά, ζώντας χωρίς απόσταση για λίγο από τις ανάγκες της στιγμής. Λόγω της λανθασμένης επικοινωνίας τους θα δημιουργήσουν και πάλι αβάσταχτες καταστάσεις, που θα διορθώσουν πάντα με το ίδιο εύκολο τρόπο. Με τον τρόπο αυτό διαιωνίζεται φυσικά ο φαύλος κύκλος της εξάρτησης (Παπαγεωργίου 2005).

3.4 Συμπεράσματα

Υπάρχουν άτομα που μπορεί να κάνουν χρόνια χρήση αλκοόλ και να το ελέγχουν χωρίς να παρουσιάζουν ψυχολογικά συμπτώματα ή συμπτώματα εξάρτησης. Αντίθετα υπάρχουν άτομα που από πολύ νωρίς εμφανίζουν συμπτώματα εξάρτησης και προβληματική συμπτωματολογία. Αυτό ίσως να οφείλεται γιατί το αλκοόλ από την αρχή χρησιμοποιήθηκε για την επίλυση των εδοψυχικών τους προβλημάτων. Για αυτό έχουν καθοριστεί τέσσερεις φάσεις, η προαλκοολική φάση, η πρόδρομη φάση ή αρχική φάση της εξάρτησης, η κρίσιμη φάση και η χρόνια φάση, έτσι ώστε να συγκεκριμενοποιηθεί και να ερμηνευθεί σε ένα δομημένο πλαίσιο η συμπεριφορά ενός ατόμου και η σχέση του με το αλκοόλ μέχρι να φτάσει να είναι εξαρτημένος από αυτό. Εκτός αυτού αναπτύχθηκαν και παρουσιάστηκαν κάποια θεωρητικά μοντέλα στα οποία γίνεται μια πιο ενδελεχή ερμηνεία των καταστάσεων και της φύσεώς τους που προϋπήρχαν ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της ζωής του ατόμου. Έτσι μέσω αυτών των μοντέλων γίνεται μια πιο αναλυτική περιγραφή των λόγων που οδήγησαν ή ενίσχυσαν ένα άτομο προς στην εξάρτηση. οι λόγοι ποικίλουν και

οφείλονται σε διαφορετικά αίτια ο καθένας. Μπορεί να οφείλεται σε λόγους που έχουν να κάνουν με την ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου ή να μεσολαβούν αιτίες σχετικές με την κοινωνικοποίηση και την ικανότητα του ατόμου για αλληλεπίδραση με τα άτομα και το περιβάλλον στο οποίο ζει. Μπορούν επίσης να συντρέχουν λόγοι ψυχοπαθολογίας, η εξάρτηση να είναι αποτέλεσμα μάθησης ή να ανάγεται σε επίπεδο της κοινωνικής δομής όπου έζησε το άτομο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

4.1 Εισαγωγή

Είναι γνωστό πλέον, ότι οι αλκοολικοί δεν είναι μόνο οι ακραίες αυτές περιπτώσεις των άστεγων και άμοιρων ατόμων που τώρα πια σπάνια συναντά κανείς στους δρόμους να περιφέρονται μεθυσμένοι. Οι αλκοολικοί είναι δυνατό να προέρχονται από όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, από κάθε επαγγελματική κατεύθυνση και μορφωτικό επίπεδο. (Ποταμιάνος, 1991)

Έχουμε δει επίσης, αρκετά άτομα ιδιαίτερα στην περίοδο της εφηβείας και στη δεκαετία των 20 ετών να παρουσιάζουν προσωρινά προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ. (Ποταμιάνος, 1991)

Οι παράγοντες που επηρεάζουν ένα άτομο, ώστε να αρχίσει τη χρήση του αλκοόλ είναι πολλοί. Συνήθως είναι ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί, ενώ οι βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες έχουν αμφιλεγόμενο ρόλο στη γένεση του αλκοολισμού. (Ποταμιάνος, 1991)

4.2 Ψυχολογικοί παράγοντες

Το αλκοόλ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να παραμεριστεί μια βασανιστική ανησυχία, δυσαρέσκεια, φόβος, ένταση, αναστολές, πλήξη, μοναξιά, αβεβαιότητα και κατωτερότητα, καθώς και αϋπνία, ενώ άλλοι προσβλέπουν στο αλκοόλ σαν μια ουσία δραστηριοποίησης και επιδιώκουν με αυτή να αποκτήσουν μια ευχάριστη διάθεση με αυξημένο το αίσθημα ανωτερότητας και αυτοπεποίθησης, να συνειδητοποιήσουν τη δύναμή τους και να ζήσουν έντονα με περισσότερη εξωστρέφεια.. Το αλκοόλ χρησιμεύει δηλαδή, για να παραμεριστεί η κακή διάθεση ή για να ενταθεί η απόλαυση σε ηδονή. (Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον 1981, Λιάππας & Τζινιέρη – Κοκκώση 2005)

Από τα παραπάνω προκύπτουν ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, το οποίο είναι επιρρεπές στο αλκοόλ ή αλλιώς της «αλκοολικής συμπεριφοράς», όρος που έχει, ωστόσο αμφισβητηθεί, καθώς σύμφωνα με έρευνες δεν υπάρχει κανένας συγκεκριμένος παράγοντας κοινός για όλους τους αλκοολικούς. (Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον 1981)

Τα χαρακτηριστικά έχουν ως εξής και αφορούν άτομα με:

- Έλλειψη προσαρμογής στην πραγματικότητα
- Έλλειψη ικανότητας αντοχής σε ψυχικές εντάσεις
- Έλλειψη επιμονής και υπομονής
- Επιπολαιότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις και δυσκολίες στην απόκτηση μόνιμων κοινωνικών σχέσεων
- Έλλειψη ικανότητας έκφρασης συναισθημάτων
- Είναι τις περισσότερες φορές απέναντι στον εαυτό τους και τους άλλους αρνητικά συναισθήματα. Τα θετικά τους συναισθήματα δε μπορούν να τα συνειδητοποιήσουν
- Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας
- Αρκετά καταθλιπτικά συμπτώματα στην προσωπικότητά τους
- Παθητικό και εξαρτητικό τρόπο ζωής
- Πολύ άγχος
- Χαμηλή αυτό-εκτίμηση

- Χαμηλό αίσθημα υπευθυνότητας
- Χαμηλό αίσθημα αυτοελέγχου (Ποταμιάνος, 1991)

4.3 Κοινωνικοί παράγοντες

Είναι γεγονός ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή κοινωνική συναλλαγή. Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών, από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις, περιλαμβάνει την κατανάλωση της αλκοόλης. Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογία του αλκοολισμού. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων, όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων, το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό. (Τσαρούχας, 2000)

Οι κοινωνικοί παράγοντες που συντελούν στη γένεση του αλκοολισμού είναι:

1. Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ

Η διάσταση αυτή θα μπορούσε να συνοψιστεί με τη δήλωση «όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια δεδομένη κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί». Αυτό δε σημαίνει, βέβαια, ότι η χρήση της αλκοόλης θα πρέπει να οδηγηθεί στην παρανομία. (Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον, 1981, Τσαρούχας, 2000)

2. Τιμή, «νομιμότητα», κοινωνική αποδοχή

Σε σύγκριση με τις παράνομες ουσίες εξάρτησης το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δε διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Και οι τρεις αυτές κοινωνικές διαστάσεις διατηρούν και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνουν την κατανάλωση ή ακόμα και την κατάχρηση αυτής της ουσίας. (Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον, 1981, Τσαρούχας, 2000)

Αν και εδώ παρουσιάζεται μια αντίφαση διότι οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών προβάλλονται από τα μέσα ενημέρωσης σαν εγκληματίες και επομένως στιγματίζονται και περιθωριοποιούνται. Αντιθέτως οι χρήστες οινοπνευματωδών δεν θυματοποιούνται, δεν τους αποδίδεται ο τίτλος του στιγματισμένου και του αποδιοπομπαίου τράγου ούτε προβάλλονται ως θέαμα από τα διάφορα μέσα ενημέρωσης. Οπότε και εύκολα τους αποδίδεται ο τίτλος του κοινωνικά αποδεκτού και ευυπόληπτου πολίτη (Περαντζάκη-Καρατζόγλου, 2001).

3. Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

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

- Είτε με τη δημιουργία «προτύπων», τα οποία «υιοθετούνται» από τους νέους - μιμητική συμπεριφορά. (Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον, 1981, Τσαρούχας, 2000)
- Είτε με το να «επιβεβαιώνει» υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν τη νεανική κουλτούρα. Δεν είναι τυχαίο, βέβαια, το ότι η συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά «συνδέουν» την κατανάλωση του αλκοόλ με κοινωνική και σεξουαλική επιτυχία.

Βέβαια, το φυσιολογικό καταναλωτή το βοηθάει η κριτική του ικανότητα να διακρίνει την πραγματικότητα, όμως ο επιρρεπής, με την ήδη μειωμένη αντίσταση, είναι ιδιαίτερα ευπαθής σε τέτοιου είδους διαφημίσεις των βιομηχανιών οινοπνευματωδών. (Τσαρούχας, 2000)

4. Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία

Πολλές φορές, η βραδινή εργασία (πχ. καλλιτέχνες) και η μονότονη εργασία (ανειδίκευτοι εργάτες) ωθούν σε μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλης για ευνόητους λόγους. Επίσης, η μακροχρόνια απουσία από την οικογένεια (πχ. ναυτικοί) έχει θεωρηθεί ως παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης. Τέλος, οι επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση ποτών (πχ. ιδιοκτήτης μπαρ, κάβας ή μπάρμαν) φαίνεται ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες προσωπικής κατανάλωσης. (Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον, 1981 , Τσαρούχας, 2000)

Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου θεωρείται παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης του αλκοόλ. Ιδιαίτερα ευάλωτα φαίνεται ότι είναι τα άτομα που ζουν και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης. Όπως για παράδειγμα, στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι, δικηγόροι. (Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον, 1981 , Τσαρούχας, 2000)

Όσο αναφορά στην ψυχαγωγία, η συνηθισμένη πλέον έκφραση «Να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό», τα λέει όλα! (Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον, 1981 , Τσαρούχας, 2000)

5. Οικογενειακό περιβάλλον

Είναι αποδεδειγμένο, ότι η συμπεριφορά στην κατανάλωση αλκοολούχων επηρεάζεται ουσιαστικά από τα πρότυπα της πρωτογενούς ομάδας, δηλαδή την οικογένεια. Τα παιδιά σχηματίζουν την εμπειρία ότι τα αλκοολούχα ποτά καταναλώνονται με την ευκαιρία των γιορτών και σε ιδιαίτερα γεγονότα. Το αλκοόλ βοηθάει πάντοτε στη δημιουργία καλής διάθεσης.

Οι γονείς κάτω από την επήρεια αλκοολούχων αντιδρούν στα καθημερινά προβλήματα με περισσότερη αδιαφορία. Επειδή δεν αισθάνονται τόσο έντονα την πίεση της καθημερινότητας, εμφανίζονται στα παιδιά τους πιο ανοιχτόκαρδοι και πιο προσιτοί.

6. Φιλικό περιβάλλον

Μια επιπλέον επιρροή έχει το φιλικό περιβάλλον στη συμπεριφορά των νεαρών ατόμων σε σχέση με τα αλκοολούχα. Οι έφηβοι όπως είναι γνωστό, αναζητούν άλλα πρότυπα εκτός των γονικών, ακολουθώντας τη συμπεριφορά της ομάδας. Ο κίνδυνος υπάρχει ιδιαίτερα σε ομάδες της ίδια ηλικίας, όπου ο καθένας προσπαθεί α εντυπωσιάσει τον άλλον στο πόσο δυνατός πότης είναι. (Ποταμιάνος, 1991)

Η προσαρμογή, η μίμηση, η οποία παίζει σημαντικό ρόλο σε όλες τις ηλικίες και κοινωνικές ομάδες, αποτελεί επίσης σπουδαίο παράγοντα για την κατά συνήθεια υπερβολική κατανάλωση. Έτσι τα κοινωνικά πλαίσια μέσα στα οποία ζει κανείς διαδραματίζουν σημαντικότατο ρόλο. Το κοινωνικό περιβάλλον στηρίζει δηλαδή αλλά και παρασύρει τα άτομα που ζουν σε αυτό. (Ποταμιάνος, 1991)

Επιπρόσθετα, παρατηρείται συχνά το γεγονός ότι πολλά από τα άτομα, κυρίως νέοι, κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση - ανάγκη ένταξης του

ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα, φόβος απόρριψης για τη μη αποδοχή συμπεριφορών, όπως η κατανάλωση αλκοόλης.
(Ποταμιάνος, 1991)

4.4 Πολιτισμικοί παράγοντες

Έχει ήδη αναφερθεί ότι υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς λόγους (πχ. μουσουλμάνοι) ή άλλου λόγους, απαγορεύουν τη χρήση του αλκοόλ. Είναι ευνόητο, ότι σε τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, όμως, παρουσιάζουν κοινότητες όπου ενώ η χρήση της αλκοόλης είναι κοινωνικά αποδεκτή, οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες. (Τσαρούχας, 2000)

Σύμφωνα με τον Snyder (1958), η εβραϊκή κοινότητα αποτελεί ένα παράδειγμα «ελεγχόμενης χρήσης» του αλκοόλ. Στην προκειμένη περίπτωση, τα παιδιά μαθαίνουν να κάνουν χρήση του αλκοόλ στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Με αυτόν τον τρόπο, η χρήση είναι αποδεκτή, ενώ η μέθη ή η κατάχρηση του αλκοόλ είναι αξιόποινες συμπεριφορές. (Τσαρούχας, 2000)

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, χώρες όπως η Ιρλανδία και οι ΗΠΑ, όπου η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή, παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού. Πιθανώς γιατί εκλείπει το στοιχείο της «ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς» του αλκοόλ. Σε αυτές τις χώρες έχει παρατηρηθεί, ότι ακόμα και παιδιά που προέρχονται από γονείς, οι οποίοι δεν κάνουν χρήση αλκοόλ, μπορεί να καταλήξουν στον αλκοολισμό (O'Connor 1978, Grant 1979). (Τσαρούχας, 2000)

Τέλος, σε χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία, όπου η χρήση του αλκοόλ επιτρέπεται σε σχετικά μικρές ηλικίες, ενώ παρουσιάζεται σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού, φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη «αντικοινωνική» συμπεριφορά σχετικά με την κατανάλωση της αλκοόλης. (Τσαρούχας, 2000)

4.5 Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες

Οι προσπάθειες για τον εντοπισμό βιολογικών παραγόντων στη γένεση του αλκοολισμού, επέβησαν άκαρπες. Και εγκαταλείφθηκαν πολύ γρήγορα. Στα μέσα της δεκαετίας του 40' μερικοί επιστήμονες προώθησαν τη «θεωρία» σύμφωνα με την οποία οι αλκοολικοί παρουσιάζουν έναν «αλλεργικό παράγοντα» στη βιολογική τους σύνθεση που είναι υπεύθυνος για την εξάρτησή τους από το αλκοόλ. Η «αλλεργική θεωρία» του αλκοολισμού κατέρρευσε σύντομα μετά τη δημοσίευση των εργαστηριακών πειραμάτων των Robinson και Voegtlin (1952) που ανέφεραν παντελή έλλειψη στοιχείων προς υποστήριξη της παραπάνω θεωρίας. (Τσαρούχας, 2000)

Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού διαμέσου γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά τη σχετική επιστημονική κοινότητα (Cadoret 1976, Goodwin 1976). Οι έρευνες, που εστιάζονται στο θέμα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης του αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. Τα πορίσματα αυτών των ερευνών έχουν αφήσει αναπάντητο το ερώτημα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού, λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων. Όπως είναι γνωστό, η εκπόνηση τέτοιων ερευνών είναι εξαιρετικά δύσκολη. Γιατί τόσο η ανεύρεση του δείγματος όσο και η μεθοδολογία τους, παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα. Η έρευνα των Roe και Burks (1945),

αναφέρει έλλειψη στοιχείων προς υποστήριξη της κληρονομικότητας του αλκοολισμού. Σε αντίθεση, η έρευνα των Goodwin et al (1973) έδειξε ότι το ποσοστό αλκοολισμού ήταν μεγαλύτερο σε υιοθετημένα παιδιά, που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά που ο πατέρας δεν ήταν αλκοολικός. Παρόμοια αποτελέσματα με αυτά του Goodwin έδειξε και η έρευνα των Cadoret και Gath (1977). (Τσαρούχας, 2000) Ενώ, σύμφωνα και με τη Λαμάρα Κελέσεβα - Ουμουδουμίδου (2000) η κληρονομική προδιάθεση είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του αλκοολισμού. (Λαμάρα Κελέσεβα - Ουμουδουμίδου, 2000) Όπως σχολιάζουν οι παραπάνω ερευνητές «ο εντοπισμός του αλκοολικού σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων». (Τσαρούχας, 2000)

Ολοκληρώνοντας το θέμα των αιτιολογικών παραγόντων του αλκοολισμού θα πρέπει αν τονιστούν τα εξής:

Πρώτον, ο κάθε ένας από τους παράγοντες, που αναφέραμε παραπάνω, δεν οδηγεί αυτομάτως και απαραιτήτως στον αλκοολισμό, αλλά αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες εκδήλωσης αυτού του φαινομένου και,

Δεύτερον, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι παράγοντες του αλκοολισμού δε λειτουργού ατομικά, αλλά συλλογικά. Με άλλα λόγια «αλληλοεξαρτώνται» και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να «παράγουν» τον αλκοολισμό. (Τσαρούχας, 2000)

4.6 Πιθανές προδιαθεσικές αιτίες της εξάρτησης

Η έρευνα της αιτιολογίας και των εκδηλώσεων του φαινομένου της εξάρτησης δε μπορεί να περιορίζεται σε μια απλή επίπεδη ερμηνεία της. Γι' αυτό στη συνέχεια αναφέρουμε και άλλες πιθανές προδιαθεσικές αιτίες της εξάρτησης σύμφωνα με το νευρολόγο - ψυχίατρο Παναγιώτη Γεωργάκα (2002).

4.6.1 Κοινωνικοί - Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

1. Η αλλαγή στην οικογενειακή δομή

Μέχρι τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο η δομή της οικογένειας ήταν ιεραρχική (Πατέρας - Μητέρα - 1^ο παιδί - 2^ο παιδί ή αγόρι - κορίτσι ανάλογα με τα θρησκευτικά και πολιτιστικά δεδομένα κάθε μικροκοινωνίας). Αυτή η ιεραρχία μπορεί να εξασφάλιζε μια αυταρχική λειτουργία, αλλά τουλάχιστον ήταν τακτοποιημένη, αφού καθόριζε επακριβώς τους ρόλους των μελών της. (Γεωργάκας, 2002)

Με το τέλος του Πολέμου αναδύθηκαν δύο σοβαρά κοινωνικοοικονομικά δεδομένα:

- i) Η ανάγκη ταχείας οικονομικής ανασυγκρότησης.
- ii) Η έλλειψη ανδρικών χεριών από την παραγωγή (αιχμαλωσία, αναπηρίες, θάνατοι στα πεδία των μαχών). (Γεωργάκας, 2002)

Αναγκαστικά η μόνη η λύση π υπήρχε ήταν ο γυναικείος πληθυσμός. Η είσοδος της γυναίκας στην παραγωγή και ο σημαντικός ρόλος της στην ανάσταση μιας βαριάς πληγωμένης ανθρωπότητας είχε σαν αποτέλεσμα την καταξίωση της στην κοινωνία, την οικονομική της αυτάρκεια, τη νομική της αποκατάσταση ως ισότιμου πολίτη κάθε κράτους. Το γεγονός αυτό προκάλεσε μια αμφισβήτηση της παντοδυναμίας του «πατέρα - αφέντη» και της προηγούμενης «μοναρχικής» διοίκησης της οικογένειας προωθώντας την αντικατάστασή της από ένα σύστημα «διαρχίας». Λογική συνέπεια των αλλαγών ήταν η άρνηση αρχικά των γυναικών και μετέπειτα των παιδιών - τα

οποία διαισθανόμενα την ανατροπή της προηγούμενης κατάστασης διεκδίκησαν το δικαίωμα συμμετοχής στη λήψη των αποφάσεων - να δεχτούν και πάλι την προηγούμενη ιεραρχία ως μοντέλο λειτουργίας του οικογενειακού συστήματος. Αποτέλεσμα αυτών των ζυμώσεων ήταν η αποσταθεροποίηση της «κλασσικής» μορφής της οικογένειας και η επέκταση αυτών των αντιδράσεων στον κοινωνικό ιστό, του οποίου θεμέλιο κύτταρο αποτελεί η οικογένεια. (Γεωργάκας, 2002)

Λαμβάνοντας υπόψη την θεωρία του Durkheim για το φαινόμενο της κοινωνικής ανομίας, σημαντικά γεγονότα όπως κοινωνικές αναταραχές, κρίσεις – κυρίως οικονομικές ή αιφνίδια οικονομική άνθιση, προκαλούν αλλαγές στις σχέσεις και τις αξίες των ατόμων και αλλαγές σε θεσμούς όπως η θρησκεία και η οικογένεια. Αυτά τα γεγονότα έχουν σαν συνέπεια την διατάραξη της κοινωνικής συνοχής και της ισορροπίας προκαλώντας στα άτομα σύγχυση. Αυτή η ανομική κατάσταση μπορεί να οδηγήσει στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Περαντζάκη-Καρατζόγλου, 2001).

2. Η «ανταγωνιστική» κοινωνία

Η κοινωνία μας σήμερα έχει αυξήσει σε μεγάλο βαθμό τον ανταγωνισμό μεταξύ των ανθρώπων. Ο καταναλωτικός της χαρακτήρας περνάει το μήνυμα «Ο πρώτος είναι πάντα πρώτος κι ο δεύτερος δεν είναι τίποτα», το οποίο σε καθημερινή βάση βρίσκει πάτημα στις διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων. Έτσι, πλήθος ανθρώπων οδηγείται κάθε μέρα στο περιθώριο, γιατί δεν έχει όλα τα εφόδια επιτυχίας που απαιτεί το σύστημα, χωρίς όμως να ενδιαφέρεται για τα αίτια αυτής της έλλειψης προσόντων. Η περιθωριοποίηση αυτή με τη σειρά της δημιουργεί άτομα απελπισμένα, που θεωρούν ότι δεν «ακούγονται», δε λαμβάνονται μετρήσιμα από την κοινωνία κι έτσι επιλέγουν αρνητικές συμπεριφορές. Οι εξαρτήσεις είναι μια αρνητική συμπεριφορά, η οποία ικανοποιεί τα περιθωριοποιημένα άτομα, ταυτόχρονα και τις εξουσιαστικές δομές, οι οποίες ελέγχοντας την κοινωνία χρειάζονται καταπιεσμένα, ανταγωνιστικά και εξαρτημένα άτομα, ώστε να διατηρούν την επιρροή και τη δύναμή τους. (Γεωργάκας, 2002)

Παίρνοντας στοιχεία από την θεωρία του Merton σχετικά με την κοινωνική ανομία, τα περιθωριακά άτομα δεν συμφωνούν ούτε με τον τρόπο που έχει θεσμοθετηθεί η κοινωνία και τους σκοπούς που επιδιώκει ούτε με τα μέσα με τα οποία θα φτάσουν στους συγκεκριμένους σκοπούς. Ζουν επομένως έξω από τους συμβατικούς κανόνες της κοινωνίας. Με βάση αυτή την θεωρία, οι Lindesmith και Gagnon διαπίστωσαν ότι αυτά τα άτομα δεν θέλουν ή δεν μπορούν να μεταχειριστούν τα διαθέσιμα μέσα οπότε και αποσύρονται. Αυτή η κατάσταση μπορεί να αποτελέσει έναν παράγοντα για την χρήση και εξάρτηση από ουσίες (Περαντζάκη-Καρατζόγλου, 2001).

3. Η αξία του πλούτου

Το σημερινό οικονομικό και κοινωνικό μοντέλο βασίζεται στη συνεχή διαφήμιση της αξίας του χρήματος και της αγοραστικής δύναμης. Η υπερβολική προβολή της αξίας του χρήματος και του πλούτου και η γενικότερη παραδοχή ότι στον κάτοχο του επιτρέπονται τα πάντα περνάει έμμεσα το μήνυμα ότι μπορεί να αγοράσει τα πάντα, ακόμα και μη υλικά αγαθά, όπως η ευτυχία. (Γεωργάκας, 2002)

Μηνύματα που προβάλλονται όπως «ο χρόνος είναι χρήμα», «επιτυχία είναι να είναι κάποιος πρώτος γιατί εκεί είναι όλα τα λεφτά», ασκούν από μόνα τους αρκετή πίεση στο άτομο. Τι συνέπειες θα έχει το άτομο αν έρθει δεύτερο ή αν δεν μπορεί να εκπληρώσει αυτή την αξία; Οι οικονομικοί παράγοντες προσδιορίζουν την περιθωριοποίηση αλλά και διευκολύνουν την πορεία προς την εξάρτηση (Περαντζάκη-Καρατζόγλου, 2001, Πογιατζής, 2006).

4. Η πολυφαρμακία

Η πολυφαρμακία, η εύκολη εξασφάλιση φαρμακευτικών σκευασμάτων, η καθημερινή προπαγάνδισή ουσιών - που πολλές φορές μπορεί να είναι τοξικές - ως τρόπος αντιμετώπισης κάθε μορφής ενόχλησης ή πόνου, φέρει το ερώτημα: «Γιατί όχι στη χρήση μιας ουσίας για την εξάλειψη του ψυχικού άλγους». (Γεωργάκας, 2002)

Ταυτόχρονα, η υποκρισία που υπάρχει, επιτρέπει τη διαφήμιση νόμιμων εξαρτητικών ουσιών, ενώ παράλληλα προειδοποιεί για τους κινδύνους που συνοδεύουν τη χρήση τους. Αυτό δημιουργεί μια έντονη διάθεση ιδιαίτερα στους ανηλίκους, να δοκιμάσουν οτιδήποτε τους προσφέρεται με την υπόσχεση μιας επακόλουθης ηδονής. (Γεωργάκας, 2002)

Για την αντιμετώπιση ενός πονοκεφάλου παίρνουμε αμέσως μια ασπιρίνη διότι η διαφήμιση υπόσχεται άμεση θεραπεία, παρόλο που το 85% των πονοκεφάλων δεν έχουν οργανική αιτία. Είναι σημαντικό δηλαδή να αναλογιστεί κανείς τις συνέπειες που προκύπτουν όταν κάποιος απλά επιζητά την άμεση λύση για να καταστείλει την δυσφορία και τον πόνο. Όταν μαθαίνει να βασίζεται σε υποκατάστατα απλά για να αποφύγει να την κατάσταση παρά να την αντιμετωπίσει με θάρρος (Πογιατζής, 2006).

5. Η ανυπαρξία ιδανικών και προτύπων

Η συρρίκνωση των ιδανικών στη σημερινή εποχή, σε συνδυασμό με το υποτονικό ενδιαφέρον για κοινωνικούς αγώνες, την υπερκαταναλωτική συμπεριφορά των ατόμων και τη μυθοποίηση πλασματικών μοντέλων - προτύπων της νεολαίας, οδηγούν στη μη ύπαρξη των ηθικών αξιών, αλλά και στην εκμηδένιση των ηθικών αναστολών. Κάτι ανάλογο συμβαίνει στο γενικότερο επίπεδο των πολιτικών και κοινωνικών ιδεολογιών. Η ασταθής και ασυνεπής συμπεριφορά της πολιτικής σε εθνικό, αλλά και παγκόσμιο επίπεδο είναι πλέον φανερή, προκαλώντας την αναξιοπιστία των πολιτικών. Σε πολλές περιπτώσεις οι πολιτικοί δεν πολιτεύονται για να εξασκήσουν τα καθήκοντα, για τα οποία είναι υπεύθυνοι, αλλά για να προστατεύσουν τα συμφέροντα οικονομικά ισχυρών παραγόντων ή οργανισμών, δημιουργώντας αισθήματα αρχικά αντίδρασης, στη συνέχεια απογοήτευσης και τέλος απόσυρσης. Το γεγονός αυτό οδηγεί σιγά σιγά στην παρακμή των κοινωνικών ιδεωδών. (Γεωργάκας, 2002)

Όλο αυτό το σκηνικό βιώνεται άσχημα από κάθε άτομο με εξαρτητικό χαρακτήρα. Του δημιουργεί αισθήματα ανασφάλειας και γι' αυτό αποζητά τελικά φυγή φωτεινό κόσμο των εξαρτήσεων. (Γεωργάκας, 2002)

6. Η έλλειψη στόχων

Η θυσίες που καταβάλλουν οι νέοι προκειμένου να επιτύχουν μια μελλοντική καταξίωση, δεν εξασφαλίζουν τη βεβαιότητα ενός καλύτερου αύριο, κυρίως σε επίπεδο επαγγελματικής απασχόλησης. Οι προσπάθειες των νέων ατόμων να αποκτήσουν τα απαραίτητα προσόντα για μια μελλοντική κοινωνική - οικονομική επιτυχία έρχεται σε σύγκρουση με τις πραγματικές δυνατότητες της κοινωνίας και του κράτους για ανταμοιβή των κόπων αυτών. Έτσι η παραδοχή της «ανυπαρξίας του αύριο» αποτελεί άλλοθι για την αποδοχή του μηνύματος «απόλαυση εδώ και τώρα», ανεξάρτητα από το κόστος. (Γεωργάκας, 2002)

7. Η εξουσία των ΜΜΕ

Η υπερεξουσία των ΜΜΕ στις μέρες μας έχει υποβαθμίσει την παιδαγωγική προσφορά των γονέων και των δασκάλων. Προβάλλουν ακατάπαυστα μηνύματα, τα οποία δεν φιλτράρονται από τις κατεστημένες αξίες και τις παραδόσεις. (Γεωργάκας, 2002)

Από τρυφερή ηλικία τα άτομα δέχονται ανεξέλεγκτη πληροφόρηση για τη βία, το σεξ, την αξία του χρήματος, τη δύναμη της εξουσίας, τη διαφθορά των φορέων της δικαιοσύνης. Τους παρουσιάζεται ένας κόσμος σκληρός και άγριος και του επιβάλλεται να επιλέξουν ανάμεσα στη διεκδίκηση της προσωπικής ανάδειξης με κάθε τρόπο καις «αδύναμης» ευαισθησίας. (Γεωργάκας, 2002)

8. Οι συναναστροφές

Συνήθως η χρήση ουσιών αρχίζει στην εφηβική ηλικία. Είναι η περίοδος της ζωής που το παιδί απομακρύνεται ενεργά από την οικογένεια επιζητώντας την ένταξή του στην «παρέα». Οι έφηβοι στην ηλικία αυτή πειραματίζονται συχνά με τη χρήση ουσιών. Τις περισσότερες φορές ο νέος κάνει χρήση ουσιών κάτω από τις προτροπές και τις πιέσεις φίλων του. Η περιέργεια, η αφθονία ουσιών και επίδραση των συναναστροφών φαίνεται ότι επιδρούν σημαντικά στην έναρξη της χρήσης ουσιών από έναν έφηβο. Ανάλογη είναι η συμπεριφορά του εφήβου και στην επίδραση άλλων εξαρτητικών δραστηριοτήτων. (Γεωργάκας, 2002)

Οι απόψεις μιας κοινωνικής ομάδας είναι σε θέση να τροποποιήσουν και να κατευθύνουν τη συμπεριφορά ενός νέου μέλους της, ειδικότερα στην προεφηβική ηλικία, όταν η οικογενειακή επιρροή εξασθενεί. Η διεργασία αυτή είναι πολύ ευκολότερη όταν ο υποψήφιος χρήστης εκτιμά και σέβεται την παρέα του, ενώ ταυτόχρονα απουσιάζει το στιβαρό οικογενειακό περιβάλλον που θα τον προστατέψει παρέχοντας σταθερά όρια και εναλλακτικές λύσεις στις αγωνίες του. (Γεωργάκας, 2002)

9. Οι πολιτισμικές και κοινωνικές επιδράσεις

Οι ιδέες και οι τοποθετήσεις κάθε ατόμου στα πλαίσια της λειτουργίας του κοινωνικού συνόλου που ανήκει, καθώς και οι κανόνες που ισχύουν σε αυτό το σύνολο, πιστεύεται ότι διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του. Τα διάφορα πολιτισμικά στοιχεία δρουν καθοριστικά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς όχι μόνο μεμονωμένων ατόμων, αλλά και συγκροτημένων κοινωνικών ή εθνικών ομάδων (Γεωργάκας, 2002).

Το αλκοόλ συνδέεται με συμπεριφορές που έχουν να κάνουν με την κοινωνική επαφή και συμβολίζουν την κοινωνική αλληλεγγύη. Για παράδειγμα, αν μια ομάδα νέων έχει επιλέξει να υιοθετήσει ένα σύνολο αντικοινωνικών συμπεριφορών, μέσα στις οποίες περιλαμβάνεται και η χρήση εθιστικών ουσιών ή η ανάπτυξη άλλων εξαρτητικών δραστηριοτήτων, τότε μοιραία το άτομο που θέλει να ενταχθεί σε αυτή την ομάδα, θα αποδεχτεί αυτές τις συμπεριφορές προκειμένου να του δοθεί η δυνατότητα προσωπικής προβολής, συναισθηματικής έκφρασης και επιβεβαίωσης σε ένα κλίμα ασφάλειας και αποδοχής (Κοντομάρη, 2006). Ενώ στην Ιρλανδία η μέθη θεωρείται ευχάριστη και συναρπαστική και ο μέθυσος αντιμετωπίζεται με μητρική στοργή και με μια συμπονετική στάση (Thio, 2008).

Είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη την θρησκευτική διάσταση των ουσιών εξάρτησης. Σε πολλούς πολιτισμούς και θρησκείες (όπως και η χριστιανική), το αλκοόλ έχει έναν τελετουργικό χαρακτήρα και συμβολίζει την επικοινωνία με την θεότητα (Κοντομάρη, 2006). Παρόμοιο τελετουργικό χαρακτήρα έχει και στις Ινδίες

μια άλλη ουσία, η Μαριχουάνα. Για παράδειγμα, θεωρείται παράλειψη αν σε έναν γάμο δεν προσφερθεί μαριχουάνα ανάμεικτη με γάλα και χυμούς φρούτων (Περαντζάκη-Καρατζόγλου, 2001).

Η επιλογή ενός ποτού δηλώνει ακόμα και το κοινωνικό στάτους, την γενιά, φυλή ακόμα και το έθνος στο οποίο συνδέεται το άτομο. Συγκεκριμένα αλκοολούχα ποτά έχουν γίνει σύμβολα εθνικής ταυτότητας, όπως το ούζο για τους Έλληνες, το ουίσκι για τους Σκοτσέζους, η τεκίλα για τους Μεξικάνους. Στην Πολωνία το κρασί θεωρείται ότι προσδίδει περισσότερο στάτους από τις τοπικές μπύρες και την βότκα. Είναι μέρος κοινωνικών καθώς επίσης και της ιστορίας του τόπου (Κοντομάρη, 2006).

4.6.2 Ατομικοί παράγοντες

1. Γενετικές επιδράσεις

Νέες έρευνες της Νευροχημείας δείχνουν ότι όλο το πρόβλημα των εξαρτήσεων έχει τη βάση του σε νευροχημικές λειτουργίες του εγκεφάλου. Τίθεται επίσης το θέμα της γενετικής ως έντονος κίνδυνος για τη γένεση της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Πρόσφατες μελέτες που αφορούσαν χρήστες εξαρτητικών ουσιών, υποστηρίζουν τη μεταβίβαση της εξαρτητικής διάθεσης από το γονέα στο παιδί με γενετικό τρόπο. Τα επιστημονικά δεδομένα προέρχονται από πειράματα σε ζώα, έρευνες στην οικογένεια, μελέτες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών, παρατηρήσεις πάνω σε γενετικά κληρονομούμενα σωματικά χαρακτηριστικά, όπως αχρωματοψία, ομάδες αίματος κ. λ. π., καθώς και από μελέτες νευροφυσιολογικών παραμέτρων. (Γεωργάκας, 2002)

Τα δεδομένα όμως που προέκυψαν από αυτή την ερευνητική προσπάθεια δύσκολα ερμηνεύονταν και αλληλοσυγκρούονταν, με αποτέλεσμα να μην αποτελούν κοινά αποδεκτή άποψη. (Γεωργάκας, 2002)

2. Η προσωπικότητα

Οι εμπειρίες που έχει ένα άτομο είναι αποτέλεσμα κοινωνικών επιδράσεων και γενετικών παραγόντων, οι οποίες οδηγούν στο σχηματισμό ενός συστήματος αξιών, τάσεων, επιθυμιών, διαθέσεων, συμπεριφορών, ξεχωριστού για κάθε άτομο, το οποίο με τη σειρά του συνιστά την προσωπικότητά του. (Γεωργάκας, 2002)

Συναισθηματικά προβλήματα που σχετίζονται με την προσωπικότητα ενός ατόμου και πιθανότατα συνδέονται με γενετικούς παράγοντες ή επιρροές που δέχτηκε στην παιδική του ηλικία, φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός μελλοντικού εξαρτημένου. Ενώ είναι αποδεκτό ότι η αντικοινωνική προσωπικότητα συνυπάρχει συχνά με τη χρήση εθιστικών ουσιών, η σχέση αντικοινωνικής προσωπικότητας και μελλοντικής χρήσης ουσιών δεν έχει αποδειχτεί. Η μελέτη ορισμένων κοινών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των εξαρτημένων είναι περισσότερο πολύτιμη σε σχέση με την προσπάθεια να καθοριστεί ένας ειδικός τύπος προσωπικότητας, που θα προδικάζει ότι ένα άτομο θα καταλήξει μελλοντικά εξαρτημένο. Τα χαρακτηριστικά αυτά της προσωπικότητας δε μπορεί και δεν πρέπει να θεωρούνται ως αιτιολογικοί παράγοντες για την ανάπτυξη μιας εξαρτητικής συμπεριφοράς. (Γεωργάκας, 2002)

Πολλοί ερευνητές συνέδεσαν την πρόκληση της εξάρτησης με ψυχολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επέδρασαν στην παιδική ηλικία του ατόμου και διαμόρφωσαν την προσωπικότητά του κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να έχει τάση προς τις εξαρτήσεις. Οι περισσότερες μελέτες αυτού του τύπου στηρίχτηκαν σε υλικό που προερχόταν από αυτοεκτιμήσεις εξαρτημένων ή στα

αποτελέσματα ψυχομετρικών δοκιμασιών προσωπικότητας. Τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν την ύπαρξη ψυχοπαθολογικών διαταραχών στους χρήστες, οι οποίες οφείλονται στη χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, στην απόρριψη από την οικογένεια, στην κακή σχολική εκπαίδευση, στις αβαθείς φιλοδοξίες για το μέλλον, στην αντικοινωνική συμπεριφορά, στον παράνομο τρόπο ζωής και φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στο θέμα της εξάρτησης. Το αναπάντητο ερώτημα που έρχεται αμέσως μετά είναι ποιες από αυτές τις συμπεριφορές προϋπάρχουν και ποιες είναι αποτέλεσμα της εξάρτησης. (Γεωργάκας, 2002)

3. Η ανάγκη για «αυτοθεραπεία»

Αρκετές φορές η χρήση ουσιών έχει σχέση με τη συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών. Ακόμη υποστηρίζεται ότι μια προϋπάρχουσα ψυχολογική επιβάρυνση παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση μια εξαρτητικής συμπεριφοράς. Στους χρήστες εθιστικών ουσιών συναντάμε προβλήματα όπως το άγχος, η κατάθλιψη. Επίσης, αναφέρεται ότι πολλοί έφηβοι χρησιμοποιούν νόμιμες και παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες λόγω της καταστολής την οποία επιφέρουν. (Γεωργάκας, 2002)

4. Η Πνευματικότητα

Δεν υπάρχει μια ομόφωνη θεωρία που να παρέχει ένα κοινό σημείο αφετηρίας ανάμεσα στους επαγγελματίες στην χρήση του παράγοντα της πνευματικότητας. Η έννοια της πνευματικότητας ενσωματώνεται όλο και πιο πολύ στην γενική – ολιστική εργασία με άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες. Για να γίνει κατανοητή η αιτιολογία του αλκοολισμού με βάση την πνευματικότητα, θα δοθεί μια εξήγηση με βάση ένα πιο προσωπικό πλαίσιο (Bliss, 2009).

Αυτό το πιο προσωπικό και πνευματικό πλαίσιο διατυπώνει ως αρχή ότι η ανθρώπινη ανάπτυξη είναι κατά φύσει πνευματική και εξελίσσεται σε υψηλότερα επίπεδα συνειδητότητας, υπέρβαση των εγωκεντρικής όψεων και στην επίτευξη των δυνατοτήτων του ανθρώπου σε ένα ανώτερο επίπεδο. Επιπρόσθετα, αυτή η θεωρία παρέχει ένα ενοποιημένο σύνολο που περιγράφει αυτή την διαδικασία μέσω βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών απόψεων της ανθρώπινης λειτουργίας και ενσωματώνεται σε ένα ολιστικό πλαίσιο. Η πνευματικότητα λοιπόν περιλαμβάνει τους βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που εξηγούνται σε άλλες αιτιολογικές προσεγγίσεις (Bliss, 2009).

Αυτή η πιο προσωπική και πνευματική προσέγγιση θεωρεί τις παθολογίες, όπως τον αλκοολισμό, σαν μια διαταραχή της έμφυτης ικανότητας του ατόμου για πνευματική εξέλιξη, οπότε και ο αλκοολισμός θεωρείται διαταραχή της ψυχής, ή σύμπτωμα πνευματικής αρρώστιας. Επιπλέον «ενώ το αλκοόλ δεν μπορεί να αγγίξει άμεσα το πνεύμα, καταστρέφει την ικανότητα του εγκεφάλου να είναι το αισθητήριο εργαλείο της ψυχής με αποτέλεσμα την πνευματική δυσλειτουργία ή ασθένεια» (Bliss, 2009).

4.6.3 Ο ρόλος της οικογένειας

Ανθρώπινα συστήματα - Οικογένεια

Η οικογένεια είναι ένα πολυσυλλεκτικό σύστημα ιδεών, συναισθημάτων και συμπεριφορών, του οποίου τα μέλη αλληλοσχετίζονται, αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοτροφοδοτούνται. (Γεωργάκας, 2002)

Η οικογένεια αποτελεί σύνολο ατόμων, που οι σχέσεις τους εμπλέκονται και επηρεάζονται έντονα, σε μια διαρκή κυκλική κατάσταση αλληλοεπιδράσεων. (Γεωργάκας, 2002)

Το οικογενειακό σύστημα είναι δυναμικό. Τα στοιχεία αλλάζουν καθώς όχι μόνο το άτομο αλλά και η οικογένεια ολόκληρη διανύει το δικό της κύκλο ζωής, με διαφορετικές ταχύτητες ωρίμανσης του κάθε μέλους της και σε διαφορετικές ηλικίες. Οι αλληλεπιδράσεις που δημιουργούνται είναι τέτοιες, ώστε το κάθε μέλος επεμβαίνει διαρκώς στη λειτουργία των άλλων. Είναι αναγκαίο τα μέλη της οικογένειας να βρίσουν τρόπους, ώστε να συνεργάζονται αρμονικά, να είναι δηλαδή η οικογένεια λειτουργική. (Γεωργάκας, 2002)

Τα παιδιά, και ιδιαίτερα τα ανήλικα, κατέχουν μια προνομιακή ή μειονεκτική θέση σ' αυτό το σύστημα, ανάλογα με τη μορφή, τη συνοχή και τις αξίες της οικογένειας. (Γεωργάκας, 2002)

Η ωρίμανση ενός παιδιού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις αρχές και τις αξίες που χαρακτηρίζουν τη λειτουργία της οικογένειάς του. Τα παιδιά δεν παραμένουν αδιάφορα απέναντι στις αξίες τη οικογένειάς τους. Επιλέγουν από αυτές και διαμορφώνουν τις πεποιθήσεις τους. (Γεωργάκας, 2002)

Μια οικογένεια που τη χαρακτηρίζουν σταθερές αξίες, σαφή όρια δραστηριοτήτων, σταθερή γονεϊκή παρουσία, αναγνώριση των ρόλων, προσφέρει ένα περιβάλλον ασφαλούς και δημιουργικής εξέλιξης στα παιδιά της. (Γεωργάκας, 2002)

Σημαντικό ρόλο στην αρμονική λειτουργία μιας οικογένειας παίζουν η συνοχή της και η εκφραστικότητα των μελών της.

Η συνοχή της οικογένειας καθορίζει την ισχύ των συναισθηματικών δεσμών μεταξύ των μελών της, το πόσο κοντά αισθάνονται, πόσο ζητούν και παίρνουν βοήθεια και στήριξη το ένα από το άλλο. (Γεωργάκας, 2002)

Για να κατανοήσουμε τα αίτια, τη μορφή και την έκταση των διαταραχών που σηματοδοτούν τη λειτουργία μια οικογένειας με πιθανή εξαρτησιογόνο επίδραση στα νεότερα μέλη της, θα πρέπει να γνωρίζουμε τα στοιχεία που διακρίνουν μια «φυσιολογική» οικογένεια με θετική γονεϊκή παρουσία. (Γεωργάκας, 2002)

Έχει υποστηριχθεί (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007:236) ότι ο αλκοολικός βρίσκεται εγκλωβισμένος σε ένα φαύλο κύκλο που όσο πίνει για να νιώσει καλύτερα, τόσο πιο άσχημα νιώθει. Αλλά τα συναισθήματά του τον κατευθύνουν πάλι στο αλκοόλ για να βρει καταφύγιο ώστε τελικά καταφέρνει να καλύπτει τα αρνητικά αποτελέσματα της εξάρτησης. Η πεποίθηση ότι μπορεί να ελέγξει το αλκοόλ ακόμα και στην εξάρτηση ονομάστηκε «περηφάνια του αλκοολικού». Όσο οι συγγενείς προσπαθούν να πείσουν τον εξαρτημένο να μην πίνει τονίζοντας την ανικανότητά του να ελέγξει την κατανάλωση, τόσο ενισχύουν την «περηφάνια» του. Η προσπάθειά τους να ελέγξουν την σχέση του αλκοολικού με την ουσία έχουν σαν αποτέλεσμα την ενίσχυση της περηφάνιας του εξαρτημένου («δεν μπορείς να με ελέγξεις»).

4.7 Οι τέσσερις αιτίες της εξάρτησης

Γνωρίζοντας ότι κάθε προσπάθεια ερμηνείας του φαινομένου της εξάρτησης πρέπει να είναι πολυπαραγοντική, αξίζει να σημειωθεί μια ακόμη προσέγγιση του φαινομένου αυτού, της οποίας κύριος υποστηρικτής της είναι ο Chris Prentiss και η οποία υποστηρίζει ότι οι αιτίες εξάρτησης από το αλκοόλ βρίσκονται στο μυαλό και το σώμα μας.

1. Χημική ανισορροπία
2. Ανεπίλυτα γεγονότα του παρελθόντος
3. Πεπιοθήσεις που έχουμε και δε συμφωνούν με την αλήθεια
4. Ανικανότητα να αντιμετωπίσουμε τρέχουσες καταστάσεις

1. Η χημική ανισορροπία μπορεί να προέλθει από διάφορες πηγές. Οι εκκρίσεις του σώματός μας παράγουν χημικές ουσίες, οι οποίες πηγαίνουν στον εγκέφαλό μας και προκαλούν διάφορα συναισθήματα, όπως άγχος, στρες, κατάθλιψη, θυμό, χαρά, έκσταση, ευφορία και ευεξία. Οι τροφές που τρώμε, τα υγρά που πίνουμε και τα χημικά που προσλαμβάνουμε, επίσης, μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο που αισθανόμαστε, ο οποίος με τη σειρά του δημιουργεί άλλες χημικές ουσίες. Επιπλέον, οι σκέψεις που κάνουμε και τα συναισθήματα που νιώθουμε, παράγουν χημικές ουσίες μέσα μας. (Chris Prentiss, 2006)

Πολλοί άνθρωποι κυκλοφορούν ανάμεσά μας, ενώ βρίσκονται σε μια μη ισορροπημένη χημική κατάσταση, νιώθοντας απάισια σχεδόν όλη την ώρα. Μερικοί νιώθουν ότι δεν έχουν αρκετή ενέργεια για να βγάλουν τη μέρα τους, ενώ άλλοι νιώθουν σαν να μη μπορούν να κόψουν ταχύτητα. Μερικοί νιώθουν σα να είναι άρρωστοι ή σα να είναι εκνευρισμένοι, ταραγμένοι ή ακόμα και παρανοϊκοί περιμένοντας ότι κακό θα τους συμβεί ανά πάσα στιγμή. Άλλοι πάλι νιώθουν σα να είναι οι σκέψεις τους μέσα σε μια ομίχλη. Όλα αυτά τα συναισθήματα οφείλονται σε κάποια χημική ανισορροπία. (Chris Prentiss, 2006)

Αν για παράδειγμα ένα άτομο υποφέρει από χημική ανισορροπία, η οποία προκαλείται από τη δυσλειτουργία κάποιου αδένου, πιθανόν να καταφύγει σε μια εθιστική ουσία, για το κάνει να νιώσει καλύτερα. Αν έχει πλεόνασμα αδρεναλίνης, θα είναι τσιτωμένο, νευρικό και θα είναι αδύνατο να χαλαρώσει. Αυτό μπορεί να το κάνει να χρησιμοποιήσει αλκοόλ για να καταστείλει το νευρικό του σύστημα και να ηρεμήσει.

Με λίγα λόγια, μπορεί ένα άτομο να είναι καλοπροαίρετο και να μην έχει καμιά κακή συνήθεια, αλλά μια χημική ανισορροπία να το κάνει να αισθάνεται άσχημα και εξαιτίας αυτού να αναγκαστεί αν χρησιμοποιήσει αλκοόλ, για να αλλάξει τον τρόπο που αισθάνεται. (Chris Prentiss, 2006)

2. Όταν ένα άτομο κουβαλάει μέσα του πληγές που έχει προκαλέσει σε άλλους, πληγές που οι άλλοι του έχουν προξενήσει ή πικρίες για απώλειες που έχει υποστεί δημιουργείται δυσαρμονία στην τωρινή του ζωή, η οποία προκαλεί μια χημική ανισορροπία. Γεγονότα της παιδικής ηλικίας, ακόμη και εκείνα που δε θυμάται, μπορούν να οδηγήσουν στην κατάχρηση αλκοόλης στο σήμερα. (Chris Prentiss, 2006)

3. Αν οι πεπιοθήσεις που έχει ένα άτομο δε συμφωνούν με την αλήθεια, το ωθούν να ενεργεί με τρόπους που δεν έχουν τα αποτελέσματα που θέλει. Αυτό οδηγεί σε απογοήτευση, εκνευρισμό και δυσαρμονία και όλα αυτά δημιουργούν χημική ανισορροπία. (Chris Prentiss, 2006)

Η αιτία αυτή οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η προσωπική του φιλοσοφία δεν το υποστηρίζει στις δύσκολες στιγμές και άρα βιώνει αγωνία, στρες και ανικανότητα να πετύχει τους στόχους του. Αν αυτό που πιστεύει είναι αντίθετο με αυτό που οι άλλοι αποκαλούν «πραγματικότητα» θα έρθει σε σύγκρουση με την πραγματικότητα. (Chris Prentiss, 2006)

Ακόμα σπουδαιότερο είναι ότι, αν πιστεύει ότι ζει σε ένα αδιάφορο σύμπαν που δεν το υπολογίζει και ότι είναι ένα τόσο ασήμαντο κομμάτι του σύμπαντος που αληθινά κακά πράγματα μπορούν να του συμβούν, θα ζει σε μια κατάσταση φόβου, χωρίς εμπιστοσύνη στο μέλλον. Το να ζει έτσι, προκαλεί δυστυχία, η οποία με τη σειρά της προκαλεί μια χημική ανισορροπία, η οποία με τη σειρά της μπορεί να το ωθήσει στο αλκοόλ για παρηγοριά. Αντίθετα, αν μάθει να ζει σύμφωνα με αυτό που αληθεύει στο Σύμπαν, γεννά συναισθήματα ειρήνης, ευημερίας, χαλάρωσης, ευτυχίας, χαράς και αρμονίας. Αυτά τα συναισθήματα παράγουν μια χημική ισορροπία στο σώμα του, που με τη σειρά της παράγει καλά συναισθήματα. (Chris Prentiss, 2006)

4. Η ανικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει τις τρέχουσες καταστάσεις στη ζωή, τού προξενεί εκνευρισμό, άγχος, στρες και φόβο και όλα αυτά δημιουργούν δυσαρμονία και οδηγούν σε χημική ανισορροπία, την οποία το άτομο προσπαθεί να καταπολεμήσει με την κατανάλωση αλκοόλ. (Chris Prentiss, 2006)

4.8 Συμπεράσματα

Είναι φανερό πόσο σύνθετο είναι το πρόβλημα του αλκοολισμού και δεν είναι δυνατόν να υπάρχει μια απόλυτη θεωρία που να μπορεί να περιγράψει τα αίτια της εξάρτησης από το οινόπνευμα. Για αυτό τον λόγο είναι προτιμότερη μια σύνθεση που να περιλαμβάνει στοιχεία από όλους τους παράγοντες. Να συμπεριλαμβάνεται αιτιολογία από το μικροεπίπεδο, όπως το ίδιο το άτομο με την προσωπικότητά του, την βιολογία και την πνευματικότητά του, και να αναπτύσσεται στο μέσο και μακρο επίπεδο σε τομείς όπως η οικογένεια, το φιλικό περιβάλλον, η κοινωνική και πολιτισμική ανάπτυξη ανάπτυξη γενικότερα. Επιπλέον απόψεις σχετικά με τη γένεση του αλκοολισμού έχουν παρουσιαστεί και στις προσεγγίσεις των Παναγιώτη Γεωργάκα και Chris Prentiss, όπου και οι δύο δίνουν διαφορετικές ερμηνείες, εξίσου σημαντικές. Και οι δύο δεν είναι άσχετες με τους υπόλοιπους παράγοντες που παρουσιάστηκαν και επιχειρείται μια βαθύτερη και ουσιαστική σύνθεση των παραγόντων που επηρεάζουν το άτομο στην εξάρτηση από το αλκοόλ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

5.1 Εισαγωγή

Το φαινόμενο της κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα έχει προσελκύσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα τελευταία είκοσι χρόνια και έχει αναδειχθεί σε κεντρικό κλινικό θέμα πλέον και στην Ελλάδα. Το φαινόμενο της κατάχρησης/εξάρτησης από το αλκοόλ είναι πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό. Ανάμεσα στους αιτιολογικούς παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη και εξέλιξη του προβλήματος, ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζει και η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας. Οι διαταραχές κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα συνυπάρχουν σε μεγάλο ποσοστό, έως και 70%, με ψυχοπαθολογικού τύπου εκδηλώσεις όπως άγχος, κακή διάθεση, μανιακόμορφες συνδρομές, ψυχωσικές καταστάσεις, αντικοινωνικού τύπου συμπεριφορές κατάχρηση και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών κ.ά. σημαντικό ποσοστό από αυτά τα συμπτώματα πληροί κριτήρια ψυχιατρικής διαταραχής και μπορεί να προηγούνται, να ακολουθούν ή να εμφανίζονται παράλληλα αλλά ανεξάρτητα με την εξαρτητική συμπεριφορά (Λιάππας & Παπαρρηγόπουλος & Τζαβέλας & Κοντοάγγελος & Καρύδης & Ραμπαβίλας, 2003), (Μέλλος & Λιάππας, 2006).

5.2 Διαγνωστικά Κριτήρια

Επειδή ο όρος Αλκοολισμός στερείται σαφούς ορισμού, στο διαγνωστικό – ταξινομικό σύστημα DSM – IV περιγράφεται με τους όρους «κατάχρηση» και «εξάρτηση» από το αλκοόλ (Λιάππας & Παπαρρηγόπουλος & Τζαβέλας & Κοντοάγγελος & Καρύδης & Ραμπαβίλας, 2003).

Σύμφωνα με το DSM – IV, η διάγνωση του αλκοολισμού, εξάρτησης και κατάχρησης από αλκοόλ, είναι παρόμοια με αυτά που ισχύουν για τις υπόλοιπες ψυχοτρόπες ουσίες. Τα κριτήρια αυτά όπως και τα κριτήρια αλκοολικής τοξίκωσης όπως και του στερεητικού συνδρόμου από αλκοόλ παρατίθενται παρακάτω:

Εξάρτηση από αλκοόλ: η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες ορίζεται ως ένας «δυσπροσαρμοστικός τύπος χρήσης ουσιών, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω, τα οποία συμβαίνουν οποτεδήποτε μέσα στην ίδια χρονική περίοδο 12 μηνών» (Μάνος, Ν., 1997: 508):

- 1) Ανοχή: ανάγκη λήψης αυξημένης ποσότητας αλκοόλ για να επιτευχθεί η τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα, ή περιορισμένο αποτέλεσμα με τη συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ.
- 2) Στερητικό σύνδρομο:
 - a) Χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο το οποίο παρατηρείται όταν υπάρχει:
 - A. Παύση ή ελάττωση της χρήσης αλκοόλ, που υπήρξε βαριά και παρατεταμένη
 - B. Δύο ή περισσότερα από τα επόμενα που αναπτύσσονται μέσα σε μερικές ώρες έως λίγες μέρες μετά το κριτήριο A:
 - i. Υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ. εφίδρωση ή περισσότεροι από 100 σφυγμοί)
 - ii. Αυξημένος τρόμος χεριών
 - iii. Αϋπνία

- iv. Ναυτία ή εμετός
- v. Παροδικές οπτικές, απτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις
- vi. Ψυχοκινητική διέγερση
- vii. Άγχος
- viii. Σπασμοί grand mal
 - b) Η ίδια ή παρόμοια ουσία λαμβάνεται για να ανακουφιστούν ή να αποφευχθούν στερητικά συμπτώματα
 - 3) Συχνά το αλκοόλ λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου.
 - 4) Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή αποτυχημένες προσπάθειες του ατόμου να ελαττώσει ή να ελέγξει την χρήση της ουσίας
 - 5) Ξοδεύεται πολύς χρόνος σε δραστηριότητες σχετικές με την ανεύρεση, την χρήση ή για να συνέλθει από την ουσία
 - 6) Εγκαταλείπονται ή μειώνονται σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες λόγω της χρήσης αλκοόλ
 - 7) Συνέχιση της χρήσης αλκοόλ παρόλο την επίγνωση ότι έχει ένα επίμονο ή υποτροπιάζον σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα που είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από αυτό (Μάνος, 1997).

Κατάχρηση αλκοόλ: η κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών ορίζεται ως «ένας δυσπροσαρμοστικός τύπος χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω που συμβαίνουν μέσα σε μια περίοδο 12 μηνών» (Μάνος, Ν., 1997: 508):

- 1) Υποτροπιάζουσα χρήση ουσιών που έχει σαν αποτέλεσμα αδυναμία του ατόμου να εκπληρώσει σημαντικές υποχρεώσεις στην οικογένεια, στις σπουδές ή στην εργασία (π.χ. παραμέληση παιδιών ή συζύγου, απουσίες, αποβολές ή εκδιώσεις από τα μαθήματα ή από την θέση εργασίας, που σχετίζονται με την χρήση ουσιών).
- 2) Υποτροπιάζουσα χρήση αλκοόλ σε περιπτώσεις που αυτό είναι επικίνδυνο (π.χ. οδήγηση αυτοκινήτου έχοντας καταναλώσει αλκοόλ).
- 3) Υποτροπιάζοντα προβλήματα με τον νόμο που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ (π.χ. συλλήψεις για διαταραγμένη διαγωγή).
- 4) Συνεχιζόμενη λήψη αλκοόλ παρά την ύπαρξη επίμονων ή υποτροπιάζοντων προσωπικών ή κοινωνικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επαυξάνονται λόγω της λήψης της ουσίας (π.χ. διαπληκτισμοί με τον/την σύντροφο) (Μάνος, 1997).

Αλκοολική τοξίκωση: Πρόσφατη λήψη αλκοόλ η οποία συνοδεύεται από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές ή ψυχολογικές αλλαγές (π.χ. απρόσφορη σεξουαλική ή επιθετική συμπεριφορά, ευμετάβλητη διάθεση, έκπτωση της κρίσης, της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας) οι οποίες αναπτύσσονται κατά την διάρκεια ή λίγο μετά την λήψη αλκοόλ. Παράλληλα αναπτύσσονται ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα σημεία: δυσαρθρική ομιλία, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων, αστάθεια του βαδίσματος, νυσταγμός, έκπτωση της προσοχής ή της μνήμης, εμβροντησία ή κώμα (Μάνος, 1997).

Στερητικό σύνδρομο από αλκοόλ: Παύση ή μείωση της χρήσης αλκοόλ που υπήρξε βαριά και παρατεταμένη και η επακόλουθη ανάπτυξη δύο ή περισσότερων των

ακόλουθων συμπτωμάτων μέσα σε διάστημα μερικών ωρών έως και λίγων ημερών: Υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ. εφίδρωση ή περισσότεροι από 100 σφυγμοί), Αυξημένος τρόμος χεριών, Αϋπνία, Ναυτία ή εμετός, Παροδικές οπτικές, απτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις, Ψυχοκινητική διέγερση, Άγχος, Σπασμοί grand mal. Πρέπει επίσης να προσδιοριστεί εάν η συγκεκριμένη διαταραχή συνυπάρχει ή όχι με διαταραχές της αντίληψης. Ο προσδιορισμός αυτός σημειώνεται όταν εμφανιστούν ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις χωρίς να διαταραχθεί η επαφή με την πραγματικότητα (δηλαδή το άτομο γνωρίζει ότι οι ψευδαισθήσεις προκλήθηκαν από την ουσία και δεν αποτελούν εξωτερική πραγματικότητα). Αν διαταραχθεί τότε θα πρέπει να τίθεται διάγνωση ψυχωσικής διαταραχής προκαλούμενης από αλκοόλ και συνοδεύεται με ψευδαισθήσεις (Μάνος, 1997).

5.3 Συννοσηρότητα

Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό αλκοολικών, σχεδόν τα 2/3, πληρούν κριτήρια και άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (Μέλλος & Λιάππας, 2006).

Η συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών περιγράφεται συνήθως από τον όρο «διπλή διάγνωση» ή «συννοσηρότητα» και διατυπώθηκαν αρχικά το 1970 από τον Feinstein (Μέλλος & Λιάππας, 2006).

Δεν είναι όμως ξεκάθαρη η σχέση μεταξύ των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών χρήσης ουσιών. Για αυτό τον λόγο διατυπώθηκαν κάποιες υποθέσεις σε μια προσπάθεια να εξηγήσουν την συννοσηρότητα. Οι κυριότερες από αυτές αναπτύσσονται στα ακόλουθα μοντέλα και παραπάνω από ένα μοντέλο μπορεί να έχει εφαρμογή σε ένα άτομο:

- Αιτιακή σχέση (το ένα επακόλουθο του άλλου): Αναφέρεται στο ότι η ψυχική διαταραχή είναι η κύρια διαταραχή που οδήγησε στην διαταραχή χρήσης ουσιών είτε η διαταραχή χρήσης ουσιών είναι η κύρια διαταραχή με συνέπεια την ψυχική διαταραχή. Δηλαδή τα ψυχιατρικά συμπτώματα και διαταραχές προϋπήρχαν για μεγάλο διάστημα οπότε το άτομο καταφεύγει στην κατανάλωση αλκοόλ για να απαλύνει τον ψυχολογικό του πόνο. Αντιθέτως η ίδια η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει ψυχιατρικές επιπλοκές που να οδηγήσουν σε ψυχιατρική ασθένεια.
- Τρίτος παράγοντας: Ο τρίτος παράγοντας είναι η κοινή αιτία της ψυχικής διαταραχής και της διαταραχής χρήσης ουσιών. Μπορεί να είναι βιολογικός, ψυχοκοινωνικός, να σχετίζεται με το ίδιο το άτομο και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Μπορεί επίσης να συμβάλλουν οι εμπειρίες του ατόμου (π.χ. τραυματικές εμπειρίες) ή το περιβάλλον με το οποίο συνδέεται (π.χ. οικογένεια, κοινωνική τάξη).
- Η συννοσηρότητα οφείλεται στην τύχη: υπάρχει διαφορετική αιτιολογία ανάμεσα στην διαταραχή χρήσης ουσιών και στην ψυχική διαταραχή αλλά τα ποσοστά που εμφανίζουν συννοσηρότητα είναι τόσο υψηλά που δεν γίνεται να αποδοθούν στην τύχη.
- Το μοντέλο διπλής κατεύθυνσης: Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το άτομο υποφέρει από δύο διαφορετικές διαταραχές που η μια επιδεινώνει την

άλλη ανεξάρτητα από την αιτία τους. Μπορεί να έχουν διαφορετική πορεία ή η μια να προδιαθέτει την άλλη (Λεωνιδάκη & Μαλλιώρα, 2009).

Στο διαγνωστικό-ταξινομικό σύστημα DSM-IV έγινε μια προσπάθεια καθορισμού σαφών κριτηρίων αναφορικά με την συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία των αλκοολικών ατόμων, με αποτέλεσμα να περιγράφονται κλινικά δύο κυρίως τύποι συννοσηρότητας:

1) Ανάμεσα στα άτομα με κατάχρηση/εξάρτηση από το οινόπνευμα η διάγνωση πρωτοπαθής ψυχιατρική διαταραχή μπορεί να τεθεί είτε όταν η συνδρομή αυτή έχει εμφανιστεί πριν από τη έναρξη της κατάχρησης του οινόπνευματος ή εάν η συνδρομή παραμένει 4 και πλέον εβδομάδες μετά τη διακοπή της χρήσης

2) Σε αντιδιαστολή ως δευτεροπαθής η επαγόμενη από το αλκοόλ ψυχοπαθολογική διαταραχή καθορίζεται εκείνη που συμβαίνει μόνο κατά την περίοδο της κατάχρησης της ουσίας και η οποία υποχωρεί σημαντικά μέσα σε ένα μήνα από τη διακοπή της χρήσης αλκοόλ (Μέλλος & Λιάππας, 2006).

Επειδή η διάκριση ανάμεσα στην πρωτοπαθή ψυχιατρική διαταραχή και σε αυτή που προκαλείται από την κατάχρηση οινόπνευματος αποτελεί συχνά μια δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία διακρίθηκαν τέσσερα κλινικά σημεία μπορεί να είναι βοηθητικά στην προσπάθεια αυτή

- 1) Η ακριβής αναγνώριση της ψυχοπαθολογία
- 2) Η ακριβής χρονική έναρξη της ψυχοπαθολογίας
- 3) Η τυχόν ύπαρξη της ψυχοπαθολογίας στα διαστήματα αποχής από το οινόπνευμα
- 4) Η παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχοπαθολογίας για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα

Οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με την κατάχρηση/εξάρτηση από το αλκοόλ είναι:

- 1) Οι συναισθηματικές διαταραχές
- 2) Οι αγχώδεις διαταραχές
- 3) Διαταραχές της προσωπικότητας
- 4) Οι ψυχωσικές διαταραχές
- 5) Οι διαταραχές διατροφής (Μέλλος & Λιάππας, 2006).

5.3.1 Συναισθηματικές Διαταραχές

Σύμφωνα με τον Μέλλο (2009) διάφορες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό έως και 80% των αλκοολικών αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ τουλάχιστον το 1/3 από αυτούς εμφανίζουν κλινική εικόνα που εμπίπτει στα πλαίσια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στις αλκοολικές γυναίκες, στα άτομα με μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, και όπου υπάρχει ιστορικό οικογενειακής κατάχρησης. Στα άτομα που υπάρχει διαταραχή συνδεόμενη με το αλκοόλ καθώς και μείζονα καταθλιπτική διαταραχή παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας καθώς και χρήση/κατάχρηση και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (Λιάππας & Παπαρρηγόπουλος & Τζαβέλλας & Κοντοάγγελος & Καρύδης & Ραμπαβίλας, 2003).

Είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη το πρόβλημα της διαφοροδιάγνωσης μεταξύ της πρωτοπαθούς συναισθηματικής διαταραχής και της δευτεροπαθούς διαταραχής που οφείλεται στην κατάχρηση αλκοόλ και με τις σχετικές με αυτό ψυχοτρόπες ιδιότητες (Λιάππας & Παπαρρηγόπουλος & Τζαβέλλας & Κοντοάγγελος & Καρύδης & Ραμπαβίλας, 2003).

Οι περισσότερες μελέτες φαίνεται να υποστηρίζουν ότι η συναισθηματικού τύπου συμπτωματολογία που παρατηρείται στους αλκοολικούς, κατά ένα μεγάλο ποσοστό ανήκει στην δευτεροπαθή συναισθηματική διαταραχή προκαλούμενη από το αλκοόλ και όχι στην πρωτοπαθή κλινική συνδρομή. Την άποψη αυτή ενισχύει το γεγονός ότι τα παιδιά των αλκοολικών έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν και αυτά προβλήματα κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα αλλά όχι και συναισθηματικού τύπου διαταραχές, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό και ότι δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ παιδικής κατάθλιψης και αλκοολισμού στην ενήλικη ζωή (Μέλλος, 2009).

Ως προς την πρωτοπαθή συναισθηματική διαταραχή συνηγορούν στοιχεία όπως:

- i. Ύπαρξη ιστορικού άγχους αποχωρισμού και φοβικής συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία
- ii. Οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής
- iii. Οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής σε δύο ή περισσότερες γενεές
- iv. Ιστορικό ψυχοπαθολογίας συναισθηματικής διαταραχής κατά την διάρκεια μεγάλων περιόδων αποχής
- v. Η έναρξη ψυχοπαθολογίας πριν την εμπλοκή του ατόμου με το αλκοόλ
- vi. Εμφάνιση υπο- ή μανιακής αντίδρασης μετά την έναρξη αντικαταθλιπτικής αγωγής

Ως προς την δευτεροπαθή συναισθηματική διαταραχή συνηγορούν στοιχεία όπως:

- i. Ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων που αν και μπορεί να προηγούνται της κατάχρησης αλκοόλ, δεν πληρούν τα απαραίτητα κριτήρια κατά DSM-IV για να τεθεί η διάγνωση της μείζονος συναισθηματικής διαταραχής
- ii. Η συναισθηματική διαταραχή συμπίπτει με την έναρξη του αλκοολισμού
- iii. Η συναισθηματική συμπτωματολογία εμφανίζεται ως συνέπεια της κατάχρησης/εξάρτησης από το αλκοόλ
- iv. Η συναισθηματικού τύπου ψυχοπαθολογία υποχωρεί άμεσα μετά την σωματική απεξάρτηση από το αλκοόλ (Λιάππας & Παπαρρηγόπουλος & Τζαβέλλας & Κοντοάγγελος & Καρύδης & Ραμπαβίλας, 2003).

Σύμφωνα με τον Μέλλο (2009), στην μελέτη ECA των ΗΠΑ μεταξύ των ασθενών με διπολική διαταραχή ποσοστό 56% παρουσίαζε προβλήματα κατάχρησης εθιστικών ουσιών και ποσοστό 44% προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ. Επίσης στη μελέτη NCS οι ασθενείς με διπολική διαταραχή είχαν 7πλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα κατάχρησης/εξάρτησης από εθιστικές ουσίες και αλκοόλ.

Επίσης υπάρχουν ενδείξεις για κοινή γενετική προδιάθεση μεταξύ της διπολικής διαταραχής και του αλκοολισμού. Υπάρχει όμως και η άποψη ότι στους ασθενείς με διπολική διαταραχή ο αλκοολισμός αποτελεί δευτεροπαθές φαινόμενο (Λιάππας & Παπαρρηγόπουλος & Τζαβέλλας & Κοντοάγγελος & Καρύδης & Ραμπαβίλας, 2003).

Η συνύπαρξη διπολικής συναισθηματικής διαταραχής και αλκοολισμού προκαλεί σοβαρές επιπτώσεις διότι οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν περισσότερα και βαρύτερα μανιακά και μικτά επεισόδια, αυξημένα επιθετικά/παρορμητικά και αυτοκτονικά

συμπεριφορά, αυξημένο αριθμό νοσηλειών και γενικά χειρότερη πρόγνωση (Μέλλος, 2009).

5.3.2 Αγχώδεις Διαταραχές

Είναι γνωστό ότι το οινόπνευμα έχει αγχολυτικές ιδιότητες αλλά σύμφωνα με κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα αυτό ισχύει μόνο για μικρές ποσότητες χρήσης οινόπνευματος διότι η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινόπνευματος ή ακόμα και μέτριων ποσοτήτων, μπορούν να προκαλέσουν άγχος και ανησυχία και να εμφανιστούν ακόμα και αισθήματα κατάθλιψης. Επιπλέον η απότομη διακοπή του οινόπνευματος προκαλεί σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που διαρκούν 4 – 5 μέρες περίπου ενώ συχνά ακολουθεί μια περίοδος έως μερικούς μήνες κατά την οποία ο πρώην αλκοολικός εμφανίζει ήπια συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης καθώς και μεγάλη αστάθεια στην νευροφυτική του ισορροπία (Μέλλος & Λιάππας, 2006).

Οι αλκοολικοί εμφανίζουν σοβαρή συμπτωματολογία αγχώδους διαταραχής σε ποσοστά κατά πολύ υψηλότερα από ότι ο γενικός πληθυσμός. Αυτή η συμπτωματολογία μπορεί να παίρνει τη μορφή κρίσεων πανικού, φοβικού τύπου διαταραχών, η και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (Μέλλος & Λιάππας, 2006). Οπότε το αλκοόλ πολλές φορές χρησιμοποιείται ως μια μορφή αυτοθεραπείας ώστε τα άτομα αυτά να ανταπεξέλθουν στα συγκεκριμένα συμπτώματα (Λιάππας & Παπαρρηγόπουλος & Τζαβέλλας & Κοντοάγγελος & Καρύδης & Ραμπαβίλας, 2003).

Οι αγχώδεις διαταραχές που φαίνεται να συνυπάρχουν συχνότερα στους αλκοολικούς ως πρωτοπαθή ψυχοπαθολογικά σύνδρομα είναι οι κρίσεις πανικού και σε μικρότερο βαθμό η κοινωνικού τύπου φοβία. Άλλες μελέτες δείχνουν ότι οι φοβικές καταστάσεις συχνότερα προηγούνται της κατάχρησης οινόπνευματος, οι ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές και οι κρίσεις πανικού έχουν μια πιο ευκαιριακή σχέση με τον αλκοολισμό και τέλος η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή συνήθως καταγράφεται μετά την ανάπτυξη της εξαρτητικής συμπεριφοράς από το οινόπνευμα (Μέλλος, 2009).

5.3.3 Διαταραχές της Προσωπικότητας

Οι διαταραχές προσωπικότητας απαντώνται αρκετά συχνά μεταξύ των αλκοολικών. Οι πιο συχνές από αυτές είναι η αντικοινωνική, η παρανοειδής, η μεθοριακή, η οιστριονική, η αποφευκτική και η εξαρτητική. Η διεθνής βιβλιογραφία επικεντρώνεται κυρίως στην αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας η οποία και αποτελεί την πιο συχνή διάγνωση όσον αφορά τις διαταραχές προσωπικότητας. Οι αλκοολικοί με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας φαίνεται να έχουν νεώτερη ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ, περισσότερες παραβατικού τύπου συμπεριφορές και εργασιακά και κοινωνικού τύπου προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, μεγαλύτερη ημερήσια κατανάλωση οινόπνευματος και περισσότερες πιθανότητες χρήσης και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (Μέλλος & Λιάππας, 2006).

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αντικοινωνική διαταραχή συμπεριφοράς είναι πιο συχνή σε άντρες και πιθανόν να προϋπάρχει και να σχετίζεται με τον αλκοολισμό. Άλλοι ερευνητές όμως υποστηρίζουν ότι η συγκεκριμένη διαταραχή και ο αλκοολισμός έχουν διαφορετική αιτιολογία η καθεμία (Λιάππας & Παπαρρηγόπουλος & Τζαβέλλας & Κοντοάγγελος & Καρύδης & Ραμπαβίλας, 2003).

5.3.4 Ψυχωσικές διαταραχές

Είναι πολύ σημαντικό πριν τεθεί ακριβή διάγνωση, να διαφοροποιηθεί η ύπαρξη ψυχωσικών συμπτωμάτων που εκδηλώνονται σε αρκετές περιπτώσεις χρηστών οινόπνεύματος από την καθεαυτό ψυχωσική διαταραχή. Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις περιγράφονται και σε άλλες κλινικές οντότητες και συνδέονται με το αλκοόλ, όπως το στερητικό σύνδρομο, το τρομώδες παραλήρημα, την συνδρομή Wernicke-Korsakoff, την εγκεφαλοπάθεια από αλκοολική πελάγρα, την αλκοολική άνοια και τη νόσο των Marchiafava-Bignami κ.α. (Μέλλος & Λιάππας, 2006).

Η χρόνια και μεγάλη χρήση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει μια κατάσταση παρανοειδούς ετοιμότητας η οποία μπορεί να κυμαίνεται από μια απλή καχυποψία μέχρι και το επίπεδο παραληρητικών ιδεών παρανοϊκού τύπου. Μπορεί επίσης να προκαλέσει και διαταραχές ως προς την αντίληψη και να προκύψουν ακουστικές, οπτικές ή απτικές ψευδαισθήσεις. Και οι δύο περιπτώσεις αναφέρονται στο DSM – IV ως Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Αλκοόλ, με Παραληρητικές Ιδέες και Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Αλκοόλ, με Ψευδαισθήσεις. (Μέλλος & Λιάππας, 2006).

Οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται κατά την διάρκεια της τοξίκωσης ή στο στάδιο του στερητικού συνδρόμου και είναι κυρίως ακουστικές με επικριτικό ή απειλητικό περιεχόμενο και δημιουργούν έντονο φόβο και άγχος στον ασθενή. Βασικό της χαρακτηριστικό είναι το καλό συνειδησιακό επίπεδο που την ξεχωρίζει από το Αλκοολικό Στερητικό Παραλήρημα. Υποχωρούν συνήθως σε μια εβδομάδα αλλά σε μερικές περιπτώσεις μπορεί και να κρατήσουν και μήνες για αυτό μόνο το ιστορικό της παύσης λήψης αλκοόλ ξεχωρίζει αυτή την διαταραχή από την Σχιζοφρένεια (Μάνος, 1997).

Επίσης ο αποκλεισμός άλλης πρωτοπαθούς ψυχιατρικής διαταραχής (π.χ. Σχιζοφρένεια) γίνεται εφόσον δεν υπάρχουν κριτήρια που να πληρούν αυτή την διαταραχή πριν από την έναρξη του αλκοολισμού ή κατά την διάρκεια περιόδων αποχής (Λιάππας & Παπαρηγόπουλος & Τζαβέλλας & Κοντοάγγελος & Καρύδης & Ραμπαβίλας, 2003).

Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια σε ποσοστό έως και 30% κάνουν κατάχρηση οινόπνεύματος . αυτό μπορεί να γίνεται για διάφορους λόγους. Ένας λόγος είναι η αποδιοργάνωση και η απομόνωση όπου οδηγεί η σχιζοφρένεια. Άλλος λόγος είναι η χρήση του αλκοόλ να γίνεται σε μια προσπάθεια να ανακουφιστεί το άτομο από τα ψυχωσικού τύπου συμπτώματα. Επιπλέον η χρήση του οινόπνεύματος μπορεί να διευκολύνει την εκδήλωση μιας προϋπάρχουσας ευαλωτότητας για ψυχωσικού τύπου καταστάσεις και επίσης η συνύπαρξη της κατάχρησης οινόπνεύματος και της ψυχωσικής διαταραχής αυξάνει την βαρύτητα της ψυχοπαθολογίας (Μέλλος & Λιάππας, 2006).

5.3.5 Διαταραχές της Διατροφής

Οι διαταραχές διατροφής και η κατάχρηση αλκοόλ συχνά συνυπάρχουν. Οι αλκοολικού τύπου διαταραχές πιο συχνά παρατηρούνται σε βουλιμικούς ασθενείς παρά σε ανορεκτικούς. Οι διαταραχές διατροφής επίσης συνδέονται και με την χρήση άλλων ουσιών εκτός από το αλκοόλ καθώς επίσης και με επικίνδυνες συμπεριφορές

όπως απόπειρα αυτοκτονίας, κλοπή, σεξουαλικές σχέσεις κ.ά. (Conason & Brunstein Klomek & Sher, 2006).

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία διαταραχών διατροφής και αλκοόλ εμφανίζουν στοιχεία οριακής συμπεριφοράς, κατάθλιψη, κοινωνική φοβία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και άλλες διαταραχές οπότε και η κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών να προσφέρουν κάποια ανακούφιση σε αυτά τα ψυχολογικά προβλήματα στα οποία τα άτομα με διαταραχές διατροφής είναι επιρρεπή (Conason & Brunstein Klomek & Sher, 2006).

Ακόμα στα άτομα αυτά αναφέρονται αυξημένα ποσοστά σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης καθώς και διαταραχών του κύκλου. Ίσως αυτός ο πληθυσμός να συνιστά μια διακριτή υποομάδα αλκοολικών ασθενών με ιδιαίτερα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, κλινικά συμπτώματα καθώς και πρόγνωση (Μέλλος, 2009).

Παρά το ιδιαίτερο ενδιαφέρον που έχει προσελκύσει τα τελευταία χρόνια η συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών και αλκοολικής εξάρτησης πολλά ζητήματα συνεχίζουν να παραμένουν αδιευκρίνιστα και αμφιλεγόμενα (Μέλλος, 2009). Χρειάζονται περισσότερες έρευνες για να γίνουν κατανοητοί οι ψυχοβιολογικοί μηχανισμοί στην συγκεκριμένη συννοσηρότητα. (Conason & Brunstein Klomek & Sher, 2006).

5.4 Συμπεράσματα

Η εξάρτηση/κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει αρκετά προβλήματα στον αλκοολικό. Ο αλκοολισμός όμως συνυπάρχει συχνά και με άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, το φαινόμενο της συννοσηρότητας, δυσκολεύοντας έτσι την διάγνωση και την θεραπεία. Το φαινόμενο συννοσηρότητας αλκοολικής εξάρτησης και ψυχιατρικών διαταραχών είναι αρκετά συχνό και έχει προσελκύσει ιδιαίτερα το κλινικό ενδιαφέρον. Δεν είναι όμως ξεκάθαρη η σχέση μεταξύ του αλκοολισμού και των διάφορων ψυχιατρικών διαταραχών για αυτό και χρειάζονται περισσότερες έρευνες για να κατανοηθεί η ουσιαστική ποιότητα των σχέσεων και των μηχανισμών που διέπουν την συννοσηρότητα. Πολύ σημαντικό είναι να καθοριστεί η ύπαρξη πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς ψυχοπαθολογίας ώστε να εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Επίσης χρειάζεται μια συστηματική και μακρόχρονη παρακολούθηση εξέλιξης της ψυχοπαθολογίας ιδιαίτερα σε περιόδους αποχής για να διαμορφωθεί μια πιο ξεκάθαρη εικόνα της και κατ'επέκταση της θεραπείας της (Μέλλος & Λιάππας, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

6.1 Εισαγωγή

Οι επιπτώσεις της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ οδηγούν σε σοβαρά προβλήματα υγείας. Το αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες προσβάλλει πολλά από τα ζωτικά όργανα του ανθρώπινου οργανισμού και προκαλεί διαταραχές τόσο σε οργανικό επίπεδο, όσο σε νευρολογικό και ψυχιατρικό επίπεδο.

Πέρα όμως από τις επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, το αλκοόλ προκαλεί και οικογενειακές συνέπειες. Το προβληματικό άτομο της οικογένειας βρίσκεται πολλές φορές στο περιθώριο, καθώς μένει αμέτοχο στις οικογενειακές υποθέσεις και υποχρεώσεις, ενώ τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας προσπαθούν να συνεχίσουν τη ζωή τους, έχοντας όμως όλη αυτή η κατάσταση αντίκτυπο στην ψυχολογική τους κατάσταση.

Τέλος, το αλκοόλ προξενεί και σοβαρές κοινωνικές συνέπειες, αφού το άτομο που είναι υπό την επήρεια αλκοόλ, βρίσκεται σε ανεξέλεγκτη κατάσταση και είναι πολύ πιθανό να διαπράξει πολλά αδικήματα, βάζοντας σε κίνδυνο, όχι μόνο τη δική του ζωή, αλλά και τις ζωές άλλων ανθρώπων.

6.2 Σωματικές Επιπτώσεις

Οι συνέπειες από την κατανάλωση του αλκοόλ στον οργανισμό του ατόμου είναι πολλές. Το αλκοόλ επηρεάζει καταλυτικά τον ανθρώπινο οργανισμό.

Εγκέφαλος: Το αλκοόλ επηρεάζει τις «κυψέλες» του εγκεφάλου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ζαλάδες, θολή σκέψη, τρίκλισμα, μπέρδεμα στην ομιλία. Το αλκοόλ σχετίζεται με νευροψυχολογικά ελλείμματα που περιλαμβάνουν την προσοχή, την μνήμη, με εκτελεστικές λειτουργίες όπως ο συντονισμός, επεξεργασία και γνωστικές λειτουργίες, και με προβλήματα στην κοινωνική νόηση (Brozner, 2006).

Μάτια: Επειδή το αλκοόλ επηρεάζει το νευρικό σύστημα, είναι δύσκολο για τους μυς των ματιών να λειτουργήσουν και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη θολή όραση.

Στόμα - Λάρυγγας: Στο αλκοόλ η πέψη δε γίνεται όπως στα άλλα υγρά. Η απορρόφηση από το σώμα αρχίζει μέσω του στόματος και του λάρυγγα, με αποτέλεσμα να προκαλεί πονόλαιμους και έλκος.

Καρδιά: Το αλκοόλ αυξάνει τη δουλειά της καρδιάς με αποτέλεσμα τις αρρυθμίες και την υψηλή πίεση.

Συκώτι: Το αλκοόλ μπορεί να δηλητηριάσει το συκώτι. Η μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει κάποιος περνά από το συκώτι. Γι' αυτό το λόγο βλάπτει περισσότερο το συκώτι.

Στομάχι: Το αλκοόλ ερεθίζει το πεπτικό σύστημα. Εμετοί και πόννοι που προκαλούν έλκος είναι τα άμεσα αποτελέσματα.

Νεφρά: Το αλκοόλ μπορεί να σταματήσει τη λειτουργία των νεφρών, που είναι να διατηρούν τη σωστή ισορροπία των υγρών και των μετάλλων στο σώμα.

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

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

Μυς: Το αλκοόλ προκαλεί αδυναμία των μυών με αποτέλεσμα το τρέκλισμα και την επιρρέπεια στα πεσίματα. (Τσαρούχας, 2000)

Στη συνέχεια αναφερόμαστε πιο εκτεταμένα στις οργανικές διαταραχές που προκαλούνται από την κατάχρηση της αλκοόλ, καθώς και σε νευρολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά και στις έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με τα ποσοστά της επικινδυνότητας του στον ανθρώπινο οργανισμό.

6.3 Οργανικές διαταραχές

Οι ηπατικές βλάβες λόγω της κατάχρησης του αλκοόλ είναι γνωστές περισσότερο από κάθε άλλη οργανική διαταραχή. (Ποταμιάνος, 1991)

Οι Williams & Davis (1979), αναφέρουν ότι ο δείκτης θνησιμότητας από αλκοολική κίρρωση του ήπατος είναι από 7 έως 13 φορές μεγαλύτερος στους αλκοολικούς από ότι σε μετριοπαθείς πότες. Αναφέρουν, επίσης στοιχεία που δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες στην κίρρωση και την αλκοολική ηπατίτιδα από ότι είναι οι άντρες. Επιπλέον, ο Leibach (1974) έδειξε ότι η ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνει ένα άτομο έχει σχέση με το βαθμό της βλάβης που προξενείται στο ήπαρ, όπως καθορίζεται από τη βιοψία του ήπατος. (Ποταμιάνος, 1991)

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η άποψη που επικρατεί σχετικά με τη σύνδεση του «τύπου αλκοολικού ποτού» και του βαθμού οργανικής ή άλλης διαταραχής είναι εσφαλμένη. Είναι κοινή η αντίληψη ότι τα «σκληρά ποτά» προξενούν μεγαλύτερη βλάβη από τα «μαλακά ποτά», όπως μπύρα, κρασί κ. λ. π. Αυτή η άποψη είναι λανθασμένη, γιατί το ήπαρ δε διαφοροποιεί τα σκληρά από τα μαλακά ποτά. Απλά μεταβολίζει την αλκοόλη σε οποιαδήποτε μορφή αυτή καταναλώνεται. Έτσι, η κατάχρηση μπύρας ή κρασιού είναι τόσο βλαβερή όσο και η κατάχρηση ουίσκι ή τζιν. (Ποταμιάνος, 1991)

Οι πιο γνωστές διαταραχές του ήπατος σχετικές με την κατάχρηση του αλκοόλ είναι η οξεία αλκοολική ηπατίτιδα και η κίρρωση του ήπατος. (Λαμάρα Κελέσεβα - Ουμουδουμίδου 2000 , Ποταμιάνος 1991, Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον, 1981)

Η συγκεκριμένη βλάβη αποτελεί βαριά μορφή αλκοολικής ηπατικής νόσου και χαρακτηρίζεται από νέκρωση και μόνιμη αλλοίωση της αρχιτεκτονικής του ήπατος. Η αλκοολική ηπατίτιδα είναι πρόδρομη κατάσταση της αλκοολικής κίρρωσης και είναι αποτέλεσμα χρόνιας κατανάλωσης επικίνδυνων ποσοτήτων οινοπνεύματος (Κάντζα, 2007).

Άλλο σωματικό επακόλουθο της κατάχρησης της αλκοόλης είναι η Οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα, της οποίας χαρακτηριστικό είναι ο πόνος στη ράχη, η απώλεια βάρους και η γενική αδυναμία του. (Παπαγεωργίου, 2005)

Καρδιαγγειακές διαταραχές

Η καρδιά είναι ένα άλλο σημαντικό όργανο, η λειτουργία του οποίου επηρεάζεται από την κατάχρηση του αλκοόλ. Η σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και μυοκαρδιοπάθειας είναι γνωστή. (Λαμάρα Κελέσεβα – Ουμουδουμίδου, 2000 , Ποταμιάνος, 1991). Θεωρείται ότι το αλκοόλ δρα ταξικά απευθείας πάνω στον καρδιακό μυ, με αποτέλεσμα να υπάρχουν διαταραχές στη δομή και τη λειτουργία του. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι οι διαταραχές του ρυθμού, υπερτροφία και καρδιακή ανεπάρκεια. (Παπαγεωργίου 2005). Γνωστή επίσης είναι και η σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και υπέρτασης. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι προβληματικοί πότες είναι περισσότερο υπερτασικοί σε σύγκριση με τους μη - προβληματικούς πότες, ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν μια σημαντική σχέση κατανάλωσης αλκοόλ και συστολικής πίεσης. (Ποταμιάνος, 1991)

Καρκίνος

Μελέτες που άρχισαν από τη δεκαετία το 50' μέχρι και σήμερα φέρουν ενδεικτικά στοιχεία για το ρόλο της κατάχρησης του αλκοόλ στην καρκινογένεση. Η πλειοψηφία αυτών των μελετών έδειξαν ότι η κατάχρηση του αλκοόλ μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στον καρκίνο του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του στομάχου και του ήπατος. (Ποταμιάνος 1991) Εκτός αυτού, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας περίπου το 3% όλων των ειδών του καρκίνου οφείλονται στο αλκοόλ. (Τσαρούχας 2000) Εκτιμάται δε, ότι οι πιθανότητες του καρκίνου σε αλκοολικά άτομα είναι 10 φορές περισσότερες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. (Ποταμιάνος, 1991)

Αλκοολική μυοπάθεια

Η χρόνια αλκοολική μυοπάθεια είναι ένα από τα πολλά οργανικά προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση του αλκοόλ. Χαρακτηρίζεται από μια βαθμιαία και συνήθως ανώδυνη φθορά και αδυναμία των κεντρικών μυών ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται στα πόδια. Η αλκοολική μυοπάθεια εμφανίζεται σε αλκοολικούς τουλάχιστον με 10 χρόνια ιστορικό κατάχρησης του αλκοόλ και με ελάχιστη καθημερινή κατανάλωση όχι μικρότερη των 10 gr. Η συχνότητα αυτής της ασθένειας παραμένει απροσδιόριστη. (Ποταμιάνος, 1991)

Υποσιτισμός

Ο υποσιτισμός είναι ένα από τα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού, αν και η σχέση μεταξύ κατανάλωσης του αλκοόλ και διατροφής παραμένει ασαφής. Ωστόσο, είναι γνωστό, ότι οι περισσότεροι αλκοολικοί που εισάγονται στο νοσοκομείο αναφέρουν βαθμιαία μείωση του βάρους τους. Σε μια σειρά από μελέτες σχετικές με τον υποσιτισμό των αλκοολικών, υποστηρίχθηκε ότι το φαινόμενο του υποσιτισμού ήταν αποτέλεσμα ανεπαρκούς διατροφής, που χαρακτηρίζει πολλούς προβληματικούς πότες. Ενώ σύμφωνα με τη Morgan (1982), ο υποσιτισμός των αλκοολικών οφείλεται κυρίως σε παράγοντες όπως η κακή πέψη και απορρόφηση των θρεπτικών στοιχείων και ο ελαττωματικός μεταβολισμός αυτών των στοιχείων. (Βακόνδιος, 2009, Ποταμιάνος, 1991)

6.4 Νευρολογικές διαταραχές

Οι νευρολογικές διαταραχές είναι και αυτές μαζί με τις οργανικές οι κυριότερες επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ. Παρουσιάζονται συχνά στο χρόνιο αλκοολικό και προσβάλλουν περίπου το 10-20% αυτού του πληθυσμού. (Ποταμιάνος 1991) Από τη χρόνια δηλητηρίαση του νευρικού συστήματος από το αλκοόλ, μπορεί να προκληθούν βαριές και μη επανορθώσιμες βλάβες στο νευρικό ιστό. (Παπαγεωργίου 2005) Η περιφερειακή νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο Wernicke - Korsakoff και η αλκοολική άνοια είναι μερικές από τις νευρολογικές διαταραχές που έχουν άμεση σχέση με τον αλκοολισμό. (Τζαφφη, Πήτερσον, Χόντσον 1981, Ποταμιάνος, 1991)

Η περιφερειακή νευροπάθεια είναι η πιο κοινή νευρολογική διαταραχή και εμφανίζεται τουλάχιστον στο 10% των χρόνιων αλκοολικών. (Ποταμιάνος 1991) Κυρίως έχουμε συμπτώματα από την περιφέρεια και ιδιαίτερα τα πόδια. Σαν υποκειμενικά συμπτώματα παρουσιάζονται κυρίως πόνοι στη γάμπα του ποδιού και μυϊκοί σπασμοί των μυών της κνήμης. (Παπαγεωργίου 2005) Μπορεί επίσης, να έχει

ως αποτέλεσμα τη σημαντική ανεπάρκεια των αισθητηρίων οργάνων. Ωστόσο υπάρχει η πιθανότητα η ασθένεια αυτή να είναι ασυμπτωματική. Σύμφωνα με τους Martin et al (1982) η περιφερειακή νευροπάθεια εμφανίζεται ανεξάρτητα από τη χρόνια μυοπάθεια των σκελετικών μυών, η οποία είναι κοινή διαταραχή στους χρόνιους αλκοολικούς. (Βακόνδιος, 2009 , Ποταμιάνος, 1991)

Το σύνδρομο Wernicke - Korsakoff είναι η πιο σοβαρή περίπτωση νευρολογικής διαταραχής (ουσιαστικά εγκεφαλικής βλάβης). Το σύνδρομο οφείλεται στην ανεπάρκεια της θειαμίνης και τα κύρια συμπτώματα είναι διανοητική διαταραχή οργανικής μορφής, μυϊκή ασυνεργία και αμνησία. Πολλοί από τους ασθενείς με το παραπάνω σύνδρομο πεθαίνουν, εκτός και αν τους χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή στα αρχικά στάδια της νόσου. (Βακόνδιος, 2009 , Ποταμιάνος, 1991)

Η αλκοολική άνοια είναι μια ασθένεια παρόμοια με το σύνδρομο Wernicke - Korsakoff. Οι κυριότερες επιπτώσεις αυτής της νόσου έχουν σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες του ασθενούς και ιδιαίτερα με τη δυνατότητα μάθησης και οπτικής αντίληψης, όπως επίσης και με τη δυνατότητα της αφαιρετικής σκέψης και της ψυχοκινητικής λειτουργίας. (Ποταμιάνος, 1991)

Ο ρόλος της ελλιπούς διατροφής έχει σημαντική θέση στις παραπάνω νευρολογικές διαταραχές αλλά και στη γενικότερη λειτουργία του εγκεφάλου. Ανεπάρκεια βιταμινών της σειράς Β και ιδιαίτερα η έλλειψη βιταμίνης Β12 είναι το κυριότερο αίτιο των νευρολογικών διαταραχών. Σύμφωνα με τον Marsden (1979), παρόλο που οι περισσότεροι αλκοολικοί παρουσιάζονται με ένα κύριο νευρολογικό πρόβλημα, πολλοί από αυτούς εκδηλώνουν και πρόσθετα νευρολογικά συμπτώματα ή άλλες διαταραχές (πχ. επιληπτικά επεισόδια, αλκοολική ατροφία της παρεγκεφαλίτιδας) κατά τη διάρκεια της εξάρτησης από το αλκοόλ. (Ποταμιάνος, 1991)

Σαν επιληπτικά επεισόδια, που οφείλονται στην κατάχρηση του αλκοόλ μπορούν να θεωρηθούν αυτά που εμφανίζονται: α) είτε στο σύνδρομο εξάρτησης, β) είτε σε χρόνια αλκοολικούς, που πριν δεν είχαν εμφανίσει τέτοιου είδους συμπτώματος και στους οποίους δε βρίσκεται καμιά άλλη οργανική διαταραχή. Χαρακτηριστικό είναι ότι εμφανίζονται ακόμη και μετά την παραίτηση από τη χρήση αλκοόλ και έχουν συνήθως γενικευμένο χαρακτήρα. (Παπαγεωργίου, 2005)

Τέλος, τα χαρακτηριστικά της αλκοολικής ατροφίας της παρεγκεφαλίτιδας είναι το άτακτο βάδισμα, η δυσαρθρία και το τρέμουλο των χεριών. (Παπαγεωργίου 2005)

6.5 Ψυχιατρικές διαταραχές

Σε όλους όσους έχουν δοκιμάσει αλκοόλ είναι λίγο - πολύ γνωστή η δράση του στον ψυχικό τους κόσμο. Φυσικό είναι, ότι όσο μεγαλύτερη γίνεται η ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνει ένα άτομο, τόσο θα αυξάνει και η δράση του πάνω στις διάφορες ψυχικές λειτουργίες. (Τζάφφη, Πήτερσον, Χάντσον 1981, Παπαγεωργίου, 2005)

Στην περίπτωση μάλιστα όπου γίνεται χρόνια χρήση σχετικά μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ έχουμε τέτοιες ψυχικές διαταραχές, που καμιά φορά δεν είναι πια επανορθώσιμες. Παπαγεωργίου, 2005)

Οι ψυχικές αυτές διαταραχές, ανάλογα με τη συμπτωματολογία που παρουσιάζουν, μπορούν να διαχωριστούν σε αυτοτελείς ψυχικές ασθένειες ώστε να είναι ευκολότερη, τόσο η διάγνωση, όσο και η θεραπεία τους. Παπαγεωργίου, 2005)

Απλή και επανορθώσιμη διαταραχή της ψυχικής λειτουργίας είναι η κατάσταση μέθης. Η μέθη μπορεί να έχει δυσάρεστα επακόλουθα τόσο σε σωματικό, όσο και κοινωνικό επίπεδο. Παπαγεωργίου, 2005)

Η επανόρθωση των ψυχικών λειτουργιών γίνεται αυτόματα μετά την παύση της δράσης του αλκοόλ στον εγκεφαλικό ιστό. Από καθαρά ψυχιατρική πλευρά η μέθη μπορεί να χαρακτηριστεί σαν «εξωγενής ψυχωτική κατάσταση με συμπτωματολογία ενός περαστικού οργανοψυχικού συνδρόμου». Κύρια συμπτώματα της αυτής της «περαστικής ψυχωτικής κατάστασης» είναι ως γνωστό η εύθυμη διάθεση, η ψυχοκινητική ανησυχία, η «διευκόλυνση» της επικοινωνίας, η ελάττωση της κριτικής σκέψης, η ασυμβίβαστη συμπεριφορά, μεγαλοϊδέες κλπ. (Παπαγεωργίου, 2005)

Εκτός από την απλή μέθη, σε πολλά άτομα παρουσιάζεται μια παράδοξη δράση του αλκοόλ, που θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε σαν «παθολογική μέθη». Η ψυχοκινητική ανησυχία που επιφέρει η χρήση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ εμφανίζεται εδώ με εντονότερη μορφή, το άτομο δεν είναι σε θέση να ελέγξει τις ψυχοκινητικές του λειτουργίες και παραγνωρίζει την πραγματικότητα. Συχνά παρουσιάζονται φανταστικές ιδέες και οπτικοαουστικό παραλήρημα. Όλα αυτά συνοδεύονται συνήθως από υπέρμετρο θυμό, άγχος και επιθετικότητα. Τις περισσότερες φορές η «παθολογική μέθη» καταλήγει σε ένα βαθύ ύπνο και απόλυτη αμνησία. Θεωρείται ότι πίσω από μια παθολογική μέθη κρύβεται ένα είδος ψυχοπαθητικής προσωπικότητας, που λόγω της δηλητηρίασης με το αλκοόλ και της απώλειας των ελεγκτικών μηχανισμών, εμφανίζεται στην επιφάνεια. (Παπαγεωργίου, 2005)

Άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, που παρουσιάζονται κυρίως μετά από χρόνια κατάχρηση του αλκοόλ, είναι:

- **Παράφρονη ζήλια:**

Παρουσιάζεται κυρίως σε άνδρες και έχει σαν αντικείμενο τη σύζυγο ή φίλη. Χαρακτηρίζεται από εντονότερες ιδέες ζήλιας, που παίρνουν παράλογο χαρακτήρα. Ο αλκοολικός ασθενής κατηγορεί συνεχώς τη σύζυγο ότι τον απατά, προσπαθεί να ελέγξει κάθε της κίνηση, εξετάζει τα εσώρουχα της κλπ. Ολόκληρη η σκέψη του καταλαμβάνεται από τις ζηλόφθονες αυτές ιδέες, δε μπορεί να συγκεντρωθεί και αν βρίσκεται σε θεραπεία δεν είναι ικανός να τη συνεχίσει, γιατί θα πρέπει να επιστρέφει κοντά στη σύντροφό του για να την ελέγχει. Από ψυχαναλυτική θεώρηση έχουμε μια κατάσταση προβολικής σκέψης, κατά την οποία ο αλκοολικός προσπαθεί να απελευθερωθεί από τις δικές του τύψεις - μιας και πολύ λίγο είναι σε θέση να εκτελεί τα συζυγικά του καθήκοντα - φορτώνοντας τες στη σύντροφό του. (Παπαγεωργίου, 2005)

- **Αλκοολική παρανοϊκή κατάσταση:**

Εμφανίζεται κυρίως σε υστερικά ή σχιζοειδή άτομα. Ο αλκοολικός νομίζει ότι όλοι ασχολούνται μαζί του, έχει το συναίσθημα ότι τον παρακολουθούν και καμιά φορά «παράγει» οπτικοαουστικό παραλήρημα, που ενισχύει παραπέρα την παρανοϊκή του κατάσταση. (Παπαγεωργίου, 2005)

- **Αλκοολικό παραλήρημα**

Η διαφορά του από την αλκοολική παρανοϊκή κατάσταση είναι ότι οι έντονες οπτικοαουστικές παραληρηματικές καταστάσεις του ασθενή. Εμφανίζεται κυρίως ακουστικό παραλήρημα. Ο ασθενής ακούει φωνές γνωστών ή άγνωστων προσώπων, που ασχολούνται με αυτόν, τον κριτικάρουν και τον κατηγορούν. Μια τέτοια κατάσταση συνοδεύεται από άγχος, κατάθλιψη και ιδέες αυτοκτονίας. Το

παραλήρημα αυτό διαρκεί συνήθως μερικές εβδομάδες μέχρι και μήνες, καμιά φορά όμως καταλήγει σε χρόνιες ψυχωτικές καταστάσεις. Παπαγεωργίου, 2005)

- Ψύχωση Korsakow

Εμφανίζεται σε 3-5 % των χρόνιων αλκοολικών, κυρίως μεταξύ πεντηκοστού και εξηκοστού έτους. Παρουσιάζεται κατ' αρχή με μια ασθενική ψυχική κατάσταση, ένα είδος ψυχικής κούρασης και απώλειας του ενδιαφέροντος για πρακτικές πλευρές της ζωής, όπως η δουλειά κλπ. Με τον καιρό παρατηρούνται ελαφρές διαταραχές της νόησης, της ικανότητας για πνευματική συγκέντρωση και του θυμητικού. Σε προχωρημένα στάδια και εφόσον συνεχιστεί η κατάχρηση του αλκοόλ, εμφανίζονται έντονες θυμητικές διαταραχές. Διαταραχές του προσανατολισμού, ελάτπωση της ικανότητας για αυθόρμητη συμπεριφορά, απώλεια της κρίσης και ολοκληρωτική αποβλάκωση της προσωπικότητας. Το χαρακτηριστικό των θυμητικών διαταραχών είναι ότι ο ασθενής θυμάται το μακρινό παρελθόν, δεν είναι σε θέση όμως να θυμηθεί τι έκανε πριν λίγα λεπτά. Έτσι, περιφέρεται άσκοπα ή περνάει τον καιρό του σε ένα δωμάτιο μιας και δεν είναι σε θέση καν να οργανώσει την παραμικρή του κίνηση ή πράξη, εφόσον του λείπει η σύνδεση με το άμεσο παρελθόν του. (Παπαγεωργίου, 2005)

- Delirium Tremens

Είναι η πιο συχνή αλκοολική ψυχωτική κατάσταση (84%). Εμφανίζεται μετά από χρόνια κατάχρηση του αλκοόλ, κυρίως μετά το 30ό έτος της ηλικίας. Συχνότερα παρουσιάζεται μετά από μια απότομη διακοπή της χρήσης του αλκοόλ, αλλά είναι δυνατό να παρουσιαστεί και κατά τη διάρκεια της χρήσης του. Κατ' αρχή εμφανίζεται ελαφρό τρέμουλο των χεριών, διαταραχές του ύπνου, αγχώδη όνειρα, έντονη νευρική ανησυχία και ιδρώτες. Εάν δε γίνει ιατρική αντιμετώπιση των πρόδρομων αυτών συμπτωμάτων ή δεν καταφύγει ο ασθενής πάλι στο αλκοόλ, η γενική κατάσταση του ατόμου επιβαρύνεται με ελαφρά κυάνωση του προσώπου, έντονο άγχος θανάτου, διαταραχή της βάδισης και γενικότερα της κινητικότητας των άκρων, τρέμουλο της φωνής και δυσαρθρία. Ο ασθενής ψάχνει άσκοπα γύρω του, είναι πλήρως αποπροσανατολισμένος και δε μπορεί να κοιμηθεί. (Βακόνδιος, 2009 , Παπαγεωργίου, 2005)

Το οπτικό παραλήρημα παρουσιάζεται κυρίως με τη μορφή μικρών ζώων (ποντίκια, αράχνες κλπ.), που φοβίζουν το άτομο και προσπαθεί να τα αποφύγει. Το οπτικό παραλήρημα έχει το χαρακτηριστικό ότι επηρεάζεται από το εξωτερικό περιβάλλον. (Παπαγεωργίου, 2005)

Το delirium tremens διαρκεί 1-3 μέρες και χρήζει άμεσης εισαγωγής στο νοσοκομείο για να αποφευχθεί ο θάνατος. (Βακόνδιος, 2009 , Παπαγεωργίου 2005)

6.6 Οικογενειακές Επιπτώσεις

Το αλκοόλ προκαλεί πολλά προβλήματα και αναταραχές στην οικογένεια. Ο σύζυγος του πάσχοντα έχει γενικά την ευθύνη όλων των υποθέσεων της οικογένειας. Ο ρόλος του απέναντι στα παιδιά επεκτείνεται με την ανάληψη και του πατρικού ή μητρικού ρόλου. Ο σύντροφος του ατόμου που αντιμετωπίζει το πρόβλημα συνήθως διακατέχεται από μια αίσθηση απογοήτευσης, εγκατάλειψης και μοναξιάς. Πολλές φορές εμφανίζονται περιπτώσεις συγκρούσεων ανάμεσα στο ζευγάρι, οι οποίες καταλήγουν είτε σε σωματική είτε σε λεκτική βία. (Τσαρούχας, 2000)

Αρκετές είναι οι φορές που το πάσχον άτομο νιώθει έντονα το αίσθημα του φόβου, της ντροπής και της αναστάτωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική

απομόνωση των μελών της οικογένειας, τα οποία απομακρύνονται τόσο από το συγγενικό, όσο και από το φιλικό περιβάλλον. (Τσαρούχας, 2000)

Επιπλέον, η κατάχρηση του αλκοόλ δημιουργεί σύγχυση ρόλων και αντιστροφή των ρόλων αυτών. Μπορεί να οδηγήσει σε προβληματικές σχέσεις, διάλυση της οικογένειας και γενικότερη αποδιοργάνωση. Υποβαθμίζει την προσωπικότητα, μειώνει τη δραστηριότητα, τη δύναμη και τη θέληση. Στερεί στον άνθρωπο την ελευθερία να επιλέγει όταν είναι υπό την εξάρτηση του αλκοόλ. Συγκεκριμένα, η συμπεριφορά του αλκοολικού προς τα άλλα μέλη της οικογένειας είναι βίαιη και απότομη. (Τσαρούχας, 2000)

Πολλές φορές υπάρχει πιθανότητα, σε μια οικογένεια στην οποία κάποιος αντιμετωπίζει πρόβλημα αλκοολισμού, τα άλλα μέλη της οικογένειας να βρίσκουν δικαιολογίες που να επιτρέπουν που να επιτρέπουν τη συνέχιση κατανάλωσης αλκοόλ και με αυτό τον τρόπο αν συμβάλλουν στη συγκάλυψη του αλκοολικού μέλους. Οι πράξεις του αλκοολικού εντείνουν αναπόφευκτα το επίπεδο άγχους της οικογένειας. Ωστόσο, το κόστος για τα μέλη της οικογένειας δεν περιορίζεται στην ψυχική τους υγεία ή την αυτό-εκτίμησή τους. Οι συνέπειες μπορεί επίσης, να εκδηλωθούν με φυσική ασθένεια, ιδίως ασθένειες που συνδέονται με το στρες. Για παράδειγμα, Τα μέλη της οικογένειας των αλκοολικών είναι περισσότερο επιρρεπή σε γαστρεντερικές παθήσεις, ημικρανίες, υπέρταση, άγχος, κατάθλιψη. (Τσαρούχας, 2000)

Σύζυγοι αλκοολικών ατόμων

Σοβαρά προβλήματα από την εμφάνιση του αλκοολισμού προκύπτουν και στη σχέση μεταξύ των συζύγων. Σύμφωνα με τη Jackson υπάρχουν έξι στάδια από τα οποία περνά μια οικογένεια, όπου ο ένας από τους δύο συζύγους είναι αλκοολικός. (Τσαρούχας, 2000)

Αρχικά έχουμε την **άρνηση**, όπου η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ δικαιολογείται λόγω κούρασης, άγχους, στεναχώριας ή νευρικότητας και αυτό δεν αποτελεί πρόβλημα. Αν το ζευγάρι ζει σε μια ομάδα, η οποία αποδέχεται την κατανάλωση αλκοόλ αυτό αποτελεί μια βολική κάλυψη για την ανάπτυξη της εξάρτησης. Στη συνέχεια ακολουθούν οι **προσπάθειες εξάλειψης του προβλήματος**, όπου ο/η σύζυγος του αλκοολικού προσπαθεί να τον/την πιέσει να ελέγξει την ποσότητα του αλκοόλ. Επίσης, ο/η σύζυγος προσπαθεί να αποκρύψει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει η οικογένεια από το ευρύτερο περιβάλλον, ενώ ο αλκοολικός σύζυγος κρύβεται από τον άλλον και πολλές φορές πίνει και έξω από το σπίτι. (Τσαρούχας, 2000)

Μετά από αυτό έπεται η **αποδιοργάνωση και το χάος**, όπου ο/η σύζυγος του αλκοολικού σταματάει αν υποκρίνεται, η μια κρίση διαδέχεται την άλλη και ο/η υγιής σύζυγος στρέφεται προς εξωτερική βοήθεια για να αντιμετωπίσει τον αλκοολισμό. Στην πορεία η οικογένεια **αναδιοργανώνεται**. Ο μη αλκοολικός σύζυγος αναλαμβάνει μεγαλύτερο μέρος ευθύνης στις οικογενειακές υποχρεώσεις, όχι όμως για να συνέλθει ο/η αλκοολικός σύζυγος, αλλά για να **συνεχίσει κάπως έτσι η οικογενειακή ζωή**. (Τσαρούχας, 2000)

Ακολουθούν οι **προσπάθειες φυγής**, δηλαδή χωρισμός ή διαζύγιο. Πολλές φορές όμως η οικογένεια μένει ανέπαφη γύρω από το πρόβλημα. Και σε αυτή την περίπτωση η οικογένεια **αναδιοργανώνεται**. Αν ο αλκοολικός αποφασίσει να αποτοξινωθεί τότε μπορεί και να υπάρξει συμφιλίωση. (Τσαρούχας, 2000)

Όπως αναφέρει ο Augustus Napier (1997) στους γάμους όπου η σύζυγος είναι υπερλειειτουργική, είναι γάμοι δυστυχημένοι. Αυτό συνήθως φέρνει μια αλλαγή μέσα

στο γάμο, γιατί τα μέλη δεν καταφέρνουν να συμμορφωθούν με το κοινωνικό στερεότυπο σύμφωνα με το οποίο στις οικογένειες κυριαρχεί ο σύζυγος.

Στους γάμους όπου η σύζυγος έχει κυρίαρχη θέση, η ίδια αντιμετωπίζει πολλαπλά προβλήματα καθώς προσπαθεί από τη μια να αντιμετωπίσει τις πιέσεις που δέχεται και από την άλλη πλευρά τις ανάγκες της οικογένειας. (Ποταμιάνος, 1991)

Οι υπερλειτουργικές γυναίκες συνήθως είναι δυνατές, οργανωτικές και δίνουν πολύ περισσότερα από όσα παίρνουν οι ίδιες. Νοιάζονται περισσότερο για τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων και πως θα μπορέσουν να τους ευχαριστήσουν. Δεν επικεντρώνονται σε αυτά που οι ίδιες πραγματικά αισθάνονται και συχνά αγνοούν ότι οι ίδιες είναι στερημένες από συναισθηματική άποψη. Παντρεύονται συχνά κάποιον που είναι εξαρτημένος από αυτές και παίζουν το ρόλο του γονιού μέσα στη σχέση τους. Εκφράζουν αμφιθυμία, δηλαδή από τη μια ενθαρρύνουν την εξάρτηση του συζύγου τους και από την άλλη εκφράζουν θυμό για τη θέση στην οποία βρίσκονται. (Ποταμιάνος, 1991)

Από την άλλη πλευρά, οι υπολειτουργικοί σύζυγοι αναζητούν μια γυναίκα που θα τους φροντίζει, αλλά αγανακτούν όταν νιώθουν ότι είναι εξαρτημένοι από αυτή. Συχνά οι υπολειτουργικοί άνδρες είχαν στερηθεί τη φροντίδα της μητέρας τους στην παιδική ηλικία, γι' αυτό επιζητούν τη φροντίδα από τη σύζυγό τους. Επίσης, δυσκολεύονται να είναι υπεύθυνοι και έμπιστοι μέσα στο γάμο τους, επειδή στα παιδικά τους χρόνια ένιωσαν έντονα την απουσία του πατέρα τους, ο οποίος ήταν συναισθηματικά αδύναμος. Επειδή συχνά τους λείπει αυτοπεποίθηση, εκφράζουν θυμό και αθετούν τις υποσχέσεις τους. (Ποταμιάνος, 1991)

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

- Η σύζυγος ενός αλκοολικού ατόμου, πολύ συχνά, και αυτό δεν είναι τυχαίο είναι κόρη αλκοολικού πατέρα και προσπαθώντας να ξαναζήσει αυτή τη σχέση, είναι σίγουρο ότι ο γάμος της θα είναι προβληματικός.
- Οι αλκοολικοί άντρες παντρεύονται γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και αυτό ίσως δείχνει την εξάρτηση που είχαν από τη μητέρα τους, αποδεχόμενοι κατά συνέπεια την εξουσία της.

Η άποψη του Freud ήταν πως παντρεύομαστε κάποιον που μας θυμίζει το γονιό του αντίθετου φύλου. Για παράδειγμα όταν η γυναίκα αλκοολικού συζύγου είναι κόρη αλκοολικού πατέρα, λειτουργούσε ως αντικαταστάτης, όπου στηριζόταν η μητέρα. Στην πορεία παντρεύεται κάποιον που της θυμίζει τον πατέρα της, ο οποίος ήταν απών από την παιδική της ηλικία. (Ποταμιάνος, 1991)

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

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

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

- Η γυναίκα του αλκοολικού είναι μπερδεμένη. Δεν ξέρει να πρέπει να είναι δύστροπη ή ψυχρή. Δε γνωρίζει αν πρέπει να του φωνάζει ή αν πρέπει να τον

προστατέψει. Δε μπορεί να αποφασίσει αν πρέπει να τον εγκαταλείψει ή να μείνει μαζί του (Ποταμιάνος, 1991)

Στις αλκοολικές λοιπόν οικογένειες, η σύζυγος νιώθει ιδιαίτερα πιεσμένη και μέσα από τη φροντίδα των παιδιών της προσπαθεί να καλύψει τα συναισθηματικά κενά που νιώθει. (Ποταμιάνος, 1991)

Τα παιδιά των αλκοολικών

Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού επηρεάζουν πολύ και τα παιδιά. Η κακή οικογενειακή ατμόσφαιρα και οι συγκρούσεις που κάποιες φορές ίσως γίνονται ανεξέλεγκτες, ο φόβος έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στα παιδιά, που ανησυχούν για έναν ενδεχόμενο χωρισμό, αισθάνονται ενοχές ή ντροπή. Εάν, βέβαια, το πρόβλημα είναι γνωστό και στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο που περιβάλλει τα παιδιά, τότε ενδέχεται να αναπτυχθούν αισθήματα κριτικής και άλλων δυσάρεστων σχολίων. (Ποταμιάνος 1991)

Η οικογένεια είναι το πρώτο σύστημα, όπου το άτομο κοινωνικοποιείται και σχηματίζει ταυτότητα. Έχει την αίσθηση του «ανήκειν» και μαθαίνει να ζει με μια ομάδα. Μέσα στην οικογένεια το έχει την ανάγκη από φροντίδα, ζεστασιά, σωματικά και συναισθηματική ασφάλεια. Οι συνέπειες που έχει η κατάχρηση αλκοόλ στα παιδιά είναι ολέθριες. Οδηγούν σε φιλονικίες, προστριβές, εντάσεις και τα παιδιά ζουν συνεχώς κάτω από το φόβο και την αναστάτωση. (Ποταμιάνος 1991)

Σε ένα δημοσίευμα οι Keane et al (1974) αναφέρουν ότι οι πιο χαρακτηριστικές συμπεριφορές που εκδηλώνουν τα παιδιά είναι η υπερκινητικότητα, η επιθετικότητα και οι αυτοκαταστροφικές τάσεις. (Ποταμιάνος 1991). Οι μαθησιακές δυσκολίες και τα προβλήματα επικέντρωσης της προσοχής είναι και αυτή χαρακτηριστική συμπεριφορά των παιδιών που έχουν τον έναν από τους δύο γονείς αλκοολικό, σύμφωνα με τον Ιωάννη Λιάππα (1992), ενώ παράλληλα εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες παθολογικής εμπλοκής με το αλκοόλ. (Λιάππας & Τζινιέρη – Κοκκκώση, 2005)

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

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

Όπως αναφέρει ο Augustus Napier (1997) στους «αλκοολικούς γάμους», οι οικογένειες που έχουν τουλάχιστον έναν δυσλειτουργούντα γονέα, τα παιδιά αυτών των οικογενειών καλούνται να αναλάβουν έναν καινούριο ρόλο φροντίδας γι' αυτόν και υιοθετούν συγκεκριμένους τρόπους.

Συγκεκριμένα, αν ένας γονιός είναι αλκοολικός, έχει σοβαρή κατάθλιψη ή κάποια ψυχική ασθένεια, συχνά ο άλλος γονέας ασχολείται με τα θέματα της επιβίωσης σε πρακτικό επίπεδο και τότε το βάρος φροντίδας του αδύναμου γονέα το επωμίζονται τα παιδιά. Εξαιτίας αυτής της μετατροπής σε γονέα ορισμένα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα και ωθούνται σε ευθύνες προκειμένου να εξυπηρετήσουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Επωμίζονται βάρη που είναι πέρα από τις δυνατότητες τους και

προσπαθούν να τα καταφέρουν με ωριμότητα ασυνήθιστη για την ηλικία τους. Αυτός ο συγκεκριμένος τρόπος που υιοθετεί το παιδί λέγεται υπεύθυνος. (Napier 1997)

Ένας άλλος τρόπος που υιοθετεί το παιδί είναι ο προσαρμοστικός, όπου το παιδί δεν αναλαμβάνει ευθύνες διαχείρισης, αλλά προσαρμόζεται εύκολα σε οτιδήποτε συμβαίνει. (Τσαρούχας 2000).

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

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

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

Σύμφωνα με αυτό τον τρόπο το παιδί πιστεύει υποσυνείδητα ότι είναι υπεύθυνο για τον αλκοολισμό του ενός από τους δύο γονείς του και είναι διατεθειμένο να κάνει οτιδήποτε για να εξιλεωθεί. (Forward 1992)

Ο ρόλος του αποδιοπομπαίου τράγου είναι ιδιαίτερα γνωστός για τα παιδιά των αλκοολικών οικογενειών. Κάποιοι καταφεύγουν σε εγκληματική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά προκειμένου να ανταποκριθούν στην αρνητική εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους και άλλοι υποσυνείδητα βρίσκουν τρόπους να τιμωρούν τον εαυτό τους με συναισθηματικά ή φυσικά συμπτώματα. (Forward 1992)

Τα παιδιά λόγω της αλκοολικής γονεϊκής συμπεριφοράς αισθάνονται ιδιαίτερο στρες. Υποφέρουν ψυχολογικά από χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθάνονται ντροπή και νιώθουν πως διαφέρουν από τα άλλα παιδιά. Συνήθως κρατούν μυστικό στους φίλους τους αυτά που συμβαίνουν στην οικογένειά τους. Είναι αδύνατο για ένα παιδί να αναπτύξει ισχυρό αίσθημα αυτοπεποίθησης, αφού θα πρέπει συνεχώς να ψεύδεται γι' αυτά που σκέφτεται και αισθάνεται. Οι ενοχές του τον κάνουν να αναρωτιέται, αν το πιστεύουν οι άλλοι.. Βρίσκεται πάντοτε σε επιφυλακή και αναπτύσσει ένα αίσθημα υπακοής μόνο στους ανθρώπους της οικογένειάς του. Έρευνες που έχουν γίνει, έδειξαν ότι έφηβοι από αλκοολικό πατέρα είχαν αρνητική συμπεριφορά από τους δασκάλους τους, συγκριτικά με παιδιά από μη αλκοολικό πατέρα. Επιπλέον, αν το παιδί είναι έφηβος, το πρόβλημα της αλκοολικής γονικής συμπεριφοράς μπορεί να πάρει τη μορφή κατάχρησης ουσιών. (Forward 1992)

Είναι γνωστό ότι ένα από τα τέσσερα παιδιά των αλκοολικών γονέων γίνονται τα ίδια αλκοολικά στη πορεία και πολλοί από αυτούς τους ενήλικες δοκίμασαν το πρώτο τους ποτό σε πολύ νεαρή ηλικία. Το αλκοόλ δηλαδή δημιουργεί ένα μυστικό σύνδεσμο ανάμεσα σε γονέα και παιδί και αυτό εκλαμβάνεται από το παιδί ως συναδελφικότητα. Αισθάνεται με αυτό τον τρόπο ότι το αγαπούν και το αποδέχονται. (Forward 1992)

Αυτά τα παιδιά παραμένουν ιδιαίτερα ευάλωτα στο να γίνουν κάποτε αλκοολικά, αφού αυτά που έχουν εκλάβει από τους γονείς τους είναι η βία, η κατάθλιψη, η έλλειψη εμπιστοσύνης και το ανεπτυγμένο αίσθημα της ευθύνης. Επίσης, στη σχολική ηλικία, παιδιά αλκοολικών γονέων είχαν προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής καθώς και προβλήματα στην εκπαιδευτική διαδικασία. (Forward 1992)

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

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

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

Κάποια από τα κοινά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν τα ανήλικα παιδιά των αλκοολικών είναι ο φόβος προς τα συναισθήματα, ο φόβος των συγκρούσεων, το αίσθημα ενοχής όταν δεν υποχωρούν, αρνητική διάθεση στο να αναπτύξουν σχέσεις, κάνουν αυστηρή αυτοκριτική και υποφέρουν από την καταπιεσμένη θλίψη που ζούσαν τόσα χρόνια, γι' αυτό και αντιδρούν με αυτό τον τρόπο, αντί να δρουν. Η έλλειψη εμπιστοσύνης είναι χαρακτηριστικό των ενήλικων παιδιών που ζούσαν σε αλκοολική οικογένεια. Η ζήλεια, η κτητικότητα και οι υποψίες είναι τα μοτίβα που έμαθαν να επαναλαμβάνουν και στις δικές τους σχέσεις. (Τσαρούχας 2000)

Η Claudia Black σε έρευνα της βρήκε ότι οι ενήλικοι που μεγάλωσαν σε οικογένεια με αλκοολικό γονέα, είχαν διαταραγμένη οικογενειακή ζωή, αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα συναισθηματικής και ψυχολογικής φύσεως, είχαν περισσότερα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης και βίας στην παιδική τους ηλικία, καθώς και αυξημένα ποσοστά αλκοολισμού ή γάμου με αλκοολικούς σε σύγκριση με ενήλικες που μεγάλωσαν σε μη αλκοολικές οικογένειες. (Τσαρούχας 2000)

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

6.7 Κοινωνικές επιπτώσεις

Εκτός από τις επιπτώσεις που έχει ο αλκοολισμός στον ίδιο τον αλκοολικό, και οι άνθρωποι που βρίσκονται στο άμεσο περιβάλλον αυτού έχουν καμιά φορά να αντιμετωπίσουν δυσάρεστες συνέπειες.

Ο αλκοολικός πολύ συχνά έχει μια επιθετική συμπεριφορά, η οποία τον φέρνει στο επίκεντρο πολλών εγκληματικών ενεργειών βίας, από την ανθρωποκτονία έως τη βία στα γήπεδα. Επειδή ακριβώς, το αλκοόλ απελευθερώνει τον άνθρωπο από τις αναστολές του, πολύ συχνά ο αλκοολικός παρουσιάζει επιθετική σεξουαλική συμπεριφορά. (Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον 1981, Τσαρούχας 2000)

Λόγω της μείωσης των αντιστάσεων και των αναστολών του αλκοολικού περνά πιο εύκολα στη διάπραξη σοβαρών εγκλημάτων, όπως είναι η αιμομιξία και ο βιασμός. Την εμπλοκή ατόμων που βρίσκονται υπό την επήρεια αλκοόλ σε βίαια εγκλήματα επιβεβαιώνουν οι εγκληματολογικές στατιστικές μελέτες. (Τσαρούχας 2000)

Άλλα αδικήματα που συνδέονται με το αλκοόλ είναι η δημόσια μέθη, η διατάραξη της δημόσιας τάξης, η αλητεία και η παραβίαση των νόμων για το αλκοόλ. Αυτά τα αδικήματα οδηγούν σε πολλές συλλήψεις, που καταπονούν ιδιαίτερα τη λειτουργία του ποινικού συστήματος δικαιοσύνης. Από το 1970, πολλά προγράμματα θεραπείας των ατόμων που έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ έχουν συμβάλει στη μείωση των συλλήψεων για εγκλήματα που σχετίζονται με τη χρήση του αλκοόλ, αλλά παρόλο αυτά οι περισσότερες συλλήψεις σήμερα αφορούν αδικήματα αυτού του είδους. (Alex Thio 2008)

Το αλκοόλ εκτός από τις πράξεις βίας που επιφέρει, ευθύνεται και για τη μεγάλη θνησιμότητα, που έχει να κάνει με πνιγμούς, φωτιές, εργατικά ατυχήματα, τροχαία. Έχει υπολογιστεί ότι αποτελεί σε ποσοστό 20 με 30% την αιτία διαφόρων ειδών ατυχημάτων στην Ευρώπη:

- 13 - 37% μη θανατηφόρων πτώσεων
- 21 - 47% των πνιγμών
- 9 - 86% των θανάτων από φωτιά
- 25% των εργασιακών ατυχημάτων
- 65% των αυτοκτονιών (Τσαρούχας 2000)

Μια ακόμη σημαντική συνέπεια της κατάχρησης του αλκοόλ είναι τα τροχαία ατυχήματα. Η επήρεια του αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει ατρόμητη και παράτολμη συμπεριφορά, που μπορεί να έχει τραγικές συνέπειες.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η πυκνότητα 50mg αλκοόλ στα 100 ml αίματος (0,05%), προκαλεί στατιστικά σημαντική χειροτέρευση στην οδήγηση. Ένας οδηγός που έχει πει δημιουργεί πάνω από έξι φορές περισσότερους νεκρούς και σοβαρά τραυματισμένους από ότι ένας νηφάλιος οδηγός. Συγκεκριμένα, το αλκοόλ δημιουργεί κενά προσοχής, μειώνει το συντονισμό και την επιδεξιότητα κινήσεων, καθώς και την ικανότητα όρασης, δημιουργεί κόπωση, υπνηλία και αυξάνει το χρόνο αντίδρασης του οδηγού και έτσι είναι πιο εύκολο να προκαλέσει ένα τροχαίο ή να μη μπορεί να το αποφύγει. (Τσαρούχας 2000)

Επιπλέον, το άτομο που κάνει συστηματική κατανάλωση αλκοόλ αντιμετωπίζει προβλήματα στο χώρο εργασίας του. Η επικοινωνία με τους συναδέλφους τους, τους εξυπηρετούμενους, αλλά και του υφισταμένους τους επηρεάζεται κατά πολύ από την κατανάλωση αλκοόλ. Η αστάθεια στο λόγο, στην κρίση, είναι ένα μικρό μέρος από τις παρενέργειες της πόσης. Όλα αυτά οδηγούν σε μειωμένη κρίση του ατόμου, με

αποτέλεσμα την κακή διεκπεραίωση της εργασίας που του έχει ανατεθεί. (Τσαρούχας 2000)

6.8 Συμπεράσματα

Η κατάχρηση του αλκοόλ προκαλεί πολλά προβλήματα στον άνθρωπο. Εκτός από το ότι προσβάλλει τον οργανισμό, το νευρικό σύστημα και τον ψυχισμό του. Επίσης διαταράσσει τις σχέσεις του με την οικογένεια του και ειδικότερα με τον/την σύντροφο/σύζυγο του. Στα προκαλεί συναισθηματικά και νοητικά προβλήματα, και πολύ συχνά υιοθετούν παρόμοιες συμπεριφορές τις οποίες μεταφέρουν και στην δική τους σχέση.

Τέλος, ένα άτομο που βρίσκεται υπό την επήρεια αλκοόλ, πιθανώς να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα αντικοινωνικής φύσεως, τα οποία να χρειάζονται την παρέμβαση των αρχών για την αντιμετώπισή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

7.1 Εισαγωγή

Η πρόληψη στοχεύει στην μείωση της συχνότητας εμφάνισης μιας προβλεπτής και ανεπιθύμητης κατάστασης. Αναφέρεται σε μια κατάσταση που μπορεί να παρατηρηθεί και να καταγραφεί, στον πληθυσμό που κινδυνεύει από αυτή την κατάσταση, στην συχνότητα εμφάνισης της κατάστασης αυτής στον πληθυσμό, σε ένα σαφές σχέδιο παρέμβασης σε αυτόν τον πληθυσμό και τα αποτελέσματα της παρέμβασης. Οι στρατηγικές και τα προγράμματα πρόληψης χωρίζονται στην Πρωτογενή, Δευτερογενή και Τριτογενή πρόληψη. (Σταθόπουλος, 2005).

Έχουν αναπτυχθεί και εφαρμοστεί διάφορες προσεγγίσεις για να ελαχιστοποιηθεί η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και απευθύνονται σε εκπαιδευτικά στελέχη, επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, σε οικογένειες, σε άτομα και ομάδες υψηλού κινδύνου και στην κοινή γνώμη γενικότερα (Stimmel, 2002).

Επίσης πολλές πρακτικές ως προς την πρόληψη περιλαμβάνουν νομοθετικά και διοικητικά μέτρα σχετικά με την διαθεσιμότητα και το κόστος του αλκοόλ, και απαγόρευση κατανάλωσης αλκοόλ υπο ορισμένες συνθήκες καθώς επίσης και διαφημίσεων (Stimmel, 2002). Περιλαμβάνονται και μέτρα κοινωνικής πολιτικής αναφερόμενα σε κοινοτικές υπηρεσίες και κέντρα πληροφόρησης, σε θεραπευτικές υπηρεσίες και σε εθελοντικές οργανώσεις (Μαδιανός, 2006).

7.2 Ορισμοί του έργου πρόληψης

Ο στόχος του έργου της πρόληψης είναι η βελτίωση της δημόσιας και ψυχικής υγείας. «Το σύνολο των ενεργειών που αποσκοπούν στην προάσπιση, στην προαγωγή ή στη διατήρηση της υγείας, ονομάζεται συμπεριφορά προστατευτική της υγείας» Οποιαδήποτε συμπεριφορά υιοθετούμε, με άξονα την προστασία της υγείας, ανεξάρτητα από το πόσο αποτελεσματική ή μη μπορεί τελικά να αποδειχθεί, ονομάζεται «πρόληψη» (Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., 2008).

Υπάρχουν τρεις μορφές πρόληψης:

Η **Πρωτογενής** όπου εννοείται η παρέμβαση πριν την εκδήλωση ενός προβλήματος υγείας. Η πρωτογενής πρόληψη ασχολείται εν μέρει με την άσκηση επιρροής στην συμπεριφορά και τις απόψεις της ομάδας – στόχου με την προϋπόθεση οι άνθρωποι να κινητοποιηθούν να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους. Η εκπαίδευση και η πληροφόρηση είναι πολύ σημαντικές σε αυτή την διαδικασία.

Ο σκοπός μπορεί να είναι προαγωγή μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς και η ενίσχυση της προσωπικότητας. Πρέπει όμως να λάβουμε υπόψη τις ικανότητες και την προθυμία του ατόμου να ελέγξει τις παρορμήσεις του και να αναλάβει ευθύνη των πράξεων και της συμπεριφοράς του. Είναι επίσης δυνατό να διδαχθούν οι νέοι άνθρωποι πως μπορούν να διατηρούν την ακεραιότητά. Αυτή η έμφαση στην στάση ως προς την ζωή και τις κοινωνικές δεξιότητες παίζουν σημαντικό ρόλο το άτομο να απαρνηθεί την ανεύθυνη συμπεριφορά στο μέλλον.

Η **Δευτερογενής** πρόληψη στην οποία εννοείται η *πρώιμη ανίχνευση μιας ήδη αναπτυσσόμενης, αλλά όχι κλινικά ορατής, ασθένειας ή προβλήματος υγείας, με*

τέτοιο τρόπο ώστε μέσω της πρώιμης παρέμβασης η πρόγνωση να καθίσταται πιο ευνοϊκή.

Και η **Τριτογενής** πρόληψη που εννοείται η πρόληψη της υποτροπής μιας ασθένειας ή ο περιορισμός των επιπτώσεων των υπολειμματικών συμπτωμάτων στην περίπτωση της κλινικά εμφανούς ασθένειας ή του προβλήματος συμπεριφοράς στα πρώτα του στάδια. Αυτό το επίπεδο πρόληψης συνδέεται συνήθως στενά με την θεραπεία. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2001).

7.3 Πολιτική Πρόληψης

Η πολιτική αποτελεί το θεμέλιο των δραστηριοτήτων πρόληψης. Στην πολιτική της πρόληψης, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους χρονικούς περιορισμούς, την γεωγραφική κλίμακα του προβλήματος, δηλαδή που συναντάται και πως πρέπει να αντιμετωπιστεί, και να λαμβάνει υπόψη της το κοινωνικό – πολιτισμικό πλαίσιο,, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας και οι αντιλήψεις των μελών της ώστε να επιτυγχάνεται η κοινωνική υποστήριξη και να μην στιγματιστούν οι άνθρωποι που επιλέγονται (Κοντομάρη, 2006).

Το έργο της πρόληψης υλοποιείται σε **εθνικό** επίπεδο και σε **διεθνές** επίπεδο μέσω της κυβερνητικής πολιτικής και της νομοθεσίας. Επίσης υλοποιείται σε **κοινοτικό επίπεδο** επίπεδο από τους αρμόδιους φορείς, τοπικά και περιφερειακά. Τέλος η πρόληψη λαμβάνει χώρα σε συγκεκριμένες **κοινωνικές ομάδες**, όπως το σχολείο, την οικογένεια, τον εργασιακό χώρο, ή το ίδιο το άτομο (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2001, Κοντομάρη, 2006).

7.4 Προϋποθέσεις για το έργο της πρόληψης

Χρειάζεται να υπάρχει ένα καλό σύστημα εθνικής υποστήριξης που να ευνοεί την ανάπτυξη του έργου της πρόληψης σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο και θα ενισχύει την λειτουργία των περιφερειακών κέντρων πρόληψης. Οι εθνικοί οργανισμοί θα πρέπει να δημιουργήσουν μια κεντρική τράπεζα δεδομένων όπου θα συγκεντρώνονται όλες οι διαθέσιμες γνώσεις και δεξιότητες. Επιπλέον μια σωστή κίνηση θα ήταν η συλλογή της γνώσης και της εμπειρίας που αναπτύχθηκε τοπικά να και ο διαμοιρασμός της σε άλλα μέρη της χώρας.

Επειδή ο σχεδιασμός προγραμμάτων είναι ένα δύσκολο έργο, θα ήταν χρήσιμος ο διαχωρισμός του έργου σε δύο τμήματα, γενικός σχεδιασμός σε εθνικό επίπεδο και πρακτική δουλειά σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο έτσι ώστε να γίνουν πιο προσιτές οι τοπικές και διεθνείς πρωτοβουλίες.

Για την ανάπτυξη των προγραμμάτων πρόληψης, τα στελέχη πρόληψης οφείλουν να γνωρίζουν μερικά πράγματα για

- Το κοινωνικό υπόβαθρο της χρήσης και τις νέες εξελίξεις στο χώρο
- Τις διάφορες ομάδες-στόχους και τους διακριτούς στόχους και μεθόδους εργασίας που είναι κατάλληλες για αυτές
- Την χρηματοδότηση των προγραμμάτων και την οργάνωσή τους
- Τους αναγκαίους πόρους για την επιτυχή ολοκλήρωση του σχεδίου δράσης από το στάδιο ανάπτυξης έως αυτό της αξιολόγησης

Επίσης πρέπει να είναι σε θέση να μπορούν να κινηθούν σε διάφορα επίπεδα και να αναπτύξουν δραστηριότητες πρόληψης σε ένα ευρύ φάσμα πλαισίων.

Οι δραστηριότητες πρόληψης απευθύνονται σε ομάδες-στόχους που περιγράφονται σύμφωνα με τους παράγοντες κινδύνου και άλλους παράγοντες όπως η προέλευση των ατόμων, η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, οι κοινωνικο-οικονομικές περιστάσεις ή οι γεωγραφικοί δεσμοί.

Φυσικά, κατά την ανάπτυξη πολιτικών πρόληψης είναι ουσιώδες να ληφθούν υπόψη η υπάρχουσα ή η απαιτούμενη μορφή οργάνωσης για τις δραστηριότητες της πρόληψης, το νομικό πλαίσιο και ο τρόπος κατά το οποίο το έργο της πρόληψης μπορεί να χρηματοδοτηθεί. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2001).

7.5 Αξιολόγηση του έργου της πρόληψης

Τα προγράμματα πρόληψης δεν συμβάλουν μόνο στην βελτίωση της δημόσιας και ψυχικής υγείας αλλά μπορούν και να προκαλέσουν αρνητικές επιπτώσεις οπότε η αξιολόγηση είναι πολύ σημαντική.

Η επιτυχία ενός προγράμματος πρόληψης εξαρτάται από την **αποτελεσματικότητά** του. Στην πράξη σπάνια επιτυγχάνεται ο μέγιστος βαθμός επιτυχίας. Η **αποδοτικότητα** εκφράζει κατά πόσο η επένδυση του οργανωτικού φορέα βρίσκεται σε ευθεία αναλογία με τα προσδοκώμενα οφέλη. Ο προσδιορισμός της αποδοτικότητας ενός προγράμματος πρόληψης προϋποθέτει την μέτρηση της αποτελεσματικότητάς του και ανάλογα τα συμπεράσματα που προκύπτουν εξαρτάται και η υποστήριξη της κοινότητας. Δηλαδή εάν το κόστος είναι υψηλό για ένα ισχνό αποτέλεσμα, το πρόγραμμα πρόληψης δεν θα υποστηριχθεί. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2001).

Τα καλά προγράμματα πρόληψης απαιτούν μεγάλες επενδύσεις και αν το κόστος της μελέτης έχει μια λογική σχέση με την φύση και το μέγεθος του προβλήματος πρόληψης, τότε η επένδυση αξίζει τον κόπο. Έτσι αποφεύγεται η σπατάλη χρημάτων. Σημαντική επίσης είναι και η αξιολόγηση της διαδικασίας ενός εξελισσόμενου προγράμματος πρόληψης. Εκτός του ότι βελτιώνει την ποιότητα του έργου της πρόληψης, παρέχει και χρήσιμες γνώσεις σε εκείνους που υλοποιούν προγράμματα αλλού. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2001).

Μεγάλο μέρος της δουλειάς για την πρόληψη οιοπνευματωδών παίρνει την μορφή της εκπαίδευσης και της πληροφόρησης. Δεν αρκεί μόνο η πληροφόρηση, χρειάζεται και μια βαθύτερη κατανόηση των κινήτρων, των ωφελειών και των συναισθημάτων που διέπουν τους ανθρώπους που συνεχίζουν αυτή την συμπεριφορά . (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2001).

7.6 Διλήμματα και αξίες στην Πρόληψη

Η Πρόληψη πραγματοποιείται σε ένα ιστορικά προκαθορισμένο κοινωνικό πλαίσιο και δεν διαχωρίζεται από τα κοινωνικά πρότυπα και τις αξίες της κάθε κοινωνίας. Το ζήτημα που προκύπτει σχετίζεται με την άσκηση επιρροής στην συμπεριφορά των ατόμων ειδικά αφού οι προσεγγιζόμενες ομάδες δεν έχουν ζητήσει βοήθεια και μπορεί να επηρεάζονται χωρίς να το καταλαβαίνουν. Δεν υπάρχει κώδικας δεοντολογίας όσον αφορά την πρόληψη και αυτό αφήνει περιθώρια για διαφορετικές προσεγγίσεις.

Στόχος της πρόληψης είναι ότι μια ομάδα-στόχος αποφεύγει μη υγιείς συμπεριφορές ακολουθώντας μια συγκεκριμένη στρατηγική. Εδώ η αρχή που εμπλέκεται είναι η αρχή της **ευεξίας**, η εκδίωξη του πόνου, των ενοχλήσεων, της

ανθυγιεινότητας. Μια δεύτερη αρχή είναι η αρχή της **αποφυγής της βλάβης**, η μείωση ανεπιθύμητων παρενεργειών. Τρίτη η αρχή του **σεβασμού της αυτονομίας**, το σεβασμό της ελεύθερης βούλησης, και μπορεί να έρχεται σε αντίθεση με την αρχή της ευεξίας. Τέταρτη η αρχή της **δικαιοσύνης**, τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα να κατανέμονται κατά δίκαιο τρόπο. Ένα άλλο κριτήριο είναι η **αποτελεσματικότητα σε σχέση με το κόστος**, τα πλεονεκτήματα να υπερισχύουν των μειονεκτημάτων. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2001).

Το πώς αυτές οι αρχές εφαρμόζονται στην πράξη εξαρτάται από την αντίληψη του ατόμου για την ζωή, το όραμά του για την κοινωνία, τον σκοπό που θέλει να πετύχει ο φορέας πρόληψης καθώς επίσης και τις κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες.

Το 1994, το Ολλανδικό Εθνικό Συμβούλιο για τη Δημόσια Υγεία κατέγραψε μια σειρά αρχών για τα προγράμματα πρόληψης με έμφαση στην υγεία, αλλά εξυπηρετεί και άλλους στόχους όπως την προαγωγή της ευεξίας, της ασφάλειας, της δημόσιας τάξης κ.ά. Οι αρχές είναι:

1. Η πρόληψη πρέπει να επικεντρώνεται στην ενίσχυση της υπευθυνότητας των ίδιων των ανθρώπων για τη δική τους υγεία, αλλά και των άλλων
2. Το ενδεχόμενο του εξαναγκασμού μπορεί να εξεταστεί στο πλαίσιο της πρόληψης στην περίπτωση που οι άνθρωποι δεν μπορούν ή αποτρέπονται από το ν' αναλάβουν οι ίδιοι ευθύνη
3. Ένα πρόγραμμα πρόληψης δεν πρέπει να προωθεί λανθασμένες προσδοκίες αναφορικά με τα αποτελέσματά του
4. Οι Αρχές πρέπει να είναι συγκρατημένες όταν συμβουλεύουν τους πολίτες για τον τρόπο ζωής που πρέπει να ακολουθούν, επιδιώκοντας ωστόσο τη διακοπή συμπεριφορών που ενδέχεται να βλάψουν άλλους
5. Ένα πρόγραμμα πρόληψης πρέπει να παρέχει ίσες ευκαιρίες πρόσβασης σε όλα τα μέλη της ομάδας-στόχου
6. Το μήνυμα των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο και να προέρχεται από αξιόπιστη πηγή
7. Η παρεμβατική πληροφόρηση για την υγεία δικαιολογείται μόνο όταν καθίσταται δύσκολη η προσέγγιση μιας ομάδας στόχου και εμφανίζει ξαφνικά επικίνδυνες για τους άλλους συμπεριφορές
8. Η πρόληψη δεν πρέπει να καταφεύγει στην ενοχοποίηση των θυμάτων
Πρέπει να υπάρχει ένα δίκτυο που να βοηθάει τους ανθρώπους που βρίσκονται σε καταστάσεις κρίσης (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2001).

7.7 Προσεγγίσεις ως προς την Πρόληψη

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες στρατηγικές για την πρόληψη οιοσπνευματωδών. Αλλά έχει αναγνωρισθεί ότι χρειάζεται μια σύνθετη και ευρείας βάσης προσέγγιση ώστε να καλύπτει αποτελεσματικά όλες τις ανάγκες των ομάδων-στόχων. Παρακάτω θα αναφερθούν μερικές ταξινομήσεις προκειμένου να σχηματιστεί μια γενική ιδέα πάνω σε αυτό το θέμα.

1. Η ταξινόμηση του OSAP :

Οι ειδικοί από το Γραφείο Πρόληψης και Κατάχρησης Ουσιών (OSAP) στις Η.Π.Α., ταξινομούν τις στρατηγικές πρόληψης που απευθύνονται κυρίως σε νέους ανθρώπους ως εξής:

Ø Στρατηγικές που απευθύνονται σε άτομα:

Αποτελεί την πιο κοινή στρατηγική πρόληψης των τελευταίων χρόνων. Επικεντρώνεται στο να πληροφορήσει και να επηρεάσει τα άτομα, την στάση και την συμπεριφορά τους και όχι το περιβάλλον στο οποίο ζουν. Χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες τακτικές:

- *Οι προσπάθειες εκφοβισμού*, που αποσκοπούν στην αποτροπή της ομάδας-στόχου από την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς προκαλώντας συναισθήματα φόβου και άγχους
- *Το μήνυμα της λογικής χρήσης*, η οποία αντιτίθεται με την γενική άποψη ότι τα ναρκωτικά δεν είναι αποδεκτά άσχετα με τον τρόπο και την συχνότητα χρήσης
- *Η συναισθηματική και διαπροσωπική προσέγγιση* που πραγματεύεται τη βελτίωση της αυτο-εικόνας, της αποφασιστικότητας, των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και της διασαφήνισης των αξιών
- *Η προσφορά εναλλακτικών δραστηριοτήτων*

Άλλες περισσότερο επιστημονικά τεκμηριωμένες τακτικές είναι οι ακόλουθες:

- *Η ενημέρωση*. Αυτή η τακτική βασίζεται στο ότι οι χρήστες δεν είναι πλήρως ενήμεροι σχετικά με τις επιβλαβείς επιπτώσεις της κατάχρησης. Αν η πηγή ενημέρωσης θεωρείται αξιόπιστη με την απουσία του εκφοβισμού, τότε η μετάδοση πληροφοριών αποκτά μια πιο ευρεία κλίμακα.
- *Η προσέγγιση του «θα μπορούσε να συμβεί και σε μένα»*. Αυτή η προσέγγιση βασίζεται στο γεγονός ότι ακόμη κι αν οι νέοι άνθρωποι έχουν επίγνωση των κινδύνων των ναρκωτικών, θεωρούν ότι δε θα συμβεί το ίδιο σ' αυτούς. Υπάρχει ένα στοιχείο εκφοβισμού και μπορεί να είναι αποτελεσματική αν το μήνυμα βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα.
- *Εκμάθηση διαχείρισης των συναισθημάτων* όπου η χρήση θεωρείται ως μια αντίδραση στα συναισθηματικά προβλήματα των ανθρώπων. Αυτή η τακτική αποσκοπεί στην ενίσχυση απέναντι σε δυσπροσαρμοστικά συναισθήματα και στον εντοπισμό ομάδων κινδύνου.
- *Βελτίωση κοινωνικών δεξιοτήτων* που εστιάζει στην εκμάθηση δεξιοτήτων και αυτοδιαχείρισης ώστε να αντιμετωπιστεί η κοινωνική πίεση που ασκείται στο άτομο.
- *Ανίχνευση αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε πρώιμο στάδιο*. Εδώ γίνεται μια εκτίμηση της συναισθηματικής και νοητικής κατάστασης που βρίσκονται τα παιδιά. Η παρέμβαση που σχεδιάζεται στοχεύει στην όσο γίνεται πιο θετική εξέλιξη των παιδιών κατά την διάρκεια της ανάπτυξής τους. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Ø Στρατηγικές που απευθύνονται στους συνομηλίκους:

Οι συνομηλικοί αποτελούν συχνά μια κύρια πηγή επιρροής ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία. Τα σχολεία μπορούν να εκμεταλλευτούν τέτοιου είδους στρατηγικές βάζοντας τους μαθητές να εξηγήσουν για ποιους λόγους δεν κάνουν χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Εδώ η ομάδα στόχος χρειάζεται να σέβεται τα νεαρά άτομα που δίνουν το μήνυμα. Αυτή η τεχνική συνδυάζεται συχνά με συνεδρίες βελτίωσης κοινωνικών δεξιοτήτων. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Ø Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις που απευθύνονται σε γονείς:

Ο ρόλος των γονέων είναι επίσης σημαντικός και εκτός των άλλων μπορούν να αναλάβουν και προληπτικό ρόλο. Χρειάζεται να είναι ενήμεροι για τα μέρη και τις

καταστάσεις που γίνεται η χρήση καθώς επίσης και για τα σημάδια που σχετίζονται με την χρήση. Να παρέχουν ένα σαφή πλαίσιο στήριξης και αξιών με βάση το οποίο να λαμβάνονται αποφάσεις και να θέτονται όρια όσον αφορά την χρήση. Επίσης να είναι δίπλα στο παιδί, να το ακούν προσεκτικά, να το ενθαρρύνουν, να το επιβραβεύουν και να το ενισχύουν θετικά. Να ενθαρρύνουν την συμμετοχή των παιδιών σε δημιουργικές δραστηριότητες που ενισχύουν την προσωπική ανάπτυξη και κοινωνικότητα. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Ø Στρατηγικές που απευθύνονται στα σχολεία:

Τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να συνδυάζουν μια ευρεία βάση υποστήριξης, την εμπλοκή των γονέων, κανόνες και κανονισμούς για τη χρήση οινοπνευματωδών και ναρκωτικών, αλλά και ένα κατάλληλο εκπαιδευτικό υλικό για τα οινοπνευματώδη, τον καπνό και άλλες ουσίες. Για να θεωρείται ένα υλικό κατάλληλο πρέπει: να μεταδίδει ένα σαφές μήνυμα, να καθιστά σαφές ότι τα ναρκωτικά είναι παράνομα και επιβλαβή και ότι οι νέοι άνθρωποι έχουν ευθύνη των πράξεών τους, να μην περιέχει εικόνες ή σχόλια για τον τρόπο χρήσης και η γλώσσα και τα σχέδια να ταιριάζουν με το πολιτισμικό πλαίσιο της ομάδας-στόχου. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Ø Σύστημα καθοδήγησης μαθητών:

Στο σχολείο να υπάρχει ένας σύμβουλος που να βοηθά τα παιδιά σχετικά με την βελτίωση της σχολικής τους απόδοσης και άλλα προβλήματα που πιθανόν προκύψουν. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Ø Προσέγγιση δασκάλων:

Οι δάσκαλοι χρειάζεται να είναι καλά ενήμεροι για τη χρήση ψυχανθικών ουσιών, οινοπνευματωδών και άλλων ουσιών. Να είναι εκπαιδευμένοι ώστε να αναγνωρίζουν τις ενδείξεις της προβληματικής συμπεριφοράς σε πρώιμο στάδιο. Επίσης να έχουν και τις ανάλογες δεξιότητες για την συμμετοχή τους σε προγράμματα πρόληψης. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Ø Προσεγγίσεις των Μ.Μ.Ε.:

Προσεγγίσεις των Μ.Μ.Ε. Οι εκστρατείες των Μ.Μ.Ε. είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές όταν συνοδεύονται από προληπτικές παρεμβάσεις που απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες-στόχους. Έτσι διασφαλίζεται ότι το μήνυμα των μέσων είναι κατάλληλα προσαρμοσμένο στη συγκεκριμένη πραγματικότητα και γλώσσα της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. Οι προληπτικές παρεμβάσεις μέσω των Μ.Μ.Ε. ιδίως με τη μορφή αφισών και οπτικοακουστικού υλικού μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα σχολεία. Τα ΜΜΕ δεν ενδείκνυνται για αλλαγή στην συμπεριφορά, αλλά στο να φέρνουν στο προσκήνιο ορισμένα κοινωνικά προβλήματα. Επομένως, οι εκστρατείες των μέσων μπορούν να είναι αποτελεσματικές ως προς τη συνειδητοποίηση του προβλήματος. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Ø Πρόληψη της χρήσης μέσω νομοθετικών και άλλων μέτρων.

Μπορούν να ληφθούν μέτρα για την φορολογία των οινοπνευματωδών και των τσιγάρων και η μείωση της διαθεσιμότητάς τους. Μπορούν επίσης να ληφθούν αυστηροί κανόνες για την διαφήμιση των ποτών και του καπνού καθώς επίσης και για την χορηγία αθλητικών δραστηριοτήτων από την βιομηχανία αλκοόλ (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

2. Η Ταξινόμηση του KUMPFER:

Ø Προγράμματα πρόληψης στα σχολεία

- Ø Προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται ή βασίζονται στην τοπική κοινωνία
- Ø Προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε οικογένειες (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

3. Ταξινόμηση σύμφωνα με τους GERSTEIN και GREEN:

Οι Gerstein και Green ταξινομούν τις διάφορες προσεγγίσεις ως ακολούθως:

Ø Προσέγγιση ως προς τους παράγοντες κινδύνου:

Η συγκεκριμένη προσέγγιση από επιδημιολογική άποψη είναι περιεκτική, αλλά η θεωρητική της βάση είναι αδύναμη. Οι παράγοντες κινδύνου λειτουργούν αθροιστικά, όσο περισσότεροι παράγοντες συντρέχουν, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα ένα άτομο να ανήκει σε μια ομάδα κινδύνου.

Ø Η εξελικτική προσέγγιση:

Αυτή η προσέγγιση δίνει έμφαση στην φύση και την δυναμική της αλληλεπίδρασης στην οικογένεια και κατά την παιδική ηλικία, κυρίως κατά την διάρκεια φοίτησης των παιδιών στο δημοτικό. Ανάλογα με την αλληλεπίδραση και την επιβράβευση έχουμε μια θετική ή αρνητική ανάπτυξη του παιδιού, στα κίνητρα, τις ικανότητες ή την συμπεριφορά του.

Ø Προσέγγιση με βάση την κοινωνική επιρροή:

Βασίζεται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης και αφορά στην παροχή πληροφοριών για τις επιδράσεις της χρήσης ουσιών και σχετικά με τις κοινωνικές επιρροές, επαναπροσδιορισμό ακραίων αντιλήψεων, εκμάθηση και επιβράβευση της ικανότητας αντίστασης στις πιέσεις.

Ø Προσέγγιση με επίκεντρο την τοπική κοινότητα:

Αποτελεί μια σύνθεση των προηγούμενων μοντέλων και βασίζεται στις διαφορές μεταξύ των κοινοτήτων.

Ø Προγράμματα που απευθύνονται στα σχολεία:

Αυτά μπορούν να περιλαμβάνουν πληροφορίες για τα ναρκωτικά και τις επιδράσεις τους, τεχνικές διαχείρισης του άγχους, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, ενίσχυση των δεξιοτήτων αντίστασης στην κοινωνική πίεση, καθοδήγηση, υποστήριξη κ.τ.λ.

Ø Εκστρατείες Μ.Μ.Ε.:

Οι εκστρατείες πρόληψης της χρήσης ουσιών δεν έχουν επιφέρει αλλαγές στη συμπεριφορά. Όμως διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ευαισθητοποίηση και πληροφόρηση, στην ενίσχυση της διαπροσωπικής επικοινωνίας και στην προετοιμασία των ατόμων για συμμετοχή στις δραστηριότητες των προληπτικών προγραμμάτων.

(Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

7.8 Νομοθετικά – Διοικητικά Μέτρα ως προς την Πρόληψη

Η διεθνής πρακτική στον τομέα της πρόληψης του αλκοόλ περιλαμβάνει κυρίως νομοθετικά – διοικητικά μέτρα που σχετίζονται με τους κανόνες της προσφοράς και της διαθεσιμότητας των αλκοολούχων ποτών και μέτρα κοινωνικής πολιτικής σχετικά

με την πρόληψη, οργάνωση και παροχή υπηρεσιών στις ομάδες – στόχους (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης μπορούν να αποτελέσουν η αύξηση της φορολογίας του αλκοόλ, οι έλεγχοι ως προς τη διαθεσιμότητα, αύξηση του ορίου ηλικίας, καθώς επίσης και πολιτικές που να στοχεύουν στην κατανάλωση υπό ορισμένες συνθήκες, όπως π.χ. κατά την διάρκεια της οδήγησης, μοιρασμένη ευθύνη και στον πότη και στον σερβιτόρο όταν συμβεί κάποιο ατύχημα (Stimmel, 2002).

Πολλές χώρες παγκοσμίως υλοποιούν εκπαιδευτικά προγράμματα γύρω από το αλκοόλ που απευθύνονται κυρίως σε νέα άτομα. Επίσης, κοινή είναι η πολιτική καμπανιών στα Μ.Μ.Ε. οι οποίες αναφέρονται συνήθως στο συνδυασμό αλκοόλ-οδήγηση. Τα προηγούμενα μέτρα, όμως, είναι ανεπαρκή απέναντι στα διαφημιστικά και σαφώς πειστικά επιχειρήματα της βιομηχανίας αλκοόλ. Γι' αυτό το λόγο απαιτείται ένα μείγμα στρατηγικών (WHO, 2001).

Η απαγόρευση είναι μια συνηθισμένη μορφή ελέγχου της διαθεσιμότητας αλκοόλ, ενώ αρκετές χώρες απαγορεύουν στην πώληση αλκοολούχων ποτών σε νέους ανθρώπους. Επίσης αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης και ελέγχου είναι τα μονοπώλια στην παραγωγή έτσι ώστε οι πωλήσεις να περιορίζονται σε συγκεκριμένα μέρη. Ένα ακόμα πρόσθετο μέτρο περιορισμού της πώλησης και κατανάλωσης αλκοόλ είναι η χορήγηση αδειών, που μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό όταν υπάρχει τακτικός έλεγχος από τις αρμόδιες αρχές. Η φορολογία των αλκοολούχων ποτών είναι επίσης ένα ισχυρό μέτρο πρόληψης κυρίως απέναντι στους νέους (WHO, 2001).

Κάθε κράτος – μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει ένα σύνολο νόμων και διατάξεων που διαχωρίζουν το αλκοόλ από τα υπόλοιπα αγαθά κυρίως για λόγους δημόσιας υγιεινής. Στις περισσότερες χώρες υλοποιούνται προγράμματα για την αντιμετώπιση του αλκοόλ, από τα οποία τα σχολικά εκπαιδευτικά προγράμματα είναι τα πλέον διαδεδομένα. Επίσης όλες οι χώρες επιβάλλουν περιορισμούς σε θέματα οδήγησης υπο την επήρεια αλκοόλ. Περιορισμοί υπάρχουν και ως προς την πώληση αλκοόλ και ως προς την διαφήμιση. Επιπλέον, η φορολόγηση αποτελεί άλλη μια πρακτική αν και οι φόροι διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κρατών. Γενικά η φορολογία είναι υψηλότερη στην βόρεια Ευρώπη και χαμηλότερη στην νότια και σε περιοχές της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Ευρωπαϊκά έγγραφα σε θέματα που αφορούν το αλκοόλ

Στις 7 Ιουλίου 1986, στην επίσημη εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, δημοσιεύτηκε ψήφισμα από το συμβούλιο της 29^{ης} Μαΐου του 1986 των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων και των Αντιπροσώπων των Κυβερνήσεων των κρατών μελών, σχετικά με την κατάχρηση αλκοόλ.

Το ζήτημα:

«Το συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων και οι αντιπρόσωποι των Κυβερνήσεων των κρατών – μελών, συνελθόντες στα πλαίσια του Συμβουλίου,

- Έχοντας υπόψη τη συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας
- Εκτιμώντας ότι η κατανάλωση αλκοόλ έχει εν γένει αυξηθεί σημαντικά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας
- Εκτιμώντας, ότι σε πολλές χώρες, η αύξηση της κατάχρησης αλκοόλ, η οποία είναι δυνατόν να ευνοηθεί από την αύξηση της κατανάλωσης,

προκαλεί σοβαρές ανησυχίες διότι αποτελεί απειλή για την δημόσια υγεία και το κοινωνικό σύνολο.

– Εκτιμώντας ότι η σταθερή βελτίωση των όρων διαβίωσης και της απασχόλησης των λαών τους, αποτελεί κύριο σκοπό

– Έχοντας συνείδηση ότι η παραγωγή, η πώληση και η διανομή αλκοόλ αποτελούν σημαντικό παράγοντα της οικονομίας των περισσότερων κρατών – μελών

– Κρίνοντας ότι ενδείκνυται να αναληφθεί, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, κοινή πρωτοβουλία στον τομέα της πρόληψης και της κατάχρησης αλκοόλ

– Εκτιμώντας ότι, σύμφωνα με το ψήφισμα του Συμβουλίου της 19^{ης} Μαΐου 1981 σχετικά με το δεύτερο πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για πολιτική προστασίας και ενημέρωσης των καταναλωτών, η επιτροπή θα εξετάσει κατά πόσο οι διαφορές των μέτρων που ελήφθησαν από τα κράτη μέλη, όσο αφορά τα αλκοολούχα ποτά, παρεμποδίζουν την καλή λειτουργία της κοινής αγοράς και θα υποβάλει, ενδεχομένως, τις κατάλληλες προτάσεις, ότι θα λάβει προς υποστήριξη των δράσεων που ανέλαβαν τα κράτη μέλη, κάθε άλλη πρωτοβουλία που θα ήταν χρήσιμη στο γενικότερο πλαίσιο των προβλημάτων που συνδέονται με την κανονική ή υπερβολική κατανάλωση αυτών των προϊόντων από τους καταναλωτές.

– Καλούν την Επιτροπή να σταθμίσει προσεκτικά τα συμφέροντα τα σχετικά με την παραγωγή, τη διανομή και την προώθηση των οινοπνευματωδών ποτών και τα συμφέροντα τα σχετικά με τη δημόσια υγεία και να εφαρμόσει για τον σκοπό αυτό ισόρροπη πολιτική

– Καλούν επίσης την Επιτροπή να εξετάσει τα μέτρα που μπορούν να συμβάλουν αποτελεσματικά στην υλοποίηση του στόχου του παρόντος ψηφίσματος και ενδεχομένως, να υποβάλει στο συμβούλιο σχετικές προτάσεις.

– Σημειώνει ότι οι κοινοτικές δραστηριότητες που θα πραγματοποιηθούν μελλοντικά σε αυτόν τον τομέα πρέπει να εναρμονίζονται πλήρως με τα όσα έχουν ήδη αναληφθεί για το πρόβλημα αυτό στα πλαίσια της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας» (Τσαρούχας 2000).

Ο Ευρωπαϊκός Καταστατικός Χάρτης

Από το 1992, το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης εναντίον του Αλκοολισμού (ΕΣΔΑ) παρέχει μια βάση για την ανάπτυξη και την υλοποίηση πολιτικών και προγραμμάτων για το αλκοόλ στα κράτη μέλη. Σκοπός του ΕΣΔΑ είναι ότι μέχρι το έτος 2005, όλες οι ευρωπαϊκές χώρες πρέπει να υιοθετήσουν μέτρα για την προστασία των παιδιών και των νέων από την έκθεσή τους στο αλκοόλ. Στις προτεινόμενες δράσεις περιγράφονται γενικοί στόχοι που περιλαμβάνουν:

- Παροχή εκπαίδευσης και μεγαλύτερη αφύπνιση πάνω στο θέμα, υποστήριξη για τις πολιτικές υγείας που προλαμβάνουν τις βλάβες που προέρχονται από το αλκοόλ
- Περιορισμός της έκτασης της βλάβης που σχετίζεται με το αλκοόλ σε περιπτώσεις όπως τα θανατηφόρα ατυχήματα, ατυχήματα με τραυματίες, βία, εκμετάλλευση και/ή αμέλεια ανηλίκων και οικογενειακές κρίσεις

- Παροχή προσιτής και αποτελεσματικής θεραπείας για τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ με επικίνδυνο τρόπο και για αυτούς που είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ
- Άσκηση μεγαλύτερης προστασίας από τις πιέσεις που δέχονται τα παιδιά και οι έφηβοι να καταναλώνουν αλκοόλ αλλά και όσοι επιλέγουν να μην το καταναλώνουν (Τσαρούχας 2000).

Το ευρωπαϊκό σκέλος του Π.Ο.Υ. έχει αναλάβει διάφορες πρωτοβουλίες για τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων του αλκοόλ στα κράτη - μέλη του. Ο «Ευρωπαϊκός Καταστατικός Χάρτης για το Αλκοόλ», που συγκλήθηκε με πρωτοβουλία του Ευρωπαϊκού σκέλους του Π.Ο.Υ. στο Παρίσι το Δεκέμβρη του 1995, δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές για δράση σε όλα τα κράτη – μέλη και περιλαμβάνει ηθικές αρχές και στόχους καθώς επίσης και 10 στρατηγικές (ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π. , 2008).

Ηθικές αρχές και Στόχοι

- Όλα τα άτομα έχουν το δικαίωμα σε μία οικογενειακή, κοινοτική και εργασιακή ζωή προφυλαγμένη από ατυχήματα, βία και άλλες αρνητικές συνέπειες από την κατανάλωση οινοπνευματωδών.
- Όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα σε μία έγκυρη και αμερόληπτη πληροφόρηση και εκπαίδευση από τα πρώτα στάδια της ζωής τους, για τις επιπτώσεις της κατανάλωσης οινοπνευματωδών στην υγεία, την οικογένεια και την κοινωνία.
- Όλα τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν το δικαίωμα να μεγαλώσουν σ' ένα περιβάλλον προφυλαγμένο από τις αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης οινοπνευματωδών και από την προώθηση οινοπνευματωδών ποτών στο βαθμό που αυτό είναι δυνατόν.
- Όλα τα άτομα που κάνουν επικίνδυνη και επιβλαβή χρήση οινοπνευματωδών, καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους έχουν το δικαίωμα σε μία προσιτή θεραπεία και φροντίδα.
- Όλα τα άτομα που δεν επιθυμούν να καταναλώσουν οινοπνευματώδη ή δεν μπορούν να πιουν εξ αιτίας της υγείας τους ή για άλλους λόγους, έχουν το δικαίωμα να προστατεύονται από τον εξαναγκασμό να πιουν, καθώς και να υποστηρίζονται κατά την αποχή τους από τα οινοπνευματώδη

(ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π. , 2008).

Οι δέκα στρατηγικές δράσης για το αλκοόλ

1. Πληροφόρηση του κοινού για τις συνέπειες της κατανάλωσης οινοπνευματωδών στην υγεία, στην οικογένεια και την κοινωνία και για

τα αποτελεσματικά μέτρα που μπορούν να ληφθούν σε ότι αφορά την πρόληψη ή τη μείωση των προβλημάτων, με το σχεδιασμό εκτεταμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων από τα πρώτα στάδια της ζωής.

2. Προώθηση της δημιουργίας δημόσιων, ιδιωτικών και εργασιακών χώρων προφυλαγμένων από ατυχήματα και βία καθώς και από άλλες αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης οινοπνευματωδών.

3. Ψήφιση και επιβολή νόμων που να αποτρέπουν τον συνδυασμό ποτού-οδήγησης αποτελεσματικά.

4. Προαγωγή υγείας μέσω του ελέγχου της διαθεσιμότητας των οινοπνευματωδών, για παράδειγμα στους νέους, και μέσω του ελέγχου των τιμών, όπως για παράδειγμα με τη φορολογία.

5. Εφαρμογή αυστηρού ελέγχου στην άμεση και έμμεση διαφήμιση των οινοπνευματωδών ποτών, αναγνωρίζοντας τους ήδη υπάρχοντες σε μερικές χώρες περιορισμούς και απαγορεύσεις και διασφαλίζοντας ότι καμία μορφή διαφήμισης δεν απευθύνεται ειδικά στους νέους, συνδέοντας, για παράδειγμα, τα οινοπνευματώδη με τα σπορ.

6. Διασφάλιση της προσβασιμότητας αποτελεσματικών υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης, με ειδικευμένο προσωπικό, για άτομα που κάνουν επικίνδυνη και επιβλαβή χρήση οινοπνευματωδών, καθώς και για μέλη των οικογενειών τους.

7. Προαγωγή της επίγνωση για την ηθική και νομική ευθύνη όσων εμπλέκονται στο εμπόριο ή στην προσφορά οινοπνευματωδών ποτών, διασφάλιση αυστηρού ελέγχου της προστασίας του προϊόντος και εφαρμογή κατάλληλων μέτρων εναντίον της παράνομης παραγωγής και πώλησης,

8. Ενίσχυση της ικανότητας της κοινωνίας να αντιμετωπίζει τα προβλήματα από την κατανάλωση οινοπνευματωδών μέσα από την εκπαίδευση ειδικών σε διαφορετικούς τομείς όπως υγεία, κοινωνική πρόνοια, εκπαίδευση και δικαιοσύνη, παράλληλα με την ενδυνάμωση της κοινοτικής ανάπτυξης και της τοπικής ηγεσίας.

9. Υποστήριξη μη κυβερνητικών οργανώσεων και κινημάτων αυτοβοήθειας που προάγουν τρόπους υγιεινής ζωής, ειδικά αυτών που στοχεύουν στην πρόληψη ή στην μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση οινοπνευματωδών.

10. Διαμόρφωση προγραμμάτων ευρείας βάσης στις Χώρες Μέλη, λαμβάνοντας υπ' όψη τον παρόντα Ευρωπαϊκό Καταστατικό Χάρτη για τα Οίνοπνευματώδη, καθορισμός συγκεκριμένων στόχων και δεικτών αποτελέσματος, παρακολούθησης της πορείας και της προόδου, καθώς και διασφάλιση περιοδικής ενημέρωσης των προγραμμάτων μετά από αξιολόγηση.

(ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π. , 2008).

«Το τριετές σχέδιο αγώνα κατά των Ναρκωτικών και Πρόληψης των Εξαρτήσεων (ΑΛΚΟΟΛ, ΚΑΠΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΤΡΟΠΑ) 1999 – 2001» που υιοθετήθηκε υπο την προεδρία του Λιονέλ Ζοσπέν στις 16 Ιουνίου 1998, αφορά όλα τα νόμιμα και παράνομα τοξικά προϊόντα (Τσαρούχας 2000).

Σύμφωνα με το άρθρο 158 της Συμφωνίας του Άμστερνταμ για την Ε.Ε., θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη τα θέματα υγείας από όλες τις πολιτικές γραμμές των χωρών – μελών. Για τον λόγο αυτό η Ε.Ε. έχει θέσει μια σειρά από στόχους για την πολιτική ελέγχου του αλκοόλ. Ένας από τους στόχους είναι ότι η κατά κεφαλή κατανάλωση του αλκοόλ δεν θα αυξηθεί μέσα στην περίοδο του 1995 – 2015 και μέχρι το 2015 δεν θα πρέπει να ξεπερνάει τα 6 λίτρα κατά κεφαλή τον χρόνο, τείνοντας στο μηδέν στους νέους κάτω των 15 ετών (Τσαρούχας 2000). Φυσικά τα μέτρα που θα ληφθούν θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα με τα ιδιαίτερα πολιτιστικά, κοινωνικά, νομικά και οικονομικά χαρακτηριστικά της κάθε κοινωνίας που απευθύνονται. Έτσι προάγεται η όσο γίνεται μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των προγραμμάτων που θα σχεδιαστούν και θα υλοποιηθούν (ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π. , 2008).

7.9 Μέτρα και Πολιτικές Πρόληψης Διεθνώς

Αυστραλία: Ο Babor και οι συνεργάτες του έχουν εντοπίσει τις ακόλουθες στρατηγικές που εφαρμόζονται αυτή την περίοδο σε όλες τις περιοχές της Αυστραλίας, ώστε να μειωθεί η χρήση αλκοόλ και οι αρνητικές συνέπειες του στην κοινωνία:

- **Επιβολή φορολογίας και κοστολόγησης**
Η επιβολή φόρων στα αλκοολούχα ποτά με βάση την περιεκτικότητά τους σε αλκοόλ φαίνεται να συμβάλει στην μείωση κατανάλωσης και των συνεπειών, ενθαρρύνοντας την κατανάλωση ποτών με χαμηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Η διαθεσιμότητα ποτών με χαμηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ οφείλεται σε παλαιότερα μέτρα με στόχο την ενίσχυση της βιομηχανίας παραγωγής κρασιού. Ωστόσο στην σημερινή εποχή και σε πολλές περιοχές είναι ιδιαίτερα αυξημένες οι αρνητικές συνέπειες που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ
- **Κανονισμοί για την διαθεσιμότητα του αλκοόλ**
Η επιβολή κανονισμών στις άδειες πώλησης αλκοόλ καθώς επίσης στις ώρες πώλησης και ειδικότερα στην απαγόρευση πώλησης των 4-λιτρων δοχείων κρασιού, φαίνονται αποτελεσματικοί για την μείωση της κατανάλωσης και των αρνητικών συνεπειών, παρόλο που δεν έχει αξιοποιηθεί ακόμη πλήρως αυτό το σύστημα
- **Ρυθμίσεις για τους χώρους κατανάλωσης**
Περιλαμβάνει τους τρόπους πώλησης αλκοόλ , τροποποίηση του χώρου χρήσης αλκοόλ, συνήθως με αλλαγές στους κανονισμούς λειτουργίας των «μπαρ» καθώς επίσης και εκπαίδευσης του προσωπικού που εργάζεται στα «μπαρ» ώστε να αναγνωρίζουν τα μεθυσμένα άτομα και να μην τα σερβίρουν αν αυτό χρειαστεί, και να τους προσφέρουν φαγητό και μη αλκοολούχα ποτά
- **Αντίμετρο για την οδήγηση υπο την επήρεια αλκοόλ**
Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των τυχαίων ελέγχων της αναπνοής και αυτό είχε αποτέλεσμα την μείωση τόσο της οδήγησης υπο την επήρεια αλκοόλ όσο και των ατυχημάτων που συνδέονται με αυτό.
- **Ρύθμιση της προώθησης του αλκοόλ**
Στην Αυστραλία, η προώθηση του αλκοόλ μέσω της διαφήμισης είναι «αυτο-ρυθμιζόμενη», σύμφωνα με τον κώδικα των βιομηχανιών και δεν πρέπει να αποκλίνει από την μέτρια και υπεύθυνη κατανάλωση από τους ενήλικες και την προσέλκυση παιδιών.

- Στρατηγικές ενημέρωσης και κινητοποίησης
Η ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης στην Αυστραλία κορυφώθηκε την δεκαετία του 1990 αλλά πλέον πραγματοποιούνται πολύ λίγες έρευνες και υλοποιούνται λίγα προγράμματα ανάπτυξης
- Θεραπεία και έγκαιρη παρέμβαση
Η βραχεία θεραπεία έχει αναγνωριστεί σαν η πιο οικονομική. Η προσφορά υπηρεσιών υπολείπεται της ζήτησης και υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο να εξεταστούν τα οφέλη διαγνωστικών εξετάσεων και σύντομων παρεμβάσεων σε ευρύτερη κλίμακα. Αυτή η μέθοδος είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην θεραπεία των προκαταρκτικών σταδίων κατανάλωσης καθιστώντας περιττή την περαιτέρω πιο εντατική θεραπεία. (Midford, , 2006)

Ηνωμένο Βασίλειο: Η πολιτική για το αλκοόλ έχει εξελιχθεί διαφορετικά για την κάθε χώρα του Ηνωμένου Βασιλείου. Το 2000 η Ουαλία τάχθηκε υπέρ μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για το αλκοόλ και τις ουσίες που ονομάστηκε «Αντιμετωπίζοντας την Κατάχρηση Ουσιών στην Ουαλία: Μια Προσέγγιση Συνεργασίας». Η Ουαλία και η Αγγλία έχουν τους ίδιους νόμους σχετικά με τις άδειες για το αλκοόλ. Το 2000 επίσης, στην Βόρεια Ιρλανδία υιοθετήθηκε η «Στρατηγική για την Μείωση της Βλάβης από το Αλκοόλ», η οποία εστίαζε στην προαγωγή της υγείας. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης του 2002 στην Σκωτία, υποστήριξε ένα πλαίσιο υπηρεσιών σε μια δομή τεσσάρων επιπέδων για τις θεραπευτικές υπηρεσίες. Το 2004 στην Αγγλία, δημοσιεύτηκε η πρώτη Πολιτική για την Μείωση της Βλάβης που σχετίζεται με το Αλκοόλ. Στο συγκεκριμένο κείμενο αναφέρεται ότι δεν θα ληφθεί κανένα μέτρο για την κάλυψη της κατά κεφαλή κατανάλωσης και εστιάζει στις δράσεις για την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Η πολιτική της Αγγλίας ακολουθήθηκε με ένα συμβουλευτικό κείμενο με τίτλο «Ευθύνη για την χρήση Αλκοόλ» και περιλαμβάνει τις αρνητικές συνέπειες της επέκτασης του επιτρεπόμενου ωραρίου κατανάλωσης αλκοόλ σύμφωνα με τον νέο νόμο για την χορήγηση αδειών. (Raistrick, 2006).

Γαλλία: την δεκαετία του 1950, ψηφίστηκαν ορισμένοι νόμοι σχετικά με τις άδειες πώλησης αλκοόλ και δρουν προληπτικά ενάντια στο άνοιγμα καταστημάτων σε διάφορες περιοχές, όπως τα σχολεία, και ορίζουν το μέγιστο αριθμό καταστημάτων στις νέες αστικές περιοχές. Επίσης, σύμφωνα με το Νομικό Πλαίσιο για την Δημόσια Υγεία, απαγορεύεται η είσοδος σε μπαρ στους ανήλικες κάτω των 16 ετών εκτός και αν συνοδεύονται. Επιπλέον απαγορεύεται η πώληση αλκοολούχων ποτών σε άτομα κάτω των 18 ετών, ενώ η πώληση κρασιού και μπύρας απαγορεύεται να πωλείται σε άτομα κάτω των 16 ετών. Η φορολογία δεν έχει χρησιμοποιηθεί σαν μέσο πρόληψης. Το 1991 ψηφίστηκε νόμος που περιορίζει την διαφήμιση. Συγκεκριμένα απαγορεύει την διαφήμιση αλκοόλ στην τηλεόραση και ελέγχεται το μήνυμα σε περιπτώσεις που δίνεται άδεια διαφήμισης στο ραδιόφωνο, τον Τύπο ή μέσω αφισών. Ο νόμος αυτός άλλαξε την γλώσσα που χρησιμοποιείται στις διαφημίσεις και περιόρισε το σαγηνευτικό στοιχείο. Η οδήγηση υπο την επήρεια αλκοόλ αποτελεί αδίκημα από το 1959 . Το 1979 ιδρύθηκε η Γαλλική Εταιρία για τον Αλκοολισμό ενώ ανά τακτά χρονικά διαστήματα οργανώνονται καμπάνιες στα ΜΜΕ από επίσημα όργανα του Εθνικού Ινστιτούτου Πρόληψης και Ενημέρωσης για την Υγεία (INPES) (Craplet, 2006).

Σουηδία: Το 1982 ψηφίστηκε ένας νόμος που δημιούργησε μια κοινωνική υποστήριξη για τους εξαρτημένους ασθενείς και το 1995 τέθηκε σε εφαρμογή ένα εθνικό σχέδιο πρόληψης των ανεπιθύμητων παρενεργειών από το αλκοόλ και τα παράνομα ναρκωτικά. Η κατανάλωση αλκοόλ καθώς επίσης και άλλως ουσιών εξάρτησης παρακολουθούνται από το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας (Τσαρούχας, 2000).

Δανία: το 1979 δημιουργήθηκε ένα γραφείο κυβερνητικού συντονισμού που ονομάστηκε Συμβούλιο Αγώνα κατά του αλκοολισμού και της τοξικομανίας (Τσαρούχας, 2000).

7.10 Μέτρα και Πολιτικές Πρόληψης στην Ελλάδα

Η ελληνική νομοθεσία σχετικά με το αλκοόλ αναφέρεται στην φορολόγηση, τις διαδικασίες ελέγχου τιμών, της παραγωγής και της ποιότητας των αλκοολούχων ποτών, κλπ. Επίσης απαγορεύεται η οδήγηση οχήματος υπό την επήρεια οινοπνεύματος ή άλλων τοξικών ουσιών. Καθιερώνεται επίσης ανώτατη τιμή συγκέντρωσης οινοπνεύματος στο αίμα 0,5 τοις χιλίοις ανά λίτρο αίματος (που αντιστοιχεί σε 4-5 μονάδες αλκοόλ σε γρήγορη κατανάλωση), πέραν της οποίας ο οδηγός θεωρείται σε κατάσταση μέθης και διώκεται ποινικά. Καθιερώνεται επίσης το δικαίωμα των αστυνομικών οργάνων να υποβάλλουν σε έλεγχο με αλκοτέστ τους οδηγούς που κινούν την υποψία για μέθη. (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Με προεδρικό διάταγμα του 1994 απαγορεύτηκε η είσοδος και η παραμονή σε κέντρα διασκέδασης και αμιγή μπαρ των νέων κάτω των 17 ετών χωρίς τη συνοδεία των γονέων ή των κηδεμόνων τους, καθώς και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε δημόσια κέντρα (ΦΕΚ αρ. 26, 28/2/1994)

Μέσα στο 2005 υπήρξαν υπουργικές αποφάσεις σχετικά με τα αλκοολούχα ποτά. Οι ρυθμίσεις αφορούν τον Ειδικό Φόρο Κατανάλωσης, τις διαδικασίες ελέγχου των τιμών και της ποιότητας, τις διαδικασίες παραγωγής, την αναγνώριση τοπικών οίνων κ.τ.λ. Την ίδια χρονιά υπογράφηκε μεταξύ της Ένωσης Επιχειρήσεων Οινοπνευματωδών Ποτών και του Υπουργείου Υγείας ένα «Πλαίσιο Αρχών διακήρυξης και Αυτοδέσμευσης σχετικά με τη διαφήμιση αλκοολούχων ποτών και την ενημέρωση των καταναλωτών», το οποίο είναι σύμφωνο με τον Κώδικα Διαφήμισης/ Επικοινωνίας και στοχεύει στην προστασία του καταναλωτή και ιδίως των ανήλικων αποφεύγοντας να προβάλλουν παραπλανητικά μηνύματα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής

Τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής, και τα οποία ακολουθούν τα περισσότερα κράτη – μέλη του ΟΗΕ, περιλαμβάνουν:

1. Την οργάνωση κοινοτικών υπηρεσιών που ενσωματώνονται συνήθως σε Κέντρα Υγείας ή Ψυχικής Υγείας και αναπτύσσουν προγράμματα εκπαίδευσης, ευαισθητοποίησης και οργανώνουν ειδικά προγράμματα αναγνώρισης ατόμων υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι αλκοολικοί, τα παιδιά αλκοολικών γονέων, άτομα με συναισθηματικές διαταραχές κλπ. Οι δράσεις των Κέντρων περιλαμβάνουν Άμεση παρέμβαση, με στόχο την επαναφορά της ισορροπίας του ατόμου μέσω της υποστηρικτικής διαδικασίας, ενώ στον

τομέα της αποκατάστασης γίνεται παρέμβαση στην οικογένεια του ατόμου και στο ίδιο το άτομο. Αποτελεσματική επίσης είναι η συμμετοχή του ατόμου σε ομαδική ψυχοθεραπεία ή ομάδα αυτοβοήθειας. Σημαντική ακόμα είναι και η παρέμβαση του κέντρου στην αλλαγή της στάσης που επικρατεί στην κοινότητα απέναντι στον αλκοολικό (Μαδιανός, 2006).

2. Την οργάνωση Θεραπευτικών Υπηρεσιών που περιλαμβάνουν μονάδες σωματικής αποτοξίνωσης καθώς επίσης και μονάδες ψυχολογικής απεξάρτησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης του ατόμου στην κοινότητα (Μαδιανός, 2006).

3. Σημαντικό ρόλο παίζουν και οι εθελοντικές οργανώσεις, όπως είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Μαδιανός, 2006).

Υπηρεσίες και προγράμματα πρόληψης στην Ελλάδα

Στον τομέα της Πρόληψης, τα περισσότερα προγράμματα και παρεμβάσεις περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των ψυχοδραστικών ουσιών – και όχι μόνο του αλκοολισμού - και αφορούν την προαγωγή της υγείας. Στο σχολικό περιβάλλον, το Υπουργείο Παιδείας, Διά Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων είναι ο κυριότερος φορέας πρόληψης. Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) και το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) παρέχουν στοιχεία για:

- Τις παρεμβάσεις των φορέων πρόληψης
- Τις παρεχόμενες υπηρεσίες ως προς τις θεραπευτικές παρεμβάσεις
- Επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τον αριθμό ατόμων που ζητούν βοήθεια από τις υπηρεσίες, την οδήγηση και τα τροχαία ατυχήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ
- Το νομικό πλαίσιο που καλύπτει την διάθεση και την κατανάλωση των οινόπνευματων στην Ελλάδα
- Ελέγχους που διενεργεί η Διεύθυνση Αλκοόλης, Αλκοολούχων ποτών, οίνου και Ζύθου του Γενικού Χημείου του Κράτους
- Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, πραγματοποιούνται ή βρίσκονται σε φάση σχεδιασμού

(Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Επίσης παρεμβάσεις που αφορούν την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα υλοποιούνται και από:

∅ το πανελλαδικό δίκτυο των 71 Κέντρων Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Τα 71 Κέντρα Πρόληψης που λειτουργούσαν έως και τα μέσα του 2009 καλύπτουν τους 49 από τους 51 νομούς της χώρας.

∅ Επιπλέον, παρεμβάσεις πρόληψης πραγματοποιούνται και άλλοι κυβερνητικοί ή μη κυβερνητικοί φορείς από το χώρο των εξαρτήσεων, της υγείας κτλ. Στους φορείς αυτούς συμπεριλαμβάνονται:

- τρεις μη κυβερνητικοί φορείς:
 - ΚΕΘΕΑ
 - Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης
 - Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός

- ένας κρατικός φορέας:
 - Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- μια εθελοντική οργάνωση:
 - Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ για έναν άλλο τρόπο ζωής
- ένας φορέας της Εκκλησίας:
 - Κέντρο Πρόληψης – Ίδρυμα Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ της Αρχιεπισκοπής Αθηνών.

(ΕΚΤΕΠΝ, 2009)

7.11 Αξιολόγηση Πρόληψης στην Ελλάδα

Δυστυχώς στην Ελλάδα η πρόληψη βρίσκεται σε εμβρυακό στάδιο και ουσίες εξάρτησης όπως το αλκοόλ και τα ναρκωτικά αντιμετωπίζονται με αδιαφορία. Οι άμεσες ενέργειες που προτείνονται να πραγματοποιηθούν, συνοψίζονται ως εξής:

1. Προτείνεται η διεξαγωγή ερευνών τόσο στην κοινότητα όσο και στα γενικά νοσοκομεία και στα ψυχιατρεία. Επίσης βοηθητική είναι και η καταγραφή παραπτώματων, εγκληματικών πράξεων, παραβάσεων του ΚΟΚ και ατυχημάτων εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ.
2. Οι έρευνες αυτές δεν θα πρέπει να περιορίζονται μόνο στην καταγραφή αλκοολικών περιστατικών, αλλά και στην ανίχνευση ατόμων που είτε είναι στα πρώτα στάδια εξάρτησης είτε ανήκουν στις ομάδες κινδύνου
3. Δημιουργία και ανάπτυξη κριτηρίων που να υποστηρίζονται επιστημονικά, για την αναγνώριση του προβληματικού πότη
4. Παρέμβαση στην κοινότητα που να παρέχει επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση στο κοινό σχετικά με το αλκοόλ, ευκαιρίες για ενεργό συμμετοχή των πολιτών και εξάλειψη φαινομένων προκατάληψης και στιγματισμού.
5. Εκπαιδευτικά προγράμματα με αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης τα οποία είναι απαραίτητα σε επαγγέλματα όπως η ιατρική, η ψυχολογία, η κοινωνική εργασία, οικονομία της υγείας κ.ά.
6. Έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην αρνητική στάση που διακρίνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στον αλκοολισμό.
7. Τα ΜΜΕ και ιδιαίτερα οι διαφημίσεις να τροποποιήσουν τον τρόπο που προωθούν το αλκοόλ, να μην το προβάλλουν σαν μέτρο κοινωνικής και σεξουαλικής επιτυχίας
8. Οι δικαστικές αρχές και η αστυνομία θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αναγνώριση και παραπομπή του αλκοολικού για θεραπεία, και όχι απλά να τιμωρούν
9. Υποστήριξη, συμβουλευτική και ενίσχυση της οικογένειας
10. Η ποτοαπαγόρευση και η υψηλή φορολογία δεν αποτελούν παράγοντες πρόληψης
11. Οι παραπάνω προτάσεις πρόληψης θα πρέπει να υλοποιηθούν στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης και όχι από την «απρόσωπη» πολιτεία
12. Σημαντική και χρήσιμη θα είναι επαφή με χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχουν εμπειρία στον τομέα της πρόληψης
13. Τέλος οι προσπάθειες πρόληψης θα πρέπει να είναι απόλυτα συντονισμένες και να εμπεριέχουν ερευνητικά προγράμματα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους

(Ποταμιάνος, 2005).

7.12 Συμπεράσματα

Καμία προσέγγιση δεν αρκεί από μόνη της να καλύψει τις ανάγκες όλων των ομάδων στόχου επομένως αυτό που προτείνεται είναι μια σύνθεση των προσεγγίσεων. Επιπλέον προκειμένου να εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα πρόληψης, χρειάζεται ένα καλό σύστημα εθνικής υποστήριξης, συνεργασία με άλλους φορείς και οργανώσεις καθώς επίσης και να καλύπτεται από το νομικό πλαίσιο (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει καθορίσει το ηθικό και αξιακό σύστημα με βάση το οποίο θα υλοποιηθούν στρατηγικές και δράσεις από τα κράτη – μέλη της Ευρώπης. Κάθε κράτος φρόντισε να λάβει μέτρα με όσο γίνεται τα δικά του πολιτιστικά, κοινωνικά, νομικά και οικονομικά χαρακτηριστικά.

Στην Ελλάδα συγκεκριμένα ο τομέας της πρόληψης δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος ειδικά όσον αφορά στον τομέα προγραμμάτων ενημέρωσης και πρόληψης (Πιπερόπουλος, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

8.1 Εισαγωγή

Για την θεραπεία των αλκοολικών, εφαρμόζονται πολλών ειδών θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η κλινική και ερευνητική εμπειρία δείχνει ότι δεν υπάρχει μόνο ένας τύπος αλκοολικού ούτε και ένα είδος θεραπευτικής προσέγγισης που να καλύπτει όλες τις περιπτώσεις και τις ανάγκες των εξαρτημένων (Λιάππας, Τζινιέρη - Κοκκώση, 2005).

Το πρώτο ουσιαστικό βήμα στην θεραπεία είναι η διακοπή της χρήσης οινόπνευματος. Στην συνέχεια ο θεραπευόμενος χρειάζεται να ενταχθεί σε ένα θεραπευτικό σχήμα που όχι μόνο θα τον βοηθήσει να απέχει από το οινόπνευμα αλλά και θα τον βοηθήσει να αναπτύξει τις απαραίτητες ικανότητες ώστε να αλλάξει τρόπο ζωής. Επομένως η θεραπεία αποσκοπεί όχι μόνο στην άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης αλλά και σε μια βαθύτερη κατανόηση και αυτογνωσία που θα βοηθήσει στην ψυχική και πνευματική αναδόμηση του χρήστη (Λιάππας, Τζινιέρη - Κοκκώση, 2005).

Οι περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις, κατά το στάδιο της σωματικής απεξάρτησης, στοχεύουν στην διακοπή και στην σταθερή αποχή από το αλκοόλ, ενώ σε κάποιες άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις δίνεται περισσότερη έμφαση στην μείωση των αρνητικών επιπτώσεων που προέρχονται από την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του ατόμου. Η ολιστική θεώρηση στοχεύει όχι μόνο στην διακοπή της χρήσης αλλά και στην βελτίωση της λειτουργικότητας και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του πρώην χρήστη. Στην συνέχεια, στο πρώην εθισμένο άτομο παρέχεται μια μακροχρόνια ψυχοκοινωνική υποστήριξη ώστε να καταστεί ικανό και λειτουργικό σε σημαντικούς τομείς της καθημερινής του ζωής (Λιάππας, Τζινιέρη - Κοκκώση, 2005).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις κατά βάση οργανώνονται σύμφωνα με την φαρμακολογική προσέγγιση, την ψυχοκοινωνική και ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ενώ η διαδικασία της διακοπής πραγματοποιείται ακόμα και στα πλαίσια ομάδων αυτοβοήθειας. Η απεξάρτηση όμως καθώς και η επανένταξη χρειάζεται να πραγματοποιείται σε εξειδικευμένα κέντρα και μονάδες μέσω επιλεγμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Οι παρεμβάσεις που προσφέρουν οι υπηρεσίες χωρίζονται σε:

1. Ατομική ψυχοθεραπεία
2. Ομαδική ψυχοθεραπεία
3. Ψυχοκοινωνική παρέμβαση για κοινωνική ενσωμάτωση
4. Θεραπευτικές κοινότητες
5. Οικογενειακού τύπου θεραπευτικές προσεγγίσεις (Vellerman, 2001, Wilbourne, Miller, 2002, Λιάππας, Τζινιέρη - Κοκκώση, 2005).

Αρκετοί ερευνητές τονίζουν ότι κατά τον σχεδιασμό των κατάλληλων θεραπευτικών στρατηγικών και παρεμβάσεων, σημαντικό είναι να λαμβάνεται υπόψη το φαινόμενο της συννοσηρότητας. Η διάγνωση να γίνεται συνυπολογίζοντας το ενδεχόμενο της συννοσηρότητας καθώς επίσης την καταγραφή των αρνητικών συνεπειών που προέκυψαν από την χρήση και την καταγραφή των προδιαθετικών παθολογικών παραγόντων (Λιάππας, Τζινιέρη - Κοκκώση, 2005).

8.2 Φαρμακευτικές Θεραπείες

Τα περισσότερα δημοσιεύματα έχουν επικεντρωθεί στην χρήση των φαρμάκων Antabuse και Abstem (Disulfiram), τα οποία αναστέλλουν την δράση της αλκοολικής δεϋδρογενάσης και κατ'επέκταση την μετατροπή της αλκοόλης σε ακεταλδεΐδη. Αυτά τα φάρμακα προκαλούν μια «βίαιη» αντίδραση όταν χρησιμοποιούνται με αλκοόλ και ήταν αρκετά διαδεδομένα παρόλες τις παρενέργειες που προκαλούσαν. Εκτός από το Disulfiram κατά τη δεκαετία του '50 χρησιμοποιήθηκε και η ουσία Metronodazole (Flagyl) για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Αρχικά χρησιμοποιούνταν για την θεραπεία των ουρολοιμώξεων και μια από τις παρενέργειές της ήταν η αποστροφή προς το αλκοόλ. Όμως το Flagyl είχε χαμηλά ποσοστά επιτυχίας (Ποταμιάνος, 2005).

Η τρίτη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκε για την θεραπεία του της εξάρτησης από το αλκοόλ ήταν τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά χάπια. Σε αντίθεση με τις δύο πρώτες ομάδες φαρμάκων που βασίζονται στην αποστροφική θεραπεία, τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης. Τα συγκεκριμένα φάρμακα, όμως, συνήθως βοηθάνε στη βελτίωση μόνο στους δείκτες κατάθλιψης (Ποταμιάνος, 2005).

Για μερικούς ασθενείς, η φαρμακευτική προσφέρει μια περίοδο στην οποία μπορούν να μάθουν να ζουν χωρίς αλκοόλ και στην συνέχεια να διατηρήσουν την αποχή χωρίς την βοήθεια φαρμάκων. Η ακαμπροσάτη θεωρείται ότι μειώνει την κατανάλωση αλκοόλ τροποποιώντας τη γλουταμινική λειτουργία στον εγκέφαλο, η οποία εμπλέκεται στα στερητικά συμπτώματα και την υποτροπή πυροδοτούμενη από ερεθίσματα που σχετίζονται με προηγούμενες εμπειρίες στερητικού συνδρόμου. Η ναλτρεξόνη είναι ένα φάρμακο κατά των στερητικών συμπτωμάτων που μειώνει την πιθανότητα μίας υποτροπής. Δρα στους υποδοχείς οπιοειδών του εγκεφάλου και μπορεί να λειτουργήσει μειώνοντας κάποια από τα ευφορικά αποτελέσματα της αλκοόλης Anderson, Gual, Colom, 2005).

Η φαρμακευτική προσέγγιση δεν θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική. Η αξιολόγηση αυτής προσέγγισης και τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική εικόνα της βελτίωσης των ασθενών γιατί καταρχάς η περίοδος και η μέθοδος της διαχρονικής παρακολούθησης (Follow - Up) και οι τρόποι μέτρησης των αποτελεσμάτων δεν ορίζονται με ακρίβεια. Δεύτερον, οι ασθενείς που παρουσιάζουν βελτίωση είναι άτομα που ακολουθούν τη φαρμακευτική θεραπεία εθελοντικά και τέλος, οι περισσότερες μελέτες που ερευνούν την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας υπολογίζουν το ποσοστό επιτυχίας βάσει της ψυχολογικής βελτίωσης των ασθενών και όχι των αλλαγών στη συμπεριφορά κατανάλωσης της αλκοόλης (Ποταμιάνος, 2005).

8.3 Μη φαρμακευτικές Θεραπείες

Η ψυχολογική προσέγγιση έχει εφαρμοστεί από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα και προσεγγίσεις όπως η ψυχοδυναμική, η γνωστική θεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς, η κλινική ψυχολογία κ.ά., έχουν βοηθήσει ουσιαστικά στην θεραπεία

εξάρτησης από το αλκοόλ. Από τις πρώτες μεθόδους που αναπτύχθηκαν είναι η τεχνική αποστροφικής θεραπείας (aversion therapy) και βασίζεται στο ότι τα δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς. Για τον συγκεκριμένο σκοπό χρησιμοποιούνται χημικά σκευάσματα ή/και ηλεκτρικά ερεθίσματα επαναλαμβανόμενα για την πρόκληση αντίδρασης αποστροφής (Ποταμιάνος, 2005).

Τα τελευταία χρόνια πολλοί θεραπευτές επικεντρώθηκαν σε τεχνικές διαχείρισης του άγχους (anxiety management techniques). Παραδείγματα θεραπευτικών τεχνικών για την διαχείριση του άγχους είναι η εκπαίδευση στην παρρησία (assertive training) και η εκπαίδευση ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills training). Πολλοί αλκοολικοί υποτροπιάζουν είτε λόγω ματαίωσης των προσδοκιών τους (frustration) είτε λόγω ανικανότητας έκφρασης του θυμού ενώ μερικοί υποχωρούν στην κοινωνική πίεση για κατανάλωση αλκοόλ. Επιπλέον σημαντικός παράγοντας που χρειάζεται να λάβουμε υπόψη σχετικά με την υποτροπή του αλκοολικού, είναι και ο στρες που προκαλείται από τις διαπροσωπικές σχέσεις (Ποταμιάνος, 2005).

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις βασίζονται στην ψυχανάλυση (κυρίως φροϋδική) και στηρίζονται στο ότι ο αλκοολισμός αποτελεί σύμπτωμα μιας βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης ή συγκρούσεων. Επομένως στόχος είναι η ανάλυση της σύγκρουσης και όχι η θεραπεία του συμπτώματος διότι η επίλυση της σύγκρουσης θα οδηγήσει στην καταστολή του συμπτώματος, δηλαδή στην απεξάρτηση του αλκοόλ. (Ποταμιάνος, 2005).

Ø Ατομική ψυχοθεραπεία: Συνήθως έχει να κάνει με την συμβουλευτική και διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, όπως η ψυχανάλυση, η βραχεία ψυχοθεραπεία κ.ά. Βασική ιδέα είναι η συζήτηση του προβλήματος που σχετίζεται με το αλκοόλ και η προσπάθεια του θεραπευτή να βοηθήσει το άτομο να αλλάξει. Επιτυγχάνεται σε διαφορετικές υπηρεσίες, με διαφορετικούς τρόπους, όπως υιοθετώντας ένα συγκεκριμένο στυλ ψυχοθεραπείας όπως για παράδειγμα η Γνωστικό – Συμπεριφορική προσέγγιση όπου γίνεται αναφορά στον τρόπο που σκέφτονται οι άνθρωποι για διάφορα ζητήματα (Velleman, 2001).

Ø Ομαδική ψυχοθεραπεία: βασίζεται σε παρόμοιες αρχές με αυτές της ατομικής ψυχοθεραπείας. Είναι η πλέον δημοφιλής προσέγγιση που υιοθετούν τα περισσότερα ψυχιατρικά θεραπευτικά προγράμματα (Ποταμιάνος, 2005).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι ομαδικής ψυχοθεραπείας ανάλογα με την σύνθεση της ομάδας, το είδος της θεραπευτικής διεργασίας, τον τρόπο συντονισμού και καθοδήγησης από τον θεραπευτή, το θεωρητικό σύστημα αναφοράς της θεραπείας λόγω χάρη το ψυχαναλυτικό σύστημα, το συμπεριφορικό, το γνωστικό - συμπεριφορικό, κ.ά. (Μάνος, 1997).

Το βασικό πεδίο παρατήρησης και παρέμβασης είναι η διαντίδραση και η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών. Ο θεραπευτής παίρνει πιο πολύ ένα συντονιστικό και μεσολαβητικό ρόλο. Και συνήθως διακρίνουμε δύο βασικούς τύπους ομάδας: ομαδική ψυχοθεραπεία με νευρωτικούς και ομαδική ψυχοθεραπεία με ψυχωτικούς (Μάνος, 1997).

Ø Βραχεία ψυχοθεραπεία: Η βραχεία ψυχοθεραπεία είναι ένας όρος που καλύπτει διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις που σχεδιάστηκαν έτσι ώστε να διαρκούν και να κοστίζουν όσο το δυνατόν λιγότερο. Χαρακτηριστικά της βραχείας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι η περιορισμένη – βραχεία – χρονική διάρκεια της, η συγκεκριμενοποίηση και οργάνωση των προβλημάτων και των συγκρούσεων του ασθενή και η εστίαση σε αυτά, χρήση της «αντιπαράθεσης», της αντιμετώπισης δηλαδή των συγκεκριμένων συγκρούσεων που προκαλούν άγχος και δυσφορία στο

άτομο. Βασικά στοιχεία επίσης είναι η άμεση και ενεργητική στάση του θεραπευτή με υποστηρικτικές παρεμβάσεις, η συνεχής προσπάθεια του να διατηρεί την προσοχή του ασθενή στα συγκεκριμένα προβλήματα του και στις συγκρούσεις του και η δημιουργία στόχων που να επιτευχθούν από τον ασθενή ώστε να αλλάξει η συμπεριφορά που του προκαλεί προβλήματα σε μια πιο θετική συμπεριφορά (Μάνος, 1997).

Στα πλαίσια της βραχείας ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης συμπεριλαμβάνονται :α) Ενημέρωση και πληροφόρηση σχετικά με τον τρόπο που ο ασθενής καταναλώνει αλκοόλ, σε ποια φάση ανήκει και ποιοι κίνδυνοι προκύπτουν από την συχνή και επικίνδυνη χρήση αλκοόλ, β) Συμβουλές σχετικά με την παύση ή με τα όρια της ποσότητας κατανάλωσης αλκοόλ, γ) υποστήριξη του ασθενή και διαβεβαίωση ότι όσοι καταναλώνουν μεγάλες και επικίνδυνες ποσότητες οινοπνευματωδών δεν είναι απαραίτητα εξαρτημένοι από αυτό και ότι μπορούν να μετατρέψουν την συμπεριφορά τους ως προς την χρήση σε μια πιο θετική συμπεριφορά (Μάνος, 1997, Anderson & Gual & Colom, 2005).

Φυσικά, όπως και στις άλλες ψυχοδυναμικές θεραπείες, οι ασθενείς πρέπει να μπορούν να παρατηρούν τον εαυτό τους, να έχουν καταλάβει και αποδεχθεί το πρόβλημά τους, να είναι κινητοποιημένοι και να μπορούν να αντέξουν το άγχος της θεραπείας. Για αυτό οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πρέπει να συνδυάζονται συνεχώς με τεχνικές ανατροφοδότησης, κινητοποίησης και ενδυνάμωσης (Μάνος, 1997).

Ø Συμβουλευτική: Η γενική συμβουλευτική και οι δεξιότητες συμβουλευτικής όπως το να ακούει κανείς και το να διαθέτει συναίσθηση θα πρέπει να διαμορφώνουν τη βάση κάθε θεραπευτικής σχέσης και είναι αποτελεσματική στα άτομα που έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ. Όμως η συμβουλευτική από μόνη της δεν είναι αρκετή και πρέπει να υποστηρίζεται και από πιο εξειδικευμένες τεχνικές. Δύο κύριοι στόχοι της συμβουλευτικής είναι από την μια να βοηθήσουν τους ασθενείς να διαχειριστούν τα προβλήματα τους, να χρησιμοποιήσουν αχρησιμοποίητες πηγές και χαμένες ευκαιρίες και από την άλλη να βοηθήσουν τους ασθενείς να γίνουν καλύτεροι στο να βοηθούν τους εαυτούς τους στην καθημερινή τους ζωή (Anderson, Gual, Colom, 2005).

Ø Κινητοποιητική συνέντευξη: Είναι μια μέθοδος που σκοπό έχει την καθοδήγηση για την ενίσχυση των κινήτρων για να επιτευχθεί η αλλαγή. Επικεντρώνεται στον ασθενή με στόχο να τον κατευθύνει προς ένα κίνητρο για αλλαγή. Η συζήτηση γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε ο ίδιος ο ασθενής να αποφασίσει και να δώσει τους λόγους που θα κινητοποιηθεί προς την αλλαγή. Η συνέντευξη κινήτρου είναι περισσότερο μια μέθοδος επικοινωνίας παρά μια ομάδα τεχνικών ή μία ειδική στρατηγική (Anderson & Gual & Colom, 2005).

Σύμφωνα με τους Anderson, Gual, και Colom (2005), προτείνονται τρεις γενικές διαδικασίες βάσει των οποίων η συνέντευξη κινήτρου μπορεί να είναι αποτελεσματική, την **συνεργασία**, την **επίκληση** και την **αυτονομία**. Η **συνεργασία** είναι βασικός παράγοντας στην συνέντευξη κινήτρου. Ο κλινικός θα πρέπει να επικοινωνεί και να παρέχει υποστήριξη παρά να προσπαθεί να πείσει ή να εξαναγκάσει. Η **επίκληση** αναφέρεται στο ρόλο του κλινικού να μπορεί να αντλεί πηγές και κίνητρα από τον ίδιο τον ασθενή. Η **αυτονομία** σχετίζεται με την ανεξαρτησία και υπευθυνότητα του ασθενή για αλλαγή, η οποία θα πρέπει να επιβεβαιώνεται και να υποστηρίζεται από τον κλινικό.

Υπάρχουν 4 ευρείες, καθοδηγητικές αρχές στη βάση της κινητοποιητικής συνέντευξης: **έκφραση ενσυναίσθησης, ανάπτυξη της διαφοροποίησης, συν-**

πόρευση με την αντίσταση και υποστήριξη της αυτο-διαχείρισης. Η **ενσυναίσθηση** είναι ο θεμέλιος λίθος όπου στηρίζεται η κινητοποιητική συνέντευξη και περιλαμβάνει μια στάση αποδοχής και σεβασμού προς τον πότη και τις απόψεις του. Στην **διαφοροποίηση** ξεκαθαρίζονται οι σημαντικοί στόχοι στην ζωή του αλκοολικού και πώς η κατανάλωση αλκοόλ εμπλέκεται και περιορίζει την επίτευξή τους. Η **συν-πόρευση με την αντίσταση** σχετίζεται με την αποφυγή επιχειρηματολογίας, αλλά βασίζεται στο ότι η αντίσταση ενός ασθενή μπορεί να επαναπροσδιοριστεί και να χρησιμοποιηθεί έτσι ώστε να προκαλέσει ευκαιρίες και διάθεση για αλλαγή. Η έννοια της **αυτο-διαχείρισης** αναφέρεται στις πεποιθήσεις και ικανότητες του ατόμου να μπορεί να αναλάβει και να πετύχει ένα συγκεκριμένο στόχο (Anderson & Gual & Colom, 2005).

Ø Γνωστικές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις: Στηρίζονται στην ιδέα ότι η τροποποίηση και η εκ νέου μάθηση μιας συμπεριφοράς επηρεάζεται από την αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους και τους άλλους. Πολλές προσεγγίσεις για την χρήση αλκοόλ εντάσσονται στο φάσμα των γνωστικο – συμπεριφορικών προσεγγίσεων και προσφέρουν μια αποτελεσματική βάση για την θεραπεία της επιβλαβούς χρήσης και εξάρτησης από το αλκοόλ. Οι παρεμβάσεις ευνοούν την ανάπτυξη μίας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή σε μία ατμόσφαιρα με ενσυναίσθηση και χωρίς αντιπαράθεση και μπορούν να συνδυαστούν με άλλες παρεμβάσεις όπως οι φαρμακευτικές και οι τεχνικές κινητοποιητικής συνέντευξης (Anderson & Gual & Colom, 2005).

Ø Ανάπτυξη δεξιοτήτων Περιλαμβάνει την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων σε άτομα ώστε να ζουν μια ικανοποιητική ζωή χωρίς το αλκοόλ. Είναι περισσότερο ωφέλιμη σε κείνους τους ασθενείς που δεν έχουν τις ανάλογες δεξιότητες και ικανότητες επικοινωνίας, αυτοδιαχείρισης και καταφεύγουν στο αλκοόλ σαν μια μορφή άμυνας. Εφαρμόζεται επίσης σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο υποτροπής καθώς επίσης και σε οικογένειες. Περιλαμβάνονται διάφορες παρεμβάσεις όπως η ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, άρνησης του αλκοόλ και αποστροφής, η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, χαλάρωσης και διαχείρισης του στρες, καθεμία ανάλογη με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων αντιμετώπισης φυσικά και χρειάζονται και την ενεργό συμμετοχή του ασθενή ώστε να έχουν το καλύτερο αποτέλεσμα (Wilbourne, Miller, 2002, Anderson & Gual & Colom, 2005).

Ø Αυτο-διαχείριση της συμπεριφοράς: Η αυτό-διαχείριση της συμπεριφοράς είναι μία γνωστική συμπεριφορική θεραπευτική παρέμβαση και περιλαμβάνει μια σειρά στρατηγικών όπως: αυτο-παρατήρηση, καθορισμός ορίων κατανάλωσης αλκοόλ, έλεγχος ρυθμού κατανάλωσης αλκοόλ, αναγνώριση καταστάσεων προβληματικής κατανάλωσης και αυτο-ανταμοιβής για την περιορισμένη κατανάλωση (Anderson & Gual & Colom, 2005).

Ø Υλικά αυτο-καθοδήγησης: Περιλαμβάνουν εγχειρίδια αυτοβοήθειας διαθέσιμα για πότες που θέλουν να διακόψουν την κατανάλωση αλκοόλ χωρίς την βοήθεια θεραπειών. Παράλληλα αποτελούν μια χρήσιμη προσθήκη στις θεραπευτικές παρεμβάσεις καθώς ενισχύουν τα μηνύματα που μεταφέρονται. Η χρήση τους είναι καταλληλότερη για άτομα με επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ παρά για άτομα με εξάρτηση (Anderson & Gual & Colom, 2005).

Ø Οι στρατηγικές αποφυγής ψυχοκοινωνικής υποτροπής: Η υποτροπή είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα για όσους προσπαθούν να υπερνικήσουν τις εξαρτητικές συμπεριφορές και η πρόληψή της στοχεύει στη διατήρηση μίας μακράς αποχής ή μίας συμπεριφοράς ήπιας κατανάλωσης και

στη μείωση της σοβαρότητας της υποτροπής εάν εμφανιστεί. Το μοντέλο της πρόληψης της υποτροπής αντιλαμβάνεται την υποτροπή ως ευκαιρία για τους ασθενείς να κατανοήσουν τη συμπεριφορά τους και να αναπτύξουν νέες ικανότητες στην αντιμετώπιση των καταστάσεων υψηλού κινδύνου. Στις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται συμπεριλαμβάνονται: α) εκπαίδευση δεξιοτήτων, β) γνωσιακή αναδόμηση, γ) εξισορρόπηση του τρόπου ζωής, δ) η νοητική αναπαράσταση, ε) η εκπαίδευση στη χαλάρωση, στ) η διαχείριση των άγχους, ζ) η αναμόρφωση των τρόπων ζωής, η) ο διαλογισμός κ.ά.

Οι στρατηγικές έχουν σχεδιαστεί ώστε να διαχειρίζονται τα προμηνύματα μιας υποτροπής και περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης, την πρόκληση έναντι των θετικών προσδοκιών έκβασης από τη χρήση αλκοόλης, κίνητρα και κινητοποίηση και την αντιμετώπιση των υποτροπών. Η αποτελεσματική πρόληψη των υποτροπών επίσης απαιτεί τη διευθέτηση μακροπρόθεσμων παραγόντων που αφορούν μία υποτροπή (Marlatt & Donovan, 2005).

Ø Η Πνευματική Προσέγγιση: Πραγματεύεται ότι η ανθρώπινη ανάπτυξη είναι κατά φύσει πνευματική και εξελίσσεται σε υψηλότερα επίπεδα συνειδητότητας, υπέρβαση της εγωκεντρικής φύσης του ανθρώπου και στην επίτευξη δυνατοτήτων του ανθρώπου σε ένα ανώτερο επίπεδο. Θεωρείται ολιστική γιατί περιλαμβάνει τους βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον άνθρωπο (Bliss, 2009).

Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνεται στην θεραπευτική διαδικασία των Αλκοολικών Ανώνυμων και είναι ένας λόγος για την επιτυχία της συγκεκριμένης οργάνωσης διότι φέρνει στην επιφάνεια θέματα απελευθέρωσης, ευγνωμοσύνης, ταπεινοφροσύνης, μακροθυμίας και συγχώρεσης (Bliss, 2009).

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (2005), οι έρευνες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών προσεγγίσεων παρουσιάζουν αμφισβητήσιμα αποτελέσματα όπως έλλειψη ελεγχόμενων δοκιμασιών, ασαφείς περιγραφές των χαρακτηριστικών των θεραπευόμενων, ανεπαρκές follow-up, καθώς επίσης και δυσκολίες ως προς την περιγραφή της θεραπευτικής πορείας και των θεραπευτικών διαδικασιών. Επομένως η ψυχολογική προσέγγιση δεν παρουσιάζει υπεροχή έναντι άλλων προσεγγίσεων. Επιπλέον διαρκούν και κοστίζουν περισσότερο.

8.4 Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα

Στα γενικότερα θεραπευτικά πλαίσια προγραμμάτων και ειδικών προσεγγίσεων για τον αλκοολισμό, γίνεται χρήση φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών θεραπειών. Διαφοροποιούνται ως προς το γεγονός ότι έχουν σχεδιαστεί ειδικά για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού. για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ομάδες αυτοβοήθειας όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (AA), τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού, οι ειδικοί ξενώνες και τα θεραπευτικά προγράμματα σε νοσοκομεία (Ποταμιάνος, 2005).

Στην Ελλάδα οι πιο διαδεδομένες ομάδες είναι των Αλκοολικών Ανώνυμων, η ΑΛΑΝΟΝ που λειτουργεί που απευθύνεται στο οικογενειακό περιβάλλον του αλκοολικού και η ΑΛΑΤΙΝ που απευθύνεται σε εφήβους που αντιμετωπίζουν πρόβλημα αλκοολισμού μέσα στην οικογένεια (Τσαρούχας, 2000).

Αλκοολικοί Ανώνυμοι (AA): «Οι Α.Α. είναι μια αδελφότητα ανδρών και γυναικών όπου μοιράζονται μεταξύ τους, την δύναμη και την ελπίδα τους ώστε να μπορέσουν

να λύσουν το κοινό τους πρόβλημα και να βοηθήσουν άλλους να αναρρώσουν από τον αλκοολισμό.

Μοναδική προϋπόθεση για να γίνει κάποιος/α μέλλος είναι η επιθυμία να σταματήσει να πίνει. Τα μέλη των Α.Α. δεν υποχρεώνονται να καταλάβουν καμιάς μορφής συνδρομή, είμαστε αυτοσυντήρητοι μέσα από δικές μας συνεισφορές.

Οι Α.Α. δεν συνδέονται με καμιά αίρεση, κανένα θρήσκευμα.

Ο κύριος σκοπός μας είναι να παραμείνουμε νηφάλιοι και να βοηθήσουμε άλλους αλκοολικούς να πετύχουν νηφαλιότητα» (Τσαρούχας, 2000).

Τα μέλη των Α.Α. μοιράζονται τις εμπειρίες τους με όσους έρχονται και ζητούν βοήθεια για το πρόβλημά τους με το ποτό. Γενικότερα επικρατεί ένα κλίμα αλληλοβοήθειας μεταξύ των μελών. Το πρόγραμμα των Α.Α. αναπτύσσεται στα 12 βήματα που δίνει την δυνατότητα σε έναν αλκοολικό να φτιάξει την ζωή του χωρίς αλκοόλ. Το πρόγραμμα που αναπτύσσεται περιλαμβάνει:

1. Ανοικτές συγκεντρώσεις, όπου συμμετέχουν αλκοολικοί και μη, και κάποια μέλη μοιράζονται την ιστορία τους με το αλκοόλ.
2. Συγκεντρώσεις με θέμα όπου κάποιο μέλος ανοίγει τη συζήτηση με προσωπικές του εμπειρίες και μετά οδηγεί την συζήτηση ανάλογα με το θέμα ή πρόβλημα που θα αναφέρει κάποιος σχετικά με το αλκοόλ.
3. Κλειστές συγκεντρώσεις οι οποίες γίνονται όπως οι ανοικτές με την διαφορά ότι συμμετέχουν μόνο αυτούς που είναι αλκοολικοί ή νομίζουν ότι είναι.
4. Οι συγκεντρώσεις βημάτων που είναι συνήθως κλειστές και γίνεται συζήτηση πάνω σε κάποιο από τα δώδεκα βήματα
5. Συγκεντρώσεις σε φυλακές και σε κέντρα θεραπείας
6. Πληροφοριακές συγκεντρώσεις σε οργανισμούς που θα τους το ζητήσουν (Τσαρούχας, 2000)

Αναφέρεται συχνά ότι τα δώδεκα βήματα σχετίζονται με κάποιου είδους θρησκεία αλλά στην πραγματικότητα κάνει μια αναφορά σε μια ανώτερη δύναμη που ο καθένας νιώθει και βιώνει διαφορετικά. Οι αρχές είναι ίδιες για όλους τους αλκοολικούς ανά την υφήλιο.

1. Παραδέχομαι ότι δεν μπορώ να εξουσιάσω την ανάγκη μου για το αλκοόλ – έχω χάσει τον έλεγχο της ίδιας μου της ζωής.
2. Πιστεύω σε μια 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 τον 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 στην θεία χάρη για να αντλήσω την 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 την συμπεριφορά μου έχω βλάψει ή αδικήσει και είμαι έτοιμος για πραγματική αποκατάσταση των ζημιών και την αίτηση συγχώρεσής τους.
9. Όπου είμαι έτοιμος να ζητήσω συγγνώμη.

10. Η ζωή είναι ένας αδιάκοπος αγώνας απολογισμού και παραδοχής αδικιών που έχουμε κάνει.

11. Αναζητώ επαφή με τον θεό, όπως εγώ καταλαβαίνω την ύπαρξή του, μέσα από προσευχή και διαλογισμό αναζητώ να εντοπίσω την θέλησή του και αναζητώ την βούλησή του.

12. Μεταφέρω αυτά τα μηνύματα σε κάθε αλκοολικό που συναντώ και ζω όλη μου την ζωή σύμφωνα με τις παραπάνω αρχές. (Πιπερόπουλος, 2002).

ΑΛΑΝΟΝ – ΑΛΑΤΙΝ: Οι ομάδες αυτές απευθύνονται σε συζύγους, παιδιά, φίλους ανθρώπων που έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ. Παρέχεται ένα ασφαλές περιβάλλον όπου οι άνθρωποι μπορούν να μοιραστούν τις εμπειρίες τους, τα προβλήματά του και τα συναισθήματά τους. Έμφαση δίνεται στις πνευματικές δυνάμεις που μπορούν να βοηθήσουν για να αντιμετωπιστούν οι καθημερινές καταστάσεις με έναν αλκοολικό. (Τσαρούχας, 2000).

Σκοπός της ΑΛΑΝΟΝ είναι να βοηθήσει τους αλκοολικούς να αλλάξουν την στάση τους απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν προκειμένου να ελαττώσουν τα άγχη και τις αγωνίες τους. Η υποστήριξη δίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε ο καθένας μόνος του να βρει τις δικές του λύσεις για τα δικά του προβλήματα. Η ΑΛΑΤΙΝ, που απευθύνεται στα νέα παιδιά από 12 ετών, λειτουργεί κάτω από την καθοδήγηση των μελών της ΑΛΑΝΟΝ με τους ίδιους στόχους.

Ξενώνες (Halfway houses): Σκοπός των ξενώνων είναι η επανένταξη των αλκοολικών στην κοινότητα μετά από εντατική νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα θεραπευτικά τους προγράμματα στοχεύουν κυρίως στην αποχή από το αλκοόλ. Γενικά η επιτυχία των προγραμμάτων των ξενώνων δεν διαφέρει από τις άλλες προσεγγίσεις.

Κέντρα Θεραπείας του Αλκοολισμού (Alcohol treatment centers): Τα Κέντρα Θεραπείας του Αλκοολισμού (ΚΘΑ) έχουν την μορφή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και είναι ευρέως διαδεδομένα στις ΗΠΑ (Ποταμιάνος, 2005).

Το ΚΕΘΕΑ είναι από τα γνωστότερα θεραπευτικά κέντρα στην Ελλάδα με το μεγαλύτερο δίκτυο απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης. Το 1983 ίδρυσε την πρώτη ελληνική θεραπευτική κοινότητα, την ΙΘΑΚΗ. Όλες οι υπηρεσίες του παρέχονται δωρεάν και χωρίς λίστες αναμονής, στον δρόμο, σε σωφρονιστικά καταστήματα και σε μονάδες σε όλη την Ελλάδα. Τα θεραπευτικά προγράμματα απευθύνονται τόσο στους χρήστες ουσιών όσο και στις οικογένειές τους. Η θεραπευτική παρέμβαση λαμβάνει υπόψη όλους τους παράγοντες που συνοδεύονται και αλληλεπιδρούν με την εξάρτηση: στους τομείς της ψυχικής και σωματικής υγείας, των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και της εμπλοκής με το νόμο (ΚΕΘΕΑ, 2010).

Το ΚΕΘΕΑ εφαρμόζει επίσης πρότυπα και διεθνώς αναγνωρισμένα προγράμματα πρόληψης της χρήσης ουσιών σε εκπαιδευτικές κοινότητες όλων των βαθμίδων, σε ομάδες υψηλού κινδύνου και στις τοπικές κοινωνίες. Αποτελεί δραστήριο οργανισμό εκπαίδευσης και έρευνας στον τομέα των εξαρτήσεων με προγράμματα και δραστηριότητες που αποσκοπούν στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της εξάρτησης, στην προώθηση της σχετικής επιστημονικής γνώσης και στη διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους (ΚΕΘΕΑ, 2010).

Τελικός στόχος των προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ δεν είναι μόνο η διακοπή της χρήσης αλλά και το κτίσιμο ενός νέου τρόπου ζωής με ισότιμη και παραγωγική

συμμετοχή του ατόμου στην κοινωνία. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται μέσα από μακροχρόνια και πολύπλευρη θεραπευτική παρέμβαση που αντιμετωπίζει ολοκληρωμένα την εξάρτηση και τα προβλήματα που τη συνοδεύουν: στους τομείς της ψυχικής και σωματικής υγείας, των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και της εμπλοκής με το νόμο (ΚΕΘΕΑ, 2010).

8.5 Αποτελεσματικότητα Θεραπευτικών Προσεγγίσεων

Σύμφωνα με τον Ζαφειρίδη (2001) οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που βασίζονται στις αρχές και τις τεχνικές των ομάδων αυτοβοήθειας υπερέχουν αυτών που βασίζονται σε κλασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ειδικά αφού όλο και περισσότερες προσεγγίσεις στηρίζονται στην φιλοσοφία των 12 βημάτων των Ανώνυμων Αλκοολικών κι Нарκομανών (Α.Α. και Ν.Α.). Τα 12 βήματα έχουν εισαχθεί σε επίσημες θεραπευτικές δομές όπως οι Η.Π.Α., η Φιλανδία, το Μεξικό, η Ελβετία, η Ισλανδία και η Σουηδία και επιπρόσθετα τονίζεται πόσο πιο θετικά αποτελέσματα προκύπτουν από την παράλληλη παρακολούθηση των συγκεκριμένων ομάδων αυτοβοήθειας με κατάλληλα σχεδιασμένα επαγγελματικά προγράμματα. Επιπλέον σε κάποιες χώρες όπως οι Η.Π.Α. και η Σοβιετική Ένωση επιβάλλουν μέσω των δικαστικών αρχών την συμμετοχή σε τέτοιες ομάδες ως προϋπόθεση αναστολής επιβληθεισών ποινών. Ειδικότερα, από το 1963 και μετά, για την ανάπτυξη επαγγελματικών θεραπευτικών προγραμμάτων δανείστηκαν πολλά στοιχεία από τις γνήσιες ομάδες αυτοβοήθειας. Παρόλα αυτά ούτε οι κλασικές επαγγελματικές προσεγγίσεις θεωρούνται ένα σίγουρο εγχείρημα ούτε οι ομάδες αυτοβοήθειας αποτελούν το απόλυτο θεραπευτικό όπλο.

Η συνεχής εξάπλωση των ομάδων αυτοβοήθειας αποδεικνύει την αποτελεσματικότητά τους. Βοηθά το γεγονός ότι είναι μη κερδοσκοπικές και αυτοχρηματοδοτούμενες ομάδες πολιτών. Επίσης βοηθά και η αυξανόμενη ενασχόληση και στήριξη των ομάδων αυτών από ερευνητές και αυτό ενισχύει τον ρόλο των ομάδων αυτών (Ζαφειρίδης, 2001).

Το πρόγραμμα που ακολουθούν οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί θεωρείται από πολλούς ως η πιο αποτελεσματική μέθοδος που επινοήθηκε ποτέ οπότε δεν είναι τυχαίο ότι δημιουργήθηκαν και άλλες ανάλογες οργανώσεις όπως η ΑΛΑΝΟΝ και η ΑΛΑΤΙΝ. Οι έρευνες δείχνουν ότι αυτές οι ομάδες προσφέρουν αυτό που αναζητούσαν οι αλκοολικοί πριν αρχίσουν να πίνουν, δηλαδή αποδοχή και υποστήριξη, θετική ταυτότητα, αίσθηση κανονικότητας και αυτοπεποίθησης (Alex Thio, 2008). Πολύ σημαντικός παράγοντας που συνέβαλε στην αποτελεσματικότητα των ομάδων αυτών είναι η συμπερίληψη της πνευματικής πλευράς. Για την εγκυρότητά της πνευματικής προσέγγισης λίγη έρευνα έχει πραγματοποιηθεί ίσως γιατί επικράτησαν οι πιο κλασικές προσεγγίσεις του ψυχαναλυτικού και συμπεριφορικού τομέα καθώς επίσης και οι θετικιστικές προσεγγίσεις (Bliss, 2009).

Από κοινωνιολογικής άποψης, αν λάβουμε υπόψη αυτό που ο Ντυρκέμ ονόμαζε κοινωνική ανομία, όπου το άτομο θα προσπαθήσει να βρει δύναμη μέσα από την χρήση κάποιας υποκατάστατης ουσίας η οποία θα του γεμίσει τα κενά τα οποία η οικογένεια, το σχολείο, η εκκλησία και η κοινωνία έχουν αποτύχει να γεμίσουν, η θεραπευτική αξία στις ομάδες αυτοβοήθειας είναι πολύτιμη. Αυτές οι ομάδες λειτουργούν σαν μια μικροκοινωνία με ανθρωπιστικές αξίες, αντίθετη του ατομοκεντρισμού και της αλλοτρίωσης που επικρατεί γενικότερα, μέσα στην οποία το

άτομο θα μπορέσει να μάθει δεξιότητες που δεν έχει μάθει ή έχει ξεχάσει λόγω της χρήσης του. Στόχος είναι να κάνει αλλαγές σε όλα τα επίπεδα της ζωής του, ψυχολογικά, κοινωνικά, πνευματικά με την εκμάθηση δεξιοτήτων, να μάθει να εκφράζεται και να βιώνει ολοκληρωτικά την ζωή του, να μάθει να μοιράζεται και να συνεργάζεται και τελικά να φτάσει στην αυτο-ολοκλήρωση γιατί τότε δεν θα χρειάζεται τα υποκατάστατα για να νοιώσει καλά. Τα ελλείμματα που το άτομο πρέπει να καλύψει, μπορούν να καλυφθούν μέσα από ατομικές και ομαδικές συναντήσεις, διαμέσου ψυχοθεραπευτικών τεχνικών εκμάθησης δεξιοτήτων όπως δραματοθεραπεία, παίξιμο ρόλων κ.τ.λ. (Πογιατζής, 2006).

8.6 Οι οικογενειακού τύπου θεραπευτικές προσεγγίσεις

1. Ο ρόλος της οικογένειας στην κινητοποίηση του εξαρτημένου

Η πίεση που ασκείται στο εξαρτημένο άτομο για να διαχειριστεί το πρόβλημά του και να ζητήσει βοήθεια είναι πάρα πολύ σημαντική. Την τελευταία δεκαετία αρκετοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τον σχεδιασμό προγραμμάτων που να αξιοποιούν την βοήθεια των συγγενών και των συζύγων για την κινητοποίηση του εξαρτημένου από το αλκοόλ ατόμου για αναζήτηση βοήθειας. Λόγω του ότι μεγάλο ποσοστό αλκοολικών δεν απευθύνεται σε υπηρεσίες απεξάρτησης τα συγκεκριμένα προγράμματα ενισχύουν την προσπάθειά τους συγγενείς στην προσπάθειά τους για κινητοποίηση καθώς επίσης και την ψυχολογική τους δυσφορία που αντιμετωπίζουν (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Μερικές από τις προσεγγίσεις είναι:

- Η προσέγγιση «Πίεση για την Αλλαγή»: Γίνονται συνεδρίες με σκοπό ο ενδιαφερόμενος συγγενής να πιέζει πιο αποτελεσματικά το εξαρτημένο άτομο ώστε να αναζητήσει βοήθεια από ειδικό.
- Το πρόγραμμα CRAFT (Community Reinforcement and Family Training): Απευθύνεται επίσης στους συγγενείς αλκοολικών που αρνούνται την θεραπεία. Επίσης βοηθά στο να μειώσει το άγχος και την δυσφορία που νιώθει ο ενδιαφερόμενος συγγενής. Αποτελείται από 12 συνεδρίες της μιας ώρας η καθεμιά.
- Το πρόγραμμα ARISE (A Relational Intervention Sequence for Engagement): Απευθύνεται επίσης στους συγγενείς με σκοπό τον συντονισμό των ενεργειών που θα κινητοποιήσουν πιο αποτελεσματικά τον αλκοολικό να ζητήσει βοήθεια. Εφαρμόζεται από την πρώτη τηλεφωνική επαφή του ενδιαφερόμενου συγγενή ώστε να εμπλέξει όσους επίσης ενδιαφέρονται για το πρόβλημα για να συντονιστούν και να ασκήσουν πίεση από κοινού. Το πρόγραμμα αποτελείται από τρεις φάσεις αυξανόμενης παρέμβασης μέσα σε τρεις εβδομάδες από την πρώτη τηλεφωνική επαφή (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Ακόμα και η εμπλοκή του ευρύτερου περιβάλλοντος του χρήστη όπως συγγενείς, φίλοι, γείτονες, συναδέλφους ακόμα και εργοδότες, είναι χρήσιμη.

2. Συμβουλευτική οικογένειας και οικογενειακή συμβουλευτική

Η Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία (ΟΨ): Είναι μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που εστιάζει στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες της οικογένειας και στις συναισθηματικές

λειτουργίες των μελών της με στόχο να αλλάξει ο τρόπος επικοινωνίας και να αναπτυχθεί ένας καινούργιος τρόπος ζωής. Μπορεί να εφαρμοστεί μαζί με μια ατομικού τύπου υποστηρικτική παρέμβαση, μπορεί να οδηγήσει στην αποδοχή της νοσηλείας, να αρχίσει παράλληλα με αυτήν ή μετά το εξιτήριο και επίσης συνδέεται με παρακολούθηση ομάδων αυτοβοήθειας όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί καθώς επίσης και με την χρήση φαρμάκων (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Σύμφωνα με τους Λ. Λύκουρα και Κ. Σολδάτο (2007), διακρίνονται έξι φάσεις στην ΟΨ:

1. Ορισμός του προβλήματος και του θεραπευτικού συμβολαίου όπου εγκαθίστανται η θεραπευτική σχέση

2. Εγκατάσταση ενός πλαισίου ελεύθερου από το αλκοόλ, όπου υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις. Κάποιοι θεραπευτές προτείνουν την πλήρη αποχή από το αλκοόλ σαν προϋπόθεση για συνεργασία ενώ κάποιοι την θέτουν ως στόχο. Κάποιοι άλλοι θεραπευτές δεν εμμένουν στην πλήρη αποχή από το αλκοόλ και άλλοι θεραπευτές προτείνουν την πλήρη αποχή σε όλα τα μέλη της οικογένειας ως ένδειξη ενεργού συμμετοχής και συμπαράστασης.

3. Εγκατάσταση της αποχής. Σε αυτή την φάση η συμβουλευτική ή η θεραπεία της οικογένειας συνδυάζεται με την ιατρική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης. Μπορεί επίσης να πραγματοποιηθεί στα πλαίσια νοσηλείας ή και στα πλαίσια εξωτερικής παρακολούθησης.

4. Αντιμετώπιση της κρίσης και σταθεροποίηση της οικογένειας. Σε αυτή την φάση είναι πολύ σημαντική η υποστήριξη της οικογένειας, η ανοιχτή συζήτηση γύρω από τις προσδοκίες, τις απογοητεύσεις, τις ελπίδες και την δυσφορία που συνοδεύουν οι αλλαγές. Οι υποτροπές του αλκοολικού αντιμετωπίζονται όχι ως αποτυχία αλλά σαν μια κρίση από την οποία ο καθένας μπορεί να αποκομίσει εμπειρία, γνώση και να βγει πιο δυνατός.

5. Επαναδιοργάνωση της οικογένειας. Πλέον η θεραπευτική διαδικασία δεν περιστρέφεται μόνο γύρω από την εξάρτηση αλλά και στις υπόλοιπες πλευρές των οικογενειακών σχέσεων και ζωής όπως η σχέση μεταξύ γονιών – παιδιών, οικονομικά ή εργασιακά θέματα κ.λπ.

6. Τερματισμός της θεραπείας με την παραδοχή των αλλαγών και της βελτίωσης που προέκυψαν (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Η ΟΨ προβλέπει και την συμμετοχή των παιδιών, ακόμα και των ανήλικων, στις συνεδρίες. Αυτό έχει πλεονεκτήματα γιατί

- Δίνει την δυνατότητα στα παιδιά να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους
- Δίνει την δυνατότητα να διαγνωστεί αν τα παιδιά πάσχουν από κάποια ψυχολογική διαταραχή
- Επιτρέπει την αξιολόγηση της σχέσης γονιού – παιδιού
- Επιτρέπει την αξιολόγηση της εμπλοκής των παιδιών στο πρόβλημα των γονιών
- Δίνει την δυνατότητα στον θεραπευτή να ενισχύσει και να υποστηρίξει τον γονικό ρόλο του εξαρτημένου γονιού
- Επιτρέπει στον θεραπευτή να διακρίνει και να ενισχύσει τα θετικά στοιχεία της οικογένειας (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Το Δομικό – Στρατηγικό μοντέλο οικογενειακής ψυχοθεραπείας: συμπεριλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Η παρέμβαση εστιάζει στα αποτελέσματα και τις στρατηγικές που προσφέρουν οι λύσεις
- Δίνεται έμφαση στο παρόν παρά στο παρελθόν
- Ο θεραπευτής εστιάζει στο σύμπτωμα και τις αλληλεπιδράσεις που σχηματίζονται γύρω από αυτό
- Τα μοντέλα διαντίδρασης θεωρούνται σημαντικότερα από το περιεχόμενο
- Ο θεραπευτής είναι πιο κατευθυντικός, διαμορφώνει παρεμβάσεις και αναπλαισιώσεις και συχνά δίνει οδηγίες για το σπίτι
- Ο θεραπευτής αποφεύγει την ενοχοποίηση και επικεντρώνεται σε μια θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης και συνεργασίας
- Η θεραπεία είναι βραχείας μορφής (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Η Συμβουλευτική οικογένειας περιλαμβάνει τα εξής:

- Ενημέρωση για την δράση και τις επιπτώσεις του αλκοόλ κατά την κατάχρηση, την εξάρτηση και τη απεξάρτηση
- Ενημέρωση για τις θεραπευτικές δυνατότητες στον χώρο που ζει η οικογένεια
- Εκτίμηση των άμεσων αναγκών και του κινήτρου αλλαγής του αλκοολικού ατόμου
- Διαμόρφωση πρότασης θεραπευτικής συνεργασίας
- Υποστήριξη της οικογένειας στην προσπάθεια κινητοποίησης του εξαρτημένου μέλους (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

3. Θεραπεία Ζεύγους (ΘΖ)

Η προσέγγιση της ΘΖ χρησιμοποιείται συχνά σε υπηρεσίες απεξάρτησης σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις ατομικού ή ομαδικού τύπου. Στόχοι της ΘΖ είναι:

- Να αντιμετωπίσει κυρίως θέματα ελέγχου και εξουσίας ανάμεσα στο ζευγάρι
- Να ξαναβρεθεί ανάμεσα στο ζευγάρι μια ισορροπία στα επίπεδα εγγύτητας, όπως οι ίδιοι την επιθυμούν, η οποία έχει διαταραχθεί από την παρουσία του αλκοόλ
- Την αντιμετώπιση και τον χειρισμό των συγκρούσεων που υπάρχουν
- Την πρόληψη και αποφυγή βίαιων συμπεριφορών
- Να βρεθεί μια νέα ισορροπία στην ανάληψη οικογενειακών ευθυνών και κυρίως στον γονεϊκό ρόλο
- Τον σχεδιασμό εναλλακτικών δραστηριοτήτων που βοηθούν την αποφυγή του αλκοόλ και υποστηρίζουν την αποχή, τόσο σε οικογενειακό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο
- Την εξάσκηση σε νέους, λειτουργικούς τρόπους επικοινωνίας
- Την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και των δύο μελών
- Η ενίσχυση των θετικών πλευρών της σχέσης (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Η Συμπεριφορική Θεραπεία Ζεύγους (ΣΘΖ) (Behavioral Couple Therapy, BCT) που απευθύνεται στους αλκοολικούς και τους συντρόφους/συζύγους τους με τους εξής τρεις στόχους:

- 1) Να μειωθεί η κατάχρηση αλκοόλ
- 2) Να μειωθεί το stress που είναι συνδεδεμένο με την εξάρτηση
- 3) Να βελτιωθεί η συζυγική σχέση

Οι προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται περισσότερο στην ΘΖ είναι η συστημική θεραπεία ζεύγους, δομική στρατηγική, η συμπεριφορική, η διαγενεακή και η προσέγγιση ψυχοεκπαίδευσης.

4. Θεραπεία με Ομάδες Οικογενειών (Multi Family Therapy)

Σε πολλά προγράμματα εφαρμόζεται η θεραπεία με ομάδες οικογενειών. Οι ομάδες είναι ανοιχτές σε συζύγους, παιδιά και άλλα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντος του αλκοολικού. Οι ομάδες αυτές είναι ενσωματωμένες στην τοπική κοινότητα και συνδέονται με τα κινήματα αυτοβοήθειας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Οι ομάδες AI-Anon που απευθύνονται σε συζύγους και στενούς συγγενείς των αλκοολικών και οι ομάδες AI-Ateen στα νέα παιδιά τους με σκοπό να βοηθήσουν τους συγγενείς για την υποστήριξη που προσφέρουν στον αλκοολικό για την προσπάθεια απεξάρτησής του καθώς επίσης και για τα δικά τους προβλήματα (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Τα Clubs των Αλκοολικών σε Αποκατάσταση (ΚΑΑ) είναι ομάδες οικογενειών που έχουν ένα μέλος τους αλκοολικό. Βασίζονται στην αποδοχή ότι τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ συνδέονται με τον τρόπο ζωής της οικογένειας, της κοινότητας, της ευρύτερης κοινωνίας σε συνδυασμό με άλλους ατομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Πρόκειται για μια κοινωνική, οικολογική και ολιστική προσέγγιση που εμπλέκει όλο το σύστημα στο οποίο ανήκει ο αλκοολικός προκειμένου να θεραπευτεί (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Στα ΚΑΑ δεν υπάρχει ανωνυμία και η συμμετοχή των μελών προβλέπει και φαρμακευτική αγωγή. Επίσης τα ΚΑΑ συνεργάζονται με υπηρεσίες απεξάρτησης, νοσοκομεία, γιατρούς και άλλους οργανισμούς υγείας ή με άλλες οργανώσεις ή συλλόγους για την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

8.7 Αποτελεσματικότητα των οικογενειακού τύπου θεραπευτικών προσεγγίσεων

Σύμφωνα με την Πομίνι (2009), έχει σημασία για τον θεραπευτή να έχει υπόψη του, ότι παράγοντες βιολογικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν όταν παρουσιάζεται εξάρτηση από το αλκοόλ, αλλά κανένας από όλους αυτούς τους παράγοντες, από μόνος του, δεν αποτελεί την αιτία του αλκοολισμού. Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να υπολογίζει την πολυπλοκότητα του φαινομένου και να παρέχει μία πολυδιάστατη φροντίδα σε ατομικό αλλά και σε οικογενειακό επίπεδο.

Υπάρχουν πολλά ερευνητικά δεδομένα που καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων στο να αξιοποιούν τους συγγενείς για την κινητοποίηση των εξαρτημένων από το αλκοόλ ατόμων. Επειδή λαμβάνονται υπόψη οι συγγενείς, υποστηρίζονται και ενισχύονται συναισθηματικά και αλλάζει ο τρόπος που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα, ο αλκοολικός βοηθιέται στην διαχείριση του

προβλήματός του και επιτυγχάνεται μεγαλύτερη διάρκεια στην συμμετοχή του στην θεραπευτική διαδικασία και στην αποχή από το αλκοόλ. Παράλληλα ακριβώς επειδή λαμβάνονται υπόψη και οι συγγενείς, προσφέρεται υποστήριξη και στους ίδιους για να κατευναστούν τα συναισθήματα άγχους και δυσφορίας που έχουν (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

8.8 Ρόλος του Επαγγελματία Θεραπευτή στην Απεξάρτηση

Ο θεραπευτής συνήθως είναι ένας λειτουργός της ψυχικής υγείας, ένας ψυχολόγος ή ψυχίατρος που έχει ασχοληθεί αρκετά με το αντικείμενο της απεξάρτησης. Ικανοί θεραπευτές βέβαια μπορεί να είναι και ένας κοινωνικός λειτουργός, ένας πρώην χρήστης, ένας δάσκαλος κ.ά. (Κωσταντινίδης, 2004).

Οι επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται σε υπηρεσίες συμβουλευτικής και θεραπείας εξαρτημένων, χρειάζεται να γνωρίζουν και να συνδυάζουν γνώσεις επιστημονικά τεκμηριωμένες, να γνωρίζουν το κοινωνικό υπόβαθρο και τα χαρακτηριστικά των ομάδων που κάνουν χρήση, την γλώσσα τους, την συμπεριφορά τους, την κουλτούρα τους. Πολύ σημαντικό είναι να έχουν μια βαθύτερη κατανόηση των λόγων για τους οποίους γίνεται η χρήση και να μην βασίζονται σε επίπεδες ερμηνείες και αντιλήψεις – θεωρητικές ή εμπειρικές (Πουλόπουλος, 2001).

Υπάρχουν δεδομένα που καταδεικνύουν ότι οι ασθενείς που είχαν έναν θεραπευτή με χαρακτηριστικά καλύτερης ικανότητας διαπροσωπικής επικοινωνίας, υψηλότερη ενσυναίσθηση και λιγότερες αντιπαράθεσεις, εμφάνισαν καλύτερα αποτελέσματα. Σε αντίθεση με ένα υποστηρικτικό στυλ, ένα στυλ αντιπαράθεσης συνδέεται με περισσότερη κατανάλωση αλκοόλ από τους ασθενείς. Οι θεραπευτές που μπορούν να αναπτύξουν μια θερμή υποστηρικτική σχέση με τον ασθενή, που είναι οργανωμένοι και κρατούν αρχείο για την πρόοδο του ασθενή, και που μπορούν να δείξουν ενσυναίσθηση, συμβάλουν στην καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή (Anderson & Gual & Colom, 2005). Δηλαδή η ποιότητα της σχέσης του θεραπευτή με τον πελάτη είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που καλλιεργεί την ανάπτυξη του ατόμου (Corey, 2005).

Ένας θεραπευτής, ιδανικά, είναι ο άνθρωπος που έχει υιοθετήσει στην ζωή του μια πορεία συνεχούς φυσικής και πνευματικής ανάπτυξης. Που έχει ποικίλα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες και διακατέχεται από μια αγάπη για τον άνθρωπο. Είναι προσιτός και ευγενής και κάνει να νιώθει άνετα αυτός που έχει έρθει να του ζητήσει βοήθεια. Εξασκεί με προσήλωση, σεβασμό και συνέπεια το λειτούργημα που διάλεξε να επωμιστεί και αποβλέπει το καλύτερο για τους πελάτες του. Εμπλουτίζει συνεχώς τις γνώσεις του, έχει μια δική του άποψη αλλά σέβεται και τις απόψεις των άλλων, γνωρίζει τα όριά του και δεν διστάζει να παραπέμψει ένα περιστατικό σε κάποιον άλλο αν ο ίδιος δεν μπορεί να το διαχειριστεί (Κωσταντινίδης, 2004).

Προσπαθεί να μην προσεγγίζει τον θεραπευόμενο με διδακτικού τύπου προσεγγίσεις, κριτικά ή με επίπληξη αλλά προσπαθεί μέσω των μαιευτικών διαλόγων Σωκρατικής μορφής αυτά που ο θεραπευόμενος θεωρεί σημαντικά και μέσα από την καθοδήγηση να ξεκαθαριστούν ποια πράγματα είναι ρεαλιστικά, εφικτά και πραγματοποιήσιμα. Σημαντικό επίσης είναι ο θεραπευτής να αφυπνίσει στον θεραπευόμενο ενδιαφέροντα και δραστηριότητες – κοινωνικές, διαπροσωπικές, πνευματικές – που όχι μόνο θα γεμίζουν τον χρόνο του αλλά θα τον γεμίζουν με ικανοποίηση και ευχαρίστηση. Με τον τρόπο του, ένας θεραπευτής μπορεί να

εμπνεύσει το άτομο ότι έχει τις δυνατότητες για αυτό που βαθιά μέσα του επιθυμεί, να γίνει ένας άλλος άνθρωπος που μπορεί να φτιάξει την ζωή του ώστε να είναι πιο όμορφη, πιο απολαυστική, πιο δημιουργική ακόμα και πιο επαναστατική απ' ότι ήταν στο παρελθόν που εξαρτιόταν από την ουσία (Κωσταντινίδης, 2004). Εάν έχει ο ίδιος ο θεραπευτής στόχους για την ζωή του, εάν εκπέμπει ενθουσιασμό για την ζωή, εάν είναι αυθεντικός στην σχέση του με τους θεραπευόμενους και δεν φοβάται να ανοιχτεί, τότε μπορεί να τους εμπνεύσει και να τους διδάξει πραγματικά (Corey, 2005).

Ο χώρος της ουσιοεξάρτησης είναι δύσκολος και απαιτητικός. Για αυτό τον λόγο οι επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται σε αυτό τον χώρο οφείλουν να είναι σε θέση να παρέχουν άμεσες υπηρεσίες στους πελάτες τους σε διάφορους τομείς όπως η συμβουλευτική, η αξιολόγηση, η πρόληψη και η εκπαίδευση. Παράλληλα χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην ανάπτυξη ενός κλίματος αλληλοσεβασμού και αλληλοεκτίμησης μεταξύ των επαγγελματιών. Να διέπεται από συνεργατικότητα, και εμπιστοσύνη. Οι επαγγελματίες να μπορούν να εκφράσουν και να μοιράζονται τα συναισθήματά τους και τις ιδιαίτερες απόψεις τους και να αναζητούν μαζί λύσεις μέσα σε ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον. Αυτό με την σειρά του μπορεί να ενισχύσει σημαντικά τους επαγγελματίες τόσο στην ποιότητα της εργασίας τους όσο και τους ίδιους σαν ανθρώπους (Πουλόπουλος, 2001).

8.9 Μύθοι και Πραγματικότητα για τους Προβληματικούς Πότες

Υπάρχουν αρκετοί μύθοι σχετικά με τον αλκοολισμό και στην κοινωνία αλλά και στην θεραπευτική διαδικασία. Παρακάτω θα αναφερθούν οι πιο συχνοί που συναντώνται και εμποδίζουν συγκεκριμένα την δουλειά που γίνεται στο συμβουλευτικό κομμάτι (Vellerman, 2001).

«Όλοι οι αλκοολικοί είναι ψεύτες» ή «οι αλκοολικού πάντα θα αρνούνται τα προβλήματα τους»

Πολλοί άνθρωποι υποστηρίζουν αυτή την άποψη. Από την συμβουλευτική σκοπιά, οι ασθενείς ψεύδονται για κάποιο λόγο και είναι δουλειά του συμβούλου να βρει αυτόν τον λόγο. Οι ασθενείς θα πουν ψέματα και στους συγγενείς τους και στους θεραπευτές τους και αυτό είναι αποτέλεσμα των περιορισμών που τους βάζουν παρά με την διαδικασία να τους διορθώσουν (Vellerman, 2001).

Οι προβληματικοί πότες λένε ψέματα περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους;

Βασικό κομμάτι είναι να δουλεύουμε με αυτά που ο ασθενής μας λέει, αντίθετα με την θεώρηση ότι θα πει ψέματα. Το θέμα έχει να κάνει με την εμπιστοσύνη, ακούμε τον πελάτη μέχρι να φανεί ότι αντιφάσκει και χρειάζεται να ξεκαθαρίσουμε και να προκαλέσουμε από την δική μας πλευρά. Βέβαια δεν πιστεύουμε οτιδήποτε μας λέει ο πελάτης αλλά όλοι θα αποκαλύψουν ένα μικρό κομμάτι αλήθειας αρχικά γιατί μέχρι εκεί μπορούν εκείνη την στιγμή. Σταδιακά θα ανοιχτούν και θα αποκαλύψουν και άλλα. Οπότε οι ασθενείς πιθανότατα να ψεύδονται σε κάποια άτομα αλλά δεν σημαίνει οπωσδήποτε πως ό,τι λένε δεν είναι αλήθεια (Vellerman, 2001).

Για ποιο λόγο αν πουν ψέματα, θα το κάνουν υπο περιστάσεις ή με συγκεκριμένα άτομα;

Υπάρχουν τρεις κυρίως λόγοι για αυτό. Ο πρώτος είναι ότι οι επιπτώσεις του να πει την αλήθεια δεν θα είναι καλές. Αν δηλαδή το να παραδεχτεί στην οικογένειά του ότι πίνει, οδηγήσει σε διαπληκτισμούς και δυσαρέσκεια τότε λογικό είναι να μην το παραδεχτεί. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι το αρνούνται στον ίδιο τους τον εαυτό αυτό που κάνουν οπότε σε αυτή την περίπτωση είναι σαν να λένε ψέματα στον ίδιο τους τον εαυτό. Ο τρίτος λόγος έχει να κάνει με την αυτοεκτίμησή τους. Θέλουν να παρουσιάσουν μια καλή εικόνα προς τα έξω οπότε διαλέγουν οπότε θα διαλέξουν αυτά τα χαρακτηριστικά του χαρακτήρα τους που πιστεύουν ότι είναι αποδεκτά.

Αν λοιπόν ο ασθενής λέει ψέματα ο σύμβουλος μπορεί να διαχειριστεί ανάλογα την κατάσταση. Αρχικά θα πρέπει να αφιερώσει κάποιο χρόνο και κόπο για να καταλάβει τις απόψεις του ασθενή. Στην συνέχεια να τον ενθαρρύνει να εκφραστεί και να τον διαβεβαιώσει πως δεν θα προκύψει κάτι αρνητικό στο να αποκαλύψει πράγματα (Vellerman, 2001).

«Δεν θα μπορεί να υπάρξει συνεργασία εκτός και αν παραδεχτεί ότι είναι αλκοολικός/ή»

Οι ασθενείς χρειάζεται να αναγνωρίσουν ότι υπάρχει πρόβλημα ώστε να ζητήσουν βοήθεια. Αλλά το ότι δεν μπορεί να εργαστεί ένας σύμβουλος μαζί τους θεραπευτικά αποτελεί μύθο για πολλούς λόγους.

Ο πρώτος σχετίζεται με τον όρο "παραδέχομαι". Από την στιγμή που έχουμε έναν ασθενή να παρακολουθεί, ήδη προκαλεί προβληματισμούς ότι μπορεί να υπάρχει πρόβλημα και αυτό είναι αρκετό για να του παράσχουμε βοήθεια. Ο μύθος εδώ είναι σαν να προτείνει πως αντί να ακούσουμε τι έχουν να μας πουν οι ασθενείς, να εκβιάσουμε να πουν αυτά που εμείς θέλουμε. Ο δεύτερος λόγος επίσης συνδέεται με τον πρώτο και είναι να προσπαθούμε να πείσουμε τους ασθενείς να συμφωνήσουν με κάτι αρνητικό. Είναι σαν να παίρνουμε τον ρόλο αστυνόμου και προσπαθούμε δια της βίας να κάνουμε τον εγκληματία να ομολογήσει και δεν έχει να κάνει με την ζεστή και περιποιητική συνάντηση μεταξύ κάποιου που θέλει να βοηθήσει και κάποιου που θέλει να βοηθηθεί.

Αυτό που έχει σημασία είναι ο ασθενής να αναγνωρίσει ότι η κατανάλωση ποτών συσχετίζεται με τα προβλήματα που τον έφεραν στην θεραπεία. Από εκεί και πέρα μπορούμε να αρχίσουμε την συμβουλευτική άσχετα με το πώς ο ασθενής αποκαλεί τον εαυτό του. Η ορολογία είναι αχρείαστη. Στην συμβουλευτική αποδεχόμαστε τον ασθενή με οποιουσδήποτε όρους διαλέγει να παρουσιάσει το πρόβλημα. Η επιμονή να περιγράψουν οι άνθρωποι τον εαυτό τους σαν να φορούν μια ταμπέλα, έχει προκαλέσει πολλούς θεραπευόμενους να εγκαταλείψουν την θεραπεία (Vellerman, 2001).

«Δεν μπορεί κανείς να κάνει δουλειά με ανθρώπους εκτός και αν έχουν πιάσει πάτο»

Αυτός ο μύθος είναι ένας από τους λόγους που σύμβουλοι δεν συνεργάστηκαν με πελάτες επειδή τα προβλήματά τους δεν ήταν αρκετά σοβαρά. Βέβαια αυτό προκαλεί ερωτήματα γιατί πως θα μπορέσει να υπολογιστεί κάποιος πότε κάποιος πιάνει πάτο και τι είδους σύμβουλος θα επιμένει ο ασθενής να φτάσει στην απόγνωση προτού τον δεχθεί σαν πελάτη; Είναι ευτυχές το γεγονός ότι αναγνωρίζεται η αποτελεσματικότητα της πρώιμης παρέμβασης στα προβλήματα που δημιουργεί το αλκοόλ (Vellerman, 2001).

«Δεν μπορεί να κάνει κάποιος δουλειά με ανθρώπους μέχρι να είναι έτοιμοι να βοηθηθούν ή να παραδεχτούν ότι έχουν πρόβλημα»

Η αλλαγή θα γίνει μόνο αν το θελήσει ο ασθενής και αυτό είναι φυσικά αλήθεια. Αλλά είναι και μια υπεραπλούστευση ότι οι άνθρωποι είναι είτε το ένα πράγμα είτε το άλλο, είτε θέλουν να αλλάξουν είτε όχι. Φυσικά ο ασθενής έχει μια αμφιθυμία με το να ζητήσει βοήθεια να αλλάξει, αλλά και να κρατήσει την παλιά του συμπεριφορά. Μέσα από την θεραπευτική διαδικασία το άτομο επηρεάζεται σχετικά με το πόσο θέλει να αλλάξει αντίθετα από το να μείνει ίδιο.

Επίσης στον μύθο υπονοείται ότι δεν γίνεται κάποιος να ελέγξει την συμπεριφορά κάποιου άλλου. Αυτό είναι και αλήθεια και υπεραπλούστευση διότι μπορούμε να επηρεάσουμε τον τρόπο που συμπεριφέρεται κάποιος από τον τρόπο που εμείς φερόμαστε. Τέλος στον μύθο υπονοείται ότι πρέπει να παραδεχτούν κάτι ώστε να μπορέσουν να δεχτούν βοήθεια, κάτι το οποίο αναλύθηκε παραπάνω (Vellerman, 2001).

«Η αποχή είναι η μόνη απάντηση σε ένα σοβαρό πρόβλημα που σχετίζεται με το ποτό»

Πολλά στοιχεία δείχνουν ότι κάποιοι άνθρωποι που είχαν σοβαρό πρόβλημα με το αλκοόλ, επέστρεψαν στη κατανάλωση κάποιας μέτριας ποσότητας αλκοόλ. Η αναλογία αυτών που επέστρεψαν σε ελεγχόμενη κατανάλωση και σε αυτούς που μπορούσαν να επιστρέψουν σε λιγότερο πειθαρχημένη με αβλαβή κατανάλωση ανταποκρίνεται καλύτερα από την μέτρια κατανάλωση. Φυσικά είναι πιο εύκολη λύση η αποχή από τον έλεγχο κάποιου στο να καταναλώνει αλκοόλ. Παρόλα αυτά πολλοί άνθρωποι επιθυμούν να μπορούν να πίνουν χωρίς να έχουν πρόβλημα αλλά σύμφωνα με έρευνες μόνο μια μειοψηφία μπορεί απλά να κάνει αυτό (Vellerman, 2001).

«Οι μόνοι που μπορούν να βοηθήσουν τους προβληματικούς πότες είναι αυτοί που και οι ίδιοι έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ»

Ένας σύμβουλος κατά την διάρκεια μιας εβδομάδας συναντά μια ποικιλία προβλημάτων όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, προβλήματα με ο αλκοόλ, προβλήματα με σχέσεις, σεξουαλικά προβλήματα, και θα ήταν ανησυχητικό αν ο σύμβουλος χρειαζόταν να βιώσει καθένα από αυτά προκειμένου να προσφέρει αποτελεσματική βοήθεια.

Βοηθά ο σύμβουλος να είχε δικά του προβλήματα αλλά έχει διαφορά να είναι τα ίδια προβλήματα με του θεραπευόμενου. Είναι σημαντικό να κατανοείται η σημασία του να έχει κάποιος ένα πρόβλημα αλλά δεν σημαίνει ότι πρέπει να έχει το ίδιο πρόβλημα.

Οι σύμβουλοι που είχαν τα ίδια προβλήματα μπορεί να είναι είτε πολύ καλοί είτε πολύ κακοί. Οι καλοί θα μπορέσουν να κατανοήσουν τον ασθενή και να χρησιμοποιήσουν εποικοδομητικά τις εμπειρίες τους. Οι κακοί αντίθετα δεν θα μπορούν να δουν πέρα από τις εμπειρίες τους και να κατασκευάζουν αναλύσεις με βάση αυτά που συνέβησαν σε αυτούς θεωρώντας ότι θα εμπνεύσουν έτσι τους ασθενείς (Vellerman, 2001).

«Έρευνες δείχνουν ότι το αλκοόλ κάνει καλό»

Οι έρευνες αυτή την στιγμή δείχνουν δύο πράγματα. Από την μία μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων άρα και τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής. Ακόμα οι έρευνες δείχνουν ότι η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τα επεισόδια στηθάγχης (πόνος στην καρδιά) σε ανθρώπους με

προβλήματα στην καρδιά. Αυτές οι έρευνες υπογραμμίζουν την λήψη προληπτικών μέτρων όχι μόνο στην ποσότητα αλλά και στον τρόπο που πίνουν οι άνθρωποι.

Από την άλλη, οι έρευνες επίσης δείχνουν ότι ελαφριά με μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Η λέξη κλειδί εδώ είναι το «σχετίζεται». Παρόλο που η ελαφριά κατανάλωση σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο, δεν είναι ξεκάθαρο αν το ποτό προκαλεί τον μειωμένο κίνδυνο, είναι πολύ πιθανοί και άλλοι παράγοντες, όπως ο τρόπος ζωής, η διατροφή, οι οποίοι να σχετίζονται με την ελαφριά κατανάλωση και με τον μειωμένο κίνδυνο.

Από την άλλη πλευρά βέβαια η μέτρια κατανάλωση μπορεί να μειώνει τον κίνδυνο παθήσεων αλλά προκαλεί άλλα προβλήματα στο σπίτι, στην οικογένεια, στην οδήγηση κ.ά. Αλλά ουσιαστικά οι έρευνες δεν έχουν κάποια σχέση με τους ασθενείς που ήδη έχουν αναπτύξει προβλήματα με το αλκοόλ. Αν όμως θέλουν να προσθέσουν τα οφέλη τότε θα πρέπει να λάβουν υποστήριξη. Αλλά αυτά τα στοιχεία δεν αρκούν για να υποστηριχθεί η επιστροφή στην ελεγχόμενη κατανάλωση αντίθετα από την αποχή, κάτι που λίγοι μπορούν να κατορθώσουν (Vellerman, 2001).

8.10 Υπηρεσίες και προγράμματα θεραπείας αλκοόλ στην Ελλάδα

Με στόχο την παροχή εξειδικευμένων θεραπευτικών υπηρεσιών για άτομα με προβλήματα στη χρήση οινοπνευματωδών έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια μια σειρά παρεμβάσεων οι οποίες υλοποιούνται από δημόσιους και μη κυβερνητικούς οργανισμούς, καθώς και από εθελοντικές οργανώσεις.

Τα **Δημόσια Νοσοκομεία** που παρέχουν θεραπευτικές υπηρεσίες σε αλκοολικούς είναι:

- το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ)
- η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών
- το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) και
- τα Περιφερειακά Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία (Π.Π.Ν.) Πατρών, Ηρακλείου, Ιωαννίνων και Λάρισας

Από τα παραπάνω, **κλειστή νοσηλεία** παρέχουν κυρίως τα δύο πρώτα νοσοκομεία της Αθήνας, καθώς και η μονάδα του Π.Π.Ν. Ιωαννίνων. Πιο συγκεκριμένα:

∅ Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής λειτουργεί το τμήμα βραχείας θεραπείας «18 Άνω» που περιλαμβάνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, συμμετοχή σε θεραπευτικές ομάδες και κοινωνική επανένταξη

∅ Στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών λειτουργεί σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. το θεραπευτικό πρόγραμμα ΑΘΗΝΑ που απευθύνεται σε χρήστες τοξικών ουσιών και αλκοόλ, και συνεργάζεται και με τα μέλη των οικογενειών των εξαρτημένων

∅ Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης λειτουργεί εξωνοσοκομειακή μονάδα, η οποία καλύπτει περιστατικά που δεν απαιτούν νοσηλεία, παρά μόνο ολιγοήμερη διαμονή στην Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου. Η μονάδα είναι συμβουλευτικός και θεραπευτικός σταθμός για άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ, τα φάρμακα και τα τυχερά παιχνίδια

∅ Στο Π.Π.Ν. Πατρών λειτουργεί από το 2003, σε συνεργασία με το κέντρο πρόληψης «ΠΡΟΤΑΣΗ», Ιατρείο Αλκοολογίας με βασικό στόχο την

παροχή ολοκληρωμένης σωματικής, ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής εκτίμησης σε άτομα με προβλήματα στη χρήση οινόπνευματων

Ø Στο Π.Π.Ν. Ηρακλείου λειτουργεί στο πλαίσιο της Γαστρεντερολογικής Κλινικής το ιατρείο Αλκοολογίας με σκοπό την παροχή σωματικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε άτομα και οικογένειες με προβλήματα από το αλκοόλ

Ø Στο Π.Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων λειτουργεί το πρόγραμμα αλκοόλ της Ψυχιατρικής

Κλινικής που παρέχει από το 1983 θεραπεία απεξάρτησης εσωτερικής διαμονής σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ

Ø ΚΕΘΕΑ: Πέρα των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., το ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχει αναπτύξει το θεραπευτικό πρόγραμμα «ΑΛΦΑ», το οποίο είναι ένα πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης, βασισμένο στην ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου, ώστε να απέχει από την κατανάλωση αλκοόλ, στη σταθεροποίηση της αποχής και στη μεταθεραπευτική φροντίδα μέσω ατομικών και ομαδικών ψυχοθεραπευτικών συναντήσεων (ΕΚΤΕΠΝ, 2009, beststrong.org, 2010).

Θεραπευτικά προγράμματα

Πέντε αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες θεραπείας για χρήστες αλκοόλ:

1) Το Πρόγραμμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης, Τμήμα 18 ΑΝΩ Αλκοολικών (ΨΝΑ).

2) Το Πρόγραμμα Απεξάρτησης Αλκοολικών Βραχείας Διάρκειας, Τμήμα 18 ΑΝΩ Αλκοολικών (ΨΝΑ).

3) Ο Συμβουλευτικός Θεραπευτικός Σταθμός, Μονάδα Απεξάρτησης από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχερά Παιχνίδια (ΨΝΘ).

4) Το Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο ΜΕΘΕΞΙΣ, Μονάδα Απεξάρτησης από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχερά Παιχνίδια (ΨΝΘ), το οποίο είναι ένα νέο πρόγραμμα που λειτουργεί από τον Νοέμβριο του 2008 .

5) Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΑΛΦΑ Απεξάρτησης από το Αλκοόλ και τα Τυχερά Παιχνίδια (ΚΕΘΕΑ). Το συγκεκριμένο είναι ένα πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης, βασισμένο στην ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου, ώστε να απέχει από την κατανάλωση αλκοόλ, στη σταθεροποίηση της αποχής και στη μεταθεραπευτική φροντίδα μέσω ατομικών και ομαδικών ψυχοθεραπευτικών συναντήσεων (ΕΚΤΕΠΝ, 2009, beststrong.org, 2010).

Έξι από τα θεραπευτικά προγράμματα που απευθύνονται και σε εξαρτημένα από παράνομες ουσίες άτομα παρέχουν θεραπεία και σε άτομα με κύρια ουσία κατάχρησης το αλκοόλ. Τα προγράμματα αυτά είναι τα ακόλουθα:

Δύο Προγράμματα εξωτερικής Παραμονής εφήβων

1) Τμήμα Εφήβων Νέων 18 ΑΝΩ (ΨΝΑ)

2) Μονάδα Εφήβων Ρεθύμνου (ΟΚΑΝΑ)

Τέσσερα Προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων

1) Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΑΘΗΝΑ (Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και ΟΚΑΝΑ)

- 2) Πρόγραμμα ΙΑΣΩΝ – Υπηρεσία Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτητικών Καταστάσεων(ΥΠΑΕΚ)
- 3) Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας (ΟΚΑΝΑ)
- 4) Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων (Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς – ΟΚΑΝΑ) (ΕΚΤΕΠΝ, 2009, beststrong.org, 2010).

Κοινωνικοί φορείς

Φορείς κοινωνικής πρωτοβουλίας που αναπτύσσουν προγράμματα αυτοβοήθειας, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης και επανένταξης:

- Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης – Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας (Τμήμα Ψυχολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και ΟΚΑΝΑ)
- Οι ομάδες Αλκοολικών Ανώνυμων οι οποίες λειτουργούν σε αρκετά μέρη της Ελλάδας. Η οργάνωσή τους στηρίζεται στην αρχή της αλληλοβοήθειας μεταξύ αλκοολικών και πρώην αλκοολικών, μέσω του προγράμματος των 12 Βημάτων χωρίς τη βοήθεια από ειδικούς
- Οι Ομάδες για την Οικογένεια του Αλκοολικού και για τους έφηβους που αντιμετωπίζουν προβλήματα αλκοολισμού μέσα στην οικογένεια (ΑΛΑΝΟΝ – ΑΛΑΤΙΝ)
- Τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ. Λειτουργούν τουλάχιστον 8 τέτοια κλαμπ και συγκεκριμένα 1 στον Πειραιά, 3 στην Πάτρα και 4 στο Ηράκλειο. Τα κλαμπ είναι ενταγμένα στις τοπικές κοινωνίες και δραστηριοποιούνται αφενός με την υποστήριξη της αποχής από το αλκοόλ και αφετέρου με την οργάνωση δραστηριοτήτων ενημέρωσης και πρόληψης
- Το Ελληνικό Κέντρο Μελέτης και Αντιμετώπισης των Προβλημάτων που σχετίζονται με το Αλκοόλ (ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π.) στον Πειραιά
- Η μη-κυβερνητική οργάνωση «Νηφάλιοι». Συστάθηκαν το 2005 και εστιάζουν στην ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση και την ενημέρωσή του κοινού και των επαγγελματιών για τις βλαπτικές συνέπειες του αλκοόλ, την εξάλειψη του στίγματος «αλκοολισμός» και «ασθένεια», την καθοδήγηση και ενδυνάμωση κινήτρου για θεραπεία και διατηρούν 24ωρη γραμμή βοήθειας
- Το Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων «ΟΑΣΙΣ» στη Θεσσαλονίκη το οποίο προσφέρει υπηρεσίες για την πρόληψη της εξάρτησης, τη δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος, επαγγελματικό προσανατολισμό καθώς και ψυχοκοινωνική και νομική συμβουλευτική
- Ο Σύλλογος Στήριξης Εξαρτημένων από το Αλκοόλ Ατόμων «Η Επιστροφή» στο Ηράκλειο (BeStrong.org.gr, προσπ. 8/2/2011)

8.11 Συμπεράσματα

Άμεσος στόχος στην θεραπεία είναι η διακοπή και η μόνιμη αποχή από το οινόπνευμα. Στην συνέχεια η θεραπεία χρειάζεται να αποσκοπεί στην σωματική και ψυχική υγεία του πρώην χρήστη. Χρειάζεται να επικεντρώνεται σε έναν νέο τρόπο σκέψης και στάσης, στην βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενούς και γενικότερα σε έναν νέο τρόπο θεώρησης του εαυτού και της ζωής (Εξαρτήσεις, 2005).

Επιπλέον η κινητοποίηση και υποστήριξη των συγγενών του αλκοολικού έχει θετικά αποτελέσματα. Οι ίδιοι οι συγγενείς βοηθούνται να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους και με την σειρά τους μπορούν να προσφέρουν ένα πιο σταθερό

υπόβαθρο μέσω του οποίου ο αλκοολικός χρήστης θα βοηθηθεί αποτελεσματικότερα (Λ. Λύκουρας – Κ. Σολδάτος, 2007).

Οι βραχείες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ μεταξύ ατόμων που κάνουν επιβλαβή χρήση του αλλά χωρίς να είναι εξαρτημένοι από αυτό. Δεν υπάρχουν δεδομένα που να δείχνουν ότι οι ασθενείς αισθάνονται άβολα ή δεν ωφελούνται από αυτές τις παρεμβάσεις και πάντα θα υπάρχει ένας αριθμός ατόμων που θα επιστρέψει για να συνεχίσει την θεραπεία. Ακόμα αυτές οι παρεμβάσεις είναι εξίσου αποτελεσματικές και σε άντρες και σε γυναίκες κάθε ηλικίας και μπορούν να είναι εξίσου βοηθητικές με τις πιο εκτεταμένες παρεμβάσεις (Anderson & Gual & Colom, 2005).

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που βασίζονται στις αρχές και τις τεχνικές των ομάδων αυτοβοήθειας υπερέχουν αυτών που βασίζονται σε κλασσικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Επίσης πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν υιοθετήσει χαρακτηριστικά των ομάδων αυτοβοήθειας. Επιπλέον πολλές ατομικού και οικογενειακού τύπου προσεγγίσεις προβλέπουν την συμμετοχή των θεραπευόμενων σε αυτές τις ομάδες (Ζαφειρίδης, 2001). Αυτές οι ομάδες προσφέρουν αυτό που αναζητούσαν οι αλκοολικοί πριν αρχίσουν να πίνουν, δηλαδή αποδοχή και υποστήριξη, θετική ταυτότητα, αίσθηση κανονικότητας και αυτοπεποίθησης (Alex Thio, 2008).

Έναν κρίσιμο παράγοντα για την θεραπεία του εξαρτημένου αποτελεί ο θεραπευτής. Ο θεραπευτής αποτελεί πρότυπο για τον θεραπευόμενο. Τα συναισθήματά του, οι σκέψεις του και οι πράξεις του καθρεφτίζονται στον θεραπευόμενο, τον υποκινούν και τον εμπνέουν να υιοθετήσει παρόμοια συμπεριφορά. Ανάλογα με την ποιότητα της σχέσης και τον θεραπευτή, η θεραπεία μπορεί να έχει θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα. Οι θεραπευόμενοι μπορεί να αλλάξουν προς το καλύτερο ή προς το χειρότερο. Οι θεραπευτές λοιπόν χρειάζεται να αναλογιστούν με ποιόν τρόπο θα αποτελέσουν ένα θετικό πρότυπο για τους θεραπευόμενους (Corey, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο αλκοολισμός είναι ένα φαινόμενο που έχει λάβει παγκόσμιες διαστάσεις. Η κατανάλωση οινοπνευματωδών από τον μαθητικό πληθυσμό είναι αρκετά διαδεδομένη και έχει παρουσιαστεί μια τάση αύξησης της κατανάλωσης τα τελευταία χρόνια. Οι περισσότεροι μαθητές πίνουν για να γίνουν πιο κοινωνικοί, να χαλαρώσουν και να διασκεδάσουν. Στην Ελλάδα είναι υψηλός ο αριθμός των εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ. Όμως οι Έλληνες έφηβοι βρίσκονται μεταξύ των χαμηλότερων θέσεων όσον αφορά την υπερβολική κατανάλωση και την μέθη. Η υψηλότερη κατανάλωση και κατάχρηση αλκοόλ συναντάται στον νεανικό πληθυσμό μεταξύ 18 – 24 ετών, έχοντας μεγαλύτερη αναλογία στο ανδρικό φύλο. Η Ελλάδα βρίσκεται σε καλή θέση συγκριτικά με άλλες χώρες ως προς την επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ. Παρόλα αυτά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαρακτήρισε το αλκοόλ επικίνδυνο για την παγκόσμια υγεία. Ένα μεγάλο ποσοστό παρουσιάζει αλκοολική εξάρτηση, ενώ διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ συναντώνται σε ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό.

Ειδικότερα το αλκοόλ συνδέεται με μεγάλα ποσοστά τροχαίων ατυχημάτων και θανάτων που επήλθαν από τα ατυχήματα. Επιπλέον πολλά άλλα προβλήματα συνδέονται με την χρήση αλκοόλ. Ποικίλουν τόσο από σωματικά και οργανικά, όπως προβλήματα στον εγκέφαλο, στο ήπαρ, στην καρδιά, καρκίνο και μυοπάθεια, όσο και νευρολογικά και ψυχοπαθολογικά όπως το σύνδρομο Wernicke – Korsakoff, στερητική διαταραχή, αλκοολικό παραλήρημα. Την διάγνωση των διαταραχών που σχετίζονται με το αλκοόλ δυσκολεύει το φαινόμενο της συννοσηρότητας ή διπλής διάγνωσης. Το εν λόγω φαινόμενο αναφέρεται στην συνύπαρξη και άλλης ψυχιατρική διαταραχής μαζί με το αλκοόλ. Οι ψυχιατρικές διαταραχές που συνυπάρχουν χωρίζονται σε κατηγορίες αποτελούμενες από τις συναισθηματικές διαταραχές, τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές της προσωπικότητας, τις ψυχωσικές διαταραχές, τις διαταραχές διατροφής κ.ά. Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα για την εξήγηση της συννοσηρότητας αλλά χρειάζεται και άλλη έρευνα για να γίνουν κατανοητοί οι μηχανισμοί που την διέπουν.

Επιπλέον το αλκοόλ σχετίζεται με πολλά προβλήματα και σε άλλους τομείς στην ζωή του ατόμου. Στον οικογενειακό τομέα, στα παιδιά παρουσιάζονται με συναισθήματα φόβου και ανασφάλειας, με συμπτώματα μετατραυματικού άγχους και άρνησης του υπάρχοντος προβλήματος και συχνά αναλαμβάνουν έναν γονικό, προστατευτικό ρόλο είτε προς τον εξαρτημένο γονέα είτε προς τον άλλο. Συχνά και οι σύντροφοι/σύζυγοι παρουσιάζουν σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα λόγω της επαναλαμβανόμενης κατάστασης stress που βιώνουν. Ούτε τα προβλήματα κοινωνικής φύσεως μπορούν να θεωρηθούν αμελητέα και χαρακτηρίζονται ιδιαίτερα από αντικοινωνική συμπεριφορά και προβλήματα στο εργασιακό περιβάλλον.

Η εξάρτηση από το αλκοόλ γίνεται σταδιακά και σε ορισμένο χρονικό διάστημα. Είναι όμως και πολύπλοκη διαδικασία οπότε και έγιναν προσπάθειες να συγκεκριμενοποιηθούν τα στάδια που προηγούνται της εξάρτησης και να αναλυθούν και οι αιτίες που οδηγούν κάποιον στην κατάχρηση οινοπνεύματος. Παράλληλα παρουσιάστηκαν και διάφορα μοντέλα, όπως το ψυχοδυναμικό, το ιατρικό, το συμπεριφορικό κ.ά., που επιχειρηματολογούν διάφορες ερμηνείες των παραγόντων που οδηγούν κάποιον στην εξάρτηση.

Η ανάλυση των παραγόντων που οδηγούν κάποιον στην εξάρτηση εστιάζει σε διάφορα επίπεδα και συγκεκριμένα στο ατομικό, το οικογενειακό και το κοινωνικο-πολιτισμικό επίπεδο. Αναφέρονται τα χαρακτηριστικά του εξαρτημένου ατόμου, ο τρόπος σκέψης και τα συναισθήματά του, το περιβάλλον στο οποίο κινείται και η πιθανή προδιάθεση που μπορεί να έχει. Εκτός αυτού αναλύεται εκτενώς ο ρόλος της οικογένεια καθώς επίσης και το κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο που μπορεί να οδηγήσει σε συμπεριφορές εξάρτησης. Συγκεκριμένα η κατανάλωση αλκοόλ καθώς και άλλων ουσιών εξάρτησης αποτελεί ιδιαίτερο ιστορικό, πολιτιστικό, θρησκευτικό ή εθνικό χαρακτηριστικό πολλών χωρών.

Μολονότι οι αιτίες της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι πολλές, αλληλοσχετίζονται. Μπορεί κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες να συμβάλουν στην κατάχρηση αλκοόλ αλλά δεν είναι μόνο αυτοί. Χρειάζεται να συνυπολογίσουμε και άλλους παράγοντες, οικογενειακούς, οικονομικούς, προσωπικούς, παράγοντες που σχετίζονται με τις συναναστροφές ακόμα και βιολογικούς – γενετικούς παράγοντες. Για αυτό τον λόγο προτείνεται μια σύνθεση όλων των παραγόντων που θα οδηγήσει σε μια πιο ολοκληρωμένη ερμηνεία των λόγων που οδηγούν στην εξαρτητική συμπεριφορά.

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες βέβαια που μπορούν να οδηγήσουν ένα άτομο στην εξαρτητική συμπεριφορά φαίνεται να είναι οι οικογενειακοί. Αυτό διότι η οικογένεια είναι το πρώτο σύστημα όπου το παιδί κοινωνικοποιείται και αναπτύσσει μια αίσθηση ταυτότητας. Ειδικότερα, οι γονείς μπορούμε να πούμε ότι είναι το καύσιμο με το οποίο θα κινηθούν τα παιδιά. Η συμπεριφορά τους επηρεάζει τα παιδιά τα οποία με την σειρά τους την υιοθετούν και αναπαράγουν στην συνέχεια. Συνυπολογίζεται και το γεγονός ότι στα παιδιά δεν παρέχεται η πρέπουσα διαπαιδαγώγηση οπότε και τα παιδιά θα καταφύγουν σε συμπεριφορές που θα τα βάζει σε μια πολύ δύσκολη θέση, όπως για παράδειγμα να αναλάβουν προστατευτικό ρόλο προς έναν γονέα ή να καταφύγουν στο αλκοόλ για υποστήριξη επειδή απλά δεν έμαθαν να διαχειρίζονται με σωστό τρόπο τις δύσκολες καταστάσεις στην ζωή τους.

Βέβαια για ένα τόσο σοβαρό πρόβλημα που πολλοί άνθρωποι έχουν μελετήσει, δεν είναι δυνατόν να μην έχουν προβλεφθεί στρατηγικές για την αντιμετώπισή του. Η αντιμετώπιση συνοψίζεται στην πρόληψη και την θεραπεία. Όπως λοιπόν στα μοντέλα και στις αιτίες που σχετίζονται με τον αλκοολισμό, έτσι και στην πρόληψη και την θεραπεία έχουν αναπτυχθεί διάφορες προσεγγίσεις καθεμία βασισμένη στο δικό της θεωρητικό υπόβαθρο. Αναφορικά με την πρόληψη οι προσεγγίσεις που αναπτύχθηκαν δεν καλύπτουν όλες τις ανάγκες όλων των ομάδων – στόχων οπότε και προτείνεται μια σύνθεσή τους.

Παράλληλα μια δράση πρόληψης χρειάζεται να είναι καλυμμένη θεσμικά και νομοθετικά και να λαμβάνει υπόψη της όλα τα ιδιαίτερα κοινωνικο-πολιτισμικά χαρακτηριστικά και αντιλήψεις της ομάδας – στόχου όπου απευθύνεται. Για τον λόγο αυτό η Ευρωπαϊκή Επιτροπή με τον ευρωπαϊκό καταστατικό χάρτη καθόρισε στόχους που χρειάζεται να επιτευχθούν ώστε να μειωθεί η κατανάλωση αλκοόλ. Παράλληλα πρότεινε ηθικές αρχές και στρατηγικές βάσει των οποίων το κάθε κράτος μέλος θα σχεδιάσει την παρέμβαση που του ταιριάζει καλύτερα σύμφωνα φυσικά με τα δικά του κοινωνικο-πολιτισμικά, νομοθετικά και οικονομικά χαρακτηριστικά. Σε κάθε χώρα, όπως και στην Ελλάδα, υπάρχουν πολλοί κοινοτικοί φορείς, υπηρεσίες και εθελοντικές οργανώσεις που υλοποιούν το έργο της πρόληψης.

Όσον αφορά την θεραπεία, αφού υπάρχουν διάφοροι τύποι αλκοολικών, υπάρχουν και οι ανάλογες θεραπευτικές προσεγγίσεις και προγράμματα προσαρμοσμένα έτσι ώστε να καλύπτουν όσο το δυνατόν όλες τις ανάγκες κάθε θεραπευόμενου.

Διακρίνονται σε φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις, σε ομάδες αυτοβοήθειας, ξενώνες και κέντρα θεραπείας καθώς επίσης και σε οικογενειακού τύπου παρεμβάσεις συμπεριλαμβανομένου και clubs οικογενειών. Η ναλτρεξόνη και η ακαμπροσάτη είναι συνήθη φάρμακα που χρησιμοποιούνται. Αντίθετα οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στηρίζονται περισσότερο στην ψυχανάλυση, ενώ χρησιμοποιούνται και άλλα μοντέλα εξίσου αποτελεσματικά όπως η βραχεία ψυχοθεραπεία, η Συμβουλευτική και οι Γνωστικές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Η πιο αποτελεσματική προσέγγιση όμως είναι των ομάδων αυτοβοήθειας και συγκεκριμένα των Ανώνυμων Αλκοολικών (AA). Αυτό επειδή συμπεριλαμβάνουν στοιχεία συνεργασίας, συλλογικότητας, αλληλεγγύης σε ένα ασφαλές περιβάλλον αποδοχής. Οι AA συμπεριλαμβάνουν επίσης στοιχεία από την Πνευματική προσέγγιση.

Κρίσιμος παράγοντας βέβαια σε όλη την διαδικασία είναι ο θεραπευτής ο οποίος κατέχει σπουδαίο ρόλο. Ανάλογα με τις ικανότητες του, και τον τρόπο που προσεγγίζει το πρόβλημα η θεραπεία μπορεί να έχει θετική ή αρνητική έκβαση. Όμως αυτό που κάνει έναν θεραπευτή να ξεχωρίζει είναι να διαθέτει ένα ευρύ πεδίο τεκμηριωμένων γνώσεων πάνω στο θέμα του αλκοολισμού, τις οποίες γνώσεις έχει συνδυάσει και συνθέσει με τέτοιο τρόπο ώστε σε συνδυασμό με την εμπειρία του, να έχει αναπτύξει την δική του άποψη. Παράλληλα δεν χάνει το ενδιαφέρον του να μάθει καινούργια πράγματα, είναι σε θέση να παρέχει υπηρεσίες στους πελάτες του γρήγορα και σίγουρα ενώ παράλληλα μπορεί να συνεργαστεί αποτελεσματικά με τους συναδέλφους του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Anderson, P., Gual, A. and Colom, J., (2005). *Αλκοόλ και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Κλινικές οδηγίες για την ανίχνευση και τις βραχείες παρεμβάσεις*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia
2. Bergeret, Jean, (1999). *Τοξικοεξάρτηση και Προσωπικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
3. Forward, Susan, (1992). *Τοξικοί Γονείς*. Αθήνα: Λύχνος
4. Gerald, Corey, (2005). *Θεωρία και Πρακτική της Συμβουλευτικής και της Ψυχοθεραπείας*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
5. Marlatt G. Alan & Donovan M. Dennis, (2008). *Προλαμβάνοντας την υποτροπή – Στρατηγικές συνέχισης στην θεραπεία των εξαρτητικών συμπεριφορών*. Αθήνα: Ερευνητές – ΚΕΘΕΑ.
6. Napier, Y., Augustus, (1997). *Το ζευγάρι ο εύθραυστος δεσμός*. Αθήνα: ελληνικά γράμματα.
7. Thio, Alex, (2008). *Παρεκκλίνουσα Συμπεριφορά*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
8. Αδόργιαστος, Δημήτρης, (2008). *Ευφυΐα χ 2 Συναισθηματική Νοημοσύνη – Βασικές Αρχές και Πρακτικές για την Παιδική Εφηβική και Ενήλικη Επαγγελματική Ζωή*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
9. Γεωργάκας, Π., (2002). *Εξαρτήσεις, Η έκφραση μιας κοινωνικής, οικογενειακής και ατομικής δυσλειτουργίας*. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής
10. Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., (2006). *Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2005*. Αθήνα: Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν
11. Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., (2009). *Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2009*. Αθήνα: Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν
12. Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, (2001). *Εγχειρίδιο Πρόληψη: Οιοπνευματώδη, Ναρκωτικά και Καπνός, Διαχείριση έργου από την Ομάδα Πομπιντού για την Πρόληψη – Συμβούλιο της Ευρώπης*, Αθήνα.
13. Κασιμάτη, Κ., (2000). *Φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού*. Αθήνα: Ευρωπαϊκό κοινωνικό ταμείο
14. ΚΕΘΕΑ, (2010). *Απολογισμός έργου 2009*. Αθήνα: ΚΕΘΕΑ
15. Κριάρας, Εμμανουήλ, (2003). *Νέο Ελληνικό Λεξικό της Σύγχρονης Δημοτικής Γλώσσας*. Αθήνα: εκδοτική Αθηνών
16. Κωσταντινίδης, Κ., Γιάννης, (2004). *Ο Μίτος της Αριάδνης για την έξοδο από το Λαβύρινθο της Ηρωίνης*. Αθήνα: Θυμάρι.
17. Λύκουρας, Λ. & Σολδάτος, Κ. (2007). *Αλκοολισμός – Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις.

18. Μαδιανός, Μιχάλης, (2006). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη
19. Μαδιανός, Μιχάλης, (2006). *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτη.
20. Μάνου, Νίκου, (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS.
21. Μπαμπινιώτης, Γ.Δ., (2002). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε. Π. Ε.
22. Παπαγεωργίου, Ευάγγελος, Γ., (2005). *Εξαρτήσεις στη ζωή μας*. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
23. Περαντζάκη – Καρατζόγλου, Ιωάννα, (2001). *Κοινωνική Ανομία και Ναρκωτικά – Σύγχρονες κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της κοινωνικής πραγματικότητας*. Αθήνα: Καστανιώτη.
24. Πιπερόπουλος, Γιώργος, (1994). *Ένας ψυχολόγος κοντά σου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
25. Πιπερόπουλος, Γιώργος, (2002). *Εξαρτήσεις και Αποκλίσεις*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
26. Ποταμιάνος, Α., Γρηγόρης, (2005). *Αλκοόλ – Επιστημονικά δεδομένα για την χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης. Το σύνδρομο της εξάρτησης και της θεραπείας*. Αθήνα: Α.Α. ΛΙΒΑΝΗ.
27. Ποταμιάνος, Γρηγόρης, (1991). *Νόμιμες Ουσίες Εξάρτησης - Αλκοόλ*. Αθήνα: Παπαζήση.
28. Σταθόπουλος, Α. , Πέτρος, (2005). *Κοινοτική Εργασία – Θεωρητική Προσέγγιση*. Αθήνα: Παπαζήση.
29. Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον, (1981). *Ο κύκλος της ζωής: Ναρκωτικά - Τσιγάρο - Αλκοόλ*. Αθήνα: Αθ. Ψυχογιός
30. Τσαρούχας, Κώστας, (2000). *Αλκοόλ ένα σκληρό ναρκωτικό*. Αθήνα: Άγκυρα.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Brozner I. Elaine, (2006). *New Research on Alcohol Abuse and Alcoholism*. New York: Nova Science Publishers.
2. Forward, Susan, (1992). *Τοξικοί Γονείς*. Αθήνα: Λύχνος
3. Stimmel Barry, (2002). *Alcoholism, Drug Addiction and the Road to Recovery – Life on the Edge*. The Haworth Medical Press.
4. Vellerman Richard, (2001). *Counseling for Alcohol Problems*. London: Sage Publications.

ΑΡΘΡΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ:

1. Midford, R., Craplet, M., Rainstrick, D., Bengal, V., (2006). *Ειδικό Αφιέρωμα στο Αλκοόλ*. Εξαρτήσεις, 4/2009 τ. 9, σσ. 102 – 132.
2. Ζαφειρίδης, Φοίβος, (2001). *Ψυχική Υγεία και Αυτοβοήθεια: Το Παράδειγμα των Ανώνυμων Ναρκομανών (ΝΑ) και Αλκοολικών (ΑΑ)*. Τετράδια Ψυχιατρικής, 1 – 3/2001 τ. 73, σσ. 1 – 12.

3. Λεωνιδάκη, Β., Μαλλιώρα, Μ., (2009). *Συννοσηρότητα Χρήσης Ουσιών και Ψυχικών Διαταραχών*. Ψυχιατρική, 1 – 3/2009 Τ. 20 τ. 1, σσ. 17 – 34.
4. Λιάππας, Α., Ιωάννης & Τζινιέρη – Κοκκώση, Μαρία, (2005). *Αλκοολική Εξάρτηση και Ποιότητα Ζωής: Σύγχρονη Ανασκόπηση του Προβλήματος*. Εξαρτήσεις, 10/2005 τ. 8, σσ. 42 – 52.
5. Λιάππας, Ι., Παπαρρηγόπουλος, Θ., Τζαβέλλας, Η., Κοντοάγγελος, Κ., Καρύδης, Χ., Ραμπαβίλας, Α., (2003). *Αλκοολισμός και Συννοσηρότητα: Διάγνωση και Αντιμετώπιση στο Πλαίσιο του Προγράμματος «Αθήνα»*. Εξαρτήσεις, 9 - 11/2003 τ. 4, σσ. 10 – 21.
6. Μέλλος, Ε., (2009). *Συννοσηρότητα και αλκοόλ*. Εγκέφαλος, 5/2009 Τ. 46 τ. 2, σσ. 72 – 78.
7. Μέλλος, Ε., Λιάππας, Ι., (2006). *Αλκοόλ και Ψυχοπαθολογία*. Τετράδια Ψυχιατρικής, 1- 3/2006 Νο 93, σσ. 17 – 20.
8. Πογιατζής Γεώργιος, (2006). *Εξάρτηση από το Αλκοόλ, μια κοινωνική και υπαρξιακή δυσλειτουργικότητα – θεραπευτική προσέγγιση της ΑΘΕΚΕΑ "Η Τόλμη"*. Τετράδια Ψυχιατρικής, 1- 3/2006 Νο 93, σσ. 36 – 41.
9. Πομίνη, Β., (2009). *Ο ρόλος της οικογένειας στην εξέλιξη και θεραπεία του αλκοολισμού*. Εγκέφαλος, 5/2009 Τ. 46 τ. 2, σσ. 84 – 91.
10. Πουλόπουλος, Χαράλαμπος, (2001). *Ο Ρόλος του Επαγγελματία Υγείας στα Προγράμματα Θεραπευτικής Αντιμετώπισης της Τοξικοεξάρτησης*. Τετράδια Ψυχιατρικής, 1-3-/2001 Νο73, σσ. 30 – 34.
11. Τερζίδου, Μ., Σιάμου, Ι., (2009). *Επιδημιολογικά Στοιχεία για την Χρήση και Κατάχρηση των Οινόπνευματων στην Ελλάδα*. Εγκέφαλος, 5/2009 Τ. 46 τ. 2, σσ. 57 – 63.
12. Τερζίδου, Μανίνα, (2006). *Η Χρήση του Αλκοόλ στην Ελλάδα*. Τετράδια Ψυχιατρικής, 1- 3/2006 Νο 93, σσ. 9 – 11.

ΞΕΝΑ ΑΡΘΡΑ:

1. Bliss, L., Donna, (2009). *Beyond the Disease Model: Reframing the Etiology of Alcoholism From a Spiritual Perspective*. Journal of Teaching in the Addictions, Vol *, No. 1, pp. 10 – 26.
2. Conason, A.H., Klomek, Brunstein, A. and Sher, L., (2006), *Recognizing alcohol and drug abuse in patients with eating disorders*. Q J Med, No. 99, pp. 335 – 339.
3. Saleebey, D. (1996). *The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions*. Social Work, Vol 41, No 3, pp. 296–305.
4. Wilbourne, L., Paula & Miller, R., William, (2002). *Treatment for Alcoholism: Older and Wiser?*. Alcoholism Treatment Quarterly, Vol 20, No. ¾, pp. 41 – 54.

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΕΣ

1. Κάντζα, Αφροδίτη, (2007). *Αλκοόλ και Μηνύματα Αγωγής Υγείας*. Αδημοσίευτη διπλωματική εργασία.
2. Κοντομάρη, Ελένη, (2006). *Αλκοόλ και Διαφήμιση: ο ρόλος της διαφήμισης και η αγωγή υγείας*. Αδημοσίευτη διπλωματική εργασία.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ:

1. Βακόνδιος, Νικόλαος, (2009). *Καθημερινές και χρόνιες εξαρτήσεις από ουσίες*. http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=8976. Πρόσβαση την 12^η Ιανουαρίου 2011, 14:55.
2. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π. (2008). *Ευρωπαϊκός καταστατικός Χάρτης Για Τα Οινοπνευματώδη*.
Ανάκτηση από:
http://elkemasap.blogspot.com/2008/07/blog-post_2268.html ,
Ανάκτηση στις 15/11/2010.
3. Καρπουχτσής, Σταύρος, (2009). *Αλκοολισμός: Συνήθεια ή Εξάρτηση;*
http://www.uromed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=326.
Πρόσβαση την 16^η Δεκεμβρίου 2010, 13:20
4. Bestrong.org.gr, (2010). *Κέντρα απεξάρτησης από το αλκοόλ*.
Ανάκτηση από:
<http://www.bestrong.org.gr/el/healthylife/alcoholrestriction/alcoholism/alcoholc/enters/>
ανάκτηση στις 4/11/2010