



ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
*«Μια εμπειρική μελέτη των προγραμμάτων Hudolin  
στην Ελλάδα»*

Ανδρίτσου Ευσταθία  
Μπίλλια Μαρία  
Χούσου Αγγελική

Επόπτης Καθηγητής: Δρίτσας Ιωάννης

Πάτρα, Σεπτέμβριος 2015

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής υλοποιήθηκε με την υποστήριξη ενός αριθμού ανθρώπων στους οποίους θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμότερες ευχαριστίες μας. Πρώτα από όλους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επόπτη καθηγητή αυτής της πτυχιακής κ. Ιωάννη Δρίτσα, ο οποίος στάθηκε δίπλα μας από την αρχή και κατάφερε, μέσα σε κλίμα αρμονικής συνεργασίας, να μας καθοδηγήσει προς την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας.

Σε δεύτερο επίπεδο, θα ήταν τρομερή μας παράληψη να μην ευχαριστήσουμε τα άτομα που συνεργάστηκαν μαζί μας, για την εκπόνηση της έρευνας. Για ευνόητους λόγους δεν γίνεται να αναφερθούν ονομαστικά, ωστόσο όμως θα θέλαμε να αναφερθεί ότι δέχτηκαν να αποτελέσουν το δείγμα της έρευνας με μεγάλη τους χαρά, πράγμα που μας διευκόλυνε πολύ.

Τέλος, ευχαριστούμε τις βιβλιοθήκες των εκπαιδευτών ιδρυμάτων: Α.Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδος, Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Α.Ε.Ι. Κρήτης (Ρέθυμνο), Α.Ε.Ι. Πατρών, Ε.Κ.Π.Α., Πάντειον Πανεπιστήμιο Αθηνών, καθώς επίσης και τη βιβλιοθήκη του ΚΕΘΕΑ, την Εθνική Βιβλιοθήκη, τους Ανώνυμους Αλκοολικούς και τον ΕΣΚΟΠΑ που μας έδωσαν πρόσβαση στις πληροφορίες που χρειαστήκαμε.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	8
Abstract .....	10
Κεφάλαιο 1ο Στόχοι μελέτης, ορισμοί εννοιών, δυσκολίες και προβληματισμοί.....	13
Εισαγωγή .....	13
1.1 Τι είναι το αλκοόλ;.....	<b>13</b>
1.2 Η επίδραση του αλκοόλ .....	15
1.3. Τι είναι ο αλκοολισμός .....	17
1.3.1 Ιστορική αναδρομή .....	17
1.3.2 Ο ορισμός του αλκοολισμού.....	17
1.3.3 Αποτελέσματα χρόνιου αλκοολισμού.....	18
1.3.4 Χρόνια μέθη.....	19
1.4 Ο ορισμός της κατάχρησης.....	19
Κεφάλαιο 2ο Επιδημιολογία του αλκοολισμού και Εθνικό Σχέδιο Δράσης .....	22
Εισαγωγή .....	22
2.1 Τι είναι το ESPAD .....	22
2.2 Τα επιδημιολογικά στοιχεία του αλκοολισμού στους μαθητές .....	22
2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία 36 χωρών για μαθητές .....	28
2.4. Δείκτης binge drinking .....	30
2.5 Στοιχεία επιδημιολογίας στη Η.Π.Α.....	33
2.6 Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης .....	34
2.7 Εθνικό Σχέδιο Δράσης .....	43
2.8 Δέκα εθνικές στρατηγικές προώθησης της υγείας σε σχέση με το αλκοόλ.....	50
2.9 Αξίες και αρχές .....	52
2.10 Στόχοι.....	54
2.11 Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.....	55
Κεφάλαιο 3ο Αιτιολογικές προσεγγίσεις, στάδια αλκοολισμού και ο ρόλος της γενετικής ...	61

Εισαγωγή .....	61
3.1 Γενετικές επιρροές –κληρονομικότητα.....	61
3.2 Βιολογικές Επιρροές Αλκοολισμού.....	65
3.2.1 Αιτίες – Συμπτώματα εξάρτησης.....	73
3.3. Χαρακτηριστικά της εξάρτησης από το αλκοόλ.....	76
3.5. Αλκοόλ και χημεία του εγκεφάλου.....	78
3.5.1 Η επίδραση του αλκοόλ στη Ντοπαμίνη .....	78
3.5.2 Η επίδραση του αλκοόλ στη σεροτονίνη .....	79
3.5.3 Η επίδραση του αλκοόλ στο Γλουταμικό .....	80
3.5.4 Η επίδραση του αλκοόλ σε άλλα συστήματα .....	81
3.6 Η ανακάλυψη των γονιδίων που σχετίζονται με το αλκοόλ.....	82
3.6.1 Ο ρόλος των γονιδίων που κωδικοποιούν πρωτεΐνες – νευροδιαβιβαστές.....	83
3.6.2 Ο ρόλος των γονιδίων που κωδικοποιούν υποδοχείς GABA .....	85
3.6.3 Ο ρόλος άλλων νευροδιαβιβαστών.....	86
3.6.4 Ο ρόλος του ενδογενούς συστήματος οπιοειδών.....	87
3.7 GDNF :Ένα νέο, άμεσα ανταποκρινόμενο γονίδιο στην αιθανόλη.....	87
3.8 Κοινωνικές επιπτώσεις του αλκοόλ.....	88
3.8.1Τα ατυχήματα .....	88
3.8.2 Βία – εγκληματικότητα.....	90
Κεφάλαιο 4ο Διαγνωστικά εργαλεία του αλκοολισμού .....	93
Εισαγωγή .....	93
4.1 Διαγνωστικά κριτήρια.....	94
4.2 AUDIT .....	95
4.3 TestAUDIT .....	101
4.4 AUDIT-C .....	106
4.4 FAST.....	107
4.5 Ερωτηματολόγιο CAGE -Ερευνητική τετραλογία .....	108

Κεφάλαιο 5ο Ψυχοπαθολογία.....	111
Εισαγωγή .....	111
5.1 Η έννοια της ψυχοπαθολογίας .....	111
5.2 Κατάχρηση αλκοόλ και ψυχοπαθολογία .....	112
5.3 Αιτιοπαθογένεια.....	113
5.4 Ψυχικές Διαταραχές και Αλκοολισμός.....	114
5.5 Σχιζοφρένεια και κατάχρηση αλκοόλ.....	116
5.6 Συναισθηματικές διαταραχές και κατάχρηση αλκοόλ.....	117
5.7 Η κατάχρηση του αλκοόλ, οι καταθλιπτικές διαταραχές και η διπολική διαταραχή .....	118
5.8 Διπολική διαταραχή .....	119
5.9 Αλκοόλ και αγχώδεις διαταραχές .....	120
5.10 Διαταραχές προσωπικότητας και κατάχρηση αλκοόλ.....	121
5.11 Αλκοόλ και διατροφικές διαταραχές .....	122
5.12 Διαταραχές στον ύπνο.....	123
5.13 Σύνδρομα .....	124
Κεφάλαιο 6ο Θεραπευτικές Προσεγγίσεις στον Αλκοολισμό.....	127
Εισαγωγή .....	127
6.1 ΚΕ.Θ.Ε.Α. ....	128
6.2 Η σημασία της θεραπευτικής σχέσης .....	129
6.3 Προσεγγίσεις στη θεραπεία .....	132
6.4 Κινητοποιητική Συνέντευξη .....	134
6.4.1 Η ομάδα .....	135
6.4.2 Τα χαρακτηριστικά της ομάδας στο αρχικό στάδιο.....	136
6.5 Βιολογική- Φαρμακολογική προσέγγιση.....	139
6.6 Ψυχολογική Προσέγγιση .....	140
6.7 Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα .....	144
6.7.1 Ανώνυμοι Αλκοολικοί .....	144

6.7.2 Θεραπευτικές ιδιότητες μουσικοθεραπείας .....	146
6.8 Η επιτυχής κοινωνική επανένταξη.....	147
Κεφάλαιο 7ο Προσέγγιση «Hudolin».....	152
Εισαγωγή .....	152
7.1 Η ζωή, το έργο και η μέθοδος του Hudolin .....	152
7.2 Κλινική εικόνα της ομάδας.....	157
Κεφάλαιο 8ο Τα club των οικογενειών στην Ελλάδα .....	159
Εισαγωγή .....	159
8.1 Θεωρητικό πλαίσιο – μεθοδολογία.....	159
8.2 Το Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (ΚΟΠΑ):.....	160
8.3 Υπηρέτης – Δάσκαλος .....	161
8.4 Στην Ελλάδα και τον κόσμο .....	161
8.5Ο Ελληνικός Σύλλογος ΚΟΠΑ (ΕΣΚΟΠΑ).....	162
8.6 Η συμμετοχή της οικογένειας.....	164
Κεφάλαιο 9ο Μεθοδολογία Έρευνας.....	168
Εισαγωγή .....	168
9.1 Στόχοι έρευνας – Μέθοδος έρευνας .....	168
9.2 Μεθοδολογικό εργαλείο και δειγματοληψία .....	168
9.3 Μέθοδος και ανάλυση της δειγματοληψίας.....	169
9.4 Ανάλυση ερωτηματολογίων .....	170
9.5 Ανάλυση ερωτήσεων πριν την ένταξη στο πλαίσιο της θεραπείας .....	177
9.6 Ερωτήσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας .....	188
9.7 Συγκρίσεις μεταβλητών .....	199
9.8 Η συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας .....	200
Κεφάλαιο 10ο Συμπεράσματα και Προτάσεις.....	202
Εισαγωγή .....	202
10.1 Συμπεράσματα .....	202

10.2 Προτάσεις .....	203
Βιβλιογραφία .....	205
Παράρτημα Α:.....	210
Παράρτημα Β:.....	212

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία έχουμε αναλύσει, τι είναι το αλκοόλ, ποια είναι η επίδραση του αλκοόλ, τι είναι ο αλκοολισμός και ποια τα αποτελέσματα χρόνιου αλκοολισμού και της χρόνιας μέθης. Ποιος είναι ο ορισμός της κατάχρησης τί είναι το ESPAD, ποια είναι τα επιδημιολογικά στοιχεία του αλκοολισμού στους μαθητές (στατιστικοί πίνακες, επιδημιολογικά στοιχεία σε Ελλάδα, Ευρώπη και Η.Π.Α., δείκτης binge drinking, συνοπτικά διαγράμματα). Έχει μελετηθεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, τις πολιτικές πρόληψης, τη θεραπεία και απεξάρτηση, τους στόχους, και τα αποτελέσματα.

Εν συνεχεία, έχουν καταγραφεί, έχουν μελετηθεί και έχουν παρουσιαστεί οι γενετικές επιρροές, η κληρονομικότητα, τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης από το αλκοόλ, η αλκοολική συμπεριφορά, και οι βιολογικές επιρροές αλκοολισμού. Σε αυτό το σημείο, παρουσιάστηκαν τα τρία στάδια του αλκοολισμού, καθώς επίσης και η επίδραση του αλκοόλ στη ντοπαμίνη, στη σεροτονίνη, και στο γλουταμικό. Μελετήσαμε το ρόλο των γονιδίων που κωδικοποιούν πρωτεΐνες- νευροδιαβιβαστές, το ρόλο των γονιδίων που κωδικοποιούν υποδοχείς Gaba, και το ρόλο άλλων νευροδιαβιβαστών.

Καταγράφηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια AUDIT, TEST AUDIT, AUDIT-C, FAST, CAGE, την έννοια της ψυχοπαθολογίας, ποια η σχέση της σχιζοφρένειας και της κατάχρησης του αλκοόλ. Αναλύσαμε, ποιες είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, και οι κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις στον αλκοολισμό. Έχουμε αναλύσει τη μέθοδο «Hudolin» καθώς επίσης και τα club των οικογενειών στην Ελλάδα.. Θα αναλύσουμε τη μέθοδο «Hudolin» η οποία εδώ και μια δεκαετία έχει αναπτυχθεί και ενταχθεί στα ελληνικά δεδομένα ως μέσο απεξάρτησης από το αλκοόλ με απαραίτητη προϋπόθεση την παρακολούθηση των ομάδων και την στήριξη του οικογενειακού κύκλου του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ.

Παρόλα αυτά όμως εξαιρετικά σημαντικό είναι ότι με τον τρόπο αυτό θα μελετήσουμε και θα μάθουμε αρκετές πτυχές του αλκοολισμού και των καταναλωτών του. Με μια ιεραρχική κατανομή θα μπορούσαμε να δούμε πως κάποιος άνθρωπος, με οικογένειες και παιδιά, με ενδιαφέροντα, με προσωπική, εργασιακή και κοινωνική ζωή όπως είμαστε όλοι, τόσο εύκολα μπορεί να οδηγηθεί στον αλκοολισμό και ποιοι είναι οι παράγοντες που συμβάλουν αρνητικά στην όλη κατάσταση του αλκοολισμού.



Πραγματοποιήθηκε έρευνα, όπου βασικός μας στόχος ήταν να μελετήσουμε και να συγκρίνουμε την καθημερινότητα των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα με το αλκοόλ ένα χρόνο πριν την ένταξη τους στα κλαμπ με την μεθοδολογία Hudolin και από την ένταξη τους και έναρξη των ομάδων μέχρι και σήμερα. Η έρευνα ήταν ποσοτική και πραγματοποιήθηκε σε Αθήνα και Πάτρα. Ερευνήσαμε και μάθαμε πράγματα τα οποία μας βοήθησαν να καταλάβουμε την δυσκολία και αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης, μα ακόμη πιο πολύ το γεγονός ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων και εξαιτίας της «αθωότητας» του αλκοόλ όλοι έφτασαν στο στάδιο του αλκοολισμού χωρίς να το αντιληφθούν.

Τέλος η διπλωματική μας εργασία κλείνει με τα συμπεράσματα όπου προκύπτουν από όλα τα περιεχόμενα και κάποιες προτάσεις τις οποίες κατ'εμάς θα ήταν αναγκαίο να εφαρμοστούν από την πολιτεία καθώς με τον τρόπο αυτό σε μερικά χρόνια από τώρα θα υπάρξουν έντονες αλλαγές προς την βελτίωση της κοινωνίας.

## Abstract

In this study we have analyzed what alcohol is, what the effect of alcohol is, what alcoholism is and what are the effects of chronic alcoholism and chronic intoxication. What is the definition of abuse, what is ESPAD, what are the epidemiological data of alcoholism in students (statistical tables, epidemiological data in Greece, Europe and the US index binge drinking, summary charts). We have studied the National Action Plan, the prevention policies, treatment and rehabilitation, objectives, and results.

Furthermore we have recorded, studied and presented the genetic influences, inheritance, the characteristics of alcohol dependence, alcoholic behavior, and the biological influences of alcoholism. At this point we presented the three stages of alcoholism as well as the effect of alcohol on dopamine, serotonin, and glutamate. We studied the role of the genes which encode proteins - neurotransmitters, the role of the genes which encode Gaba receptors and the role of other neurotransmitters.

We recorded the diagnostic criteria AUDIT, TEST AUDIT, AUDIT-C, FAST, CAGE, the meaning of psychopathology and what is the relation between schizophrenia and alcohol abuse. We analyzed which are the emotional disorders and also the main therapeutic approaches to alcoholism. Finally, we have analyzed the «Hudolin» method as well as the clubs of families in Greece. We will analyze the method «Hudolin» which for a decade has developed and introduced in the Greek data as an addiction to alcohol that requires monitoring of the groups and the support of family of the person circle facing problems related to alcohol.

Despite this extremely important is that in this way we will study and learn several aspects of alcoholism and the consumer. With a hierarchical breakdown we can see how a man with families and children, with interesting, personal, work and social life as we are all as easily be driven to alcoholism and what are the factors that contribute negatively to the overall situation of alcoholism.

A survey in which our main objective was to study and compare the everyday lives of people experiencing problems with alcohol a year before their accession to the club with the

Hudolin methodology and integration, and start till today. The survey was quantitative and held in Athens and Patras. We investigated and learned things that helped us to understand the problem and address this situation, but even more the fact that in most cases, and because of the "innocence" of alcohol all reached the stage of alcoholism without realizing.

Finally our diplomatic work closes with the conclusions which result from all the contents and any suggestions which In my view it would be necessary to implement the state because in this way a few years from now there will be profound changes to the betterment of society .



**«Πίνειν δε ες μέθην ουδαμού πρέπον πλην εν ταις εορταίς».**

**Πλάτων, 427-347 π.χ., Φιλόσοφος**

# Κεφάλαιο 1ο Στόχοι μελέτης, ορισμοί εννοιών, δυσκολίες και προβληματισμοί

## Εισαγωγή

Η μάστιγα του αλκοολισμού στις μέρες μας όλο ένα και αυξάνεται. Η κοινωνία μας εν μέσω οικονομικής κρίσης ταλαντεύεται να ισορροπήσει μεταξύ της φθοράς και της ανάπτυξης, μεταξύ της προσαρμογής των νέων δεδομένων και της νέας πορείας που καλείται να ακολουθήσει. Τα ολοένα και αυξανόμενα καθημερινά προβλήματα αλλά και η δύναμη της διαφήμισης, οδηγούν όλο και περισσότερους ανθρώπους στην «αγκαλιά» του αλκοολισμού. Το μακροπρόθεσμα, κλιμακούμενο επίπεδο της κατανάλωσης αλκοόλ, μπορεί να δημιουργήσει: αντοχή και εξάρτηση, καθώς επίσης και τέτοια έντονη προσαρμογή του σώματος ώστε η διακοπή της χρήσης του, να μπορεί να προκαλέσει ένα σύνδρομο στέρησης που χαρακτηρίζεται συνήθως από αϋπνία, στοιχεία υπερδραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος και συναισθήματα άγχους και έντονης ανησυχίας (Μούζας & Συνεργάτες, 2003).

Στόχος του κεφαλαίου είναι να αποτυπώσει βασικές έννοιες όπως τι είναι το αλκοόλ, ποιος είναι ο ορισμός της κατάχρησης, ποια είναι η επίδραση του αλκοολισμού, αλλά και τι είναι ο αλκοολισμός. Θα μελετήσουμε και θα γράψουμε την πορεία του αλκοολισμού μέσα από την ιστορική αναδρομή του, ενώ παράλληλα θα εξετάσουμε τα αποτελεστώ του χρόνιου αλκοολισμού, καθώς επίσης τι είναι η χρόνια μέθη. Τα πρόσφατα έτη υπάρχει μια άνθηση της κλινικής έρευνας, σχετικά με την κατάχρηση και την εξάρτηση από το αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών για συγκεκριμένες γενετικές επιρροές, την κλινική πορεία των διαταραχών που σχετίζονται με την κατάχρηση του αλκοόλ, και την ανάπτυξη νέων και χρήσιμων θεραπειών. Οι διαταραχές χρήσης του αλκοόλ είναι κοινές θανατηφόρες καταστάσεις που μεταμφιέζονται συχνά ως άλλα ψυχιατρικά σύνδρομα. (Schuckit, 2006, Tomlinson et al., 2006).

### 1.1 Τι είναι το αλκοόλ;

Ίσως να μην είναι ιδιαίτερος γνωστό ότι το οινόπνευμα (ή αλκοόλ) αποτελεί φυσιολογικό συστατικό του σώματος και βρίσκεται στο αίμα μας σε αναλογία μικρότερη από 1,5 χιλιοστό του γραμμαρίου ανά λίτρο. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι βρισκόμαστε

συνεχώς υπό την επίδραση του αλκοόλ, με όλες τις συνέπειες – ευχάριστες και δυσάρεστες – που προκύπτουν από αυτή την κατάσταση. Για να συμβεί κάτι τέτοιο θα πρέπει το οινόπνευμα στο αίμα να φτάσει και να ξεπεράσει τα 800 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο, πράγμα που επιτυγχάνεται μόνο με την πρόσληψή του με τη μορφή του αλκοολούχου ποτού (Schuckit, Tomlinson et al., 2006).

Το οινόπνευμα φαίνεται, ότι έχει συντροφέψει τον άνθρωπο, από τους προϊστορικούς χρόνους μέχρι σήμερα, σε ολόκληρη την ιστορία του πάνω στη γη. Χρησιμοποιήθηκε σαν θεραπευτική ουσία για την παροχή ενέργειας, ως ευφραντικό, ορεξιογόνο, διεγερτικό, καταπραϊντικό, ηρεμιστικό, παυσίπονο, αναισθητικό, ναρκωτικό, παραισθησιογόνο, διευκολυντικό της κοινωνικής και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, της εκδήλωσης του θάρρους, του θράσους, της τόλμης και της γενναιότητας, τροφή της φαντασίας, της έμπνευσης και της ευφορίας. Είναι επίσης γνωστό ότι ενεργοποιεί και ενισχύει σε υπερβολικό βαθμό την αυτοπεποίθηση του ατόμου, με αποτέλεσμα την υπερεκτίμηση των φυσικών, των πνευματικών του και των σεξουαλικών του δυνατοτήτων (Schuckit, Tomlinson et al., 2006). Μολαταύτα, τόσο η χρήση όσο και ιδιαίτερα η κατάχρησή του, συνακολουθούνται από δυσάρεστες επιπτώσεις. Έτσι, το οινόπνευμα συμβάλλει ουσιαστικά στη μεγάλη αύξηση των τεσσάρων από τις δέκα κύριες αιτίες θανάτου στη σύγχρονη κοινωνία, δηλαδή την κίρρωση του ήπατος, τα τροχαία και άλλα ατυχήματα, τις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες. Εξάλλου, δεν είναι αμέτοχο στη γένεση ορισμένων καρκίνων, καθώς και την πρόκληση και την επιδείνωση διαταραχών και νόσων του κυκλοφορικού, του γαστρεντερικού, του νευρικού και του γεννητικού συστήματος. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το οινόπνευμα αποτελεί μια πολυδύναμη θεραπευτική ουσία, η οποία δεν προσφέρει απλά θερμίδες (7 kcal/gram), αλλά κατά κύριο λόγο επενεργεί σαν δραστική φαρμακευτική ουσία, με επιδράσεις, τόσο στο σωματικό όσο και στο πνευματικό – ψυχικό, διανοητικό επίπεδο (Kessleretal, 1997).

Οι επιδράσεις του οινοπνεύματος στην ψυχική, πνευματική και διανοητική σφαίρα αποτελούν συνέπεια τη φυσικής επίδρασής του στο νευρικό σύστημα, και συγκεκριμένα στο φλοιό του εγκεφάλου. Ο ακριβής μηχανισμός αυτής της επίδρασης δεν είναι γνωστός, από τα αποτελέσματα όμως συμπεραίνεται ότι, σε γενικές γραμμές, το οινόπνευμα περιορίζει και καταργεί τις αναστολές, όσον αφορά τη συμπεριφορά του ατόμου, με αποτέλεσμα οι εκδηλώσεις γενικά να καθίστανται περισσότερο αυθόρμητες και δηλωτικές των πραγματικών προθέσεων και των μύχιων επιδιώξεων του ατόμου. Οι επιδράσεις αυτές είναι και οι

σημαντικότερες, αφού εύκολα μπορεί κανένας να καταλάβει τις ασύλληπτες προεκτάσεις και επιπτώσεις τους στην προσωπική ζωή του καθενός μας, καθώς και στις διαπροσωπικές μας σχέσεις. «Οίνος κάτοπτρον νοός» έλεγαν οι αρχαίοι μας πρόγονοι. Αφού λοιπόν η επίδραση του οινοπνεύματος είναι τόσο σημαντική στη ζωή μας, αξίζει τον κόπο να ρίξουμε μια ματιά στη φυσιολογία της πρόσληψης και του μεταβολισμού αυτής της ουσίας (Nesvagetal, 2015).

Ο βαθμός της επίδρασης του οινοπνεύματος στο νευρικό μας σύστημα εξαρτάται από τη συγκέντρωσή του στα υγρά του σώματος και όχι από το ολικό ποσό που έχει προσληφθεί από το στόμα. Η ποσότητα οινοπνεύματος που μπορεί να βλάψει τον ανθρώπινο οργανισμό διαφέρει από άτομο σε άτομο, ανάλογα με τη φυσική αντοχή του καθενός και την ύπαρξη διαφόρων επιβαρυντικών παραγόντων. Το όριο της εβδομαδιαίας επιτρεπόμενης κατανάλωσης κυμαίνεται στα δεκατέσσερα (14) ποτά για τις γυναίκες και στα εικοσιένα (21) για τους άντρες. Ο κίνδυνος για τις γυναίκες είναι μεγαλύτερος γιατί ο γυναικείος οργανισμός περιέχει σημαντικά λιγότερη ποσότητα νερού από τον αντρικό (Τουντας., 2000).

## **1.2 Η επίδραση του αλκοόλ**

Το οινοπνευμα (αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη) αν και αποτελεί το παλαιότερο και πιο διαδεδομένο νόμιμο ναρκωτικό, σε μεγάλες ποσότητες αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου, που σχετίζεται με πολλές παθολογικές καταστάσεις σωματικές και ψυχολογικές (Τουντας, 2000).

Σύμφωνα με την Οργάνωση «Be Strong», το αλκοόλ (αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη) είναι φάρμακο και μάλιστα ισχυρά εξαρτησιογόνο ιδίως όταν καταναλώνεται για μεγάλη χρονική διάρκεια. Απορροφάται ταχέως από το στομάχι και διανέμεται γρήγορα σ' όλα τα υγρά του σώματος. Το 90-95% διασπάται από τα ένζυμα του ήπατος, ενώ το υπόλοιπο αποβάλλεται από τους πνεύμονες, τα ούρα και τον ιδρώτα.

Το αλκοόλ είναι μία ουσία που δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα σαν κατασταλτικό και αναισθητικό. Δημιουργεί συναίσθημα ευεξίας και μια αίσθηση ψεύτικης απελευθέρωσης από αναστολές και ταμπού. Η αιθυλική αλκοόλη έχει την ιδιότητα να διαπερνά εύκολα τις κυτταρικές μεμβράνες και γι' αυτό μετά την κατανάλωση οινοπνευματωδών διαχέεται σε όλους τους ιστούς. Επομένως το οινοπνευμα επιδρά

σχεδόν σε όλα τα όργανα του ανθρώπου. Μετά την απορρόφηση το οινόπνευμα μεταβολίζεται στο ήπαρ ή αποβάλλεται από τους πνεύμονες, με τα ούρα ή με τον ιδρώτα. Η βλαπτική επίδρασή του μπορεί να είναι οξεία (σε σχέση με τη βραχυπρόθεσμη κατανάλωση) ή χρόνια (σε σχέση με τη μακροχρόνια κατανάλωση). Πρέπει να τονιστεί ότι το οινόπνευμα μπορεί να επιδεινώσει άλλα ιατρικά προβλήματα ή να δημιουργήσει προβλήματα εξαιτίας της αλληλεπίδρασής του με διάφορα φάρμακα.

Το αλκοόλ απορροφάται από το γαστρεντερικό σύστημα και η απορρόφησή του εξαρτάται από:

- 1) την ποσότητα που καταναλώθηκε
- 2) την περιεκτικότητά του σε οινόπνευμα
- 3) τον τρόπο κατανάλωσης και
- 4) την παρουσία τροφών στο στομάχι και το χρόνο πέψης.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία (1983), τα προβλήματα που συνδέονται με την κατανάλωση του αλκοόλ συγκαταλέγονται παγκοσμίως μεταξύ των σατανικότερων προβλημάτων δημόσιας υγείας, που παρουσιάζουν σημαντικούς κινδύνους για την υγεία, ευημερία και τη ζωή του ανθρώπου. Η κατανάλωση του αλκοόλ επηρεάζει τον ανθρώπινο οργανισμό καταλυτικά σε πάρα πολλά οργανικά σημεία, όμως υπάρχουν κάποια βασικά, όπως το συκώτι, που επηρεάζονται περισσότερο και σε συντομότερο χρονικό διάστημα από τα υπόλοιπα. Οι τρεις βασικότερες αιτίες θανάτου που σχετίζονται με τα οινόπνευματώδη ποτά είναι τα κακοήθη νεοπλασμάτα τα εγκεφαλικά επεισόδια και η κίρρωση του ήπατος.

Από τα νοσήματα που σχετίζονται με την υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ πιο συχνά εμφανίζονται η αλκοολική γαστρίτιδα, το πεπτικό έλκος και η κίρρωση του ήπατος. Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στην αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων των κακοήθων νεοπλασιών και των ψυχιατρικών διαταραχών.



### **1.3. Τι είναι ο αλκοολισμός**

#### **1.3.1 Ιστορική αναδρομή**

Σύμφωνα με την Οργάνωση «Be Strong», ο όρος, αναφέρεται για πρώτη φορά από έναν Ολλανδό γιατρό στα τέλη της δεκαετίας του 1840, ενώ αναλύθηκε σε νόσο το 1972 από το γιατρό John Coakley Lettson. Αλκοολισμός σημαίνει δηλητηρίαση από αλκοόλ και παρουσιάζεται σε δύο μορφές, την οξεία και χρόνια μέθη.

Στην οξεία μέθη, ανάλογα με την ποσότητα του οινοπνεύματος που έχει καταναλωθεί και την κατάσταση του ατόμου (βαθμό πληρώσεως στομάχου, ιδιοσυγκρασία και φύλο.) υπάρχουν διαταραχές συνειδήσεως, αναστολή φραγμών, μειωμένη αντίληψη έως κώμα και θάνατος.

Κατά την Οργάνωση «Be Strong», στη χρόνια μέθη έχουμε καθημερινή χρήση μεγάλης ποσότητας αιθανόλης.

Τα άτομα αυτά, ανίκανα να αντισταθούν στην αυξημένη επιθυμία τους, οδηγούνται σιγά-σιγά σε αδυναμία να λειτουργήσουν εάν δεν πιουν (συμπτώματα στέρησης), πράγμα καταστροφικό τόσο για τους ίδιους όσο και για τον περίγυρο. Πρόκειται για ένα ευρύτατα διαδεδομένο πρόβλημα το οποίο εντοπίζεται πολύ συχνά και σε παγκόσμια κλίμακα. Αξίζει να σημειωθεί πως περίπου το 10-13% των ανθρώπων θα παρουσιάσουν κατά την διάρκεια της ζωής τους πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ. Στο χρόνια αλκοολισμό, παρουσιάζονται διαταραχές ποικίλου βαθμού του νευρικού συστήματος (τρεμούλιασμα, πολυνευρίτιδα, διανοητική σύγχυση, παραισθήσεις, τρομώδες παραλήρημα) του ήπατος, (αλκοολική κίρρωση, δηλαδή καταστροφή του ιστού του οργάνου) του κυκλοφορικού συστήματος (αρτηριοσκλήρωση). Επιπλέον τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό παρουσιάζουν συνήθως διαταραχές της συμπεριφοράς, χαρακτηριζόμενες από αστάθεια της ψυχικής διαθέσεως, περιορισμό της ικανότητας κρίσεως και της βουλήσεως, ηθική κατάπτωση.

#### **1.3.2 Ο ορισμός του αλκοολισμού**

Με τον όρο «αλκοολισμός» νοείται η χρόνια εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ, κατά την οποία χάνεται ο έλεγχος του πότε ή πόσο πίνει και το άτομο συνεχίζει να πίνει παρόλο που γνωρίζει πως η συμπεριφορά του δημιουργεί προβλήματα στις σχέσεις του, στην υγεία του, στη δουλειά του και γενικότερα σε όλη του την ζωή. Είναι πιθανό βέβαια, κάποιος να κάνει απλώς κακή χρήση του αλκοόλ και αυτό να του δημιουργεί προβλήματα στη ζωή

του, αλλά να μην παρουσιάζει σημάδια εξάρτησης, οπότε δεν έχει ανεκτικότητα στο αλκοόλ και στερητικά συμπτώματα όταν δεν πίνει, όπως ο αλκοολικός. Αυτή η περίπτωση ονομάζεται κατάχρηση αλκοόλ. Η κατάχρηση αλκοόλ είναι το προηγούμενο στάδιο της εξάρτησης από αυτό (Μέλλον, 2001).

Ο αλκοολισμός είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, τις οποίες οι θεράποντες οφείλουν να λάβουν υπόψη, στην προσπάθεια αντιμετώπισής του. Σχετικά με την εκδήλωση του προβλήματος έχουν γίνει σημαντικές μελέτες: Μελετώντας οικογένειες, διδύμους και υιοθετημένα παιδιά έχει παρατηρηθεί ότι γενετικοί παράγοντες συντελούν κατά 40 έως 70% στην ανάπτυξη αλκοολικών συμπεριφορών. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι η κατάχρηση αλκοόλ αλλάζει τις εκφράσεις των γονιδίων στους εγκεφαλικούς ιστούς τόσο των ζώων που χρησιμοποιήθηκαν στις εργαστηριακές δοκιμές, όσο και των ανθρώπων. Επιπλέον, ο αλκοολισμός είναι ενδεχομένως πολυγονιδιακή νόσος, δεν παρουσιάζει κληρονομικότητα μεντελιακού τύπου και εκδηλώνεται με ποικίλους κλινικούς φαινοτύπους. Το αλκοολικό άτομο υπόκειται δηλητηριάσεις από το αλκοόλ οι οποίες λαμβάνουν δύο μορφές, την οξεία και την χρόνια μέθη. Στην περίπτωση οξείας μέθης, ανάλογα με την ποσότητα του οινοπνεύματος που έχει καταναλωθεί και την κατάσταση του ατόμου (βάρος, προσωπικότητα και φύλο) παρατηρείται διαταραχή ή και απώλεια συνείδησης, αναστολή φραγμών, μειωμένη αντιληπτική ικανότητα, ακόμα και κωματώδεις καταστάσεις ή και θάνατος (Μπαλογιάννης, 2015).

### **1.3.3 Αποτελέσματα χρόνιου αλκοολισμού**

Σε περιπτώσεις χρόνιου αλκοολισμού, παρουσιάζονται ποικίλες διαταραχές του νευρικού συστήματος (τρεμούλιασμα, πολυνευρίτιδα, διανοητική σύγχυση, παραισθήσεις, τρομώδες παραλήρημα), του ήπατος (αλκοολική κίρρωση), του κυκλοφορικού συστήματος (αρτηριοσκλήρωση). Επιπλέον τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό παρουσιάζουν συνήθως διαταραχές της συμπεριφοράς οι οποίες συνήθως εκδηλώνονται μέσω αστάθειας της ψυχικής διάθεσης, περιορισμό της ικανότητας κρίσεως και της βούλησης και ηθική κατάπτωση. Ο αλκοολισμός δηλαδή δεν σημαίνει μόνο υπερβολική χρήση οινοπνεύματος, αλλά εξάρτηση από το οινόπνευμα και οργανικές – ψυχολογικές βλάβες από την προαναφερθείσα υπερβολική χρήση (Μέλλον, 2001).

### 1.3.4 Χρόνια μέθη

Χρόνια μέθη σημαίνει καθημερινή, αδιάλειπτη χρήση μεγάλης ποσότητας οινοπνεύματος. Τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε κατάσταση χρόνια μέθης δεν είναι ικανά να αντισταθούν στην ακόρεστη επιθυμία τους για αλκοόλ και σταδιακά οδηγούνται σε πλήρη αδυναμία να λειτουργήσουν γενικότερα στην ζωή τους εάν δεν πιουν (στέρηση), γεγονός καταστροφικό τόσο για τους ίδιους όσο και για το περιβάλλον τους (Jaffe, 1995, Παναγής 1998).

### 1.4 Ο ορισμός της κατάχρησης

Όταν αναφερόμαστε στον όρο κατάχρηση, ουσιαστικά κάνουμε λόγο για τη συνεχή και επίμονη χρήση μιας ουσίας, η οποία γίνεται χωρίς ιατρική σύσταση και αυτοχορηγείται. Η χρήση της δεν συνάδει με τους κοινωνικούς κανόνες και τα πρότυπα του πολιτισμικού πλαισίου εντός του οποίου πραγματοποιείται. Η χρησιμοποίηση του όρου υποδηλώνει έναν δυσπροσαρμοστικό τρόπο χρήσης της ουσίας, χωρίς ωστόσο να υπονοείται ότι οδηγεί απαραίτητα στην εξάρτηση. Η εξάρτηση προκαλείται μετά από την επανειλημμένη χρήση μιας ουσίας και αφορά το σύνδρομο κατά το οποίο η χρήση της ουσίας λαμβάνει πρώτη προτεραιότητα στη ζωή του ατόμου, σε σχέση με άλλες του ανάγκες. Τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης είναι διαφορετικά, ανάλογα με την ουσία που καταναλώνεται (Jaffe 1995, Παναγής 1998).

Ως σύνδρομο, συνδέεται συχνά με την ανάπτυξη αντοχής και σωματικής εξάρτησης. Η αντοχή παρουσιάζεται όταν, ύστερα από επανειλημμένη χορήγηση συγκεκριμένης δόσης μιας ουσίας, το αποτέλεσμα που προκαλείται είναι μικρότερο. Έτσι, προκειμένου να επιτευχθεί το αποτέλεσμα που παρουσιάστηκε κατά τη λήψη της πρώτης δόσης, είναι απαραίτητο να ληφθούν διαρκώς αυξανόμενες δόσεις. Η φυσική εξάρτηση γίνεται κατανοητή ως «μια τροποποιημένη οργανική κατάσταση, νεύρο προσαρμογή, η οποία δημιουργείται από την επαναλαμβανόμενη χορήγηση της ουσίας και η οποία απαιτεί την εξακολούθηση της χορήγησης για να αποφευχθεί η εμφάνιση χαρακτηριστικού για την κάθε ουσία συνδρόμου στέρησης». Από την άλλη, ο εθισμός από ψυχοτρόπες ουσίες ορίζεται από τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύνδεσμο ως «μια χρόνια, υποτροπιάζουσα διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από διαρκή ενασχόληση για την εύρεση της εξαρτησιογόνου ουσίας, σφοδρή

επιθυμία και καταναγκασμό για τη λήψη της και αδυναμία περιορισμού ή διακοπής της χρήσης, η οποία δεν έχει καμία ιατρική αναγκαιότητα παρά μόνο αρνητικές συνέπειες για το άτομο» Ως όρος συνήθως χρησιμοποιείται προκειμένου να προσδώσει έναν τόνο δριμύτητας στην εξάρτηση (Παναγής & Καστελλάκης, 2001).

## **Ανακεφαλαίωση**

Τόσο η χρήση του οινοπνεύματος, όσο και η κατάχρησή του συνακολουθούνται από δυσάρεστες επιπτώσεις. Το αλκοόλ φαίνεται ότι έχει συντροφέψει τον άνθρωπο, από τους προϊστορικούς χρόνους μέχρι σήμερα, σε ολόκληρη την ιστορία του πάνω στη γη. Έχει συμβάλλει στην αύξηση τεσσάρων αιτιών θανάτου στη σύγχρονη κοινωνία, δηλαδή την κίρρωση του ήπατος, τα τροχαία και άλλα ατυχήματα, τις αυτοκτονίες και τέλος τις ανθρωποκτονίες. Ο βαθμός της επίδρασης του οινοπνεύματος στο νευρικό μας σύστημα εξαρτάται από τη συγκέντρωσή του στα υγρά του σώματος και όχι από το ολικό ποσό που έχει προσληφθεί από το στόμα. Οι επιδράσεις του οινοπνεύματος στην ψυχική, πνευματική και διανοητική σφαίρα αποτελούν συνέπεια τη φυσικής επίδρασής του στο νευρικό σύστημα, και συγκεκριμένα στο φλοιό του εγκεφάλου.

Το αλκοόλ είναι φάρμακο και μάλιστα ισχυρά εξαρτησιογόνο ιδίως όταν καταναλώνεται για μεγάλη χρονική διάρκεια. Το σώμα έχει τη δυνατότητα να απορροφήσει μέσω του στομάχου ταχύτητα την αλκοόλη και να τη διανείμει σε όλα τα υγρά του σώματος. Το 90-95% διασπάται από τα ένζυμα του ήπατος, ενώ το υπόλοιπο αποβάλλεται από τους πνεύμονες, τα ούρα και τον ιδρώτα.

Αλκοολισμός, σημαίνει δηλητηρίαση από αλκοόλ και παρουσιάζεται σε δύο μορφές, την οξεία και χρόνια μέθη. Ο όρος αλκοολισμός, αναφέρεται για πρώτη φορά από έναν Ολλανδό γιατρό στα τέλη της δεκαετίας του 1840, ενώ αναλύθηκε σε νόσο το 1972 από το γιατρό John Coakley Lettson. Με τον όρο «αλκοολισμός» νοείται η χρόνια εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ, κατά την οποία χάνεται ο έλεγχος του πότε ή πόσο πίνει και το άτομο συνεχίζει να πίνει παρόλο που γνωρίζει πως η συμπεριφορά του δημιουργεί προβλήματα στις σχέσεις του, στην υγεία του, στη δουλειά του και γενικότερα σε όλη του την ζωή.

Σε περιπτώσεις χρόνιου αλκοολισμού, παρουσιάζονται ποικίλες διαταραχές του νευρικού συστήματος (τρεμούλιασμα, πολυνευρίτιδα, διανοητική σύγχυση, παραισθήσεις, τρομώδεις

παραλήρημα), του ήπατος (αλκοολική κίρρωση), του κυκλοφορικού συστήματος (αρτηριοσκλήρωση). Χρόνια μέθη σημαίνει καθημερινή, αδιάλειπτη χρήση μεγάλης ποσότητας οινοπνεύματος.

Όταν αναφερόμαστε στον όρο κατάχρηση, ουσιαστικά κάνουμε λόγο για τη συνεχή και επίμονη χρήση μιας ουσίας, η οποία γίνεται χωρίς ιατρική σύσταση και αυτοχορηγείται. Η χρήση της δεν συνάδει με τους κοινωνικούς κανόνες και τα πρότυπα του πολιτισμικού πλαισίου εντός του οποίου πραγματοποιείται.

# Κεφάλαιο 2ο Επιδημιολογία του αλκοολισμού και Εθνικό Σχέδιο Δράσης

## Εισαγωγή

Στον παρόν κεφάλαιο θα εξετάσουμε τα επιδημιολογικά στοιχεία του αλκοολισμού σε όλες τις ηλικιακές βαθμίδες. Θα ξεκινήσουμε από τους μαθητές και θα καταλήξουμε στους ενήλικες. Θα προσπαθήσουμε να δούμε μέσα από πίνακες και έρευνες, τα τελευταία 35 χρόνια, ποια είναι η επιδημιολογική πορεία, όσο αφορά το πρόβλημα του αλκοολισμού. Θα καταγράψουμε στοιχεία από τη χώρα μας, αλλά και από τον υπόλοιπο κόσμο και θα προσπαθήσουμε να συγκρίνουμε τις συνθήκες του τότε και του σήμερα, τους λόγους αύξησης ή μη του αλκοολισμού, τις αιτίες και τα αποτελέσματά του, μέσα από το κεφάλαιο της επιδημιολογίας (Jaffe, 1995).

### 2.1 Τι είναι το ESPAD

Σύμφωνα με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα ESPAD υλοποιείται από το 1993, ανά τέσσερα χρόνια, σε μαθητές ηλικίας 16 ετών. Στην έρευνα του 2011, τα αποτελέσματα της οποίας έχουν δοθεί στη δημοσιότητα, συμμετείχαν 39 ευρωπαϊκές χώρες. Στη χώρα μας η Πανελλήνια έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό του 1984 επαναλήφθηκε από την Ψυχιατρική Κλινική το 1993 και από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) το 1998. Από το 1999 έως σήμερα επαναλαμβάνεται σταθερά από το ΕΠΨΥ, ανά τετραετία στο πλαίσιο της Πανευρωπαϊκής ESPAD.

### 2.2 Τα επιδημιολογικά στοιχεία του αλκοολισμού στους μαθητές

Κατά το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, οι μαθητές είναι η μικρή κοινωνία που προετοιμάζεται για τον κύκλο της μεγάλης και πολλές φορές – με πολλές κακές συνήθειες- μ κοινωνίας. Είναι το ζωτικό όργανο κάθε λαού, είναι το μέλλον και το αύριο κάθε χώρας. Οι μαθητές, είναι αποδέκτες του οικογενειακού, κοινωνικού, μορφωτικού, οικονομικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος που ζουν και αναπτύσσονται. Ως εκ τούτου επηρεάζονται και «εφαρμόζουν» ή μιμούνται όσα βλέπουν και όσα βιώνουν. Σε μια καταναλωτική κοινωνία, με πρότυπα αρκετές φορές λαθεμένα, και καταστροφικά για την υγεία τους, τα παιδιά, αναπτύσσουν συνήθειες, που αν δεν προληφθούν εξ αρχής, έχουν

δυσάρεστα αποτελέσματα. Τα παρακάτω στοιχεία που παρατίθενται είναι από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Ο στόχος της έρευνας είναι η μελέτη της επικράτησης και των χαρακτηριστικών της χρήσης νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Ταυτότητα έρευνας: Το 2011 η έρευνα ESPAD υλοποιήθηκε από το ΕΠΠΨΥ σε συνεργασία και με την υποστήριξη του ΟΚΑΝΑ και των Κέντρων Πρόληψης ΟΚΑΝΑ/ Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Περιέλαβε 676 σχολικές μονάδες και συνολικά 37.000 μαθητές και μαθήτριες ηλικίας 13-19 ετών. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρήση ανώνυμου, αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου που χορηγήθηκε μέσα στην τάξη, χωρίς την παρουσία εκπαιδευτικού. Η συμμετοχή των σχολείων και των μαθητών στην έρευνα ήταν προαιρετική. Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αντιπροσωπευτικά για το σύνολο της χώρας, τις περιφέρειες και τους νομούς.

#### Σύνολο μαθητών 13-19 ετών

- Έξι στους 10 (61%) ήπιαν μέσα στον τελευταίο μήνα
- Ένας στους 10 (11%) ήπιε με συχνότητα πάνω από 2 φορές την εβδομάδα
- Ένας στους 3 (34%) έχει μεθύσει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του
- Το 13% έχουν μεθύσει πάνω από 2 φορές στη ζωή τους
- Το κρασί, η μπύρα, τα ισχυρά ποτά, και τα αλκοολούχα αναψυκτικά είναι τα ποτά με την ευρύτερη κατανάλωση
- Πίνουν περισσότεροι μαθητές σε Θεσσαλονίκη και άλλα αστικά και ημιαστικά κέντρα σε σύγκριση με την Αθήνα

Αλκοόλ σε σχέση με την ηλικία :

- Κατανάλωση αλκοόλ και μέθη αυξάνονται πολύ με την ηλικία : πάνω από δυο φορές την εβδομάδα πίνει σχεδόν ένας στους 5 εφήβους 17-18 ετών (18%), ένας στους 4 ηλικίας 19 ετών (26,8%) και έχει μεθύσει πάνω από δύο φορές ένας στους 4 μαθητές 17-18 ετών (22,7%) και ένας στους 3 μαθητές 19 ετών (32,8%).

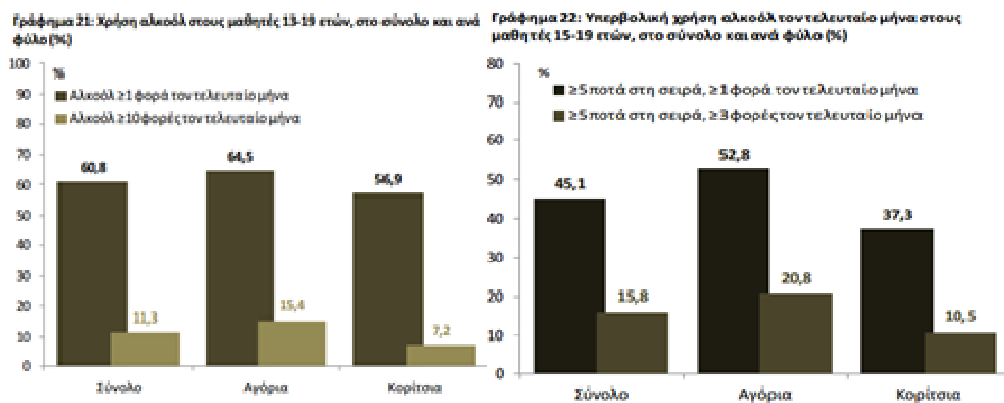
Διαχρονικά 1984-2011 (μαθητές 15-19 ετών)

- Τάση μείωσης της ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλ, εντονότερη στην Αθήνα.
- Αυξητική τάση στη τετραετία 2007-2011 σε Θεσσαλονίκη και άλλα αστικά και ημιαστικά κέντρα.
- Διαφανόμενη αύξηση κατανάλωσης στα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια μέσα στα 4 τελευταία χρόνια.
- Αυξητική τάση στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.



Στατιστικοί πίνακες: (οι παρακάτω πίνακες έχουν παραχθεί από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο στο πλαίσιο υλοποίησης της Πράξης «ΝΕΟ ΣΧΟΛΕΙΟ (Σχολείο 21ου αιώνα) – Νέο πρόγραμμα σπουδών, στους Άξονες Προτεραιότητας 1,2,3, -Οριζόντια Πράξη», με κωδικό MIS 295450 και ειδικότερα στο πλαίσιο του Υποέργου 1: «Εκπόνηση Προγραμμάτων Σπουδών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και οδηγών για τον εκπαιδευτικό «Εργαλεία Διδακτικών Προσεγγίσεων». Επιστημονικό Πεδίο: Σχολική και Κοινωνική Ζωή/ Διδακτικό Μαθησιακό Αντικείμενο/επίπεδο εκπαίδευσης: Σχολική και Κοινωνική Ζωή/ Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση).

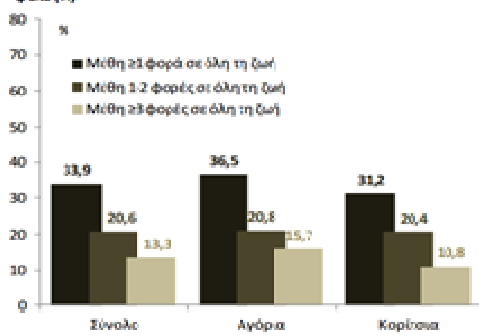
#### 4.2.2. Γράφημάτα - Οινόπνευματώδη



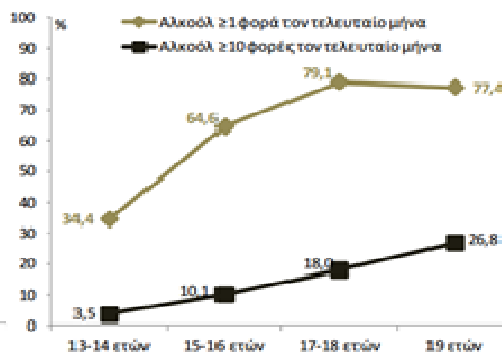
(

Πηγή: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2015)

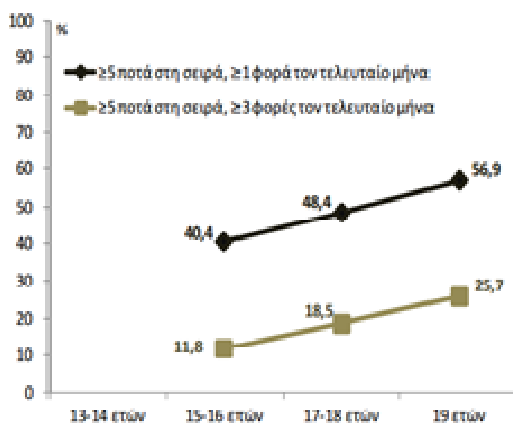
Γράφημα 23: Μίθι, σε σύνολο των μαθητών 13-19 ετών και ανά φύλο (%)



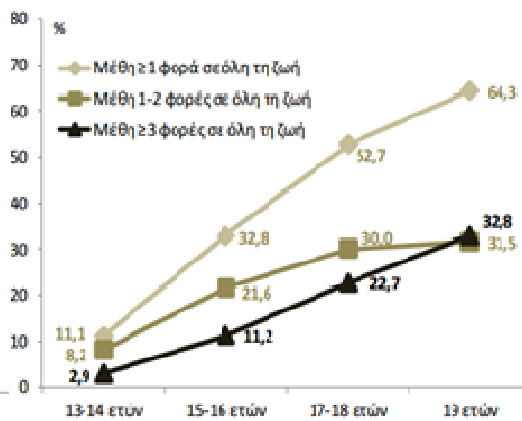
Γράφημα 24: Χρήση αλκοόλ, ανά ηλικιακή ομάδα (%)



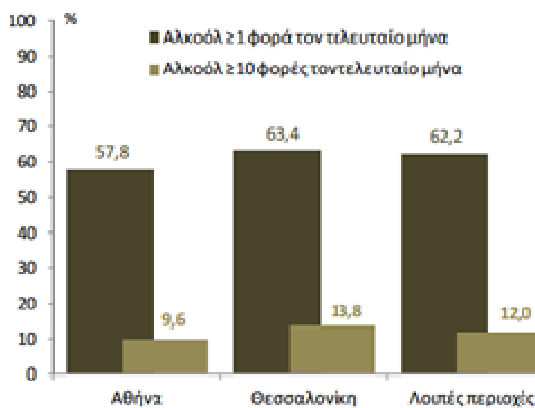
Γράφημα 25: Υπερβολική χρήση αλκοόλ του τελευταίου μήνα, ανά ηλικιακή ομάδα (%)



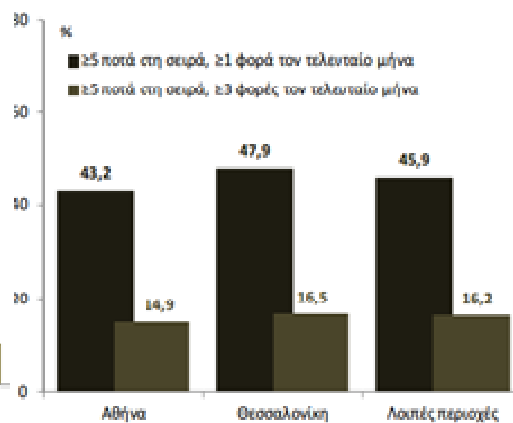
Γράφημα 26: Μίθι, ανά ηλικιακή ομάδα (%)



Γράφημα 27: Χρήση αλκοόλ στους μαθητές 13-19 ετών, ανά γεωγραφικό στρώμα (%)

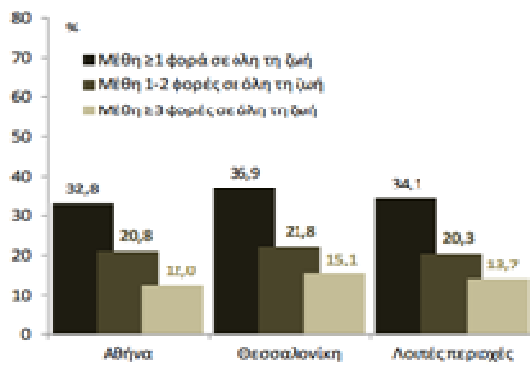


Γράφημα 28: Υπερβολική χρήση αλκοόλ τον τελευταίο μήνα στους μαθητές 13-19 ετών, ανά γεωγραφικό στρώμα (%)

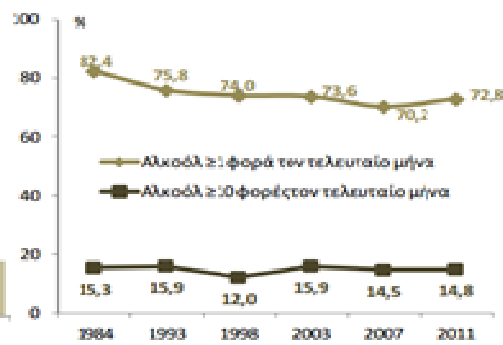


Πηγή: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2015)

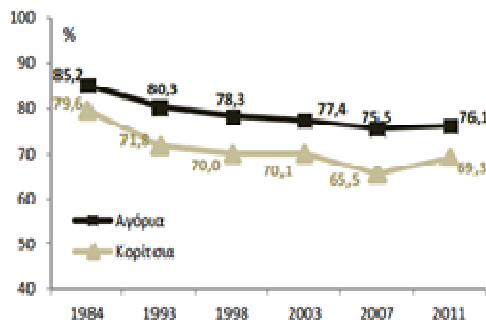
Γράφημα 29: Μίθην στους μαθητές 13-19 ετών, ανά γεωγραφικό στρώμα (%)



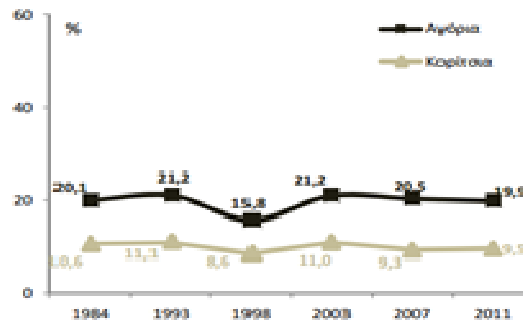
Γράφημα 30: Διαχρονικές μεταβολές στη χρήση αλκοόλ στους μαθητές 15-19 ετών (%)



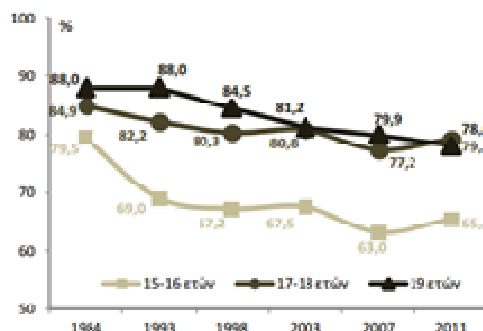
Γράφημα 31: Διαχρονικές μεταβολές στη χρήση αλκοόλ  $\geq 1$  φορά τον τελευταίο μήνα στους μαθητές 15-19 ετών, ανά φύλο (%)



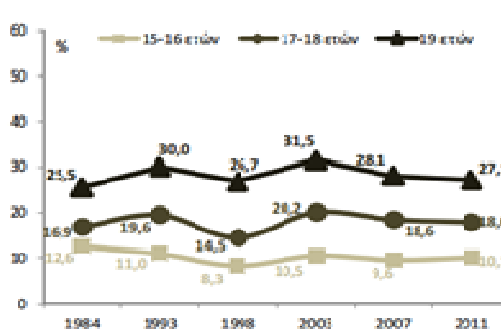
Γράφημα 32: Διαχρονικές μεταβολές στη χρήση αλκοόλ  $\geq 10$  φορές τον τελευταίο μήνα στους μαθητές 15-19 ετών, ανά φύλο (%)



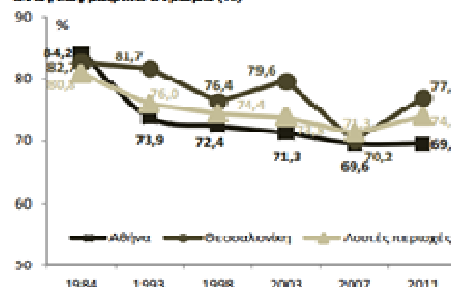
Γράφημα 33: Διαχρονικές μεταβολές στη χρήση αλκοόλ  $\geq 1$  φορά τον τελευταίο μήνα, ανά ηλικιακή ομάδα (%)



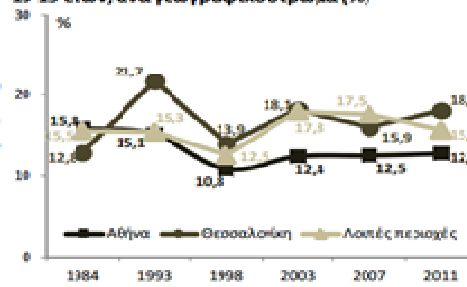
Γράφημα 34: Διαχρονικές μεταβολές στη χρήση αλκοόλ  $\geq 10$  φορές τον τελευταίο μήνα, ανά ηλικιακή ομάδα (%)



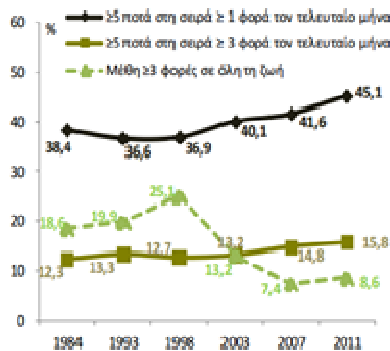
Γράφημα 35: Διαχρονικές μεταβολές στη χρήση αλκοόλ  $\geq 1$  φορά τον τελευταίο μήνα στους μαθητές 15-19 ετών, ανά γεωγραφικό στρώμα (%)



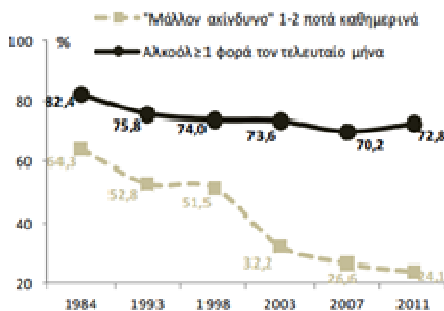
Γράφημα 36: Διαχρονικές μεταβολές στη χρήση αλκοόλ  $\geq 10$  φορές τον τελευταίο μήνα στους μαθητές 15-19 ετών, ανά γεωγραφικό στρώμα (%)



Γράφημα 37: Διαχρονικές μεταβολές στην υπερβολική χρήση αλκοόλ (15-19 ετών) και στη μέθη (13-19 ετών) (%)



Γράφημα 38: Διαχρονικές μεταβολές στις αντιλήψεις περί απουσίας κινδύνου από την καθημερινή κατανάλωση 1-2 ποτών και στο ποσοστό της χρήσης αλκοόλ ≥ 1 φορά τον τελευταίο μήνα στους μαθητές 15-19 ετών (%)



Πηγή: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2015)

### 2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία 36 χωρών για μαθητές

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση για το έτος 2011 για την χρήση ουσιών από μαθητές σε 36 ευρωπαϊκές χώρες, χαρακτηριστικά αναφέρει πως σε όλες τις χώρες του ESPAD, με εξαίρεση την Ισλανδία, τουλάχιστον 70% των μαθητών έχουν καταναλώσει αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, ο δε μέσος όρος προσεγγίζει το 87% στην έρευνα του 2011. Οι μέσοι όροι κατανάλωσης κατά τους τελευταίους 12 μήνες και τις τελευταίες 30 ημέρες ανέρχονται σε 79% και 57% αντιστοίχως. Σε ό,τι αφορά στα τρία χρονικά πλαίσια, οι μειώσεις που σημειώθηκαν το 2011 σε σύγκριση με την περίοδο 2003-2007 ήταν μικρές. Προφανώς, οι παραπάνω μέσοι όροι προκύπτουν από εθνικά στοιχεία που διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Για παράδειγμα, άνω του 75% των μαθητών στην Τσεχική Δημοκρατία και στη Δανία δήλωσαν ότι κατανάλωσαν αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες, έναντι μόλις 17% στην Ισλανδία και 32% στην Αλβανία. Παρότι δεν διαπιστώνεται σαφής γεωγραφική τάση, τα σχετικά χαμηλότερα ποσοστά κατανάλωσης καταγράφονται ως επί το πλείστον στις σκανδιναβικές και στις βαλκανικές χώρες. Ο εθνικός μέσος όρος για την επικράτηση σε όλη τη ζωή, τους τελευταίους 12 μήνες και τις τελευταίες 30 ημέρες είναι περίπου ο ίδιος για αγόρια και κορίτσια.

Ωστόσο, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Κομμινσιόν αναφορικά με την δημόσια υγεία, όταν καταγράφονται διαφορές, τα αγόρια συνήθως υπερτερούν. Για παράδειγμα: τα αγόρια

που κατανάλωσαν αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες είναι πολύ περισσότερα από τα κορίτσια σε 15 χώρες, ενώ τα κορίτσια υπερτερούν σε τρεις μόλις χώρες (Ισλανδία, Λετονία, Σουηδία). Επιπλέον, τα αγόρια είναι συνήθως εκείνα που καταναλώνουν συχνότερα αλκοόλ σε κάθε χρονικό πλαίσιο. Μεταξύ των μαθητών που ανέφεραν την ποσότητα των διαφόρων ποτών που κατανάλωσαν την τελευταία ημέρα κατανάλωσης αλκοόλ διαπιστώθηκαν διαφορές στην εκτιμώμενη μέση κατανάλωση ανά φύλο, με τα αγόρια να καταναλώνουν 33% περισσότερο αλκοόλ από ό,τι τα κορίτσια (κατά μέσο όρο 5,8 έναντι 4,3 εκατοστόλιτρων από 100% αλκοόλ). Αν και η κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις ανά φύλο σε όλες σχεδόν τις χώρες, σε δύο (Ισλανδία και Σουηδία) αγόρια και κορίτσια καταναλώνουν, κατά μέσο όρο, την ίδια περίπου ποσότητα.

Στη μεγάλη πλειονότητα των χωρών, τα αγόρια καταναλώνουν κυρίως μπίρα, ενώ σε λίγο περισσότερες από τις μισές χώρες, τα κορίτσια καταναλώνουν κυρίως ποτά υψηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ (δυνατά οινοπνευματώδη). Κατά μέσο όρο, οι δύο αυτοί τύποι ποτών μαζί αντιστοιχούν στο 70% περίπου της συνολικής κατανάλωσης των μαθητών. Οι αποκλίσεις που διαπιστώνονται μεταξύ των χωρών είναι πολύ μεγάλες. Την τελευταία ημέρα κατανάλωσης αλκοόλ, οι μαθητές στη Δανία κατανάλωσαν, κατά μέσο όρο, τριπλάσια ποσότητα από ό,τι οι μαθητές στην Αλβανία, στη Μολδαβία, στο Μαυροβούνιο και στη Ρουμανία. Μεγάλες ποσότητες αλκοόλ καταναλώνουν κυρίως οι μαθητές στις σκανδιναβικές χώρες και στις Βρετανικές Νήσους, ενώ οι χώρες της νοτιοανατολικής Ευρώπης καταγράφουν συχνά χαμηλότερες ποσότητες κατανάλωσης. Ενώ, στη μέση ποσότητα που καταναλώθηκε την τελευταία ημέρα κατανάλωσης το 2011 παρέμεινε σχεδόν στα επίπεδα του 2007. Σε εθνικό επίπεδο, όμως, το μέγεθος αυτό σημείωσε το 2011 σημαντική αύξηση σε δέκα χώρες, ενώ μειώθηκε σε μόλις τέσσερις. Σε επίπεδο χώρας, δεν διαπιστώνεται (στατιστική) συσχέτιση μεταξύ του αριθμού μαθητών που κατανάλωσαν αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες και της ποσότητας που καταναλώθηκε την τελευταία ημέρα κατανάλωσης αλκοόλ. Η διαπίστωση αυτή υποδεικνύει ότι τόσο η υψηλή όσο και η χαμηλή μέση ποσότητα κατανάλωσης είναι ανεξάρτητη της συχνότητας κατανάλωσης αλκοόλ σε μια χώρα. Σε επίπεδο χώρας πάλι παρατηρείται υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στη δηλωθείσα κατανάλωση αλκοόλ κατά την τελευταία ημέρα κατανάλωσης αλκοόλ και στην αντίληψη για τον βαθμό μέθης την ίδια ημέρα (Γρηγοράκος & Μάρκου, 2002).

Επομένως, στις χώρες όπου οι μαθητές δήλωσαν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, δήλωσαν και υψηλότερα επίπεδα μέθης. Άλλος ένας τρόπος μέτρησης των ποσοστών μέθης

ήταν να ερωτηθούν οι μαθητές πόσο συχνά είχαν καταναλώσει πέντε ή περισσότερα ποτά ανά περίπτωση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες (Γρηγοράκος & Μάρκου, 2002).

#### **2.4. Δείκτης binge drinking**

Σύμφωνα με τους Wechsler, Dowdall, Davenport και Rimm (1995), ο δείκτης της «υψηλής ανά περίπτωση κατανάλωσης αλκοόλ» (binge drinking) στα κορίτσια έχει υποστεί μια από τις πιο θεαματικές αλλαγές στα χρονικά των ερευνών του ESPAD, με το μέσο όρο σε συγκεντρωτικό επίπεδο να έχει αυξηθεί από 29 % το 1995 σε 41 % το 2007. Στην έρευνα του 2011, το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε 38 %, ενώ στα αγόρια κατέγραψε ελαφρά μείωση το 2011 (43 %) σε σύγκριση με το 2007 (45 %), προσεγγίζοντας το ποσοστό του 1995 (41 %).

Κατά τους Wechsler και Kuo (2003), η μέση διαφορά μεταξύ των δύο φύλων έχει συρρικνωθεί από τις 12 ποσοστιαίες μονάδες το 1995 στις 5 το 2011, αλλά ακόμη και στην τελευταία έρευνα πολύ περισσότερα αγόρια από ό,τι κορίτσια αναφέρουν υψηλή ανά περίπτωση κατανάλωση αλκοόλ σε 22 χώρες του ESPAD. Σε μία, ωστόσο, χώρα (Σουηδία) το αντίστοιχο ποσοστό ήταν σημαντικά υψηλότερο στα κορίτσια. Τρεις ακόμη σκανδιναβικές χώρες (Φινλανδία, Ισλανδία και Νορβηγία) ανήκουν στην ομάδα των 10 χωρών του ESPAD οι οποίες κατέγραψαν το 2011 παρόμοια ποσοστά τόσο για τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια. Οι υπόλοιπες χώρες αυτής της ομάδας είναι δύο εκ των Βρετανικών Νήσων, η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο (περιορισμένη συγκρισιμότητα), οι συνορεύουσες χώρες Γαλλία και Μονακό και μερικές ακόμη χώρες ανά την Ευρώπη Βέλγιο (Φλάνδρα), Εσθονία και Ρωσική Ομοσπονδία (Μόσχα).

Επίσης, ο Wechsler και Kuo (2003), έχουν αναφέρει πως στα δύο άκρα της κλίμακας της υψηλής ανά περίπτωση κατανάλωσης αλκοόλ βρίσκονται δύο σκανδιναβικές χώρες. Στην Ισλανδία, το ποσοστό μαθητών που ανέφεραν το 2011 υψηλή ανά περίπτωση κατανάλωση κατά τις 30 τελευταίες ημέρες ανέρχεται σε 13 %, ενώ, στη Δανία είναι υπέρ τετραπλάσιο (56 %). Πάντως, από τον χάρτη δεν προκύπτει σαφής γεωγραφική τάση. Στο διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ των δύο τελευταίων ερευνών, τα ποσοστά υψηλής ανά περίπτωση κατανάλωσης αλκοόλ αυξήθηκαν σημαντικά σε τέσσερις χώρες (Κύπρος, Ελλάδα, Ουγγαρία και Σερβία), καταγράφοντας όμως παράλληλα αξιοσημείωτη πτώση σε εννέα χώρες με συγκρίσιμα δεδομένα, περιλαμβανομένων τεσσάρων σκανδιναβικών χωρών, ήτοι των Νήσων Φερόε, της Ισλανδίας, της Νορβηγίας και της Σουηδίας.

Η μεγαλύτερη άνοδος, περίπου 10 ποσοστιαίες μονάδες, σημειώθηκε στην Κύπρο και στην Ουγγαρία, ενώ η μεγαλύτερη πτώση, εννέα (9) ποσοστιαίες μονάδες, καταγράφηκε στις Νήσους Φερόε και στην Ισλανδία. Κατά μέσο όρο, σχεδόν έξι στους δέκα μαθητές είχαν καταναλώσει τουλάχιστον ένα ποτήρι αλκοόλ σε ηλικία δεκατρία (13) ετών ή μικρότερη, ενώ ποσοστό 12% ανέφεραν ότι είχαν ήδη μεθύσει σε αυτήν την ηλικία. Η απάντηση αυτή δόθηκε, κατά μέσο όρο, συχνότερα από αγόρια παρά από κορίτσια, η δε σχετική τάση είναι παρόμοια σε όλες σχεδόν τις χώρες. Ορισμένοι μαθητές ανέφεραν προβλήματα κατά τους τελευταίους δώδεκα (12) μήνες τα οποία σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Τα συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα ήταν «κακές επιδόσεις στο σχολείο ή στην εργασία» (13%) και σοβαρά προβλήματα με φίλους ή με τους γονείς (12% το καθένα). Στις χώρες, όπου πολλοί μαθητές ανέφεραν προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ περιλαμβάνονται η Βουλγαρία, η Τσεχική Δημοκρατία, η Λετονία και η Σλοβακία. Κατά μέσο όρο, τα περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ είναι συνηθέστερα μεταξύ των αγοριών. Αυτό είναι ιδιαίτερα έκδηλο στις κατηγορίες «σωματικοί διαπληκτισμοί» και «προβλήματα με την αστυνομία». Ωστόσο, σε μερικές κατηγορίες προβλημάτων, όπως «κακές επιδόσεις στο σχολείο ή στην εργασία» και σοβαρά προβλήματα με φίλους ή με τους γονείς, οι μέσοι όροι είναι περίπου οι ίδιοι για αμφότερα τα φύλα (Wechsler & Kuo, 2003)

	Κόστος της τελευταίας 30 ημέρας	Κατανάλωση αλκοόλ της τελευταίας 30 ημέρας	Υπόλοιπο πρόσφατο κατανάλωμα αλκοόλ της τελευταίας 30 ημέρας <sup>4</sup>	Προστικότητα σε αλκοόλ (100% ή πιο πλάσμο ημόρο κατανάλωσης αλκοόλ από τους υφιστάμενους)	Χρήση ενοπίθης σε όλο το ζευγί <sup>5</sup>	Χρήση άλλων προϊόντων ναρκωτικών εντός της ενοπίθης σε όλο το ζευγί <sup>6</sup>	Με συστηματικοποιημένη χρήση ημερησίων ή υπημερών σε όλο το ζευγί	Χρήση εκτεθειμένων ποτών σε όλο το ζευγί <sup>6</sup>
Αλβανία	13	32	21	3,0	4	6	8	3
Βέλγιο (Φλάνδρα)	26	69	38	4,7	24	9	8	7
Βοσνία-Ερζεγοβίνη (RS)	15	47	31	3,6	4	2	4	5
Βουλγαρία	39	64	48	4,0	24	10	3	4
Κροατία	41	66	54	6,6	18	5	5	28
Κύπρος	23	70	44	4,5	7	7	11	8
Τσεκική Δημοκρατία	42	79	54	5,6	42	8	10	8
Δανία <sup>8</sup>	24	76	56	9,7	18	5	4	4
Εσθονία	29	59	53	6,0	24	8	8	15
Νήσοι Φερόε	31	44	33	6,2	5	3	2	6
Φινλανδία	34	48	35	7,5	11	3	7	10
Γαλλία	38	67	44	-	39	10	11	12
Γερμανία (5 ομόσπονδα κράτη)	33	73	-	5,6	19	8	2	10
Ελλάδα	21	72	45	4,2	8	5	9	14
Ουγγαρία	37	61	45	5,2	19	8	9	10
Ισλανδία	10	17	13	4,8	10	4	8	3
Ιρλανδία	21	50	40 <sup>4</sup>	6,7	18	6	3	9
Ιταλία	36	63	35	4,1	21	6	10	3
Λατβία	43	65	49	5,0	24	9	4	23
Λιχτενστάιν	32	66	-	5,1	21	8	2	10
Λιθουανία	37	63	-	4,3	20	6	13	7
Μάλτα	22	68	56	4,7	10	6	3	14
Δημοκρατία της Μολδαβίας	15	-	37	2,7	5	4	2	2
Μονακό	38	69	39	-	37	11	14	15
Μουρβουίνιο	12	38	27	3,3	5	5	5	6
Νορβηγία	14	35	30	7,1	5	2	4	5
Πολωνία	28	57	37	5,3	23	7	15	8
Πορτογαλία	29	52	22	5,0	16	8	7	6
Ρουμανία	29	49	36	3,1	7	5	3	7
Ρωσική Ομοσπονδία (Μόσχα)	31	37	24	3,8	15	5	2	9
Σερβία	20	52	36	4,2	7	3	7	5
Σλοβακική Δημοκρατία	39	60	50	5,3	27	7	4	10
Σλοβενία	32	65	53	5,4	23	6	5	20
Σουηδία	21	38	31	7,0	9	4	8	11
Ουκρανία	29	54	30	4,2	11	4	2	3
Μέσος όρος	28	57	39	5,1	17	6	6	9
Ηνωμένο Βασίλειο	23	65	52	6,7	25	9	3	10

<sup>4</sup> Κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών σε μία περίπτωση. «Ποτό» θεωρείται ένα ποτήρι/μία φιάλη/ένα κουτάκι μπίρας (περ. 50 cl), ένα ποτήρι/μία φιάλη/ένα κουτάκι μπύρα (περ. 50 cl), 2 ποτήρια/φιάλες αλκοολούχου αναψυκτικού (περ. 50 cl), ένα ποτήρι κρασιού (περ. 15 cl), ένα ποτήρι δυνατού αναψυκτικού ποτού (περ. 5 cl ή καφέτι).

<sup>5</sup> Περιλαμβάνονται οι αμφοταμίνες, η κακαΐνη, το κρακ, η έκσταση, το LSD ή άλλα παρασυσταγόνα, η ηρωίνη και το ΟΗΒ (γυδροξυβουτυρικό οξύ).

<sup>6</sup> Γραφείο Ερευνών.

<sup>8</sup> Ελλείψει συγκεντρωμένων δεδομένων για το 2007, γίνεται σύγκριση με τα δεδομένα του 2003. Επισημαίνονται διαφορές άνω των τριών ποσοστών μονάδων.

■ Μείωση    ■ Καμία αλλαγή    ■ Αύξηση    □ Δεν είναι εφικτή η σύγκριση

Πίνακας ESPSD 2011, επιλεγμένες βασικές μεταβλητές ανά χώρα. Τα χρώματα υποδεικνύουν σημαντικές αλλαγές σε σχέση με τη φάση συλλογής δεδομένων του 2007.



## 2.5 Στοιχεία επιδημιολογίας στη Η.Π.Α.

Στις ΗΠΑ, οι εκτιμήσεις αναφέρουν ότι περισσότεροι από 300.000 αλκοολικοί είναι ηλικίας 13-18 ετών και οι μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι στις αγροτικές περιοχές πίνουν τόσο συχνά, όσο και οι έφηβοι των αστικών περιοχών. Από μελέτες έχει βρεθεί πως τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη, 87% των αποφοίτων λυκείου έχουν κάνει χρήση αλκοόλ κάποια στιγμή στη ζωή τους, 67% έχουν μεθύσει και 51% έχουν μεθύσει κατά τη διάρκεια του μήνα πριν από την έρευνα, ενώ σε άλλη μελέτη φάνηκε ότι 50% των τελειόφοιτων έχουν οδηγήσει αυτοκίνητο μετά από χρήση αλκοόλ ή έχουσε επιβιβασθεί σε όχημα που οδηγούσε μεθυσμένος οδηγός. Στις ευρωπαϊκές χώρες, η κατανάλωση αλκοόλ είναι αρκετά συχνή από τους εφήβους, με την Ελλάδα να κατέχει την τρίτη θέση μετά τη Δανία και τη Βρετανία. Τις καταστροφικές συνέπειες της άκριτης χρήσης του αλκοόλ δείχνει το γεγονός ότι στην Ευρώπη, ένας στους τέσσερις θανάτους μεταξύ των ηλικιών 15-29 συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με το οινόπνευμα. Από στοιχεία ερευνών στην Ελλάδα προκύπτει ότι οι έφηβοι καταναλώνουν για πρώτη φορά αλκοόλ στην ηλικία των 12 ετών, ενώ ο μέσος όρος της ηλικίας που αρχίζουν οι νέοι να συμμετέχουν στην επικίνδυνη αυτή συνήθεια, διαμορφώνεται στα 16,2 χρόνια (Dervaux, Bayle, Laqueille et al., 2006).

Σε έρευνα του ΕΚΤΕΠΝ (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης - Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία), 97,6% των μαθητών δήλωσαν κατανάλωση αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους και 32% είκοσι (20) ή περισσότερες φορές το δωδεκάμηνο. Τα αγόρια αρχίζουν νωρίτερα τη σχέση τους με το αλκοόλ (15,1 ε-τών) σε σύγκριση με τα κορίτσια (17,3 ετών).

Ένας στους τρεις νέους ηλικίας δεκαέξι (16) – δεκαοχτώ (18) ετών ισχυρίζεται ότι πίνει αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, το 17% ότι πίνει τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα και το 20% ότι καταναλώνει πάνω από πέντε (5) ποτήρια στο ίδιο χρονικό διάστημα. Από έρευνα της ΠΟΥ στη διάρκεια 2001-2002, σε δείγμα 1.324 νέων ηλικίας δεκαπέντε (15) χρόνων, διαπιστώθηκε πως 23,4% των αγοριών και 16,9% των κοριτσιών είχαν κάνει χρήση δύο (2) ή περισσότερες φορές τον τελευταίο μήνα πριν την έρευνα (Garnick, Horgan, Chalk et al., 1997).

Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τις ΗΠΑ, η γεωγραφική προέλευση των μαθητών που καταναλώνουν αλκοόλ επικεντρώνεται στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές και μειώνεται

στα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στη Θεσσαλονίκη (στοιχεία από έρευνα του ΕΠΨΥ το 1998, σε πανελλήνιο επίπεδο, με 8.500 μαθητές ηλικίας δεκατρία (13)-δεκαοχτώ (18) ετών.

## 2.6 Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης για το περιορισμό των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ στην υγεία (2008-2012), οι χώρες που θα αναλάβουν πιο έντονη δράση στην καταπολέμηση της βλαπτικής χρήσης του αλκοόλ θα ανταμειφθούν με σημαντικά κέρδη όπως είναι η καλύτερη υγεία και ευημερία του πληθυσμού τους, βελτιωμένοι τομείς εργασίας και παραγωγικότητας, μεγαλύτερη εξοικονόμηση πόρων στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση, ευρύτερη ισονομία στην υγεία και την οικονομία, καθώς και ισχυρότερη κοινωνική συνοχή και ένταξη. Η επίδραση της βλαπτικής χρήσης του αλκοόλ στην υγεία και την ευημερία. Το οινόπνευμα είναι μια από τις τρεις κορυφαίες προτεραιότητες στον τομέα της δημόσιας υγείας. Τα διαθέσιμα στοιχεία για την τεκμηρίωση αυτού του επιχειρήματος είναι ευρύτατα, ποικίλα και πειστικά. Παρόλο που μόνο ο μισός πληθυσμός της γης καταναλώνει αλκοόλ, το αλκοόλ αποτελεί την τρίτη συχνότερη αιτία ασθένειας και πρόωρων θανάτων παγκοσμίως, μετά το ελλιπές βάρος κατά τη γέννηση και το σεξ χωρίς προστασία (για το οποίο το αλκοόλ αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας), ενώ βλάπτει περισσότερο από τον καπνό.

Το αλκοόλ επιδρά και στις μεταδιδόμενες και στις μη μεταδιδόμενες ασθένειες. Ένα ανανεωμένο ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης για το αλκοόλ αποκτά ακόμα ζωτικότερη σημασία με δεδομένο ότι η Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) παραμένει η περιοχή της υψηλότερης με τα υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ με τις επακόλουθες βλαπτικές συνέπειες (Mueller, Degen, Petitjean, Wiesbeck, Walter et al., 2009). Στην Περιφέρεια, 40% των πρόωρων θανάτων που οφείλονταν σε κακή υγεία οφείλονται σε τρεις παράγοντες επικινδυνότητας που θα μπορούσαν να αποφευχθούν: το κάπνισμα, το ποτό και τα τροχαία ατυχήματα (τα οποία συχνά οφείλονται στο οινόπνευμα). Η θνησιμότητα λόγω καρδιοαγγειακών επεισοδίων και τραυματισμών που οφείλονται στη κατανάλωση οινοπνεύματος αποτελεί αιτία ανισοτήτων στον τομέα της υγείας ανάμεσα στα Κράτη- Μέλη (Mueller, Degen, Petitjean et al., Gender).

Το περισσότερο αλκοόλ καταναλώνεται σε περιστάσεις βαριάς χρήσης, γεγονός που αυξάνει όλους τους κινδύνους που συνδέονται με το ποτό. Ειδικότερα, η βαριά κατανάλωση

ευθύνεται για όλους τους εκούσιους και ακούσιους τραυματισμούς, τα ισχαιμικά επεισόδια και τους ξαφνικούς θανάτους. Το αλκοόλ βλάπτει και εκείνους που δεν πίνουν, είτε ως βία στο δρόμο, σαν οικογενειακή βία στο σπίτι, ή απλά, ως κατασπατάληση κρατικών πόρων σε κόστη περίθαλψης, κυρίως, αλλά και επιβολής της τάξης σε εγκληματικές συμπεριφορές. Μέχρι τρία άτομα στα δέκα συνυπάρχουν με κάποιον που καταναλώνει μεγάλες ποσότητες οινοπνεύματος. Αν συμπεριλάβουμε στο κοινωνικό κόστος του αλκοόλ τις βλαπτικές συνέπειες της κατάχρησης κάποιου άλλου, τότε αυτό αναμένεται να διπλασιαστεί. Έτσι, οι εξωτερικές επιπτώσεις και τα κόστη από τη [βλαπτική χρήση] του αλκοόλ είναι σαφώς μεγαλύτερα από αυτά του καπνίσματος (ως περιβάλλον καπνιστών) και πολύ μεγαλύτερα από αυτά της χρήσης παράνομων ουσιών (Grant, Hanson, Stinson et al., 2004).

Παίζει ρόλο το ποιος είσαι και το που μένεις: οι λιγότερο ευνοημένοι που ζουν σε περιοχές που μειονεκτούν κοινωνικά θα υποστούν περισσότερες βλαπτικές συνέπειες από εκείνους που προέρχονται από καλύτερα κοινωνικά στρώματα. Η ενίσχυση των κονδυλίων για την κοινωνική ασφάλιση θα μπορούσε να μετριάσει τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης και της ανεργίας στην αύξηση των θανάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ (Grant, Hanson, Stinson et al., 2004).

Η οικονομική αποδοτικότητα φθίνει καθώς το αλκοόλ οδηγεί σε μειωμένη παραγωγικότητα. Έχει υπάρξει η αντίληψη ότι οι άνθρωποι που καταναλώνουν ήπιες έως μέτριες ποσότητες οινοπνευματωδών έχουν μεγαλύτερα εισοδήματα από εκείνους που δεν πίνουν καθόλου. Ωστόσο, η πληρέστερη ανάλυση έδειξε ότι αυτό είναι μια επινόηση, μάλλον, και ότι δεν υφίσταται επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ που να επηρεάζει θετικά τις αποδοχές. Μάλλον συμπεραίνουμε ότι η κατανάλωση μικρής έως μέτριας ποσότητας οινοπνεύματος αντιπροσωπεύει μια σειρά χαρακτηριστικών προσωπικότητας που επηρεάζουν θετικά την ανθρώπινη παραγωγικότητα και ικανότητα εργασίας. Ο πραγματικός, απόλυτος, θανατηφόρος κίνδυνος λόγω οινοπνεύματος αυξάνει αναλόγως με την ποσότητα κατανάλωσης κατά τη διάρκεια του βίου. Για πολλές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων των καρκίνων που σχετίζονται με το οινόπνευμα, ο κίνδυνος είναι αυξημένος ακόμα και όταν γίνεται μικρή κατανάλωση. Μελέτες δείχνουν, ότι η πιθανότητα ισχαιμικού επεισοδίου (στεφανιαία νόσος, ισχαιμικό εγκεφαλικό και διαβήτη τύπου δευτέρου, σε μεσήλικες και γηραιότερους που πίνουν λίγο ή ήπια είναι μικρότερες απ' ό,τι σε εκείνους που δεν πίνουν καθόλου (Dawson DA., 2000). Το ίδιο ισχύει και για όσους πίνουν μόνο μύρα ή κρασί. Ωστόσο, καθίσταται όλο και πιο σαφές ότι κάτι τέτοιο προκύπτει από ένα συνδυασμό

παραγόντων, όπου η λιγοςτή ή μέτρια κατανάλωση αλκοόλ αντιπροσωπεύει καλύτερη υγεία και εργασιακή επάρκεια. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η πραγματική προστατευτική επίδραση είναι μικρότερη και καταγράφεται σε χαμηλότερες ποσότητες οινοπνεύματος απ' ό,τι πιστευόταν. Σε κάθε περίπτωση, δεν υπάρχει προστατευτική επίδραση για τους νεότερους, στους οποίους οποιαδήποτε ποσότητα αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο ισχαιμικού επεισοδίου. Όσο δε για τους μεγαλύτερους σε ηλικία, η μείωση της πιθανότητας θανάτου από ισχαιμικό επεισόδιο θα μπορούσε να επιτευχθεί μάλλον με φυσική δραστηριότητα και έναν υγιεινό τρόπο διατροφής, παρά με την κατανάλωση μικρών δόσεων αλκοόλ. Το οινόπνευμα μπορεί να καταρρακώσει την ατομική υγεία και το ανθρώπινο κεφάλαιο σε κάθε στάδιο ζωής, από την εμβρυακή μέχρι τη μεγάλη ηλικία. Σε απόλυτους όρους, κυρίως οι μεσήλικες (και ιδιαίτερα οι άνδρες) πεθαίνουν από το οινόπνευμα (Brady, 2007).

Αν ωστόσο, λάβουμε υπόψη μας όλο τον ανθρώπινο βίο, η έκθεση στο αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να βλάψει την ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου και συνδέεται με διανοητική υστέρηση που εκδηλώνεται αργότερα κατά την παιδική ηλικία. Ο εγκεφαλος των εφήβων είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στο οινόπνευμα, γι' αυτό και όσο περισσότερο καθυστερήσει κανείς την κατανάλωση, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες προβλημάτων και εξάρτησης από το αλκοόλ αργότερα στη ζωή (Bradyetal 1999, Schuckitt, 2006).

Το οινόπνευμα έχει τοξική επίδραση σε μια σειρά δομών και λειτουργιών του κεντρικού νευρικού συστήματος, οι οποίες όταν δράσουν σε συνδυασμό με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου, τις συμπεριφορές του περιβάλλοντος και τις κοινωνικο-πολιτιστικές προσδοκίες, μπορούν να αποτελέσουν γενεσιουργές αιτίες εκουσίων και ακουσίων τραυματισμών ατόμων εκτός του πότη, καθώς και τροχαίων θανάτων λόγω μέθης. Στο χώρο εργασίας, η βλαπτική χρήση του αλκοόλ και βαριά κατανάλωση αυξάνουν τα προβλήματα της αφηρημάδας, της χαμηλής παραγωγικότητας και της ανάρμοστης συμπεριφοράς, καθώς επίσης μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο διαταραχών και εξάρτησης από το αλκοόλ (Bradyetal 1999, Schuckitt 2006).

### Δημιουργώντας μια δυναμική για δράση

Η «Ευρωπαϊκή Επιχειρηματική Περιφέρεια», αναφέρει ότι αυτό που έχει σημασία σχετικά με το αλκοόλ είναι η ύπαρξη αποτελεσματικών μέτρων και πολιτικών που να μειώνουν τις βλάβες και να αυξάνουν τα οφέλη με άμεσα, σχεδόν, αποτελέσματα. Η Ευρώπη

βρίσκεται στην πρώτη γραμμή δράσης για την μείωση των βλαπτικών συνεπειών του οινοπνεύματος.

Η Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ υπήρξε η πρώτη περιφέρεια που επικύρωσε ένα σχέδιο δράσης κατά του αλκοόλ το 1992 και μετά ξανά το 2000. Το 2001, οργανώθηκε στην Στοκχόλμη, στη Σουηδία, μια υπουργική συνεδρίαση για το αλκοόλ και τους νέους και υιοθέτησε μια διακήρυξη για τους νέους και το αλκοόλ. Το 2005, κατά την πεντηκοστή-πέμπτη συνεδρία της Περιφερειακής Επιτροπής για την Ευρώπη του ΠΟΥ, το σχέδιο δράσης αντικαταστάθηκε από ένα βελτιωμένο πλαίσιο πολιτικών για το αλκοόλ, στο οποίο διατηρήθηκαν και ενισχύθηκαν οι βασικές αρχές και τα μέτρα του σχεδίου δράσης.

Το 2006, η Κομισιόν εγκαινίασε την Επικοινωνία μιας Στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υποστήριξη Κρατών-Μελών (Communication on an EU strategy to support Member States) στην ελάττωση των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ, με έμφαση στην προστασία των νέων, των παιδιών και των αγέννητων παιδιών

- στην μείωση τραυματισμών και θανάτων από τροχαία που οφείλονται στο αλκοόλ
- στην πρόληψη των βλαπτικών συνεπειών του οινοπνεύματος για τους ενήλικες και τη μείωση των αρνητικών συνεπειών στον εργασιακό χώρο
- στην ενημέρωση, εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του κοινού πάνω στις βλαπτικές και επικίνδυνες συνέπειες από την κατανάλωση οινοπνεύματος και τους αποδεκτούς τρόπους κατανάλωσής του και στην ανάπτυξη και διατήρηση μιας κοινής βάσης δεδομένων σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (Brady et al 1999, Schuckitt 2006).

Υιοθετώντας το ψήφισμα WHA63.13 το 2010, η εξηκοστή-τρίτη Σύνοδος Παγκόσμιας Υγείας (World Health Assembly) επικύρωσε την παγκόσμια στρατηγική για τη μείωση της βλαπτικής χρήσης του αλκοόλ παροτρύνοντας τα Κράτη-Μέλη να υιοθετήσουν και να υλοποιήσουν την παγκόσμια στρατηγική, όπου κρίνεται σκόπιμο. Ζήτησε από τον Γενικό Διευθυντή να προσδώσει αρκούντως υψηλή οργανωτική προτεραιότητα και να εξασφαλίσει επαρκείς οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους σε όλα τα επίπεδα για την πρόληψη και μείωση της βλαπτικής χρήσης του οινοπνεύματος και την υλοποίηση της παγκόσμιας στρατηγικής για τη συνεργασία και την παροχή υποστήριξης στα Κράτη-Μέλη, όπως κρίνεται σκόπιμο, υλοποιώντας την παγκόσμια στρατηγική για τη μείωση της βλαπτικής χρήσης του οινοπνεύματος και ενισχύοντας την εθνική ανταπόκριση στα προβλήματα της δημόσιας υγείας που οφείλονται στη βλαπτική χρήση του αλκοόλ και, για την

παρακολούθηση της προόδου στην υλοποίηση της παγκόσμιας στρατηγικής. Είναι λοιπόν, η στιγμή για να εκμεταλλευτούμε αυτή τη δυναμική και να ανανεώσουμε την περιφερειακή δράση με ένα νέο Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης για τη μείωση της βλαπτικής χρήσης του Αλκοόλ 2012-2020.

Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης συνδέεται στενά με τις παρεμβάσεις του σχεδίου δράσης για την υλοποίηση της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής στην πρόληψη και τον έλεγχο μη μεταδιδόμενων νόσων (2012-2016), αλλά είναι πιο λεπτομερές ως προς τους στόχους και τις δράσεις. Το Σχέδιο Δράσης επίσης συνδέεται στενά με τις νέες ευρωπαϊκές πολιτικές υγείας, Υγεία 2020 (Health 2020), όπου οι μη μεταδιδόμενες νόσοι και οι παράγοντες επικινδυνότητας που ελλοχεύουν σε αυτές είναι οι προτεραιότητες του ΠΟΥ κατά το 2012-2020. Ανταπόκριση με Πολιτικές στην Ευρώπη. Ενώ, η δραστηριότητα για τη μείωση της επιβλαβούς χρήσης του οινοπνεύματος σε επίπεδο κρατών μελών είναι εκτεταμένη στην Ευρώπη, εξακολουθεί να υπάρχει σημαντικό περιθώριο για βελτίωση.

#### Ανταπόκριση μέχρι σήμερα

Η Ευρωπαϊκή έκθεση προόδου για το οινόπνευμα και την υγεία, η οποία μπορεί να λειτουργήσει ως βάση για αυτό το σχέδιο δράσης, επισημαίνει ότι τέσσερις στις δέκα χώρες δεν είχαν γραπτή εθνική πολιτική για το αλκοόλ το 2009, και μόνο έξι από τις δέκα χώρες παράγουν τακτικά εκθέσεις παρακολούθησης, με μια διάχυτη ταξινόμηση μη-τυποποιημένων δεικτών, ωστόσο. Μεταξύ των 45κρατών μελών που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, είκοσι επτά (27) Κράτη-Μέλη έχουν υιοθετήσει μια εθνική πολιτική για το οινόπνευμα και τα 2 / 3 των Κρατών-Μελών το έχουν πράξει από το 2005, όταν υιοθετήθηκε το τελευταίο ψήφισμα του ΠΟΥ Ευρώπης για τα αλκοολούχα ποτά.

Ακόμα, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή έκθεση σχετικά με το αλκοόλ και την υγεία (2010), οι περισσότερες χώρες εφάρμοσαν δραστηριότητες ευαισθητοποίησης σε εθνικό επίπεδο, ενώ οι χώρες είχαν λάβει αποτελεσματική, γενικά, δράση εναντίον της οδήγησης σε κατάσταση μέθης, με μόνο έναν μικρό αριθμό χωρών να πρέπει να προχωρήσει στη μείωση των ανώτατων επιπέδων αλκοόλ στο αίμα κατά την οδήγηση, βάσει νόμου. Όταν ήρθε η ώρα για πιο αποδοτικές επιλογές πολιτικής, η εικόνα ήταν λιγότερο ενθαρρυντική, με σημαντικό αριθμό χωρών να μην επιβάλλουν περιορισμούς στη διαφήμιση αλκοολούχων ποτών, και με ανάγκη βελτίωσης του περιοριστικού τους πλαισίου. Σε γενικές γραμμές, οι φόροι

οινοπνεύματος αντιπροσώπευαν ένα μικρό ποσοστό της τιμής λιανικής πώλησης, καθώς και, σε σχέση με το δείκτη τιμών καταναλωτή, οι τιμές αλκοόλ ήταν στο ίδιο επίπεδο ή είχαν μειωθεί σε περισσότερες από τις μισές χώρες κατά τη διάρκεια των προηγούμενων πέντε ετών.

Εξετάζοντας το θέμα σφαιρικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι πολιτικές για το αλκοόλ ακόμα δεν αντικατοπτρίζουν τη σοβαρότητα των επιπτώσεων. Που εντοπίζονται στην υγεία, την κοινωνία και οικονομία, ενώ οι πολιτικές καταπολέμησης του αλκοόλ δεν ενσωματώνονται κατάλληλα στο πλαίσιο των κοινωνικών και αναπτυξιακών πολιτικών που αφορούν την υγεία. Οι υπάρχουσες πολιτικές δεν επαρκούν για την παροχή και διασφάλιση της πολιτικής συνοχής και της από κοινού δράσης μεταξύ των διαφόρων κρατικών υπηρεσιών και τομέων σε όλα τα επίπεδα δικαιοδοσίας.

### Πολιτικές για το μέλλον

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι υπάρχει μια ραγδαία επίσπευση όλων των χωρών, μεμονωμένα και συλλογικά, να αναλάβουν πιο αποτελεσματική δράση για τη μείωση της επιβλαβούς χρήσης του οινοπνεύματος, ωθούμενες από την παγκόσμια στρατηγική του ΠΟΥ που δρομολογήθηκε το 2010. Οι χώρες που είναι πιο ενεργές στην εφαρμογή τεκμηριωμένων και οικονομικά αποδοτικών πολιτικών και προγραμμάτων κατά της βλαπτικής χρήσης του οινοπνεύματος θα καρπωθούν τα σημαντικά οφέλη στην υγεία και την ευημερία, την παραγωγικότητα και την κοινωνική ανάπτυξη.

Δεδομένου ότι, πολλά ζητήματα πολιτικής στον τομέα του οινοπνεύματος διασχίζουν εύκολα τα ευρωπαϊκά σύνορα, η συγκροτημένη δράση από όλες τις χώρες θα προσδώσει προστιθέμενη αξία. Επιπλέον, σύμφωνα με Σχέδιο δράσης 2012-2020 για την υγεία, τα διεθνή πλαίσια οφείλουν να διευκολύνουν και όχι να παρεμποδίζουν τις επιμέρους χώρες που προχωρούν σε τολμηρές και καινοτόμες προσεγγίσεις στη μείωση της επιβλαβούς χρήσης του οινοπνεύματος, βασισμένων σε τεκμήρια. Υποστηρίζοντας τις ανάγκες των 53 κρατών μελών, η εισήγηση του ΠΟΥ για τη δημόσια υγεία προτείνει ένα ευρύ φάσμα επιλογών δράσης των Κρατών-Μελών για τη μείωση της επιβλαβούς χρήσης του οινοπνεύματος. Οι αποτελεσματικές πολιτικές αντιμετώπισης του αλκοόλ κατά τα επόμενα χρόνια θα έχουν μια σειρά χαρακτηριστικών που θα αντικατοπτρίζουν τις αμφίδρομες διαδικασίες και αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε αποτελεσματικές πολιτικές για το αλκοόλ, την κοινωνική ανάπτυξη και το κοινωνικό κεφάλαιο.

Με άλλα λόγια, δεν είναι δυνατόν να έχουμε πραγματική κοινωνική ανάπτυξη που να οδηγεί στη βελτίωση της υγείας, των ανθρώπων και των κοινωνιών, χωρίς αποτελεσματικές πολιτικές για την καταπολέμηση της βλαπτικής χρήσης του οινοπνεύματος. Επίσης, δεν είναι δυνατή η μείωση των επιπτώσεων του οινοπνεύματος χωρίς την βελτίωση της υγείας, αλλά και του ανθρώπινου και κοινωνικού κεφαλαίου. Η επάρκεια στην υγεία και το ανθρώπινο και κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί προϋπόθεση για την κοινωνική προσαρμοστικότητα που θα απαιτηθεί στον περιορισμό των στρεσογόνων παραγόντων που αφορούν όλο τον πλανήτη και που θα επηρεάσουν στο μέλλον την υγεία της ευρωπαϊκής περιφέρειας ως συνέπεια, για παράδειγμα, της κλιματικής αλλαγής.

Μελλοντικές αποτελεσματικές πολιτικές για το αλκοόλ είναι αυτές που εξασφαλίζουν:

- την ένταξη των πολιτικών κατά του αλκοόλ στις ευρύτερες οικονομικές και προνοιακές πολιτικές, συμβάλλοντας στην αποτελεσματική ανάπτυξη της υγείας των κοινωνιών και της οικονομικής τους ευημερίας.
- τη συνοχή και σύμπραξη διαφόρων κρατικών υπηρεσιών και τομέων, προσδιορίζοντας και υλοποιώντας τα αναγκαία κίνητρα ωφελείας για μεμονωμένους φορείς αλλά και την κοινωνία στο σύνολό της.
- τη συνοχή και τη συμμετοχή δημόσιων και ιδιωτικών φορέων στον προσδιορισμό και την εφαρμογή των κινήτρων προς όφελος των συναφών δημόσιων και ιδιωτικών φορέων.
- την ενσωμάτωση των μέτρων και των πολιτικών για την καταπολέμηση του αλκοόλ σε όλες τις δράσεις που προωθούν την ευημερία και ένα υγιεινό τρόπο ζωής και περιορίζουν τη διάδοση μη μεταδοτικών και μεταδοτικών ασθενειών.
- την ευχέρεια και τη δυνατότητα για τους δήμους, τις τοπικές κοινότητες και την κοινωνία των πολιτών να εφαρμόσουν αποτελεσματικές πολιτικές για το οινόπνευμα και να υλοποιήσουν προγράμματα που να εναρμονίζονται με όλα τα κοινωνικά στρώματα.



- την παροχή κινήτρων, και όχι αντικινήτρων, για άτομα και οικογένειες να κάνουν πιο υγιεινές επιλογές όταν πρόκειται για τη χρήση του αλκοόλ.
- τη διερεύνηση της ζήτησης και την ανταπόκριση στο ρόλο που παίζει το αλκοόλ παράλληλα με άλλους παράγοντες στη ζωή των ανθρώπων.
- την αναγνώριση ότι όλοι έχουν ένα ρόλο να παίξουν στην αντιμετώπιση της βλαπτικής χρήσης του αλκοόλ], είτε είναι άτομα, είτε κοινότητες, τοπικοί οργανισμοί φροντίδας υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ), βιομηχανία αλκοόλ και η κυβέρνηση.

### Στόχοι

Με βάση τα προηγούμενα Ευρωπαϊκά σχέδια δράσης κατά του αλκοόλ, οι πέντε βασικοί στόχοι του παρόντος σχεδίου δράσης έχουν ευθυγραμμιστεί με εκείνους της Παγκόσμιας Στρατηγικής για:

- την ευαισθητοποίηση του κοινού για το μέγεθος και τη φύση των επιβαρύνσεων της υγείας, της κοινωνίας και της οικονομίας που οφείλονται στην επιβλαβή χρήση αλκοόλ, καθώς και την εξασφάλιση μεγαλύτερης δέσμευσης εκ μέρους των κυβερνήσεων να αναλάβουν δράση για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων
- την ενίσχυση και τη διάδοση των γνώσεων σχετικά με το μέγεθος και τους καθοριστικούς παράγοντες των βλαβερών συνεπειών του οινοπνεύματος και επίσης σχετικά με τις αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την μείωση και την πρόληψη τέτοιων βλαβών
- την αύξηση της τεχνικής υποστήριξης, καθώς και την ενίσχυση της ικανότητας των Κρατών-Μελών για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών του οινοπνεύματος, καθώς και τη διαχείριση διαταραχών που σχετίζονται με την βλαπτική χρήση οινοπνεύματος και τις συναφείς παθήσεις
- την ενίσχυση των συνεργασιών και τον καλύτερο συντονισμό μεταξύ των ενδιαφερομένων και την απελευθέρωση πόρων που απαιτούνται για τη συντονισμένη δράση στη μείωση της επιβλαβούς χρήσης του αλκοόλ

- τη βελτίωση των συστημάτων παρακολούθησης και επιτήρησης σε υπο-εθνικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, και την εξασφάλιση της αποτελεσματικότερης διάδοσης και χρήσης των πληροφοριών για την προώθηση των θέσεων και την ανάπτυξη πολιτικών και μεθόδων αξιολόγησης.

### Δράση και αποτελέσματα

Όλες οι ευρωπαϊκές χώρες, έχουν κάποια μορφή κανονιστικής ρύθμισης ή σχεδίου για την καταπολέμηση του αλκοόλ. Ωστόσο, η πληρότητα των εν λόγω κανονισμών ή σχεδίων ποικίλλει, όπως και η εμπειρία της κάθε χώρας, περιοχής ή δήμου κατά την εφαρμογή τους. Όσο πλήρες ή αυστηρό κι αν είναι ένα σχέδιο δράσης κατά του αλκοόλ, όλες οι χώρες μπορούν να επωφεληθούν από την αναθεώρηση, την προσαρμογή και την ενίσχυσή του. Σ' ένα εθνικό σχέδιο δράσης ή στρατηγική για την καταπολέμηση της βλαπτικής χρήσης του αλκοόλ είναι απαραίτητο να καθοριστούν προτεραιότητες και κατευθυντήριοι άξονες δράσης. Εθνικοί στόχοι για την υγεία μπορούν να θέσουν προτεραιότητες, να επιδράσουν δεσμευτικά στις νέες δράσεις και να οδηγήσουν στην εξεύρεση πόρων. Τέτοιοι στόχοι και προτεραιότητες οφείλουν να βασίζονται σε επιδημιολογικές ενδείξεις, ενώ η επιλογή των στρατηγικών και των παρεμβάσεων θα πρέπει να βασίζεται σε στοιχεία. Μέτρα για τον περιορισμό της προσφοράς (πολιτικές και μέτρα καταπολέμησης της οδήγησης σε κατάσταση μέθης, πολιτικές μάρκετινγκ του αλκοόλ, φόροι οινοπνεύματος, περιορισμοί στον αριθμό πρατηρίων πώλησης και των ημερών και ωρών πώλησης, καθορισμός της ελάχιστης ηλικίας για την αγορά οινοπνευματωδών), καθώς και τη μείωση της ζήτησης (έγκαιρη ανίχνευση και την ταχεία παρέμβαση στον τομέα της υγείας και στο χώρο εργασίας, προγράμματα θεραπείας και αποκατάστασης) είναι μερικά συγκεκριμένα παραδείγματα για το πώς μπορούν να περιοριστούν οι βλαβερές συνέπειες του οινοπνεύματος.

Τα δέκα σημεία δράσης που περιλαμβάνονται εδώ τηρούν τους τίτλους και ακολουθούν τη σειρά των σημείων δράσης που περιλαμβάνονται στην παγκόσμια στρατηγική του ΠΟΥ για τη μείωση της επιβλαβούς χρήσης του οινοπνεύματος. Συνιστούν ένα χαρτοφυλάκιο πολιτικών και μέτρων, των οποίων θα πρέπει να μελετηθεί η υλοποίηση και να προσαρμοσθούν σε εθνικό επίπεδο, λαμβάνοντας υπόψη εθνικές περιστάσεις, όπως θρησκευτικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά, αλλά και εθνικές προτεραιότητες στον τομέα της υγείας, μαζί με τους υπάρχοντες πόρους, ικανότητες και δυνατότητες.

*Οι κύριοι τομείς είναι οι εξής:*

- η ηγεσία, η ευαισθητοποίηση και η δέσμευση
- η ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας
- η δράσεις στη κοινότητα και στο χώρο εργασίας
- μέτρα κατά της οδήγησης σε κατάσταση μέθης και άλλα αντίμετρα
- η διαθεσιμότητα του αλκοόλ
- το μάρκετινγκ των αλκοολούχων ποτών
- οι πολιτικές τιμολόγησης
- η μείωση των αρνητικών συνεπειών της κατανάλωσης οινοπνεύματος και της δηλητηρίασης από οινόπνευμα (μέθης)
- η μείωση των επιπτώσεων της παράνομης χρήσης και ανεπίσημης παραγωγής του αλκοόλ
- η παρακολούθηση και η επιτήρηση

Κάθε σημείο δράσης ξεκινά με μια δήλωση-τίτλο, και περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα αποτελέσματα και τους κατάλληλους δείκτες. Μια σύντομη ενημερωτική παράγραφος ακολουθείται από την παρουσίαση των στρατηγικών. Τέλος, παρατίθεται μια σειρά επιλογών για δράση. Οι προτεινόμενες δράσεις και τα στοιχεία που τις τεκμηριώνουν βασίζονται σε δύο δημοσιεύσεις του ΠΟΥ το 2009. Κάθε Κράτος-Μέλος θα πρέπει να αναλογιστεί τη φύση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει σχετικά με το αλκοόλ και να καθορίσει ποιες από τις πιθανές διαθέσιμες δράσεις θα αποδειχθούν πιο εφαρμόσιμες και αποτελεσματικές κάτω από τις επιμέρους συνθήκες. Δεν υπάρχει ένα και μοναδικό μοντέλο που θα πρέπει να εφαρμόζεται απ' άκρη σ' άκρη στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια. Αυτό που κρίνεται σημαντικότερο είναι τα Κράτη-Μέλη να αναλάβουν την καταλληλότερη δράση για τη μείωση των βλαβών από το αλκοόλ στις χώρες τους.

## **2.7 Εθνικό Σχέδιο Δράσης**

### Πολιτικές πρόληψης

Οι βασικές πολιτικές πρόληψης που εφαρμόζονται στην Ελλάδα αφορούν σε τρεις τομείς:

- στον ποιοτικό έλεγχο της παραγωγής αλκοολούχων ποτών,
- στην απαγόρευση πώλησης αλκοολούχων σε νέους και
- στην απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ.

Σύμφωνα με την Οργάνωση «Be Strong», ο έλεγχος και αδειοδότηση της παραγωγής αλκοολούχων ποτών υλοποιείται με τη θέσπιση άδειας για την παραγωγή αλκοολούχων ποτών. Εντούτοις, ο προσανατολισμός του μέτρου σχετίζεται περισσότερο με τη διασφάλιση των φορολογικών εσόδων του κράτους και όχι με την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Η απαγόρευση της πώλησης ποτών σε νέους αφορά στην πώληση σε άτομα ηλικίας κάτω των 17 ετών. Παρ' όλα αυτά, η εφαρμογή του υφιστάμενου νόμου δεν επιτηρείται καθόλου, με αποτέλεσμα το μέτρο να είναι ουσιαστικά ανενεργό.

Σύμφωνα με τον Thomasetal (2003), η απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ, με ανώτατη επιτρεπτή συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα το 0,5%, είναι ένα μέτρο η τήρηση του οποίου κατά περιόδους εποπτεύεται ικανοποιητικά, ενώ σε άλλες περιόδους υστερεί. Παρ' όλα αυτά, η Ελλάδα έχει την υψηλότερη στη Δυτική Ευρώπη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα, γεγονός που υποδηλώνει ότι τη σημασία της αυστηρής εφαρμογής του μέτρου. Αντίθετα με τα παραπάνω, υπάρχει μια ολόκληρη σειρά τομέων και πολιτικών πρόληψης, στους οποίους η χώρα μας δεν έχει αναπτύξει καμία δραστηριότητα. Καταρχήν η Ελλάδα είναι μια από τις ελάχιστες χώρες της Ευρώπης στις οποίες δεν υπάρχει νομοθετικός προσδιορισμός της έννοιας «αλκοολούχο ποτό». Η έλλειψη αυτή δυσχεραίνει τη λήψη μέτρων και την εφαρμογή πολιτικών πρόληψης. Επίσης, είναι μια από τις λίγες ευρωπαϊκές χώρες η οποία δε διαθέτει πολιτικές σχετικά με:

- τη θέσπιση περιορισμών στα καταστήματα πώλησης και στο σερβίρισμα.
- τη θέσπιση περιορισμών στην κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας.
- την οργάνωση εθνικής καμπάνιας ενημέρωσης (με εξαίρεση τους κινδύνους στην οδήγηση).

Τα παραπάνω σηματοδοτούν τις κύριες ανεπάρκειες που παρατηρούνται στις πολιτικές πρόληψης που εφαρμόζονται στην Ελλάδα. Το 2010 η κατανάλωση του αλκοόλ σε παγκόσμιο επίπεδο ισοδυναμούσε με 6,2 λίτρα καθαρής αλκοόλης για κάθε άτομο ηλικίας

15 ετών και άνω (WHO 2014) και ειδικότερα για την Ευρώπη με 9,4 λίτρα καθαρής αλκοόλης (WHO 2013). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση δημιουργήθηκε το 2014 ένα νέο Σχέδιο Δράσης για το Αλκοόλ, που δίνει προτεραιότητα στον περιορισμό των βλαβών από τη χρήση στους νέους και στη βαριά επεισοδιακή χρήση. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο εγκέφαλος του ανθρώπου συνεχίζει να αναπτύσσεται μέχρι την ηλικία των εικοσιπέντε (25) ετών, θεωρούμε ότι τα παιδιά και οι νέοι είναι πιο ευάλωτοι στη χρήση αλκοόλ σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες. Επιπλέον, η βαριά, επεισοδιακή χρήση αλκοόλ έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις, όπως είναι ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ασθενειών που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ, και άμεσες επιπτώσεις, όπως είναι η εκδήλωση βίας και οι τραυματισμοί (Thomasetal, 2003).

#### Το Σχέδιο Δράσης επικεντρώνεται :

- ✚ στον περιορισμό της βαριάς επεισοδιακής χρήσης αλκοόλ,
- ✚ στην περιορισμένη προσβασιμότητα και διαθεσιμότητα αλκοολούχων ποτών στους νέους,
- ✚ στον περιορισμό της έκθεσης των νέων στο εμπόριο και τη διαφήμιση του αλκοόλ,
- ✚ στον περιορισμό των βλαβών από τη χρήση αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης,
- ✚ στην εξασφάλιση ενός υγιούς και ασφαλούς περιβάλλοντος για τους νέους και την ενίσχυση της παρακολούθησης του φαινομένου και της έρευνας (CNAPA, 2014).

#### Θεραπεία και απεξάρτηση

Κατά το Υπουργείο Υγείας, το δίκτυο των θεραπευτικών υπηρεσιών για αλκοολικούς είναι στην Ελλάδα αρκετά περιορισμένο. Ολοκληρωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις δεν υπάρχουν παρά μόνο στην Αθήνα. Σε περιφερειακό επίπεδο, οι προσπάθειες είναι μεμονωμένες και αποσπασματικές. Τα δημόσια νοσοκομεία που παρέχουν θεραπευτικές υπηρεσίες σε αλκοολικούς είναι:

- το Ψυχιατρικά Νοσοκομείο Αττικής,
- η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών,
- το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και

- τα Περιφερειακά Νοσοκομεία Πατρών, Ηρακλείου, Ιωαννίνων και Λάρισας.

Από τα παραπάνω, σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, κλειστή νοσηλεία παρέχουν κυρίως τα δύο πρώτα νοσοκομεία της Αθήνας, καθώς και η μονάδα του Π.Π.Ν. Ιωαννίνων. Ειδικότερα:

Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, λειτουργεί το Τμήμα Βραχείας Θεραπείας «18 ΑΝΩ» το οποίο είναι πρόγραμμα εσωτερικής νοσηλείας, που περιλαμβάνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (ναλτρεξόνης), συμμετοχή σε θεραπευτικές ομάδες και κοινωνική επανένταξη. Το πρόγραμμα έχει συνολική διάρκεια τέσσερις (4) μήνες. Επίσης, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, λειτουργεί το Τμήμα Ψυχιατρικής Απεξάρτησης Αλκοολικών «18 ΑΝΩ» το οποίο απευθύνεται σε άτομα ηλικίας μέχρι σαράντα (40) ετών, χωρίς σοβαρά προβλήματα υγείας, το οποίο διαρκεί έξι (6) – εννιά (9) μήνες. 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 λειτουργεί σε συνεργασία με τα μέλη των οικογενειών τους. Διαθέτει τμήμα ενημέρωσης, συμβουλευτικό σταθμό, δέκα (10) κλίνες νοσηλείας και η διάρκειά του δεν ξεπερνά τις σαράντα πέντε (45) μέρες.

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.

Στη Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ λειτουργεί Υπηρεσία Εξαρτήσεων, στο πλαίσιο της οποίας λειτουργεί για την αντιμετώπιση προβλημάτων με αλκοόλ, Εξωτερικό Ιατρείο, παρακολούθηση σε εσωτερική (με νοσηλεία) και εξωτερική βάση, Ψυχοθεραπευτική Ομάδα με ψυχοθεραπεία τύπου πρόληψης υποτροπής, Διασυνδεδετική Υπηρεσία με όλες τις Κλινικές του Νοσοκομείου, όπου νοσηλεύονται ασθενείς με αμέσως η εμμέσως απότοκα της χρήσης αλκοόλ προβλήματα. Επίσης, σε συνεργασία με τις Παθολογικές Κλινικές του Νοσοκομείου προσφέρεται η δυνατότητα σωματικής απεξάρτησης από το αλκοόλ και στη συνέχεια νοσηλεία στην Ψυχιατρική Κλινική, με στόχο την τοποθέτηση βάσεων της

ψυχικής απεξάρτησης που συνεχίζει σε δεύτερη φάση με εξωτερική παρακολούθηση (ατομικά, ομαδικά, οικογενειακά). Αντιμετωπίζονται, τέλος, περιστατικά με συννοσηρότητα αλκοολισμού και άλλων ψυχικών διαταραχών.

Επίσης, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο», αναφέρει ότι το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Πάτρας λειτουργεί από το 2003 –σε συνεργασία με το κέντρο πρόληψης «ΠΡΟΤΑΣΗ»- Ιατρείο Αλκοολογίας με βασικό στόχο την παροχή ολοκληρωμένης σωματικής, ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής εκτίμησης των ατόμων με προβλήματα στη χρήση οινοπνευματωδών που ζητούν βοήθεια. Επίσης, Ιατρείο Αλκοολογίας λειτουργεί και στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας».

Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο 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. Στο Ιατρείο Αλκοολογίας συνεργάζονται δύο γαστρεντερολόγοι και ένας ψυχίατρος, μια κοινωνική λειτουργός και επί πλέον τρεις εκπαιδευόμενοι εθελοντές. Η εκπαίδευση των εθελοντών έγινε μέσω σεμιναρίου 50 ωρών που οργανώθηκε από το Διεπιστημονικό Κέντρο Αλκοολογίας της Ιατρικής Σχολής, σε συνεργασία με τη μη-κυβερνητική οργάνωση «ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ» το Κέντρο Αλκοολογίας του Πανεπιστημίου Φλωρεντίας και τον Πανελλήνιο Σύλλογο των Κλαμπ Οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ. Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, λειτουργεί το πρόγραμμα αλκοόλ της Ψυχιατρικής Κλινικής που παρέχει από το 1983 θεραπεία απεξάρτησης εσωτερικής διαμονής σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ.

#### ΚΕ.Θ.Ε.Α.

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. Σύμφωνα με στοιχεία του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., ο συνολικός αριθμός ατόμων που κατά το 2006 έκαναν χρήση των υπηρεσιών των προγραμμάτων αυτών ήταν 1.092 άτομα. Από αυτούς, 796 (72,9%) ήταν άνδρες και 296

(27,1%) ήταν γυναίκες. Στον Πίνακα που ακολουθεί απεικονίζεται ο αριθμός των ατόμων που προσέγγισαν τις υπηρεσίες απεξάρτησης ανά φύλο και ανά υπηρεσία για το 2006 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

### Επιστημονική τεκμηρίωση

Το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.) και την Τοξικομανία παρέχει ερευνητική υποστήριξη και επιστημονική τεκμηρίωση και στον τομέα της κατανάλωσης αλκοόλ.

### Κοινωνικοί φορείς

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, στον τομέα της αντιμετώπισης των συνεπειών του αλκοόλ δραστηριοποιείται ένας αριθμός φορέων κοινωνικής πρωτοβουλίας, οι οποίοι αναπτύσσουν προγράμματα αυτοβοήθειας, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης και επανένταξης.

Μεταξύ των φορέων αυτών αναφέρονται:

Η μη-κυβερνητική οργάνωση «Νηφάλιοι». Από το 2005 που συστάθηκαν οι «Νηφάλιοι» έως και σήμερα έχουν ως μέριμνα την ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση και την ενημέρωσή του κοινού και των επαγγελματιών για τις βλαπτικές συνέπειες του αλκοόλ, την εξάλειψη του στίγματος από το «αλκοολισμός» στον όρο «ασθένεια», την καθοδήγηση και ενδυνάμωση κινήτρου για θεραπεία:

- § 24ωρη γραμμή βοήθειας.
- § 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
- § 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 δώδεκα (12) Βημάτων χωρίς τη βοήθεια από ειδικούς.
- § Οι Ομάδες για την Οικογένεια του Αλκοολικού (όπως ΑΛΑΝΩΝ) και για τους έφηβους που αντιμετωπίζουν προβλήματα αλκοολισμού μέσα στην οικογένεια (όπως ΑΛΑΤΙΝ και Ε.Π.Α. ενήλικα παιδιά αλκοολικών).
- § Το Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων «ΟΑΣΙΣ» στη Θεσσαλονίκη, προσφέρει υπηρεσίες για την πρόληψη της εξάρτησης, τη δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος, επαγγελματικό προσανατολισμό καθώς και ψυχοκοινωνική και νομική συμβουλευτική.
- § Το Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αχαΐας και η Ομάδα Εθελοντών για το Αλκοόλ, δραστηριοποιούνται κυρίως στον τομέα της πληροφόρησης και της πρόληψης της χρήσης.

Επίσης στην Πάτρα λειτουργεί η Κίνηση «Πρόταση για έναν άλλον τρόπο ζωής».

#### Η εθελοντική οργάνωση στοχεύει:

- Στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας για τις αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ.
- Στην εκπαίδευση των μελών των φορέων που συμμετέχουν, ώστε να ευαισθητοποιηθούν και να συμβάλουν με θετικό τρόπο στην αντιμετώπιση του προβλήματος.
- Στη διαμόρφωση μια κοινής στάσης της τοπικής κοινότητας που θα αποθαρρύνει τους ανήλικους από την κατανάλωση αλκοόλ.

Το Ελληνικό Κέντρο Μελέτης και Αντιμετώπισης των Προβλημάτων που σχετίζονται με το Αλκοόλ (ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π.) στον Πειραιά.

Ο Σύλλογος Στήριξης Εξαρτημένων από το Αλκοόλ Ατόμων «Η Επιστροφή» στο Ηράκλειο. Το Κέντρο Έρευνας Ανθρωπίνων Συμπεριφορών, που παρέχει παρεμβάσεις σε ανθρώπους που υποφέρουν από την εξάρτηση του αλκοόλ και των ναρκωτικών, ώστε να ξεπεράσουν τις δυσκολίες τους και να αναπτύξουν νέες προοπτικές στη ζωή τους (ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π.).

## Προβλήματα και ανεπάρκειες

Σύμφωνα με το Ελληνικό Κέντρο Μελέτης και Αντιμετώπισης των σχετικών με το Αλκοόλ προβλημάτων, τα σημαντικότερα προβλήματα και ανεπάρκειες που διαπιστώνονται στην πολιτική κατά του αλκοόλ συνοψίζονται στα εξής:

- Η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού και στοχευόμενων δράσεων οδηγεί σε αποσπασματικές ενέργειες και βασικές οργανωτικές αδυναμίες.
- Δε διαθέτουμε ολιστικό σχεδιασμό για την καταπολέμηση των συνεπειών του αλκοόλ.
- Η δραστηριότητα του δημοσίου εξαντλείται συνήθως σε αποσπασματικές ενέργειες ή δράσεις περιορισμένης κλίμακας και δεν επενδύεται σε συνολικές στρατηγικές.
- Δε διαθέτουμε αρμόδιο φορέα για την πρόληψη.
- Δε διαθέτουμε εκπαιδευτικά προγράμματα και δράσεις για την ταυτόχρονη προαγωγή θετικών προτύπων και συμπεριφορών.
- Δε διαθέτουμε εκπαιδευτικά προγράμματα για τα παιδιά και τους νέους.
- Δε διαθέτουμε προγράμματα επιμόρφωσης των εργοδοτών και του προσωπικού για την κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας.
- Δε διαθέτουμε ειδικά συμβουλευτικά κέντρα και συμβουλευτικές υπηρεσίες.
- Δε διαθέτουμε στοχευόμενη επικοινωνιακή πολιτική και εκστρατεία ενημέρωσης.
- Δε διαθέτουμε σύστημα ποιότητας και αξιολόγησης των προγραμμάτων.
- Δε διαθέτουμε πολιτική για την αξιοποίηση και την ανάπτυξη του Εθελοντισμού.

### **2.8 Δέκα εθνικές στρατηγικές προώθησης της υγείας σε σχέση με το αλκοόλ**

Η αποστολή του Σχεδίου Δράσης, είναι η οικοδόμηση μιας πολύπλευρης και ολοκληρωμένης πολιτικής για την πρόληψη και αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων του αλκοόλ, καθώς και η εφαρμογή των αναγκαίων δράσεων, πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων, στη βάση στοχευόμενων προγραμμάτων, μέσω ενός οριζόντιου, εξειδικευμένου και αποτελεσματικού υγειονομικού και κοινωνικού συστήματος παρεμβάσεων και επικοινωνίας. Αναλυτικότητα, σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το περιορισμό των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ στην υγεία (2008-2012) θα πρέπει :

1. Να ενημερωθεί ο πληθυσμός, με την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, για τις επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στην υγεία τους, στην οικογένεια και στην κοινωνία, καθώς και για τα αποτελεσματικά μέτρα που μπορούν να ληφθούν ώστε να προληφθούν ή να ελαχιστοποιηθούν οι βλάβες.
2. Να προωθηθεί η ιδέα της διαμόρφωσης χώρων (δημοσίων, εργασιακών και ιδιωτικών) προστατευμένων από τις αρνητικές επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ, όπως βίαιες συμπεριφορές και ατυχήματα.
3. Να ψηφισθούν και να εφαρμοσθούν νόμοι, οι οποίοι θα αποθαρρύνουν αποτελεσματικά την οδήγηση κάτω από την επήρεια αλκοόλ.
4. Να προωθηθεί η προστασία της Δημόσιας Υγείας μέσω μηχανισμών ελέγχου πωλήσεων οινοπνευματωδών, όπως στους νέους, με την αύξηση των τιμών των αλκοολούχων ποτών μέσω αυξημένης φορολογίας.
5. Να επιβληθούν αυστηροί έλεγχοι που έχουν σχέση με την άμεση και έμμεση διαφήμιση αλκοολούχων ποτών και να εξασφαλισθεί η απαγόρευση διαφημίσεων που απευθύνονται αποκλειστικά στη νεολαία, όπως η σύνδεση αλκοόλ και αθλημάτων, όπως οι υπάρχοντες περιορισμοί ή απαγορεύσεις που ήδη ισχύουν σε ορισμένες χώρες.
6. Να διασφαλιστεί η εύκολη πρόσβαση σε αποτελεσματικές θεραπευτικές και επανενταξιακές υπηρεσίες, οι οποίες θα απασχολούν ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, τόσο για ανθρώπους που κάνουν επικίνδυνα και επιβλαβή χρήση οινοπνευματωδών, όσο και για τα μέλη της οικογένειάς τους.
7. Να καλλιεργηθεί η συνείδηση της δεοντολογικής και νομικής ευθύνης στους επαγγελματίες του μάρκετινγκ ή σε αυτούς που πωλούν αλκοολούχα ποτά. Να γίνονται αυστηροί έλεγχοι ασφαλούς παραγωγής του προϊόντος και να εφαρμόζονται κατάλληλα μέτρα εναντίον της παράνομης παραγωγής και πώλησης.
8. Να αυξηθεί η ικανότητα της κοινωνίας στην αντιμετώπιση των συνεπειών του αλκοόλ, εκπαιδύοντας και εξοπλίζοντας με εξειδικευμένα στελέχη καίριους τομείς,

όπως η Υγεία, η Κοινωνική Πρόνοια και η Παιδεία, το δικαστικό σώμα, και παράλληλα δίνοντας πρωτοβουλία και ενδυναμώνοντας τις τοπικές αρχές.

9. Να υποστηριχθούν μη-κυβερνητικές οργανώσεις και κινήσεις αυτοβοήθειας που προωθούν έναν υγιή τρόπο ζωής, και ειδικά εκείνες οι κινήσεις που έχουν σα στόχο την πρόληψη ή τη μείωση βλαβών που σχετίζονται με το αλκοόλ.
10. Να εκπονηθούν κρατικά προγράμματα ευρείας βάσης, που θα παίρνουν υπόψη τους τον Ευρωπαϊκό Καταστατικό Χάρτη για το Αλκοόλ, με καθαρούς στόχους δράσης, παρακολούθηση και αξιολόγηση της έκβασής τους, τα οποία θα εκσυγχρονίζονται κατά περιόδους.

## **2.9 Αξίες και αρχές**

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης διέπεται από τις παρακάτω αρχές του Ευρωπαϊκού Καταστατικού Χάρτη για το Αλκοόλ:

1. Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα σε μια ζωή (οικογενειακή και εργασιακή), η οποία να προστατεύεται από ατυχήματα, βία και λοιπές αρνητικές συνέπειες που προέρχονται από την κατανάλωση αλκοόλ.
2. Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα, από πολύ μικρή ηλικία, στην έγκυρη και αμερόληπτη πληροφόρηση και εκπαίδευση γύρω από τις συνέπειες της κατανάλωσης του αλκοόλ στην υγεία, στην οικογένεια και στην κοινωνία.
3. Όλα τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν το δικαίωμα να μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο από τις αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και προστατευμένο από την αθέμιτη προώθηση αλκοολούχων ποτών.
4. Όλοι οι άνθρωποι που κάνουν επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους, έχουν δικαίωμα σε προσβάσιμη θεραπεία και ανάλογη φροντίδα. Η προώθηση της Ισότητας στην Υγεία. Η έμπρακτη δηλαδή ενίσχυση της

αρχής της ίσης ωφελιμότητας όλων από τον υγειονομικό ιστό και τις υγειονομικές πολιτικές της χώρας. Η πολιτική ενάντια στο αλκοόλ αποκτά το κοινωνικό εύρος που της αρμόζει. Επεκτείνουμε τις δράσεις σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, και ιδιαίτερα στις ευπαθείς ομάδες που απειλούνται περισσότερο από τη χρήση αλκοόλ, και προχωράμε στην επέκταση των μέτρων για προγράμματα θεραπείας και ανεξάρτησης. Η επικέντρωση στην πρόληψη. Η στρατηγική μας αναπτύσσει για πρώτη φορά μια ολοκληρωμένη δέσμη πολιτικών και μέτρων πρόληψης, που σκοπεύουν αφενός να μειώσουν την κατανάλωση αλκοόλ και αφετέρου να μειώσουν τις βλαπτικές συνέπειες από την κατανάλωση αλκοόλ. Η στοχευόμενη προστασία των νέων και των κοινωνικά ευπαθών ομάδων. Σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, την Κοινωνία των Πολιτών και τους αρμόδιους φορείς της πολιτείας, υλοποιούμε προγράμματα με στόχο την ολοκληρωμένη ενημέρωση των νέων και των ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

Ο σεβασμός του δικαιώματος των αλκοολικών για ίσες ευκαιρίες στη ζωή. Εξασφαλίζουμε το δικαίωμα στη θεραπεία, στην ανεξάρτηση και στην κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση και προωθούμε μέτρα για την επαγγελματική επανένταξη των πρώην αλκοολικών. Η προώθηση της γνώσης. Η ενίσχυση της έρευνας και η εξασφάλιση των στοιχείων που πρέπει να διαθέτουμε για να χαράξουμε πολιτική. Η ενίσχυση των μηχανισμών της επιτήρησης και της παρακολούθησης της κατανάλωσης αλκοόλ και των επιπτώσεών της, που θα δίνει τη δυνατότητα να εκτιμηθεί η υλοποίηση και τα αποτελέσματα του Σχεδίου Δράσης.

Η οικονομική αποτελεσματικότητα. Βασική μας αρχή είναι ότι κάθε σύστημα Δημόσιας Υγείας οφείλει να βασίζεται σε χρηστές διοικητικές πρακτικές και στην καλύτερη δυνατή διαχείριση των πόρων που είναι στη διάθεσή μας. Η συμμετοχή και η συνευθύνη με την ελληνική κοινωνία. Το κράτος μόνο του δεν μπορεί να εξασφαλίσει την αναγκαία αποτελεσματικότητα στον αγώνα ενάντια στις συνέπειες του αλκοόλ. Ως οργανωμένη κοινωνία, έχουμε να κερδίσουμε πολλά από τη δράση και την εμπειρία των μη-κυβερνητικών οργανώσεων που προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες στη μάχη κατά του αλκοολισμού και της επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ.

## 2.10 Στόχοι

### Πολιτικοί Στόχοι

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά Κύπρου (ΕΚΤΕΠΝ) (2004), οι πολιτικοί στόχοι είναι οι εξής:

- Η εξασφάλιση διακομματικής συναίνεσης για την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης και η συνέχεια της κυβερνητικής πολιτικής στο χρονικό πλαίσιο της υλοποίησης του Σχεδίου.
- Η εξασφάλιση σταθερής διυπουργικής συνεργασίας για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας και την υλοποίηση οριζόντιων δράσεων και παρεμβάσεων.

### Κοινωνικοί Στόχοι

Επίσης, το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά Κύπρου (ΕΚΤΕΠΝ) (2004), αναλύει τους κοινωνικούς στόχους οι οποίοι είναι:

- Η αύξηση της επίγνωσης του κινδύνου που σχετίζεται με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές κατηγορίες του πληθυσμού, όπως οι έγκυες, οι μετανάστες και οι ανήλικοι, οι ηλικιωμένοι, άτομα που λαμβάνουν φάρμακα, άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ. Η οικοδόμηση μιας διαρκούς προσπάθειας για τη δημιουργία ενός κοινωνικού πολιτισμού για την υπεύθυνη κατανάλωση αλκοόλ.
- Η ανάδειξη νέων κοινωνικών προτύπων και αξιών για μια κοινωνία απαλλαγμένη από τις βλαβερές συνέπειες του αλκοόλ.
- Η συνεχής συνεργασία με την κοινωνία των πολιτών για την εφαρμογή των πολιτικών και τη διάδοση των αξιών του Σχεδίου Δράσης.
- Η ανάπτυξη κριτικής σκέψης για την κατανάλωση αλκοόλ και ανάπτυξη «ατομικής αυτονομίας» στην πίεση που ασκείται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

## Στόχοι στην Κατανάλωση

Επιπλέον, κατά το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά Κύπρου (ΕΚΤΕΠΝ) (2004), οι στόχοι στην κατανάλωση είναι:

- Μέχρι το 2012, μείωση της μέσης κατά κεφαλή κατανάλωσης αλκοόλ κατά 15%.
- Στοχευμένες δράσεις, ώστε μέχρι το 2012, να έχει μειωθεί το ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ στους εφήβους και στους νέους κατά 20% σε σχέση με τα σημερινά επίπεδα.

## Στόχοι στην Υγεία

Τέλος, κατά το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά Κύπρου (ΕΚΤΕΠΝ) (2004), οι στόχοι στην υγεία είναι:

- Μέχρι το 2012, μείωση των τροχαίων ατυχημάτων που συνδέονται με το αλκοόλ κατά 20%.
- Υπολογίσιμη μείωση των βλαπτικών συνεπειών στην υγεία από την κατανάλωση αλκοόλ.
- Μείωση των κινδύνων που σχετίζονται με το αλκοόλ στους χώρους εργασίας και στην οικογένεια.
- Η αύξηση της ηλικίας έναρξης της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών.
- Διαθεσιμότητα αποτελεσματικών τρόπων καταπολέμησης των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, για τα άτομα που κάνουν επικίνδυνα και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ και για τα εξαρτημένα άτομα.

### 2.11 Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η κατάχρηση αλκοόλ έχει σημαντικές επιπτώσεις στη νοσηρότητα, στη θνησιμότητα και στην ποιότητα ζωής του πληθυσμού (WHO 2004). Δημιουργεί εθισμό και είναι μία από τις πρώτες αιτίες αποτρέψιμης θνησιμότητας παγκοσμίως. Παρ' όλα αυτά, το αλκοόλ υποεκτιμάται στη συνείδηση του κόσμου ως μια μορφή σοβαρής εξάρτησης και δε γίνονται

πλήρως κατανοητές οι επιπτώσεις του στην υγεία (Liotti et al. 2006). Επιπλέον, συνδέεται σε διάφορες περιοχές με στοιχεία κουλτούρας και ταυτότητας, με αποτέλεσμα να είναι λίγοι αυτοί που τελικά κατευθύνονται σε θεραπεία. Η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία θα έχει σημαντικά οφέλη, τόσο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών που σχετίζεται με την υγεία, όσο και στον περιορισμό των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών που οφείλονται στην κατάχρηση του αλκοόλ.

Βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι συστηματικοί χρήστες αλκοόλ υποφέρουν από σοβαρά προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, αφού έχει βρεθεί ότι το αλκοόλ έχει αιτιολογική σχέση με 60 τύπους νευρολογικών, ψυχικών και παθολογικών διαταραχών και σωματικών κακώσεων. Η έρευνα των Karlow και συνεργατών (2001) και Kessler και συνεργατών (1997) έχει αποδείξει ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και του συνδρόμου γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (GAD). Επιπλέον, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ θεωρείται ότι προκαλεί το 20 - 30% των καρκίνων του οισοφάγου και του ήπατος, των κιρρώσεων του ήπατος, των φόνων και των επιληπτικών κρίσεων. Εξάλλου, η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ είναι επικίνδυνη και μπορεί να προκαλέσει σοβαρά ατυχήματα. Σύμφωνα με στοιχεία της τροχαίας, κατά τα έτη 2005 και 2006, το ποσοστό των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων που οφείλονται σε μέθη στη χώρα μας ήταν 28% και 25,4% αντίστοιχα επί του συνόλου των ατυχημάτων. Η θνησιμότητα που οφείλεται στο αλκοόλ εκτιμάται από τον Π.Ο.Υ. ότι φτάνει παγκοσμίως σε 1,8 εκατ. θανάτους, που αντιπροσωπεύουν το 3,2% της παγκόσμιας θνησιμότητας. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Π.Ο.Υ. το 2002, η οφειλόμενη στο αλκοόλ θνησιμότητα στην Ευρώπη έφτανε το 5,5%, ενώ το ποσοστό των χαμένων ετών ζωής λόγω πρόωρου θανάτου ή αναπηρίας (DALY's) έφτανε στο 10,1% και καταλάμβανε την τρίτη θέση μεταξύ των διαφόρων παραγόντων κινδύνου (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2007).

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2007), περίπου 200.000 Έλληνες πάσχουν από αλκοολική εξάρτηση, ενώ εκτιμάται ότι περίπου 5.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται σε αιτίες που σχετίζονται με την κατάχρηση οινοπνεύματος. Το ποσοστό των χαμένων ετών ζωής λόγω πρόωρου θανάτου ή αναπηρίας (DALY's) που μπορεί να αποδοθεί στο αλκοόλ, έφτανε κατά το 2002 το 4,3% επί του συνόλου των DALY's, δηλαδή 59.905 έτη ετησίως.



Η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης αναμένεται να μειώσει τα ποσοστά κατανάλωσης και τα ποσοστά εξάρτησης από το αλκοόλ στη χώρα μας, αυξάνοντας τη δυνατότητα των πολιτών να ζουν μια υγιή και παραγωγική ζωή για περισσότερο χρόνο. Ειδικότερα, οι προληπτικές δράσεις που περιλαμβάνουν ενέργειες αγωγής υγείας, ενημέρωσης του πληθυσμού, νομοθετικές ρυθμίσεις για την προβολή και την πώληση αλκοοούχων, θα συμβάλει στην επίτευξη συγκεκριμένων στόχων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, όπως η μείωση των τροχαίων που σχετίζεται με το αλκοόλ ή η μείωση της κατανάλωσης, συνεισφέροντας έτσι στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, οι δράσεις θεραπείας και επανένταξης - αποκατάστασης αναμένεται να συμβάλλουν στην άμβλυνση των κοινωνικών επιπτώσεων και των επιπτώσεων στη νοσηρότητα, στη θνησιμότητα και στην ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες που οφείλονται στην κατάχρηση αλκοόλ, ο περιορισμός του αλκοόλ θα οδηγήσει σε εξοικονόμηση και στην ορθολογική κατανομή των πόρων. Οι δημόσιες δαπάνες για την αντιμετώπιση του αλκοόλ περιλαμβάνουν τις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας για την περίθαλψη των νοσημάτων που οφείλονται στο αλκοόλ, το κόστος αστυνόμευσης και απονομής δικαιοσύνης για παραβάσεις που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ και, τέλος, το κόστος κοινωνικής πρόνοιας για τα θύματα του αλκοολισμού (Single et al., 2003). Το έμμεσο κόστος έχει υπολογιστεί ότι αντιπροσωπεύει το 75% περίπου των συνολικών ποσών που δαπανώνται εξαιτίας του αλκοόλ και μόνο το 25% αναφέρεται στις ιατρικές δαπάνες (Reynaud et al., 2000).

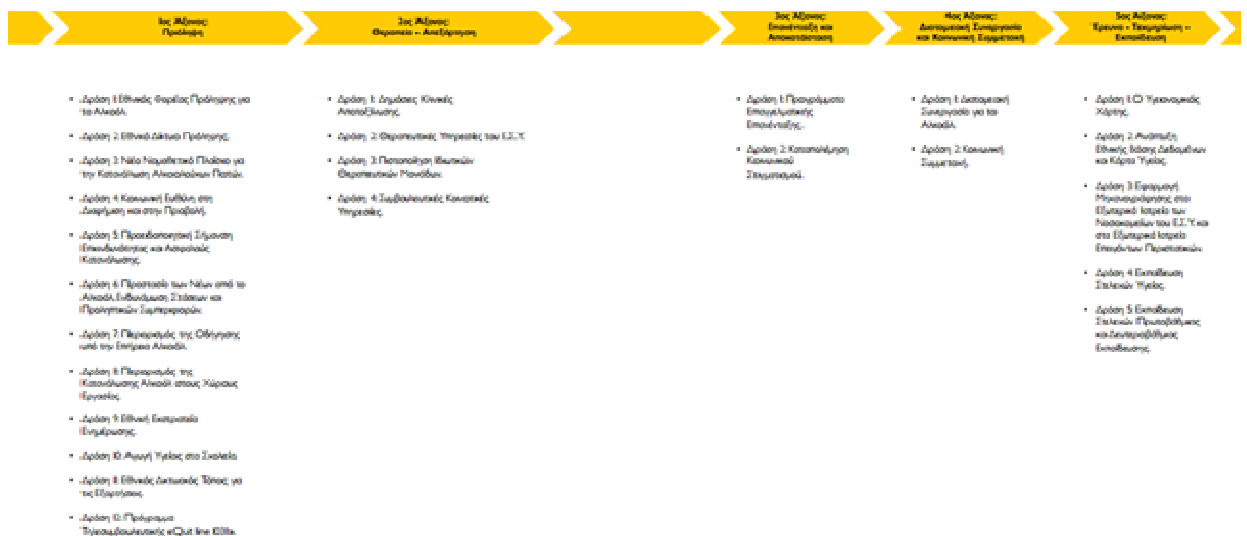
Στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, το συνολικό κόστος των συνεπειών από την κατανάλωση αλκοόλ υπολογίσθηκε σε 1,1% μέχρι 1,5% του Α.Ε.Π. (Anderson & Baumberg 2006, WHO 2004). Δεν υπάρχουν δεδομένα που να επιτρέπουν μια ολοκληρωμένη εκτίμηση του κόστους των ιατρικών δαπανών στη χώρα μας. Σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., το έτος 2004 νοσηλεύτηκαν 2.061 άτομα με διάγνωση εξάρτηση στο αλκοόλ, με μέσο χρόνο νοσηλείας 36 ημέρες (Ε.Σ.Υ.Ε. 2006). Ο αριθμός αυτός αντιπροσωπεύει 74.196 ημέρες νοσηλείας, δηλαδή κόστος που ξεπερνάει τα 11 εκατομμύρια Ευρώ για το Δημόσιο Σύστημα Υγείας, χωρίς να υπολογίζονται άλλες ασθένειες που πιθανόν να προέρχονται ή να σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, ως παράγοντα κινδύνου.

Με τον περιορισμό της κατανάλωσης που προτείνει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης αναμένεται να εξοικονομηθούν πόροι από τη νοσοκομειακή περίθαλψη των εξαρτημένων

από το αλκοόλ και τα χρήματα αυτά να δαπανηθούν για την ενίσχυση των προγραμμάτων απεξάρτησης. Επιπλέον, λόγω της ολιστικής προσέγγισης που προτείνεται από τις σχεδιαζόμενες παρεμβάσεις Δημόσιας Υγείας για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων (ναρκωτικά - αλκοόλ - καπνός) θα εξοικονομηθούν πόροι από την ορθολογική χρήση και διάθεση των υπηρεσιών. Το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων θα αναλάβει το συντονιστικό ρόλο των προγραμμάτων πρόληψης για τις εξαρτήσεις, υλοποιώντας στοχευμένες παρεμβάσεις στο γενικό πληθυσμό, καθώς και ειδικές ενέργειες εκπαίδευσης και κατάρτισης για εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες υγείας, κ.ά. Παράλληλα, ο μεγαλύτερος όγκος των νέων υπηρεσιών θεραπείας (αλκοολογικά ιατρεία, κλινικές αποτοξίνωσης) θα λειτουργήσουν μέσα στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ., ώστε να είναι προσβάσιμες από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, αξιοποιώντας ήδη υφιστάμενους πόρους (κτιριακή υποδομή και ανθρώπινο δυναμικό) του Συστήματος Υγείας. Οι οικονομικές συνέπειες από την κατάχρηση του αλκοόλ είναι πολυεπίπεδες, καθώς εκτός από το Σύστημα Υγείας και την ποινική δικαιοσύνη, επηρεάζει ακόμη:

- την επαγγελματική δραστηριότητα, οδηγώντας σε μείωση παραγωγικότητας, αυξημένες ώρες απουσίας από την εργασία, κόστος από εργατικά ατυχήματα, χαμένες εργασιακές ευκαιρίες, και
- ολόκληρο το σύστημα των υπηρεσιών του κοινωνικού κράτους, αφού απορροφά πόρους για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στην οικογένεια και στον επαγγελματικό χώρο, την αντιμετώπιση της ανεργίας και της επακόλουθης φτώχειας.

#### 6. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης



(Πηγή: Έκθεση του ΕΠΨΗ, HBSC/WHO 2014)

## Έκθεση του ΕΠΙΨΥ

Τα στοιχεία που περιγράφονται παρακάτω προέρχονται από την Έκθεση του ΕΠΙΨΥ για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στους εφήβους και στις οικογένειές τους. Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην Έκθεση αυτή προέρχονται από την πρόσφατη Πανελλήνια έρευνα στους μαθητές εφηβικής ηλικίας για συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία (Έρευνα HBSC/WHO 2014) και συμπεριλαμβάνονται στην πρόσφατη Έκθεση της UNICEF με τίτλο «Children of the Recession: The Impact of the Economic Crisis on Child Well-being in Rich Countries». Σύμφωνα με τα στοιχεία πτωτική τάση παρατηρείται στα ποσοστά πρόσφατης χρήσης αλκοόλ (Πίνακας 12.1). Αυτή η πτωτική τάση είναι πιθανό να οφείλεται στη μείωση του χρηματικού ποσού που δίνεται στους εφήβους ως χαρτζιλίκι από τους γονείς τους λόγω της οικονομικής κρίσης στη χώρα μας και στην αύξηση των τιμών στα οινοπνευματώδη ως μέτρο της Πολιτείας για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της χρήσης αλκοόλ (Κοκκέβη, 2008).

Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, για την περίοδο 2012-2013 ο μέσος όρος μηνιαίων αγορών σε οινοπνευματώδη ποτά και καπνό παρέμεινε στα ίδια επίπεδα (2012=62,71 € και 2013=62,80 €).

## **Ανακεφαλαίωση**

Στο δεύτερο κεφάλαιο καταγράψαμε και αναλύσαμε σημαντικές γνώσεις και πληροφορίες, για τον αλκοολισμό. Μέσα άλλες φορές από συνοπτικούς και άλλες φορές από αναλυτικούς πίνακες, είδαμε τις ηλικίες που καταναλώνουν αλκοόλ, το φύλο, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση και άλλες τέτοιου είδους πληροφορίες.

Το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα ESPAD υλοποιείται από το 1993, ανά τέσσερα χρόνια, σε μαθητές ηλικίας 16 ετών. Οι μαθητές είναι η μικρή κοινωνία που προετοιμάζεται για τον κύκλο της μεγάλης και πολλές φορές – με πολλές κακές συνήθειες- μεγάλης κοινωνίας. Είναι το ζωτικό όργανο κάθε λαού, είναι το μέλλον και το αύριο κάθε χώρας. Οι μαθητές, είναι αποδέκτες του οικογενειακού, κοινωνικού, μορφωτικού, οικονομικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος που ζουν και αναπτύσσονται. Σε όλες τις χώρες του ESPAD, με εξαίρεση την

Ισλανδία, τουλάχιστον 70% των μαθητών έχουν καταναλώσει αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, ο δε μέσος όρος προσεγγίζει το 87% στην έρευνα του 2011. Ο δείκτης της «υψηλής ανά περίπτωση κατανάλωσης αλκοόλ» (binge drinking) στα κορίτσια έχει υποστεί μια από τις πιο θεαματικές αλλαγές, με το μέσο όρο σε συγκεντρωτικό επίπεδο να έχει αυξηθεί από 29 % το 1995 σε 41 % το 2007. Στις ΗΠΑ, οι εκτιμήσεις αναφέρουν ότι περισσότεροι από 300.000 αλκοολικοί είναι ηλικίας 13-18 ετών και οι μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι στις αγροτικές περιοχές πίνουν τόσο συχνά, όσο και οι έφηβοι των αστικών περιοχών.

Όσο αφορά το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης, καταγράψαμε τις δράσεις του, τις πολιτικές του, τους στόχους του και τα αποτελέσματά του. Κατά το ίδιο τρόπο μελετήσαμε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, τις πολιτικές πρόληψης, σε τι επικεντρώνεται, ποιες είναι οι θεραπείες ποιες είναι οι μέθοδοι απεξάρτησης, ενώ αυτόχρονο μελετήσαμε την επιστημονική τεκμηρίωση, αλλά και ποιοι είναι οι κοινωνικοί φορείς. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης διέπεται από τις αρχές του Ευρωπαϊκού Καταστατικού Χάρτη για το Αλκοόλ.

Αυτό που έχει σημασία σχετικά με το αλκοόλ είναι η ύπαρξη αποτελεσματικών μέτρων και πολιτικών που να μειώνουν τις βλάβες και να αυξάνουν τα οφέλη με άμεσα, σχεδόν, αποτελέσματα. Η Ευρώπη βρίσκεται στην πρώτη γραμμή δράσης για τη μείωση των βλαπτικών συνεπειών του οινοπνεύματος. Η αποστολή του Σχεδίου Δράσης είναι η οικοδόμηση μιας πολύπλευρης και ολοκληρωμένης πολιτικής για την πρόληψη και αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων του αλκοόλ, καθώς και η εφαρμογή των αναγκαίων δράσεων, πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων, στη βάση στοχευμένων προγραμμάτων, μέσω ενός οριζόντιου, εξειδικευμένου και αποτελεσματικού υγειονομικού και κοινωνικού συστήματος παρεμβάσεων και επικοινωνίας.

Η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία θα έχει σημαντικά οφέλη, τόσο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών που σχετίζεται με την υγεία, όσο και στον περιορισμό των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών που οφείλονται στην κατάχρηση του αλκοόλ.

# Κεφάλαιο 3ο Αιτιολογικές προσεγγίσεις, στάδια αλκοολισμού και ο ρόλος της γενετικής

## Εισαγωγή

Η γενετική προδιάθεση είναι ένα κομμάτι στο πρόβλημα του αλκοολισμού. Ο ανθρώπινος κώδικας κρύβει μυστικά που κάποιες φορές, οδηγούν σε προβλήματα μεγίστης σημασίας για την καθημερινότητα του ανθρώπου. Οι γενετιστές, τα χρωμοσώματα, οι νευροδιαβιβαστές, οι πρωτεΐνες, η σεροτονίνη, το γλουταμικό, η εξέλιξη της επιστήμης, το οικογενειακό περιβάλλον είναι μερικά από τα κομμάτια του πάζλ του προβλήματος που θα μελετήσουμε στο παρόν κεφάλαιο. Ποια είναι τα τρία στάδια του αλκοολισμού, ποιες είναι οι αιτίες και ποια τα συμπτώματά του. Παράλληλα, θα αναλύσουμε τις κοινωνικές επιπτώσεις και την επίδραση του αλκοόλ στη ζωή του ανθρώπου και στον κοινωνικό του περίγυρο (Καπρίνης, 2002).

### 3.1 Γενετικές επιρροές –κληρονομικότητα

Η μοριακή διαλεύκανση των γενετικών παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του ψυχικού φαινοτύπου κάθε ατόμου είναι ένας από τους κύριους στόχους της ιατρικής του μέλλοντος. Ήδη, παρά τα ιδιαίτερα προβλήματα που εμφανίζονται στην εφαρμογή των γενετικών μελετών στην ψυχιατρική, έχουν εντοπισθεί χρωμοσωμικές θέσεις σύνδεσης νόσων, όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή, οι διαταραχές προσωπικότητας, ο αλκοολισμός, καθώς και πολυμορφισμοί σε γονίδια που είτε έχουν προδιαθετική είτε προστατευτική δράση (Καπρίνης, 2002).

Η σημασία των γενετικών παραγόντων, συγκεκριμένα στην εξάρτηση από το αλκοόλ, έχει υποστηριχθεί εδώ και πολλά χρόνια μέσα από τα ίδια κλασσικά ερωτήματα που αφορούσαν γενετικές επιρροές για κάθε χαρακτηριστικό. Μάλιστα έχει διαπιστωθεί ότι οι γενετικοί παράγοντες αντιπροσωπεύουν το 60% του κινδύνου εκδήλωσης της νόσου (Davis, Charney, Coyle et al., 2002).

Μια παρόμοια αλληλεπίδραση μεταξύ των γενετικών και περιβαλλοντικών επιρροών συμβάλλει σε πολλές άλλες ιατρικές και ψυχιατρικές παθήσεις, και επομένως, μια ανασκόπηση αυτών των παραγόντων στον αλκοολισμό, προσφέρει ικανές πληροφορίες για

τις σύνθετες γενετικές διαταραχές συνολικά. Τα κυρίαρχα ή υπολειπόμενα γονίδια, αν και σημαντικά, εξηγούν μόνο σχετικά σπάνιες καταστάσεις. Οι περισσότερες διαταραχές έχουν κάποιο επίπεδο γενετικής προδιάθεσης που αφορά συνήθως μια σειρά διαφορετικών γενετικά επηρεασμένων χαρακτηριστικών, κάθε ένα από τα οποία αυξάνει ή μειώνει τον κίνδυνο για κάποια διαταραχή. Παρά το γεγονός ότι μόνο λίγα γονίδια που επηρεάζουν τον κίνδυνο αλκοολισμού έχουν ανακαλυφθεί μέχρι τώρα, μπορούμε να αναμένουμε ότι αυτή η εικόνα θα αλλάξει το ταχύτερο (Leland, Hartwell, Hood, Goldberg, Reynolds, Silver et al., 2014).

Με την εξέλιξη της τεχνολογίας εφαρμόζονται οι πιο σύγχρονες μεθοδολογίες ιδιοματικής, συμπεριλαμβανομένων των bio-chips, της αλληλούχισης νέας γενιάς, και οι γενετιστές γίνονται όλο και πιο φιλόδοξοι στο μέγεθος και το φαινοτυπικό βάθος των πληθυσμών που μελετούν. Ο βαθμός στον οποίο τα γονίδια ενός οργανισμού συμβάλλουν σε ένα σύνθετο χαρακτηριστικό ονομάζεται κληρονομικότητα, η οποία είναι μία από τους σημαντικότερους παράγοντες (Miller, Suzuki, Lewontin, Gelbart, et al., 2002).

Συνήθως αυτή περνά από το ένα άτομο στο άλλο. Υπάρχουν κάποιες κληρονομικές καταστάσεις στο άτομο που τον κάνουν ευάλωτο στην χρήση αλκοόλ και η θεώρηση της, δια μέσου γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά την επιστημονική κοινότητα. Κάποια άτομα έχουν κάποια γονίδια τα οποία τα επηρεάζουν, και τα ωθούν στην κατανάλωση αλκοόλ. Μέσα από συνδυασμούς γενετικών παραγόντων έχουν δημιουργηθεί διάφορα ερωτήματα. Πρώτον, εάν υπάρχει ένας τετραπλός αυξημένος κίνδυνος εξάρτησης από αλκοόλ στους συγγενείς των αλκοολικών. Δεύτερον, εάν τα πανομοιότυπα δίδυμα εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα, έχουν υψηλότερο κίνδυνο για τη διαταραχή αυτή από ό,τι ζυγωματικά δίδυμα ή πλήρη αδέρφια και τρίτον εάν τα υιοθετημένα παιδιά αλκοολικών που υιοθετήθηκαν από μη αλκοολικούς γονείς, έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση να αναπτύξουν αλκοολισμό από ό,τι ένα υιοθετημένο παιδί με θετούς και φυσικούς γονείς μη αλκοολικούς (Prescott and Kendler, 1999). Η οικογένεια και οι δίδυμες μελέτες υποστηρίζουν το συμπέρασμα ότι το ποσοστό του κινδύνου για τη διαταραχή αυτή εξηγείται από τα γονίδια (δηλαδή, κληρονομικότητα) είναι μεταξύ 40 και 60% (Prescott & Kendler, 1999, Schuckit 2001).

Βρήκαμε δύο CNVs - στα χρωμοσώματα 5q13.2 και 6q14.1, που σχετίζονται με τον αλκοολισμό," είπε ο Rice. Και για τα δύο, οι αλκοολικοί έτειναν να έχουν περισσότερες επαναλήψεις από τα δείγματα ελέγχου. Όποιος ζει δίπλα σε άτομο εξαρτημένο από το

αλκοόλ είναι συνήθως εκτεθειμένος σε επαναλαμβανόμενες καταστάσεις αλκοολικής εξάρτησης. Υπάρχουν ισχυρά επιστημονικά δεδομένα στα οποία διαπιστώνονται τα αρνητικά αποτελέσματα της κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ στους συζύγους και τα παιδιά του εξαρτημένου (Copello, Velleman. & Templeton 2005).

Οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί κυρίως στην οικογένεια του αλκοολικού, όμως η σύγχρονη εξάπλωση της κατάχρησης αλκοόλ στους εφήβους και νέους ενήλικες έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των ερευνητών και για την πατρική τους οικογένεια. Οι δυσλειτουργικές σχέσεις που διαμορφώνονται σε οικογένειες με έφηβο ή νέο ενήλικα που κάνει κατάχρηση αλκοόλ είναι συχνά παρόμοιες με αυτές που έχουν παρατηρηθεί σε οικογένειες με μέλος χρήστη παρανόμων ψυχοτρόπων ουσιών. Αρκετές έρευνες δείχνουν ότι παιδιά με εξαρτημένο από το αλκοόλ γονέα βρίσκονται σε υψηλότερη επικινδυνότητα σχετικά με την εμφάνιση διαφόρων προβλημάτων στην παιδική, εφηβική και ενήλικη ζωή τους (Vungkhanching, Sher, Jackson et al., 2004).

Συγκεκριμένα κληρονομούν την ικανότητα του σώματος να παράγει ένα ένζυμο του ήπατος που βοηθάει στο μεταβολισμό του αλκοόλ. Υψηλό ποσοστό αυτού του ενζύμου, επιτρέπει στους εφήβους να μπορούν να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Κατά συνέπεια τα παιδιά των εξαρτημένων παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν σε ευρύ φάσμα μαθησιακές δυσκολίες, υπερκινητικότητα, ελλειμματική προσοχή, σωματικά προβλήματα, προβλήματα συμπεριφοράς, κατάχρηση αλκοόλ ή και άλλων ουσιών, καταθλιπτική διάθεση και αγχώδη διαταραχή, τόσο στην εφηβική όσο και την ενήλικη ζωή τους (Vungkhanching, Sher, Jackson, Parra et al., 2004).

Ακόμα και τα ενήλικα παιδιά των αλκοολικών παρουσιάζουν μακροχρόνιες δυσκολίες, όπως αυξανόμενη δυσκολία ελέγχου παρορμήσεων, μεγαλύτερο άγχος και συχνότερη καταθλιπτική διάθεση σε σύγκριση με δείγματα ελέγχου (Preuss U.W., Schuckit, Smith, Barnow, Danko “ Mood and anxiety symptoms among 140 children from) Μελέτες διδύμων και υιοθεσιών έχουν υπολογίσει ότι η κληρονομικότητα της εξάρτησης από το αλκοόλ - το ποσοστό δηλαδή της μεταβλητότητας του κινδύνου που οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες - είναι περίπου 50% ", δήλωσε ο John P. Rice, καθηγητής μαθηματικών στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον. Συγκεκριμένα οι μελέτες που έγιναν στα δίδυμα έδειξαν την πρώτη ένδειξη πως υπάρχει κληρονομικότητα και πως ο αλκοολισμός είναι θέμα γονιδίων (Σολδάτος, 2006).

Σε αντίθεση λοιπόν με τα πανομοιότυπα δίδυμα, τα οποία προέρχονται από το ίδιο γονιμοποιημένο ωάριο, τα διζυγωτικά δίδυμα, διαφορετικά δίδυμα ή ανόμοια δίδυμα ,προκύπτουν όταν δύο γονιμοποιημένα ωάρια που προσκολλούνται στα τοιχώματα της μήτρας την ίδια περίπου χρονική στιγμή, γονιμοποιούνται από δύο διαφορετικά σπερματοζωάρια. Απόρροια αυτών είναι, ότι ο κίνδυνος εξάρτησης του αλκοολισμού είναι αυξημένος στα πανομοιότυπα δίδυμα(ομοιογένεια γονιδίων) σε αντίθεση με τα διζυγωματικά ή πλήρη αδέλφια (ετερογένεια γονιδίων) λόγω γενετικής κληρονομιάς των γονέων. Επιμέρους γονίδια είναι πιθανό να έχουν μόνο μια μικρή επίδραση και να συμμετέχουν σε κάποια πτυχή που σχετίζεται με τη διαταραχή (Hoekstra, 2007).

Τα άτομα μπορεί να κληρονομήσουν είτε ευαλωτότητα στον αλκοολισμό είτε ευαισθησία για οργανική βλάβη από το οινόπνευμα. Μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μεγαλύτερη διαγνωστική συμφωνία για εξάρτηση από το οινόπνευμα στους άνδρες μονοζυγωματικούς διδύμους παρά στους άνδρες διζυγωματικούς διδύμους. Δεν ισχύει το ίδιο και για τις γυναίκες διδύμους (Ahlbom & Norell 2002).

Οι μελέτες σε υιοθετημένα παιδιά μπορούν να διαχωρίσουν πληρέστερα τους γενετικούς από τους περιβαλλοντολογικούς συντελεστές στην διερεύνηση της αιτιογένειας του αλκοολισμού. Υιοθετημένα παιδιά, των οποίων, ο βιολογικός πατέρας ήταν αλκοολικός, φανερώνουν αύξηση της συχνότητας του αλκοολισμού των παιδιών αυτών, ακόμη και με την απομάκρυνσή τους από τους αλκοολικούς βιολογικούς γονείς τους (Κολίσης, Παπαδημητρίου κι συν, 2011).

Άλλες έρευνες επισημαίνουν ότι όσο πιο νωρίς ένα παιδί ή ένας έφηβος πιεί το πρώτο ποτό, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος για μελλοντική χρήση και τόσο πιο σημαντικός γίνεται ο γενετικός παράγοντας του αλκοολισμού. Οι έφηβοι που αρχίζουν να πίνουν πριν τα 15 χρόνια, έχουν αυξημένο γενετικό κίνδυνο εξάρτησης από το αλκοόλ. Όσοι ξεκινούν το ποτό μετά τα 16 χρόνια, κινδυνεύουν να γίνουν αλκοολικοί εξαιτίας των συνθηκών της ζωής τους και όχι των γονιδίων τους (Κολίσης, Παπαδημητρίου κι συν, 2011).

Αξιοσημείωτο, επίσης, είναι ότι τα παιδιά που μίλησαν ή διάβασαν πιο νωρίς σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να πίνουν αρκετές ποσότητες αλκοόλ, χωρίς όμως να γίνονται αλκοολικοί. Σύμφωνα με μελέτη που έγινε σε δίδυμους, το παιδί που μίλησε ή διάβασε πρώτο είχε διπλάσιες πιθανότητες να πίνει



περισσότερο αλκοόλ από το δίδυμο αδελφάκι του μέχρι να γίνουν 18 ετών. Οι ερευνητές υποθέτουν ότι η υψηλότερη νοημοσύνη και η κατανάλωση αλκοόλ ίσως έχει να κάνει με το γεγονός ότι οι πιο έξυπνοι άνθρωποι είναι πιο πρόθυμοι να δοκιμάσουν πιο επικίνδυνα πράγματα.

Στα πλαίσια της μοριακής γενετικής, τα αποτελέσματα συνδυασμού και σύνδεσης των διαταραχών με διάφορους γενετικούς δείκτες δεν έχουν καταλήξει, προς το παρόν, σε ασφαλή συμπεράσματα. Η εφαρμογή, όμως, όλο και πιο εξελιγμένων μοριακών τεχνικών, καθώς και το πρόγραμμα χαρτογράφησης του ανθρώπινου γονιδιώματος που βρίσκεται σε εξέλιξη, μας επιτρέπουν να αισιοδοξούμε ότι τα προσεχή χρόνια θα υπάρξει ανακάλυψη σύνδεσης των μειζόνων ψυχικών διαταραχών με ειδικούς γενετικούς δείκτες. Ο ακριβής, όμως, τρόπος της μεταβίβασής τους εξακολουθεί να παραμένει άγνωστο (Παπαδημητρίου, 2007).

Ως παράγων που κληρονομείται θεωρείται η ευαισθησία, ευαλωτότητα για την εμφάνιση της διαταραχής και όχι η βεβαιότητα ότι το άτομο θα νοσήσει. Η ευαισθησία αυτή όταν υπερβεί ένα όριο σε κάποια χρονική περίοδο της ζωής του ατόμου οδηγεί την εκδήλωση της νόσου. Η πληρέστερη κατανόηση της αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων αναμένεται ότι θα βοηθήσει στην αναγνώριση των ατόμων υψηλού κινδύνου και στην αποτελεσματικότερη πρόληψη και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, καθώς επίσης και στην πιο αξιόπιστη ψυχιατρική γενετική συμβουλευτική τόσο των ίδιων των ασθενών όσο και των μελών των οικογενειών τους (Παπαδημητρίου, 2007).

### **3.2 Βιολογικές Επιρροές Αλκοολισμού**

Μέσα στον οργανισμό του ανθρώπου γίνονται κάποιες διαδικασίες οι οποίες είναι δυσλειτουργικές. Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού διαμέσων γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά την σχετική επιστημονική κοινότητα. Κάποια προβλήματα σε διάφορα όργανα του σώματος και η ανεπαρκής διατροφή συντελούν στην κατανάλωση αλκοόλ (Ποταμιανός, 2005).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας στην κατανάλωση αλκοόλ είναι και ο εγκέφαλος, του οποίου η ικανότητα να εθίζεται στο αλκοόλ, εξαρτάται και από τα γονίδια

του. Συμπεραίνοντας, σύμφωνα με μελέτες θα λέγαμε ότι οι συνέπειες της χρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ στην χημεία του εγκεφάλου επηρεάζονται σε κρίσιμο βαθμό από την προϋπάρχουσα γενετική σύσταση ενός ατόμου (Henry & Kranzler, 2014).

### Τα στάδια του αλκοολισμού

Το άτομο που πάσχει από αλκοολισμό έχει χάσει την ελευθερία του απέναντι στο αλκοόλ, έχει υποδουλωθεί σε αυτό και το έχει μετατρέψει σε κεντρικό άξονα της ζωής του, χάνοντας οποιοδήποτε ενδιαφέρον- και ικανότητα- για δουλειά, σπίτι. Με αυτή την έννοια οποιοσδήποτε καταναλώνει οινόπνευμα μπορεί να θεωρηθεί δυνητικά αλκοολικός, αφού το κριτήριο του αλκοολισμού δεν είναι μόνο η χρόνια μέθη αλλά η πρόκληση ψυχικών, σωματικών ή κοινωνικών προβλημάτων (Τσαρούχας, 2000). Οι μελέτες που έγιναν μέχρι πρόσφατα δεν παρουσιάζουν αρκετά στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι άτομα με συγκεκριμένη δομή της προσωπικότητας έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί από άτομα με άλλη προσωπικότητα. Ακόμα, μπορεί να γίνει αλκοολικό κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες που αλληλεξαρτώνται. Οι συνθήκες αυτές είναι το περιβάλλον, η ουσία και το ίδιο το άτομο, που δημιουργούν το λεγόμενο τρίγωνο της εξάρτησης. Τα τρία αυτά στοιχεία βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση με τελικό αποτέλεσμα τον αλκοολισμό. Η άποψη των ψυχαναλυτών είναι ότι προϋπάρχει κάποιο πρόβλημα στην προσωπικότητα του εξαρτημένου ατόμου και ότι η χρήση του οινοπνεύματος αποσκοπεί όχι απλώς στη δημιουργία της ευφορίας αλλά και στην κάλυψη του εσωτερικού κενού που αισθάνεται. Έτσι η εξάρτηση οφείλεται σε δομικά προβλήματα της προσωπικότητας τα οποία πιθανόν να δημιουργήθηκαν στην παιδική του ηλικία (Μούζας & Συνεργάτες, 2003).

Σύμφωνα με τον Αγγέλου (2001,) το άτομο στην προσπάθειά του να γεμίσει αυτοπεποίθηση, χαλάρωση, τόλμη έρχεται σε επαφή με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε αναζήτηση διεξόδου από τα προβλήματα της ζωής του σε ένα κόσμο γεμάτο ένταση. Στο εξαρτημένο άτομο οι γονείς δεν ανταποκρίθηκαν σε όλες τις ανάγκες του και δεν το δέχτηκαν άνευ όρων. Συνέπεια του προβληματικού περιβάλλοντος είναι η δημιουργία κακής εικόνας για τον εαυτό τους και αδυναμία να αντιμετωπίσουν μόνα τους στρεσογόνες καταστάσεις. Η χρήση των ουσιών είναι μια αποτυχημένη απόπειρα ανακούφισης του άγχους του.

Η συμπεριφορά φυγής από την προσωπική πραγματικότητα δεν είναι ο μόνος λόγος εμφάνισης της εξαρτητικής συμπεριφοράς αλλά και η αγωνιώδης αναζήτηση επικοινωνίας μακριά από αλλοτριωμένες συμπεριφορές, η άρνηση ένταξης στην πραγματικότητα, τον συμβιβασμό και την έλλειψη ανθρωπίνων και ειλικρινών σχέσεων. Η έλλειψη εσωτερικής δομής που θα βοηθούσε στην καταπολέμηση του άγχους και την εξάλειψη της κακής εικόνας που έχουν για τον εαυτό τους οδηγεί αυτά τα άτομα σε εξωτερικά ερεθίσματα όπως η τροφή, η σεξουαλική διέγερση, το αλκοόλ κλπ στην προσπάθειά τους να αισθανθούν καλύτερα (Μούζας & Συνεργάτες, 2003).

Σύμφωνα με τον Τσαρούχα (2000), ο αλκοολισμός είναι πολύπλοκο φαινόμενο. Εκδηλώνεται τις περισσότερες φορές σε προσωπικότητες που παρουσιάζουν τάσεις απομόνωσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, υπεροψία, απελπισία, μοναξιά, αδυναμία αντοχής της ματαιώσης, αισθήματα ανικανοποίητου, δυσπιστία. Τα άτομα που θα καταλήξουν σε χρόνια χρήση και βαριάς μορφής εξάρτηση από το αλκοόλ φαίνεται να περνούν από τρία διακριτά στάδια.

### ***A' Στάδιο Αλκοολισμού***

Σύμφωνα με το Κέντρο Απεξάρτησης από Ναρκωτικά, Αλκοόλ και Τυχερά Παιχνίδια, στο A' στάδιο Αλκοολισμού η εξάρτηση από το αλκοόλ συνήθως συμβαίνει με την καθημερινή λήψη μικρών ποσοτήτων και η συμπεριφορά αυτή μπορεί να διαρκέσει για μεγάλα διαστήματα, να διακόπτεται και έπειτα να επαναλαμβάνεται από την αρχή. Στην αρχή αυτού του σταδίου ανήκει και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

Όσο περνά ο καιρός, ευρισκόμενος κανείς στο πρώτο στάδιο, τείνει να κρύβει την εξάρτηση του στην καθημερινότητά του, ενώ στην πραγματικότητα εξελίσσεται σε κρυφό ασθενή. Η κατάσταση σε αυτό το σημείο είναι ελεγχόμενη με την έννοια ότι καλύπτει τις ανάγκες του σε αλκοόλ μέσα από τις συνηθισμένες απλές κοινωνικές δραστηριότητες, γιορτές και γάμοι είναι δε απόλυτα φυσιολογικό να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για λήψη αλκοόλ, δίχως κανένας να μπορεί να το υποψιαστεί.

Μερικά από αυτά, κατά τον Γρηγοράκου και Μάρκου (2002) είναι:

1. Μεθά αρκετά εύκολα - στην αρχή της εξάρτησης δεν παρουσιάζει αυξημένη αντοχή στο αλκοόλ, αυτό αρχίζει να συμβαίνει στο Β' στάδιο.
2. Όλη την ημέρα δεν κάνει χρήση αλκοόλ, οι ώρες λήψης είναι βραδινές, πάντα με παρέα, ποτέ δεν πίνει μόνος του και ειδικά στο σπίτι.
3. Όλη του η ζωή κινείται σε φυσιολογικά πλαίσια - τρέφεται κανονικά, εργάζεται, συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις κλπ και ως προς το είδος του ποτού είναι συνήθως εκλεκτικός.
4. Στην κατάσταση ευθυμίας που προηγείται της μέθης - τραυλίζει, δεν έχει συνέχεια στο λόγο, έχει μειωμένα αντανακλαστικά και θολό βλέμμα.

Τα μικροπροβλήματα στην οικογένεια ή στην κοινωνία εκδηλώνονται μόνο κατά τη διάρκεια της μέθης. Η κατάσταση εξελίσσεται σε πρόβλημα όταν διαπιστώνονται ορισμένες αλλαγές όπως:

1. Κάποιος αρχίζει και πίνει και εκτός των συνηθισμένων ευκαιριών (γιορτές - έξοδοι για διασκέδαση με τους φίλους). Εκείνες τις στιγμές ο εξαρτημένος υποκύπτει στην πίεση να πει δίχως να έχει ακόμα αρχίσει να υποψιάζεται το πρόβλημα του ότι δηλαδή πρέπει να πει για να αποφύγει τα στερητικά συμπτώματα.
2. Αλλαγές στην συμπεριφορά του - δεν μπορεί να ελέγξει τα αισθήματα του και τα ξεσπάσματα του που είναι πολλές φορές έντονα καταλήγοντας στην χρήση βίας ή κατέρχεται σε κατάσταση μελαγχολίας η οποία μπορεί να τον οδηγήσει ακόμα και σε κατάθλιψη.
3. Αρχίζει και κατασκευάζει δικαιολογίες - προβλήματα τα οποία τις περισσότερες φορές είναι ψεύτικα ή τα περιγράφει πολύ πιο τραγικά από ότι είναι, και όλα αυτά για να βρει την δικαιολογία να πει.

4. Συνεχίζει να πίνει αν και βλέπει ότι θα μεθύσει. Είναι χαρακτηριστική η αδυναμία του να ελέγξει την ποσότητα που πίνει. Αυτή η περίοδος, όπως και το 3ο στάδιο, είναι η πιο δύσκολη περίοδος για το άτομο, για να προσεγγιστεί και να βοηθηθεί. Δεν θέλει να δεχθεί ότι αυτός θα πάθει ότι και κάποιος άλλος, πιστεύει ότι είναι πιο δυνατός. Συνεχώς δε, αυξάνει η πίστη του ότι όλοι οι άλλοι φταίνε για το πρόβλημα του εκτός από αυτόν (Γρηγοράκος & Μάρκου 2002).

Στο πρώτο στάδιο, μαζί με την εξέλιξη της ασθένειας το άτομο, χωρίς να το αντιληφθεί στην αρχή, αρχίζει σταδιακά να περιθωριοποιεί τον εαυτό του. Ο κάθε εξαρτημένος, στην αρχή καλύπτει την εξάρτηση μέσα από την συμμετοχή του σε διάφορες οικογενειακές ή κοινωνικές εκδηλώσεις. Οι μεταβολές στην αρχή της συμπεριφοράς του καλύπτονται εύκολα με διάφορες δικαιολογίες, όμως όσο η εξάρτηση εξελίσσεται, αυξάνει ταυτόχρονα τη συχνότητα των λήψεων αλλά και την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει, με αποτέλεσμα να χρειάζεται περισσότερο οινόπνευμα για να διατηρεί σταθερό το επίπεδο της επίδρασής του στην συναισθηματική του κατάσταση. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος που ο εξαρτημένος μεγαλώνει τον κύκλο της περιθωριοποίησης, καθώς ολοένα και μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είναι σε κατάσταση μειωμένης πραγματικής επαφής με το περιβάλλον (ελαφριάς και αργότερα βαριάς μέθης).

Η κατάσταση του αυτή οδηγεί σε συνεχείς αναβολές των υποχρεώσεων του, κυρίως αυτών που έχουν άμεση σχέση με συγκεκριμένες ώρες, καθώς δεν μπορεί να γνωρίζει σε ποια κατάσταση θα ευρίσκεται εκείνη την συγκεκριμένη ώρα, δηλαδή εάν θα είναι πολύ ή λίγο μεθυσμένος ή θα κοιμάται εξαιτίας της μέθης. Σε αυτό το στάδιο της περιθωριοποίησης αρχίζει να μην μπορεί να είναι συνεπής και στον εργασιακό χώρο. Είναι το χρονικό διάστημα που αρχίζουν οι αδικαιολόγητες απουσίες από την εργασία ή τις σπουδές του. Το ίδιο συμβαίνει και με τις οικογενειακές εξόδους ή λοιπές κοινωνικές υποχρεώσεις (Γρηγοράκος & Μάρκου 2002).

### ***B' Στάδιο Αλκοολισμού***

Το Β' στάδιο Αλκοολισμού αρχίζει επίσημα πλέον η ολοκληρωτική εξάρτηση από το αλκοόλ. Αυτό είναι πλέον ο ρυθμιστής των πάντων στη ζωή του αλκοολικού. Οτιδήποτε και να κάνει έχει άμεση σχέση με την λήψη οινοπνεύματος: η σκέψη, η εργασία, η διατροφή,

ακόμα και η συμμετοχή του σε οποιαδήποτε εκδήλωση. Οι αλλαγές που εμφανίζονται παρατίθενται μεταξύ άλλων παρακάτω:

1. Αυξάνει την ποσότητα του αλκοόλ ή την περιεκτικότητα σε οινόπνευμα ή για οικονομικούς λόγους χρησιμοποιεί αναμιξεις ποτών. Αυτό συμβαίνει διότι με τον καιρό ο αλκοολικός αποκτά αντοχές στην ποσότητα του αλκοόλ. Έτσι δημιουργεί την ψευδή εντύπωση στον περίγυρο ότι δεν υπάρχει πρόβλημα εξάρτησης καθώς ο χρήστης δεν μεθά, άρα δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα.
2. Σε πιο προχωρημένη κατάσταση είναι πιθανό να χρησιμοποιήσει ναρκωτικά ή ηρεμιστικά χάπια σε συνδυασμό με αλκοόλ. Φυσικά η χρόνια χρήση αυτών των συνδυασμών επιταχύνει την εξέλιξη της νόσου.
3. Οι αλλαγές στην συμπεριφορά του αυξάνονται και επιδεινώνονται, περνώντας συνήθως από την απομόνωση, σε εκδηλώσεις βίας προς τα ασθενέστερα του οικογενειακού περιβάλλοντος. Σημαντικό ρόλο σε όλη την επιδείνωση παίζουν τα κενά μνήμης αλλά και οι μεγάλες χρονικές περίοδοι σύγχυσης και αδυναμίας πραγματικής επαφής με το περιβάλλον.
4. Διαταραχή στις σχέσεις με τα παιδιά. Η κατάσταση αυτή είναι πολύ δυσάρεστη και τραυματική για τα παιδιά της οικογένειας του αλκοολικού.
5. Τάσεις προς έμετο σε συνδυασμό με πιθανό υποσιτισμό σταδιακά οδηγούν τον αλκοολικό σε απώλεια βάρους.
6. Μείωση του ανοσοβιολογικού συστήματος και αρκετών ακόμα βλαβών σε όλα σχεδόν τα ζωτικά όργανα. Όλοι σιγά -σιγά, αρχίζουν και τον εγκαταλείπουν, εξαιτίας της αλλοπρόσαλλης συμπεριφοράς και των ψυχολογικών αντιδράσεων του (Πάνος, 2008).
7. Αποτέλεσμα, να ψάχνει για νέους φίλους, προτιμώντας επιλεκτικά να είναι επίσης εξαρτημένοι, έτσι ώστε να έχουν ένα κοινό σημείο που τους ενώνει, την εξάρτηση από το αλκοόλ, παράγοντας τόσο ισχυρός που ισοπεδώνει όποιες ταξικές,

επαγγελματικές ή ηλικιακές διαφορές. Επιπλέον σε αυτές τις παρέες κανείς δεν του λέει τι να κάνει, να μην πίνει και όλοι τελικά συμφωνούν μαζί του, ότι για όλα αυτά που τους συμβαίνουν φταίνε κάποιιοι άλλοι και ποτέ αυτοί οι ίδιοι. (Πάνος, 2008).

Σύμφωνα με τον Πάνο (2008), αυτές οι αλλαγές μεταφέρονται και στο σύνολο της οικογένειας, με προβλήματα που ο πρώτος αποδέκτης είναι η/ ο σύζυγος. Κατά δεύτερο λόγο στα παιδιά, ειδικά εάν αυτά βρίσκονται σε ηλικία άνω των 5 ετών και με σοβαρότερα προβλήματα όσο τα παιδιά είναι μεγαλύτερα. Διαμορφώνεται και παγιώνεται λοιπόν ένας νέος τρόπος ζωής για τον αλκοολικό, ο οποίος είναι προσαρμοσμένος στις απαιτήσεις και τους περιορισμούς οι οποίοι προκαλούνται και επιβάλλονται από αυτήν την ίδια την εξάρτηση.

Η επόμενη φάση η οποία ολοκληρώνει το στάδιο αυτό, είναι η χρονική στιγμή που αρχίζουν να φαίνονται τα αποτελέσματα της κοινωνικής περιθωριοποίησης, την οποία προκαλεί άθελα του ο ίδιος με την όλη στάση του. Μερίδιο ευθύνης έχουν ο/ η σύζυγος αλλά και όλοι οι άλλοι που έως τώρα συγκάλυπταν και συγκαλύπτουν το πρόβλημα. Αυτή η διαμόρφωση της όλης κατάστασης είναι και η αρχή της τελειωτικής χαριστικής βολής όχι μόνο κατά του αλκοολικού αλλά και κατά της οικογένειας του. Υποχρεώνεται πλέον η οικογένεια να περιθωριοποιηθεί, ή να εγκαταλείψει τον αλκοολικό. Άρα η οριστική εγκατάλειψη και χωρισμός είναι αποτέλεσμα αφενός μεν του αδύνατου της συμβίωσης μαζί του, αλλά και του καταλυτικού ρόλου της επίδρασης της κοινωνικής περιθωριοποίησης κατά του αλκοολικού (Αλυσσανδράκης, 2002).

### ***Γ' Στάδιο Αλκοολισμού***

Το Γ' στάδιο Αλκοολισμού δεν έχει ουσιαστικές διαφορές από το Β'. Πρόκειται για την ίδια σε γενικές γραμμές κατάσταση αλλά σε πιο βαριά μορφή. Υπάρχουν βασικά σημεία τα οποία δίνουν ενδείξεις για την είσοδο στο τρίτο στάδιο :

1. Ο αλκοολικός με την παραμικρή ποσότητα αλκοόλ περιέρχεται σε κατάσταση μέθης αλλά συνεχίζει να πίνει. Το πρόβλημα του είναι πλέον μια ακόρεστη δίψα για αλκοόλ η οποία συνήθως τον φέρνει στα όρια της αναισθησίας.

2. Δεν τον ενδιαφέρει καθόλου το είδος του ποτού φθάνοντας εάν δεν έχει άλλη λύση στο να πίνει ότι μπορεί να φανταστεί κανείς.
3. Δεν τον ενδιαφέρει καθόλου η εξωτερική του εμφάνιση. Χαρακτηριστικό εξωτερικό γνώρισμα είναι η μεγάλη απώλεια βάρους καθώς ο αλκοολικός υποσιτίζεται. Οι βλάβες στον οργανισμό είναι πλέον εμφανείς, η κατάσταση της υγείας του πιθανόν να μην είναι αναστρέψιμη. Ζει τον φόβο της έλλειψης του αλκοόλ από την καθημερινότητά του (Πάνος, 2008).

Επίσης, γίνονται και άλλες αλλαγές στην προσωπικότητα του, εκ των οποίων δυο είναι οι σημαντικότερες

- α) η χαμηλή αυτοεκτίμηση και
- β) η αύξηση της ιδιοτέλειας.

*Η χαμηλή αυτοεκτίμηση:* Η κάθε νέα λήψη αλκοόλ γίνεται για να ξεχαστούν έστω και για λίγο τα προβλήματα που πιστεύει ότι έχει. Θεωρεί ότι την επόμενη μέρα θα είναι πιο ξεκούραστος και δυνατός για να μπορέσει να τα αντιμετωπίσει. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος γιατί η νέα μέθη φέρνει νέα μελαγχολία και η κάθε νέα κατάθλιψη την επόμενη μέθη. Συγχρόνως όμως με αυτό το αδιέξοδο γίνεται και η γενική αλλαγή στην λοιπή προσωπικότητα του αλκοολικού, με άμεσο ορατό αποτέλεσμα την μείωση της αυτοεκτίμησης, η οποία δημιουργεί μειωμένη θέληση παρουσιάζοντας στις ενέργειες και τις πράξεις του έντονη δειλία. Αυτή είναι η χρονική στιγμή που πρέπει το άμεσο περιβάλλον του εξαρτημένου ατόμου να αναλάβουν σοβαρή πρωτοβουλία καθώς ο ίδιος είναι αδύνατο να αντιδράσει (Πάνος, 2008).

*Η αύξηση της ιδιοτέλειας:* Καθοδηγούμενος από τους περιορισμούς της εξάρτησης, ο εξαρτημένος αυξάνει την προσπάθεια του για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη προς ίδιον όφελος, εκμετάλλευση των ανθρώπων. Δεν τον ενδιαφέρει αν είναι του άμεσου ή έμμεσου περιβάλλοντος. Το χειρότερο ίσως εμφανίζεται όταν η εξάρτηση έχει ισοπεδώσει κυριολεκτικά τον εξαρτημένο και περιέρχεται σε κατάσταση αυτολύπησης. Οι προσπάθειες αυτό λύπησης ολοκληρώνουν την εξαθλίωση και ταπείνωση του, δυστυχώς χωρίς αυτός να το αντιλαμβάνεται με αποτέλεσμα να μην καταβάλει καμία προσπάθεια για να το αλλάξει.



Όλα γίνονται με ένα βασικό στόχο, την μετάθεση της ευθύνης για το πρόβλημα του στους άλλους, με αποτέλεσμα την αυτό αθώωσή του (Πάνος, 2008).

Σύμφωνα με τον Αλυσσανδράκη (2002), με αυτόν τον τρόπο απαλλάσσεται από τις τύψεις και τις ενοχές για να επιστρέψει «δικαιωμένος» όσο πιο γρήγορα μπορεί, σε νέα χρήση αλκοόλ με κατάληξη την μέθη. Η αυτολύπηση δεν γίνεται συνειδητά από τον κάθε αλκοολικό αλλά σαν το τελευταίο μέσο για να πείσει τους γύρω του, ότι ο μόνος που τελικά δεν φταίει για αυτήν την κατάσταση είναι ο ίδιος. Ο εξαρτημένος δεν είναι ικανός να αντιληφθεί την κατάσταση του, καθώς όλα αποτελούν μέρος της εικονικής δικής του πραγματικότητας. Η φανταστική δική του πραγματικότητα προέρχεται από την αδυναμία του να συμμετέχει στην φυσιολογική ζωή καθώς αυτός ο ίδιος έχει συνδέσει το καθετί στη ζωή του με την χρήση αλκοόλ.

### **3.2.1 Αιτίες – Συμπτώματα εξάρτησης**

Στις νεαρότερες ηλικίες, οι έφηβοι είναι πιθανόν να κάνουν χρήση αλκοόλ ή και άλλων ουσιών μέχρι του σημείου της εξάρτησης, λόγω της πίεσης των συνομηλίκων τους και της επιθυμίας τους να είναι αποδεκτοί στην παρέα ή γιατί πιστεύουν το αλκοόλ τους κάνει πιο ευχάριστους, χαλαρούς, ήρεμους, κοινωνικούς, ικανότητες που θεωρούν ότι είναι απαραίτητες για να αναπτύξουν κοντινές σχέσεις και χωρίς την χρήση ουσιών δεν μπορούν να αναπτύξουν. Σε βιολογικό επίπεδο, η επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ μπορεί να μειώσει σημαντικά τα επίπεδα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Η ντοπαμίνη είναι μια χημική ουσία του εγκεφάλου (νευροδιαβιβαστής), υπεύθυνη για τα συναισθήματα ευχαρίστησης. Σε αλκοολικούς, οι περιοχές του εγκεφάλου τους που παράγουν ντοπαμίνη εξαντλούνται και πλέον είναι ανίκανοι να απολαύσουν τις καθημερινές χαρές της ζωής. Η χημεία του εγκεφάλου τους έχει πλέον ρυθμιστεί έτσι ώστε το αίσθημα ευφορίας να εξαρτάται αποκλειστικά από την κατανάλωση αλκοόλ (Παναγής & Καστελλάκης, 2001).

Γενετικές έρευνες εντόπισαν γονίδιο, το οποίο συνδέεται με την εξάρτηση από το αλκοόλ και το οποίο, όπως καταδείχθηκε συχνά μεταφέρεται από πατέρα σε γιο. Επίσης, η έρευνα έχει οδηγήσει και σε σύνδεση των στενών συγγενών του αλκοολικού με την εξάρτηση, καθώς φαίνεται πως οι ίδιοι έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες να γίνουν επίσης αλκοολικοί. Έως σήμερα δεν έχει ταυτοποιηθεί συγκεκριμένος παράγοντας που να εξηγεί την τάση κάποιων ατόμων για κατάχρηση οινοπνεύματος.

Η βασική εξήγηση είναι ότι οι αιτίες είναι πολυσύνθετες και το πρόβλημα εκδηλώνεται παρουσία ποικίλων παραγόντων. Μελέτες που διεξήχθησαν σε άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό, έδειξαν πως ναι μεν υπάρχουν ενδείξεις γενετικής προδιάθεσης για αλκοολική εξάρτηση, αλλά το χαρακτηριστικό αυτό που κληροδοτείται στις επόμενες γενιές δεν έχει αναγνωριστεί. Για παράδειγμα, έρευνες παιδιά με φυσικούς γονείς αλκοολικούς που όμως υιοθετήθηκαν από μη αλκοολικούς έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση να εκδηλώσουν αλκοολική συμπεριφορά σε σχέση με παιδιά που τόσο οι φυσικοί όσο και οι θετοί γονείς δεν είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ.

Παρόλη την παραπάνω συζήτηση περί κληρονομικότητας, ο μεγαλύτερος αριθμός αλκοολικών δεν παρουσιάζει επιβαρυνμένο οικογενειακό ιστορικό. Αυτό σημαίνει ότι οι αιτίες του προβλήματος δεν οφείλονται μόνο σε κληρονομικά χαρακτηριστικά, αλλά και περιβαλλοντικοί, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα οι προσδοκίες που εναποτίθενται στη χρήση του, η μοναξιά, η απομόνωση, το άγχος, η αϋπνία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η κοινωνική πίεση (Ηλιόπουλος 2010).

Αιτίες εξάρτησης από το οινόπνευμα είναι πιθανό να αποτελέσουν και άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η κοινωνική φοβία και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Οι αλκοολικοί πίνουν συνεχώς μέχρι του σημείου της μέθης. Αρχικά, η κατανάλωση οινοπνεύματος τους δημιουργεί αίσθημα ευφορίας. Καθώς τα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα αυξάνονται, είναι πιθανό να παρουσιάσουν επιθετικές ή βίαιες συμπεριφορές. Από νευρολογικής άποψης, η έντονη μέθη εξασθενεί τη σκέψη και την όραση, επιφέρει έλλειψη συντονισμού των κινήσεων και χαμηλή κινητικότητα των ματιών (Ηλιόπουλος, 2010).

Σύμφωνα με την Κυπραίου (ψυχοθεραπεύτρια) αναφέρει ότι με το πέρασμα του χρόνου, καθώς το άτομο εξακολουθεί την παθολογική χρήση, ο οργανισμός γίνεται ανθεκτικός στο αλκοόλ, οπότε χρειάζεται όλο και μεγαλύτερη ποσότητα για να φτάσει σε μέθη. Οι άνθρωποι με χρόνια ανεκτικότητα μπορεί να φαίνονται νηφάλιοι ακόμα και μετά την κατανάλωση τέτοιας ποσότητας αλκοόλ που θα μπορούσε να προκαλέσει το θάνατο σε μη-πότες.

Επίσης, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ είναι πιθανό να οδηγήσει σε απώλεια των αισθήσεων, η επεισόδια απώλειας μνήμης χωρίς όμως ταυτόχρονη απώλεια συνείδησης. Δηλαδή σε αυτή την περίπτωση το άτομο έχει τις αισθήσεις του, αλλά όταν περάσει η μέθη, δεν θυμάται τι έκανε κατά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων. Οι αλκοολικοί αναπτύσσουν επίσης στερητικό σύνδρομο. Το νευρικό σύστημα προσαρμόζεται στην χρόνια έκθεση στο αλκοόλ, αυξάνοντας τη δραστηριότητα του μηχανισμού των νευρώνων που εξουδετερώνει τις κατευναστικές επιδράσεις του αλκοόλ. Έτσι, όταν μειωθεί απότομη η πρόσληψή της ουσίας, το εξαρτημένο άτομο εκδηλώνει αποδιοργανωμένη αντίληψη, επιληπτικές κρίσεις, τρέμουλο (που συχνά συνοδεύεται από ευερεθιστότητα, ναυτία και εμετό).

Η πιο συνηθισμένη εμφάνιση στερητικού συνδρόμου είναι το τρέμουλο στα χέρια που εμφανίζεται συνήθως πρωινές ώρες εξαιτίας της νυχτερινής αποχής. Για να διαγνωστεί η εξάρτηση από το αλκοόλ θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Ανεκτικότητα στο οινόπνευμα
- Σύνδρομο στέρησης
- Άρνηση του προβλήματος
- Εμμονή στην αναζήτηση αλκοόλ.
- Το αλκοόλ είναι το κεντρικό θέμα της ζωής του ατόμου (η χρήση καταλαμβάνει τον περισσότερο από το χρόνο του).
- Συνεχιζόμενη χρήση παρά τα προβλήματα Για να διαγνωστεί η παθολογική χρήση αλκοόλ, θα πρέπει να ικανοποιείται τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω κριτήρια. Λόγω του ποτού το άτομο επανειλημμένα.
- αποτυγχάνει να ανταποκριθεί σε σημαντικές του ευθύνες
- θέτει τον εαυτό του ή άλλους ανθρώπους σε κίνδυνο (συνδυασμός ποτού και οδήγησης)
- εμπλέκεται σε νομικές διαμάχες
- αντιμετωπίζει δυσκολίες στις διαπροσωπικές του σχέσεις ή στο εργασιακό του περιβάλλον. Ο αλκοολισμός είναι νόσος και ως νόσος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται. Είναι εξίσου σοβαρή με την χρήση ναρκωτικών για αυτό και παρουσιάζει ομοιότητες με την τοξικομανία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει τα κριτήρια για τη διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Αυτά είναι:

- Ανοχή: Καθορίζεται ως η ανάγκη συνεχούς αυξανόμενης κατανάλωσης αλκοόλ για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
- Στέρηση: Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων (τρόμος, ναυτία, εμετός, τρέμουλο, και σε βαριές περιπτώσεις παραισθήσεις.) εάν δεν γίνει λήψη αλκοόλ.
- Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος για μεγάλες περιόδους.
- Ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής.
- Συνεχώς αυξανόμενη προσπάθεια για προμήθεια οινοπνεύματος.
- Περιορισμός κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στη λήψη αλκοόλ.

### **3.3.Χαρακτηριστικά της εξάρτησης από το αλκοόλ**

Το αλκοόλ είναι ίσως η αρχαιότερη ψυχοτρόπος εξαρτησιογόνος ουσία που χρησιμοποιείται σε όλο τον κόσμο. Η χρήση του ήταν και είναι ακόμα συνυφασμένη με πολλές κοινωνικές περιστάσεις. Θα πρέπει να σημειωθεί πως ο όρος χρήση και ο όρος εξάρτηση δεν είναι ταυτόσημοι. Κανείς δεν φτάνει στην εξάρτηση όμως χωρίς να προηγηθεί χρήση για κάποιο χρονικό διάστημα (Αλυσσανδράκης, 2002).

Στην Ευρώπη έχει αρχίσει να αναπτύσσεται μεταξύ των νέων μια επικίνδυνη πρακτική κατανάλωσης, η περιστασιακή εντατική κατανάλωση αλκοόλ γνωστό ως «binge drinking» (βαριά χρήση αλκοόλ). Τα στοιχεία που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι ιδιαίτερα αποθαρρυντικά, με την Ελλάδα να καταλαμβάνει μία από τις μεσαίες θέσεις στην υιοθέτηση της συνήθειας αυτής. Σύμφωνα με την ψυχολόγο Χρήστου Γ., τα άτομα που διαθέτουν χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως αναζήτηση έντονων αισθητηριακών εμπειριών ή παρορμητικότητα βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων σχετιζόμενων με την κατανάλωση αλκοόλ. Τέτοια άτομα πιθανόν να νιώθουν εντονότερη αντιστρεσογόνο δράση από την κατανάλωση του και για τον λόγο αυτό να είναι πιο επιρρεπή στην κατανάλωσή του (Davis et al., 2002).

Πέρα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, έχει μελετηθεί και το ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ ως ατομικός παράγοντας. Άτομα τα οποία κάνουν καθημερινή βαριά

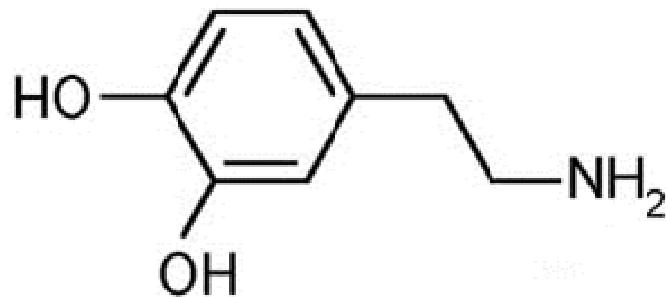
χρήση αλκοόλ αναπτύσσουν ανοχή στην ουσία και έτσι σταδιακά επιθυμούν να καταναλώνουν όλο και μεγαλύτερες ποσότητες ώστε να μειώσουν το άγχος τους (Davis et al., 2002).

Επιπλέον, η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού αλκοολισμού αποτελεί έναν αναγνωρισμένο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αλκοολισμού. Έρευνες έδειξαν ότι ενήλικα τέκνα αλκοολικού πατέρα, παρόλο που στην παρούσα φάση της ζωής τους δεν έκαναν κατάχρηση αλκοόλ, ένιωθαν αυξημένη αγχολυτική δράση από τη χρήση του. Επίσης, κοινωνικοί παράγοντες, όπως το χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, η μη ιδιοκτησία στέγης, η ανεργία, οι επισφαλείς εργασιακές σχέσεις, οι εργασιακές απαιτήσεις και η μοναχική διαβίωση έχουν συνδεθεί με χρήση ουσιών. Ακόμα το οικογενειακό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των χαμηλών επιπέδων γονικής επίβλεψης και της μονογονεϊκής οικογένειας, καθώς και η χρήση ουσιών στο φιλικό περιβάλλον έχουν συνδεθεί για τους εφήβους με την έναρξη του καπνίσματος και την έναρξη χρήσης οινοπνευματωδών και παράνομων ουσιών (Davis et al., 2002).

Παράλληλα δημιουργείται ο εξής φαύλος κύκλος: οι άνθρωποι που ζουν σε δυσμενείς κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες κάνουν συχνότερα χρήση και κατάχρηση ουσιών λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν. Η χρήση με τη σειρά της αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα περεταίρω κοινωνικού αποκλεισμού.

### 3.5. Αλκοόλ και χημεία του εγκεφάλου

#### 3.5.1 Η επίδραση του αλκοόλ στη Ντοπαμίνη



Σε βιολογικό επίπεδο, η επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ μπορεί να μειώσει σημαντικά τα επίπεδα ντοπαμίνης στον εγκεφαλο. Η ντοπαμίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής, δηλαδή μια χημική ουσία στον εγκεφαλο, που επιτελεί σημαντικό ρόλο στην κίνηση, την ανταμοιβή, την κινητοποίηση αλλά και την εξάρτηση (Nature Neuroscience, Vol. 14, Pages:1033–1038) Όταν ένα άτομο έχει εξάρτηση από το αλκοόλ, οι περιοχές του εγκεφάλου που παράγουν ντοπαμίνη εξαντλούνται και δεν μπορεί να απολαύσει τις χαρές της καθημερινότητας. Η χημεία του εγκεφάλου του, έχει επαναρυθμιστεί έτσι ώστε να εξαρτάται από το αλκοόλ για την προσωρινή ευφορία (κατάσταση ευτυχίας) (Burguete, 2008).

Παραθέτοντας, μια άλλη εκδοχή από μία έρευνα στο Πανεπιστήμιο του Τέξας κατέληξε στο ότι το αλκοόλ οδηγεί σε υπερπαραγωγή ντοπαμίνης όποτε υπάρχει κάτι αξιοσημείωτο στο περιβάλλον μας το οποίο πρέπει να μάθουμε. Τελικά αυτό που συμβαίνει είναι ότι ο εγκεφαλος παρερμηνεύει όλα τα στοιχεία του περιβάλλοντος την ώρα της κατανάλωσης του αλκοόλ (ή και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών) ως χρήσιμα και θετικά για την επιβίωση και το άτομο ζητά να τα επαναλάβει (Frangou, Gorwood, Heun et al., 2011).

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πιθανή συσχέτιση αλληλόμορφων (παραλλαγμένων) γονιδίων των D2 υποδοχέων της ντοπαμίνης με τον αλκοολισμό. Δεδομένης όμως και της ποικιλομορφίας ανάμεσα στις εθνικότητες, η γενετική έρευνα δεν έχει ακόμα καταλήξει σε κλινικά εφαρμόσιμα συμπεράσματα (Burguete, 2008).

### 3.5.2 Η επίδραση του αλκοόλ στη σεροτονίνη

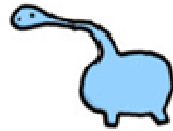
Άλλος, ένας κεντρικός τομέας δράσης του αλκοόλ είναι το σύστημα της σεροτονίνης και των ουσιών που εμπλέκονται στην παραγωγή και μεταφορά της. Η σεροτονίνη είναι η χημική ουσία που ηρεμεί το σώμα μας που χαρίζει ευθυκρισία, την δυνατότητα να διαχωρίζουμε το φανταστικό απ' το πραγματικό, το λάθος από το σωστό, το να συμπαθούμε ή να αντιπαθούμε, να αγαπάμε ή μισούμε τους ανθρώπους βάσει της εικόνας που αυτοί μας δίνουν (Καννελόπουλος, 2011).

Οι ερευνητές του τμήματος ψυχολογίας του πανεπιστημίου του Γκέτεμποργκ και της Ακαδημίας Σαλγκρένσκα, με επικεφαλής την Κριστίνα Μπέργκλουντ, που κάνουν τη σχετική δημοσίευση στο εξειδικευμένο ιατρικό περιοδικό για θέματα αλκοολισμού σύμφωνα με το Γαλλικό Πρακτορείο, διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες υφίστανται μια κατά 50% μείωση της λειτουργίας της σεροτονίνης στον εγκέφαλό τους μετά από τέσσερα χρόνια υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ (κατά μέσο όρο το ισοδύναμο 12 μπουκαλιών κρασιού την εβδομάδα). Οι άνδρες, για να πάθουν αναλόγου μεγέθους βλάβη, πρέπει να πίνουν την ίδια ποσότητα επί 12 χρόνια, δηλαδή επί τριπλάσιο χρόνο (Καννελόπουλος, 2011).

Και αυτό έγκειται στο γεγονός, ότι ο γυναικείος οργανισμός περιέχει σημαντικά λιγότερη ποσότητα νερού από τον αντρικό, και αντίστοιχα μεγαλύτερη παρουσία λιπώδους ιστού στον οποίο είναι αδιάλυτη η αιθυλική αλκοόλη (Ντουράκης, 2011). Επίσης, σύμφωνα με τους Σουηδούς ερευνητές, θα πρέπει να διερευνηθεί αν, εκτός από τη βιολογική διαφορά, υπάρχει επίσης διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις της εγκεφαλικής βλάβης.

### 3.5.3 Η επίδραση του αλκοόλ στο Γλουταμικό

## SEROTONIN & DOPAMINE



Technically, the only two things  
you enjoy

Οι υποδοχείς του γλουταμικού (glutamate), είναι στόχος του αλκοόλ. Το γλουταμινικό οξύ είναι ο κύριος διεγερτικός νευροδιαβιβαστής στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και Οι γλουταμινεργικοί νευρώνες διανέμονται ευρέως στα κεντρικό νευρικό σύστημα και κυρίως στο πρόσθιο εγκέφαλο, όπου οι περισσότερες από τις πλοϊκές προβολές περιέχουν γλουταμινικό (Codman et al., 1987).

Το γλουταμικό χρησιμοποιεί τους ισοτροπικούς κυτταρικούς υποδοχείς (NMDA), τους υποδοχείς AMPA και τους καϊνικούς υποδοχείς. Η αιθανόλη (αλκοόλ) από συγκεντρώσεις τόσο χαμηλές όσο 20 mg%, εμποδίζει την ιονική ροή μέσω των καναλιών NMDA, καθιστώντας έτσι τους υποδοχείς NMDA το στόχο με την μεγαλύτερη συγγένεια αιθανόλης στον εγκέφαλο (Lippincott, Williams&Wilkins et al., 2007). Οι υποδοχείς του γλουταμινικού, οι οποίοι συγκεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό στον ιππόκαμπο, συμβάλουν σε πολλές βιολογικές διεργασίες, συμπεριλαμβανομένης της κωδικοποίησης των πληροφοριών, το σχηματισμό και την ανάκτηση των μνημών, τη χωρική αναγνώριση και τη διατήρηση της προσοχής (McEntee & Crook, 1993).

Η μακροχρόνια υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, επειδή εμποδίζει και την απορρόφηση μιας βιταμίνης, της θειαμίνης (της B1 βιταμίνης), της οποίας η έλλειψη καταστρέφει κάποιες ομάδες νευρώνων (στον υποθάλαμο και τον ιππόκαμπο) που έχουν σχέση με τη μνήμη, σε συνδυασμό με τις ανασταλτικές δράσεις στους υποδοχείς του γλουταμινικού οξέος, οδηγεί σε μια μορφή άνοιας, το σύνδρομο Κόρσακοφ.



Αναλυτικότερα, η μακροχρόνια ενδυνάμωση LTP, είναι ένα πειραματικό μοντέλο ενός τύπου συναπτικής πλαστικότητας, που είναι δυνατό να παίζει ρόλο στη αποθήκευση της μνήμης. Πρώτες ενδείξεις για τη σύνδεση μεταξύ της δραστηριότητας των (NMDA) υποδοχέων του ιππόκαμπου, με τη LTP, τη μάθηση και τη μνήμη, προήλθαν από τον Bio και τους συνεργάτες του. Απόρροια αυτών είναι και η εξήγηση της απώλειας μνήμης που εμφανίζεται κατά τη χρήση του αλκοόλ. Κοινώς, γι' αυτό μετά από μια έντονη βραδιά ποτού, το επόμενο πρωί δε θυμάστε τι έγινε (McEntee & Crook, 1993).

Έρευνες έχουν δείξει, ότι βλάβες στον ιππόκαμπο, έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους σε μια ποικιλία σχετικών δοκιμασιών. Ο Niewoehner εξέτασαν το ρόλο των NMDA των υποδοχέων του ιππόκαμπου στο άγχος, και κατέληξαν ότι υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις, όπου ανταγωνιστές των υποδοχέων NMDA, μπορεί να μειώσουν το άγχος τόσο στους ανθρώπους όσο και στα πειραματόζωα (Engelhardt et., al 2008).

### **3.5.4 Η επίδραση του αλκοόλ σε άλλα συστήματα**

Το αλκοόλ δρα άμεσα στον εγκέφαλο ως κατασταλτικό. Αυτό ίσως ακούγεται περίεργο, καθώς όπως γνωρίζουν οι περισσότεροι, κάποιος που έχει πει λίγα ποτηράκια τείνει να μιλάει περισσότερο και να είναι πιο ενεργός. Η εξήγηση είναι απλή τα κυκλώματα του εγκεφάλου που καταστέλλει το αλκοόλ είναι αυτά που υπό κανονικές συνθήκες ήταν οι καταστολείς (Dawson, 2000).

Το γ-αμινοβουτυρικό οξύ, γνωστό στη βιβλιογραφία σαν GABA , είναι ένα αμινοξύ που αποτελεί τον κύριο ανασταλτικό νευροδιαβιβαστή στον εγκέφαλο των θηλαστικών. Το "γ-αμινο-βουτυρικό οξύ" (gamma-amino-butyric acid) , εμποδίζει τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου να πυροδοτούν ανεξέλεγκτα, μειώνοντας τη συχνότητα εκφορτίσεων, "χαλαρώνοντας" έτσι το σώμα και μειώνοντας το άγχος. Το αλκοόλ αυξάνει την επίδραση του αναστολέα του εγκεφάλου που ονομάζεται GABA (Dawson 2000). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2004), οι ενέργειες του αλκοόλ στους υποδοχείς GABA ποικίλλουν ανά τις περιοχές του εγκεφάλου και μπορούν να αντανakλούν τη διαφορετική έκφραση των υπο μονάδων υποδοχέων.

Αποτελούν στόχους για την δράση του αλκοόλ, παράγοντας κατασταλτικά και υπνωτικά αποτελέσματα, που μοιάζουν με τη δράση φαρμάκων που διευκολύνουν τη

λειτουργία των υποδοχέων GABA, ιδιαίτερα όπως οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά. Έχουν λοιπόν κοινό μηχανισμό δράσης, με κοινό στόχο και κατά επέκταση τον ίδιο ρυθμό εξάρτησης. Η ομοιότητα μεταξύ των συμπεριφοριστικών (αγχολυτικών) αποτελεσμάτων των αγωνιστών του GABA και του αλκοόλ είναι ανάλογη της δόσης, με τη μέγιστη ομοιότητα μεταξύ αυτών των κατηγοριών φαρμάκων να παρατηρείται στις σχετικά χαμηλές δόσεις αλκοόλ (Grobin et al., 1998).

Μια άλλη θέση δράσης του αλκοόλ στον άνθρωπο, σχετίζεται με τις γυναικείες ορμόνες. Προς το τέλος της ωχρής φάσης του εμμηνορροϊκού κύκλου, οι πτώσεις στα επίπεδα της αλλοπρεγνανολόνης (προϊόν καταβολισμού της προγεστερόνης) μπορούν να συμβάλουν στις προεμμηνορροϊκές διαταραχές διάθεσης και να αυξήσουν την ένταση των χαρακτηριστικών ιδιοτήτων του αλκοόλ. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να αυξήσουν την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης του εμμηνορροϊκού κύκλου (Dawson 2000).

Από την άλλη μεριά, οι επιστήμονες εξέτασαν τις μεταβολές που συνέβαιναν σε τρεις ορμόνες εθελοντών που κατανάλωναν μέτρια ποσότητα μύρας καθημερινά. Οι εθελοντές ήταν 9 γυναίκες που έφθασαν στην εμμηνόπαυση και 10 μεσήλικες άνδρες. Οι 3 ορμόνες που μελετήθηκαν ήταν η θειική διυδροεπιανδροστερόνη (DHEAS), η τεστοστερόνη και η οιστραδιόλη. Στους άνδρες μειώνει τη συγκέντρωση της τεστοστερόνης. Όσον αφορά την οιστραδιόλη, δεν την επηρεάζει καθόλου.

### **3.6 Η ανακάλυψη των γονιδίων που σχετίζονται με το αλκοόλ**

Η ανακάλυψη ότι τα γονίδια ενός ανθρώπου ενδέχεται να συμμετέχουν στην ανάπτυξη προδιάθεσης για κατάχρηση αλκοόλ είχε ως αποτέλεσμα μια πληθώρα ερευνητικών προσπαθειών με στόχο τον προσδιορισμό των υπεύθυνων γονιδίων. Ο μεγάλος αριθμός των γονιδίων που ευθύνεται και οι διαφορετικοί συνδιασμοί τέτοιων γονιδίων που ενδεχομένως φέρει ο άνθρωπος καθιστά δύσκολη την έρευνα προς την κατεύθυνση αυτή. Τα πράγματα γίνονται ακόμα πιο περίπλοκα αν αναλογιστεί κανείς την σύνθετη επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων στην έκφραση των γονιδίων (Heath et al., 2002).

Παρόλ' αυτά, η ραγδαία εξέλιξη στον τομέα της έρευνας και η τεχνολογική πρόοδος έχουν οδηγήσει στην εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων σχετικά με το γενετικό

υπόβαθρο στην κατάχρηση και εξάρτηση από το αλκοόλ. Το πρώτο μεγάλο ερευνητικό πρόγραμμα με στόχο τον προσδιορισμό της συμβολής γονιδίων στην εξάρτηση από το αλκοόλ, ξεκίνησε το 1989 από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Αλκοόλ και τον Αλκοολισμό των ΗΠΑ. Η μελέτη αυτή αφορούσε οικογένειες με μέλη εξαρτημένα από το αλκοόλ. Η μελέτη αυτή σύντομα πλαισιώθηκε από άλλες που εστίασαν στον προσδιορισμό του ρόλου των γονιδίων σε οικογένειες με μέλη εξαρτημένα από το αλκοόλ (Long et al., 1998; Ehlers et al., 2004; Hill et al., 2004; Prescott et al., 2005).

### **3.6.1 Ο ρόλος των γονιδίων που κωδικοποιούν πρωτεΐνες – νευροδιαβιβαστές**

Τα πλέον γνωστά γονίδια που έχουν συνδεθεί με την εξάρτηση από το αλκοόλ είναι εκείνα που κωδικοποιούν πρωτεΐνες (ένζυμα) που συμμετέχουν στο μεταβολισμό του οιοπνεύματος και συγκεκριμένα της αιθανόλης. Ο μεταβολισμός της αιθανόλης (αλκοόλ) περιλαμβάνει δύο κύρια βήματα, τη μετατροπή της σε ακεταλδεΐδη με τη βοήθεια του ενζύμου που καλείται αλκοολική διυδρογενάση (ADH) και την παραπέρα μετατροπή της ακεταλδεΐδης σε οξικό άλας και νερό μέσω του ενζύμου της αφυδρογονάσης της αλδεΐδης (ALDH). Τα γονίδια που κωδικοποιούν τα δύο παραπάνω ένζυμα συναντώνται σε διάφορες παραλλαγές, δηλαδή κωδικοποιούνται από διαφορετικά αλληλόμορφα γονίδια. Όσον αφορά την ADH, σημαντική είναι η τάξη I των ισοενζύμων της που περιλαμβάνει τρία ισοένζυμα, τα: ADH1A, ADH1B, και ADH1C. Τα δύο τελευταία κωδικοποιούνται από μια σειρά διαφορετικών αλληλόμορφων γονιδίων, η έκφραση των οποίων οδηγεί στην παραγωγή διαφορετικών ενζύμων. Κάποια, μάλιστα, από αυτά τα ένζυμα, σύμφωνα με εργαστηριακά πειράματα, παρουσιάζουν ιδιαίτερα έντονη ενζυματική δραστηριότητα (Edenberg et al., 2007).

Η εντονότερη αυτή δραστηριότητα ορισμένων ενζύμων έχει ενοχοποιηθεί για την ταχύτερη μετατροπή της αιθανόλης σε ακεταλδεΐδη σε άτομα που φέρουν τα αντίστοιχα γονίδια. Το γεγονός αυτό έχει σημασία αν αναλογιστεί κανείς ότι η τοξικότητα της ακεταλδεΐδης και η τάση της να προκαλεί να προκαλεί δυσάρεστα συμπτώματα (ναυτία, ταχυκαρδία) σε περιπτώσεις ταχείας αύξησης των επιπέδων της στο αίμα μπορεί να αποτρέψουν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ. Μάλιστα έχει βρεθεί ότι η συχνότητα των αλληλομόρφων ADH1B\* 2 και ADH1C\*1 που κωδικοποιούν την παραγωγή μεγαλύτερης

δραστηκότητας ισοενζύμων είναι μικρότερη σε πληθυσμούς αλκοολικών σε σχέση με μη αλκοολικούς, σε διάφορες έρευνες (Shen et al.,1997, Neumark et al. 1998, Whitfield et al.,1998).

Τέλος, σύμφωνα με μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν σε Ευρώπη και Αυστραλία, μεταλλάξεις που αφορούν μια περιοχή του χρωμοσώματος 4, που σημειωτέον περιλαμβάνει και τα γονίδια που κωδικοποιούν την παραγωγή της ADH, σχετίζονται με τάση εξάρτησης από το αλκοόλ (Saccone et al., 2000; Birley et al., 2005). Η περιοχή αυτή του χρωμοσώματος 4 περιλαμβάνει, εκτός από γονίδια για την ADH τάξης I, γονίδια για τις ADH4, ADH5, ADH6 και ADH7, πολυμορφισμοί των οποίων ενοχοποιήθηκαν για εξάρτηση από το αλκοόλ αλλά και άλλες ουσίες (Edenberg et al.,2006,Luo et al., 2006, Prescott et al., 2005, Luo et al., 2007).

Όσον αφορά στο δεύτερο ένζυμο που συμμετέχει στο μεταβολισμό της αιθανόλης, την αφυδρογονάση της αλδεϋδης (ALDH), αξίζει να σημειωθεί ότι πολυμορφισμοί γονιδίων που σχετίζονται με την παραγωγή της έχουν κατά καιρούς συνδεθεί με την εξάρτηση από το αλκοόλ. Υπάρχουν πολλά γονίδια που κωδικοποιούν την παραγωγή του συγκεκριμένου ενζύμου, τα σημαντικότερα εκ των οποίων είναι τα μιτοχονδριακά ALDH2 και ALDH1B1 και το κυτοσολικό ALDH1A1 (Vasiliou et al., 2000).

Οι ερευνητές έχουν συναντήσει πολυμορφισμούς στο γονίδιο για την ALDH2 οι οποίοι σχετίζονται με απουσία δραστηκότητας (δηλαδή ανικανότητα μεταβολισμού της ακεταλδεϋδης) ή με μειωμένη δραστηκότητα του ενζύμου, ανάλογα με το αν το άτομο είναι ομοζυγώτης ή ετεροζυγώτης ως προς το γονίδιο που παρουσιάζει τον πολυμορφισμό. Ο πολυμορφισμός αυτός, ωστόσο, έχει βρεθεί μόνο στους Ανατολικούς – Ασιατικούς πληθυσμούς. Η σημασία της μη δραστηκής μορφής του ενζύμου, στις περιπτώσεις αυτές, έγκειται στο ότι προκαλούνται ταχέως υψηλές συγκεντρώσεις ακεταλδεϋδης στο αίμα. Οι συγκεντρώσεις αυτές προκαλούν πολύ δυσάρεστα, έντονα συμπτώματα όπως ναυτία, κεφαλαλγία και ταχυκαρδία μετά τη λήψη αλκοόλ. Η απάντηση αυτή στη λήψη αλκοόλ είναι ένας σημαντικός παράγοντας που αποτρέπει το άτομο από τη λήψη μεγαλύτερης ποσότητας. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ο πολυμορφισμός του γονιδίου ALDH2 συνδέεται όχι μόνο με τον κίνδυνο εξάρτησης από αλκοόλ αλλά και με τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ από υγιή άτομα (Higuchi et al., 1996).

Η λήψη αλκοόλ, όπως και άλλων εθιστικών ουσιών, οδηγεί στην εμφάνιση μιας συμπτωματολογίας μέσω της παρεμβολής στη μετάδοση σημάτων μεταξύ των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Στη μετάδοση αυτή συμμετέχουν πολύπλοκα συστήματα που περιλαμβάνουν χημικούς μεσολαβητές που καλούνται νευροδιαβιβαστές. Οι ουσίες αυτές απελευθερώνονται από ορισμένα νευρικά κύτταρα και προσλαμβάνονται από άλλα. Μεταξύ των σημαντικότερων νευροδιαβιβαστών είναι το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), η ντοπαμίνη και η ακετυλοχολίνη (Stryer et al., 2011).

### **3.6.2 Ο ρόλος των γονιδίων που κωδικοποιούν υποδοχείς GABA**

Το «γ-αμινο-βουτυρικό οξύ» (gamma-amino-butyric acid) ή GABA είναι ένας ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής, που εμποδίζει τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου να πυροδοτούν ανεξέλεγκτα, μειώνοντας τη συχνότητα εκφορτίσεων, «χαλαρώνοντας» έτσι το σώμα και μειώνοντας το άγχος. Η δράση του GABA έχει συσχετισθεί με πολλές συμπεριφορές που σχετίζονται με τη λήψη οινοπνεύματος, όπως η αδεξιότητα κινήσεων, τα αγχολυτικά αποτελέσματα, η δυσκολία της απόσυρσης και η τάση της εξάρτησης (Grobin et al., 1998) Το GABA μεσολαβεί τις δράσεις του αλληλεπιδρώντας με τους διάφορους υποδοχείς του. Αξίζει να αναφερθεί ότι ορισμένα από τα γονίδια που κωδικοποιούν υποδοχείς του GABA (GABRG1, GABRA2, GABRA4, και GABRB1), εδράζονται στο χρωμόσωμα 4, γενετικό τόπο που έχει συσχετισθεί πολλαπλώς με την εξάρτηση στο αλκοόλ. Μάλιστα, μεταλλάξεις στο γονίδιο GABRA2, αλλά και στο γονίδιο GABRG1 έχουν συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης εξάρτησης από το αλκοόλ (Long et al, 1998, Reich et al, 1998, Edenberg et al., 2004, Soyka, 2008, Enoch et al., 2009).

Τέλος, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη ερευνητών κορυφαίων βρετανικών πανεπιστημίων, τα αποτελέσματα της οποίας δημοσιεύθηκαν στο επιστημονικό περιοδικό Nature Communications, εντοπίστηκε μετάλλαξη του γονιδίου που κωδικοποιεί τον Gabrb1 υποδοχέα και οδηγεί σε εξάρτηση από το αλκοόλ. Το πείραμα αφορούσε ποντίκια, ωστόσο, οι ερευνητές θεωρούν τα συμπεράσματα της έρευνας μπορούν να επεκταθούν και στον άνθρωπο. Παρά το γεγονός ότι στο παρελθόν διάφορα γονίδια έχουν συνδεθεί με τον αλκοολισμό, για πρώτη φορά η προσπάθεια αυτή των επιστημόνων φαίνεται να οδηγεί στην ανακάλυψη της σχέσης αιτίας και αποτελέσματος ανάμεσα σε μια γονιδιακή μετάλλαξη και τον εθισμό στο αλκοόλ (Long et al, 1998, Reich et al, 1998,Edenberg et al., 2004, Soyka, 2008, Enoch et al., 2009).

Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι τα ποντίκια με τη φυσιολογική εκδοχή του γονιδίου *Gabrb1* δεν ενδιαφέρονταν ιδιαίτερα για το αλκοόλ και προτιμούσαν να πίνουν νερό, ενώ τα ποντίκια που είχαν μια μεταλλαγμένη εκδοχή του γονιδίου, εμφάνιζαν μεγάλη επιθυμία να πίνουν αλκοόλ, το οποίο αναλογούσε στο 85% των υγρών που έπιναν (Long et al, 1998, Reich et al, 1998, Edenberg et al., 2004, Soyka, 2008, Enoch et al., 2009).

Το γονίδιο *Gabrb1* παίζει ρόλο στη ρύθμιση της χημικής λειτουργίας του εγκεφάλου σε περιοχές που ελέγχουν τα ευχάριστα συναισθήματα και την ανταμοιβή. Η μετάλλαξη του γονιδίου επιδρά στον πρωτεϊνικό υποδοχέα που εντοπίζεται στις συνάψεις των νευρώνων και τροποποιεί τη δράση του νευροδιαβιβαστή GABA, ώστε ο εγκέφαλος να επιδιώκει όλο και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την κατανάλωση αλκοόλ. Προκαλείται έτσι μια ηλεκτρική δραστηριότητα που αυξάνει την ευχαρίστηση που αποκομίζει ο εγκέφαλος από την κατανάλωση αλκοόλ (HealthyLiving, 2013).

### **3.6.3 Ο ρόλος άλλων νευροδιαβιβαστών**

Εκτός από το GABA, ένας ακόμη νευροδιαβιβαστής που έχει συσχετισθεί με την εξάρτηση στο αλκοόλ είναι η ακετυλοχολίνη. Η ουσία αυτή συμμετέχει στη μεταβίβαση των νευρικών ώσεων και έχει ενισχυτική δράση, σε αντίθεση με το GABA. Η ακετυλοχολίνη μεσολαβεί τις δράσεις της μέσω υποδοχέων, ένας εκ των οποίων κωδικοποιείται από το γονίδιο που καλείται *CHRM2*. Μεταλλάξεις του γονιδίου αυτού, που εδράζεται στο χρωμόσωμα 7, έχουν συσχετισθεί με την εξάρτηση από το αλκοόλ (Wang et al., 2004, Luo et al., 2005).

Η ντοπαμίνη αποτελεί έναν ακόμη νευροδιαβιβαστή που έχει βρεθεί να σχετίζεται με το αλκοόλ και την εξάρτηση από αυτό. Η επίδραση του αλκοόλ στο σύστημα της ντοπαμίνης, έχει αποκτήσει ισχυρή θέση στη μελέτη του αλκοολισμού, λόγω της εμπλοκής της ντοπαμίνης στα κέντρα ανταμοιβής του εγκεφάλου. Σύμφωνα με έρευνες, πολυμορφισμοί σε γονίδιο που κωδικοποιεί τον υποδοχέα μέσω του οποίου ασκεί τη δράση της η ντοπαμίνη ενδέχεται να σχετίζονται με την εξάρτηση από το αλκοόλ. Πρόκειται για το γονίδιο του υποδοχέα D2 της ντοπαμίνης (*DRD2*) (Blum et al., 1990).

### **3.6.4 Ο ρόλος του ενδογενούς συστήματος οπιοειδών**

Ένα ακόμα είδος γονιδίων που έχει συσχετιστεί με την εξάρτηση από το αλκοόλ είναι αυτά που σχετίζονται με το ενδογενές σύστημα των οπιοειδών. Τα ενδογενή οπιοειδή είναι μικρά μόρια που παράγονται φυσικά από τον οργανισμό και ασκούν δράση ανάλογη με αυτήν των οπιοειδών. Στις πολλαπλές δράσεις των ουσιών αυτών ανήκει και η ρύθμιση της δράσης ορισμένων νευροδιαβιβαστών. Μάλιστα, τα ενδογενή οπιοειδή είναι σε θέση να ενισχύσουν τη δράση διαφόρων φαρμάκων, αλλά και του αλκοόλ (Ιατρού, 2003).

Όσον αφορά στα γονίδια που σχετίζονται με το ενδογενές σύστημα οπιοειδών, η έρευνα για τη συσχέτισή τους με την εξάρτηση από το αλκοόλ έχει εστιάσει σε ένα γονίδιο που αποκαλείται OPRM1 και κωδικοποιεί έναν υποδοχέα οπιοειδών. Σύμφωνα με εργαστηριακές μελέτες το γονίδιο OPRM1 συνδέεται με ευαισθησία στα αποτελέσματα του φέρνει η λήψη οιοπνεύματος (Ray&Hutchison, 2004) Εκτός από το γονίδιο OPRM1, πολυμορφισμοί και στο γονίδιο OPRK1 που κωδικοποιεί έναν άλλον υποδοχέα ενδογενών οπιοειδών έχουν συσχετισθεί με την εξάρτηση από το αλκοόλ (Ray&Hutchison, 2004).

### **3.7 GDNF :Ένα νέο, άμεσα ανταποκρινόμενο γονίδιο στην αιθανόλη**

Ο Gdnf,(Glial cell line neurotropic factor) είναι ένας νευροτροπικός παράγοντας, που προάγει την ανάπτυξη των κυττάρων και προκαλεί την έκκριση ντοπαμίνης. Ο παράγοντας αυτός, προέρχεται από γλοιακά κύτταρα που έχουν αναπτυχθεί σε εργαστηριακό περιβάλλον, τα οποία παίζουν υποστηρικτικό ρόλο στους εγκεφαλικούς νευρώνες (Ahmadiantehrani et al., 2013).

Η έρευνα που δημοσιεύεται στο περιοδικό 'Proceedings of the National Academy of Sciences Journal' έγινε σε ποντίκια, από τους ερευνητές του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια στο Σαν Φρανσίσκο. Οι επιστήμονες ενέχυσαν την πρωτεΐνη GDNF κατευθείαν σε περιοχή του εγκεφάλου που πιστεύεται ότι παρεμβαίνει στην επιθυμία του ατόμου για ουσίες. Τα ποντίκια βρέθηκαν σε περιβάλλον που είχε σχεδιαστεί να μιμηθεί την 'κοινωνική κατανάλωση αλκοόλ' των ανθρώπων, με ένα μοχλό που μπορούσαν να σπρώξουν για να τους δοθεί αλκοολούχο ποτό. Η πρωτεΐνη άρχισε να δρα σχεδόν αμέσως και τα αποτελέσματα ήταν εμφανή σε δέκα λεπτά. Η έρευνα, επίσης υποδεικνύει ότι οι άλλες

έντονες επιθυμίες δεν επηρεάστηκαν καθώς η επιθυμία του ποντικού για το σακχαρούχο νερό έμεινε αναλλοίωτη (Ahmadiantehrani et al, 2013).

Επιπλέον, με την αγωγή με GDNF, τα ποντίκια φάνηκε να έχουν λιγότερες πιθανότητες για υποτροπή του αλκοολισμού μετά από περίοδο αποχής κατά την οποία η προσφορά αλκοόλ σταμάτησε για ορισμένο χρονικό διάστημα πριν την επανέναρξή της. Ο Dr Dorit Ron, επικεφαλής της έρευνας, πιστεύει ότι τα αποτελέσματα ανοίγουν το δρόμο σε υποσχόμενη νέα στρατηγική για την καταπολέμηση της κατάχρησης αλκοόλ, του εθισμού και ειδικά της υποτροπής.

### **3.8 Κοινωνικές επιπτώσεις του αλκοόλ**

#### **3.8.1 Τα ατυχήματα**

Με τη λέξη ατυχήματα δεν εννοούμε αποκλειστικά και μόνο τα τροχαία αλλά και πολλά άλλα όπως εργατικά, οικιακά, που συμβαίνουν σχεδόν καθημερινά. Όσον αφορά τα τροχαία ατυχήματα, έχει γίνει πλέον σύνηθες φαινόταν, κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών και των περιόδων γενικότερα που πραγματοποιούνται οι λεγόμενοι μεγάλοι έξοδοι των Ελλήνων να ενημερωνόμαστε ή και να γινόμαστε μάρτυρες τροχαίων ατυχημάτων, η πλειοψηφία των οποίων οφείλεται στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Monras, Mondon, Ortega et al, 2005).

Μάλιστα όχι μόνο στον ελλαδικό χώρο αλλά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 1990, 560.000 άτομα τραυματίστηκαν και 17.000 έχασαν την ζωή τους σε τροχαία ατυχήματα λόγω κατανάλωσης οινοπνεύματος. Το οινόπνευμα, μαζί με την κόπωση και το σκοτάδι, είναι η αιτία των αυξημένων τροχαίων ατυχημάτων κατά τις νυκτερινές ώρες καθώς και τα Σαββατοκύριακα, στη διάρκεια των οποίων παρατηρείται υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος (Monras, Mondon, Ortega et al., 2005).

Επίσης, για τους πεζούς που πίνουν ο κίνδυνος να πέσουν θύματα τροχαίων ατυχημάτων αυξάνεται. Στην Ελλάδα έχει εκτιμηθεί ότι τα σχετικά ποσοστά είναι ακόμα πιο υψηλά. Σε έρευνα που έγινε στην Κρήτη διαπιστώθηκε ότι το 60% των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων οφειλόταν στο οινόπνευμα και ότι το 7% οδηγεί με μεγαλύτερη του επιτρεπτού συγκέντρωση του οινοπνεύματος στο αίμα (Γούντας, 2000). Στην Ελλάδα όμως το αλκοόλ έχει συνδεθεί και με ένα άλλο είδος ατυχημάτων και συγκεκριμένα τα θαλάσσια,



καθώς πολλά καταγράφονται τους καλοκαιρινούς μήνες κάθε έτους. Πλέον αρκετά συχνά ενημερωνόμαστε για τραυματισμούς λουομένων από τους πλοηγούς ταχυπλόων και jet-ski, οι οποίοι βρίσκονται υπό την επήρεια αλκοόλ (Monras, Mondon, Ortega et al., 2005).

Σύμφωνα με τον Τσαρούχα (2000), μόνο το 1998, σύμφωνα με στοιχεία του υπουργείου Εμπορικής Ναυτιλίας, 5 άνθρωποι που κολυμπούσαν κοντά στις ακτές τραυματίστηκαν θανάσιμα από τέτοια σκάφη. Ενώ το 1999 δύο άτομα είχαν χάσει τη ζωή τους και 9 είχαν τραυματιστεί σε 5 θαλάσσια δυστυχήματα. Τα τροχαία δυστυχήματα στην Ελλάδα αποτελούν την τρίτη βασική αιτία θανάτου για το γενικό πληθυσμό μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τις νεοπλασματικές ασθένειες. Οι νέοι οδηγοί έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα.

Σε σχέση με διάφορες άλλες ευρωπαϊκές χώρες η Ελλάδα φαίνεται να έχει το μεγαλύτερο ποσοστό στα τροχαία δυστυχήματα. Σε αντίθεση με χώρες όπως η Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία, η Ελλάδα ανήκει σε μια ομάδα χωρών που έχουν υψηλά ποσοστά τροχαίων δυστυχημάτων όπως η Ισπανία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και η Πορτογαλία (Monras, Mondon, Ortega et al., 2005).

Το συμπέρασμα ότι οι νέοι οδηγοί έχουν υψηλά ποσοστά εμπλοκής σε τροχαία δυστυχήματα είναι ένα από τα πιο αποδεκτά ευρήματα αυτής της έρευνας που επιπλέον έχει δείξει ότι ο ανθρώπινος παράγοντας ευθύνεται για την πλειοψηφία των τροχαίων δυστυχημάτων. Οι Gregersen και Berg (1994) αναφέρθηκαν σε τέσσερις διαφορετικές ομάδες παραγόντων που συμβάλλουν στα υψηλά ποσοστά εμπλοκής σε τροχαία δυστυχήματα των νέων οδηγών που είναι οι εξής:

- α) το επίπεδο των πραγματικών γνώσεων και ικανοτήτων τους,
- β) οι προσωπικές τους εμπειρίες,
- γ) η προσωπική ανάπτυξη και ωριμότητα και
- δ) η κοινωνική κατάσταση και ο τρόπος

Αν και ο τρόπος ζωής φαίνεται να έχει κάποια σχέση με την οδήγηση και με την επίδοση του οδηγού και συχνά να επηρεάζει τον κίνδυνο εμπλοκής σε τροχαία δυστυχήματα, κάτι τέτοιο δεν έχει ερευνηθεί εκτενέστερα και σε βάθος. Το κύριο αντικείμενο της έρευνας ήταν να βρεθεί κατά πόσο υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αυξανόμενου κινδύνου των οδηγών που τρέχουν και του τρόπου ζωής τους, της σκέψης τους και των ενεργειών τους σε κοινωνικό επίπεδο. Όσον αφορά τον τρόπο ζωής και το αλκοόλ αποδείχτηκε ότι οι νέοι

οδηγοί , που ο τρόπος ζωής τους ήταν άμεσα συνδεδεμένος με την κατανάλωση αλκοόλ, έτειναν να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμπλοκής σε τροχαία δυστυχήματα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με αυτά προηγούμενων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στη Γερμανία (Schulze, 1990) και στη Σουηδία (Gregersen & Berg, 1994, Chliaoutakis et al., 1999).

### **3.8.2 Βία – εγκληματικότητα**

Μία επιπλέον συνέπεια της κατανάλωσης αυξημένων ποσοτήτων αλκοόλ είναι και η βίαιη συμπεριφορά, εκείνη δηλαδή που πραγματοποιείται όταν το άτομο χάνει τον αυτοέλεγχό του. Τέτοιου είδους συμπεριφορά παρατηρείται σε άτομα υπό την επήρεια αλκοόλ και συνήθως προσανατολίζεται προς τον οικογενειακό κυρίως και λιγότερο τον κοινωνικό περίγυρο. Κάτι τέτοιο συμβαίνει, επειδή η κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί διεγερτικότητα, η οποία μεταφράζεται στις περισσότερες περιπτώσεις σε επιθετικότητα και χειροδικία. Υποστηρίζεται ότι το αλκοόλ αποδεσμεύει τον άνθρωπο από ορισμένες αναστολές του, με αποτέλεσμα να προβαίνει σε εγκληματικές ενέργειες, πολλές από τις οποίες την επόμενη μέρα δε θυμάται καν. Οι εγκληματολογικές στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι τουλάχιστον στο 80% των βίαιων εγκλημάτων εμπλέκεται κατά κάποιο τρόπο το αλκοόλ. Επομένως η μέθη αποτελεί σημαντικό παράγοντα από αυτή την πλευρά (Τσαρούχας, 2000).

Έχει επίσης αναφερθεί ότι μεγάλο ποσοστό των βιασμών που έχουν κατά καιρούς καταγραφεί ανά τον κόσμο και έχουν κατ' επέκταση καταδικαστεί, αφορούσαν εγκλήματα υπό την επήρεια αλκοόλ κατά την διάρκεια της πράξης. Γενικότερα αυτό που αποτελεί σίγουρο και αυταπόδεικτο γεγονός είναι ότι με την ανεξέλεγκτη κατανάλωση αλκοόλ πιθανότατα κάποιο άτομο να οδηγηθεί σε πράξεις, τις οποίες δε θα διέπραττε σε περίπτωση που δεν ήταν μεθυσμένο. Παρακάτω ακολουθεί ένας συγκεντρωτικός πίνακας που παρουσιάζει τα ποσοστά αρνητικών επιπτώσεων που προκαλεί η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ όπως θανάτους από κίρρωση του ήπατος, θανάτους από αλκοολική ψύχωση, τροχαία ατυχήματα, ενώ παράλληλα παρατίθενται και ενδιαφέρουσες, συμπληρωματικές πληροφορίες για την εκάστοτε ευρωπαϊκή χώρα. Συγκεκριμένα για την Ελλάδα δεν εμπεριέχονται στοιχεία που αφορούν τα τροχαία ατυχήματα που αποδίδονται στο αλκοόλ, παρόλο που στη χώρα μας έχουν πάρει ανησυχητικές διαστάσεις (Τσαρούχας, 2000).

## Ανακεφαλαίωση

Περνώντας από όλα αυτά τα στάδια, όπως παρατέθηκαν παραπάνω, το άτομο προβαίνει σε ολοένα αυξανόμενη χρήση αλκοόλ, με ολέθριες για την υγεία του συνέπειες. Σε περίπτωση κατάχρησης, το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα σωματικά και ψυχολογικά, γνωστά ως μέθη.

Οι σωματικές ενδείξεις της μέθης είναι η ερυθρότητα του προσώπου, η συγκεχυμένη ομιλία, η αστάθεια στις κινήσεις ή η αδυναμία συντονισμού των κινήσεων. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της μέθης είναι η άρση των αναστολών του ατόμου. Έτσι μπορεί να εμφανιστεί πολύ έξυπνο, κοινωνικό και υπερκινητικό με οξυμένη ικανότητα σκέψης, αλλά όσο προχωρά η κατανάλωση γίνεται μελαγχολικό, εσωστρεφές και τελικά μπορεί ακόμα και να χάσει τις αισθήσεις του.

Η μέθη είναι επίσης συχνά υπεύθυνη για εγκληματικές συμπεριφορές. Από σοβαρή κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκληθεί θάνατος του χρήστη, κυρίως από καταστολή των αναπνευστικών κέντρων ή από αναρρόφηση εμετού. Στις επιπτώσεις από τη χρόνια κατάχρηση συγκαταλέγονται επίσης και η προσβολή του ήπατος, του παγκρέατος, του πεπτικού σωλήνα, παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, των οστών του κεντρικού νευρικού συστήματος, των μυών, του αίματος και του ενδοκρινικού συστήματος. Η κατάχρηση οινοπνεύματος είναι δηλαδή μια νόσος που προσβάλλει όλα τα όργανα του σώματος.

Σε συνδυασμό με όλα τα παραπάνω, έρχονται να προστεθούν παθολογίες που πολύ συχνά σχετίζονται με την ελλειμματική κατάσταση της διατροφής των χρόνιων αλκοολικών, λόγω της μη ισορροπημένης διαίτας και την επίδραση της αιθανόλης στην απορρόφηση των λιπιδίων, των υδατανθράκων και βιταμινών. Η αιθανόλη επίσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιθανό να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές με γνωστότερη την νευρολογική διαταραχή γνωστή και ως εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο. Σε νοσοκομείο του Ηνωμένου Βασιλείου διεξήχθη μία μελέτη με στόχο τη διερεύνηση των διαταραχών από τη χρήση οινοπνεύματος με ένα τεστ ταυτοποίησης ανωμαλιών από το αλκοόλ (alcohol use disorders identification test – AUDIT- σε παρακάτω κεφάλαιο θα αναλύσουμε το AUDIT).

Το τεστ είχε την μορφή ερωτηματολογίου και διανεμήθηκε σε 874 ασθενείς, που εισήχθησαν με συμπτώματα οξείας μέθης. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν στις τυπικές εξετάσεις αίματος, έτσι ώστε να τα αποτελέσματά τους να συνδυαστούν με τις απαντήσεις τους.

Η δομή του ερωτηματολογίου είχε ως εξής: ο ασθενής κλήθηκε να απαντήσει σε μια σειρά 10 ερωτήσεων σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος, τις συνήθειες του σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος, τα προβλήματα που θεωρεί ότι συνδέονται με το οινόπνευμα. Οι ασθενείς στη συνέχεια παρακολουθήθηκαν και για συμπτώματα στέρησης. Στο τέλος της έρευνας δείχθηκε ότι το 11% των ασθενών αντιμετώπιζε πρόβλημα κατάχρησης, ενώ το 2% του συνόλου παρουσίασαν επιπλέον κλινικά συμπτώματα στέρησης. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν ότι οι έλεγχοι είναι χρήσιμοι για την διάγνωση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ και αποτελούν ένα πρώτο εργαλείο απεικόνισης της κλινικής εικόνας, σε συνδυασμό και με την αξιολόγηση βιολογικών δεικτών των ασθενών που εισέρχονται στο νοσοκομείο.

## Κεφάλαιο 4ο Διαγνωστικά εργαλεία του αλκοολισμού

### Εισαγωγή

Στον τομέα του αλκοολισμού, όταν ξεκινάμε μια διαγνωστική ή θεραπευτική σχέση με ένα άτομο, είναι χρήσιμο να έχουμε στη διάθεσή σας ένα ευρύ φάσμα τεχνικών εργαλείων για την όσο το δυνατόν λεπτομερέστερη αξιολόγηση και συλλογή πληροφοριών (Gemma, Vichy, Testai, 2006).

Η ιατρική εξέταση και οι στόχοι συνοδεύουν ανάγλυφα τις εν λόγω διαπιστώσεις από την κλινική συνέντευξη, τις εργαστηριακές εξετάσεις των βιοχημικών δεικτών, τα δεδομένα που προσφέρονται από τους συγγενείς των αλκοολικών, τις αποτιμήσεις και γενικά να προέρχεται από την ευρύτερη επιδημιολογική έρευνα (Gemma, Vichi, Testai, 2006).

Στο πλαίσιο αυτό, είναι χρήσιμο, ειδικά για τον ψυχολόγο που εργάζεται σε αυτόν τον τομέα, να χρησιμοποιούνται τα τεστ και οι ψυχολογικές αντιδράσεις ψυχική και τα ερωτηματολόγια. Η χρήση των τεστ και των ερωτηματολογίων μπορούν να συγκεντρώσουν πληροφορίες χρήσιμες για τον ορισμό των κρουσμάτων και τον προσανατολισμό των αποφάσεων για την επικείμενη θεραπεία. Σε αυτό το κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με τα τεστ και τα ερωτηματολόγια που θα χρησιμοποιηθούν στον τομέα του αλκοολισμού σε μια προσπάθεια να μας παρέχουν καθοδήγηση για την επιλογή της πλέον κατάλληλης θεραπείας για ασθενείς με προβλήματα και τις δυσκολίες που προκύπτουν από τη κατάχρηση του αλκοόλ (FrancoAngeli, 1985).

Θα ορίσουμε τι είναι ένα τεστ, αφιερώνοντας μέρος της εργασίας σε μερικούς γενικούς μηχανισμούς που θα χρησιμοποιήσουμε. Στη συνέχεια θα εστιάσουμε στην επιλογή για κάθε μηχανισμό, τη διαφοροποίηση μεταξύ των τεστ και των γενικών και ειδικών ερωτηματολογίων. Τα τελευταία θα παρουσιαστούν στο καταληκτικό μέρος του κεφαλαίου. Ένα τεστ ή η αντιδραστική διάνοια είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τον έλεγχο ψυχολογικές διαστάσεις. Βασίζεται σε συστηματική παρατήρηση της συμπεριφοράς του υποκειμένου μπροστά από ερεθίσματα δομημένα ομόλογα που αποτελούν ακριβώς η δοκιμή. Κατά τη χορήγηση του τεστ, ο ψυχολόγος προτείνει το πρόσωπο στο οποίο είστε που ασχολούνται με μια κατάσταση που σας δίνει τη δυνατότητα να συλλέγουν τυποποιημένων απαντήσεων ή των αντιδράσεων (Bollati Basic Books 1993).

#### 4.1 Διαγνωστικά κριτήρια

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει τα κριτήρια για τη διάγνωση της εξάρτησης από το οινόπνευμα. Αυτά είναι:

- Û Ανοχή. Καθορίζεται ως η ανάγκη συνεχούς αυξανόμενης κατανάλωσης αλκοόλ για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
- Û Στέρηση. Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων (τρόμος, ναυτία, εμετός και κεφαλαλγία) εάν δεν γίνει λήψη αλκοόλ.
- Û Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος για μεγάλες περιόδους.
- Û Ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής.
- Û Συνεχώς αυξανόμενη προσπάθεια για προμήθεια οινοπνεύματος.
- Û Περιορισμός κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στη λήψη αλκοόλ.
- Û Συνεχιζόμενη χρήση παρά τα προβλήματα υγείας εξαιτίας του οινοπνεύματος.
- Û Ο συνδυασμός τριών από τα παραπάνω κριτήρια σε μια περίοδο 12 μηνών θέτει τη διάγνωση της εξάρτησης από την αιθανόλη (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009).

Ο αλκοολισμός είναι νόσος και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα. Υπάρχουν μεγάλες ομοιότητες -όσο και αν αυτό ξενίζει ορισμένους- μεταξύ ενός αλκοολικού και ενός τοξικομανούς (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009).

Ο αλκοολισμός χαρακτηρίζεται από:

- Û Ψυχική εξάρτηση: (έντονη επιθυμία για κατανάλωση αλκοόλ, λόγω της ευφορίας και της ευχαρίστησης που αυτή προσφέρει.
- Û Σωματική εξάρτηση: (ανάγκη για λήψη αλκοόλ λόγω του γεγονότος ότι ο οργανισμός το χρειάζεται σαν βασικό διατροφικό στοιχείο, ύστερα από χρόνια κατανάλωση). Παρατηρούνται οργανικές και λειτουργικές διαταραχές αν δεν καταναλωθεί αλκοόλ.
- Û Αντοχή: Ο αλκοολικός αναζητά ολοένα και μεγαλύτερη ποσότητα για να αισθανθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Û Απώλεια οποιουδήποτε ενδιαφέροντος και αδιαφορία για τις κοινωνικές του δραστηριότητες (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009).

Πρέπει να σημειωθεί τα παραπάνω σημεία χαρακτηρίζουν την τυπική μορφή του αλκοολισμού χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κάποιος πρέπει να παρουσιάζει αποκλειστικά αυτά προκειμένου να θεωρηθεί αλκοολικός. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει τα κριτήρια για τη διάγνωση της εξάρτησης από το οινόπνευμα. Αυτά είναι:

- Û Ανοχή. Καθορίζεται ως η ανάγκη συνεχούς αυξανόμενης κατανάλωσης αλκοόλ για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
- Û Στέρηση. Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων (τρόμος, ναυτία, εμετός και κεφαλαλγία..) εάν δεν γίνει λήψη αλκοόλ.
- Û Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος για μεγάλες περιόδους.
- Û Ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής.
- Û Συνεχώς αυξανόμενη προσπάθεια για προμήθεια οινοπνεύματος.
- Û Περιορισμός κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στη λήψη αλκοόλ.
- Û Συνεχιζόμενη χρήση παρά τα προβλήματα υγείας εξαιτίας του οινοπνεύματος (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009).

Ο συνδυασμός τριών από τα παραπάνω κριτήρια σε μια περίοδο 12 μηνών θέτει τη διάγνωση της εξάρτησης από την αιθανόλη (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009).

## **4.2 AUDIT**

Οι διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ αναφέρονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως ένα μεγάλο πρόβλημα υγείας. Λόγω της έκτασης και της σοβαρότητας του προβλήματος είναι πολύ σημαντική η πρόωμη ανίχνευση η οποία απαιτεί εύχρηστα και εξειδικευμένα εργαλεία, ένα εκ των οποίων είναι το ερωτηματολόγιο AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Σκοπός της μελέτης είναι ο έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου AUDIT σε ελληνικό πληθυσμό. Η μετάφρασή του έγινε στα ελληνικά από το αγγλικό πρωτότυπο από δύο δίγλωσσους ψυχίατρους, όπως και η αντίστροφη μετάφρασή του (Gache, Michaud , Laundry et al., 2005).

Περιλαμβάνει δέκα (10) ερωτήσεις, ενώ συνολικό σκορ  $\geq$  έντεκα (11) αντιστοιχεί σε σοβαρή εξάρτηση - κατάχρηση. Χορηγήθηκε σε 218 άτομα, από τα οποία τα 109 πληρούσαν τα κριτήρια εξάρτησης από το αλκοόλ (κατά DSM-IV), ενώ άλλα 109 άτομα χρησιμοποιήθηκαν ως υγιείς μάρτυρες. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας (δείκτης Cronbach  $\alpha$ ) ήταν 0,80, τόσο για τους μάρτυρες, όσο και για τους ασθενείς. Οι μάρτυρες παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερο μέσο όρο βαθμολογίας από τον αντίστοιχο των αλκοολικών. Η ευαισθησία του ερωτηματολογίου για επίπεδο απαντήσεων  $\geq 8$  ήταν 0,98 και η ειδικότητά του για το ίδιο επίπεδο 0,94.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2003), το AUDIT παρουσιάζει αυξημένη εσωτερική συνάφεια και υψηλή εγκυρότητα, υψηλή ευαισθησία και εξειδίκευση. Πρόκειται για ένα εύχρηστο, γρήγορο, και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο, το οποίο μπορεί να συμβάλλει στη διερεύνηση ευαίσθητων πληθυσμών. Οι διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ αναφέρονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας το οποίο σύμφωνα με τελευταίες εκτιμήσεις αναλογεί στο 1,4% της συνολικής παγκόσμιας επιβάρυνσης από νοσήματα. Στις ΗΠΑ 8 εκατομμύρια άτομα πληρούν τα κριτήρια κατά DSM-IV για εξάρτηση από το αλκοόλ. Η εξάρτηση από το αλκοόλ αυξάνει το «ποσοστό θνησιμότητας» έως και 50%, ανεξάρτητα από το επίπεδο κατανάλωσης οινοπνεύματος, ενώ ο επιπολασμός της εξάρτησης από το αλκοόλ κυμαίνεται από 1–5%, σύμφωνα με τον ΠΟΥ για τις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες, περιλαμβανομένης και της Ελλάδας (Gache, Michaud, Laundry et al., 2005). Το κοινωνικό και οικονομικό κόστος της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι τόσο μεγάλο που αποτελεί μια σημαντική προτεραιότητα στα προγράμματα δημόσιας υγείας. (Washington, 2000).

Συνολικά, σε παγκόσμιο επίπεδο, η κατάχρηση/εξάρτηση από το αλκοόλ κατέχει τη 8η θέση στον πίνακα παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στο θάνατο (riskfactorcausesofdeath), με 2,3 εκατομμύρια θανάτους, που αντιστοιχούν στο 3,4% του συνόλου των θανάτων (Grant, Hanson, Stinson et al., 2004) Στην Ελλάδα, η επιδημιολογία της χρήσης του αλκοόλ παρουσιάζει μεταβολές σε σχέση με τον παραδοσιακό τρόπο κατανάλωσης και, σύμφωνα με μελέτη του 2004, η κατά κεφαλή κατανάλωση ανέρχεται στα 11,39 λίτρα, καταλαμβάνοντας έτσι η χώρα τη 10η θέση μεταξύ 26 ευρωπαϊκών χωρών, με δείκτη επιβλαβούς χρήσης. Μελέτες επισημαίνουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα είναι μια πολύ διαδεδομένη συνήθεια, ενώ η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αφορά ένα



στα δέκα άτομα, και σε άνδρες σε πενταπλάσιο αριθμό. Αυτού του τύπου η κατανάλωση αφορά, επίσης, στην ομάδα των νέων ενηλίκων δεκαοχτώ (18)–εικοσιτέσσερα (24) ετών, με υπέρσχυση πάλι των ανδρών σε αναλογία 1:59. Λόγω της σοβαρότητας του προβλήματος και της συσχέτισής του με ένα ευρύ φάσμα ιατρικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων, είναι πολύ σημαντική η πρόωμη ανίχνευση στην αρχική φάση της κατάχρησης, η οποία απαιτεί εξειδικευμένα εργαλεία διάγνωσης όπως το AlcoholUseDisordersIdentification Test (AUDIT) (Saunders, Aasland, Babor et al, 1993).

Σκοπός της μελέτης είναι η στάθμιση του ερωτηματολογίου AUDIT σε ελληνικό πληθυσμό. Το AUDIT ανιχνεύει την κατάχρηση/εξάρτηση από το αλκοόλ και έχει χρησιμοποιηθεί σε ένα μεγάλο αριθμό ερευνητικών μελετών, όπου χορηγείται ως διαγνωστικό και ερευνητικό εργαλείο (Mueller, Degen, Petitjean et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε από μια ομάδα εργασίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), που επέλεξε ερωτήσεις, οι οποίες εντόπιζαν τα άτομα υψηλού κίνδυνου για κατάχρηση/εξάρτηση από το αλκοόλ, σε μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν έξι χώρες (Babor, Higgins-Biddle, Saunders et al., 2001).

Το ερωτηματολόγιο AUDIT περιλαμβάνει δέκα (10) ερωτήσεις, που βαθμολογούνται η κάθε μια από 0 έως 4. Από το σύνολο των δέκα (10) ερωτήσεων, τρεις αφορούν στη χρήση του αλκοόλ, τέσσερις στην εξάρτηση και τρεις στα προβλήματα που προκαλούνται από τη χρήση του αλκοόλ. Συνολική βαθμολογία  $\geq 8$  αποτελεί ένδειξη για πρόβλημα κατάχρησης αλκοόλ, ενώ βαθμολογία μεγαλύτερη του δεκαπέντε (15) υποδηλώνει εξάρτηση, σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών του. Η μετάφραση του AUDIT έγινε στα ελληνικά από το αγγλικό πρωτότυπο, από δύο δίγλωσσους ψυχιάτρους καθώς και αντίστροφη μετάφραση (Ryder, Cullen, Barry et al., 2009).

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε εκατόν εννιά (109) άτομα, εβδομήντα πέντε (75) άνδρες και τριάντα τέσσερις (34) γυναίκες, οι όποιοι πληρούσαν τα κριτήρια εξάρτησης από το αλκοόλ σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, και οι όποιοι προσήλθαν σε ειδικές μονάδες απεξάρτησης, ζητώντας βοήθεια. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στις μονάδες αυτές, υπό την εποπτεία κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού. Η μέση ημερήσια κατανάλωση οινοπνεύματος των εξαρτημένων αλκοολικών ήταν 250 g κατά το τελευταίο εξάμηνο, και ο χρόνος κατάχρησης ήταν μεγαλύτερος ή ίσος των πέντε (5) ετών. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε, επίσης, σε ομάδα υγιών μαρτύρων (109

άτομα, πενήντα τρις (53) άνδρες και πενήντα έξι (56) γυναίκες που δεν παρουσίαζαν διαπιστωμένη σωματική ή ψυχική νόσο, και δεν πληρούσαν τα κριτήρια του DSM-IV για εξάρτηση από το αλκοόλ. Το δείγμα των μαρτύρων προήλθε από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθηγητές μέσης εκπαίδευσης και εργατοτεχνικό προσωπικό. Το συνολικό δείγμα της μελέτης ανήλθε σε 218 άτομα (128 άνδρες και 90 γυναίκες). Καταγράφηκαν, τέλος, το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 40,71 ( $\pm 11,34$ ) έτη, ενώ, ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το 39,1% ήταν άγαμοι, το 44,6% έγγαμοι και το 14,7% διαζευγμένοι. (Gache, Michaud , Laundry et al., 2005).

**Πίνακος 1. AUDIT Ανάλυση αξιοπιστίας (Cronbach  $\alpha$ )**

AUDIT/Ερωτήσεις	Ομάδα μαρτύρων N=109		Ομάδα αλκοολικών N=109	
	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. Πόσο συχνά πίνετε κάτι που περιέχει αλκοόλ;	0,344	0,8096	0,1844	0,8052
2. Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνετε μια συνηθισμένη μέρα όταν πίνετε;	0,4342	0,7664	0,5902	0,7698
3. Πόσο συχνά πίνετε 6 ή περισσότερα ποτά την ημέρα;	0,5118	0,7562	0,5832	0,7705
4. Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο διαπιστώνετε ότι δεν είστε σε θέση να σταματήσετε να πίνετε άπαξ και αρχίσατε;	0,5841	0,753	0,6739	0,7565
5. Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο δεν καταφέρατε να κάνετε αυτό που οι άλλοι περίμεναν από σας λόγω του ότι είχατε πει;	0,4719	0,7657	0,5771	0,768
6. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, χρειάστηκε να πιείτε ένα ποτό το πρωί για να μπορέσετε να λειτουργήσετε μετά από ένα βράδυ που είχατε πει πολύ;	0,5993	0,7605	0,4724	0,7835
7. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, είχατε αισθήματα τύψεων και ενοχής μετά που είχατε πει πολύ;	0,5536	0,7583	0,5076	0,7771
8. Πόσο συχνά μέσα στον τελευταίο χρόνο, δεν μπορούσατε να θυμηθείτε τι συνέβη το προηγούμενο βράδυ γιατί είχατε πει;	0,7058	0,7509	0,5568	0,7709
9. Έχει τύχει εσείς ή κάποιος άλλος να τραυματιστεί λόγω του ότι είχατε πει;	0,3985	0,7739	0,2828	0,807
10. Υπάρχει κάποιος συγγενής, φίλος ή γιατρός που έχει ανησυχήσει για το πόσο πίνετε ή σας έχει συστήσει να το κόψετε;	0,5245	0,7543	0,3183	0,7974
Reliability Coefficient (N=10)	Alpha=0,7828		Alpha=0,7989	

**Πίνακας 2.** Μέση ηλικία και βαθμολογία στο AUDIT (κατά ομάδες)

		Ηλικία	Βαθμολογία
Ομάδα μαρτύρων	Mean	39,66	3,79
	N	109	109
	SD	12,80	3,60
Ομάδα αλκοολικών	Mean	41,75	26,68
	N	109	109
	SD	9,61	8,39
Σύνολο	Mean	40,71	15,24
	N	218	218
	SD	11,34	13,15

**Πίνακας 3.** Μέσες βαθμολογίες AUDIT ανά ερώτηση (κατά ομάδες)

		N	Mean	SD
AUDIT E1	Ομάδα αλκοολικών	109	3,59	0,78
	Ομάδα μαρτύρων	109	2,24	1,08
AUDIT E2	Ομάδα αλκοολικών	109	2,90	1,22
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,32	0,55
AUDIT E3	Ομάδα αλκοολικών	109	3,22	1,22
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,36	0,64
AUDIT E4	Ομάδα αλκοολικών	109	3,02	1,44
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,11	0,47
AUDIT E5	Ομάδα αλκοολικών	109	2,19	1,55
	Ομάδα μαρτύρων	109	7,33E-02	0,42
AUDIT E6	Ομάδα αλκοολικών	109	1,85	1,75
	Ομάδα μαρτύρων	109	6,42E-02	0,34
AUDIT E7	Ομάδα αλκοολικών	109	2,94	1,48
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,12	0,43
AUDIT E8	Ομάδα αλκοολικών	109	2,27	1,45
	Ομάδα μαρτύρων	109	8,25E-02	0,36
AUDIT E9	Ομάδα αλκοολικών	109	1,45	1,63
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,23	0,75
AUDIT E10	Ομάδα αλκοολικών	109	3,21	1,26
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,16	0,72

**Πίνακας 4.** Βαθμολογία AUDIT στην ομάδα των μαρτύρων (κατά φύλο)

	Mean	N	SD
Άνδρες	5,018*	53	4,10
Γυναίκες	2,642*	56	2,61
Σύνολο	3,798	109	3,60

\*Students t-test  $p < 0,01$

**Πίνακας 5.** Βαθμολογία AUDIT στην ομάδα των αλκοολικών (κατά φύλο)

	Mean	N	SD
Άνδρες	26,36*	75	8,56
Γυναίκες	27,41*	34	8,00
Σύνολο	26,68	109	8,39

\*Students t-test  $p > 0,05$

Το AUDIT παρουσιάζει αυξημένη τιμή εσωτερικής συνέπειας και υψηλή εγκυρότητα σε σχέση με τα κλινικά κριτήρια, καθώς και υψηλή ευαισθησία και εξειδίκευση. Ανιχνεύει το 97% των ασθενών και δε διαπιστώνεται διαφοροποίηση των βαθμολογικών ορίων του ερωτηματολογίου ανάλογα με το φύλο. Οι υψηλότερες βαθμολογίες στον ανδρικό πληθυσμό των υγιών μαρτύρων μπορούν, πιθανά, να αποδοθούν σε κοινωνικές παραμέτρους, που δεν υπεισέρχονται στην παρούσα μελέτη. Οι εξαρτημένοι από το αλκοόλ ασθενείς, ακριβώς λόγω της συνθετότητας του προβλήματος, έχουν πολυεπίπεδες ανάγκες, οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό προγραμμάτων αντιμετώπισης και αποθεραπείας.

Ο σχεδιασμός αυτός θα πρέπει να βασίζεται στον άξονα πρόληψης-ενημέρωσης, αναγνώρισης -διάγνωσης, θεραπείας και συνεχιζόμενης παρακολούθησης (Babor, Higgins-Biddle, Saunders et al., 2001).

Η πρόληψη των επιπλοκών της κατάχρησης/εξάρτησης αποτελεί έναν από τους κύριους άξονες πάνω στους οποίους πρέπει να στηριχθεί η αντιμετώπιση του συγκαλυμμένου αλκοολισμού, γεγονός που προϋποθέτει την πρώιμη αναγνώριση και ανίχνευση του προβλήματος (Garnick , Horgan, Chalk et.al., 2006). Στον άξονα αυτό, το AUDIT είναι ένα πολύτιμο, εύχρηστο, γρήγορο, και αξιόπιστο εργαλείο που μπορεί να βοηθήσει στη διερεύνηση των ευάλωτων πληθυσμών αλλά και των ασθενών με σοβαρά προβλήματα συννοσηρότητας ψυχικών διαταραχών και εξάρτησης (Kessler, Crum, Warner et. al., 1997).

Η χρήση του AUDIT μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), όπου λόγω της προέχουσας συχνά θέσης της μείζονος ψυχικής διαταραχής, η κατάχρηση και εξάρτηση από το αλκοόλ συχνά υποανιχνεύεται. Η πρώιμη ανίχνευση της συννοσηρότητας σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση. Είναι πολλοί οι ασθενείς που παρουσιάζονται στα ΤΕΠ με προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας σχετιζόμενα με το αλκοόλ, αλλά οι περισσότεροι εξ αυτών δεν ταυτοποιούνται (Foster, Heather et al., 2005, Kessler, Crum, Warner et al., 1997).

Ακόμα, η χρήση του ερωτηματολογίου μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην επιτάχυνση της ανίχνευσης αλκοολισμού σε ασθενείς που προσέρχονται σε Γενικά Νοσοκομεία (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009) και στην έγκαιρη παραπομπή τους σε μονάδες απεξάρτησης, δεδομένου ότι η καθυστερημένη ανίχνευση της συννοσηρότητας οδηγεί σε φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα τόσο όσο αφορά στο ίδιο το πρόβλημα του αλκοολισμού όσο και στις συνακόλουθες σωματικές νόσους (Monras, Mondo, Ortega et al., 2005). Επίσης, είναι τεκμηριωμένη η άποψη ότι υπάρχει αυξημένη συννοσηρότητα της εξάρτησης από το αλκοόλ με τις ψυχωτικές, τις αγχώδεις και τις διαταραχές της διάθεσης, όπως και με τις διαταραχές προσωπικότητας (Brady, Verduin, Tolliver et. al., 2007).

Για τους λόγους αυτούς, το AUDIT χρησιμοποιείται ευρύτατα παγκοσμίως, τόσο στην πρωτογενή πρόληψη, όσο και σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς για την πρώιμη ανίχνευση διαταραχών χρήσης αλκοόλ (Gache, Michaud, Laundry et al., 2005). Η κατάχρηση-εξάρτηση από το αλκοόλ, εκτός από μείζον επιδημιολογικό πρόβλημα, είναι και

ένα πρόβλημα το οποίο συνδέεται μ' ένα ευρύ φάσμα ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων. Η πρόωμη ανίχνευση και διάγνωση των διαταραχών χρήσης-κατάχρησης-εξάρτησης από το αλκοόλ είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη και τη θεραπεία των επιπλοκών που συνεπάγεται η παθολογική κατανάλωση αλκοόλ (Conigrave, Saunders, Reznik 1995).

Η χρήση ερωτηματολογίων, ειδικών στην ανίχνευση συγκαλυμμένων μορφών κατάχρησης εξάρτησης από το αλκοόλ, όπως το AUDIT, μπορεί να αποδεχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη. Η στάθμιση του ερωτηματολογίου αυτού σε ελληνικό πληθυσμό προσφέρει ένα χρήσιμο και αξιόπιστο εργαλείο στα προγράμματα πρόληψης και πρόωμης ανίχνευσης της εξάρτησης από το αλκοόλ. (Dervaux, Bayle, Laqueille et al., 2006).

### **4.3 TestAUDIT**

Αναπτύχθηκε-δημιουργήθηκε για περιπτώσεις υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, και ιδίως για να βοηθήσει τους επαγγελματίες στον εντοπισμό των ατόμων που θα επωφεληθούν από τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ ή το οριστικό τέλος του αλκοολισμού. Η πλειοψηφία όσων καταναλώνουν υπερβολικές δόσεις αλκοόλ παραμένει αχαρτογράφητη, αφού δεν είναι δυνατόν να καταγραφούν. Συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα ή προβλήματα που κανονικά δεν θα πρέπει να συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Το TEST AUDIT θα βοηθήσει τον γιατρό να προσδιορίσει αν το εξεταζόμενο άτομο έχει υπερβολικά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ, επικίνδυνα για την υγεία του ή εξάρτηση από το αλκοόλ ((Babor, Higgins-Biddle, Saunders et al., 2001).

**Πίνακας 1.** AUDIT Ανάλυση αξιοπιστίας (Cronbach  $\alpha$ )

AUDIT/Ερωτήσεις	Ομάδα μαρτύρων N=109		Ομάδα αλκοολικών N=109	
	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. Πόσο συχνά πίνετε κάτι που περιέχει αλκοόλ;	0,344	0,8096	0,1844	0,8052
2. Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνετε μια συνηθισμένη μέρα όταν πίνετε;	0,4342	0,7664	0,5902	0,7698
3. Πόσο συχνά πίνετε 6 ή περισσότερα ποτά την ημέρα;	0,5118	0,7562	0,5832	0,7705
4. Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο διαπιστώνετε ότι δεν είστε σε θέση να σταματήσετε να πίνετε άπαξ και αρχίσατε;	0,5841	0,753	0,6739	0,7565
5. Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο δεν καταφέρατε να κάνετε αυτό που οι άλλοι περίμεναν από σας λόγω του ότι είχατε πει;	0,4719	0,7657	0,5771	0,768
6. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, χρειάστηκε να πιείτε ένα ποτό το πρωί για να μπορέσετε να λειτουργήσετε μετά από ένα βράδυ που είχατε πει πολύ;	0,5993	0,7605	0,4724	0,7835
7. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, είχατε αισθήματα τύψεων και ενοχής μετά που είχατε πει πολύ;	0,5536	0,7583	0,5076	0,7771
8. Πόσο συχνά μέσα στον τελευταίο χρόνο, δεν μπορούσατε να θυμηθείτε τι συνέβη το προηγούμενο βράδυ γιατί είχατε πει;	0,7058	0,7509	0,5588	0,7709
9. Έχει τύχει εσείς ή κάποιος άλλος να τραυματιστεί λόγω του ότι είχατε πει;	0,3985	0,7739	0,2828	0,807
10. Υπάρχει κάποιος συγγενής, φίλος ή γιατρός που έχει ανησυχήσει για το πόσο πίνετε ή σας έχει συστήσει να το κόψετε;	0,5245	0,7543	0,3183	0,7974
Reliability Coefficient (N=10)	Alpha=0,7828		Alpha=0,7969	

**Πίνακας 2.** Μέση ηλικία και βαθμολογία στο AUDIT (κατά ομάδες)

		Ηλικία	Βαθμολογία
Ομάδα μαρτύρων	Mean	39,66	3,79
	N	109	109
	SD	12,80	3,60
Ομάδα αλκοολικών	Mean	41,75	26,68
	N	109	109
	SD	9,61	8,39
Σύνολο	Mean	40,71	15,24
	N	218	218
	SD	11,34	13,15

**Πίνακας 3.** Μέσες βαθμολογίες AUDIT ανά ερώτηση (κατά ομάδες)

		N	Mean	SD
AUDIT E1	Ομάδα αλκοολικών	109	3,59	0,78
	Ομάδα μαρτύρων	109	2,24	1,08
AUDIT E2	Ομάδα αλκοολικών	109	2,90	1,22
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,32	0,55
AUDIT E3	Ομάδα αλκοολικών	109	3,22	1,22
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,36	0,64
AUDIT E4	Ομάδα αλκοολικών	109	3,02	1,44
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,11	0,47
AUDIT E5	Ομάδα αλκοολικών	109	2,19	1,55
	Ομάδα μαρτύρων	109	7,33E-02	0,42
AUDIT E6	Ομάδα αλκοολικών	109	1,85	1,75
	Ομάδα μαρτύρων	109	6,42E-02	0,34
AUDIT E7	Ομάδα αλκοολικών	109	2,94	1,48
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,12	0,43
AUDIT E8	Ομάδα αλκοολικών	109	2,27	1,45
	Ομάδα μαρτύρων	109	8,25E-02	0,36
AUDIT E9	Ομάδα αλκοολικών	109	1,45	1,63
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,23	0,75
AUDIT E10	Ομάδα αλκοολικών	109	3,21	1,26
	Ομάδα μαρτύρων	109	0,16	0,72

**Πίνακας 4.** Βαθμολογία AUDIT στην ομάδα των μαρτύρων (κατά φύλο)

	Mean	N	SD
Άνδρες	5,018*	53	4,10
Γυναίκες	2,642*	56	2,61
Σύνολο	3,798	109	3,60

\*Students t-test  $p < 0,01$ **Πίνακας 5.** Βαθμολογία AUDIT στην ομάδα των αλκοολικών (κατά φύλο)

	Mean	N	SD
Άνδρες	26,36*	75	8,56
Γυναίκες	27,41*	34	8,00
Σύνολο	26,68	109	8,39

\*Students t-test  $p > 0,05$ 

(Πηγή: Περιοδικό ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, Τεύχος 1, Τόμος 21, Μάρτιος 2010).

Αλκοολισμός ονομάζεται η παθολογική σχέση που μπορεί να αναπτύξει το άτομο με το αλκοόλ. Ο συγκεκριμένος όρος υποδηλώνει την πλήρη εξάρτηση του ατόμου στο αλκοόλ. Ο αλκοολισμός προκαλεί και ψυχικές επιπτώσεις στην ανθρώπινη υγεία. Οι αλκοολικοί συχνά εμφανίζουν καταθλιπτικές και αυτοκαταστροφικές τάσεις. Συχνά παρατηρείται μείωση της σεξουαλικής απόδοσης και το άτομο συχνά παρουσιάζει παραισθήσεις. Το Ενδεικτικό Τεστ Αλκοολισμού (Alcohol Use Disorders Identification Test) αποδείχθηκε επαρκές για όλες τις εθνικές ομάδες και φύλα. Το τεστ αποτελείται από 10 ερωτήσεις και θα σας βοηθήσει να γνωρίσετε πόσο πρόβλημα έχετε και να αναζητήσετε βοήθεια.

Ενδεικτικό test αλκοολισμού του Εμμανουήλ Πολυζόπουλου, Ψυχίατρου- Ψυχοθεραπευτή:

---

**1 ) Πόσο συχνά πίνετε;**

**Ποτέ**

**Μηνιαία ή πιο αραιά**

**2-3 φορές μηνιαίως**

**2-3 εβδομαδιαίως**

**4 φορές την εβδομάδα**

---

**2 ) Πόσα ποτά (ποτήρια) πίνετε, σε μια συνηθισμένη μέρα που έχετε αποφασίσει να πιείτε;**

**1-2**

**3-4**

**5-6**

**7-9**

**10 ή περισσότερα**

---

**3 ) Πόσο συχνά πίνετε πάνω από 6 ποτά;**

**Ποτέ**

**Πιο αραιά από μηνιαίως**

**Μηνιαίως**

**Εβδομαδιαίως**

---



Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

4) Πόσο συχνά διαπιστώνετε ότι δεν μπορείτε να διακόψετε την κατανάλωση αλκοόλ, από την στιγμή που την αρχίσατε;

Ποτέ

Πιο αραιά από μηνιαίως

Μηνιαίως

Εβδομαδιαίως

Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

5) Πόσο συχνά έχετε ενδεχομένως χάσει τον αυτοέλεγχο σας όταν πίνετε, κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους;

Ποτέ

Πιο αραιά από μηνιαίως

Μηνιαίως

Εβδομαδιαίως

Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

6) Πόσο συχνά σας έχει συμβεί να θέλετε να ξεκινήσετε την μέρα σας με ένα ποτό το πρωί, ειδικά μετά από μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ την προηγούμενη ημέρα;

Πιο αραιά από μηνιαίως

Μηνιαίως

Εβδομαδιαίως

Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

7) Πόσο συχνά έχετε νιώσει ένοχα, μετά από κατανάλωση αλκοόλ;

Ποτέ

Πιο αραιά από μηνιαίως

Μηνιαίως

Εβδομαδιαίως

Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

8) Πόσο συχνά σας έχει συμβεί το τελευταίο έτος, να ξεχάσετε γεγονότα της

προηγούμενης βραδιάς που καταναλώσατε μεγάλη ποσότητα αλκοόλ;

Ποτέ

Πιο αραιά από μηνιαίως

Μηνιαίως

Εβδομαδιαίως

Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

9) Έχετε ποτέ προκαλέσει τραυματισμό του εαυτού σας ή άλλων, εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ;

Όχι

Ναι, αλλά όχι το τελευταίο έτος

Ναι, κατά το τελευταίο έτος

10) Διατύπωσε ποτέ κάποιος από τους δικούς σας ή ο ιατρός σας ανησυχίες για την κατανάλωση του αλκοόλ που κάνετε;

Όχι

Ναι, αλλά όχι το τελευταίο έτος

Ναι, κατά το τελευταίο έτος

#### 4.4 AUDIT-C

Ερωτηματολόγιο Audit-C («Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption»)

Το ερωτηματολόγιο AUDIT-C είναι μια συντομευμένη εκδοχή του Ερωτηματολογίου AUDIT από το οποίο και αντιγράφει τα τρία πρώτα ερωτήματα. Χρησιμοποιεί για τον εντοπισμό μιας επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ, ή μιας χρήσης που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή. Τα ερωτηματολόγια AUDIT e AUDIT-C είναι επίσης κατάλληλα για τον έλεγχο των μεταναστευτικών πληθυσμών. Το ερωτηματολόγιο AUDIT-C μπορεί να συμπληρωθεί online, να εκτυπωθεί και να αποθηκευτεί. (Babor, Higgins-Biddle, Saunders et., al., 2001).

Οι ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο AUDIT-C είναι:

-Πόσο συχνά πίνετε έξι ή περισσότερα ποτήρια αλκοόλ emoticon smile μονάδες αλκοολούχου ποτού) κατά τη διάρκεια μιας μεμονωμένης περίπτωσης;

Όταν καταναλώνετε τα αλκοολούχα ποτά, πόσο περίπου πίνετε κατά μέσο όρο, για παράδειγμα, σε μια μέρα;

Πόσο τι συχνότητα καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά

### **Ερμηνεία**

Η βαθμολογία που δίνεται για κάθε απάντηση είναι από 0 έως 4. Η μικρότερη τελική βαθμολογία ενός Ερωτηματολογίου AUDIT-C είναι 0 και η μέγιστη 12 βαθμοί.

Αν ένας άνδρας λάβει 4 ή περισσότερους βαθμούς, και μια γυναίκα, τρεις ή περισσότερους, το τεστ αποκαλύπτει έναν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με τον μέσο όρο, ώστε ο εξεταζόμενος ασθενής να αναπτύξει διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ (επικίνδυνα κατανάλωση, επιβλαβή κατανάλωση, ή εξάρτηση από το αλκοόλ). Σε μια τέτοια περίπτωση, η τελική βαθμολογία του εξεταζόμενου θα πρέπει να θεωρηθεί ως ευκαιρία για να ξεκινήσει κάποια θεραπεία.

Κατά τη διάρκεια μιας σύντομης συνέντευξης ή μιας ιατρικής εξέτασης, ο γιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου για να αντιμετωπιστεί το θέμα της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την τρίτη ηλικία, όπως επίσης και να παρακινήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της συμπεριφοράς του, αλλά και όποτε χρειάζεται και ανάλογα με την κάθε ξεχωριστή περίπτωση, να υποδείξει πιθανές θεραπείες (Kessler, Crum, Warner et al., 1999).

### **4.4 FAST**

Το διαγνωστικό εργαλείο FAST παίρνει την ονομασία του από τα ακρονύμια του Fast Alcohol Screening Test (FAST) Πρόκειται για το πιο απλό τεστ που μπορεί να

χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη του ελέγχου πόσης αλκοόλ που έχει φτάσει σε επικίνδυνα επίπεδα. Αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις που αναφέρονται παρακάτω. Ο αριθμός που βρίσκεται δίπλα από κάθε απάντηση πρόκειται για τη βαθμολογία της συγκεκριμένης απάντησης. Οι ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο FAST: 1. Πόσο συχνά πίνετε οκτώ ή περισσότερες μονάδες (άνδρες) ή έξι ή περισσότερες μονάδες (γυναίκες) κατά τη διάρκεια μιας μεμονωμένης περίπτωσης; -Ποτέ (αν αυτή είναι η απάντησή σας, μπορείτε να σταματήσετε το τεστ) -Λιγότερο από μηνιαία βάση (1) σε μηνιαία βάση (2) - Σε εβδομαδιαία βάση(3) -Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά (4) 2. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο δεν ήσουν σε θέση να θυμηθείς τι συνέβη την προηγούμενη νύχτα γιατί είχες πει; -Ποτέ (0) - Λιγότερο από μηνιαία βάση (1) -Σε μηνιαία βάση (2) -Εβδομαδιαία (3) -Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά (4) 3. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο έχεις αποτύχει να κάνεις ό,τι συνήθως αναμενόταν από εσένα, γιατί είχες πει; -Ποτέ (0) -Λιγότερο από μηνιαία βάση (1) -Σε μηνιαία βάση (2) -Εβδομαδιαία (3) -Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά (4) 4. Κατά το τελευταίο έτος κάποιος συγγενής ή φίλος, ή ένας γιατρός ή άλλος επαγγελματία υγείας έχει ανησυχήσει επειδή πίνεις ή σου πρότειναν να το κόψεις; -Όχι (0) -Ναι, σε μία περίπτωση (1) -Ναι, σε περισσότερες από μία περιπτώσεις (2) Μια γρήγορη (FAST) βαθμολόγηση που σου δίνει 3 ή περισσότερους βαθμούς δείχνει ότι πίνεις σε επικίνδυνο επίπεδο. (Babor, Higgins-Biddle, Saunders et al., 2001).

#### **4.5 Ερωτηματολόγιο CAGE -Ερευνητική τετραλογία**

Το ερωτηματολόγιο CAGE πήρε την ονομασία του από τα ακρονύμια των λέξεων στην αγγλική γλώσσα, Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener, που συμπεριλαμβάνονται στις τέσσερις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που απευθύνεται σε εθισμένους στο αλκοόλ ασθενείς και πρόκειται για ένα απλό και ελεγχόμενο διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του αλκοολισμού, μέσω της συνέντευξης με τον ασθενή (Dervaux, Bayle, Laqueille et al., 2006).

**Οι τέσσερις ερωτήσεις που τίθενται στον ασθενή είναι:**

Have you ever felt you needed to Cut down on your drinking?

Have people Annoyed you by criticizing your drinking?

Have you ever felt Guilty about drinking?

Have you ever felt you needed a drink first thing in the morning (Eye-opener) to steady your nerves or to get rid of a hangover?

-Έχετε ποτέ σκεφτεί να βάλετε ένα τέλος στο ποτό;

-Έχετε ενοχληθεί ποτέ επειδή κάποιος σας είπε να πίνετε λιγότερο;

-Έχετε ο ίδιος ποτέ αισθανθεί ένοχος γιατί ήπιατε πάρα πολύ;

-Έχετε ποτέ ξυπνήσει το πρωί με την επιθυμία να πιείτε ένα αλκοολούχο ποτό;

Με μια θετική απάντηση από πλευράς του ασθενούς υποδεικνύεται ότι υπάρχει κίνδυνος, ενώ δύο ή περισσότερες θετικές απαντήσεις επισημαίνουν υπαρκτό πρόβλημα αλκοολισμού. Ακόμα και η ποσότητα πόσης του αλκοόλ μπορεί να είναι ένας χρήσιμος δείκτης για τη διάγνωση. Το ανώτατο όριο για να αποφευχθεί ο ορισμός του αλκοολικού σε ένα ασθενή, σύμφωνα με το Royal Colleges των γιατρών, των ψυχιάτρων και των οικογενειακών γιατρών στη Βρετανία είναι 21 δόσεις αλκοόλ την εβδομάδα για τους άνδρες και 14 δόσεις για τις γυναίκες (μία δόση αντιστοιχεί σε περίπου 10 γραμμάρια αιθανόλης). Πρόκειται για μια κατανάλωση που θα πρέπει να θεωρείται σαν επικίνδυνη. Μόλις γίνει αντηλιπτή η ακριβής δοσολογία του αλκοόλ που έχει καταποθεί από τον πάσχοντα, η διάγνωση μπορεί να γίνει ευκολότερη μέσα από την αξιολόγηση των ακόλουθων παραμέτρων: -Την παρουσία δυσκολιών στις σχέσεις μέσα στην οικογένεια, την εργασία ή και το σχολείο, -Την ανίχνευση της κόπωσης, του άγχους, της κατάθλιψης, κοιλιακού άλγους, της αϋπνίας, της απώλειας μνήμης, της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Είναι χρήσιμο να υπενθυμίζεται ότι ακόμα και αν η εβδομαδιαία κατανάλωση εμπίπτει στις παραμέτρους, ένα άτομο που πίνει πολύ, ακόμα και αν πρόκειται μόνο για ορισμένες περιστασιακές περιπτώσεις, θεωρείται ότι βρίσκεται σε κίνδυνο, ειδικά σε ότι έχει να κάνει με περιπτώσεις που μπορούν να επιφέρουν αυτοκινητιστικά ατυχήματα και εγκλήματα και κυρίως τα σεξουαλικά εγκλήματα (Dervaux, Bayle, Laqueille et al., 2006).

## Ανακεφαλαίωση

Ανακεφαλαιώνοντας, ορίσαμε τι είναι τεστ, αφιερώνοντας μέρος της εργασίας σε μερικούς γενικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιήσαμε. Εστιάσουμε στην επιλογή για κάθε μηχανισμό, τη διαφοροποίηση μεταξύ των τεστ και των γενικών και ειδικών ερωτηματολογίων. Είδαμε αναλυτικά τι είναι τα: AUDIT, TEST AUDIT, AUDIT-C, FAST, το ερωτηματολόγιο CAGE, και η ερευνητική τετραλογία. Ένα τεστ ή η αντιδραστική διάνοια είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τον έλεγχο ψυχολογικών διαστάσεων. Βασίζεται σε συστηματική παρατήρηση της συμπεριφοράς του υποκειμένου μπροστά από ερεθίσματα δομημένα ομόλογα που αποτελούν ακριβώς η δοκιμή.

# Κεφάλαιο 5ο Ψυχοπαθολογία

## Εισαγωγή

Στο πέμπτο κατά σειρά κεφάλαιο, θα καταγράψουμε και θα μελετήσουμε την έννοια της ψυχοπαθολογίας, αλλά την κατάχρηση του αλκοόλ σε συνδυασμό με την ψυχοπαθολογία. Θα καταγράψουμε τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, οι οποίες αποκαλύπτουν μια σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και ουσιοεξάρτησης, καθώς επίσης ποιες είναι οι ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με τον αλκοολισμό.

Θα μελετήσουμε τη διπλή διάγνωση, η οποία ενοχοποιεί την παρουσία ενός τρίτου παράγοντα ο οποίος ευθύνεται για την πρόκληση δύο διαταραχών, δηλαδή της ψυχικής διαταραχής και αυτής της χρήσης ουσιών. Εν συνεχεία θα προχωρήσουμε στη μελέτη της σχιζοφρένειας σε σχέση με την κατάχρηση του αλκοόλ, καθώς επίσης και τις συναισθηματικές διαταραχές. Θα καταγράψουμε τις καταθλιπτικές διαταραχές, τη διπολική διαταραχή, τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές προσωπικότητας τις διατροφικές διαταραχές, καθώς και τις διαταραχές στον ύπνο. Εν κατακλείδι θα καταγράψουμε ορισμένα χαρακτηριστικά που παραμπαίνουν σε σύνδρομο που είναι δυνατόν να εμφανίσει ο αλκοολικός.

### 5.1 Η έννοια της ψυχοπαθολογίας

Με τον όρο ψυχοπαθολογία αναφερόμαστε όχι μόνο στις ίδιες τις ψυχικές διαταραχές, δηλαδή, στην περιγραφή της εκδήλωσης της παθολογικής συμπεριφοράς, αλλά και στην επιστημονική μελέτη των διαταραχών αυτών ως προς τις πιθανές αιτίες και τα συμπτώματα που εμφανίζουν. Με επίκεντρο την μελέτη του ανθρώπινου ψυχισμού, ο οποίος εκδηλώνεται μέσω της συμπεριφοράς του ανθρώπου, η ψυχοπαθολογία προσπαθεί να αποσαφηνίσει και να επισημάνει την παθολογική συμπεριφορά. Ο ορισμός της ψυχοπαθολογίας φέρει ποικίλους προβληματισμούς και βασίζεται σε έναν συνδυασμό κριτηρίων (Δανδρανός, 2011).

## 5.2 Κατάχρηση αλκοόλ και ψυχοπαθολογία

Η σχέση ανάμεσα στην κατάχρηση του οινοπνεύματος και στη συνοδό ψυχοπαθολογία, είναι σύνθετη και προσελκύει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον εδώ και αρκετές δεκαετίες. Οι διαταραχές κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα συνυπάρχουν σε σημαντικό βαθμό με ποικίλου τύπου ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, οι οποίες μπορεί να προηγούνται, να ακολουθούν ή και να εμφανίζονται παράλληλα, αλλά ανεξάρτητα, με την εξαρτητική συμπεριφορά (Kessler, Crum, Warner et al., 1997).

Η συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών/ αλκοόλ περιγράφεται συνήθως από τον όρο «διπλή διάγνωση» ή «συννοσηρότητα». Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει να γίνεται αντιληπτό ότι η συνύπαρξη των δύο αυτών διαταραχών συμβαίνει αρκετά συχνά ώστε να μην μπορεί να αποδοθεί στην τύχη. Από το σημείο αυτό, οι παραπάνω όροι αρχίζουν να χρησιμοποιούνται όλο και συχνότερα, φτάνοντας σήμερα στο σημείο να έχουν πια καθιερωθεί, διατηρώντας το ίδιο νόημα. Ο όρος «διπλή διάγνωση» συχνά χρησιμοποιείται για άτομα που έχουν κάποια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή, κυρίως σχιζοφρένια, όμως μπορεί να περιλάβει οποιαδήποτε κατηγορία ψυχικής διαταραχής που συνυπάρχει με διαταραχή χρήσης ουσιών, όπως διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή, διαταραχή μετατραυματικού στρες και διαταραχή προσωπικότητας (Kessler , Crum , Warner et al., 1997).

Αγχώδεις και συναισθηματικού τύπου διαταραχές καθώς και διαταραχές προσωπικότητας αποτελούν τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε πληθυσμούς αλκοολικών ασθενών. Η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι εμφανίζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στη ψυχοπαθολογία ανάμεσα στα δύο φύλα. Έτσι, καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές φαίνεται να προεξάρχουν σε γυναίκες με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ, ενώ διαταραχές προσωπικότητας, όπως η αντικοινωνική ή η εξαρτητική, φαίνεται να επικρατούν περισσότερο στους άνδρες. Ανεξάρτητα πάντως από αυτές τις διάφορες μελέτες σε δείγματα από την κοινότητα επισημαίνουν ότι καταγράφονται 2 έως 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτυχθεί η μία κλινική οντότητα όταν υπάρχει ήδη η άλλη (ψυχοπαθολογία-αλκοολισμός) και ότι αυτή η πιθανότητα αυξάνεται ακόμα περισσότερο σε πληθυσμούς ασθενών από θεραπευτικά πλαίσια. Η συνύπαρξη ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων και αλκοολικής διαταραχής έχει σημαντικές επιπτώσεις στην πορεία, στη



θεραπευτική προσέγγιση καθώς και στην πρόγνωση και των δύο διαταραχών. (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009).

Η διάκριση ανάμεσα στην πρωτοπαθή ψυχιατρική διαταραχή και σ'αυτή που προκαλείται από την κατάχρηση οινοπνεύματος αποτελεί συχνά μια δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009). Σύμφωνα με τον Schuckit τέσσερα κλινικά σημεία μπορεί να είναι βοηθητικά στην προσπάθεια αυτή:

- Η ακριβής αναγνώριση της ψυχοπαθολογίας.
- Η ακριβής χρονική έναρξη της ψυχοπαθολογίας.
- Η τυχόν ύπαρξη της ψυχοπαθολογίας στα διαστήματα αποχής από το οινόπνευμα.
- Η παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχοπαθολογίας για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

### **5.3 Αιτιοπαθογένεια**

Τα υψηλά ποσοστά των ατόμων με διπλή διάγνωση και τα αποτελέσματα πολλών ερευνών αποκαλύπτουν μια σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και ουσιοκατάχρησης. Η φύση της σχέσης αυτής όμως παραμένει άγνωστη (Ευθυμίου, Μαυροειδή, Παυλάτου & Καλαντζή 2006). Οι σημαντικότερες υποθέσεις που αφορούν θέμα της αιτιοπαθογένειας της διπλής διάγνωσης είναι οι ακόλουθες :

#### **ü Αιτιακή σχέση (η μια διαταραχή είναι επακόλουθη της άλλης)**

Σε αυτή την περίπτωση, είτε η ψυχική διαταραχή είναι η κύρια διαταραχή και οδήγησε στη συνέχεια σε διαταραχή χρήσης ουσιών, που επομένως συνιστά το δευτερεύον πρόβλημα, είτε η διαταραχή χρήσης ουσιών (αλκοόλ) είναι η κύρια διαταραχή και η ψυχική διαταραχή εμφανίζεται ως συνέπιά της. Διαφορετικές θεωρίες και αποτελέσματα ερευνών υπάρχουν για τη στήριξη της καθεμίας. Αν υποθεθεί ότι η ψυχική διαταραχή αποτελεί την κύρια διάγνωση, τότε υποστηρίζεται από πολλούς η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών σε μια προσπάθεια αυτό-χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής (self-medicationhypothesis) για την αυτοθεραπεία των δυσάρεστων συμπτωμάτων που προκαλεί η ψυχική διαταραχή (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009).

Ένα άλλο μοντέλο που έχει πρόσφατα προταθεί για τη συσχέτιση κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών με τις ψυχικές διαταραχές, είναι αυτό της υπερευαισθησίας (supersensitivity model). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, κυρίως άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια παρουσιάζουν βιολογική και ψυχολογική ευαλωτότητα, εξαιτίας της αλληλεπίδρασης περιβαλλοντικών και γενετικών επιρροών. Έτσι, τα ίδια είναι πολύ πιθανό να βιώσουν αρνητικές εμπειρίες ακόμα και με τη χρήση μικρής ποσότητας ουσίας αλκοόλ, που καθιστά πιθανότερη τη διάγνωση κατάχρησης ουσιών στα άτομα αυτά παρά στο γενικό πληθυσμό (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009).

#### **5.4 Ψυχικές Διαταραχές και Αλκοολισμός**

Η υπόθεση αυτή, στην προσπάθειά της να εξηγήσει την διπλή διάγνωση ενοχοποιεί την παρουσία ενός τρίτου παράγοντα που ευθύνεται για την πρόκληση των δύο διαταραχών, δηλαδή της ψυχικής διαταραχής και αυτής της χρήσης ουσιών. Ο παράγοντας αυτός ενδέχεται να είναι βιολογικός, ψυχοκοινωνικός, προσωπικός ή να σχετίζεται με το περιβάλλον του ατόμου. Σχετικά με το ρόλο των γενετικών παραγόντων, παρά τη σύγχρονη γνώση ότι αυτοί συχνά ευθύνονται για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και διαταραχών χρήσης ουσιών, τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα ερευνών είναι αντικρουόμενα, μη επιτρέποντας την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Κατά άλλους, τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας των δυο διαταραχών αποδίδονται σε νευροβιολογικούς μηχανισμούς. Η υπόθεση αυτή έχει υποστηριχθεί κυρίως στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και παράλληλα κάνουν κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ. Μάλιστα, έχει ερευνηθεί συγκεκριμένα ο ρόλος του συστήματος ντοπαμίνης στον οργανισμό, η υπέρ λειτουργία του οποίου έχει συσχετισθεί τόσο με την ουσιοκατάχρηση όσο και με σχιζοφρενικές διαταραχές (Greggetal, 2007).

Επιπρόσθετα, σαν τρίτος παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στη συννοσηρότητα έχει προταθεί από κάποιους το βίωμα μιας τραυματικής εμπειρίας στο παρελθόν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ερευνών που υποστηρίζουν την άποψη αυτή είναι των Kolodziejetal (2005) που ανέδειξε ότι το 21% των συμμετεχόντων με διάγνωση διπολικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών εμφάνιζε παράλληλα διαταραχή μετατραυματικού άγχους (Kessler, Crum, Warner et., 1997).

Ως ένας ακόμη παράγοντας που έχει συσχετισθεί ισχυρά με τη διπλή διάγνωση είναι η παρουσία κάποιων χαρακτηριστικών στην προσωπικότητα του ατόμου. Η παρορμητικότητα, η αναζήτηση έντονων συναισθημάτων και η ευαισθησία στο άγχος είναι χαρακτηριστικά προσωπικότητας που φαίνεται παίζουν ρόλο στις διαταραχές χρήσης ουσιών, ενώ θεωρούνται από κάποιους παράγοντες κινδύνου για ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζονται παράλληλα με τη χρήση ουσιών πληθυσμό (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009).

***Μοντέλο διπλής κατεύθυνσης** (η καθεμία διαταραχή αμοιβαία επιδεινώνει την άλλη, ανεξάρτητα από την αιτία)*

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το άτομο εμφανίζει δυο διαφορετικές διαταραχές, με ανεξάρτητη πορεία και που η μία δεν προδιαθέτει την παρουσία της άλλης, αλλά είναι σε θέση να την επιδεινώσει. Το συγκεκριμένο μοντέλο παρουσιάζει ιδιαίτερη απήχηση στο χώρο των ειδικών που μελετούν τη διπλή διάγνωση. Επισημαίνεται, μάλιστα, η αξία του που έγκειται στο ότι, όπως έχει παρατηρηθεί η ταυτόχρονη παρουσία ψυχικής διαταραχής και διαταραχής κατάχρησης ουσιών και αλκοόλ δυσχεραίνει τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση (Μάνος 2008).

Στα πλαίσια της εργασίας αυτής θα συζητηθεί αναλυτικότερα η σχέση της αλκοολικής διαταραχής με έξι (6) κυρίως κλινικές ψυχιατρικές οντότητες :

- Σχιζοφρενική Διαταραχή
- Συναισθηματικού τύπου Διαταραχές
- Αγχώδεις Διαταραχές
- Διαταραχές προσωπικότητας
- Διαταραχές Διατροφής
- Διαταραχές στον ύπνο (Μάνος, 2008).

## 5.5 Σχιζοφρένεια και κατάχρηση αλκοόλ

Οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, συχνά εμφανίζουν συννοσηρότητες, μεταξύ των οποίων η νοητική υστέρηση και η κατάχρηση ουσιών. Η κατάχρηση ουσιών συνιστά την πιο συχνή και κλινικά σημαντική συννοσηρότητα σε αυτόν τον πληθυσμό, με το αλκοόλ να αποτελεί την δεύτερη πιο συχνή ουσία που χρησιμοποιείται, μετά τη νικοτίνη. Σύμφωνα μάλιστα με πρόσφατη έρευνα, ο επιπολασμός της κατάχρησης ουσιών σε ασθενείς με σχιζοφρένεια κυμαίνεται στο 25,1% , με τον αντίστοιχο επιπολασμό της κατάχρησης αλκοόλ να κυμαίνεται στο 4,6%. Σύμφωνα, επίσης, με μελέτες η πλειοψηφία των ασθενών με σχιζοφρένεια που κάνει κατάχρηση ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, αφορά άνδρες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, άτομα με πρωιμότερη έναρξη και βαρύτερη μορφή της νόσου, τροφίμους ιδρυμάτων ή άστεγους (Ryder, Cullen, Barry et al., 2009).

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλές υποθέσεις, ώστε να ερμηνευθεί η σχέση ανάμεσα στην κατάχρηση αλκοόλ και τη σχιζοφρένεια. Γενετικοί και ψυχολογικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για τα υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης οινοπνεύματος μεταξύ των σχιζοφρενών ασθενών σε σχέση με τους υγιείς. Έχει υποστηριχθεί η υπόθεση ότι οι σχιζοφρενείς καταφεύγουν συχνότερα στη χρήση ουσιών και αλκοόλ σε μια προσπάθεια να αυτοθεραπεύσουν τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου τους ή να ανακουφιστούν από ενδεχόμενες παρενέργειες της αντιψυχωσικής αγωγής που λαμβάνουν, χωρίς φυσικά αποτέλεσμα, αλλά προκαλώντας επιδείνωση της κατάστασής του. Άλλοι ερευνητές, ωστόσο, υποστηρίζουν πως οι νευροπαθολογικές ανωμαλίες που σχετίζονται με τη νόσο της σχιζοφρένειας ενδέχεται να προδιαθέτουν τους ασθενείς και σε τάση για ανάπτυξη εξάρτησης από διάφορες ουσίες (Garrabé, 2011).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2004), πέρα από την τάση της σχιζοφρένειας ως διαταραχής να οδηγεί στην κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών, έχει αποδειχτεί ότι η σχέση αυτή μπορεί να είναι και αντίστροφη, δηλαδή η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών ενδέχεται να ευθύνεται για την εμφάνιση ψυχωσικής συμπτωματολογίας. Η ψύχωση που σχετίζεται με την κατάχρηση οινοπνεύματος είναι δευτεροπαθής ψύχωση με κύριες κλινικές εκδηλώσεις τις παραισθήσεις και τις ψευδαισθήσεις που μπορεί να παρατηρηθούν σε διάφορες συνθήκες που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ. Τα συμπτώματα δηλαδή της ψύχωσης (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις) μπορεί να εμφανιστούν στην οξεία φάση της αλκοολικής τοξίκωσης ή στη φάση της απόσυρσης από το αλκοόλ συνοδευόμενα

ενίοτε από τρομώδες παραλήρημα. Επιπρόσθετα, σε άτομα που κάνουν χρόνια κατάχρηση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ έχει παρατηρηθεί η λεγόμενη αλκοολική ψευδαισθήτωση, (αντιληπτικού τύπου διαταραχές) και η αλκοολική παράνοια (μια κατάσταση παρανοειδούς ετοιμότητας, που μπορεί να κυμαίνεται από μια απλή καχυποψία μέχρι και το επίπεδο παραληρητικών ιδεών παρανοϊκού τύπου).

Τέλος, σύμφωνα με την Μάλλιου (2014) σε περιπτώσεις χρόνιας κατάχρησης αλκοόλ συναντάται συχνά έλλειψη μιας βιταμίνης, της θειαμίνης. Η έλλειψη αυτή οδηγεί κλινικά σε ένα σύνδρομο, γνωστό ως σύνδρομο Wernicke-Korsakoff, το οποίο χαρακτηρίζεται από νευρολογικά ευρήματα κατά την εξέταση και συγγυτική-απαθή κατάσταση. Η ψύχωση Korsakoff χαρακτηρίζεται από σοβαρή απώλεια μνήμης, μυθοπλασία, απάθεια και παραισθήσεις.

Η διάκριση της αλκοολικής ψύχωσης από την πρωτοπαθή ψυχωσική διαταραχή συχνά παρουσιάζει δυσκολίες. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι τα ψυχωσικά συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ υποχωρούν σύντομα μετά τη διακοπή της χρήσης αλκοόλ, ενώ επανέρχονται με την έναρξη λήψης αλκοόλ. Αυτό δε συμβαίνει με τα ψυχωσικά συμπτώματα που αφορούν την πρωτοπαθή ψύχωση, που είναι πάντα παρόντα. Επίσης, άλλα στοιχεία που μπορεί να συμβάλουν στη διαφορική διάγνωση μεταξύ πρωτοπαθούς και αλκοολικής ψύχωσης είναι ότι στην πρώτη περίπτωση η έναρξη των συμπτωμάτων καθυστερεί χρονικά, συχνά συνυπάρχει έντονη καταθλιπτική και αγχώδης συμπτωματολογία, ενώ τα αρνητικά συμπτώματα δεν είναι τόσο έντονα, το γνωστικό επίπεδο είναι καλύτερο και η λειτουργική επάρκεια μεγαλύτερη (Ryder, Cullen, Barry et al., 2009).

## **5.6 Συναισθηματικές διαταραχές και κατάχρηση αλκοόλ**

Οι συναισθηματικές διαταραχές (ή αλλιώς διαταραχές της διάθεσης) αποτελούν μία ομάδα διαταραχών που σχετίζονται με διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα που αφορούν την ανθρώπινη διάθεση και θα μπορούσαν να αναφερθούν είναι ο θυμός, η κατάσταση της έξαρσης και η καταθλιπτική συμπεριφορά. Κύριος εκπρόσωπος των συναισθηματικών διαταραχών είναι η κατάθλιψη (Ryder, Cullen, Barry et al., 2009).

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης DSM-IV οι διαταραχές της διάθεσης συμπεριλαμβάνουν:

(α) τις καταθλιπτικές διαταραχές: μείζων καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική διαταραχή, και καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

(β) τις διπολικές διαταραχές: διπολική I διαταραχή, διπολική II διαταραχή, κυκλοθυμική διαταραχή και διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

(γ) τη διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση

(δ) τη διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε ουσίες

(ε) τη διαταραχή της διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Στην παρούσα εργασία θα μελετηθεί η σχέση της κατάχρησης του αλκοόλ με τις δύο βασικότερες κατηγορίες των συναισθηματικών διαταραχών, δηλαδή με τις καταθλιπτικές και τις διπολικές διαταραχές (Ευθυμίου,, Μαυροειδή, Παυλάτου & Καλαντζή 2006).

## **5.7 Η κατάχρηση του αλκοόλ, οι καταθλιπτικές διαταραχές και η διπολική διαταραχή**

Η κατάθλιψη και η κατάχρηση αλκοόλ συχνά εμφανίζονται παράλληλα στο ίδιο άτομο. Σύμφωνα με στοιχεία της Επιδημιολογικής Έρευνας Περιοχών ανά Περιφέρεια (Epidemiology Catchment Area, ECA) σχεδόν το 1/3 των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη εμφανίζει κατάχρηση ουσιών κάποια στιγμή στη ζωή του. Μάλιστα, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, το 11,6% των ατόμων με μονοπολική κατάθλιψη εμφανίζει εξάρτηση από το αλκοόλ και το 5% κατάχρηση αλκοόλ. Η Εθνική Μελέτη για τη Συννοσηρότητα (National Comorbidity Study – NCS) διαπίστωσε ότι οι άνδρες με εξάρτηση από το αλκοόλ παρουσίαζαν τριπλάσια ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και η αντίστοιχη ομάδα των γυναικών τετραπλάσια ποσοστά κατάθλιψης. Τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας, υποστηρίζονται από ένα μεγάλο αριθμό μελετών (Μέλλον, 2001).

Σύμφωνα με το περιοδικό Ψυχιατρικής (2010-τεύχος 1), από τα παραπάνω μπορεί κανείς να συμπεράνει πως συχνά η παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μπορεί να συμπορεύεται με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Ωστόσο, η σχέση αυτή γεννά απορίες σχετικά με το ποια διαταραχή προηγείται συνήθως και αν η κατάχρηση αλκοόλ είναι σε θέση από μόνη της να προκαλέσει την εμφάνιση κατάθλιψης. Η πλειονότητα των μελετών που επιχείρησε να διερευνήσει αυτή τη σχέση υποστηρίζει την άποψη ότι σε ποσοστό έως και 60% η συναισθηματικού τύπου συμπτωματολογία που παρατηρείται στους αλκοολικούς αφορά δευτεροπαθή συναισθηματική διαταραχή, δηλαδή οφείλεται στην κατάχρηση αλκοόλ.

Οι οδοί μέσα από τις οποίες η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση κατάθλιψης δεν έχουν ανακαλυφθεί. Ωστόσο, γενετικοί, περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί. Αναλυτικότερα, έχει διατυπωθεί η άποψη πως η υπερβολική χρήση αλκοόλ μπορεί να ενισχύσει γενετικές διαδικασίες που έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της ευαισθησίας στην εμφάνιση κατάθλιψης. Κατά άλλους, επίσης, η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να είναι αποτέλεσμα στρεσογόνων καταστάσεων (κοινωνικών, οικονομικών, νομικών) που προκαλεί η ίδια η κατάχρηση αλκοόλ.

Από τη άλλη πλευρά, κατά το περιοδικό Ψυχιατρικής (2010, τεύχος 1), το βασικό επιχείρημα όσων υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη είναι αυτή που προηγείται και μπορεί να οδηγήσει στην κατάχρηση αλκοόλ αφορά την υπόθεση της «αυτοθεραπείας». Δηλαδή, η χρήση αλκοόλ αποτελεί έναν τρόπο με τον οποίο το καταθλιπτικό άτομο επιχειρεί να ελέγξει την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

## **5.8 Διπολική διαταραχή**

Αρκετές μελέτες μέχρι σήμερα έχουν συσχετίσει τη διπολική διαταραχή με την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ. Σύμφωνα με στοιχεία της Επιδημιολογικής Έρευνας Περιοχών ανά Περιφέρεια (Epidemiologic Catchment Area, ECA) το 60,7% των ατόμων με διπολική διαταραχή τύπου I και το 48% αυτών με διπολική διαταραχή τύπου II είχε κάποια στιγμή στη ζωή τους διαγνωστεί με διαταραχή κατάχρησης ουσιών. Μάλιστα, το 31,5 % των πασχόντων από διπολική διαταραχή τύπου I και το 20,8 % των ασθενών με διπολική διαταραχή τύπου II παρουσίαζε ταυτόχρονα εξάρτηση από το αλκοόλ (Garnick, Horgan, Chalk 2006).

Πλήθος ερευνητών έχει επιχειρήσει να εξηγήσει τη συσχέτιση ανάμεσα στη διπολική διαταραχή και την κατάχρηση αλκοόλ, χωρίς όμως να έχει βρεθεί συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Ωστόσο, διάφορες υποθέσεις έχουν διατυπωθεί. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η διπολική διαταραχή από μόνη της αποτελεί, όπως και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, παράγοντα κινδύνου για την κατάχρηση αλκοόλ. Από την άλλη πλευρά, η χρόνια κατάχρηση ή η στέρηση κατά την απόσυρση από το αλκοόλ ενδέχεται να προκαλέσουν συμπτώματα και κλινική εικόνα που προσομοιάζουν σε αυτά της διπολικής διαταραχής. Έχει υποστηριχθεί, επίσης, η άποψη ότι άτομα με διπολική διαταραχή είναι πιθανό να καταφύγουν στο αλκοόλ στη διάρκεια μανιακών επεισοδίων σε μια προσπάθεια «αυτοθεραπείας» και εξομάλυνσης της ταραχής που τους κυριεύει (Garnick, Horgan, Chalk 2006).

## 5.9 Αλκοόλ και αγχώδεις διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ συχνά συνυπάρχουν. Τα ποσοστά των ατόμων που πάσχουν από τη μια διαταραχή και παράλληλα ανακαλύπτεται ότι εμφανίζουν την άλλη υπερβαίνουν κατά πολύ τα ποσοστά αυτών που εμφανίζουν μόνο κατάχρηση αλκοόλ ή μόνο κάποια αγχώδη διαταραχή, τόσο σε κλινικά δείγματα όσο και σε δείγματα που αφορούν την κοινότητα (Δασκαλόπουλος 2014). Σύμφωνα με τα στοιχεία, το 30% των ατόμων με βαριά αγχώδη διαταραχή θα γίνουν αλκοολικοί, ό,τι κι αν κάνουν. Το αλκοόλ μπλοκάρει τους υποδοχείς που μεταφέρουν το άγχος και έτσι ο άνθρωπος χαλαρώνει. (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009).

Η συχνή συνύπαρξη των διαταραχών άγχους και της ουσιοεξάρτησης και εξάρτησης από το αλκοόλ είναι δεδομένη. Ωστόσο πολλές μελέτες έχουν γίνει κατά καιρούς με σκοπό να προσδιοριστεί ποια διαταραχή συνήθως προηγείται και μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση της άλλης. Έχει υποστηριχθεί ότι συχνά η αγχώδης διαταραχή (κρίσεις πανικού, κοινωνική φοβία και γενικευμένη αγχώδης διαταραχή) προηγείται της κατάχρησης αλκοόλ ή ουσιών και ότι η δεύτερη είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας του ατόμου να αυτοθεραπεύσει τα συμπτώματα άγχους, αποδίδοντας στις ουσίες ή το αλκοόλ αγχολυτική δράση. Ο αγχώδης βρίσκει στο αλκοόλ τη λύση στο πρόβλημά του και το συνεχίζει. Θα συστήναμε σε όλον τον κόσμο να πίνει για να χαλαρώνει από το στρες, αν δεν υπήρχε μία τεχνική, χημική λεπτομέρεια, όταν η αιθυλική αλκοόλη κολλήσει στους υποδοχείς του άγχους, η χημική αντίδραση που γίνεται εκεί είναι μη αντιστρεπτή. Το αλκοόλ



δεν φεύγει από τα κύτταρα όπου προσκολλάται και ο εγκέφαλος του αλκοολικού ατόμου, σταδιακά να ατροφεί. Οι ατυχίες λοιπόν με το αλκοόλ είναι δύο, πρώτον μοιάζει με μια πολύ καλή λύση για αγχώδωση στην αρχή και δεύτερον σταδιακά καταστρέφει τον νευρικό ιστό (Δασκαλόπουλος, 2014).

Στην πλειοψηφία τους τα άτομα αυτά, όχι μόνο αποτυγχάνουν να ελέγξουν τα συμπτώματα άγχους και έντασης αλλά καταλήγουν να επιδεινώνουν την κατάστασή τους και συχνά γίνονται θύματα ουσιοεξάρτησης. Θεωρίες που στηρίζουν αυτή την άποψη της «αυτοθεραπείας» βασίζονται σε τρεις βασικές παρατηρήσεις:

(1) Πολλές περιπτώσεις ατόμων με αγχώδεις διαταραχές αναφέρουν ότι οδηγήθηκαν στην κατάχρηση αλκοόλ προκειμένου να ελέγξουν συμπτώματα άγχους

(2) Πολλές έρευνες αποδεικνύουν ότι η έναρξη των συμπτωμάτων αγχώδους διαταραχής προηγήθηκε της κατάχρησης αλκοόλ στα άτομα που εμφάνιζαν και τις δύο διαταραχές

(3) Είναι ευρέως διαδεδομένη η ιδέα ότι οι χρήση ουσιών και αλκοόλ μπορεί να έχει αγχολυτικές ιδιότητες (Moussas, Dialina, Karkanias et al., 2009).

Από την άλλη πλευρά, από ερευνητές έχει υποστηριχθεί πως σε άτομα με αγχώδεις διαταραχές που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, η κατάχρηση των ουσιών προηγήθηκε των συμπτωμάτων ή υπήρξε και πηγή τους. Υποστηρίζεται, μάλιστα, πως όχι μόνο η χρήση ουσιών και αλκοόλ, αλλά και η προσπάθεια απόσυρσης από αυτά επιδεινώνουν τα συμπτώματα άγχους. Πολλές φορές μάλιστα το άτομο προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τα δυσάρεστα και επιδεινούμενα συμπτώματα λόγω της απόσυρσης καταλήγει ξανά στην ουσιοεξάρτηση, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο (Mueller, Degen, Petitjean et al., 2009).

## **5.10 Διαταραχές προσωπικότητας και κατάχρηση αλκοόλ**

Η ψυχιατρική συννοσηρότητα είναι συνήθης στα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ, με τις διαταραχές προσωπικότητας να αποτελούν μια από τις πιο συχνές συνοδούς διαταραχές της ψυχικής σφαίρας. Το ποσοστό των ατόμων που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και πάσχει παράλληλα από διαταραχές προσωπικότητας παρουσιάζει διαφορές ανάλογα με την έρευνα, αλλά οι περισσότερες καταλήγουν σε ένα ποσοστό της τάξης του 60% περίπου. Σε κάθε περίπτωση το ποσοστό αυτό είναι κατά πολύ υψηλότερο από την υπολογιζόμενη

συχνότητα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό που κυμαίνεται μεταξύ 9% και 16%. (Mueller, Degen, Petitjean et. al., 2009).

Ωστόσο, το φάσμα των διαταραχών προσωπικότητας είναι ευρύ και δεν σχετίζονται όλες οι διαταραχές στον ίδιο βαθμό με την κατάχρηση αλκοόλ. Έχει παρατηρηθεί ότι κυρίως διαταραχές προσωπικότητας που ανήκουν στην Β κατηγορία με βάση την ταξινόμηση του DSM – IV σχετίζονται συχνότερα με κατάχρηση αλκοόλ. Από αυτές μάλιστα ξεχωρίζουν η αντικοινωνική και η οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Σύμφωνα με στοιχεία της Αμερικανικής Επιδημιολογικής Έρευνας για το αλκοόλ και τις Συναφείς Καταστάσεις (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions - NESARC), το ποσοστό των ατόμων με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας που κάνει κατάχρηση αλκοόλ υπολογίστηκε στο 28.7 % και το αντίστοιχο των οιστριονικών στο 29.1%, με αυτές τις δυο διαταραχές να επικρατούν σε σχέση με τις υπόλοιπες (Schuckit, Davis et al., 2002).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η επίδραση που φαίνεται να έχει η παρουσία μιας διαταραχής προσωπικότητας στο προφίλ κατάχρησης αλκοόλ που έχει το άτομο. Πιο συγκεκριμένα, η συννοσηρότητα με κάποια διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από πρωιμότερη έναρξη της κατάχρησης αλκοόλ, από μεγαλύτερα επίπεδα εθισμού, πιθανή συνοδό ουσιοεξάρτηση, μεγαλύτερα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης και εντονότερη έκπτωση του βαθμού κοινωνικής αλληλεπίδρασης του ατόμου. Παράλληλα, όταν με το πρόβλημα του αλκοολισμού συνυπάρχει διαταραχή προσωπικότητας καθίσταται δυσκολότερη η απεξάρτηση και ευκολότερη η υποτροπή. (Schuckit, Davis et al., 2002).

### **5.11 Αλκοόλ και διατροφικές διαταραχές**

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Εθισμού και Κατάχρησης Ουσιών (2003), η συνύπαρξη διατροφικών διαταραχών με την κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ έχει υποστηριχθεί κατά καιρούς από πληθώρα ερευνών. Σύμφωνα με έρευνες σχεδόν το 50% των ατόμων με διατροφικές διαταραχές καταφεύγει κάποια στιγμή στην κατάχρηση αλκοόλ ή παράνομων ουσιών σε σύγκριση με το 9% του γενικού πληθυσμού. Επίσης, περίπου το 35% όσων κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή εξαρτησιογόνων ουσιών εμφανίζουν παράλληλα κάποια διατροφική διαταραχή σε σύγκριση με το ποσοστό του πληθυσμού που γενικά πάσχει από διαταραχές διατροφής και κυμαίνεται στο 3%.

Η κατάχρηση αλκοόλ είναι συχνότερη στις διαταραχές βουλιμικού τύπου παρά σε άτομα με ανορεξία. Μάλιστα, σύμφωνα σε πρόσφατη έρευνα, η επίπτωση των αλκοολικών διαταραχών σε γυναίκες που παρουσίαζαν υπερφαγικά επεισόδια (είτε έπασχαν από βουλιμία είτε από ανορεξία) ήταν πολύ υψηλότερη (22%–35%) σε σχέση με την αντίστοιχη επίπτωση στις γυναίκες που παρουσιάζουν τον περιοριστικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας (9%) (Grant, Hanson, Stinson et al., 2004).

Κατά καιρούς, πολλοί έχουν επιχειρήσει να εξηγήσουν τη συσχέτιση αυτή που παρουσιάζεται μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της κατάχρησης αλκοόλ και κυρίως τη σχέση της βουλιμικής συμπεριφοράς με την υπερκατανάλωση οινοπνεύματος. Έχει διαπιστωθεί πως υπάρχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, αλλά και παράγοντες κινδύνου (επίταση του φαινομένου σε περιόδους άγχους, βεβαρυμένο οικογενειακό ιστορικό, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, ιστορικό σωματικής κακοποίησης, μη υγιή πρότυπα) μεταξύ ατόμων που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο, πολλές διαφορετικές θεωρίες έχουν διατυπωθεί με στόχο να εξηγήσουν αυτή τη συσχέτιση. Οι θεωρίες αυτές είτε αντιμετωπίζουν τις ίδιες τις διατροφικές διαταραχές ως καταστάσεις εθισμού, είτε επισημαίνουν το ρόλο που παίζουν γενετικοί, περιβαλλοντικοί και πολιτιστικοί παράγοντες, με στόχο να εξηγήσουν την πολύπλοκη σχέση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και κατάχρησης αλκοόλ (Grant, Hanson, Stinson et al., 2004).

## **5.12 Διαταραχές στον ύπνο**

Μελέτες έχουν δείξει ότι ένα ποσοστό του δεν μπορεί να κοιμηθεί εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ. Όπως εξηγούν επιστήμονες από το Συμβούλιο Ύπνου της Γηραιάς Αλβιώνας, παρ' ότι είναι ευρέως διαδεδομένη η αντίληψη πως το ποτό «φέρνει» ύπνο, αποτελεί έναν από τους μεγάλους ενόχους για ανήσυχες νύχτες. Και αυτό, διότι επεμβαίνει σε ορισμένες χημικές διεργασίες του οργανισμού οι οποίες είναι απαραίτητες για να κοιμόμαστε ήσυχα το βράδυ (Mueller, Degen, Petitjean et al., 2009).

Μελέτες έχουν δείξει ότι το αλκοόλ εμποδίζει τον εγκέφαλο να παράξει βαζοπρεσίνη, μία χημική ουσία η οποία ρυθμίζει την παραγωγή ούρων από τους νεφρούς. Χωρίς την ουσία αυτή, η παραγωγή τους είναι αυξημένη, γεγονός που εξηγεί γιατί οι πότες αναγκάζονται να τρέχουν συχνά στην τουαλέτα. Η ανεξέλεγκτη απώλεια υγρών, όμως,

μπορεί να προκαλέσει ήπια αφυδάτωση, καθώς και να οδηγήσει στον κλασικό πονοκέφαλο που μοιάζει να χτυπάει από μέσα το κεφάλι όποιου ξυπνάει έπειτα από ένα βραδινό μεθύσι (Mueller, Degen, Petitjean et al., 2009).

Και σαν να μην έφταναν όλα αυτά, το πολύ ποτό διαταράσσει και το επονομαζόμενο στάδιο REM του ύπνου, κατά το οποίο ο ύπνος είναι πιο βαθύς και έτσι ο οργανισμός ξεκουράζεται περισσότερο. Η διαταραχή οφείλεται στο ότι έπειτα από το πολύ ποτό, κοιμόμαστε μεν πάρα πολύ γρήγορα, αλλά για να μπούμε στο στάδιο REM πρέπει πρώτα ο οργανισμός μας να μεταβολίσει το αλκοόλ- και αυτό παίρνει ώρες. Μπορεί, λοιπόν, οι πότες να έχουν κοιμηθεί πολύ το βράδυ, αλλά όχι όσο βαθιά θα έπρεπε και έτσι, ξυπνούν το πρωί κουρασμένοι. Το να συμβεί αυτό μία φορά δεν συνιστά ιδιαίτερο πρόβλημα, σύμφωνα με τους ειδικούς. Όταν όμως επαναλαμβάνεται, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την υγεία και την ευεξία.

### **5.13 Σύνδρομα**

Ο αλκοολικός είναι δυνατόν να εμφανίσει ορισμένα χαρακτηριστικά που παραμπέπουν σε σύνδρομα. Παρουσιάζονται παρακάτω τα τέσσερα σημαντικά σύνδρομα: Σύνδρομο της αποστέρησης; Αρχικά, το αλκοολικό άτομο καταβάλλεται από έντονη δυσφορία και εξάντληση. Το τρομάδες παραλήρημα είναι μια ακραία έκφραση του συνδρόμου αποστέρησης από την αλκοόλη, το οποίο αναπτύσσεται μετά από λίγες μέρες αποχής. Οι κρίσεις αποστέρησης είναι επίσης ακραίες μορφές του συνδρόμου αποχής, που μπορεί να παρουσιαστούν μετά από 24 ώρες χωρίς ποτό. Η κατάθλιψη και η αυτοκτονία είναι τόσο κοινές μεταξύ αλκοολικών, όσο σχεδόν και στους ανθρώπους, που πάσχουν από την καθαρή μορφή της κατάθλιψης,. Σε μερικές περιπτώσεις, η κατάθλιψη μπορεί να είναι η αιτία που οδηγεί στο ποτό, σε άλλες, όμως περιπτώσεις, μπορεί, να είναι το αποτέλεσμα της βαριάς χρήσης της αλκοόλης και το άτομο ανακουφίζεται με την αποχή απ' το ποτό (Garrabé, 2001).

Σύνδρομο της παθολογικής δηλητηρίασης: Η ποσότητα αλκοόλ που χρειάζεται για να προκληθεί δηλητηρίαση από αλκοόλ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που περιλαμβάνουν το μέγεθος, το βάρος και την ηλικία. Οι έφηβοι και όσοι δεν έχουν εμπειρία στην κατανάλωση αλκοόλ είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι. Με την χρήση λοιπόν μικρών δόσεων

αιθυλικής αλκοόλης το άτομο παρουσιάζει βίαιη και επιθετική συμπεριφορά και συνοδεύεται από απώλεια μνήμης (Γρηγοράκος & Μάρκου, 2002).

Εμβρυικό σύνδρομο: Πρόκειται για γενετικές ανωμαλίες σε νεογνό που γεννήθηκε από μητέρα που κατανάλωνε αλκοολούχα ποτά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα προσβεβλημένα παιδιά συχνά εμφανίζουν επίμονη καθυστέρηση της ανάπτυξης τους, υπερδραστηριότητα και μαθησιακές δυσκολίες και μπορεί να έχουν σημεία και συμπτώματα στέρησης αλκοόλ μερικές ημέρες μετά τη γέννηση τους (Γρηγοράκος & Μάρκου, 2002).

Αλκοολική τοξίκωση: Η χρήση τόσης ποσότητας αλκοόλ όσης αρκεί για να προκαλέσει στο άτομο ένα σύνολο σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων και σημείων. Ανάλογα με την συγκέντρωση αλκοόλ στο αίμα, παρουσιάζονται και οι αντίστοιχες επιδράσεις όπως έκπτωση μνήμης, μειωμένη ικανότητα σκέψης, Αποδιοργάνωση γνωσιακών ικανοτήτων, αναπνευστική καταστολή, κώμα ακόμα και θάνατος (Γρηγοράκος & Μάρκου, 2002).

## **Ανακεφαλαίωση**

Σύμφωνα με τα παραπάνω, μπορούμε να ανακεφαλαιώσουμε τα εξής:  
Με τον όρο ψυχοπαθολογία αναφερόμαστε όχι μόνο στις ίδιες τις ψυχικές διαταραχές, δηλαδή, στην περιγραφή της εκδήλωσης της παθολογικής συμπεριφοράς, αλλά και στην επιστημονική μελέτη των διαταραχών αυτών ως προς τις πιθανές αιτίες και τα συμπτώματα που εμφανίζουν. Η σχέση ανάμεσα στην κατάχρηση του οινοπνεύματος και στη συνοδό ψυχοπαθολογία, είναι σύνθετη και προσελκύει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον εδώ και αρκετές δεκαετίες.

Τα υψηλά ποσοστά των ατόμων με διπλή διάγνωση και τα αποτελέσματα πολλών ερευνών αποκαλύπτουν μια σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και ουσιοκατάχρησης. Μοντέλο διπλής κατεύθυνσης (η καθεμία διαταραχή αμοιβαία επιδεινώνει την άλλη, ανεξάρτητα από την αιτία) Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το άτομο εμφανίζει δυο διαφορετικές διαταραχές, με ανεξάρτητη πορεία και που η μία δεν προδιαθέτει την παρουσία της άλλης, αλλά είναι σε θέση να την επιδεινώσει.

Οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, συχνά εμφανίζουν συννοσηρότητες, μεταξύ των οποίων η νοητική υστέρηση και η κατάχρηση ουσιών. Η ψύχωση που σχετίζεται με την κατάχρηση οινόπνευματος είναι δευτεροπαθής ψύχωση με κύριες κλινικές εκδηλώσεις τις παραισθήσεις και τις ψευδαισθήσεις που μπορεί να παρατηρηθούν σε διάφορες συνθήκες που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ.

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης DSM-IV οι διαταραχές της διάθεσης συμπεριλαμβάνουν. Η κατάθλιψη και η κατάχρηση αλκοόλ συχνά εμφανίζονται παράλληλα στο ίδιο άτομο. Σύμφωνα με στοιχεία της Επιδημιολογικής Έρευνας Περιοχών ανά Περιφέρεια (Epidemiologic Catchment Area, ECA) σχεδόν το 1/3 των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη εμφανίζει κατάχρηση ουσιών κάποια στιγμή στη ζωή του. Η ψυχιατρική συννοσηρότητα είναι συνήθης στα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ, με τις διαταραχές προσωπικότητας να αποτελούν μια από τις πιο συχνές συνοδούς διαταραχές της ψυχικής σφαίρας.

Ο αλκοολικός είναι δυνατόν να εμφανίσει ορισμένα χαρακτηριστικά που παραπέμπουν στα εξής σύνδρομα; -Σύνδρομο της αποστέρησης -Σύνδρομο της παθολογικής δηλητηρίασης - Εμβρυικό σύνδρομο. Η συννοσηρότητα που αφορά ψυχική νόσο και διαταραχή χρήσης ουσιών ή αλκοόλ αποτελεί κλινική πραγματικότητα. Τα επιδημιολογικά δεδομένα καταμαρτυρούν, άλλωστε, πως η σχέση αυτή κάθε άλλο παρά στην τύχη μπορεί να αποδοθεί. Ωστόσο, παρά το ενδιαφέρον που προσελκύει τα τελευταία χρόνια η συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών και αλκοολικής εξάρτησης, πολλές πτυχές αυτές της σχέσης εξακολουθούν να είναι αδιευκρίνιστες. Σε κάθε περίπτωση απαιτείται συστηματική και μακρόχρονη παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχοπαθολογίας σε άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ προκειμένου να διαμορφωθεί μια πιο ξεκάθαρη άποψη για τη σχέση αυτή και να σχεδιαστούν αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.

# Κεφάλαιο 6ο Θεραπευτικές Προσεγγίσεις στον Αλκοολισμό

## Εισαγωγή

Οι συνήθειες απαντήσεις που δίνουμε στο ερώτημα του λόγου για τον οποίο οι άνθρωποι κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών είναι ίσως επειδή, η χρήση τους θεωρείται διασκεδαστική και προκαλεί ευφορία ή λόγω πολιτισμικών συνηθειών. Όπως σημειώνει, ο Μούζας (2005) αυτή ίσως είναι μία απλουστευτική θεώρηση στην οποία είχαν εγκλωβιστεί στο παρελθόν μελετητές κλινικής ιατρικής, ψυχολογίας και κοινωνιολογίας.

Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι η άμεση αναζήτηση ευχαρίστησης είναι ο κύριος λόγος χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών για λιγότερο από 20% του συνόλου των χρηστών. Όπως ήδη συμπεραίνουμε από τα προαναφερόμενα, ένας χρόνιος πότης μπορεί να μην λαμβάνει πλέον την ευχαρίστηση που λάμβανε (λόγω της ανάπτυξης ανοχής) και γνωρίζουμε επίσης ότι ένας πολύ σημαντικός λόγος για να μην διακόψει τη λήψη της ουσίας ένας χρήστης, είναι η αποφυγή της εκδήλωσης στερητικού συνδρόμου. Όποτε λοιπόν αναφερόμαστε στην αιτιολογία της εξάρτησης από το αλκοόλ, είθισται να γνωρίζουμε ότι πρόκειται για μία πολύπλοκη παθολογική κατάσταση της οποίας η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική. Δεν υπάρχει ένα μοναδικό και σαφώς καθορισμένο κίνητρο που ωθεί το άτομο στο να πίνει. Οι σύγχρονες αντιλήψεις περί αλκοολισμού έχουν πια καταλήξει ότι η αιτιολογία της χρήσης του αλκοόλ έχει να κάνει με κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες, με ατομικούς παράγοντες και ατομικές διαφορές (ατομική ευαλωτότητα, γενετικές επιδράσεις, βιολογική προδιάθεση, ψυχολογικοί παράγοντες, ψυχιατρική συνοσηρότητα, εγκεφαλική δυσλειτουργία) (Giuffredi, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, κάποιοι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες που πιθανολογείται ότι σχετίζονται με την κατανάλωση ή μη αλκοόλ είναι τα κοινωνικά πρότυπα που αποδίδονται στα φύλα, οι πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις κατά της λήψης αλκοόλ (όπως μουσουλμανική θρησκεία και αραβικά κράτη), η διαθεσιμότητα του αλκοόλ και η κοινωνική προαγωγή της συχνής του χρήσης (Giuffredi, 2007).

Υπάρχουν κάποια στοιχεία επίσης που συνδέουν την υψηλή κατανάλωση με διάφορα επαγγέλματα. Ψυχολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για υπέρμετρη χρήση αλκοόλ

είναι συγκεκριμένα προφίλ προσωπικότητας. Οι σύγχρονες ερμηνείες ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων κάνουν λόγο για την κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών γενικότερα, ως ένα εγχείρημα επανεγκατάστασης της ομοιόστασης, ως μια αντίδραση στον ψυχολογικό πόνο (Giuffredi, 2007).

Οι θεωρίες της μάθησης μιλούν για ένα δυσλειτουργικό συμπεριφορικό πρότυπο που έχει μαθευτεί μέσω κλασικής και συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης. Στις γενετικές επιδράσεις βασική θέση λαμβάνει η ύπαρξη εξάρτησης σε συγγενείς πρώτου βαθμού (αλκοολικοί γονείς ή/ και αδέρφια). Μελέτες μάλιστα σε διδύμους και μελέτες υιοθεσίας αφήνουν να εννοηθεί μια συσχέτιση μεταξύ κληρονομικών παραγόντων και αλκοολισμού, ο οποίος συνήθως «κληρονομείται» μαζί με την εμφάνιση αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, σε άνδρες με οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού, παρατηρείται μικρότερη φυσιολογική αντίδραση στο αλκοόλ. Αυτή η μικρότερη ευαισθησία πιθανά να οδηγεί σε μεγαλύτερη κατανάλωση. (Vungkhanching, Sher, Jackson, Parra et al., 2004).

## **6.1 ΚΕ.Θ.Ε.Α.**

Τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού, έχουν τη μορφή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και είναι ευρέως διαδεδομένα. Ένα από τα γνωστότερα θεραπευτικά κέντρα στην Ελλάδα είναι το ΚΕΘΕΑ.

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 μετά-θεραπευτική φροντίδα μέσω ατομικών και ομαδικών ψυχοθεραπευτικών συναντήσεων. Απευθύνεται σε άτομα άνω των 15 ετών και στα συγγενικά τους πρόσωπα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τις νόμιμες εξαρτήσεις, το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια.

Το Κέντρο Ψυχολογικής Απεξάρτησης από το Αλκοόλ παρέχει ατομική συμβουλευτική, ομαδική ψυχοθεραπεία (ομάδες ανωνύμων αυτοθεραπευόμενων αλκοολικών), ψυχιατρική υποστήριξη, οικογενειακή θεραπεία ή θεραπεία ζεύγους. Διαμορφώνεται ένα εξατομικευμένο πλάνο θεραπείας ανάλογα με τις ανάγκες του ενδιαφερόμενου, χωρίς να αποκοπεί από το περιβάλλον του και τις δραστηριότητες του.



## 6.2 Η σημασία της θεραπευτικής σχέσης

Σύμφωνα με τον Μέλλον (2001), η απεξάρτηση δεν μπορεί να αποβλέπει παρά στην αποκατάσταση της ελευθερίας σκέψης και δράσης του ατόμου, μέσα από τη βαθιά κατανόηση και τροποποίηση όλων εκείνων των παραγόντων που συνέβαλαν στην εγκατάσταση της εξάρτησης. Αυτός ο στόχος, μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την ένταξη του ατόμου σε ένα ειδικά δομημένο θεραπευτικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο θα γίνει δυνατή η αποκατάσταση των βιολογικών λειτουργιών του και η ανασυγκρότηση όχι μόνο της προσωπικότητας, αλλά ολόκληρης της ύπαρξής του. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο λοιπόν, εξασφαλίζονται οι όροι για την παρέμβαση των ειδικών θεραπειών και των ψυχοθεραπευτών. Εδώ σχεδιάζεται η παρέμβαση των θεραπειών στην οικογένειά του ατόμου, ώστε να μπορέσει να δεχτεί τις αλλαγές του.

Οι βασικές προϋποθέσεις για να πραγματοποιηθούν όλα αυτά, είναι δύο. Η πρώτη αφορά την απομάκρυνση του εξαρτημένου ατόμου από το οικογενειακό και άλλο περιβάλλον και η οργάνωση της ζωής του μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και η δεύτερη αφορά την ψυχοθεραπεία του. Η θεραπεία απεξάρτησης ανάγεται σε μια ενιαία διαδικασία που θέτει στο επίκεντρο τον εξαρτημένο ως πρόσωπο που πάσχει και ως μέρος ενός ευρύτερου συνόλου, οικογενειακού και κοινωνικού. Δεν εξαντλείται στην αντιμετώπιση των κινδύνων που διατρέχει από το γεγονός της εξάρτησης. Ένα μέρος αυτής της διαδικασίας, αφορά την αποτοξίνωση και το άλλο αφορά την ψυχολογική απεξάρτηση, που αποβλέπει στην ανασυγκρότηση αυτής της αποδομημένης προσωπικότητας και την κοινωνική της επανένταξη (Μέλλον, 2001).

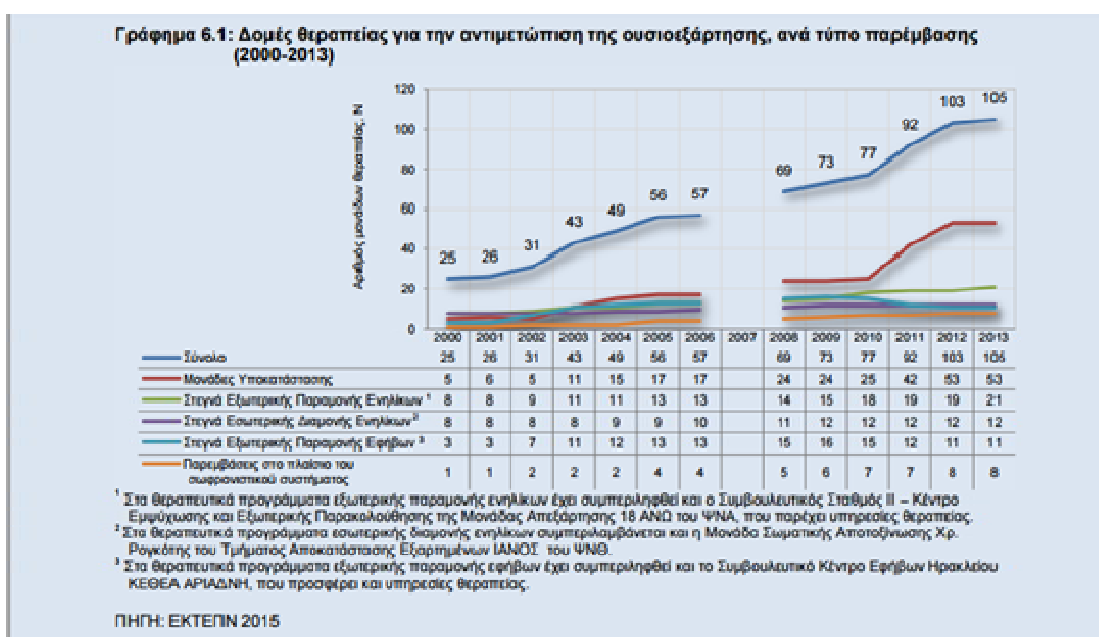
Ολόκληρη, η θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης, απαιτεί ένα δίκτυο υπηρεσιών, διαρθρωμένων με τέτοιο τρόπο που να σέβεται τον εξαρτημένο άνθρωπο, σε όποια κατάσταση κι αν βρίσκεται όταν ζητά βοήθεια, όσο εξαθλιωμένος κι αν είναι. Περιλαμβάνει, ως συστατικά στοιχεία, το εξειδικευμένο θεραπευτικό πλαίσιο, το συμβόλαιο θεραπείας και το θεραπευτικό πλάνο, με τις αναγκαίες θεραπευτικές πράξεις, που λειτουργούν συμπληρωματικά μεταξύ τους, αποβλέποντας κατά κύριο λόγο στο να κάνουν ικανό τον εξαρτημένο να γνωρίσει και να αλλάξει τον εαυτό του, μέσα σε μία διαδικασία ανθρώπινης, δηλαδή κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Μέλλον, 2001).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να είναι αποτελεσματική, όταν στρέφει τη δράση της προς τις κοινωνικές ενότητες και όχι μόνο προς το άτομο, εμπλέκοντας στη θεραπευτική διαδικασία την οικογένεια του εξαρτημένου, καθώς και ένα κοινωνικό σύνολο από φίλους και συγγενείς. Κάθε εξαρτημένος όταν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά, πρέπει να εξετάζεται στη μοναδικότητά του. Έχει τη δική του ιστορία, τη δική του προσωπικότητα, τη δική του πορεία στο αλκοόλ, τα δικά του βιώματα, το δικό του ιδιαίτερο οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον, που αντιδρά διαφορετικά στη στάση ζωής του. Έχει τη δική του κουλτούρα, τη δική του ψυχική οικονομία, τις δικές του συναισθηματικές και άλλες ψυχολογικές ανάγκες. Η θεραπεία απεξάρτησης λοιπόν, ισοδυναμεί με μία διαρκή προσπάθεια απελευθέρωσης από τον καταναγκασμό της εξάρτησης από την ουσία, αλλά σε τελευταία ανάλυση και από πρόσωπα και από το πλαίσιο του προγράμματος. Πρέπει να κάνει δυνατή την πρόσβαση του ατόμου στη αυτονομία σε όλα τα επίπεδα, μέσα από τη διαμόρφωση ενός νέου τρόπου ζωής, με νόημα, αρχές, αξίες και οράματα. Όσον αφορά το ρόλο του θεραπευτή, δε θα πρέπει να εμφανίζεται ούτε ως παντοδύναμος, ούτε ως απορριπτικός (Washington, 2000).

Αντίθετα μέσα από τη απλότητα της σταθερής παρουσίας του, θα πρέπει να τον καλέσει να μιλήσει για τον εαυτό του, όχι για τη ουσία του· να τον καλέσει σε μία προσωπική δέσμευση, που θεμελιώνεται στην ανάγκη της ρήξης με την ουσία και εγκαινιάζει μία δυνατή θεραπευτική σχέση, που θα παίζει καταλυτικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία. Μέσα από τη θεραπευτική σχέση ο εξαρτημένος γίνεται ικανός να παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στη θεραπεία του. Μπορεί πια να σκέφτεται ανεξάρτητα, να επεξεργάζεται τη σκέψη του, να εκφέρει το δικό του λόγο (Washington, 2000).

Οι βασικοί τύποι θεραπείας για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης που παρέχονται στην Ελλάδα είναι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις («στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα), η Θεραπεία Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης (ΘΦΑΕ) και η σωματική αποτοξίνωση. Οι επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς οι οποίοι παρέχουν τους παραπάνω τύπους θεραπείας στη χώρα μας είναι οι εξής: ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΨΝΑ), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ), η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, γενικά δημόσια νοσοκομεία (σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ), το ανεξάρτητο σωματείο ΘΗΣΕΑΣ στο πλαίσιο του Δήμου Καλλιθέας, το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και

Ερευνών και το Υπουργείο Δικαιοσύνης (φυλακές Ελαιώνα). Το 2013 στην Ελλάδα λειτουργούσαν συνολικά 105 θεραπευτικά προγράμματα / μονάδες (εφεξής: δομές θεραπείας) που παρείχαν θεραπεία (βλ. Παράρτημα II), εκ των οποίων 53 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης (εφεξής: ΘΜΦΑΕ ή θεραπείας υποκατάστασης) (44 μονάδες χορηγούν κυρίως βουπρενορφίνη και 9 μονάδες μεθαδόνη), 44 «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα (11 εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, 21 εξωτερικής παραμονής ενηλίκων, 11 εξωτερικής παραμονής εφήβων και 1 πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης), καθώς και 8 «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα για φυλακισμένους και αποφυλακισμένους χρήστες<sup>1</sup> (Γράφημα 6.1).



Το 2013 άρχισε να λειτουργεί το Πρόγραμμα Πολλαπλής Παρέμβασης Χανίων του ΟΚΑΝΑ. Πρόκειται για ένα «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παραμονής που απευθύνεται τόσο σε εφήβους όσο και σε ενήλικες χρήστες ναρκωτικών και αλκοόλ, καθώς και στις οικογένειές τους. Επιπλέον, το 2013 ξεκίνησε τη λειτουργία της και η Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης Ενηλίκων ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ στον Πειραιά, η οποία απευθύνεται κυρίως σε περιστασιακούς, εργαζόμενους και πρόσφατα άνεργους χρήστες, καθώς και σε ήπια εμπλεκόμενους με ουσίες χρήστες. Παράλληλα με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σημαντικές είναι επίσης και οι υπηρεσίες συμβουλευτικής που παρέχονται από τους προαναφερθέντες φορείς μέσα από τα συμβουλευτικά κέντρα / σταθμούς / κέντρα υποδοχής, ενημέρωσης και εισαγωγής (εφεξής: συμβουλευτικά κέντρα), στα οποία γίνεται η πρώτη

επαφή όσων αναζητούν βοήθεια για θέματα χρήσης ουσιών. Τα συμβουλευτικά κέντρα, κυρίως στην περίπτωση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων («στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα), λειτουργούν ως στάδιο προετοιμασίας για τη θεραπευτική διαδικασία των ατόμων που αναζητούν υποστήριξη σε θέματα χρήσης ουσιών, όπου παρέχεται ενημέρωση, αξιολόγηση της κατάστασης, ατομική και ομαδική συμβουλευτική / υποστήριξη, υπηρεσίες φροντίδας της υγείας, υποστήριξη οικογένειας, ενώ λειτουργούν και ως στάδιο προετοιμασίας για ένταξη στη θεραπευτική φάση. Το 2013 λειτουργούσαν στην Ελλάδα συνολικά σαράντα τέσσερα (44) συμβουλευτικά κέντρα, εκ των οποίων τριάντα τέσσερα (34) απευθύνονταν σε ενήλικες, οκτώ (8) απευθύνονταν σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες και δύο (2) σε αποφυλακισμένους χρήστες 2 (βλ. Παράρτημα II). Επιπλέον, από τα 44 συμβουλευτικά κέντρα τα 42 λειτουργούν στο πλαίσιο των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, ενώ για το πρόγραμμα ΘΦΑΕ λειτουργούν δύο Κέντρα Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού του ΟΚΑΝΑ σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Κατά τη διάρκεια του 2013 ξεκίνησαν τη λειτουργία τους τρία νέα συμβουλευτικά κέντρα από το ΚΕΘΕΑ στη Ρόδο (ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ), την Άρτα και την Ηγουμενίτσα (ΚΕΘΕΑ ΗΠΕΙΡΟΥ). Το 2014 άρχισαν να λειτουργούν πιλοτικά από τον ΟΚΑΝΑ δύο Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης (ΘΦΑΕ) στα σωφρονιστικά καταστήματα Κορυδαλλού και Αγίου Στεφάνου Πάτρας, δίνοντας αρχικά τη δυνατότητα σε εξαρτημένους που βρίσκονταν ήδη σε θεραπεία πριν τον εγκλεισμό τους να συνεχίσουν τη θεραπεία και εντός φυλακής. Οι ωφελούμενοι, εκτός από τη χορήγηση φαρμάκου, θα λαμβάνουν υπηρεσίες συμβουλευτικής σε κοινωνικά, εργασιακά και στεγαστικά θέματα με στόχο την επανένταξή τους στην κοινωνία μετά την αποφυλάκισή τους. Η δημιουργία και η λειτουργία των παραπάνω Μονάδων γίνεται στο πλαίσιο της πράξης «Πιλοτικά προγράμματα υποκατάστασης στις φυλακές», ΕΣΠΑ 2007-2013, η υλοποίηση της οποίας ξεκίνησε από τον ΟΚΑΝΑ το 2012.

### **6.3 Προσεγγίσεις στη θεραπεία**

Κάποιοι συγγραφείς έχουν εστιάσει την προσοχή τους σε δυνατές προσεγγίσεις στη θεραπεία. Οι Kurzman και Eiseman διεξήγαγαν σεμινάρια με οικογένειες διδάσκοντας λήψη αποφάσεων, επικοινωνία, διαπροσωπικές σχέσεις και δεξιότητες συναισθηματικής συναλλαγής. Οι Gluckstein, Rollin και Avey εκπαίδευσαν γονείς, στο να συμβουλευθούν άλλους γονείς χρηστών. Και τα δύο προγράμματα περιλαμβάνουν γενική πληροφόρηση για

τις εξαρτησιογόνες ουσίες εκπαίδευση σε συμβουλευτική και πληροφόρηση σχετικά με πηγές βοήθειας (Kessler, Crum, Warner et., al 1997).

- Θεραπευτική διαδικασία

Η διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας είναι ατομικά διαφορετική. Γενικά όμως η θεραπευτική διαδικασία για τους ασθενείς εξάρτησης, μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις κύριες φάσεις:

A) Τη φάση επαφής και προετοιμασίας, κατά την οποία πρέπει να δημιουργηθεί η πρώτη θεραπευτική σχέση με τον ασθενή και να αρχίσει η προετοιμασία του για τη θεραπεία.

B) Τη φάση της αποτοξίνωσης, η οποία κρατάει 4 έως 5 εβδομάδες και καταπολεμούνται τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου, στα πλαίσια της σωματικής εξάρτησης, όπως φυσικά και οι τυχόν υπάρχουσες σωματικές βλάβες.

Γ) Τη φάση απ-εθισμού, κατά την οποία γίνεται η επεξεργασία της ψυχικής εξάρτησης, μέσα από την αντιπαράθεση με την εξαρτημένη συμπεριφορά και τους λανθασμένους τρόπους λύσης προβλημάτων και ξεκινάει η οικοδόμηση νέων. Αυτή η φάση διαρκεί ανάλογα με το βαθμό και το είδος εξάρτησης, διαφορετικό κάθε φορά χρονικό διάστημα, το λιγότερο 6 έως 12 μήνες.

Δ) Τη μεταθεραπευτική φάση ή φάση αποκατάστασης, στην οποία γίνεται σταθεροποίηση και ενσωμάτωση των νέων τρόπων συμπεριφοράς, όπως η δοκιμασία τους στην καθημερινή πράξη, με τελικό στόχο την επανακοινωνικοποίηση του ασθενή· η φάση αυτή μπορεί να διαρκέσει ακόμη και χρόνια (Kessler, Crum, Warner et al., 1997).

- Θεραπευτικό πρόγραμμα

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, λίγοι συγγραφείς έχουν γράψει για το θεραπευτικό πρόγραμμα. Παρακάτω θα αναφέρουμε ορισμένους από αυτούς. Σε σχέση με την οικογένεια, ο Dell Ortho έχει εκφράσει αρκετές σημαντικές απόψεις. Πιστεύει ότι είναι ζωτικής σημασίας να μην αντιμετωπίζεται ο χρήστης ως χωριστό κομμάτι της οικογένειας, διότι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών είναι μόνο το αντικαθρέφτισμα της δυσλειτουργίας της οικογένειας. Ο Howe πιστεύει ότι κάθε μέλος της οικογένειας, πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι όλοι όσοι είναι αναμειγμένοι, υφίστανται πιέσεις και έχουν προβλήματα και ότι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών έχει γίνει εξίσου μία λύση όσο και ένα πρόβλημα για την οικογένεια. Οι Meeks και Kelly έχουν προτείνει τα ακόλουθα για να μεταδοθούν στην οικογένεια :

A) Όλοι πρέπει να εμπλακούν στη θεραπεία.

B) Μεταβολές στη δομή της οικογένειας, θα προκαλέσουν διαταραχή της ισορροπίας.

Γ) Βοήθεια των μελών να δεχτούν συμβιβασμό και

Δ) Εκπαίδευση σε τεχνικές για τη λύση προβλημάτων.

Η σχετική βιβλιογραφία, υποδεικνύει την ανάγκη της οικογενειακής θεραπείας. Μερικοί συγγραφείς έχουν προσφέρει κατευθυντήριες γραμμές για θεραπεία και έχουν επισημάνει ενδεχόμενους κινδύνους, αλλά υπάρχει κενό σε ότι αφορά συστηματικές προσεγγίσεις για θεραπεία (Kessler, Crum, Warner et al., 1997).

- Θεραπευτική ομάδα

Η θεραπευτική ομάδα συντονίζει και εποπτεύει τις επιμέρους θεραπευτικές παρεμβάσεις των μελών της, σε επίπεδο ατομικής ψυχοθεραπείας, ομαδικής ψυχοθεραπείας, τέχνης-θεραπείας, εργαστηρίων, κοινωνικής παρέμβασης και γενικότερης στάσης στη ζωή κάθε θεραπευόμενου. Στελεχώνεται από επαγγελματίες διαφορετικών ρόλων και αρμοδιοτήτων, όπως Ψυχίατροι, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί και Εργοθεραπευτές, που διαθέτουν εμπειρία, διαρκή εκπαίδευση και πίστη στη φιλοσοφία και τις αρχές του προγράμματος. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να είναι ισότιμα μεταξύ τους και να λειτουργούν με βάση την αρχή της συμπληρωματικότητας των διαφορετικών ρόλων τους. Η συμπληρωματικότητα των ρόλων εξασφαλίζει τη θεραπευτική ποικιλία των απαντήσεων· η ετοιμότητα και η διαθεσιμότητα κάθε μέλους της θεραπευτικής ομάδας, η συνέχεια και η σταθερότητα της παρουσίας του, η ικανότητα να εκπροσωπεί επαρκώς το θεραπευτικό πλαίσιο, τους κανόνες και τις αρχές του, να ακούει με υπομονή, να κατανοεί, να κάνει διάλογο, όλα αυτά δίνουν στη θεραπευτική ομάδα τη δυνατότητα μιας παρέμβασης, η οποία αγκαλιάζει την ολότητα της προβληματικής που θέτει κάθε θεραπευόμενος (Kessler, Crum, Warner et al., 1997).

#### **6.4 Κινητοποιητική Συνέντευξη**

Εάν αντιμετωπίζεις ένα άτομο όπως είναι, παραμένει όπως είναι, αν όμως το αντιμετωπίζεις σαν να ήταν αυτό που οφείλει και μπορεί να είναι, τότε θα γίνει αυτό που οφείλει και μπορεί να είναι (Miller & Rollnick, 2001 & 2012).

Η Κινητοποιητική Συνέντευξη, είναι μια ψυχοθεραπευτική μέθοδος με κύρια εφαρμογή στις εξαρτήσεις και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αλλά και στις ψυχιατρικές διαταραχές, στο δικαστικό/σωφρονιστικό σύστημα, ενίσχυση συμμόρφωσης στην θεραπεία

και σε διάφορα πλαίσια (εφήβους, οικογένειες, ομαδική θεραπεία) (Miller & Rollnick, 2001 & 2012).

Σύμφωνα με τον Μάνο (2008), η φιλοσοφία και το πνεύμα της μεθόδου προωθούν την διεργασία της αλλαγής. Χρησιμοποιώντας τη βοήθεια διαφόρων τεχνικών και δεξιοτήτων προσπαθεί να κάμψει την αντίσταση του θεραπευόμενου, να τον βοηθήσει να ξεπεράσει την αμφιθυμία του, να ενισχύσει την αυτό αποτελεσματικότητα του και να προχωρήσει σε αλλαγή.

Η εκπαίδευση θα επικεντρωθεί στην θεωρία και στις τεχνικές της μεθόδου με στόχο την κατανόηση και την εκμάθηση κάποιων τεχνικών, και την εφαρμογή τους στην καθημερινότητα των επαγγελματιών υγείας. Οι κατάλληλοι χειρισμοί, η αντιμετώπιση, η στάση και η ανάπτυξη επαφής με τον ασθενή υποβοηθούν την αλλαγή και αποτρέπουν άλλες διαταραχές συμπεριφοράς (Miller & Rollnick, 2001 & 2012).

Η κινητοποιητική συνέντευξη είναι μια καθοδηγητική, με κέντρο τον ασθενή, προσέγγιση με σκοπό να προκαλέσει ή να ενισχύσει την κινητοποίηση για αλλαγή.

- Ο ασθενής συνειδητοποιεί την ανάγκη για αλλαγή της συμπεριφοράς του
- Εντοπίζει τις αιτίες που τον εμποδίζουν να το κάνει
- Ο γιατρός τον ενισχύει στην προσπάθεια του να πετύχει την αλλαγή (Miller & Rollnick, 1991).

#### **6.4.1 Η ομάδα**

Η πραγματοποίηση των στόχων μιας ομάδας στο αρχικό στάδιο λειτουργίας της έχει άμεσα να κάνει με τα όσα καλά ή πρόχειρα έχουν προηγηθεί στο στάδιο του σχεδιασμού. Αν η επιλογή των μελών έχει στηριχθεί μόνο στην υποκειμενική εντύπωση του θεραπευτή αγνοώντας συγκεκριμένα κριτήρια και ασφαλιστικές δικλίδες, παραδείγματα των οποίων έχουν προαναφερθεί, και αν όσοι γίνονται δεκτοί στην ομάδα ή αναγκάζονται να συμμετάσχουν δεν έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν αντιρρήσεις και φόβους, τότε η ομάδα έχει δύσκολη πρόγνωση και απρόβλεπτη πορεία. Αντίθετα, αν ο θεραπευτής έχει καταβάλλει κάθε φιλότιμη προσπάθεια να ενημερώσει Οργάνωση και συναδέλφους, αν έχει πολύ συγκεκριμένα προετοιμάσει την ομάδα που θέλει να λειτουργήσει, τότε είναι σε καλή θέση να ορίσει την πρώτη συνάντηση της ομάδας ξεκινώντας σμε καλούς οίωνού.

Το στάδιο έναρξης της ομάδας ουσιαστικά χαρακτηρίζεται από διακριτά ψυχολογικά γνωρίσματα που με την σειρά τους απαιτούν τους ανάλογους ρόλους από τους θεραπευτές ή συντονιστές. Μόνο μέσα από αυτή την διαδικασία αναγνώρισης και διαπραγμάτευσης των αντιστάσεων, φόβων και προκαταλήψεων, τα μέλη και η ομάδα ως σύνολο θα μπορέσουν, στην συνέχεια, να αξιολογήσουν τις θετικές και αρνητικές ιδιαιτερότητες του κάθε μέλους αλλά και της ομάδας ως μιας δυναμικής και συνεχώς εξελισσόμενης οντότητας. Τα αποτελέσματα αυτών των πρώτων διαγνώσεων-αρχικών αξιολογήσεων θα αποτελέσουν την βάση πάνω στην οποία θα αποφασιστούν οι επιμέρους τομείς, και θα σχεδιασθούν οι πρώτοι στόχοι και οι στρατηγικές θεραπείας (Miller & Rollnick, 1991).

#### **6.4.2 Τα χαρακτηριστικά της ομάδας στο αρχικό στάδιο**

Τα μέλη διακατέχονται από ανησυχία, φόβους και πολλά ερωτηματικά στις πρώτες συναντήσεις. Οι συμμετέχοντες προσπαθούν να εντοπίσουν κοινές εμπειρίες και ενδιαφέροντα, τρόπους επικοινωνίας με διαφορετικούς ανθρώπους και ένα ρόλο για τον εαυτό τους που να συμβαδίζει με τον λόγο ή το πρόβλημα της συμμετοχής τους. Οι πρώτες ερωτήσεις τους αφορούν τον τρόπο λειτουργίας της ομάδας και τον δικό τους προσωπικό ρόλο και η απουσία απαντήσεων ή η ασάφεια τους θα εντείνει το άγχος και την σύγχυση, η οποία μπορεί να εκφράζεται ποικιλοτρόπως. Τα περισσότερα μέλη θα αποφεύγουν την συμμετοχή στην συζήτηση και κάποια θα παραμένουν παθητικά στο περιθώριο περιμένοντας τους άλλους να πάρουν την πρωτοβουλία (Μάνος, 2008).

Αυτή η σύγχυση και ανασφάλεια με τη σειρά τους δημιουργούν εξάρτηση. Τα μέλη περιμένουν καθοδήγηση και δομή από τον θεραπευτή, ενώ παράλληλα επιζητούν αποδοχή και έγκριση. Τα σχόλια του θεραπευτή και η στάση προς τα άλλα μέλη εξετάζονται και ανιχνεύονται ως ενδείξεις της αναμενόμενης συμπεριφοράς. Στις πρώτες συναντήσεις η επαγγελματική ιδιότητα του υπεύθυνου, η συμβολική και ουσιαστική δύναμή του ως εκπρόσωπος της Οργάνωσης έρχονται να επιβεβαιώσουν τις προσδοκίες τους ότι αυτός ο άνθρωπος θα τους δώσει τις απαντήσεις και τις λύσεις που αναζητούν. Ταυτόχρονα, τα μέλη αξιολογούν την συμπεριφορά των άλλων και αρχίζουν να εφαρμόζουν μηχανισμούς επικοινωνίας που χρησιμοποιούν σε ανάλογες καταστάσεις εκτός της ομάδας (Μάνος, 2008).

Άσχετα από το είδος της ομάδας, λοιπόν, άγχος για το άγνωστο, έλλειψη προσανατολισμού σχετικά με αναμενόμενους ρόλους και υποχρεώσεις, και γενικευμένες



αντιστάσεις αναμένονται ακόμη και σε ομάδες στις οποίες τα μέλη έρχονται με την δική τους θέληση και έχουν ως κύριο στόχο την κοινή δράση και όχι τόσο την αποκατάσταση ενός προσωπικού προβλήματος. Αυτές οι αντιστάσεις είναι ποικιλόμορφες και μπορούν κυμαίνονται από την ακραία λεκτική επιθετικότητα μέχρι την απόσυρση ή και αποχώρηση από την ομάδα. Συχνά αυτά που εκφράζονται είναι λιγότερο σημαντικά από αυτά που παραμένουν κρυφά. Οι πρώτες αντιδράσεις του θεραπευτή είναι καθοριστικές (Μάνος, 2008).

Σε όλη την διάρκεια του αρχικού σταδίου τα μέλη έχουν αυξημένες πιθανότητες να αποχωρήσουν από την ομάδα. Οι λόγοι αποχώρησης συνήθως έχουν να κάνουν με υποχρεωτική συμμετοχή στην ομάδα ή ανεπαρκή προετοιμασία των μελών, συγκρούσεις μεταξύ υποομάδων, επιπλοκές μεταξύ ταυτόχρονης ατομικής και ομαδικής θεραπείας και έλλειψη εμπειρίας των θεραπευτών (Yalom 1995, Margolis and Zweben, 1998).

Εμπειρικές έρευνες επιβεβαιώνουν ότι όταν οι άνθρωποι καταλαβαίνουν την θεραπευτική διαδικασία και επιθυμούν την αλλαγή τότε οι πιθανότητες υποτροπής και αποχώρησης περιορίζονται (Foote et al., 1999).

Κάθε ομάδα όπως κάθε ζωντανός οργανισμός μεταβάλλεται, πηγαίνει καλύτερα ή χειρότερα. Μέλη τελειώνουν την θεραπεία με επιτυχία, άλλα υποτροπιάζουν ή αδιαφορούν και αποφασίζουν να φύγουν. Ταυτόχρονα με την επίδραση της ομάδας ο Βαθμός Κινητοποίησης – ή με άλλα λόγια ο βαθμός ετοιμότητας για αλλαγή που χαρακτηρίζει τα μέλη - συμβαδίζει και επηρεάζεται και από άλλα εξωτερικά ή εσωτερικά γεγονότα και ως εκ τούτου αποτελεί ένα συνεχές μέλημα για τον θεραπευτή ιδιαίτερα σε αυτό το στάδιο (Yalom 1995, Margolis and Zweben 1998). Αν και η Κινητοποιητική Συνέντευξη των Miller and Rolnick (1991) είναι εκτός των δυνατοτήτων παρουσίασης σε ένα βιβλίο στα δυναμικά των ομάδων, έχει σημασία για τον αναγνώστη ομαδικό θεραπευτή τουλάχιστον να λαμβάνει υπόψη του τα παρακάτω:

Αναγνώριση και αποδοχή του δικαιώματος των πελατών μας να αντιστέκονται σε αλλαγές που δεν κατανοούν και δεν έχουν αποφασίσει (Marziali et al., 1997). Όπως ο κάθε θεραπευτής έχει τα δικά του "δωμάτια με μυστικά και δυσπρόσιτες ή απρόσιτες περιοχές", έτσι και όσοι φθάνουν, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, σε εμάς, έχουν "τα δικά τους δωμάτια, ενίοτε κλειδωμένα και απόρρητα και άλλοτε έτοιμα να τους κατακλύσουν με δυσερμήνευτα μυστικά και επώδυνα βιώματα". Δικαίωμα του καθενός είναι να προστατεύσει τον εαυτό του

με όποιο τρόπο θεωρεί σωστό μέχρι να καταλάβει ότι αυτό που έχει επιλέξει ουσιαστικά βλάπτει τον ίδιο και όσους τον αγαπούν. Αυτό πρακτικά σημαίνει μια ολόκληρη πορεία θεραπευτικής συνειδητοποίησης και κατανόησης του εαυτού από τον πελάτη, στη διάρκεια της οποίας πορείας οι αντιστάσεις στην αλλαγή παίρνουν πάμπολλες μορφές. Επιθετικότητα, απόσυρση, αυτό-καταστροφική συμπεριφορά, πρόκληση και συχνά απόρριψη των θεραπειών κ.α. Πρώτα θα κατανοήσουμε μαζί με τον πελάτη τους λόγους ύπαρξης των αντιστάσεων και μετά θα διαπραγματευτούμε μαζί του/της τον τρόπο, χρόνο και έκταση της αλλαγής (Yalom 1995, Margolis and Zweben, 1998).

-Παρέχοντας επιλογές και ευθύνη στα μέλη για όσα πρόκειται να συμβούν. Ο θεραπευτής πρέπει να συνδυάσει την αναγκαιότητα για δομή στις πρώτες συνεδρίες με το δικαίωμα των μελών να επιλέξουν τι θέλουν να κάνουν και σε ποιο βαθμό. Η δομή μπορεί να είναι απαραίτητη αλλά και βλαπτική στην ανάπτυξη μιας ομάδας. Ελάχιστη δομή και κατεύθυνση στο αρχικό στάδιο θα αυξήσει το άγχος των μελών και θα περιορίσει την αυθορμητικότητα. Υπερβολική δομή με την σειρά της θα δημιουργήσει εξάρτηση. Συνήθως, το είδος της ομάδας και η θεωρητική εκπαίδευση των θεραπειών θα αποφασίσουν τον βαθμό της δομής. Ο συγγραφέας έχει συχνά παρακολουθήσει ώριμες ομάδες στις οποίες ο θεραπευτής περιμένει στωικά την ομάδα να αποφασίσει την κατεύθυνση της συνάντησης. Σε μια νέα ομάδα, όμως, ή σε καταστάσεις κρίσεις η δυναμική παρέμβαση του θεραπευτή είναι απαραίτητη. Αυτό που έχει σημασία είναι ότι με την πρόοδο του χρόνου τα μέλη αναλαμβάνουν όλο και περισσότερες ευθύνες και πρωτοβουλίες. Για παράδειγμα, μια ομάδα ανηλίκων παραβατών πρέπει να ακολουθήσει το πρόγραμμα των δομημένων συνεδριών, έχει όμως το δικαίωμα να αποφασίσει τι άλλο θέμα θα συζητηθεί πριν λήξει η συνάντηση, αν θα συμμετέχουν σε δραστηριότητες ψυχαγωγίας το Σαββατοκύριακο, αν θα προετοιμάσουν μια εργασία να παρουσιάσουν στην επόμενη συνάντηση (Yalom 1995, Margolis and Zweben, 1998).

Σύμφωνα με τους Yalom (1995), Margolis and Zweben (1998), προστασία από τιμωρητικές πρακτικές και πρόωγη αντιπαράθεση. Επιθετικότητα, τιμωρία και έντονες διαφωνίες συντελούν σε μια δυσάρεστη ατμόσφαιρα και μειώνουν την επιθυμία για αλλαγή. Ο θεραπευτής έχει την ευθύνη να εξασφαλίσει ότι η συναισθηματική εκτόνωση παραμένει σε ελεγχόμενα επίπεδα. Προσβλητικές συμπεριφορές, ενοχικά συναισθήματα και συγκρούσεις πρέπει να αποφεύγονται, αλλιώς τα μέλη θα αρχίσουν να αισθάνονται απειλούμενα και θα αρχίσουν να αποχωρούν.

## 6.5 Βιολογική- Φαρμακολογική προσέγγιση

Στην παρούσα υποενότητα θα αναλυθεί το βιολογικό υπόβαθρο του αλκοολισμού και η ενδεχόμενες φαρμακευτικές ουσίες, οι οποίες μπορούν να λειτουργήσουν βοηθητικά στα εξαρτημένα άτομα. Ας αρχίσουμε πρώτα από κάποιες ερευνητικές ενδείξεις που αφορούν την εξάρτηση από ουσίες γενικότερα. Βάσει πειραμάτων που έχουν διεξαχθεί σε ζώα, έχει αποδειχθεί ότι ο ηλεκτρικός ερεθισμός κάποιων εγκεφαλικών περιοχών (των λεγόμενων κέντρων ηδονής) είναι ιδιαίτερα ενισχυτικός. Έχει παρατηρηθεί ότι είναι πολύ ισχυρή η ανταμοιβή που προκαλείται από τον ενδοκρανιακό αυτοερεθισμό, μιας και μαθαίνεται ταχύτατα από τα πειραματόζωα και προτιμάται από άλλες συμπεριφορές. Ενδείξεις υποδεικνύουν μια σύνδεση μεταξύ των ψυχοτρόπων και του ενδοκρανιακού ερεθισμού, αφού και τα δύο λειτουργούν ως θετικοί ενισχυτές και φαίνεται ότι δρουν και στα ίδια νευρωνικά συστήματα. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες ουσίες που προκαλούν εθισμό, ασκούν την επίδρασή τους τροποποιώντας κάποιο από τα στάδια της νευροδιαβίβασης. Παρά τις μεταξύ τους διαφορές, πολλές από αυτές αυξάνουν τα εξωκυττάρια επίπεδα της ντοπαμίνης στην περιοχή του επικλινή πυρήνα (Ζαφειρίδης, 1987).

Σύμφωνα με τον Ζαφειρίδη (1987), ο αλκοόλ συγκεκριμένα, ασκεί την ευφορική και αγχολυτική του δράση μέσω της δράσης του στις κεντρικές συνάψεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η ουσία αυτή, δρα σε όλους τους γνωστούς υποδοχείς που έχουν εντοπιστεί στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Υπάρχουν πειραματικές παρατηρήσεις που θεωρούν ότι η ντοπαμίνη παίζει ουσιαστικό ρόλο στις οξείες ενισχυτικές ιδιότητες του οινοπνεύματος. Άλλοι νευροδιαβιβαστές που φαίνεται ότι εμπλέκονται στις ενισχυτικές του δράσεις (σεροτονίνη και ενδογενή οπιοειδή), συμμετέχουν στα νευρωνικά κυκλώματα ανταμοιβής. Βιολογικά φαινόμενα χαρακτηριστικά της εξάρτησης από το αλκοόλ, όπως η αντοχή, η φυσική εξάρτηση, το σύνδρομο στέρησης και οι συχνές υποτροπές, εμφανίζονται συνήθως μετά από χρόνια κατανάλωση αλκοόλ, ως αποτέλεσμα της προσαρμογής των κεντρικών συνάψεων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος σε αυτή. Αυτό που συμβαίνει στην ουσία, είναι η απορρύθμιση των ενδογενών νευρωνικών συστημάτων ανταμοιβής, συστήματα που διεγείρονται κατά τη λήψη ουσιών και προκαλούν ευφορία. Η απορρύθμιση των συστημάτων ανταμοιβής βασίζεται σε προσαρμοστικές αλλαγές του εγκεφάλου, οι οποίες αφορούν υποδοχείς φαρμάκων και νευροδιαβιβαστές που έχουν ως αποτέλεσμα την αντοχή, τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης και τις υποτροπές.

Η κεντρική έννοια στο νευροφυσιολογικό μηχανισμό της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι η ενίσχυση τόσο ως πρωτογενής (θετική ή αρνητική) όσο και ως δευτερογενής. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των ασθενών για εξάρτηση από το αλκοόλ είναι η δισουλφιράμη, το καρβαμίδιο του ασβεστίου, η ναλτρεξόνη. Ειδικότερα, η δισουλφιράμη συνήθως προκαλεί αίσθημα αδιαθεσίας κατά την κατανάλωση αιθανόλης και η λογική της χρήσης της βρίσκεται πίσω από την παραδοχή, ότι η απειλή της ανεπιθύμητης αντίδρασης θα οδηγήσει στον περιορισμό της κατανάλωσης. Το καρβαμίδιο ενδέχεται να παρουσιάζει λιγότερες παρενέργειες. Η ναλτρεξόνη συνήθως μειώνει την διάθεση για κατανάλωση αλκοόλ, αναφορικά σε βαριά περιστατικά εξαρτημένων ατόμων. Η ακαμπροσάτη χρησιμοποιείται για να μειώσει την υπερδιεγερσιμότητα που δημιουργείται από το σύνδρομο στέρησης από το αλκοόλ καθώς και την ακαταμάχητη επιθυμία (Ζαφειρίδης,1987).

Σε πλαίσια αποτοξίνωσης χρησιμοποιούνται και οι βενζοδιαζεπίνες. Παρόλ' αυτά δε συνιστάται η χρήση τους για συντήρηση λόγω της πιθανότητας ανάπτυξης της εξάρτησης. Άλλο ένα φάρμακο που προτάθηκε για την φαρμακευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού είναι το ανθρακικό λίθιο. Η χρήση του υποστηρίχθηκε από αποτελέσματα μελετών που υποδείκνυαν ότι το λίθιο μειώνει την έντονη επιθυμία για οινόπνευμα και την ευφορία που προκαλείται από αυτό. Παρόλ' αυτά, με μια προσεκτικότερη μελέτη της ερευνητικής βιβλιογραφίας πληροφορούμαστε για μελέτες που υποστηρίζουν ότι το λίθιο δεν ωφελεί περισσότερο από το εικονικό φάρμακο. Πλέον συνταγογραφείται όταν γίνει φανερό ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι δευτεροπαθής ή συνυπάρχει με διπολική διαταραχή. Περιγράψαμε με λίγα λόγια τι συμβαίνει στο νευρικό σύστημα, όταν παρουσιάζεται εξάρτηση από το αλκοόλ και αναφέραμε περιληπτικά τη φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται για να αντιμετωπιστεί τόσο η εξάρτηση, όσο και οι υποτροπές. Στο τελευταίο υποκεφάλαιο του κεφαλαίου θα επιχειρήσουμε μια συνοπτική αναφορά σε κάποιους από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της εξάρτησης από το αλκοόλ (Μέλλον,2001).

## **6.6 Ψυχολογική Προσέγγιση**

- Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας

Η θεραπευτική διαδικασία θεμελιώνεται πάνω στην ψυχοθεραπεία που πραγματοποιείται μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο. Ως ψυχοθεραπεία, όσο κι αν είναι δύσκολο να ορίσουμε, εννοούμε βασικά μία μέθοδο επεξεργασίας ψυχολογικών διαδικασιών, που θεμελιώνεται πάνω στην ψυχοθεραπευτική σχέση και έχει ως κύριο εργαλείο της είτε το λόγο, είτε άλλες μορφές έκφρασης.

Δεν υπάρχει ένα μοντέλο ψυχοθεραπείας, κοινό για όλους τους εξαρτημένους και όλους τους ψυχοθεραπευτές. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πολλές σχολές και 200 έως 300 μορφές ψυχοθεραπείας. Η ψυχοθεραπευτική μέθοδος στην απεξάρτηση, συνδέεται καθοριστικά με τη μέθοδο προσέγγισης και κατανόησης της ίδιας της εξάρτησης (Μέλλος,2009).

Η ένταξη του εξαρτημένου σε ψυχοθεραπευτική διαδικασία, ατομική και ομαδική, πρέπει να πληρεί κάποιες βασικές προϋποθέσεις, που αυτές δεν είναι άλλες από το κίνητρο του ίδιου του ατόμου και η αποχή του από το αλκοόλ. Μέσα από την ψυχοθεραπεία, ο εξαρτημένος πρέπει να γίνει ικανός να εκφράσει ο ίδιος, αρχικά στον ψυχοθεραπευτή του και μετά στους άλλους, όλους τους φόβους που υπάρχουν μέσα του και τον παραλύουν, τις ενοχές, τις πράξεις ή και τις σκέψεις του, το θυμό του για τα πρόσωπα της οικογένειας ή άλλα πρόσωπα, που έχουν εμπλακεί σε φορτισμένες με έντονα συναισθήματα καταστάσεις τις οποίες ο ίδιος έχει βιώσει στο παρελθόν, το μακρινό ή και το πρόσφατο (Μέλλον,2001).

Μέσα από διάφορους μηχανισμούς, που η λειτουργία και ο ρόλος τους θα αποκαλυφθούν στην πορεία της ψυχοθεραπείας, όλα αυτά τα συναισθήματα και οι σκέψεις, όπου κυριαρχεί το στοιχείο της αρνητικότητας, θα πάρουν πιο ξεκάθαρη μορφή και θα αλλάξουν χαρακτήρα. Έτσι η προοδευτική επικράτηση του θετικού στοιχείου θα γίνει ο ενεργητικός παράγοντας απόσπασής του από την παραίτηση και την απραξία (Μέλλον,2001).

- Η ένταξη σε ομάδα

Σύμφωνα με τον Μέλλον (2001), η πιο θεμελιακή θεραπευτική πράξη είναι η ένταξη του εξαρτημένου ατόμου σε μία ψυχοθεραπευτική ομάδα. Από τη στιγμή που αυτός ο τόσο μοναχικός άνθρωπος, θα θεωρήσει τον εαυτό του μέλος μίας ομάδας «ομοίων», με τους οποίους μοιράζεται τον στόχο της απεξάρτησης, θα έχει κάνει το πρώτο βήμα της εξόδου από το κελί της απομόνωσης.

Η ένταξη του σε μία ομάδα ανθρώπων, με τους οποίους τον συνδέει κοινός στόχος, του δίνει τη δυνατότητα να συνάψει συναισθηματικούς δεσμούς μαζί τους. Στη ζωή του μέχρι τώρα, δεν υπήρχαν σταθερά σημεία αναφοράς και γι' αυτό οι δεσμοί του ήταν όλοι ασταθείς, εύθραυστοι και επώδυνοι. Μέσα στην ομάδα θα αναζητήσει τη θέση του και το ρόλο του, που θα του επιτρέψουν να διαφοροποιηθεί από τους άλλους και ταυτόχρονα να δεθεί μαζί τους. Μέσα στην ομάδα όπου θα νιώσει το αίσθημα ασφάλειας που του λείπει, θα μάθει να κάνει διάλογο με τους άλλους άμεσα και ειλικρινά, να τους ακούει, να αναζητά και να κατανοεί το βαθύτερο νόημα κάθε πράξης, δικής του και των άλλων. Θα μάθει να δέχεται τον εαυτό του όπως πραγματικά είναι, να αναγνωρίζει τις αδυναμίες του, αλλά και τις δυνατότητές του, να ξεπερνά φόβους και ανασφάλειες, να ασκεί και να δέχεται αντικειμενική κριτική, να αποφεύγει τις εκδηλώσεις βίας, μέσα και έξω από την οικογένεια (Μέλλος, 2009).

Στην ομάδα του θα στηριχθεί για να βρει τη δύναμη να μετατρέψει το αρνητικό σε θετικό, να αλλάξει τη στάση του, να ξεπεράσει τον εγωισμό του, που τον φέρνει κάθε στιγμή σε σύγκρουση με τους άλλους. Εδώ θα μάθει να θέτει όρια στη συμπεριφορά του και να εγκαθιδρύει σχέσεις αμεσότητας με τα μέλη της ομάδας και εν συνεχεία με όλους τους υπόλοιπους. Μέσα σε αυτή την ομαδική διαδικασία θα ενισχυθεί το κίνητρό του, η προσδοκία, ο αυτοσεβασμός του. Η ένταξη στην ομάδα αποτελεί το θεμέλιο της ανασυγκρότησης της ελλειμματικής προσωπικότητας, ακριβώς γιατί η νέα προσωπικότητα διαμορφώνεται μέσα από τη σύναψη σχέσεων με τους άλλους (Μέλλον, 2001).

- Αλλαγή- παρέμβαση στην οικογένεια

Η διαδικασία της απεξάρτησης περιλαμβάνει ως συστατικό της στοιχείο την παρέμβαση του θεραπευτικού πλαισίου σε αυτή την οικογένεια, με στόχο την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση του δυναμικού της. Η παρέμβαση μπορεί να πάρει ακόμα και τη μορφή της θεραπείας οικογένειας, αν αυτό κριθεί αναγκαίο από τη θεραπευτική ομάδα (Μέλλον, 2001).

- Σωματική αποτοξίνωση

Σωματική αποτοξίνωση είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ένα σωματικά εθισμένο άτομο διακόπτει τη χρήση της ουσίας (αλκοόλ). Αυτό μπορεί να γίνει απότομα ή σταδιακά, να χρησιμοποιηθεί η ίδια ή άλλη συγγενής ουσία ή καμία, να χορηγηθούν φάρμακα με σκοπό

τη συμπτωματική αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου ή τέλος να δοθούν ουσίες που επιδρούν στους νευροχημικούς μηχανισμούς, μέσω των οποίων εκφράζεται το σύνδρομο. Η απεξάρτηση μπορεί να γίνει ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή ή σε άλλους χώρους, όπως οι θεραπευτικές κοινότητες. Η επιλογή της μεθόδου αντιμετώπισης, εξαρτάται περισσότερο από το τι είναι διαθέσιμο για τον συγκεκριμένο τόπο και το συγκεκριμένο χρήστη και λιγότερο από το τι θεωρείται ιδανικό για την περίπτωση (Μέλλος, 2009).

- Κέντρα αποθεραπείας- υποδοχής- άλλα θεραπευτικά σχήματα

Τα Κέντρα αποθεραπείας προορίζονται να συνεχίσουν το έργο των ιδρυμάτων ή των θεραπειών που έχουν αναλάβει την αποτοξίνωση, όταν αυτή κρίνεται αναγκαία. Στα κέντρα αποθεραπείας προβλέπονται διάφορες μέθοδοι αντιμετώπισης, οι οποίες αποσκοπούν στη δημιουργία ευνοϊκών προϋποθέσεων για μία βαθύτερη αλλαγή στο εσωτερικό της προσωπικότητας του εξαρτημένου. Οι «απασχολιοθεραπείες» υπάρχουν σχεδόν σταθερά. Πρόκειται για δημόσιους ή ιδιωτικούς οργανισμούς, ψυχιατρικούς ή μη ψυχιατρικούς, ιατρικούς ή μη ιατρικούς, που προσφέρονται να ανταποκριθούν στα αιτήματα βοήθειας των εξαρτημένων, οι οποίοι δεν εντάσσονται στις δομές που προαναφέραμε. (Μέλλος, 2009).

Στο πλαίσιο των Κέντρων υποδοχής παρεμβαίνουν ως θεραπευτές, άνθρωποι κάθε επαγγελματικής προέλευσης και κατεύθυνσης, οι οποίοι όμως δε διαθέτουν ταυτόχρονα μεγάλη ποικιλία δεξιοτήτων ως προς τις σχέσεις, γεγονός που χρωματίζει σαφώς προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση το χαρακτήρα υποδοχής του κάθε Κέντρου (Μέλλος, 2009).

Σχετικά με τα άλλα θεραπευτικά σχήματα, γνωρίζουμε ότι υπάρχουν διάφορες μορφές «θεραπευτικών κοινοβίων», στα οποία όμως υπάρχει συνήθως, ως κοινό χαρακτηριστικό, μία ιδιαίτερη ενασχόληση γύρω από τον άξονα του ηθικού και συχνά φιλοσοφικού, ακόμα και μεταφυσικού περιεχομένου, που έρχεται να προστεθεί στις άλλες θεραπευτικές επιδιώξεις. Υπάρχουν επίσης «θεραπευτικές εστίες», «θεραπευτικά διαμερίσματα», «ανάδοχες οικογένειες» και κάποια άλλα παρόμοια σχήματα, που προορίζονται κυρίως να μην αφήσουν την προσωπικότητα που ζητά να απαλλαγεί από την εξάρτηση σε μία συναισθηματική απομόνωση ή ακόμα χειρότερα, στην αποκλειστική επίδραση από προηγούμενα περιβάλλοντα, που και αυτά από την πλευρά τους είχαν συμβάλει στην εξάρτηση (Μέλλος, 2009).

- Ο καταλυτικός ρόλος της τέχνης στη θεραπευτική διαδικασία απεξάρτησης

Η θεραπευτική διαδικασία απεξάρτησης, ανάγεται σε μία διαδικασία αποκρυπτογράφησης των αιτιών και των όρων εγκατάστασης της εξάρτησης στον εξαρτημένο. Η αποκρυπτογράφηση γίνεται μέσα από την κλασική ψυχοθεραπεία, ομαδική και ατομική, που χρησιμοποιεί ως κύριο εργαλείο της το λόγο, καθώς και από μορφές ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιούν το θέατρο, το χορό, την ποίηση, τις τέχνες. (Μέλλος, 2009).

Η τέχνη, σε όλες της τις μορφές κάνει τον εξαρτημένο ικανό να εκφράσει τις ιδέες και τα συναισθήματά του. Επίσης έρχεται πιο κοντά στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας και επικοινωνεί μαζί τους. Θα γίνει λοιπόν ικανός να αντλήσει ικανοποίηση από αυτό που κάνει, να ενισχύσει την αυτοεκτίμησή του, να ανακαλύψει ίσως άγνωστες κλίσεις και ταλέντα του (Μέλλος, 2009).

## **6.7 Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα**

Αρκετές ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα χρησιμοποιούν συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικών θεραπειών, ενώ έχουν σχεδιαστεί ειδικά για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (ΑΑ) και τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού, των ειδικών ξενώνων και των θεραπευτικών προγραμμάτων σε νοσοκομεία (Sheeren, 1988).

### **6.7.1 Ανώνυμοι Αλκοολικοί**

Οι δραστηριότητες των ομάδων Ανώνυμων Αλκοολικών θεωρούνται από τις πιο δημοφιλείς προσεγγίσεις στις Ευρωπαϊκές χώρες και τις Η.Π.Α. Στις συναντήσεις των Α.Α. συμμετέχουν αλκοολικοί σε αποχή. Η οργάνωσή τους στηρίζεται στην αρχή της αλληλοβοήθειας μεταξύ αλκοολικών και πρώην αλκοολικών, μέσω του προγράμματος των δώδεκα (12) Βημάτων και δώδεκα (12) Παραδόσεων χωρίς τη βοήθεια από ειδικούς. Αποτελούν μέρος μιας διεθνούς αλληλεγγύης με μέλη σε 90 χώρες. Δεν έχουν παρά μόνο ένα σκοπό: να παραμένουν νηφάλιοι και να βοηθήσουν και άλλους να μένουν κι εκείνοι νηφάλιοι (Sheeren, 1988).

Η επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναδεικνύει μια σαφέστατη υπεροχή - όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα- εκείνων των θεραπευτικών προτάσεων που υιοθετούν και προσπαθούν να εφαρμόζουν τις βασικές αρχές και τις τεχνικές της



αυτοβοήθειας, έναντι αυτών που βασίζονται αποκλειστικά σε παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται και από το γεγονός ότι όλο και περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις στηρίζονται πλέον αποκλειστικά στη φιλοσοφία των δώδεκα (12) βημάτων και δώδεκα (12) παραδόσεων των Ανωύμων Αλκοολικών και Нарκομανών (Α.Α. και Ν.Α.) (Sheeren, 1988).

Τα δώδεκα (12) βήματα και οι δώδεκα (12) παραδόσεις, όπου αναφέρονται στην συνέχεια, των Ανωύμων Αλκοολικών και Нарκομανών έχουν εισαχθεί σε επίσημες θεραπευτικές δομές σε χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Φιλανδία, το Μεξικό, η Ελβετία, η Σουηδία και Ισλανδία ενώ πολλοί είναι αυτοί που εκθειάζουν τα άριστα αποτελέσματα που προκύπτουν από το συνδυασμό παρακολούθησης ομάδων Ανωύμων Нарκομανών και κατάλληλα σχεδιασμένων επαγγελματικών θεραπευτικών προγραμμάτων. Χαρακτηριστικό της αυξανόμενης εκτίμησης που χαίρουν από την επιστημονική κοινότητα και τις επίσημες αρχές οι ομάδες των Ν.Α. είναι και το γεγονός ότι σε ορισμένες χώρες όπως οι Η.Π.Α. η συμμετοχή σε τέτοιες ομάδες προτείνεται από τις δικαστικές αρχές ως προϋπόθεση αναστολής επιβληθεισών ποινών (Sheeren, 1988).

Σύμφωνα με την Sheeren, (1988), από το 1963 και μετά, η ανάπτυξη επαγγελματικών θεραπευτικών προγραμμάτων που δανείστηκαν πολλά στοιχεία της λειτουργίας τους από τις γνήσιες ομάδες αυτοβοήθειας του τύπου Synanon, Ανώνυμων Нарκομανών, Ανώνυμων Αλκοολικών, βοήθησε στην άνοδο της αποτελεσματικότητας των επαγγελματικών προγραμμάτων. Παρόλα αυτά οι αναπτυχθείσες επαγγελματικές θεραπευτικές προτάσεις κατάφεραν περιστασιακά μόνο να προσεγγίσουν θεραπευτικές επιτυχίες της τάξης άνω του 50% και υπολείπονται σε σταθερότητα αποτελεσμάτων των γνήσιων προτάσεων αυτοβοήθειας, του τύπου των Нарκομανών Ανώνυμων (Ν.Α) και Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α).

Κατά συνέπεια δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι κλασικές επαγγελματικές προσεγγίσεις που βασίζονται σε έμψυχο δυναμικό επαγγελματιών και παρά επαγγελματιών ψυχικής υγείας αποτελούν ένα δύσκολο και αβέβαιο εγχείρημα. Από την άλλη μεριά η παραδοχή ότι οι Ομάδες Αυτοβοήθειας αποτελούν το απόλυτο θεραπευτικό όπλο δεν επιλύει το πρόβλημα, δεδομένου ότι η ένταξη στις ομάδες αυτές προϋποθέτει την ύπαρξη θετικού κινήτρου, που σημαντικό ποσοστό των εξαρτημένων από σκληρές ναρκωτικές ουσίες και το αλκοόλ δεν διαθέτει. (Makela, Arminen, Bloomfield et al., 1996).

## 6.7.2 Θεραπευτικές ιδιότητες μουσικοθεραπείας

Η μουσικοθεραπεία είναι ένας διεθνής αναγνωρισμένος τομέας της υγείας, με απεριόριστες δυνατότητες εφαρμογής ως μέσο πρόληψης, αποκατάστασης και θεραπείας. Βασίζεται στη διαπροσωπική σχέση και δανείζεται τεχνικές και μεθόδους από την ψυχοθεραπεία και την ψυχανάλυση. Η μουσικοθεραπεία σύμφωνα με έρευνα επιδρά σωματικά (Lang & Srdar, 1992).

Στην ρύθμιση του κυκλοφοριακού και αναπνευστικού μας συστήματος, της αρτηριακής πίεσης

- Στους καρδιακούς παλμούς
- Στην εγκεφαλική δραστηριότητα
- Στα επίπεδα ορμονών
- Στην καλή εξέλιξη της κνήσεως
- Στις μετεγχειρητικές διαταραχές
- Στην βελτίωση της ανοσολογικής απάντησης του οργανισμού

Για παράδειγμα, σε σχετικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς που ετοιμάζονταν για την εκτέλεση μιας απλής ιατρικής πράξης, αλλά και για σοβαρές για την επιβίωση επεμβάσεις, όπως η εγχείρηση ανοικτής καρδιάς, διαπιστώθηκε ότι η ομάδα των ασθενών που άκουγε θεραπευτική μουσική πριν την επέμβαση, έμπαινε στο χειρουργείο με λιγότερο άγχος και καλύτερη ψυχολογία. Το ίδιο ισχύει και για ασθενείς μετά από την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης. Παρατηρήθηκε ότι η θεραπευτική μουσική προάγει τη μείωση του άγχους και επομένως, την καλύτερη, γρηγορότερη κι αποτελεσματικότερη ανάρρωση του ασθενούς. Οι ασθενείς αυτοί χαρακτηριστικά, παρουσιάζουν πιο χαμηλή αρτηριακή πίεση, λιγότερους σφυγμούς ανά λεπτό και πιο φυσιολογικό ρυθμό αναπνοής (Lang, & Srdar, 1992).

Επιπλέον η μουσικοθεραπεία η οποία κατατάσσεται στις εξπρεσιονιστικές θεραπείες, έχει ένδειξη σε άτομα όλων των ηλικιών με μια ποικιλία νοσολογικών καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων :

- ψυχιατρικών διαταραχών
- φυσικών αναπηριών
- αισθητικών βλαβών

- αναπτυξιακών δυσκολιών
- καταχρήσεων ουσιών
- επικοινωνιακών δυσκολιών
- διαπροσωπικών προβλημάτων
- ανιάτων ασθενειών (AIDS, καρκίνος)

καθώς και του γήρατος (Alzheimer, Parkinson) (Lang, & Srdar, 1992).

Ένα εξαρτημένο άτομο μέσω της μουσικοθεραπείας μπορεί να αναπτύξει την ικανότητα για επικοινωνία, τις κοινωνικές-διαπροσωπικές δεξιότητες, την ικανότητα για συγκέντρωση και οργάνωση, το συντονισμό και τις κινητικές δεξιότητες, την αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, την αυτοπεποίθηση και την αυτογνωσία, τον αυθορμητισμό και τη δημιουργικότητα, την ικανότητα για προσαρμογή, τον λόγο και την ομιλία.. Μέσα σε μια μουσικοθεραπευτική συνεργασία η επικοινωνία και η αυτό-έκφραση (λεκτική - μη λεκτική) ενθαρρύνεται και ενισχύεται με αποτέλεσμα να αποκαλύπτονται πολλές φορές ιδιαίτερα «ταλέντα» σε οποιοσδήποτε μορφές τέχνης (ποίηση, χορό, μουσική και ζωγραφική). Έτσι μπορεί ο εξαρτημένος να βρει το δικό του νόημα στη ζωή και να έχει να «δώσει» και σε άλλους. Όταν γίνεται αυτό, η εικόνα της παθολογικής και μη αναστρέψιμης κατάστασης μειώνεται. Η αναπνοή, οι σφυγμοί της καρδιάς, η χροιά, η τοποθέτηση, η ένταση της φωνής και των κινήσεων, καθώς επίσης οι ήχοι των σκέψεων και συναισθημάτων συνθέτουν τη μουσική ταυτότητα του ανθρώπου, προσφέροντας έτσι υλικό στον θεραπευτή για το μουσικό «θέμα» του κλινικού αυτοσχεδιασμού. Ο συμμετέχων ακούει την οικεία σ' αυτόν ηχητική εικόνα που δημιουργεί ο μουσικοθεραπευτής, αισθάνεται ότι ένας άνθρωπος τον νιώθει, τον καταλαβαίνει, μπορεί να συνυπάρξει στο δικό του «θέμα» και εμπλέκεται στη θεραπευτική σχέση χτίζοντας εμπιστοσύνη (Lang & Srdar, 1992).

## **6.8 Η επιτυχής κοινωνική επανένταξη**

Οι καταστάσεις που αντιμετωπίζουν σήμερα στην Ελλάδα τα απεξαρτημένα άτομα δεν είναι ενθαρρυντικές. Ο δρόμος της κοινωνικής επανένταξης δεν είναι ευκολοδιάβατος. Αρκετές φορές έχει πισωγυρίσματα στην εξάρτηση. Ορίζουμε σαν κοινωνική επανένταξη του απεξαρτημένου ατόμου, την κοινωνική διαδικασία που έπεται της απεξάρτησης του ατόμου και στοχεύει στη συνέχεια της διακοπείσας, λόγο εξάρτησης, επικοινωνίας ή συνεργασίας του ατόμου με κοινωνικές ομάδες, θεσμούς ή φορείς. Τα πεδία των

προβλημάτων του απεξαρτημένου, είναι πάρα πολλά. Η μακροχρόνια κατάχρηση των ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ δημιουργεί προβλήματα στην υγεία και ενέχει κινδύνους για τη ζωή του ατόμου. Μερικά από τα προβλήματα αυτά, συνεχίζουν να απασχολούν το άτομο και μετά την απεμπλοκή του από τις ουσίες και δεν είναι εύκολη η αντιμετώπιση τους, διότι τα περισσότερα άτομα είναι ανασφάλιστα (Lang & Srdar, 1992).

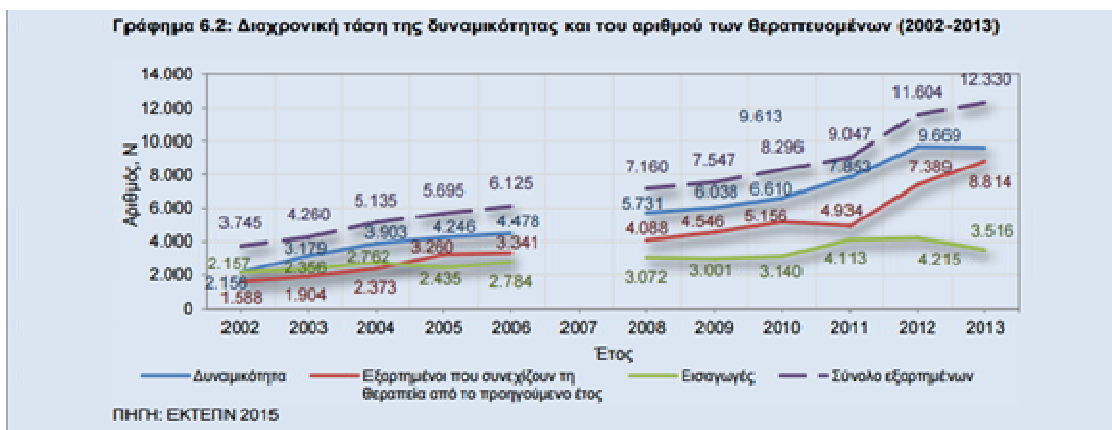
Το πρώτο και μεγαλύτερο πρόβλημα, μετά την υγεία, των απεξαρτημένων ατόμων είναι η επικοινωνία τους με τους άλλους ανθρώπους. Η απεξάρτηση από τις ουσίες και η κοινωνική επανένταξη είναι και πρέπει να γίνει αποδεκτή από την κοινωνία σαν μια διαδικασία ψυχοκοινωνικής ωρίμανσης και ανάπτυξης του ατόμου. Απαιτεί χρόνο και αλλαγές, όχι μόνο σε ορισμένες συμπεριφορές του ατόμου, αλλά συνολική αλλαγή στον τρόπο σκέψης και στον τρόπο ζωής. Στη διάρκεια της διαδικασίας αυτής, τα άτομα παραμένουν ευάλωτα απέναντι σε πρόσωπα, μέρη, συναισθήματα και γεγονότα. Πρέπει να μάθουν να προσαρμόζονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις χωρίς να είναι επιρρεπείς σε ουσίες, να αποκτήσουν νέο ρόλο μέσα στην οικογένεια, να θέτουν προσωπικούς κανόνες και όρια, να μην αισθάνονται ενοχές και ντροπή για το παρελθόν τους και να μάθουν να εμπιστεύονται τους ανθρώπους (Lang & Srdar, 1992).

Ένα δεύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα που έκαναν με εξάρτηση στο αλκοόλ, είναι το θέμα της στέγασης. Πολλά από αυτά τα άτομα, αναγκάζονται λόγω έλλειψης εργασίας και υψηλών ενοικίων, αλλά και επειδή η οικογένεια τους τα έχει διώξει ή δε μπορεί να τα συντηρήσει να αναζητήσουν στέγη σε φιλικό ή στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον. Μερικές φορές συγκατοικούν με παλιούς φίλους που βρίσκονται ακόμη σε χρήση. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι ακόμη ένα πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί κατά τη διαδικασία επανένταξης. Χωρίς μόρφωση δεν μπορούν να διεκδικήσουν θέσεις, σε μια σειρά από επαγγέλματα. Επιπροσθέτως, τα ΜΜΕ συμβάλλουν στο να σχηματίσει ο θεατής- ακροατής- αναγνώστης μια στρεβλή εικόνα, όχι μόνο για τα εξαρτημένα, αλλά και για τα απεξαρτημένα άτομα, αφού δημιουργούν την εντύπωση πως οι εξαρτημένοι είναι εγκληματίες, πάσχουν από μεταδοτικές ασθένειες, είναι επικίνδυνοι και δε θεραπεύονται (Lang & Srdar, 1992).

Ένα σημαντικό κομμάτι της αποτοξίνωσης από τη λήψη ουσιών, έχει να κάνει με το ότι δε χρησιμεύει πουθενά να παρέχονται όλες οι δυνατότητες για αποκατάσταση και να μην λαμβάνονται μέτρα για την επανένταξη του χρήστη στο κοινωνικό σύνολο. Στη χώρα μας

σήμερα εντοπίζονται πολλές ελλείψεις τόσο στην παροχή υπηρεσιών για την απεξάρτηση, όσο και στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται από την αντίληψη του ευρύ κοινού, που πρεσβεύει ότι δεν υπάρχει οριστική απεξάρτηση και ότι τα άτομα αυτά είναι επιρρεπή στο να ξανακυλήσουν, συνεπώς δεν υπάρχει λόγους να τους επανεντάξουμε (Lang & Srdar, 1992).

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΕΝ), τα τελευταία χρόνια, φορείς που ασχολούνται με το φαινόμενο της εξάρτησης, διευρύνουν τις δραστηριότητες τους πραγματοποιώντας εκδηλώσεις και παρεμβάσεις με κοινωνικό, οικολογικό και πολιτιστικό χαρακτήρα. Η διαρκής επαφή των φορέων με την ευρύτερη κοινωνία, έχει στόχο να συντελέσει στην εξάλειψη της άγνοιας και επιφύλαξης με την οποία αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών.



### Σύνολο θεραπευομένων για κάθε τύπο παρέμβασης

Στην Ελλάδα οι δομές που παρέχουν θεραπεία για την ουσιοεξάρτηση χωρίζονται σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους παρέμβασης: α) θεραπεία φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης (ΘΦΑΕ), β) ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, εξωτερικής παραμονής ενηλίκων, εξωτερικής παραμονής εφήβων), γ) ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος (βλ. Ενότητα 10.2: *Παρεμβάσεις για χρήστες ναρκωτικών στο πλαίσιο του ποινικού / σωφρονιστικού συστήματος*) και δ) σωματική αποτοξίνωση (βλ. Ενότητα 6.3.3 του παρόντος Κεφαλαίου). Το 2013 ο συνολικός αριθμός των ατόμων που δέχτηκαν θεραπεία για κάθε τύπο παρέμβασης ανήλθε στους **12.977** (Γράφημα 6.3), εκ των οποίων το 69,1% των θεραπευομένων (8.971 άτομα) βρισκόνταν ήδη σε κάποια θεραπευτική δομή με την έναρξη του 2013, ενώ το 30,9% των θεραπευομένων (4.006 άτομα) εισήχθησαν κατά τη διάρκεια του 2013.

Γράφημα 6.3: Διαχρονική τάση του αριθμού των θεραπευομένων για κάθε τύπο παρέμβασης (2002-2013)



<sup>1</sup> Η Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης συμπεριλαμβάνεται στα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα.

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΓΝ 2015

## Ανακεφαλαίωση

Μετά τα παραπάνω μπορούμε να πούμε ότι η απεξάρτηση δεν μπορεί να αποβλέπει παρά στην αποκατάσταση της ελευθερίας σκέψης και δράσης του ατόμου, μέσα από τη βαθιά κατανόηση και τροποποίηση όλων εκείνων των παραγόντων που συνέβαλαν στην εγκατάσταση της εξάρτησης. Ολόκληρη η θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης, απαιτεί ένα δίκτυο υπηρεσιών, διαρθρωμένων με τέτοιο τρόπο που να σέβεται τον εξαρτημένο άνθρωπο, σε όποια κατάσταση κι αν βρίσκεται όταν ζητά βοήθεια, όσο εξαθλωμένος κι αν είναι.

Τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού, έχουν τη μορφή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και είναι ευρέως διαδεδομένα. Ένα από τα γνωστότερα θεραπευτικά κέντρα στην Ελλάδα είναι το ΚΕΘΕΑ. Οι βασικοί τύποι θεραπείας για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης που παρέχονται στην Ελλάδα είναι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

(«στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα), η Θεραπεία Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης (ΘΦΑΕ) και η σωματική αποτοξίνωση. Για την καλύτερη κατανόηση των όσων αναλύαμε, προχωρήσαμε στην επεξήγηση των προσεγγίσεων στη θεραπεία, στη θεραπευτική διαδικασία, στο θεραπευτικό πρόγραμμα και στη θεραπευτική ομάδα. Φτάνοντας στο σημείο της ανάλυσης της θεραπευτικής μονάδας, περάσαμε στην Κινητοποιητική Συνέντευξη (Motivational Interviewing, W. Miller & S. Rollnick). Η φιλοσοφία και το πνεύμα της μεθόδου προωθούν την διεργασία της αλλαγής, χρησιμοποιώντας τη βοήθεια διαφόρων τεχνικών και δεξιοτήτων προσπαθεί να κάμψει την αντίσταση του θεραπευόμενου, να τον βοηθήσει να ξεπεράσει την αμφιθυμία του, να ενισχύσει την αυτό αποτελεσματικότητα του και να προχωρήσει σε αλλαγή.

Εν συνεχεία αναλύθηκε ο ρόλος της ψυχοθεραπείας, η ένταξη σε ομάδα, η σωματική αποτοξίνωση, τα κέντρα αποθεραπείας και οι δραστηριότητες των ομάδων Ανώνυμων Αλκοολικών οι οποίες θεωρούνται από τις πιο δημοφιλείς προσεγγίσεις στις Ευρωπαϊκές χώρες και τις Η.Π.Α. Στις συναντήσεις των Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α.) συμμετέχουν αλκοολικοί σε αποχή. Οι καταστάσεις που αντιμετωπίζουν σήμερα στην Ελλάδα τα απεξαρτημένα άτομα δεν είναι ενθαρρυντικές. Ο δρόμος της κοινωνικής επανένταξης δεν είναι ευκολοδιάβατος.

## Κεφάλαιο 7ο Προσέγγιση «Hudolin»

### Εισαγωγή

Φτάνοντας στο έβδομο κεφάλαιο κρίθηκε αναγκαίο να γίνει αναφορά εκτεταμένη στη μέθοδο «Hudolin». Θα αφιερώσουμε ολόκληρο το κεφάλαιο στη μέθοδο του Κροάτη ψυχίατρου Vladimir Hudolin, η οποία εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, τα οποία σχετίζονται με το αλκοόλ. Θα καταγράψουμε τη ζωή, το έργο του και τον τρόπο που «αποδίδει» η μέθοδος στους ανθρώπους με πρόβλημα αλκοολισμού.

#### 7.1 Η ζωή, το έργο και η μέθοδος του Hudolin

Η μέθοδος Hudolin ονομασία που αποδίδεται στον Κροάτη ψυχίατρο και εισηγητή της, Vladimir Hudolin- είναι μια κοινωνική- οικολογική προσέγγιση με συστημικές βάσεις, η οποία εφαρμόζεται στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ (Hudolin,1965).

Ο Vladimir Hudolin γεννήθηκε στην Κροατία το 1922 και πέθανε το 1996. Ήταν ψυχίατρος, ειδικός σε διεθνές επίπεδο πάνω σε θέματα χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών. Το 1951-1952 κέρδισε μια υποτροφία από τον Π.Ο.Υ. και δούλεψε στο Λονδίνο στο National Hospital και στην Tavistock Clinic με την Melanie Klein. Επίσης συνεργάστηκε στο Aberdeen με τον Miller, στο Belmont Hospital με τον Maxwell Jones ενώ αργότερα με τον Joshua Bierer ιδρύσαν την παγκόσμια εταιρεία κοινωνικής ψυχιατρικής (Hudolin,1965).

Κατά την διάρκεια της πρώτης επίσκεψης του στις Ηνωμένες Πολιτείες ήρθε σε επαφή με τους Ανώνυμους Αλκοολικούς και ιδιαίτερα με τον ιατρό Bob S. Έχοντας την έδρα της Νευρολογίας, της ψυχιατρικής και της ιατρικής ψυχολογίας στο Ζάγκρεμπ, το 1964 άνοιξε την πρώτη κλινική Αλκοολογίας σε έναν χώρο δίπλα στην ψυχιατρική κλινική. Τον ίδιο χρόνο λειτούργησε στο Ζάγκρεμπ το πρώτο club Όπως θα δούμε παρακάτω, ως μέθοδος εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1964 στο Ζάγκρεμπ, μέσω της λειτουργίας του πρώτου Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ. Εξαπλώθηκε με ταχείς ρυθμούς στην πρώην Γιουγκοσλαβία και την Ιταλία και στις μέρες μας, προσεγγιστικά, έχουν ιδρυθεί Κλαμπ σε πάνω από 34 χώρες. Θα επιχειρήσουμε την παρουσίαση κάποιων στοιχείων από τη



βιογραφία του Vladimir Hudolin, μια συνοπτική ανασκόπηση της μεθόδου καθώς και ορισμένες βασικές αναφορές στο θεωρητικό της υπόβαθρο, πριν προχωρήσουμε, στην περιγραφή του βασικού εργαλείου της μεθόδου: τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Κ.Ο.Π.Α) (Hudolin, 1965).

Η δουλειά του, ιδιαίτερα από τη δεκαετία του 1950 μέχρι τον θάνατό του, επικεντρώθηκε στη μελέτη των προβλημάτων που προκύπτουν λόγω χρήσης και κατάχρησης του αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών. Καρπός της μακροχρόνιας αυτής εργασίας είναι η εισήγηση της κοινωνικό-οικολογικής προσέγγισης για το αλκοόλ και άλλες εξαρτήσεις. Αυτή η προσέγγιση χαρακτηρίζεται από μια Πολυεπίπεδη κατανόηση της ανθρώπινης υπόστασης, των οικογενειακών σχέσεων και των κοινωνικών παραγόντων και τονίζει ότι, απ' τη μια, αυτά τα στοιχεία μπορεί να αποτελούν το υπόβαθρο της κατάχρησης αλλά απ' την άλλη πιθανά να προσφέρουν και τη λύση. Το επίπεδο ανάλυσης οπότε μετατοπίζεται από τον προβληματικό ασθενή, στις οικογενειακές και κοινοτικές σχέσεις, γι' αυτό και βασικός πυρήνας της προσέγγισης θεωρείται η οικογένεια και η κοινότητα. Αυτές εκλαμβάνονται ως οι απαραίτητες βάσεις για την προστασία και την προαγωγή της υγείας. Ο Hudolin επηρεάστηκε καταλυτικά από τον Joshua Bierer και τον Maxwell Jones, ειδικά την περίοδο (αρχές της δεκαετίας του '50) που εργάστηκε μαζί με τον πρώτο σε μικρές θεραπευτικές ομάδες στην Αγγλία και στην Σουηδία, δουλεύοντας παράλληλα και σε μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου εφάρμοσε επίσης τις βασικές αρχές της Θεραπευτικής Κοινότητας, μιας προσέγγισης με κύριο εισηγητή τον Maxwell Jones. Επιπρόσθετα, στις Ηνωμένες Πολιτείες ήρθε σε επαφή με τους Ανώνυμους Αλκοολικούς και ιδιαίτερα με τον Bob S (Hudolin, 1965).

Όταν επέστρεψε στην Κροατία, διορίστηκε και διατέλεσε διευθυντής, για μια περίοδο περίπου τριάντα χρόνων, της Ψυχιατρικής και Νευρολογικής Κλινικής, Αλκοολογίας και άλλων εξαρτήσεων η οποία έδραζε στο πανεπιστήμιο του Ζάγκρεμπ. Κατά τη διάρκεια της δουλειάς του εκεί, άρχισε να παρατηρεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ειδικά των επειγόντων εισαγωγών αφορούσε ασθενείς που ήταν εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Αυτό που παρατηρούνταν στις περιπτώσεις των εξαρτήσεων από το αλκοόλ ήταν το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας: οι εξαρτημένοι υφίσταντο πολλαπλές εισαγωγές εντός σύντομων χρονικών περιόδων, χωρίς να διαφαίνονται, στις περισσότερες περιπτώσεις, πιθανότητες μακροχρόνιας ανάρρωσης. Έτσι, στην προσπάθεια του να αναπληρώσει την έλλειψη υπηρεσιών για τους εξαρτημένους που παρατηρούνταν στην Κροατία, επινόησε τα Κλαμπ

Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Κ.Ο.Π.Α.), τα οποία αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεωρίας του. Σκέφτηκε σταδιακά να απομακρύνει τους χρήστες από το ψυχιατρικό τμήμα και άρχισε να δουλεύει μαζί τους σε ξεχωριστές θεραπευτικές κοινότητες ή σε μικρότερες ομάδες, υπό την παρουσία των οικογενειών και του θεραπευτή, έξω από τις νοσοκομειακές δομές. Το πρώτο κλαμπ λειτούργησε την 1η Απριλίου του 1964 (Hudolin,1965).

Ο Hudolin επέκτεινε τις δράσεις των Κλαμπ στην Κροατία, σε άλλες δημοκρατίες της πρώην Γιουγκοσλαβίας και, αργότερα, στην Ιταλία. Έως τον θάνατό του συνέχισε να συμμετέχει σε συνέδρια, υποστηρίζοντας τη διεύρυνση της μεθόδου και την εξέλιξη της θεωρητικής της βάσης και συμμετείχε ενεργά σε συζητήσεις που αφορούσαν την αναθεώρηση της προσέγγισης και τη λειτουργία των τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Hudolin, 1965).

Τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Κ.Ο.Π.Α.), ως θεσμός συνδέονται με την ριζοσπαστικό κίνημα που αναπτύχθηκε στους κόλπους της ψυχιατρικής το 1950 και αφορούσε τις «πολιτικές ανοιχτής πόρτας» (open door policy): άνοιγμα των ψυχιατρικών ασύλων, απαλλαγή από πολλά καταναγκαστικά μέτρα που εφαρμόζονταν στους ασθενείς και εισήγηση των θεραπευτικών κοινοτήτων. Όλα αυτά συνδυάζονταν με ανακαλύψεις στον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας που υπόσχονταν νέους τύπους φαρμακευτικής αγωγής, απαλλαγμένους από τις παρενέργειες των παλιών φαρμάκων. Ο Hudolin, επιστρέφοντας στο Ζάγκρεμπ μετά την παραμονή του στην Αγγλία και στο Λονδίνο, επιχείρησε να εφαρμόσει αυτή την πολιτική στο ψυχιατρικό τμήμα που διεύθυνε. Οι ιδέες του ήταν πρωτόγνωρες και καινοτόμες για την εποχή· αρκετά ψυχιατρικά άσυλα στην Κροατία τις ακολούθησαν, με χαρακτηριστική όμως καθυστέρηση. (Hudolin,1965).

Όπως προαναφέραμε, η ίδρυση των κλαμπ άρχισε να διευρύνεται σιγά σιγά στην Κροατία, τη Σλοβενία και τη Βοσνία και, ως τη δεκαετία του 90, είχαν ιδρυθεί πάνω από 2.000 Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Κ.Ο.Π.Α.). Δυστυχώς σήμερα στην επικράτεια της πρώην Γιουγκοσλαβίας έχουν παραμείνει λίγα ενεργά κλαμπ, καθώς ο πόλεμος που διεξήχθη το '90 οδήγησε στην αποδυνάμωση όλων των κοινωνικών υπηρεσιών και του συστήματος υγείας σ' αυτές τις χώρες. Παράλληλα, σημειώθηκε μια ταχύτατη εξάπλωση της μεθόδου στην Ιταλία, που προκλήθηκε από τις ανταλλαγές ιδεών του Hudolin με το Giovanni Pitacco και τις επισκέψεις του πρώτου στην Τεργέστη. Το πρώτο σεμινάριο

εκπαίδευσης στην Ιταλία πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο της επαρχίας Ούντινε το 1979 και το πρώτο κλαμπ λειτούργησε στην Τριέστη, στο σπίτι του Pitacco και της γυναίκας του (Schuckit, Davis et al., 2002).

Ο Adams (1997) και ο Allamani (2012) αναφέρουν ότι μέχρι το 1997 τα κλαμπ στην Ιταλία ήταν πάνω από δύομισι χιλιάδες, με πάνω από 20.000 ενεργά μέλη, από τα οποία το 50% περίπου ήταν γυναίκες που τις είχαν παραπέμψει είτε νοσοκομεία και κοινωνικές υπηρεσίες, είτε άλλες οικογένειες που αντιμετώπιζαν προβλήματα με το αλκοόλ. Ας δούμε όμως το ευρύτερο κοινωνικό ιστορικό πλαίσιο εντός του οποίου γεννήθηκε και διαμορφώθηκε η μέθοδος Hudolin. Κατά τη διάρκεια του κομμουνισμού στη Γιουγκοσλαβία (1945- 1991), παρατηρήθηκε μια παροιμιώδης αύξηση στα ποσοστά αλκοολισμού της χώρας.

Σύμφωνα με τον Hudolin (1965), η αύξηση αυτή, υποκίνησε τη διεξαγωγή ψυχιατρικών ερευνών που επικεντρώνονταν στην αιτιολογία του αλκοολισμού. Ένα σεβαστό μέρος αυτών των μελετών εστίασε στο ρόλο της οικογένειας, του εργασιακού περιβάλλοντος, της κοινωνικής τάξης και των κοινωνικών αλλαγών, ως γενεσιουργών παραγόντων της χρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ. Τελικά, οι ερευνητές συμπέραναν ότι ο αλκοολισμός δεν αφορούσε μόνο το άτομο, αλλά ότι επρόκειτο για μια κοινωνική ασθένεια, που οι αιτίες και οι συνέπειές της εκτείνονταν πολύ πιο πέρα από τον εξαρτημένο και τη ζωή του. Πιο συγκεκριμένα, στα τότε έντυπα μέσα ενημέρωσης, γινόταν λόγος για επιδημία αλκοολισμού, που απειλούσε τον πληθυσμό και την εύρυθμη λειτουργία του κράτους. Η απειλή αυτή φαινόταν αρκετά ρεαλιστική μιας και, ήδη από τις αρχές του 60, ο Hudolin (1969) μιλούσε για ένα ανησυχητικά μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού που νοσηλεύονταν στα ψυχιατρεία. Επιπρόσθετα, θεωρούσε ότι αυτά τα ποσοστά δεν αναδείκνυαν τη σοβαρότητα του φαινομένου<sup>23</sup>. Προς υπεράσπιση των λεγομένων του, την δεκαετία του '70 παρατηρήθηκε αύξηση των ποσοστών, που κατά πάσα πιθανότητα οφειλόταν στην αυξημένη ευαισθητοποίηση κοινού και ειδικών. Η ψυχιατρική κοινότητα εκείνη την εποχή άρχισε να αναγνωρίζει και να χρησιμοποιεί στην κλινική της πρακτική τη διαγνωστική κατηγορία του αλκοολισμού, κατατάσσοντας τον ως ασθένεια με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, που είθισται να εντοπίζεται και να θεραπεύεται. Παρά το γεγονός ότι έως τα μέσα της δεκαετίας του '80 ο αλκοολισμός κατατασσόταν στην έβδομη θέση των ασθενειών που αντιμετωπίζονταν θεραπευτικά, τα ποσοστά συνέχισαν να αυξάνονται μέχρι την κατάρρευση της Γιουγκοσλαβίας.

Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο του κοινωνικο πολιτισμικής πλαισίου της εποχής που κατά τη γνώμη μας καθόρισε καταλυτικά την ανάπτυξη και τη θεωρία της οικολογικής κοινωνικής προσέγγισης, είναι ο τρόπος με τον οποίο ενσωματώθηκαν οι ιδέες της κοινωνικής Ψυχιατρικής στην κουλτούρα μιας κομμουνιστικής χώρας (όπως ήταν εκείνη την περίοδο η Γιουγκοσλαβία), καθώς και η λογική με την οποία οργανώνονταν οι κοινωνικές υπηρεσίες, βάσει αυτής της κουλτούρας (Davis et al., 2002).

Οι σοσιαλιστικές κοινωνικές υπηρεσίες, βασίζονταν στην αρχή της πρόληψης και της κοινωνικής υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα, ο αλκοολισμός θεωρούνταν μια “ασθένεια” που υποδαύλιζε το κοινωνικό σύνολο και που ο σοσιαλισμός θα αντιμετώπιζε με διαφορετικό τρόπο από ότι ο καπιταλισμός (Hudolin,1965).

Παράλληλα, οι ειδικοί ψυχικής υγείας πρότειναν μια κοινωνική ψυχιατρική με τα εξής χαρακτηριστικά:

- α) έμφαση στην προστασία του έθνους ως ολότητας
- β) η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άτομο και την κοινότητα προτεινόταν ως θεμελιακή αιτία για τη γένεση της ψυχικής ασθένειας
- γ) υπεράσπιση μιας πιο ανθρωπιστικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση των προβλημάτων συγκριτικά με εκείνη του βιοιατρικού και ασυλιακού μοντέλου.

Επιπλέον, λόγω των προαναφερόμενων αυξημένων αντανακλαστικών σχετικά με τα προβλήματα που σχετίζονται από το αλκοόλ, η αλκοολογία αντιπροσώπευε τον πιο ανεπτυγμένο υποκλάδο της κοινωνικής ψυχιατρικής στη Γιουγκοσλαβία και οι εμπειρίες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας θεωρούνταν ότι θα χρησιμοποιηθούν ως βάση για τη θεραπεία και άλλων ομάδων ασθενών (Savelli, 2011).

Η θεωρητική θεμελίωση των Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Κ.Ο.Π.Α.) βασίζεται σε μια οικολογική προσέγγιση του αλκοολισμού και των εξαρτήσεων γενικότερα. Βάσει αυτής, οι εξαρτήσεις προσεγγίζονται όχι ως ασθένειες άλλα ως έντονες σχέσεις (με την ουσία) οι οποίες προκύπτουν στο πλαίσιο άλλων σχέσεων (εντός της οικογένειας και της κοινότητας) (Adams, 1997). Από τη στιγμή που αλκοολισμός δεν γίνεται αντιληπτός ως ασθένεια αλλά ως τρόπος ζωής, συνεπάγεται ότι και ο «αλκοολικός» δεν θεωρείται άρρωστος. Η παρέμβαση που προτείνεται είναι πολυεπίπεδη, και κάθε προσπάθεια που γίνεται σε ένα επίπεδο (όπως ατομικό) έχει άμεσες ή έμμεσες επιδράσεις στα υπόλοιπα

(όπως οικογενειακό ή κοινοτικό). Προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι προαναφερόμενες αρχές, θα επικεντρωθούμε στη συνέχεια στις θεωρίες που βρίσκονται πίσω από αυτές. Οι θεωρητικές καταβολές εντοπίζονται στην συστημική θεωρία, την οικολογική προσέγγιση, τις ιδέες της κοινωνικής ψυχιατρικής καθώς και στη θεωρία της θεραπευτικής κοινότητας του Maxwell Jones. Ας δούμε λοιπόν κάποια βασικά στοιχεία των παραπάνω θεωριών, πριν επιχειρήσουμε να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο τις εφάρμοσε ο Hudolin στα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ (Savelli 2011, Adams 1997, Giuffredi et. al., 2003).

## **7.2 Κλινική εικόνα της ομάδας**

Ο Κλινικός Έλεγχος είναι μια διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας και κατά συνέπεια τα οφέλη είναι: Βελτίωση της πρακτικής: να παράγει πραγματικά οφέλη στη φροντίδα των ασθενών και στην παροχή υπηρεσιών, ανάπτυξη του ξεκινήματος στην αλλαγή, παροχή διασφάλισης για την ποιότητα της βοήθειας από την εφαρμογή των βέλτιστων τεκμηριωμένων πρακτικών, προσεκτική παρακολούθηση των λεγομένων του ασθενούς, και επακόλουθη κατανόηση και ανταπόκριση στις προσδοκίες του, ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών ή τοπικών πρωτόκολλων, ελαχιστοποίηση του παραμικρού λάθους ή κάποιας βλάβης στους ασθενείς, μείωση των παραπόνων / αποζημίωσης (Savelli 201, Adams 1997 , Giuffredi et al., 2003).

### **Ανακεφαλαίωση**

Η μέθοδος Hudolin είναι μια κοινωνική- οικολογική προσέγγιση με συστημικές βάσεις. Ο Hudolin επηρεάστηκε καταλυτικά από τον Joshua Bierer και τον Maxwell Jones, ειδικά την περίοδο (αρχές της δεκαετίας του '50) που εργάστηκε μαζί με τον πρώτο σε μικρές θεραπευτικές ομάδες στην Αγγλία και στην Σουηδία, δουλεύοντας παράλληλα και σε μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ο Hudolin επέκτεινε τις δράσεις των Κλαμπ στην Κροατία, σε άλλες δημοκρατίες της πρώην Γιουγκοσλαβίας και, αργότερα, στην Ιταλία. Έως τον θάνατό του συνέχισε να συμμετέχει σε συνέδρια, υποστηρίζοντας τη διεύρυνση της μεθόδου και την εξέλιξη της θεωρητικής της βάσης και συμμετείχε ενεργά σε συζητήσεις που αφορούσαν την αναθεώρηση της προσέγγισης και τη λειτουργία των τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Κ.Ο.Π.Α). Από τη στιγμή που αλκοολισμός δεν γίνεται αντιληπτός ως

ασθένεια αλλά ως τρόπος ζωής, συνεπάγεται ότι και ο «αλκοολικός» δεν θεωρείται άρρωστος. Η παρέμβαση που προτείνεται είναι πολυεπίπεδη, και κάθε προσπάθεια που γίνεται σε ένα επίπεδο (όπως ατομικό) έχει άμεσες ή έμμεσες επιδράσεις στα υπόλοιπα (όπως οικογενειακό ή κοινοτικό).

## Κεφάλαιο 8ο Τα club των οικογενειών στην Ελλάδα

### Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Hudolin, ο αλκοολισμός δεν θεωρείται πλέον μια ασθένεια αλλά μια συμπεριφορά, ένας τρόπος ζωής που καθορίζεται από μια σειρά ενδογενών και εξωγενών παραγόντων, βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής φύσης. Τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ θεωρούνται σαν αποτέλεσμα μιας διαταραχής των οικολογικών κοινωνικών συστημάτων μέσα στα οποία είναι ενταγμένο το άτομο.

Αυτά είναι συνδεδεμένα με την κουλτούρα του ποτού που υπάρχει στις κοινωνίες μας και βέβαια η πρόληψή τους και η βελτίωση του τρόπου ζωής που συνδέεται με το ποτό δεν μπορεί παρά να συνδέεται και με μία αλλαγή της υγειονομικής αλλά και της γενικής κουλτούρας της κοινωνίας. Η οικολογική κοινωνική θεωρία συνδέεται άμεσα με την συστημική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία η προβληματική συμπεριφορά ,όπως για παράδειγμα ο αλκοολισμός, αποτελεί έκφραση του συστήματος μέσα στο οποίο εκδηλώνεται. Μία προβληματική συμπεριφορά δεν αποδίδεται πλέον αποκλειστικά στο άτομο, στη σκέψη του ή σε οργανικές νόσους, αλλά αντιμετωπίζεται σαν μια διαταραχή του συστήματος, όπου το άτομο ανήκει (Savelli, 2011, Adams, 1997, Giuffredi et al., 2003).

### 8.1 Θεωρητικό πλαίσιο – μεθοδολογία

Σύμφωνα με τον Hudolin ο αλκοολισμός και τα άλλα προβλήματα που σχετίζονται με αυτόν αποτελούν έκφραση του συστήματος της κοινωνίας, δηλαδή του χώρου όπου το άτομο ζει και εργάζεται, με την μορφή ενός τρόπου ζωής. Η οικογένεια αποτελεί ένα υποσύστημα σε αυτό το σύστημα της κοινωνίας και για το λόγο αυτό η οικογενειακή προσέγγιση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ.

Αν λοιπόν, ο αλκοολισμός είναι ένας τρόπος ζωής, η αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ δεν προβλέπει μόνο την παραδοσιακή θεραπεία, αφού ο αλκοολικός δεν θεωρείται μόνο σαν άρρωστος. Έχοντας λοιπόν μία κυκλική και συστημική άποψη οποιαδήποτε παρέμβαση σε ένα επίπεδο θα έχει αντανάκλαση και στα υπόλοιπα. Έτσι τα προγράμματα για τον έλεγχο των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, σύμφωνα

με την οικολογική κοινωνική προσέγγιση, προβλέπουν παρεμβάσεις σε όλα τα επίπεδα της πρόληψης και αποτελούν μέρος των προγραμμάτων δράσης για την προαγωγή της υγείας (Hudolin, 1965).

## **8.2 Το Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (ΚΟΠΑ):**

Η τεχνική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, σύμφωνα με την οικολογική κοινωνική προσέγγιση, βασίζεται στα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ. Αυτά ορίζονται ως πολύ οικογενειακές κοινότητες αποτελούμενες από δύο έως δώδεκα οικογένειες με προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και έναν υπηρέτη-δάσκαλο (Vungkhanching, Sherk, Jackson, Parra et al., 2004).

Το κλαμπ είναι ενταγμένο στο εσωτερικό της τοπικής κοινωνίας, τα μέλη του δεν είναι ανώνυμα και προσφέρουν συνεχώς μαρτυρίες με τις εμπειρίες τους. Οι οικογένειες δουλεύουν συνεχώς μαζί με σκοπό όχι μόνο την αποχή από το αλκοόλ, αλλά και για να αλλάξουν τρόπο ζωής. Επίσης σκοπός των οικογενειών είναι να διατηρούν πάντα τα κλαμπ ανοικτά προς την κοινωνία και να συνεργάζονται με όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς που ασχολούνται με τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ. Τα κλαμπ, εκτός από μια τεχνική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, αποτελούν και μια φιλοσοφία ζωής. Βασίζονται στην αλληλεγγύη, στην φιλία, στην αγάπη, στην αναζήτηση της ειρήνης, της συμβίωσης και της κοινωνικής δικαιοσύνης (Vungkhanching, Sherk, Jackson, Parra 2004).

Το κλαμπ έχει ως στόχο την αλλαγή του τρόπου ζωής των οικογενειών αλλά και της υγειονομικής κουλτούρας της τοπικής κοινωνίας. Τα μέλη του κλαμπ δεν θεωρούνται ως άρρωστοι και ο στόχος του κλαμπ δεν είναι η θεραπεία τους αλλά η αλλαγή του τρόπου ζωής τους. Το κλαμπ ανήκει στην κοινωνία όπου οι οικογένειες ζουν και εργάζονται. Στις συναντήσεις δεν προβλέπεται η παρουσία επισκεπτών, εθελοντών, μαθητευομένων ή άλλων προσκεκλημένων. Ό,τι λέγεται μέσα στο κλαμπ δεν μεταφέρεται έξω από αυτό (Vungkhanching, Sherk, Jackson, Parra et al., 2004).



### **8.3 Υπηρέτης – Δάσκαλος**

Στο κλαμπ παίρνουν μέρος οι οικογένειες με προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και ο υπηρέτης-δάσκαλος. Ο υπηρέτης-δάσκαλος βρίσκεται στην υπηρεσία του κλαμπ. Αυτός είναι ένα άτομο ευαισθητοποιημένο στα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και διαθέσιμο να ασχοληθεί με αυτά. Έχει λάβει μια εκπαίδευση 50 ωρών και συνεχώς ενημερώνεται πάνω σε θέματα που αφορούν τα κλαμπ (Vungkhanching, Sherk,, Jackson ,Parra et al., 2004).

Ο υπηρέτης-δάσκαλος είναι ένα μέλος του κλαμπ με συγκεκριμένο ρόλο και με ειδικές ευθύνες. Διευκολύνει και προκαλεί, όταν χρειάζεται, τον διάλογο, την επικοινωνία και την διαδικασία της αλλαγής. Ο υπηρέτης-δάσκαλος δεν είναι ο αρχηγός ή ο υπεύθυνος του κλαμπ. Η συμμετοχή των οικογενειών είναι δωρεάν. Ο υπηρέτης-δάσκαλος παρέχει τις υπηρεσίες του εθελοντικά. (Vungkhanching, Sherk,, Jackson ,Parra et al.,2004).

### **8.4 Στην Ελλάδα και τον κόσμο**

Στην Ελλάδα λειτουργούν κλαμπ στον Πειραιά, την Πάτρα και την Κρήτη. Τα κλαμπ υπάρχουν και σε άλλες χώρες με πρώτη την Ιταλία όπου υπάρχουν 2200 με σχεδόν 20000 οικογένειες. Επιπλέον κλαμπ υπάρχουν στην Κροατία, στην Βοσνία, στο Μαυροβούνιο, στην Ελβετία, στην Ισπανία, στην Πορτογαλία, στην Γαλλία, στην Σλοβενία, στην Αλβανία, στην Ρουμανία, στην Ρωσία, στην Βουλγαρία, στην Σλοβακία, στην Πολωνία, στην Λευκορωσία, στην Σουηδία, στην Δανία, στην Νορβηγία, στην Βραζιλία, στην Χιλή, στην Αργεντινή, στην Βολιβία, στο Περού, στην Νικαράγουα, στο Εκουαδόρ, στην Ινδία, στην Νέα Ζηλανδία (Vungkhanching, Sherk,, Jackson ,Parra et al., 2004).

Για την καλύτερη λειτουργία τους και για την εγγύηση της ομοιογένειας της μεθοδολογίας, της ορολογίας και της εκπαίδευσης σε όλα τα κράτη αποφασίσθηκε ομόφωνα από όλους τους αντιπροσώπους των κρατών, τον Οκτώβριο του 2004, η δημιουργία ενός Παγκόσμιου συλλόγου (W.A.C.A.T.) μέλη του οποίου είναι όλα τα μέλη των κλαμπ, που ακολουθούν πιστά την μεθοδολογία Hudolin (Vungkhanching, Sherk,, Jackson ,Parra et al., 2004).

## 8.5 Ο Ελληνικός Σύλλογος ΚΟΠΑ (ΕΣΚΟΠΑ)

Ο Ελληνικός Σύλλογος ΚΟΠΑ (Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α), ο οποίος ιδρύθηκε το 2010, είναι ένα εθελοντικό, μη κερδοσκοπικό σωματείο. Δρα σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, στο χώρο των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ, σύμφωνα με την οικολογική, κοινωνική προσέγγιση του V. Hudolin, στην υπηρεσία μιας αλληλέγγυας κοινωνίας.

Ακολουθώντας τις αρχές της Μεθοδολογίας Hudolin, τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Κ.Ο.Π.Α.), που λειτουργούν στην Ελλάδα, προσφέρουν τα τελευταία 10 χρόνια τις υπηρεσίες τους σε όλες τις οικογένειες που απευθύνονται σε αυτά, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική θέση, την θρησκεία, την καταγωγή των μελών τους. Σήμερα λειτουργούν συνολικά 10 κλαμπ στον Πειραιά, την Αθήνα, την Πάτρα, το Ηράκλειο και το Ρέθυμνο.

Σύμφωνα με τον Κροάτη ψυχίατρο V. Hudolin τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ θεωρούνται σαν αποτέλεσμα μιας διαταραχής των οικολογικών κοινωνικών συστημάτων, μέσα στα οποία είναι ενταγμένο το άτομο. Τα προβλήματα αυτά είναι συνδεδεμένα με την κουλτούρα του ποτού, που υπάρχει στις κοινωνίες μας και βέβαια η πρόληψή τους, αλλά και η αντιμετώπιση τους δεν μπορεί παρά να συνδέεται με την αλλαγή της κουλτούρας αυτής, καθώς και της υγειονομικής αλλά και της γενικής κουλτούρας της κοινωνίας

Τα κλαμπ οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ είναι πολύ οικογενειακές κοινότητες αποτελούμενες από δύο έως δώδεκα οικογένειες με προβλήματα από το αλκοόλ και έναν εκπαιδευμένο στη μεθοδολογία εθελοντή, ο οποίος ονομάζεται υπηρέτης-δάσκαλος. Όλα τα μέλη της οικογένειας και ο υπηρέτης-δάσκαλος συναντιούνται μια φορά την εβδομάδα, την ίδια ημέρα και ώρα, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση και σε ένα πλαίσιο φιλίας και αλληλεγγύης δουλεύουν συνεχώς μαζί, με σκοπό όχι μόνο την αποχή τους από το αλκοόλ, αλλά και για να αλλάξουν τρόπο ζωής.

Ακολουθώντας τις αρχές της Μεθοδολογίας Hudolin, τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Κ.Ο.Π.Α.), που λειτουργούν στην Ελλάδα, προσφέρουν τα τελευταία 10 χρόνια τις υπηρεσίες τους σε όλες τις οικογένειες που απευθύνονται σε αυτά,

ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική θέση, την θρησκεία, την καταγωγή των μελών τους (Hudolin, 1965).

Σήμερα, λειτουργούν συνολικά 10 κλαμπ στον Πειραιά, την Αθήνα, την Πάτρα και το Ηράκλειο και το Ρέθυμνο. Το κάθε ένα από αυτά προσφέρει τις υπηρεσίες του σε 10 έως 12 οικογένειες. Οι υπηρέτες – δάσκαλοι, που ονομάστηκαν έτσι από τον V. Hudolin, βρίσκονται στην υπηρεσία των οικογενειών και επίσης διδάσκουν στις τοπικές αλκοολογικές σχολές. Αυτές απευθύνονται στις οικογένειες των κλαμπ αλλά και στις οικογένειες της τοπικής κοινωνίας με στόχο την ενημέρωση τους σχετικά με τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, αλλά και την μεθοδολογία Hudolin.

Οι υπηρέτες – δάσκαλοι είναι εθελοντές, κατάλληλα εκπαιδευμένοι στη μεθοδολογία Hudolin, συμμετέχοντας στο ειδικό Σεμινάριο Ευαισθητοποίησης στην οικολογική - κοινωνική προσέγγιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ (Μέθοδος Hudolin) στην Ιταλία, αλλά και σε αντίστοιχα που έχουν διοργανωθεί στην Ελλάδα. Για την εκπαίδευση νέων υπηρέτων – δασκάλων, προβλέπεται η διοργάνωση σεμιναρίου στην Αθήνα (Vungkhanching, Sher, Jackson, Parra et al., 2004).

Το κλαμπ είναι, επίσης ενταγμένο στο εσωτερικό της τοπικής κοινωνίας, τα μέλη του δεν είναι ανώνυμα και προσφέρουν συνεχώς μαρτυρίες με τις εμπειρίες τους και έξω από αυτό, όταν τους ζητηθεί ή με δική τους πρωτοβουλία, διοργανώνοντας εκδηλώσεις ευαισθητοποίησης. Άρα το κλαμπ δεν στοχεύει μόνο στην νηφαλιότητα των μελών του, αλλά και στην πρόληψη και την αγωγή υγείας της κοινωνίας, όπου αυτό ανήκει. Για τον λόγο αυτό τα κλαμπ συνεργάζονται με όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, που ασχολούνται με τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και αποτελούν κομβικό σημείο του αλκοολογικού δικτύου, όπου όλοι οι φορείς, δημόσιοι και ιδιωτικοί συνεργάζονται με στόχο την αντιμετώπιση και πρόληψη των προβλημάτων που σχεδιάζονται με το αλκοόλ καθώς και τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ στη χώρα μας δίνοντας ιδιαίτερο βάρος στην προστασία των νέων και των παιδιών (Vungkhanching, Sher, Jackson, Parra et al., 2004).

Αξίζει να αναφερθεί η σημαντική συνεργασία των κλαμπ με το Ιατρείο Αλκοολογίας που λειτουργεί στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών καθώς και με το Διεπιστημονικό Αλκοολογικό Κέντρο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, απ' όπου γίνονται

παραπομπές οικογενειών ενώ συχνά συνδιοργανώνονται εκδηλώσεις ευαισθητοποίησης, πρόληψης και προαγωγής της υγείας, όπως είναι η

## **8.6 Η συμμετοχή της οικογένειας**

Η κοινωνική-οικολογική προσέγγιση, στην οποία βασίζονται οι δραστηριότητες του κλαμπ (συλλόγου), περιλαμβάνει την συστημική αντίληψη, που σχετίζεται με την ταλαιπωρία και τα προβλήματα που αφορούν το αλκοόλ, που έχουν εισρεύσει στα βιοκοινωνικά συστήματα, πρώτα απ' όλα στην οικογένεια και την τοπική κοινότητα. Δεν μπορεί, επομένως, να κάνουμε λόγο για ένα μεμονωμένο πρόβλημα, που δεν προκαλεί ταυτόχρονα δυσφορία σε ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα (Vungkhanching, Sher, Jackson, Parra et al., 2004).

Σύμφωνα με την άποψη αυτή, εισήχθη στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, η οικογενειακή προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει τη συμμετοχή όλης της οικογένειας στη διαδικασία της αλλαγής που θα πρέπει να αποτελέσει συνείδηση στο εσωτερικό του κλαμπ. Έτσι ουσιαστικά, είναι ίδια η οικογένεια που καλείται να αλλάξει, να μεγαλώσει και να ωριμάσει, για να αλλάξει τις αλληλεπιδράσεις και την επικοινωνία στο εσωτερικό του συστήματος στα οποία τα συγκεκριμένα άτομα ζουν και εργάζονται. Ο στόχος της οικογενειακής προσέγγισης είναι να αποκατασταθεί στην οικογένεια ένα ελάχιστο της οικογενειακής ηρεμίας, επιτρέποντας έτσι σε αυτή να πραγματοποιήσει μια αναζήτηση ώστε να λάβει τις σωστές αποφάσεις για την επερχόμενη αλλαγή (Vungkhanching, Sher Jackson, Parra et al., 2004).

Μόλις γίνει δυνατό να ενεργοποιηθεί ο αυτόματος μηχανισμός προστασίας, η οικογενειακή προσέγγιση έχει τότε ολοκληρώσει την «αποστολή» της. Η «οικογένεια προσέγγιση δεν θα πρέπει να συγχέεται με την οικογενειακή θεραπεία αφού στην πραγματικότητα δεν χαρακτηρίζεται ως μια συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδος, αλλά αποτελεί περισσότερο ένα δεδομένο που πραγματοποιείται από την οικογενειακή «κοινότητα» (κλαμπ), η οποία με τη σειρά της, συνδέεται στενά με την τοπική κοινότητα. Υπάρχουν, επίσης περιπτώσεις στις οποίες η επικοινωνία και οι αλληλεπιδράσεις εντός της οικογένειας έχουν επιδεινωθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε να απαιτείται η εξωτερική παρέμβαση σε μια ολοκληρωμένη οικογενειακή θεραπεία. Σε πρακτικό επίπεδο συχνά αντιμετωπίζονται περιπτώσεις αντίστασης από τα μέλη της οικογένειας, τα οποία ενώ αρχικά δείχνουν

διαθέσιμα και πρόθυμα ώστε να βοηθήσουν το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα και χρίζει βοήθειας, τελικά τις περισσότερες φορές είναι απρόθυμοι να δεχθούν την αναγκαιότητα της πραγματοποίησης μιας προσωπικής αλλαγής, προβάλλοντας την αιτιολογία ότι δεν είναι αλκοολικοί και ότι δεν είναι οι ίδιοι άρρωστοι (Vungkhanching, Sher, Jackson, Parra et al., 2004).

Οι οικογενειακές κοινότητες (κλαμπ), εκτός από μια τεχνική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, αποτελούν και μια φιλοσοφία ζωής, καθώς βασίζονται στην αλληλεγγύη, στην φιλία, στην αγάπη, στην αναζήτηση της ειρήνης, της συμβίωσης και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Ο σκοπός της κοινότητας είναι να διατηρείται πάντα ανοικτή προς την κοινωνία και να συνεργάζεται με όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς που ασχολούνται με τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, ενώ αυτή είναι ενταγμένη στο εσωτερικό της τοπικής κοινωνίας και τα μέλη της δεν είναι ανώνυμα και προσφέρουν συνεχώς μαρτυρίες με τις εμπειρίες τους. Η τεχνική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, σύμφωνα με την οικολογική κοινωνική προσέγγιση, βασίζεται στα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ και ορίζονται ως πολυοικογενειακές κοινότητες αποτελούμενες από δύο έως δώδεκα οικογένειες με προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ καθώς και έναν υπηρέτη-δάσκαλο. Η κοινότητα έχει ως στόχο την αλλαγή του τρόπου ζωής των οικογενειών αλλά και της υγειονομικής κουλτούρας της τοπικής κοινωνίας.

Τα μέλη του κλαμπ δεν θεωρούνται ως άρρωστοι και ο στόχος του κλαμπ δεν είναι η θεραπεία τους αλλά η αλλαγή του τρόπου ζωής τους, ενώ στις συναντήσεις δεν προβλέπεται η παρουσία επισκεπτών, εθελοντών, μαθητευομένων ή άλλων προσκεκλημένων (Vungkhanching, Sher K, Jackson, Parra et al., 2004).

Ό,τι αναφέρεται μέσα στο κλαμπ δεν μεταφέρεται έξω από αυτό. Σύμφωνα με την οικολογική κοινωνική προσέγγιση, στην οποία βασίζονται τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ, παίρνουν μέρος οι οικογένειες με προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και ο υπηρέτης-δάσκαλος. Ο υπηρέτης-δάσκαλος βρίσκεται στην υπηρεσία του κλαμπ. Αυτός είναι ένα άτομο ευαισθητοποιημένο στα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και διαθέσιμο να ασχοληθεί με αυτά. Ο υπηρέτης-δάσκαλος είναι ένα μέλος του κλαμπ με συγκεκριμένο ρόλο και με ειδικές ευθύνες και έχει λάβει μια εκπαίδευση 50 ωρών ενώ συνεχώς ενημερώνεται πάνω σε θέματα που αφορούν τα κλαμπ. Ο υπηρέτης-δάσκαλος

που παρέχει τις υπηρεσίες του εθελοντικά, δεν είναι ο αρχηγός ή ο υπεύθυνος του κλαμπ και είναι εκείνος που διευκολύνει και προκαλεί, όταν χρειάζεται, τον διάλογο, την επικοινωνία και την διαδικασία της αλλαγής (Vungkhanching, Sher K, Jackson, Parra et al., 2004).

Αυτές οι αντιστάσεις τείνουν να γίνει ισχυρότερες, αν η εργασία με την οικογένεια δεν έχει ξεκινήσει από την πρώτη στιγμή της ανάγκης. Επομένως, είναι απαραίτητο να επεξηγηθεί, από την αρχή στην οικογένεια η σημασία που έχει η ενεργή ενασχόλησή της και η συνολική συμμετοχή στη διάρκεια της θεραπείας και να γίνει κάθε προσπάθεια ώστε να δοθεί το κίνητρο να το πράξουν για το καλό του ασθενή, ουσιαστικά ενεργώντας σαν το κλειδί που θα ανοίξει την πόρτα σε αυτό που επιθυμούν τα μέλη της οικογένειας, δηλαδή την οριστική επίλυση του προβλήματος (Hudolin, 1991).

Ο αλκοολικός δεν πρέπει να αρχίσει την θεραπεία, αν δεν υπάρχει πραγματική συνεργασία και ολοκληρωτική διαθεσιμότητα των μελών της οικογένειας. Όλα τα μέλη της οικογένειας, μετά την συναίνεσή τους για την ένταξή τους στον σύλλογο (κλαμπ), θα πρέπει να αλλάξουν την ατομική τους συμπεριφορά και να δεσμευτούν για την πραγματοποίηση μιας ολοκληρωτικής αποχής από το αλκοόλ, κάτι που θα πρέπει να ακολουθήσουν στο σύνολό τους όλοι όσοι αποτελούν μέρος του οικογενειακού κύκλου (Hudolin, 1991).

Πρόσφατα εισήχθησαν ορισμένες επιπρόσθετες αλλαγές στην οικογενειακή προσέγγιση, αφού με την πάροδο του χρόνου, στην πραγματικότητα, αποδείχτηκε η ανάγκη της ενεργούς συμμετοχής της τοπικής κοινωνίας και των συναδέλφων στο χώρο της εργασίας του ασθενούς, ή τουλάχιστον ενός μέρους του, κατά την προσέγγιση αυτού που μπορεί να ονομαστεί σαν υπέρ-οικογένεια . Με αυτή την πρακτική θα επιτευχθεί η ενίσχυση ενός περιφερειακού δικτύου που θα επιφέρει την προστασία και την ουσιαστική καλύτερευση της (Hudolin, 1991).

Στην Ελλάδα λειτουργούν κλαμπ στον Πειραιά, την Πάτρα και την Κρήτη. Τα κλαμπ υπάρχουν και σε άλλες χώρες με πρώτη την Ιταλία όπου υπάρχουν 2200 με σχεδόν 20000 οικογένειες. Επιπλέον κλαμπ υπάρχουν στην Κροατία, στην Βοσνία, στο Μαυροβούνιο, στην Ελβετία, στην Ισπανία, στην Πορτογαλία, στην Γαλλία, στην Σλοβενία, στην Αλβανία, στην Ρουμανία, στην Ρωσία, στην Βουλγαρία, στην Σλοβακία, στην Πολωνία, στην Λευκορωσία, στην Σουηδία, στην Δανία, στην Νορβηγία, στην Βραζιλία, στην Χιλή, στην Αργεντινή, στην Βολιβία, στο Περού, στην Νικαράγουα, στο Εκουαδόρ, στην Ινδία, στην Νέα Ζηλανδία. Για την καλύτερη λειτουργία τους και για την εγγύηση της ομοιογένειας της μεθοδολογίας, της

ορολογίας και της εκπαίδευσης σε όλα τα κράτη αποφασίσθηκε ομόφωνα από όλους τους αντιπροσώπους των κρατών, τον Οκτώβριο του 2004, η δημιουργία ενός Παγκόσμιου συλλόγου (W.A.C.A.T.) μέλη του οποίου είναι όλα τα μέλη των κλαμπ, που ακολουθούν πιστά την μεθοδολογία Hudolin (Hudolin, 1991).

### **Ανακεφαλαίωση**

Τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ θεωρούνται σαν αποτέλεσμα μιας διαταραχής των οικολογικών κοινωνικών συστημάτων μέσα στα οποία είναι ενταγμένο το άτομο. Αυτά είναι συνδεδεμένα με την κουλτούρα του ποτού που υπάρχει στις κοινωνίες μας και βέβαια η πρόληψή τους και η βελτίωση του τρόπου ζωής που συνδέεται με το ποτό δεν μπορεί παρά να συνδέεται και με μία αλλαγή της υγειονομικής αλλά και της γενικής κουλτούρας της κοινωνίας. Σύμφωνα με τον Hudolin ο αλκοολισμός και τα άλλα προβλήματα που σχετίζονται με αυτόν αποτελούν έκφραση του συστήματος της κοινωνίας, δηλαδή του χώρου όπου το άτομο ζει και εργάζεται, με την μορφή ενός τρόπου ζωής.

Η οικογένεια αποτελεί ένα υποσύστημα σε αυτό το σύστημα της κοινωνίας και για το λόγο αυτό η οικογενειακή προσέγγιση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Η τεχνική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, σύμφωνα με την οικολογική κοινωνική προσέγγιση, βασίζεται στα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ. Το κλαμπ είναι, επίσης ενταγμένο στο εσωτερικό της τοπικής κοινωνίας, τα μέλη του δεν είναι ανώνυμα και προσφέρουν συνεχώς μαρτυρίες με τις εμπειρίες τους και έξω από αυτό, όταν τους ζητηθεί ή με δική τους πρωτοβουλία, διοργανώνοντας εκδηλώσεις ευαισθητοποίησης.

# Κεφάλαιο 9ο Μεθοδολογία Έρευνας

## Εισαγωγή

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας θα εξετάσουμε τα χαρακτηριστικά των μελών των κλαμπ οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ (μέθοδος “Hudolin). Πιο συγκεκριμένα, θα παρουσιάσουμε τα στάδια που ακολουθήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας, δηλαδή η επιλογή της μεθόδου έρευνας, το ερευνητικό εργαλείο, η διαδικασία δειγματοληψίας και οι μέθοδοι ανάλυσης και επεξεργασίας πρωτογενών δεδομένων.

### 9.1 Στόχοι έρευνας – Μέθοδος έρευνας

Στόχος της παρούσας εργασίας, είναι η μελέτη και η σύγκριση του τρόπου διαβίωσης και της καθημερινότητας των ατόμων που συμμετέχουν στο θεραπευτικό πλαίσιο με προσέγγιση “Hudolin”. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, είναι η πρωτογενής έρευνα και πιο συγκεκριμένα, η ποσοτική μέθοδος. Η μέθοδος αυτή βασίζεται σε δειγματοληπτική έρευνα μέσω δομημένου ερωτηματολογίου.

### 9.2 Μεθοδολογικό εργαλείο και δειγματοληψία

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα ανήκει στην κατηγορία του δομημένου ερωτηματολογίου. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από δεκαεννιά (19) άτομα. Το δομημένο ερωτηματολόγιο (ή κλειστό) κατασκευάστηκε αρχικά από τον Durkheim (1858- 1917) και χρησιμοποιείται κυρίως για έρευνες του Μάρκετινγκ και των κοινωνικών επιστημών. Το ερωτηματολόγιο αυτό, είναι σχεδιασμένο με τη μορφή κλειστών ερωτήσεων, που δίνεται στον ερωτηθέντα η δυνατότητα να απαντήσει από μια λίστα επιλογών. Μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου, ο ερευνητής μπορεί να συγκεντρώσει μεγάλους αριθμούς ερωτηθέντων γρήγορα και σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα. Επίσης, το ερωτηματολόγιο τυποποιείται, δηλαδή με αυτόν τον τρόπο ερευνητής λαμβάνει απαντήσεις στα ίδια τα ζητήματα. Λόγω της ανωνυμίας που υπάρχει το δομημένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται και για κοινωνικά ευαίσθητα θέματα (σεξουαλική και παρενόχληση). Βέβαια, το δομημένο ερωτηματολόγιο έχει και τα μειονεκτήματά του. Είναι δύσκολο να σχεδιαστεί ένα δομημένο ερωτηματολόγιο για περίπλοκα θέματα και ο ερωτώμενος μπορεί να μην κατανοήσει όλες τις ερωτήσεις εάν δεν είναι παρών ο ερευνητής.

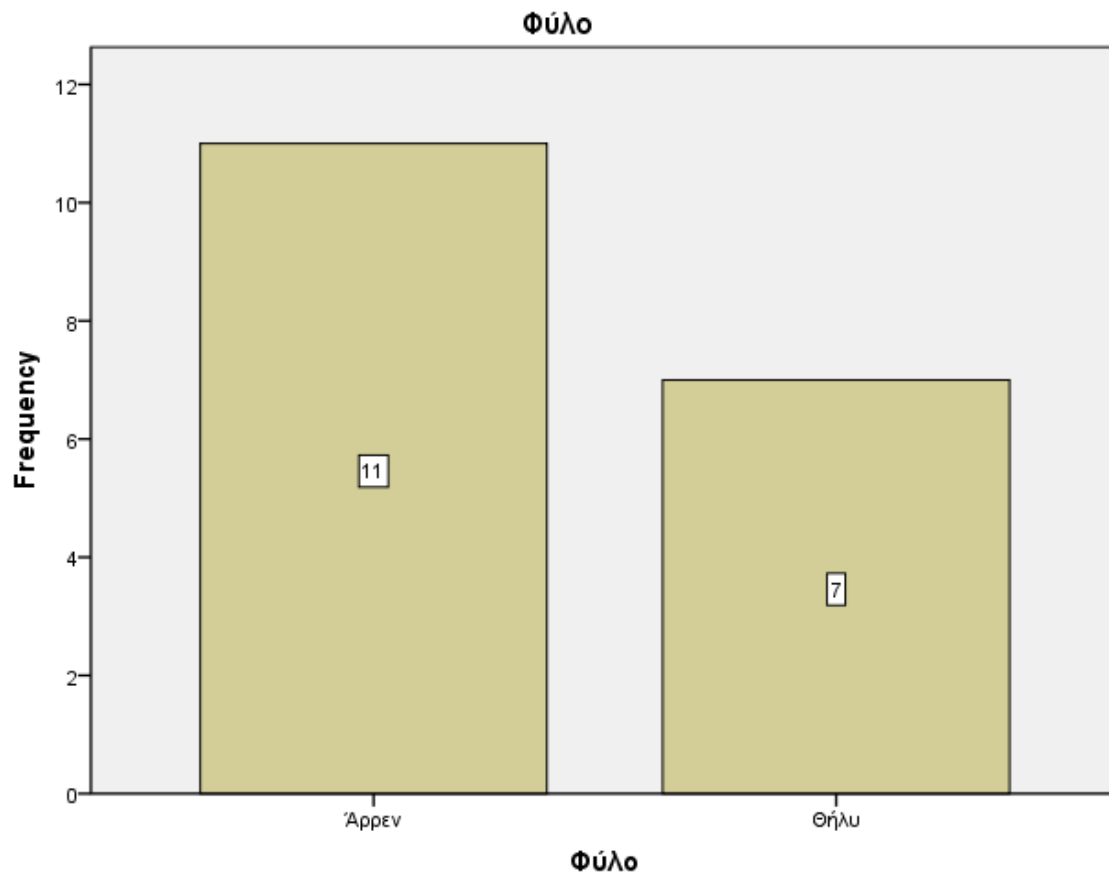


### 9.3 Μέθοδος και ανάλυση της δειγματοληψίας

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε διαμορφώθηκε σε έντυπη μορφή και μοιράστηκε σε άτομα, τα οποία παρακολουθούν στο κλαμπ οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ προσέγγιση ‘‘Hudolin’’ πάνω από τρεις μήνες, όπου κάνουν χρήση αλκοόλ. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο κλαμπ οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ (μέθοδος ‘‘Hudolin’), στην Αθήνα και σε τρία αντίστοιχα στην Πάτρα. Έτσι, η επαφή με τους ερωτώμενους ήταν πιο άμεση ώστε να κατανοηθεί σε βάθος το πρόβλημα.

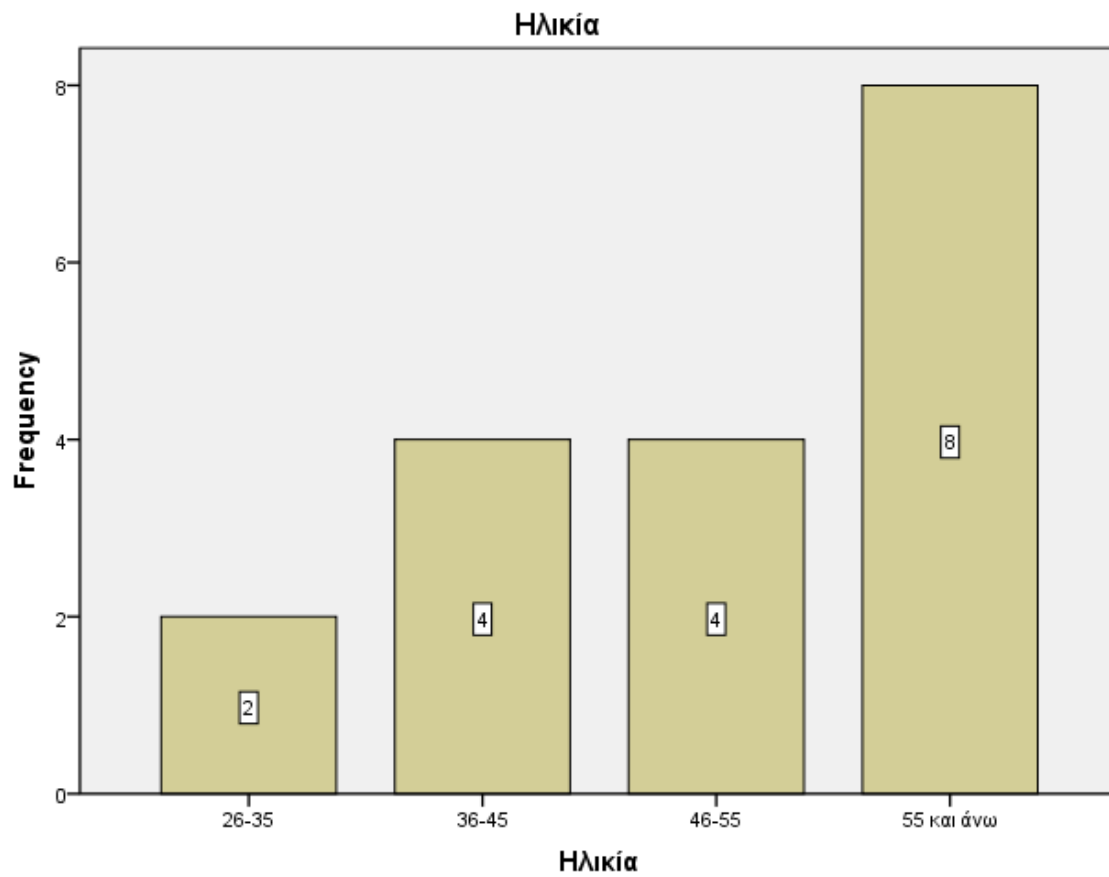
Για την ανάλυση και την επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 19. Στην ανάλυση της έρευνας παρουσιάστηκε δειγματοληπτικό σφάλμα (missing), καθώς κάποιες ερωτήσεις ερωτηματολογίου δεν απαντήθηκαν καθόλου. Οι μέθοδοι ανάλυσης που πραγματοποιήθηκαν, ήταν η περιγραφική στατιστική, όπου υπολογίστηκαν οι συχνότητες, οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων των ερωτώμενων ενώ η απεικόνιση πολλών αποτελεσμάτων έγινε με τη μορφή κυκλικών διαγραμμάτων και ραβδο-γραμμμάτων.

#### 9.4 Ανάλυση ερωτηματολογίων

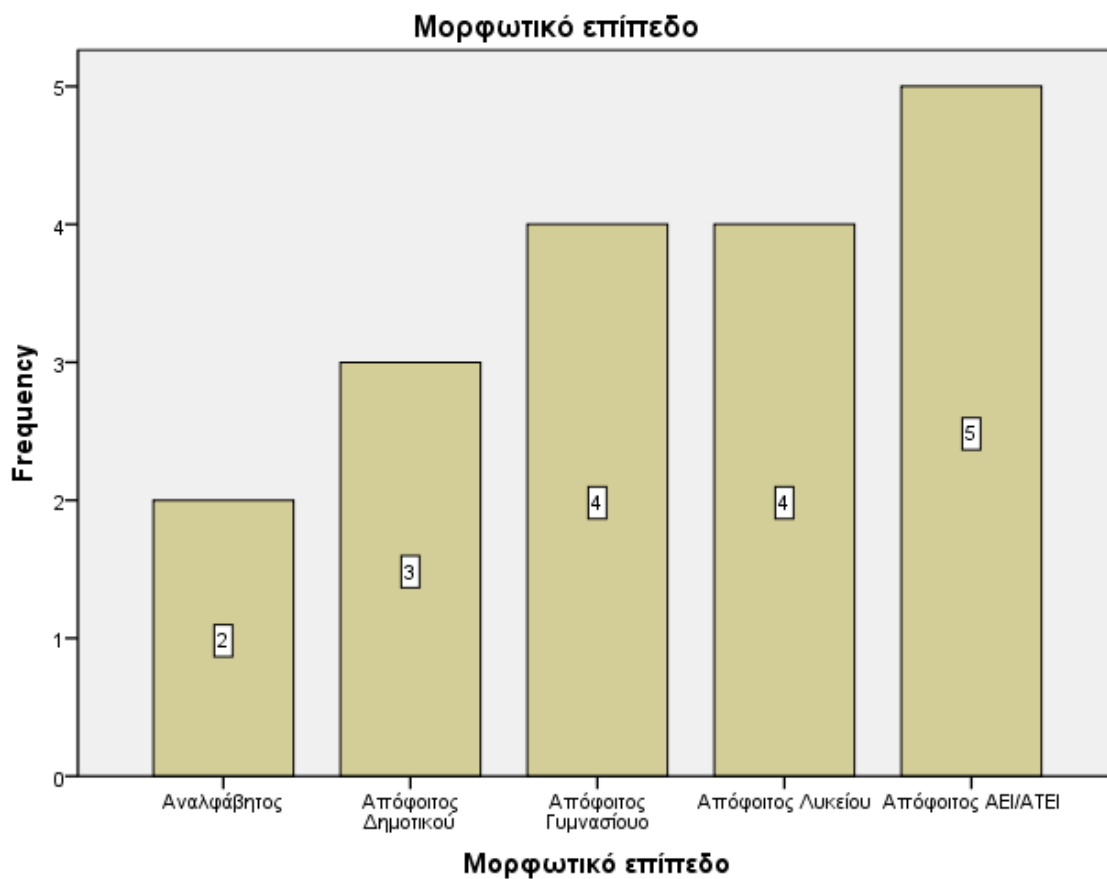


Το δείγμα της έρευνας απαρτίζεται από 19 άτομα.

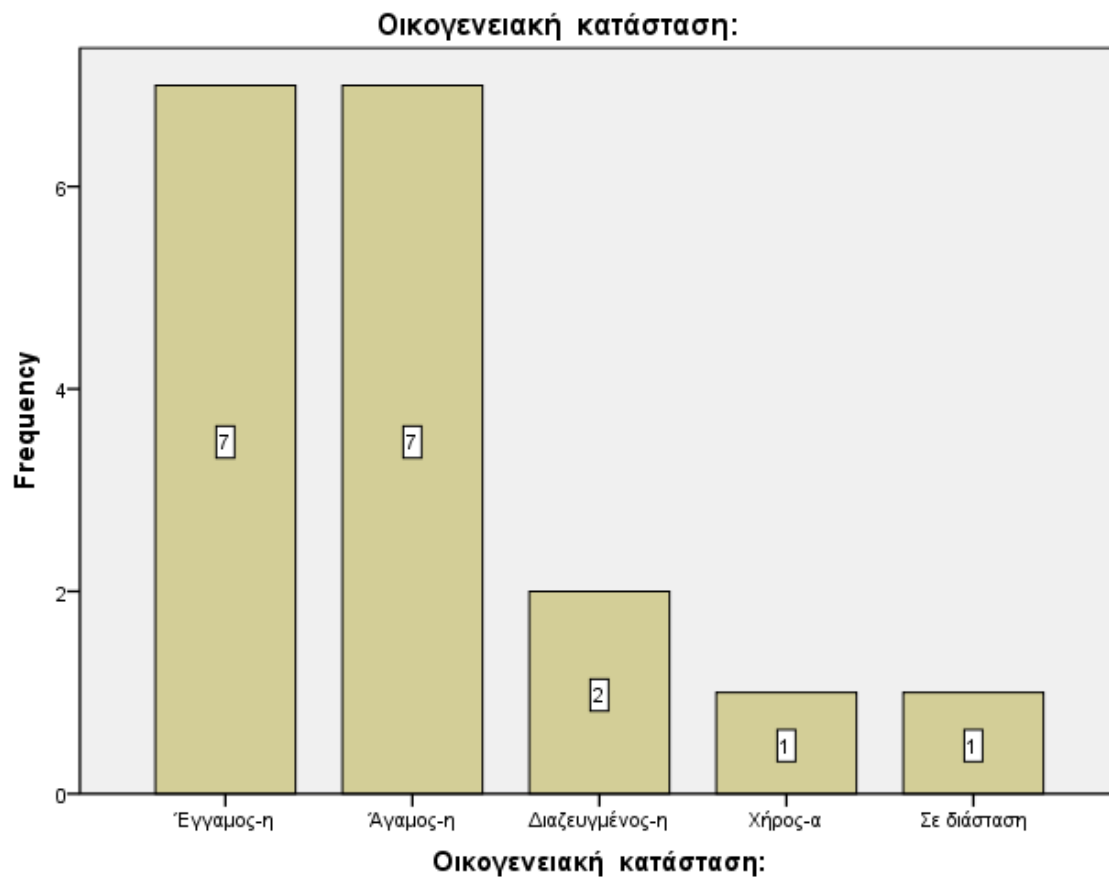
Το φύλο των ερωτώμενων είναι σε ποσοστό 61,1% άντρες.



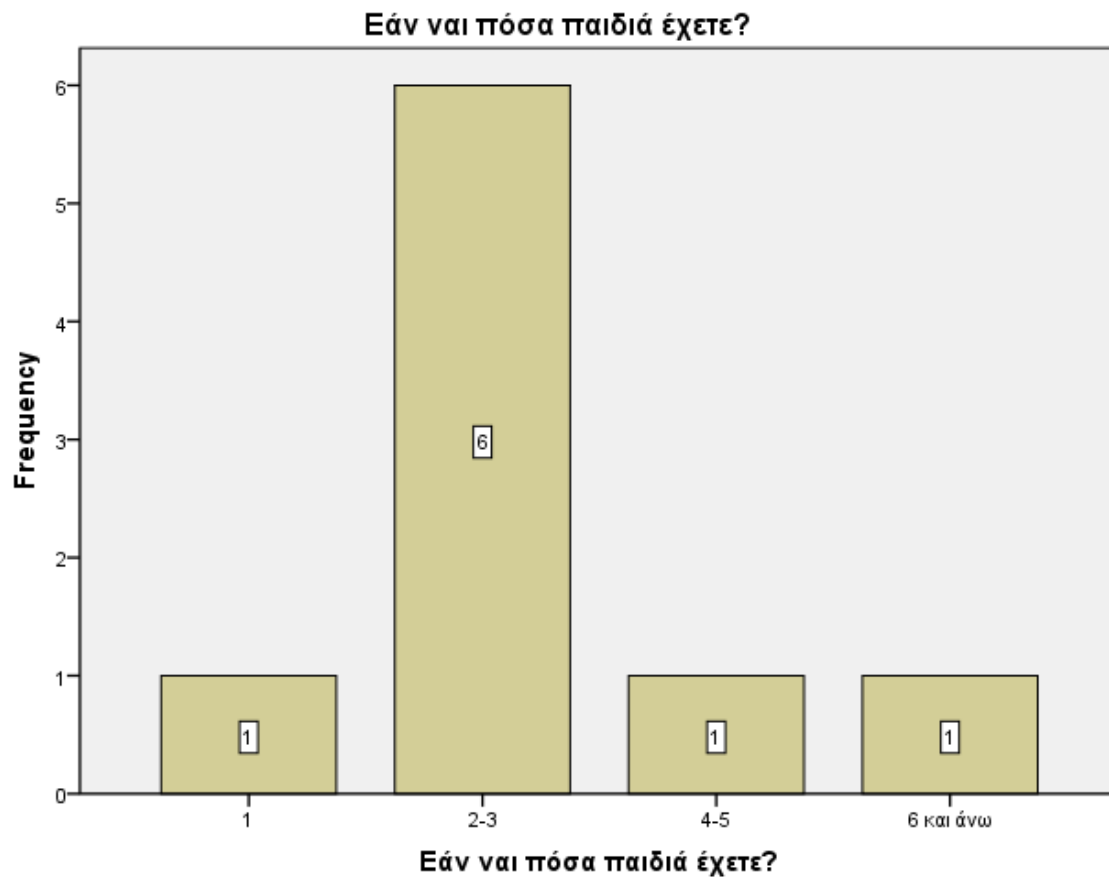
Το μεγαλύτερο μέρος της ηλικίας των ερωτώμενων σε ποσοστό 44,4% είναι ηλικίας από 55 και άνω.



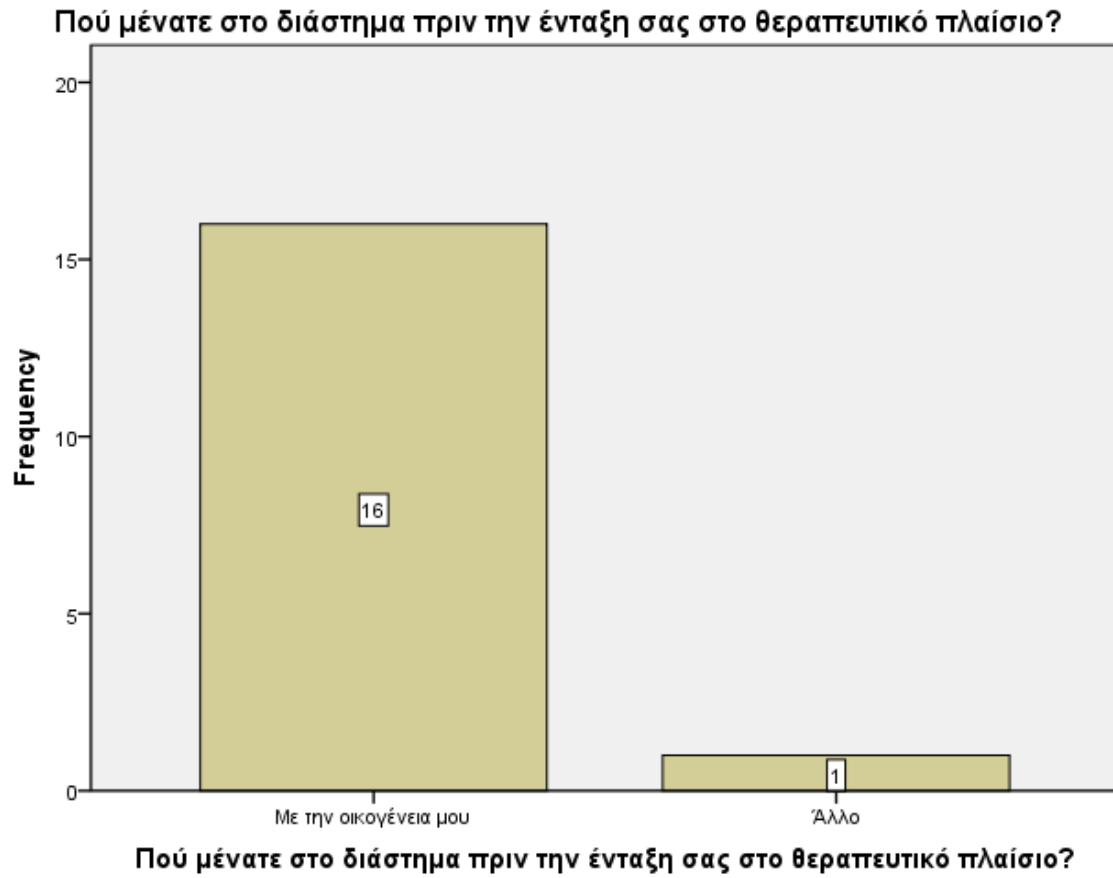
Άλλη μια ερώτηση σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων σε ποσοστό 27,8% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και ΤΕΙ.



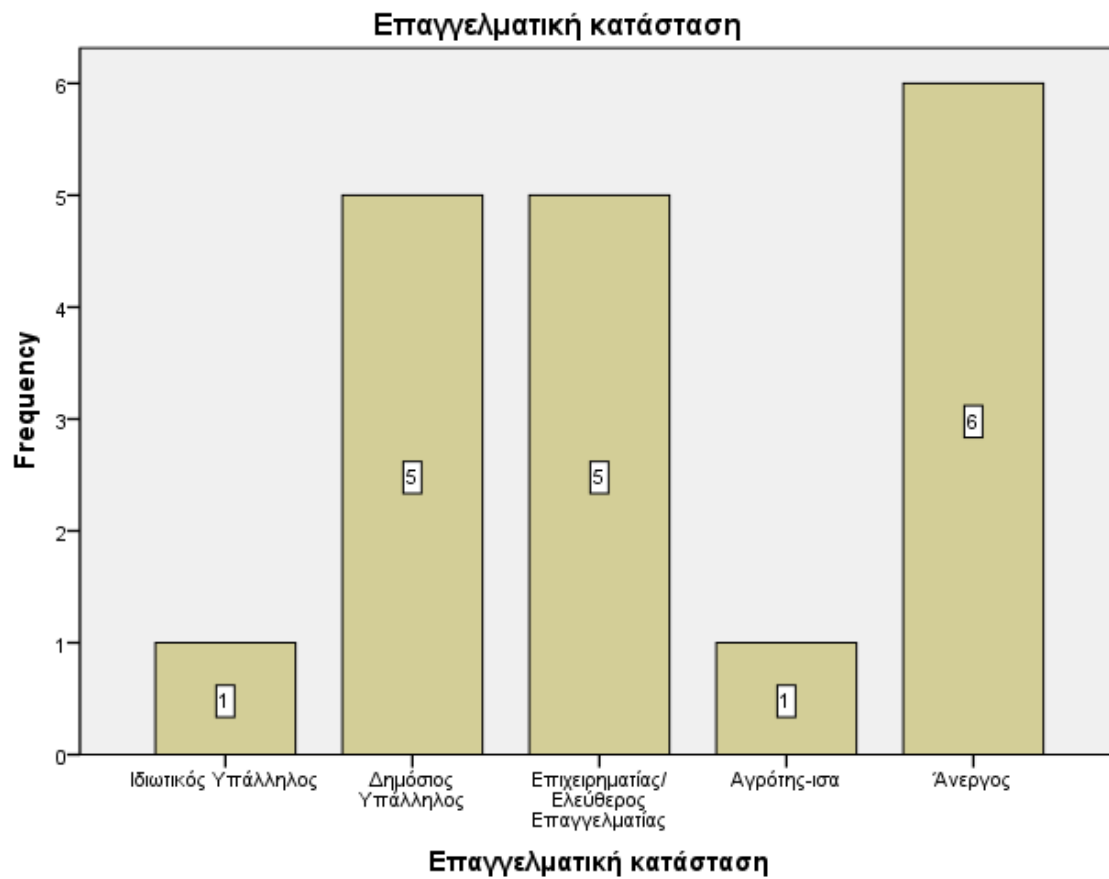
Άλλη μια ερώτηση που αποτυπώνεται στο παρακάτω διάγραμμα αφορά την οικογενειακή κατάσταση είναι από άγαμους και έγγαμους καταναλωτές σε ποσοστό 67,8%.



Στην επόμενη ερώτηση εάν έχουν παιδιά 9 άτομα της έρευνας έχουν παιδιά 2 έως 3 και τα υπόλοιπα 9 δεν έχουν.



Το 88,9% πριν την ένταξη τους στο θεραπευτικό πλαίσιο έμειναν με την οικογένεια τους.

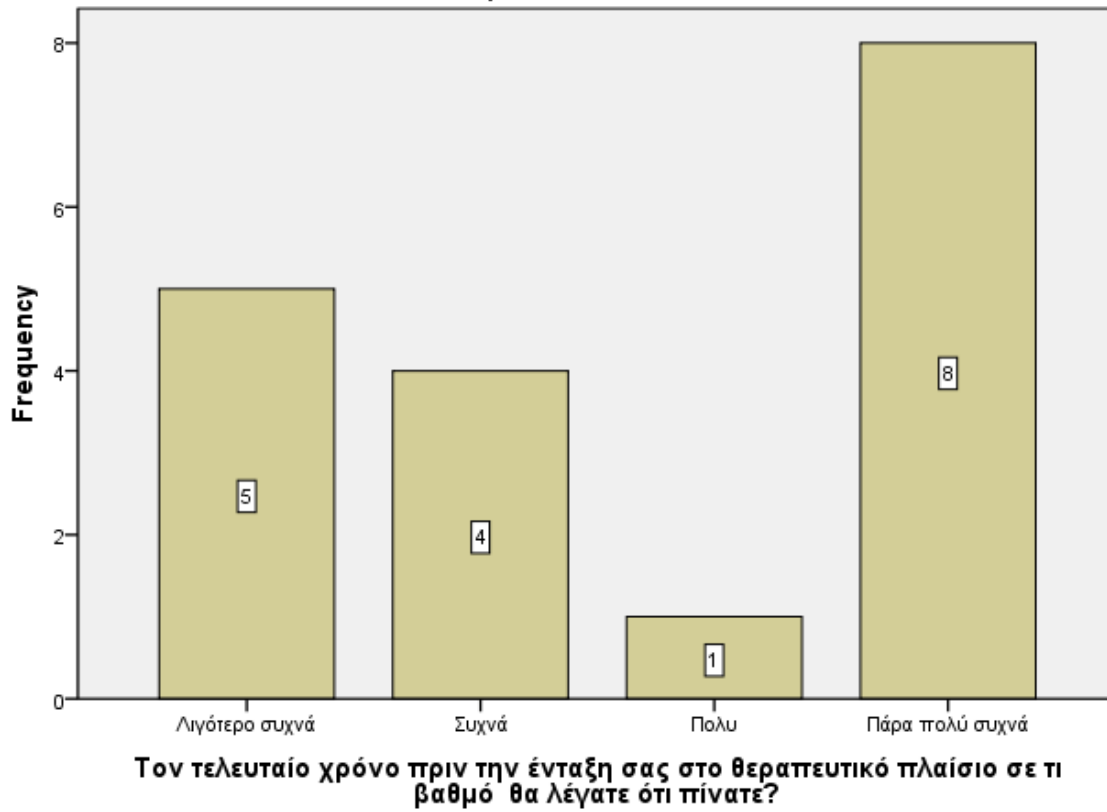


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων αποτελείται από άνεργους σε ποσοστό 33,3%



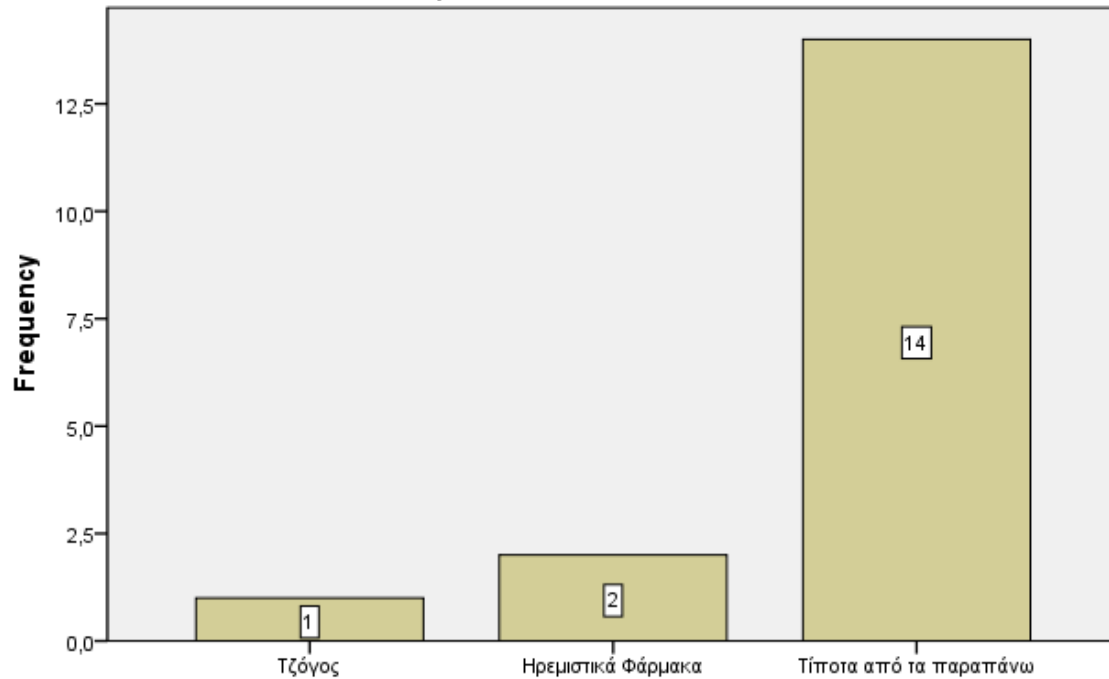
## 9.5 Ανάλυση ερωτήσεων πριν την ένταξη στο πλαίσιο της θεραπείας

Τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο σε τι βαθμό θα λέγατε ότι πίνετε?



Πριν από την ένταξη το 44,4% έπιναν πάρα πολύ συχνά ποτό.

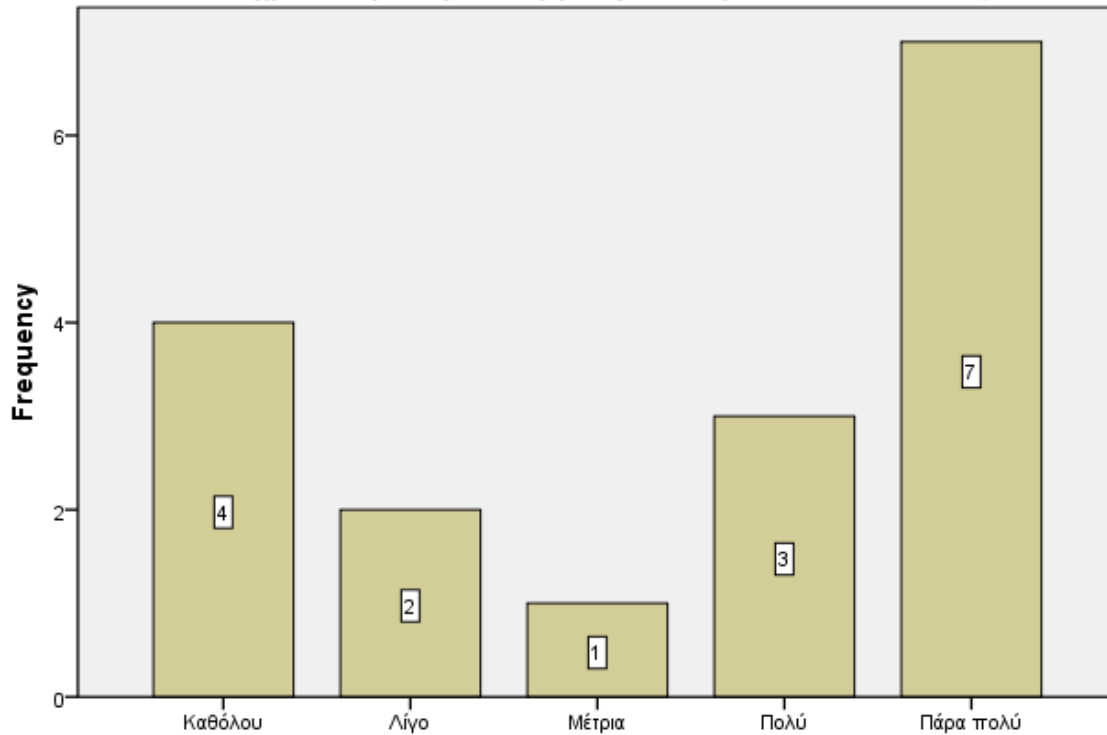
**Εκτός της χρήσης του αλκοόλ υπήρχε και κάτι από τα παρακάτω στα οποία να ήσασταν εξαρτημένος-η τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο?**



**Εκτός της χρήσης του αλκοόλ υπήρχε και κάτι από τα παρακάτω στα οποία να ήσασταν εξαρτημένος-η τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο?**

Οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 77,8%, εκτός από το αλκοόλ δεν είχαν κάποια άλλη εξάρτηση, όπως ο τζόγος, και τα ηρεμιστικά χάπια κ.λπ.

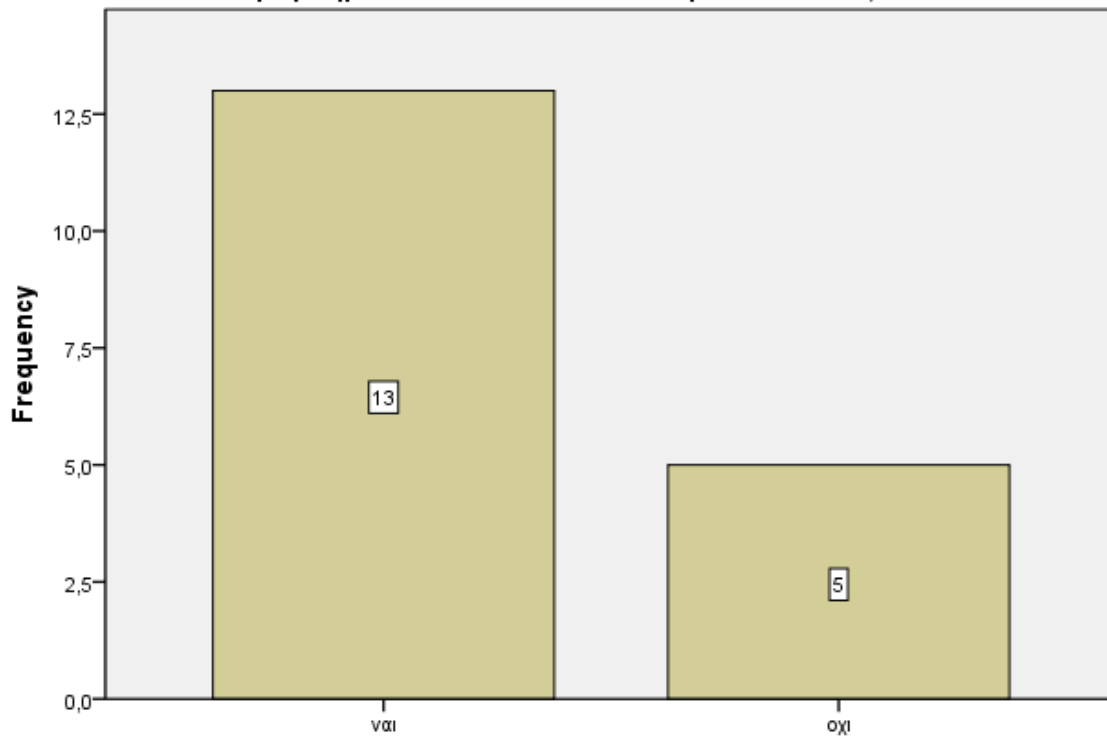
Σε ποιο βαθμό ο τρόπος ζωής σας και η καθημερινότητα σας είχε αλλάξει τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο;



Σε ποιο βαθμό ο τρόπος ζωής σας και η καθημερινότητα σας είχε αλλάξει τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο;

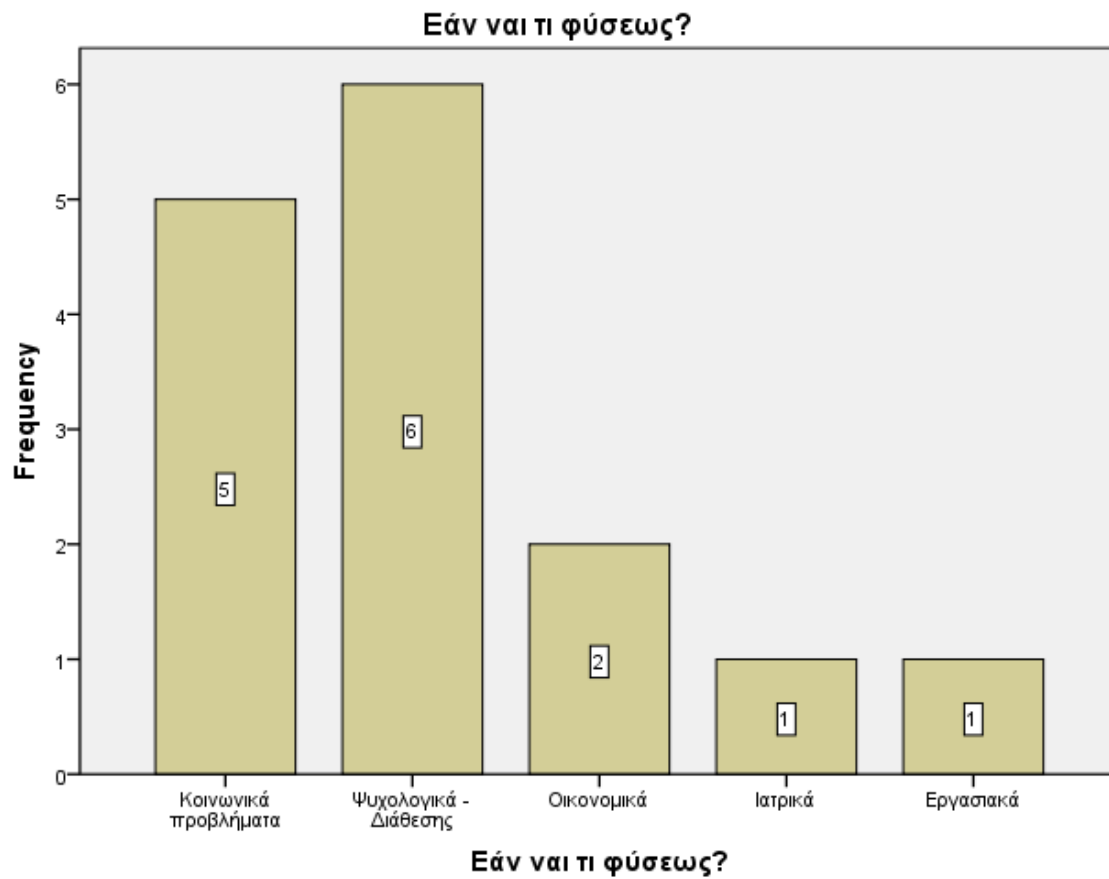
Το 38,9% έχει αλλάξει σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό η καθημερινότητα στο ζώή τους.

Τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο, είχατε προβλήματα που να συνδέονται με το αλκοόλ;



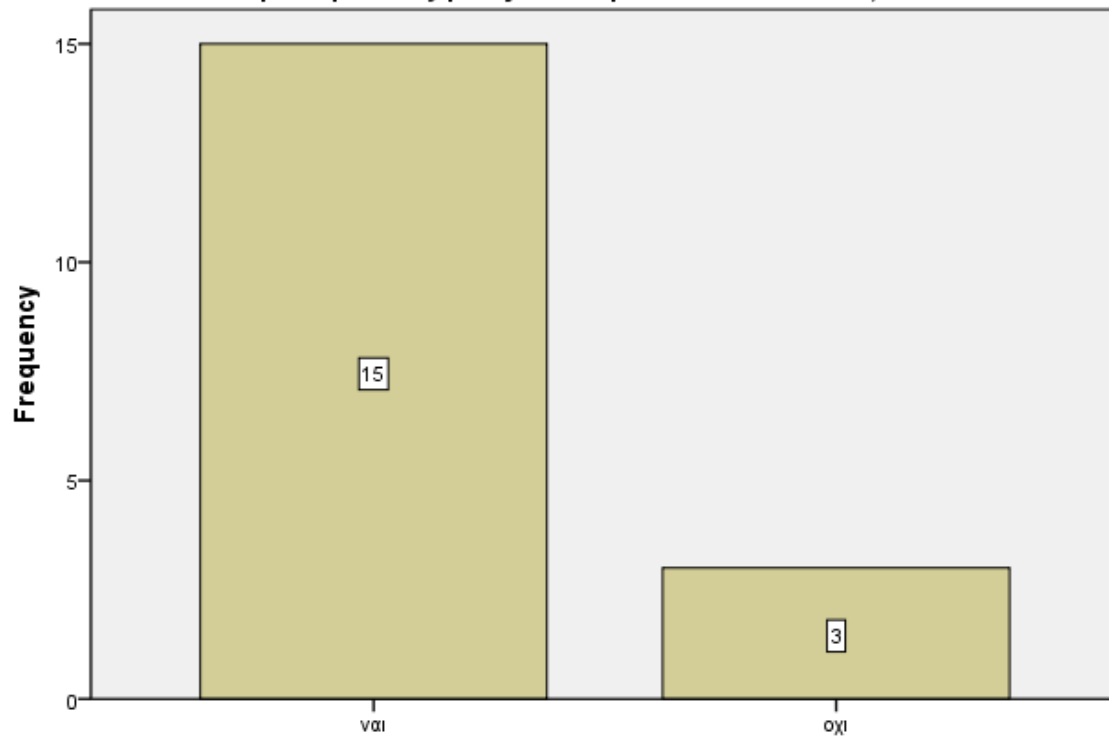
Τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο, είχατε προβλήματα που να συνδέονται με το αλκοόλ;

Άλλη μια ερώτηση σχετικά με τον συνδυασμό των αλκοόλ, είχαν και άλλα προβλήματα σχετικά με άλλα προβλήματα που έχουν, σε ποσοστό 72,2%.



Σε ποσοστό 33,3% τα προβλήματα είναι ψυχολογικά.

**Σας έχει δημιουργήσει το ποτό προβλήματα στην οικογένεια τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο;**



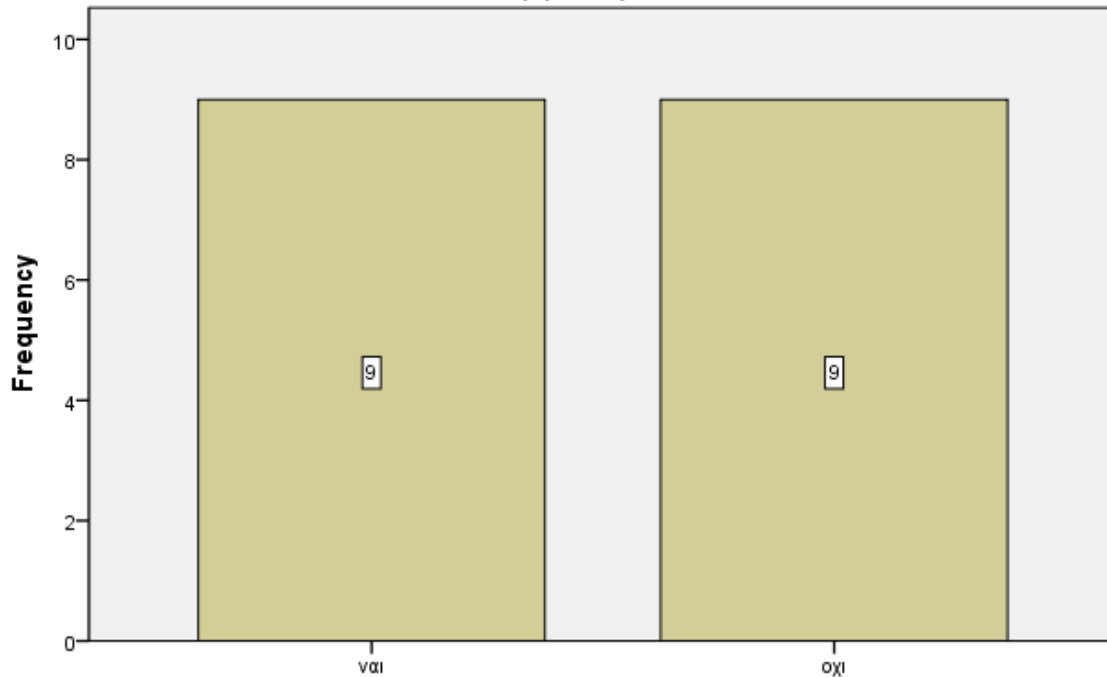
**Σας έχει δημιουργήσει το ποτό προβλήματα στην οικογένεια τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο;**

Στο μεγαλύτερο ποσοστό το 83,3% το ποτό είχε δημιουργήσει προβλήματα στην οικογένεια τους.



Σε ποσοστό 66,6% είχαν πρόβλημα σχετικά με τη σύζυγο και την μητέρα του ερωτώμενου.

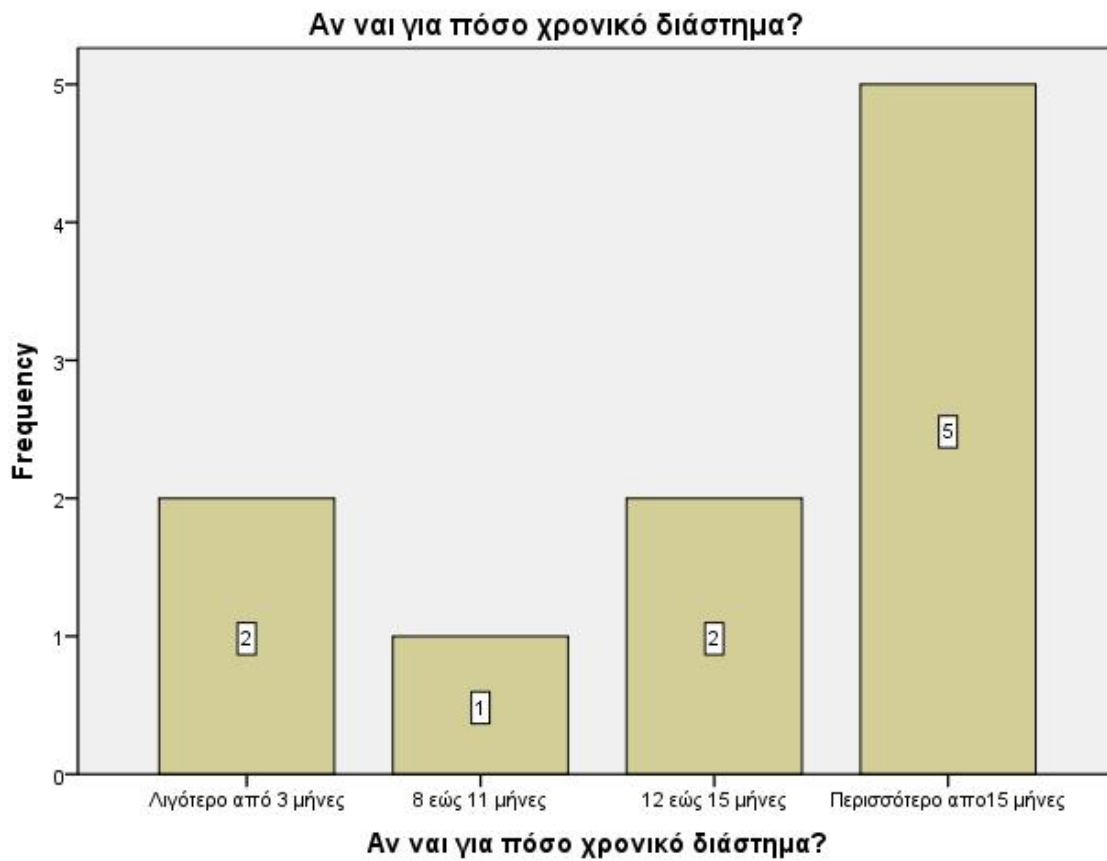
**Το χρονικό διάστημα πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο υπήρξε ποτέ παρακολούθηση από κάποιον άλλο ειδικό ψυχολόγο-ψυχίατρο-κοινωνικό λειτουργό-ιατρό?**



**Το χρονικό διάστημα πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο υπήρξε ποτέ παρακολούθηση από κάποιον άλλο ειδικό ψυχολόγο-ψυχίατρο-κοινωνικό λειτουργό-ιατρό?**

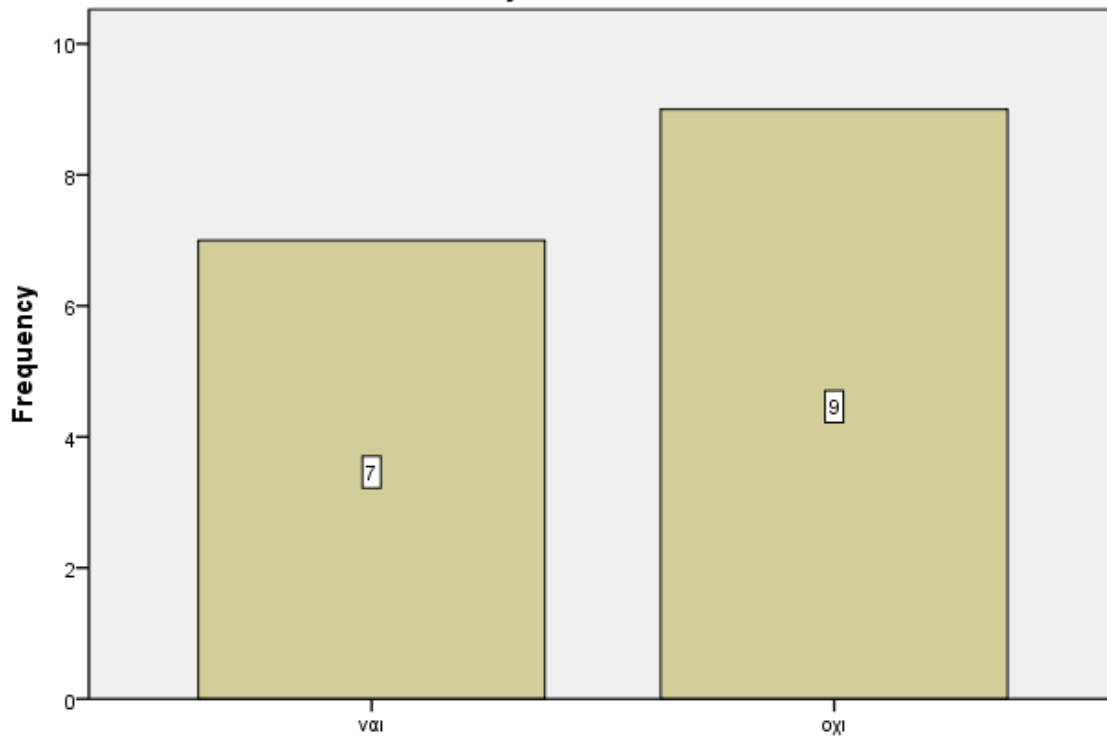
Σε αυτή την ερώτηση το 50% της έρευνας δέχτηκε παρακολούθηση από κάποιο άλλο ειδικό ψυχολόγο, ενώ το υπόλοιπο 50% δεν είχαν παρακολούθηση από κάποιον ειδικό





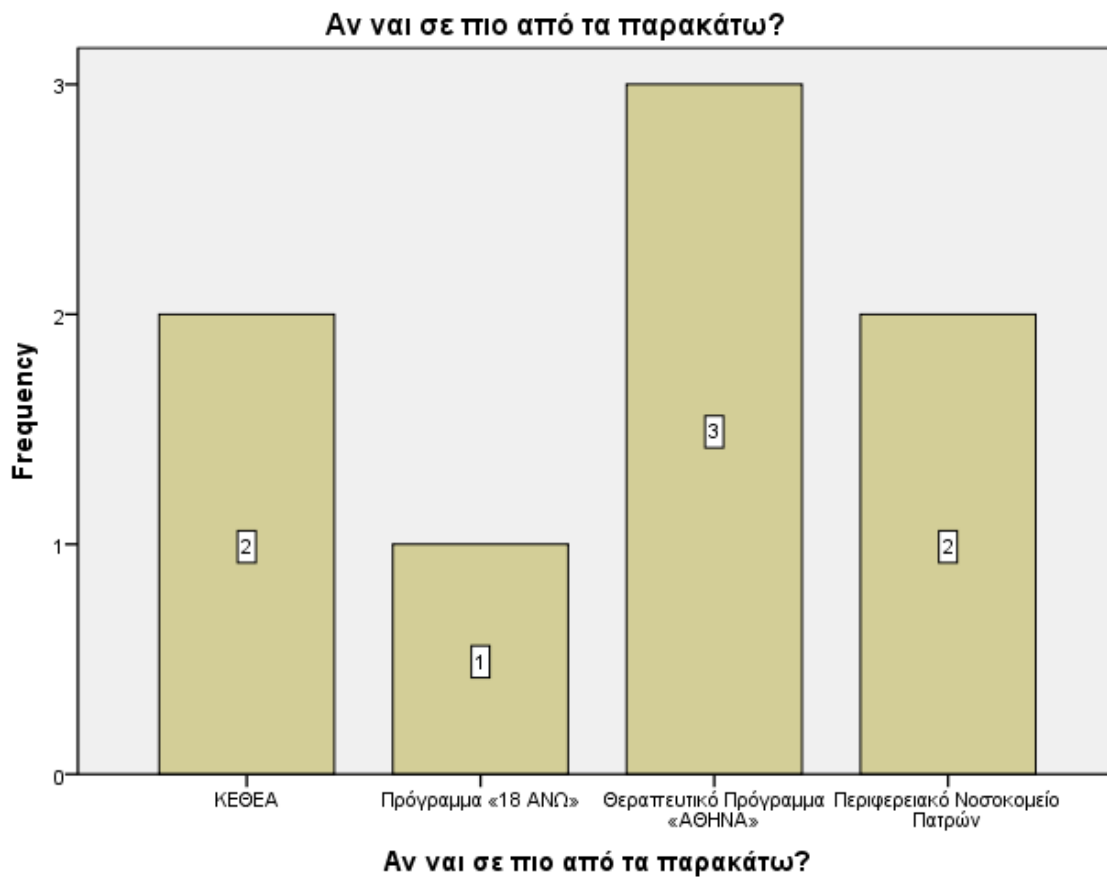
Το διάστημα όπου είχαν κάποια παρακολούθηση σε ποσοστό 27,8% περισσότερο από 15 μήνες είχαν παρακολούθηση από κάποιον ειδικό.

Έχετε βρεθεί παλαιότερα σε κάποιο άλλο θεραπευτικό πλαίσιο πριν την ένταξή σας σε αυτό?



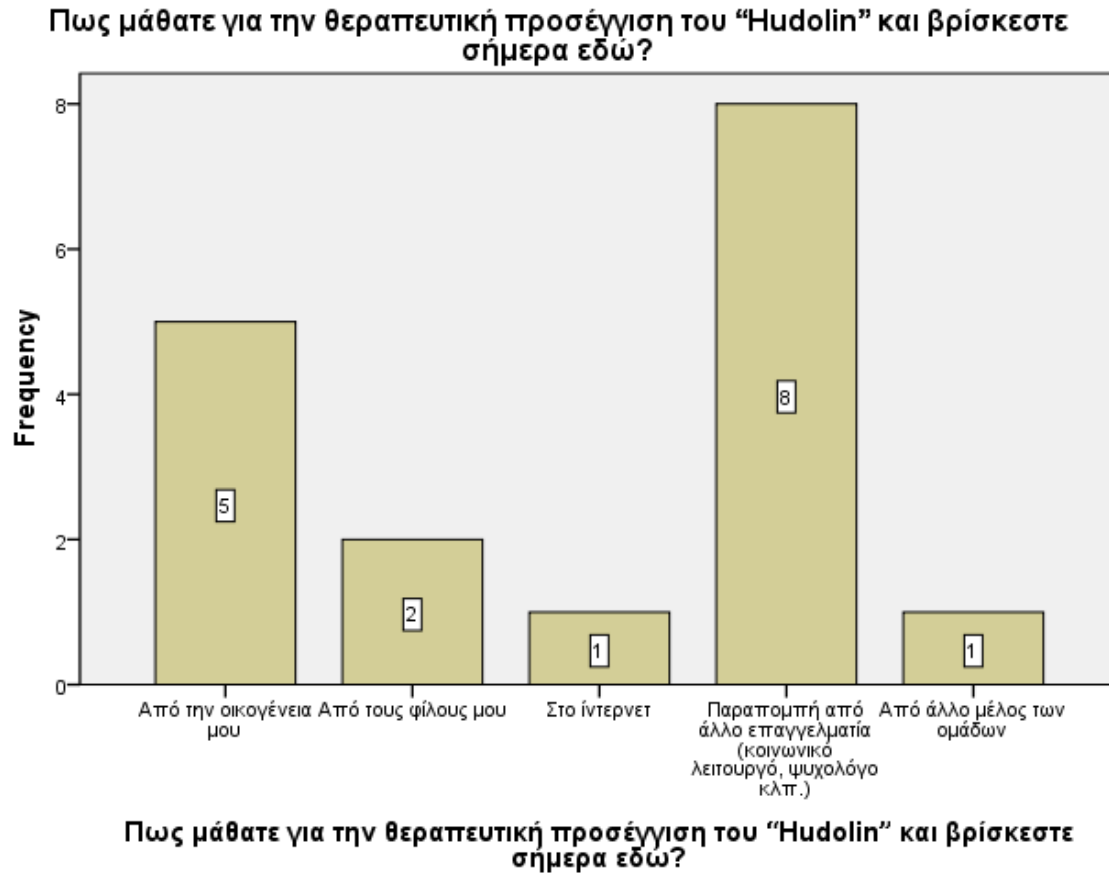
Έχετε βρεθεί παλαιότερα σε κάποιο άλλο θεραπευτικό πλαίσιο πριν την ένταξή σας σε αυτό?

Σε ποσοστό 50% των ερωτώμενων δεν έχει επισκεφτεί κάποιο άλλο θεραπευτικό πλαίσιο.

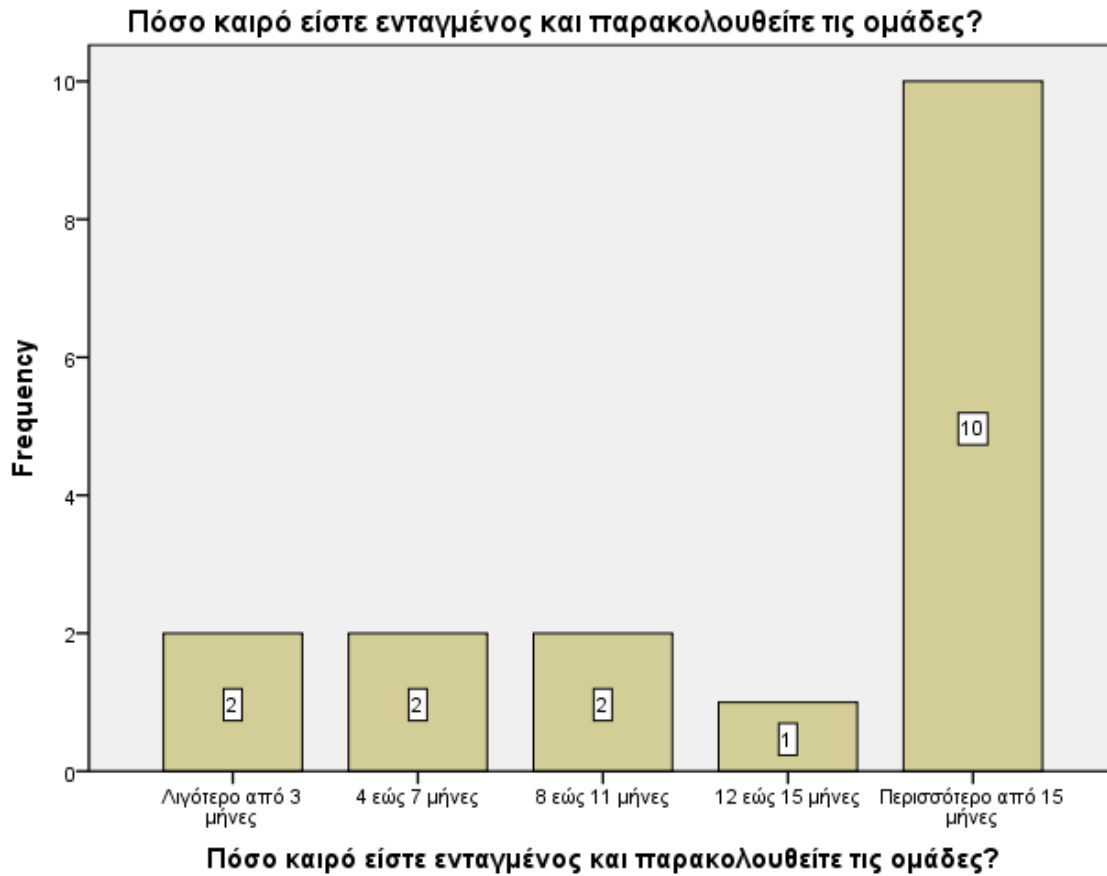


Άλλη μια ερώτηση σχετικά με τα θεραπευτικά προγράμματα που έχουν ακολουθήσει στο παρελθόν σε ποσοστό 16,7% το πρόγραμμα "Αθηνά" και το ΚΕΘΕΑ σε ποσοστό 11,1%.

## 9.6 Ερωτήσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας

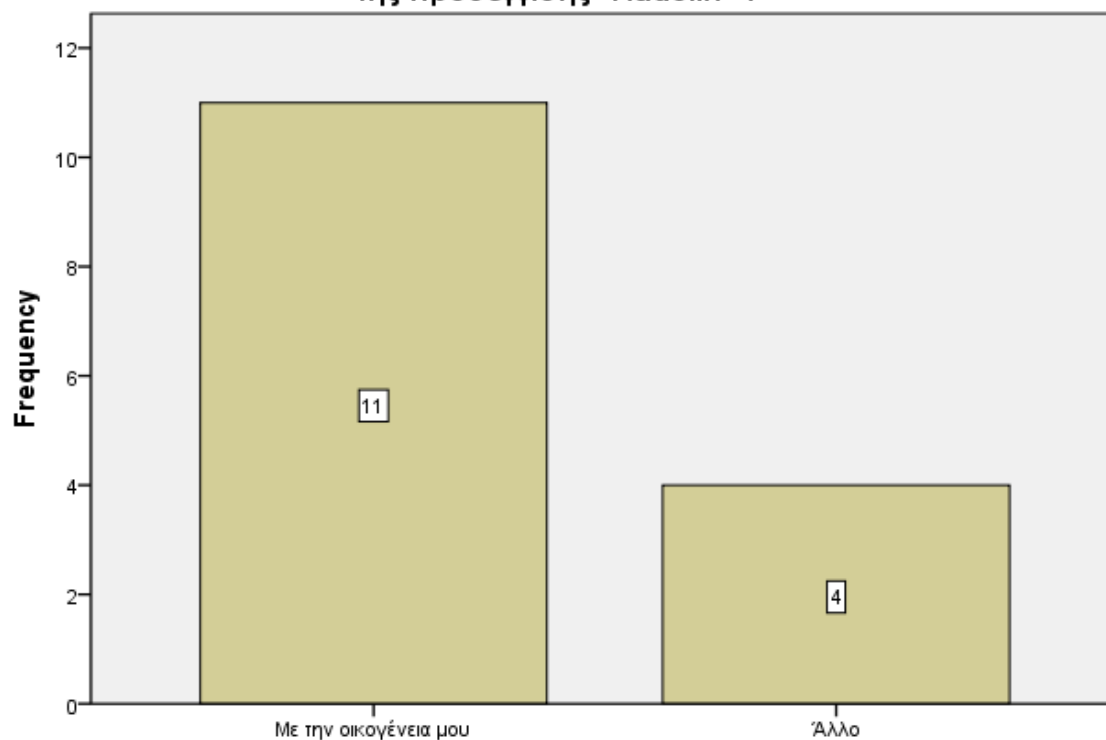


Το 44,4% έμαθε για την θεραπεία “Hudolin” που ακολουθεί από κάποιο επαγγελματία



Το πρόγραμμα το παρακολουθεί το μεγαλύτερο μέρος που συμμετείχε στην έρευνα είναι περισσότερο από 15 μήνες σε ποσοστό 55,6%.

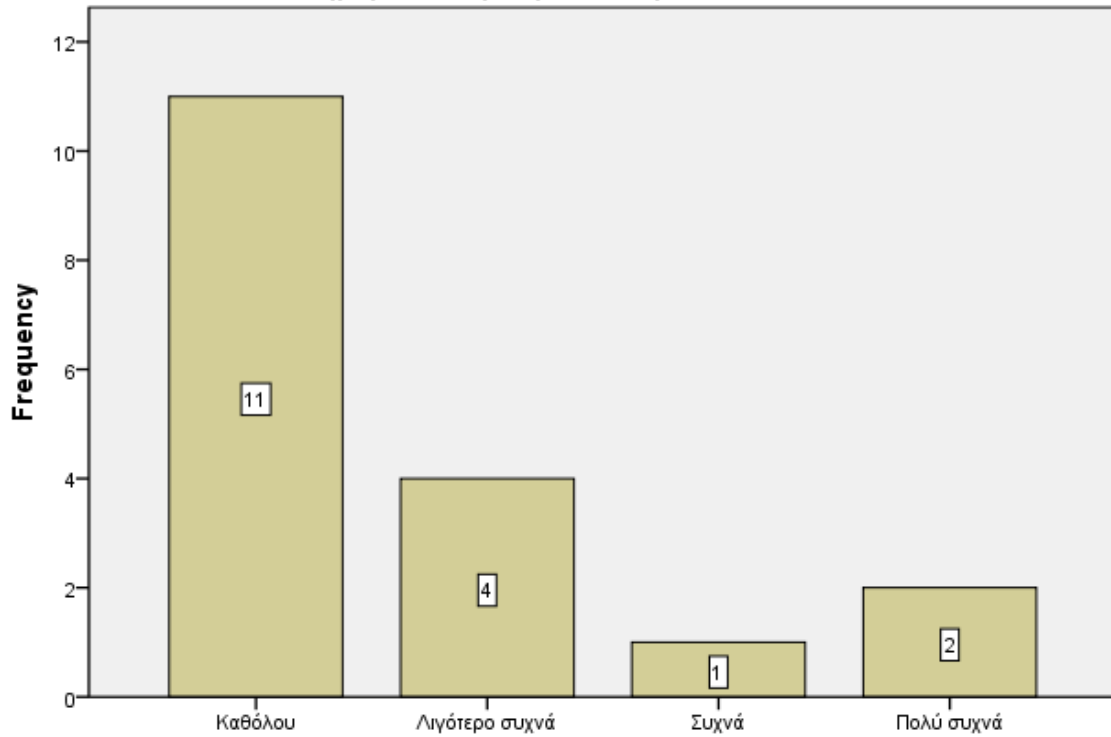
**Πού μένετε το παρόν διάστημα και απο την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης “Hudolin” ?**



**Πού μένετε το παρόν διάστημα και απο την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης “Hudolin” ?**

Το 61,1% μένει με την οικογένεια του το διάστημα κατά την ένταξη τους σε θεραπευτικό πλαίσιο.

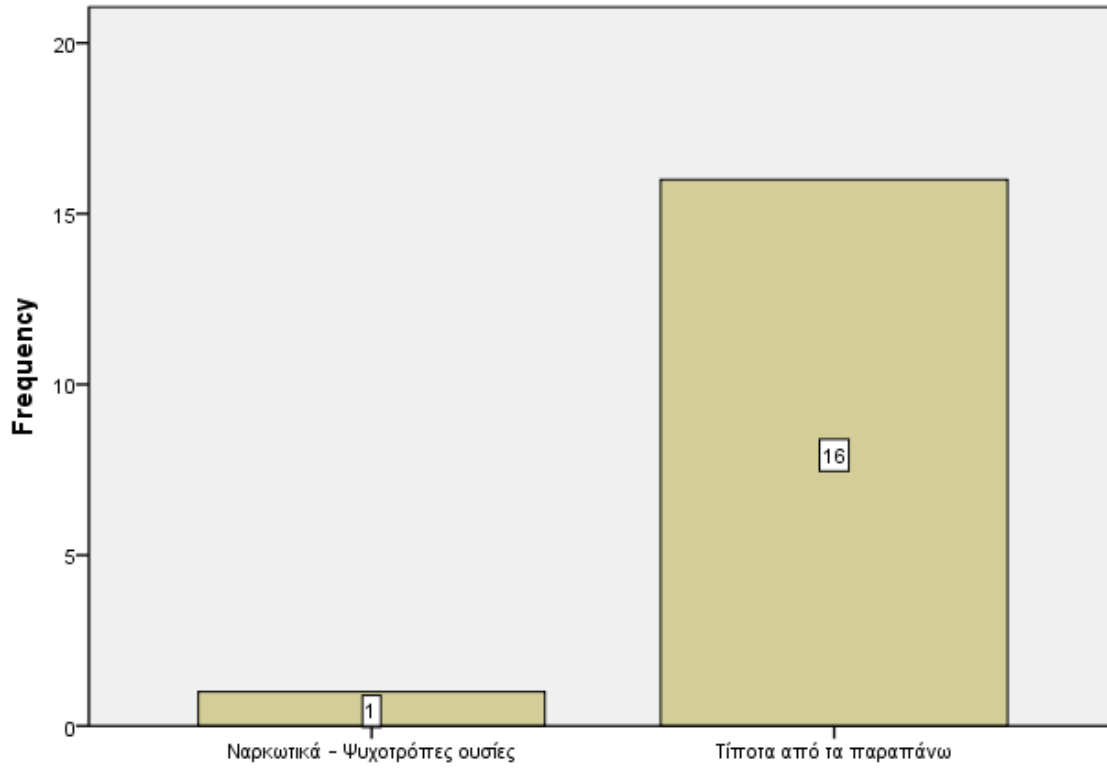
Από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης “Hudolin” μέχρι και σήμερα σε τι βαθμό θα λέγατε ότι πίνετε?



Από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης “Hudolin” μέχρι και σήμερα σε τι βαθμό θα λέγατε ότι πίνετε?

Όσον αφορά η αξιολόγηση του θεραπευτικού πλαισίου που παρακολουθούν σε ποσοστό 61,1% θεωρεί ότι δεν τους έχει βοηθήσει σε ποσοστό 61,1%

Υπάρχει κάτι άλλο στο οποίο να είσαστε εξαρτημένος-ή τον παρόν διάστημα?

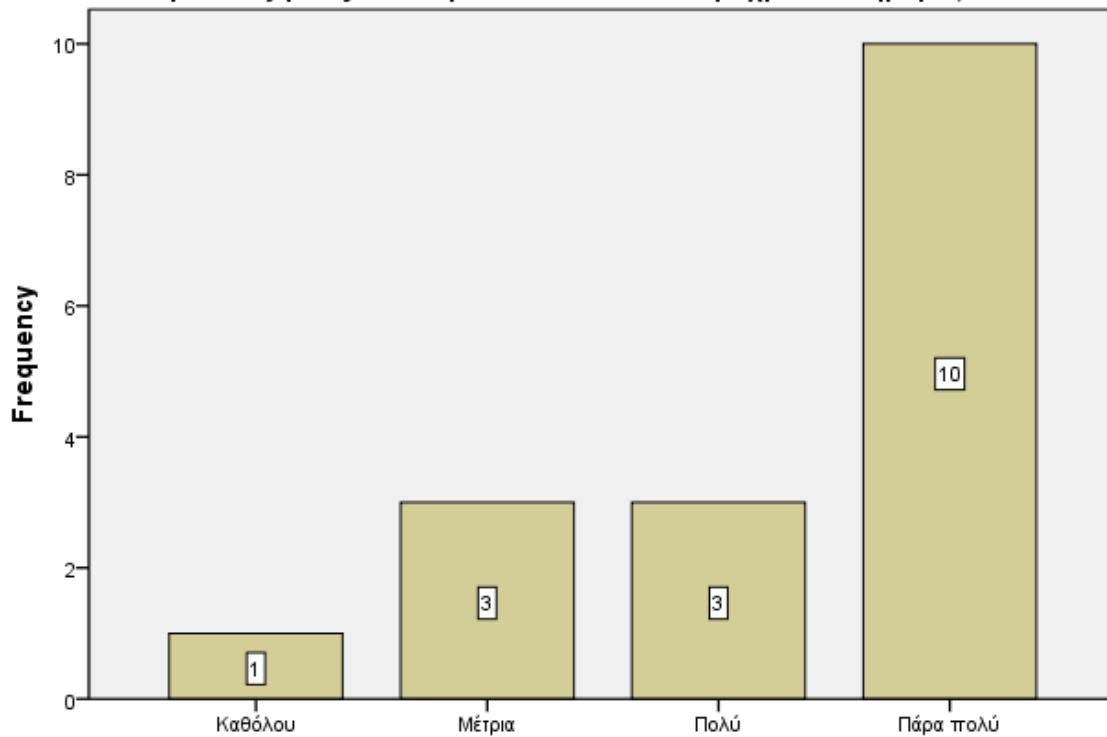


Υπάρχει κάτι άλλο στο οποίο να είσαστε εξαρτημένος-ή τον παρόν διάστημα?

Ενώ το 88,9% δεν έχει κάποια άλλη εξάρτηση, με ναρκωτικά.

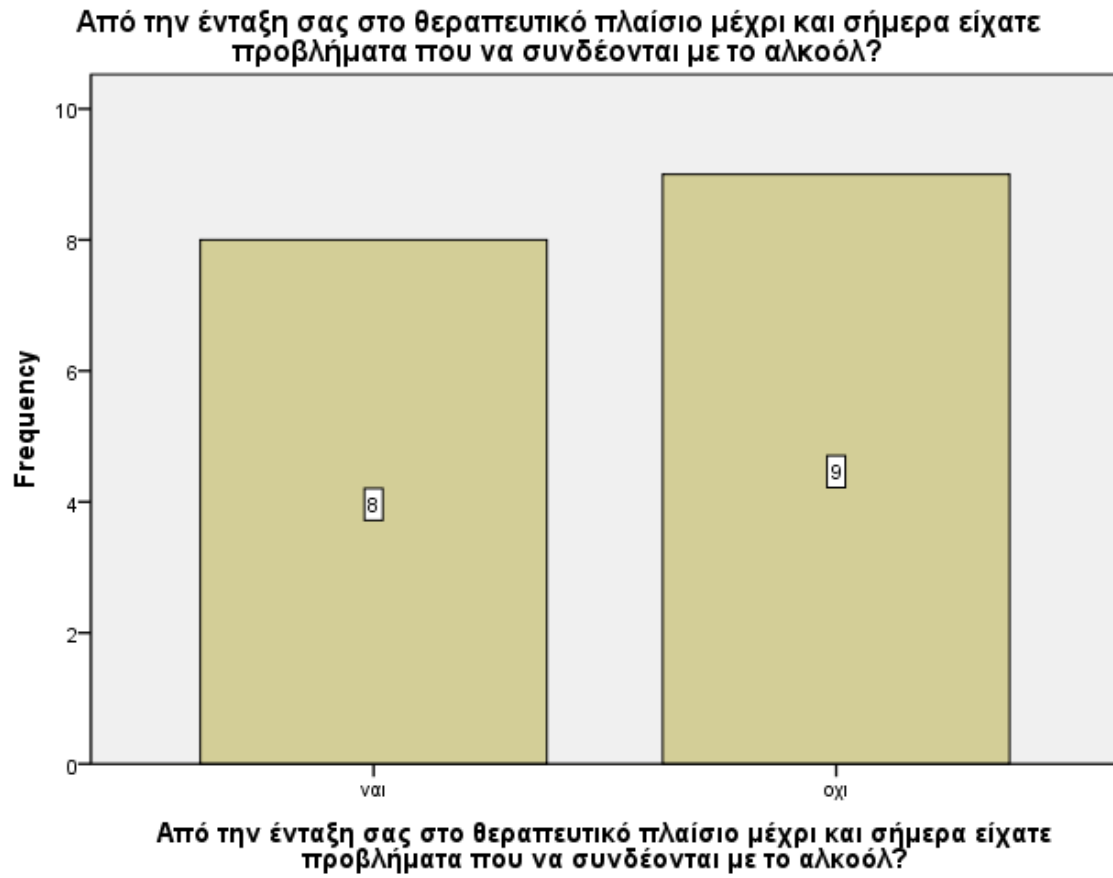


**Σε ποιο βαθμό ο τρόπος ζωής σας και η καθημερινότητα σας έχει αλλάξει από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο μέχρι και σήμερα;**

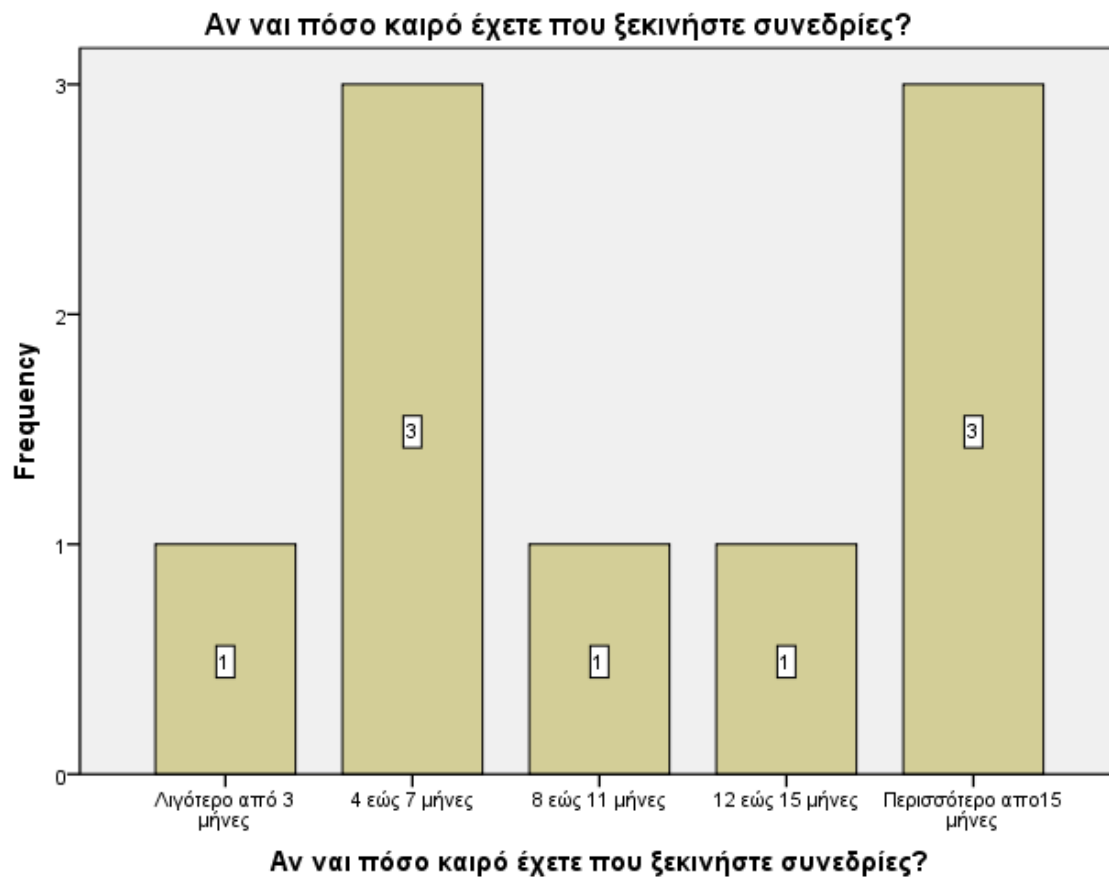


**Σε ποιο βαθμό ο τρόπος ζωής σας και η καθημερινότητα σας έχει αλλάξει από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο μέχρι και σήμερα;**

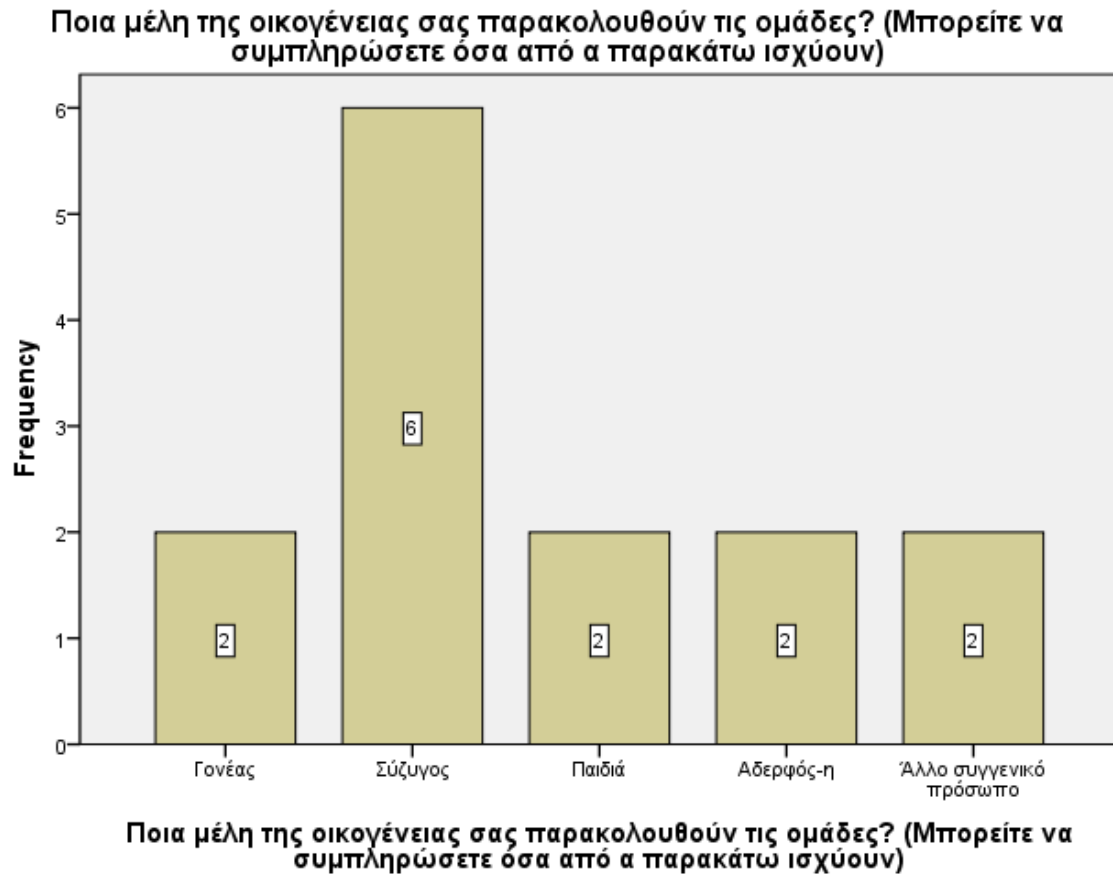
Ενώ η καθημερινότητα τους έχει αλλάξει σε πολύ μεγάλο βαθμό τον τρόπο ζωής τους σε ποσοστό 55,6%.



Το μεγαλύτερο ποσοστό είχε προβλήματα που συνοδεύονταν και με το αλκοόλ σε ποσοστό 50%.

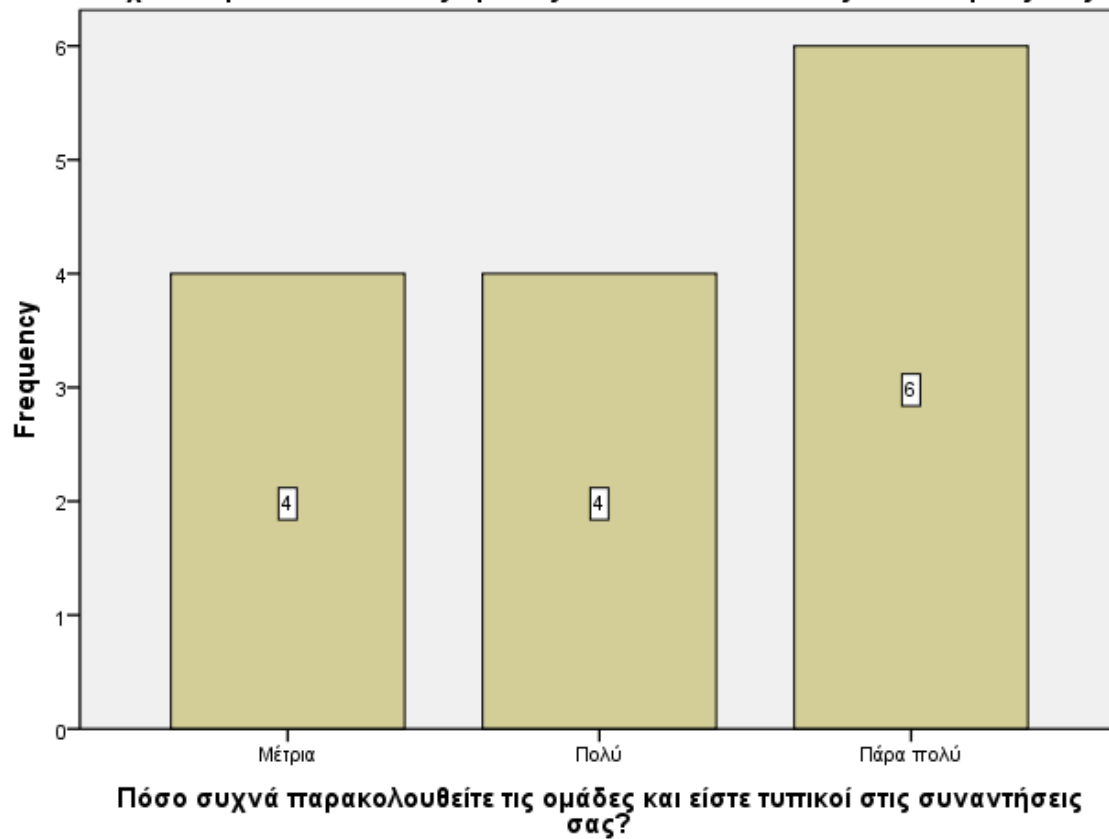


Το 27,9% έχει παραμείνει παραπάνω από 15 μήνες.



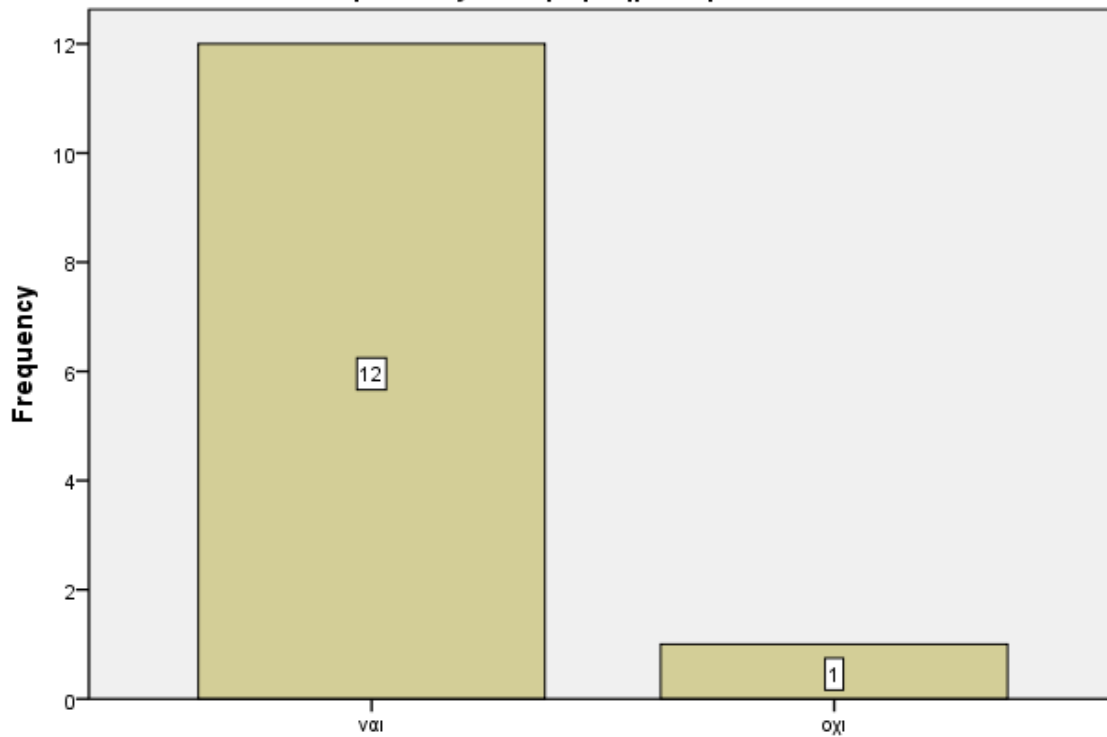
Το 44,4% όπου παρακολουθούν τις ομάδες οικογένειας, είναι οι σύζυγοι και οι γονείς

Πόσο συχνά παρακολουθείτε τις ομάδες και είστε τυπικοί στις συναντήσεις σας?



Σε ποσοστό 55,5% είναι τυπικοί στις συναντήσεις τους σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Θα προτείνετε το θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης “Hudolin” σε άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα με το αλκοόλ?



Θα προτείνετε το θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης “Hudolin” σε άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα με το αλκοόλ?

Η τελευταία ερώτηση αφορά εάν θα πρότειναν την προσέγγιση “Hudolin” σε άτομα που αντιμετωπίζουν το αλκοόλ σε ποσοστό 66,7% θα το πρότειναν και σε άλλα άτομα.

## 9.7 Συγκρίσεις μεταβλητών

Όπως φαίνεται στους δύο παρακάτω πίνακες, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μεταβλητών. Σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p= 0.005$

- Τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο σε τι βαθμό θα λέγατε ότι πίνατε;
- Εκτός της χρήσης του αλκοόλ υπήρχε και κάτι από τα παρακάτω στα οποία να ήσασταν εξαρτημένος-η τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο;
- Σε ποιο βαθμό ο τρόπος ζωής σας και η καθημερινότητα σας είχε αλλάξει τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο;
- Τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο, είχατε προβλήματα που να συνδέονται με το αλκοόλ;
- Εάν ναι τι φύσεως;
- Σας έχει δημιουργήσει το ποτό προβλήματα στην οικογένεια τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο;
- Το χρονικό διάστημα πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο υπήρξε ποτέ παρακολούθηση από κάποιον άλλο ειδικό ψυχολόγο-ψυχίατρο-κοινωνικό λειτουργό-ιατρό;
- Αν ναι για πόσο χρονικό διάστημα;
- Έχετε βρεθεί παλαιότερα σε κάποιο άλλο θεραπευτικό πλαίσιο πριν την ένταξή σας σε αυτό;
- Πως μάθατε για την θεραπευτική προσέγγιση του “Hudolin” και βρίσκεστε σήμερα εδώ;
- Πόσο καιρό είστε ενταγμένος και παρακολουθείτε τις ομάδες;
- Πού μένετε το παρόν διάστημα και απο την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης “Hudolin”;
- Υπάρχει κάτι άλλο στο οποίο να είσατε εξαρτημένος-ή τον παρόν διάστημα;
- Σε ποιο βαθμό ο τρόπος ζωής σας και η καθημερινότητα σας έχει αλλάξει από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο μέχρι και σήμερα;

- Από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο μέχρι και σήμερα είχατε προβλήματα που να συνδέονται με το αλκοόλ;
- Σας έχει δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα στην οικογένεια εξαιτίας του αλκοόλ από την στιγμή όπου ενταχθήκατε στην ομάδα μέχρι σήμερα;
- Αν ναι με ποιο από τα παρακάτω μέλη έχετε το μεγαλύτερο πρόβλημα;
- Από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο μέχρι και σήμερα υπάρχει και κάποια επιπλέον παρακολούθηση από κάποιον άλλο ειδικό ψυχολόγο-ψυχίατρο-κοινωνικό λειτουργό-ιατρό πέραν των ομάδων που κάνετε;
- Ποια μέλη της οικογένειάς σας παρακολουθούν τις ομάδες(Μπορείτε να συμπληρώσετε όσα από α παρακάτω ισχύουν)
- Πόσο συχνά παρακολουθείτε τις ομάδες και είστε τυπικοί στις συναντήσεις σας;
- Θα προτεινάτε το θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης “Hudolin” σε άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα με το αλκοόλ;

### **9.8 Η συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας**

Το δείγμα της έρευνας απαρτίζεται από 19 άτομα. Το φύλο των ερωτώμενων είναι σε ποσοστό 61,1% άντρες. Το μεγαλύτερο μέρος της ηλικίας των ερωτώμενων σε ποσοστό 44,4% είναι ηλικίας από 55 και άνω.

Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων σε ποσοστό 27,8% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και ΤΕΙ. Η οικογενειακή κατάσταση είναι από άγαμους και έγγαμους καταναλωτές σε ποσοστό 67,8%. Τα 9 άτομα της έρευνας έχουν παιδιά 2 έως 3 και τα υπόλοιπα 9 δεν έχουν. Το 88,9% πριν την ένταξη τους στο θεραπευτικό πλαίσιο έμειναν με την οικογένειά τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων αποτελείται από ανέργους σε ποσοστό 33,3%

Πριν από την ένταξη το 44,4% έπιναν πάρα πολύ συχνά ποτό. Οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 77,8%, εκτός από το αλκοόλ δεν είχαν κάποια άλλη εξάρτηση, όπως ο τζόγος, και τα ηρεμιστικά χάπια. Το 38,9% έχει αλλάξει σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό η καθημερινότητα στο ζώή τους. Άλλη μια ερώτηση σχετικά με τον συνδυασμό των αλκοόλ, είχαν και άλλα προβλήματα σχετικά με άλλα προβλήματα που έχουν, σε ποσοστό 72,2%.



Σε ποσοστό 33,3% τα προβλήματα είναι ψυχολογικά. Στο μεγαλύτερο ποσοστό το 83,3% το ποτό είχε δημιουργήσει προβλήματα στην οικογένεια τους .Σε ποσοστό 66,6% είχαν πρόβλημα σχετικά με τη σύζυγο και την μητέρα του ερωτώμενου.

Το 50% της έρευνας δέχτηκε παρακολούθηση από κάποιο άλλο ειδικό ψυχολόγο, ενώ το υπόλοιπο 50% δεν είχαν παρακολούθηση από κάποιον ειδικό. Το διάστημα όπου είχαν κάποια παρακολούθηση σε ποσοστό 27,8% περισσότερο από 15 μήνες είχαν παρακολούθηση από κάποιον ειδικό. Σε ποσοστό 50% των ερωτώμενων δεν έχει επισκεφτεί κάποιο άλλο θεραπευτικό πλαίσιο. Άλλη μια ερώτηση σχετικά με τα θεραπευτικά προγράμματα που έχουν ακολουθήσει στο παρελθόν σε ποσοστό 16,7% το πρόγραμμα "Αθηνά" και το ΚΕΘΕΑ σε ποσοστό 11,1%.. Το 44,4% έμαθε για την θεραπεία "Hudolin" που ακολουθεί από κάποιο επαγγελματία

Το πρόγραμμα το παρακολουθεί το μεγαλύτερο μέρος που συμμετείχε στην έρευνα είναι περισσότερο από 15 μήνες σε ποσοστό 55,6%. Το 61,1% μένει με την οικογένεια του το διάστημα κατά την ένταξη τους σε θεραπευτικό πλαίσιο. Όσον αφορά η αξιολόγηση του θεραπευτικού πλαισίου που παρακολουθούν σε ποσοστό 61,1% θεωρεί ότι δεν τους έχει βοηθήσει σε ποσοστό 61,1%. Ενώ το 88,9% δεν έχει κάποια άλλη εξάρτηση, με ναρκωτικά. όμως η καθημερινότητα τους έχει αλλάξει σε πολύ μεγάλο βαθμό τον τρόπο ζωής τους σε ποσοστό 55,6%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό είχε προβλήματα που συνοδεύονταν και με το αλκοόλ σε ποσοστό 50%. Το 27,9% έχει παραμείνει παραπάνω από 15 μήνες. Το 44,4% όπου παρακολουθούν τις ομάδες οικογένειας, είναι οι σύζυγοι και οι γονείς. Σε ποσοστό 55,5% είναι τυπικοί στις συναντήσεις τους σε πολύ μεγάλο βαθμό. Η τελευταία ερώτηση αφορά εάν θα πρότειναν την προσέγγιση "Hudolin" σε άτομα που αντιμετωπίζουν το αλκοόλ σε ποσοστό 66,7% θα το πρότειναν και σε άλλα άτομα.

## **Κεφάλαιο 10ο Συμπεράσματα και Προτάσεις**

### **Εισαγωγή**

Στο δέκατο και τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής θα αναφερθούμε στα γενικά συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν από το θεωρητικό και ερευνητικό μέρος της εργασίας μας. Θα γίνουν συγκρίσεις μεταξύ τους (θεωρητικό – ερευνητικό μέρος) και τέλος ως συντελεστές της παρούσας έρευνας θα παραθέσουμε κάποιες προτάσεις σχετικές με το περιεχόμενο της εργασίας μας, τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ. με ιδιαίτερη όμως προσοχή στα κλαμπ οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ της μεθοδολογίας Hudolin.

#### **10.1 Συμπεράσματα**

Τα γενικά συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν μέσα από την ολοκλήρωση της διπλωματικής μας εργασίας είναι αρκετά και εξαιρετικά σημαντικά για την πληθυσμιακή ομάδα όπου εξετάσαμε (άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ). Κατά την εκπόνηση του βιβλιογραφικού μέρους συναντήσαμε και μάθαμε τι είναι το αλκοόλ, τις αιτίες όπου κάποιος θα ακολουθήσει το μονοπάτι αυτό και τι συνυπάρχει με την εξάρτηση του από το αλκοόλ καθώς και τρόπους αντιμετώπισης και μείωσης του.

Ένα βασικό συμπέρασμα μέσα από την συνολική κατάσταση όπου υπάρχει στην χώρα μας είναι ότι η πολιτεία ποτέ της δεν έλαβε πραγματικά αυστηρά μέτρα με στόχο την μείωση της κατανάλωσης και εύρεσης αλκοολούχων ποτών, για όλες τις ηλικίες. Το γεγονός ότι υπάρχει παντού, είναι εύκολο να το βρεις και να το αγοράσεις συντελεί στο να παρασυρθεί και να αποκτήσει κάποιος προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ.

Είναι πηγή και αιτία για πολλά προβλήματα όπως έχουμε αναφέρει στο θεωρητικό μέρος και προκύπτει και από το ερευνητικό με βάση τις απαντήσεις που μας έχουν δοθεί. Με ποσοστό 72,2% προκύπτει ότι το αλκοόλ προκαλεί προβλήματα κυρίως κοινωνικά και ψυχολογικά-διάθεσης γεγονός το οποίο παρουσιάζει ένα μεγάλο μέρος της κοινωνίας να νοσεί.

Επιπρόσθετα με τα παραπάνω στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετοί τρόποι για να βοηθηθεί κάποιος και να απαλλαχτεί από κάθε είδους εξάρτηση είτε είναι το αλκοόλ είτε τα ναρκωτικά είτε είναι τζόγος κλπ. Όμως για να γίνει αυτό χρειάζεται υπομονή, στήριξη από το περιβάλλον και θέληση για να μπορέσει κάποιος να απεξαρτηθεί πλήρως. Παρόλα αυτά όμως φαίνεται ότι υπάρχει άρνηση και δυσκολία από όλες τις πλευρές και η καθεμία ξεχωριστά για το δικό της λόγο. Συγκριτικά με την θεωρία και την έρευνα μας πολλά άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα με το αλκοόλ έχουν κάνει απόπειρες απεξάρτησης χωρίς όμως κάποιο σημαντικό αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές. Ενώ είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου όσο αναφορά την μεθοδολογία Hudolin έχουν πλήρη αποχή από το αλκοόλ για πολύ καιρό. Πάντα υπήρχαν προβλήματα που να συνδέονται με το αλκοόλ και όσο υπάρχει η ελεύθερη και αλόγιστη χρήση του θα συνεχίσουν να υπάρχουν.

## 10.2 Προτάσεις

Με όσα προκύπτουν από όλα τα παραπάνω λοιπόν θα θέλαμε να κάνουμε κάποιες προτάσεις οι οποίες, σύμφωνα με την γνώμη μας και την μικρή εμπειρία που αποκτήσαμε αυτό τον καιρό ασχολούμενοι με το ζήτημα του αλκοολισμού, θα μπορούσαν να συμβάλουν στην μείωση της κατανάλωσης και την αύξηση του ορίου ηλικίας έναρξης χρήσης αλκοολούχων ποτών. Αυτά που προτείνουμε είναι τα εξής:

- Να δοθεί η ευκαιρία και η δυνατότητα σε όλους τους δήμους της χώρας να πραγματοποιεί δύο φορές το χρόνο καμπάνιες και ημερίδες σχετιζόμενες με τις επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία και την προσωπική μας ζωή.
- Να στοχεύουμε περισσότερο στην πρόληψη και όχι στην θεραπεία, διότι με τον τρόπο αυτό θα υπάρχει μικρότερο ποσοστό κατανάλωσης.
- Να υπάρχουν περισσότερα κρατικά κονδύλια και χρηματοδοτήσεις σε νέα προγράμματα και στα ήδη υπάρχοντα. Έτσι με τον τρόπο αυτό όλες οι δομές θα είναι πλήρως στελεχωμένες με διεπιστημονικές ομάδες οι οποίες θα μπορούν να αντιμετωπίζουν ολοκληρωμένα το κάθε περιστατικό και με περισσότερα αποτελέσματα. Επιπλέον θα έχουν την δυνατότητα ενημέρωσης για τα προγράμματα τους μέσω διαφημιστικών φυλλαδίων, ιντερνέτ, εκδηλώσεων, ομιλιών κλπ με αποτέλεσμα την αύξηση των ωφελούμενων.
- Να αυξηθεί η φορολογία στα αλκοολούχα ποτά.

- Να υπάρξει αυστηρότητα της τήρησης του νόμου ν 3904/2010 όπου απαγορεύει την είσοδο, παραμονή και κατανάλωση αλκοόλ σε άτομα κάτω των 17 ετών που δεν συνοδεύονται από γονείς ή κηδεμόνες. Σε περιπτώσεις μη τήρησης του νόμου να υπάρχουν ποινικές και διοικητικές κυρώσεις καθώς και επιβολή προστίμου.
- Τακτικοί έλεγχοι σε κέντρα διασκεδάσεως και έλεγχοι.
- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση από τους τοπικούς φορείς και την πολιτεία για τους κινδύνους που εγκυμονεί η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Επισήμανση και ιδιαίτερη έμφαση στα ατυχήματα και τους κινδύνους που προκαλούνται από την οδήγηση υπο την επήρεια μέθης .
- Περισσότερες διαφημιστικές καμπάνιες με την χρήση παραδειγμάτων για τις καταστροφικές συνέπειες της κατάχρησης αλκοόλ.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική βιβλιογραφία

- & Αγγέλου, Μ. (2001) *Η σχέση ανάμεσα στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός νέου και την χρήση ουσιών*. Τετράδια Ψυχιατρικής. 76: 51-55 10.
- & Αλυσσανδράκης, Κ. (2002) *Άνθρωπος και Αλκοόλ. Ηράκλειο: Έκδοση Σύλλογος απεξάρτησης από το αλκοόλ «Επιστροφή» 11*. Καραταπάνης, Σ.
- & Γεώργιος Ν. Παπαδημητρίου, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών-Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Μέλος της Επιστημονικής Επιτροπής του Σ.Ο.Ψ.Υ. *Γενετικοί παράγοντες και ψυχικές διαταραχές, Παίζουν ρόλο γενετικοί παράγοντες στην αιτιοπαθογένεια των ψυχικών διαταραχών; Το ερώτημα αυτό απασχόλησε από παλιά την ιατρική σκέψη*. Δημοσίευση: 8 Οκτωβρίου 2007.
- & Δανδρανός, Wilmshurst L. «*Εξελικτική Ψυχοπαθολογία*» Εκδόσεις 'Gutnberg-Γιώργος & Κώστας' 2011.
- & Κοκκέβη, (1988) *Η πρόληψη της τοξικομανίας, μύθος ή πραγματικότητα. Ψυχολογικά θέματα*. 4(1): 55-68.
- & Μούζας, Ι. & Συνεργάτες, (2003) *Αλκοόλ και Σχετιζόμενα με αυτό Προβλήματα. Μια διεπιστημονική Προσέγγιση*. Ηράκλειο: Έκδοση Σύλλογος απεξάρτησης από το αλκοόλ «Επιστροφή».
- & Νταντούτη, (2009) *Θεραπεία με ναλτρεξόνη: Παρουσίαση του προγράμματος απεξάρτησης αλκοολικών βραχείας διάρκειας του Ψ.Ν.Α.. Εγκέφαλος*. 46(2):92-99.
- & Ντουράκης, Σ.Π. (2010) *Σύγχρονες απόψεις στη διάγνωση και τη θεραπεία της αλκοολικής ηπατίτιδας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 27(5): 767-775.
- & Παγκόσμιας Συνέλευσης για την Υγεία, το 1983, Ψήφισμα 32.40.
- & Παιδαγωγικό Ινστιτούτο στο πλαίσιο υλοποίησης της Πράξης «*ΝΕΟ ΣΧΟΛΕΙΟ*» (Σχολείο 21ου αιώνα).
- & Παπαστεργίου, Β. (2012) *Αλκοολική Ηπατοπάθεια. Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος – ΕΕΜΗ*.
- & Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, Α. (2005) *Κοινωνική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- & Περιοδικό Εγκέφαλος, *Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, Έκδοση Συλλόγου Εγκέφαλος 2009 46(2) :72-78.

- & Περιοδικό ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, *Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία*, Τεύχος 1, Τόμος 21, Μάρτιος 2010).
- & Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- & Τσαρούχας, Κ. (2000 ) *Αλκοόλ ένα σκληρό Ναρκωτικό*. Αθήνα: Εκδόσεις Αγκυρα
- & Τούντας, Οδυσσέας 2000, «*Κοινωνία και υγεία*» .
- & Φιδάνη. Λ, Κυπρίνος, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ,13 (1), 2002 , «*Η Προσέγγιση της μοριακής γενετικής στην ψυχιατρική*».
- & Ψυχιατρική, *βασικό εγχειρίδιο με κλινικό προσανατολισμό για απαρτισμένα εκπαιδευτικά προγράμματα με ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης, επιστημονικές εκδόσεις- Παρισσιανού.Α.Ε.* Αθήνα 2002.

#### **Ξένη βιβλιογραφία**

- & American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
- & Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB et al. *AUDIT—the Alcohol Use Disorder Identification Test: guidelines for use in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2001
- & Brady KT, Verduin ML, Tolliver BK. *Treatment of patient’s comorbid for addiction and other psychiatric disorders*. *Curr Psychiatry Rep* 2007, 9:374–380
- & Conigrave KM, Saunders JB, Reznik RB. *Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm*. *Addiction* 1995, 90:1479–1485
- & C. E. Sartor, A. Agrawal, M. T. Lynskey, K. Bucholz, A. C. Heath. 2007 *Genetic and environmental influences on the rate of progression to alcohol dependence in young women*. From Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri
- & Conigrave KM, Saunders JB, Reznik RB. *Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm*. *Addiction* 1995, 90:1479–1485
- & Dawson DA. *Alcohol consumption, alcohol dependence, and all-cause mortality. Epidemiology and prevention*. *Alcohol Clin Exp Res* 2000, 24:72–81
- & Dervaux A, Bayle FJ, Laqueille X et al. *Validity of the CAGE questionnaire in schizophrenic patients with alcohol abuse and dependence*. *Schizophrenia Res* 2006, 81:151–155

- & *Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. Drug and Alcohol Review*, 24:369-385 Copello A.G., Velleman R.D. & Templeton L.J. 2005
- & Foster J, Heather N. *Brief interventions for alcohol problems in hospital settings. Nurs Times* 2005, 101:38–41
- & Garnick DW, Horgan CM, Chalk M. *Performance measures for alcohol and other drug services. Alcohol Res Hlth* 2006, 29:19–26
- & Gache P, Michaud P, Laundry U et al. *The Alcohol Use Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a french version. Alcohol Clin Exp Res* 2005, 29:2001–2007
- & Grant BF, Hanson DS, Stinson FS et al. *Prevalence, correlates and disability of personality disorder in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry* 2004, 65:948–58
- & Griffiths, Anthony J. F.; Miller, Jeffrey H.; Suzuki, David T.; Lewontin, Richard C.; Gelbart, eds. «*Quantifying heritability*». *An Introduction to Genetic Analysis* (7th ed.). New York: W. ,2002
- & Geneva, Switzerland: *World Health Organization*, 2004
- & Kessler RC, Crum RM, Warner LA et al. *Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry* 1997, 54:313–321
- & Leland H. Hartwell, Leroy Hood, Michael L. Goldberg, Ann E. Reynolds, Lee M. Silver *Γενετική, Εκδόσεις Utopia*, 2014
- & Moussas GI, Dialina M, Karkanias et al. *Comorbidity of alcoholism in outpatients with psychiatric disorders in the emergency psychiatric department. Encephalos* 2009, 46:147–151
- & Monras M, Mondon S, Ortega L et al. *Alcoholism in the general hospital: 4 years mortality and hospitalization. Med Clin (Barc)* 2005, 125:441–447
- & Mueller SE, Degen B, Petitjean S et al. *Gender differences in interpersonal problems of alcohol – depended patients and healthy controls. Int J Environ Res Public Hlth* 2009, 6:3010– 3022
- & Preuss U.W., Schuckit M.A., Smith T.L., Barnow S., Danko G.P. “ *Mood and anxiety symptoms among 140 children from alcoholic and control families. Drug and Alcohol Dependence*” 67:235-242,2002

- & Ryder N, Cullen W, Barry J et al. *Prevalence of problem alcohol use among patients attending primary care for methadone treatment.* BMC Fam Pract 2009, 11:10–42
- & Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II.* Addiction 1993, 88:791–804
- & Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II.* Addiction 1993,
- & Schuckit. Ch. 98. Davis et al., *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress.* 2002
- & Vungkhanching M., Sher K.J., Jackson K.M., Parra G.R. «*Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood.* *Drug and Alcohol Dependence* 75:47-53,2004
- & World Health Organization. *The World Health Report.* Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003
- & World Health Organization. *Global status report on alcohol 2004*
- & Washington University School of Medicine. “*The biology behind alcohol-induced blackouts.*” *ScienceDaily*, 10 Jul. 2011. Web. 12 Aug. 2011
- & World Health Organization. *Global status report on alcohol 2004*

### **Ηλεκτρονική βιβλιογραφία**

- & <http://www.bestrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/alcoholism/whatisalcoholism>
- & [www.teiath.gr/resault/social\\_service/prolipsi\\_2.htm](http://www.teiath.gr/resault/social_service/prolipsi_2.htm)
- & <https://katataxi.army.gr/el/content/astheneies-kai-alkool>
- & <http://www.bestrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/alcoholism/whatisalcoholism/>
- & [http://www.encephalos.gr/current\\_en.html](http://www.encephalos.gr/current_en.html)
- & [https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjADahUKEwiHsO64ZTHAhVMPPhQKHc4qBJQ&url=http%3A%2F%2Fwww.oikoik.org%2Foiakiokionomia-agogi-ygeias%2Ffanptyksi-asfaloyis-kai-ygioyis-zois%2Fchrisi-kai-katachrisioysion%2Feyropaiko-programma-ereynon-ston-mathitiko-plithysmo-schetika-me-to-alkool-kai-ta-allanarkotika%2Fat\\_download%2Ffile&ei=65TDVceOM8z8UM7VkKAJ&usg=AFQjC](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjADahUKEwiHsO64ZTHAhVMPPhQKHc4qBJQ&url=http%3A%2F%2Fwww.oikoik.org%2Foiakiokionomia-agogi-ygeias%2Ffanptyksi-asfaloyis-kai-ygioyis-zois%2Fchrisi-kai-katachrisioysion%2Feyropaiko-programma-ereynon-ston-mathitiko-plithysmo-schetika-me-to-alkool-kai-ta-allanarkotika%2Fat_download%2Ffile&ei=65TDVceOM8z8UM7VkKAJ&usg=AFQjC)



NFDdv35\_5W0tTi2iyrhI0C20L3ILQ&sig2=EFdiKeDuy9TN\_a8zNjYbrg&bvm=bv.99556055,d.d24

- & [www.ask.org.cy/index.php/en/file/15tYyDUYmaOhGYAsl9Rd6A==/](http://www.ask.org.cy/index.php/en/file/15tYyDUYmaOhGYAsl9Rd6A==/)
- & [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_sum\\_el\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_el_en.pdf)
- & <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.85.7.982>
- & <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdfplus/10.2105/AJPH.93.11.1929>
- & [https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAAahUKEwiD1LPS\\_JTHAhULuxQKHSaaCsk&url=http%3A%2F%2Fwww.okana.gr%2Fpsifiakibibliothiki%2Fdoc\\_download%2F36-----gr&ei=RpjDVYOZK4v2Uqa0qsgM&usg=AFQjCNFUU2VzX43W530EtPTp1YdYXsLNQw&sig2=75nLoqUaqL3B1J1qFRH30w&bvm=bv.99556055,d.d24](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAAahUKEwiD1LPS_JTHAhULuxQKHSaaCsk&url=http%3A%2F%2Fwww.okana.gr%2Fpsifiakibibliothiki%2Fdoc_download%2F36-----gr&ei=RpjDVYOZK4v2Uqa0qsgM&usg=AFQjCNFUU2VzX43W530EtPTp1YdYXsLNQw&sig2=75nLoqUaqL3B1J1qFRH30w&bvm=bv.99556055,d.d24)
- & <http://cor.europa.eu/el/takepart/eer/Pages/eer.aspx>
- & <http://www.europarl.europa.eu/news/el/newsroom/content/20150604IPR62878/html/%CE%97%CE%A1%CF%89%CF%83%CE%AF%CE%B1%CE%B4%CE%B5%CE%BD%CE%BC%CF%80%CE%BF%CF%81%CE%B5%CE%AF%CF%80%CE%BB%CE%AD%CE%BF%CE%BD%CE%BD%CE%B1%CE%B8%CE%B5%CF%89%CF%81%CE%B5%CE%AF%CF%84%CE%B1%CE%B9%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%AF%CF%81%CE%BF%CF%82-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%95%CE%95>
- & [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com\\_2012\\_736\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_el.pdf)
- & [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/128065/e94533.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf), accessed 16 June 2011
- & [http://euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/95882/Parma\\_EH\\_Conf\\_edoc06rev1.pdf](http://euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/95882/Parma_EH_Conf_edoc06rev1.pdf), accessed 16 June 2011
- & [http://europa.eu/rapid/press-release\\_P-94-38\\_el.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_P-94-38_el.htm)
- & <http://www.kethea.gr/elgr/%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1/%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B6%CE%AE%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%85%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD.aspx>
- & [file:///C:/Users/user/Desktop/CY\\_Ethniki%20Stratigiki%202013-2020.pdf](file:///C:/Users/user/Desktop/CY_Ethniki%20Stratigiki%202013-2020.pdf)
- & <https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAAahUKEwirvp78gpXHAhVIuRQKHWIkAPI&url=http%3A%2F%2F>

[www.emcdda.europa.eu/2Fattachements.cfm%2Fatt\\_229786\\_EN\\_CY\\_Ethniki%2520Stratigiki%25202013-](http://www.emcdda.europa.eu/2Fattachements.cfm%2Fatt_229786_EN_CY_Ethniki%2520Stratigiki%25202013-2020.pdf&ei=6Z7DVeuLA8jyUuLIgJAP&usg=AFQjCNE5g2J3iSisdBzPzyZjAYUxCG1xFA&sig2=RaQzIn920hWEevtBDK6gdQ&bvm=bv.99556055,d.d24)

[2020.pdf&ei=6Z7DVeuLA8jyUuLIgJAP&usg=AFQjCNE5g2J3iSisdBzPzyZjAYUxCG1xFA&sig2=RaQzIn920hWEevtBDK6gdQ&bvm=bv.99556055,d.d24](http://www.emcdda.europa.eu/2Fattachements.cfm%2Fatt_229786_EN_CY_Ethniki%2520Stratigiki%25202013-2020.pdf&ei=6Z7DVeuLA8jyUuLIgJAP&usg=AFQjCNE5g2J3iSisdBzPzyZjAYUxCG1xFA&sig2=RaQzIn920hWEevtBDK6gdQ&bvm=bv.99556055,d.d24)

& [file:///C:/Users/user/Desktop/CY\\_Ethniki%20Stratigiki%202013-2020.pdf](file:///C:/Users/user/Desktop/CY_Ethniki%20Stratigiki%202013-2020.pdf)

& Dervaux A, Bayle FJ, Laqueille X et al., 2006

& Garnick DW, Horgan CM, Chalk M., 1997

Παράρτημα Α:

Οι δώδεκα (12) παραδόσεις είναι:

1. Η κοινή καλύτερευση πρέπει να βρίσκεται στην πρώτη θέση. Η θεραπεία του ενός οφείλεται στην ενότητα των Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α).
2. Για το σκοπό της ομάδας υπάρχει μόνο μια ανώτερη δύναμη «ένας αγαπητός θεός» με οποιονδήποτε τρόπο και αν αναγνωρίζεται στις συνειδήσεις των μελών. Οι άνθρωποι της εμπιστοσύνης είναι μόνο οι υπηρέτες Του και δεν κατέχουν δύναμη.
3. Η μοναδική προϋπόθεση για την συμμετοχή στην ομάδα των Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α) είναι η επιθυμία αποχής από το αλκοόλ.
4. Κάθε ομάδα είναι αυτοδύναμη εκτός θεμάτων που αφορούν τους Ανώνυμους Αλκοολικούς (Α.Α) σαν σύνολο.
5. Το μεγαλύτερο καθήκον είναι να μεταφέρουν το μήνυμα των Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α) στους συνανθρώπους που μπορεί να υποφέρουν.
6. Μια ομάδα Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α) δεν πρέπει ποτέ να βοηθήσει κάποια άλλη εταιρία ή να δανείσει το όνομα της σε αυτή ώστε να μην μπορούν να διαβρώσουν τους σκοπούς της ομάδας.
7. Κάθε ομάδα Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α) πρέπει να μπορεί να διατηρηθεί από μόνη της χωρίς εξωτερική βοήθεια.
8. Η απασχόληση στην ομάδα είναι τιμητική. Υπαλλήλους μπορούν να διατηρούν μόνο οι κεντρικές υπηρεσίες.
9. Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α) δεν πρέπει να οργανώνονται επιτρέπεται όμως να οργανώνονται ομάδες πρωτοβουλίας ή επιτροπές που είναι υπόλογος απέναντι σε αυτούς για την εξυπηρέτηση των οποίων σχηματίστηκαν.

10. Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α) δεν παίρνουν ποτέ θέση σε οποιεσδήποτε διαφορές ή διαφωνίες έξω από την ομάδα τους και γι' αυτό δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ποτέ το όνομα των Α.Α.

11. Η σχέση με τον κοινωνικό περίγυρο συνίσταται κυρίως στην ελκυστικότητα της ομάδας και όχι στην διαφήμιση της γι' αυτό και διατηρεί την ανωνυμία της απέναντι στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

12. Η ανωνυμία των Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α) είναι η ψυχική προϋπόθεση όλων των άλλων παραδόσεων τους. Τους θυμίζει διαρκώς ότι οι αρχές θα πρέπει να είναι υπεράνω προσωπικών φιλοδοξιών (Παπαγεωργίου, 1986).

Σύμφωνα με τους Lowinson, Ruiz, Milman και τον Langrod, τα δώδεκα (12) βήματα των Ανώνυμων Αλκοολικών είναι τα εξής:

1. Να παραδεχτούν τα μέλη ότι είναι απόλυτα αδύναμοι απέναντι στο οινόπνευμα και έτσι δεν μπορούν να καθορίσουν την ζωή τους όπως αυτοί θέλουν.

2. Να αποκτήσουν την πίστη ότι μια δύναμη μεγαλύτερη από τους ίδιους να τους δώσει πίσω την ψυχική τους υγεία.

3. Να αποφασίσουν να εμπιστευτούν την θέληση τους και την ζωή τους στο θεό όπως εκείνη των καταλαβαίνουν.

4. Να κάνουν μια εμπειριστατωμένη και ελεύθερη από φόβο καταμέτρηση του εσωτερικού τους κόσμου.

5. Να παραδεχτούν τα λάθη τους ειλικρινά, απέναντι στο Θεό τους, τον εαυτό τους και ένα άλλο πρόσωπο.

6. Είναι πρόθυμοι να αφήσουν το Θεό να διορθώσει όλα τα λάθη του χαρακτήρα τους.

7. Να παρακαλέσουν τον Θεό με ταπεινότητα να πάρει από αυτούς όλες τους τις ατέλειες.

8. Να φτιάξουν ένα κατάλογο όλων των προσώπων που έχουν βλάψει στη ζωή τους και να δηλώσουν την επιθυμία να επανορθώσουν.

9. Να επανορθώσουν απέναντι σε όλα αυτά τα πρόσωπα εκτός και αν με αυτό τον τρόπο μπορεί να τραυματίσουν ή να ενοχλήσουν άλλους συνανθρώπους.

10. Να συνεχίσουν την καταμέτρηση του εαυτού τους και όπου έχουν άδικο να είναι πρόθυμοι να το παραδεχτούν αμέσως.

11. Να προσπαθήσουν να καλυτερεύσουν την θέση τους με το θεό μέσα από την προσευχή και την αυτογνωσία.

12. Αφού βιώσουν μια πνευματική αναγέννηση με την πραγματοποίηση όλων αυτών των βημάτων να προσπαθήσουν να μεταδώσουν το μήνυμά τους σε άλλους αλκοολικούς και να καθορίσουν την ζωή τους σύμφωνα με αυτές τις προϋποθέσεις.

Παράρτημα Β:

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

*«Τα χαρακτηριστικά των μελών των κλαμπ οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ (μέθοδος “Hudolin”). Μια συγκριτική μελέτη ένα χρόνο πριν την ένταξη στο θεραπευτικό πλαίσιο και κατά την διάρκεια της θεραπείας»*

### **Εισαγωγή**

Στα πλαίσια της φοίτησής μας στο Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πατρών και προκειμένου να ολοκληρωθεί ο κύκλος σπουδών μας, είναι απαραίτητη η δημιουργία διπλωματικής εργασίας. Η ομάδα μας ασχολήθηκε με το κομμάτι της εξάρτησης από το αλκοόλ και την θεραπεία του Vladimir Hudolin ως μέσω αντιμετώπισης του. Βασική προϋπόθεση της διπλωματικής μας εργασίας είναι το ερευνητικό μέρος το οποίο θα μπορέσουμε να ολοκληρώσουμε με την δική σας συμβολή και συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο.

Σκοπός της έρευνας μας και του ερωτηματολόγιου, είναι ότι θα θέλαμε να μελετήσουμε και να συγκρίνουμε τον τρόπο διαβίωσης και καθημερινότητας σας ένα χρόνο πριν την ένταξή σας στο θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης “Hudolin”, και εφόσον έχετε ολοκληρώσει το διάστημα των τριών μηνών στις ομάδες, μέχρι και σήμερα. Οι απαντήσεις που θα δώσετε θα αναλυθούν και προσαρμοστούν στην διπλωματική μας εργασία. Είναι σημαντικό να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις, με προσοχή και ειλικρίνεια! Το

ερωτηματολόγιο είναι και θα παραμείνει ανώνυμο τηρώντας την δεοντολογία και την εμπιστευτικότητα που αρμόζει στο χώρο μας.

«Τα χαρακτηριστικά των μελών των ομάδων της προσέγγισης “Hudolin”. Μια συγκριτική μελέτη ένα χρόνο πριν την ένταξη στο θεραπευτικό πλαίσιο και κατά την διάρκεια της θεραπείας»

Οι ερωτήσεις όπου καλείστε να απαντήσετε στο παρόν ερωτηματολόγιο βασίζονται σε δυο διαφορετικές χρονικές περιόδους. Το πρώτο μέρος σχετίζεται με την καθημερινότητά σας ένα (1) χρόνο πριν από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο και το δεύτερο μέρος σχετίζεται με την καθημερινότητά σας τρεις (3) μήνες από την ένταξη σας στις ομάδες μέχρι σήμερα.

Προσοχή, οι ερωτήσεις να απαντηθούν εφόσον είστε στις ομάδες πάνω από τρεις (3) μήνες

### **Μέρος Πρώτο**

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορά το χρονικό διάστημα πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο “Hudolin”.

1. Φύλο:

Άρρεν

Θήλυ

2. Ηλικία

18-25

26-35

36-45

46-55

55 και άνω

### 3.Μορφωτικό επίπεδο

- Αναλφάβητος
- Απόφοιτος Δημοτικού
- Απόφοιτος Γυμνασίου
- Απόφοιτος Λυκείου
- Απόφοιτος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ
- Μεταπτυχιακό επίπεδο
- Διδακτορικό επίπεδο

### 4.Οικογενειακή κατάσταση:

- Έγγαμος-η
- Άγαμος-η
- Διαζευγμένος-η
- Χήρος-α
- Σε διάσταση

### 5.Έχετε παιδιά?

- Ναι
- Όχι

5β. Εάν ναι πόσα παιδιά έχετε?

- 1
- 2-3

4-5

6 και άνω

6. Πού μένατε στο διάστημα πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο?

Με την οικογένεια μου

Με φιλοξενούσαν

Άστεγος

Άλλο

7.Επαγγελματική κατάσταση

Ιδιωτικός Υπάλληλος

Δημόσιος Υπάλληλος

Επιχειρηματίας/ Ελεύθερος Επαγγελματίας

Αγρότης-ισα

Άνεργος

Επίδομα ανεργίας από τον ΟΑΕΔ

8. Τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο σε τι βαθμό θα λέγατε ότι πίνατε?

Λιγότερο συχνά

Συχνά

Πολύ συχνά

Πάρα πολύ συχνά

9. Εκτός της χρήσης του αλκοόλ υπήρχε και κάτι από τα παρακάτω στα οποία να ήσασταν εξαρτημένος-η τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο?

Ναρκωτικά – Ψυχοτρόπες ουσίες

Τζόγος

Ηρεμιστικά Φάρμακα

Άλλο

Τίποτα από τα παραπάνω

10. Σε ποιο βαθμό ο τρόπος ζωής σας και η καθημερινότητα σας είχε αλλάξει τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο;

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

11. Τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο, είχατε προβλήματα που να συνδέονται με το αλκοόλ;

Ναι

Όχι

11β. Εάν ναι τι φύσεως?

Κοινωνικά προβλήματα



- Ψυχολογικά - Διάθεση
- Οικονομικά
- Ιατρικά
- Εργασιακά
- Άλλ

12. Σας έχει δημιουργήσει το ποτό προβλήματα στην οικογένεια τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο;

- Ναι
- Όχι

12β. Αν ναι με ποιο από τα παρακάτω μέλη είχατε το μεγαλύτερο πρόβλημα?

- Μητέρα
- Πατέρας
- Σύζυγος
- Υιός
- Κόρη
- Άλλο

13. Το χρονικό διάστημα πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο υπήρξε ποτέ παρακολούθηση από κάποιον άλλο ειδικό ψυχολόγο-ψυχίατρο-κοινωνικό λειτουργό-ιατρό?

- Ναι
- Όχι

13β. Αν ναι για πόσο χρονικό διάστημα?

- Λιγότερο από 3 μήνες

- 4 έως 7 μήνες
- 8 έως 11 μήνες
- 12 έως 15 μήνες
- Περισσότερο απο15 μήνες

14. Έχετε βρεθεί παλαιότερα σε κάποιο άλλο θεραπευτικό πλαίσιο πριν την ένταξή σας σε αυτό?

- Ναι
- Όχι

14β. Αν ναι σε πιο από τα παρακάτω?

- ΚΕΘΕΑ
- Πρόγραμμα «18 ΑΝΩ»
- Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών - ΟΚΑΝΑ
- Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ»
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
- Περιφερειακό Νοσοκομείο Πατρών
- Περιφερειακό Νοσοκομείο Ηρακλείου
- Ανώνυμοι Αλκοολικοί
- Άλλο θεραπευτικό πλαίσιο

15. Πως μάθατε για την θεραπευτική προσέγγιση του “Hudolin” και βρίσκεστε σήμερα εδώ?

- Από την οικογένεια μου
- Από τους φίλους μου

- Στο ίντερνετ
- Διαφημιστικά φυλλάδια
- Παραπομπή από άλλο επαγγελματία (κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο κλπ.)
- Από άλλο μέλος των ομάδων
- Άλλο

16.Πόσο καιρό είστε ενταγμένος και παρακολουθείτε τις ομάδες?

- Λιγότερο από 3 μήνες
- 4 έως 7 μήνες
- 8 έως 11 μήνες
- 12 έως 15 μήνες
- Περισσότερο από 15 μήνες

### **Μέρος Δεύτερο**

Το 2ο μέρος του ερωτηματολογίου αφορά το χρονικό διάστημα από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο μέχρι σήμερα. Προσοχή, οι ερωτήσεις να απαντηθούν εφόσον είστε στις ομάδες πάνω από τρεις (3) μήνες.



		Sum of Squar es	df	MeanSquar e	F	Sig.
Ηλικία	BetweenGroups	2,104	1	2,104	1,881	,189
	WithinGroups	17,896	16	1,119		
	Total	20,000	17			
Μορφωτικό επίπεδο	BetweenGroups	2,512	1	2,512	1,350	,262
	WithinGroups	29,766	16	1,860		
	Total	32,278	17			
Οικογενειακή κατάσταση:	BetweenGroups	3,740	1	3,740	3,277	,089
	WithinGroups	18,260	16	1,141		
	Total	22,000	17			
Έχετε παιδιά?	BetweenGroups	,058	1	,058	,211	,653
	WithinGroups	4,442	16	,278		
	Total	4,500	17			
Εάν ναι πόσα παιδιά έχετε?	BetweenGroups	,056	1	,056	,071	,798
	WithinGroups	5,500	7	,786		
	Total	5,556	8			
Πού μένατε στο διάστημα πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο?	BetweenGroups	,371	1	,371	,686	,420
	WithinGroups	8,100	15	,540		
	Total	8,471	16			
Επαγγελματική κατάσταση	BetweenGroups	1,662	1	1,662	,877	,363
	WithinGroups	30,338	16	1,896		
	Total	32,000	17			
Τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο σε τι βαθμό θα λέγατε ότι πίνατε?	BetweenGroups	13,740	1	13,740	13,521	,002
	WithinGroups	16,260	16	1,016		
	Total	30,000	17			
Εκτός της χρήσης του αλκοόλ υπήρχε και κάτι από τα παρακάτω στα οποία να ήσασταν εξαρτημένος-η τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο?	BetweenGroups	2,018	1	2,018	2,501	,135
	WithinGroups	12,100	15	,807		
	Total	14,118	16			
Σε ποιο βαθμό ο τρόπος ζωής σας και	BetweenGroups	5,284	1	5,284	1,941	,184
	WithinGroups	40,833	15	2,722		

η καθημερινότητα σας είχε αλλάξει τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο;	Total	46,118	16			
Τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο, είχατε προβλήματα που να συνδέονται με το αλκοόλ;	BetweenGroups	,001	1	,001	,003	,956
	WithinGroups	3,610	16	,226		
	Total	3,611	17			
Εάν ναι τι φύσεως?	BetweenGroups	2,133	1	2,133	1,576	,231
	WithinGroups	17,600	13	1,354		
	Total	19,733	14			
Σας έχει δημιουργήσει το ποτό προβλήματα στην οικογένεια τον τελευταίο χρόνο πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο;	BetweenGroups	,006	1	,006	,042	,841
	WithinGroups	2,494	16	,156		
	Total	2,500	17			
Αν ναι με ποιο από τα παρακάτω μέλη είχατε το μεγαλύτερο πρόβλημα?	BetweenGroups	,178	1	,178	,281	,605
	WithinGroups	8,222	13	,632		
	Total	8,400	14			
Το χρονικό διάστημα πριν την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο υπήρξε ποτέ παρακολούθηση από κάποιον άλλο ειδικό ψυχολόγο-ψυχίατρο-κοινωνικό λειτουργό-ιατρό?	BetweenGroups	,058	1	,058	,211	,653
	WithinGroups	4,442	16	,278		
	Total	4,500	17			
Αν ναι για πόσο χρονικό διάστημα?	BetweenGroups	3,600	1	3,600	1,440	,264
	WithinGroups	20,000	8	2,500		
	Total	23,600	9			
Έχετε βρεθεί παλαιότερα σε	BetweenGroups	,104	1	,104	,380	,547
	WithinGroups	3,833	14	,274		

κάποιο άλλο θεραπευτικό πλαίσιο πριν την ένταξή σας σε αυτό?	Total	3,938	15			
Αν ναι σε πιο από τα παρακάτω?	BetweenGroups	16,667	1	16,667	8,824	,025
	WithinGroups	11,333	6	1,889		
	Total	28,000	7			
Πως μάθατε για την θεραπευτική προσέγγιση του "Hudolin" και βρίσκεστε σήμερα εδώ?	BetweenGroups	2,361	1	2,361	,613	,446
	WithinGroups	57,757	15	3,850		
	Total	60,118	16			
Πόσο καιρό είστε ενταγμένος και παρακολουθείτε τις ομάδες?	BetweenGroups	3,550	1	3,550	1,557	,231
	WithinGroups	34,214	15	2,281		
	Total	37,765	16			
Πού μένετε το παρόν διάστημα και απο την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης "Hudolin" ?	BetweenGroups	,900	1	,900	,459	,510
	WithinGroups	25,500	13	1,962		
	Total	26,400	14			
Από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης "Hudolin" μέχρι και σήμερα σε τι βαθμό θα λέγατε ότι πίνετε?	BetweenGroups	,649	1	,649	,599	,450
	WithinGroups	17,351	16	1,084		
	Total	18,000	17			
Υπάρχει κάτι άλλο στο οποίο να είσαστε εξαρτημένος-ή τον παρόν διάστημα?	BetweenGroups	1,345	1	1,345	1,471	,244
	WithinGroups	13,714	15	,914		
	Total	15,059	16			
Σε ποιο βαθμό ο τρόπος ζωής σας και η καθημερινότητα σας έχει αλλάξει από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο μέχρι και σήμερα;	BetweenGroups	,089	1	,089	,064	,804
	WithinGroups	20,970	15	1,398		
	Total	21,059	16			
Από την ένταξη σας	BetweenGroups	,008	1	,008	,028	,868

στο θεραπευτικό πλαίσιο μέχρι και σήμερα είχατε προβλήματα που να συνδέονται με το αλκοόλ?	WithinGroups	4,227	15	,282		
	Total	4,235	16			
Εάν ναι τι φύσεως?	BetweenGroups	1,500	1	1,500	,750	,420
	WithinGroups	12,000	6	2,000		
	Total	13,500	7			
Σας έχει δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα στην οικογένεια εξαιτίας του αλκοόλ από την στιγμή όπου ενταχθήκατε στην ομάδα μέχρι σήμερα?	BetweenGroups	,056	1	,056	,231	,639
	WithinGroups	3,382	14	,242		
	Total	3,438	15			
Αν ναι με ποιο από τα παρακάτω μέλη έχετε το μεγαλύτερο πρόβλημα?	BetweenGroups	4,800	1	4,800	3,130	,127
	WithinGroups	9,200	6	1,533		
	Total	14,000	7			
Από την ένταξη σας στο θεραπευτικό πλαίσιο μέχρι και σήμερα υπάρχει και κάποια επιπλέον παρακολούθηση από κάποιον άλλο ειδικό ψυχολόγο-ψυχίατρο- κοινωνικό λειτουργό- ιατρό πέραν των ομάδων που κάνετε?	BetweenGroups	,073	1	,073	,259	,619
	WithinGroups	3,927	14	,281		
	Total	4,000	15			
Αν ναι πόσο καιρό έχετε που ξεκινήστε συνεδρίες?	BetweenGroups	,198	1	,198	,072	,797
	WithinGroups	19,357	7	2,765		
	Total	19,556	8			
Ποια μέλη της οικογένειάς σας παρακολουθούν τις ομάδες? (Μπορείτε να συμπληρώσετε όσα από α παρακάτω ισχύουν)	BetweenGroups	,057	1	,057	,030	,865
	WithinGroups	22,800	12	1,900		
	Total	22,857	13			
Πόσο συχνά	BetweenGroups	,159	1	,159	,199	,663



παρακολουθείτε τις ομάδες και είστε τυπικοί στις συναντήσεις σας?	WithinGroups	9,556	12	,796		
	Total	9,714	13			
Θα προτείνατε το θεραπευτικό πλαίσιο της προσέγγισης “Hudolin” σε άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα με το αλκοόλ?	BetweenGroups	,023	1	,023	,282	,606
	WithinGroups	,900	11	,082		
	Total	,923	12			