

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

«ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ  
ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ;»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΟΤΣΟΓΛΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΠΑΡΑΣΥΡΗ ΑΝΤΙΓΟΝΗ

ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗ ΦΙΛΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΡ.ΜΟΥΔΑΤΣΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2021

## Περιεχόμενα

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	4
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΑΛΚΟΟΛ</b> .....	6
<b>1.1. Αιτίες χρήσης αλκοόλ</b> .....	6
<b>1.1.1. Κοινωνικοί Παράγοντες</b> .....	7
<b>1.1.2. Ψυχολογικοί παράγοντες</b> .....	9
<b>1.1.3. Φυσικά αίτια</b> .....	10
<b>1.1.4. Ηθικά αίτια</b> .....	11
<b>1.2. Φάσεις και τύποι αλκοολισμού</b> .....	14
<b>1.3. Συνέπειες χρήσης του αλκοόλ</b> .....	16
<b>1.3.1. Σε επίπεδο ατόμου</b> .....	16
<b>1.3.2. Στο κοινωνικό σύνολο</b> .....	18
<b>1.3.3. Στο οικογενειακό περιβάλλον</b> .....	20
<b>1.4. Οικογένεια και αλκοόλ</b> .....	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ</b> .....	23
<b>2.1. Διεθνής κοινωνική πολιτική για τη χρήση αλκοόλ</b> .....	23
<b>2.2. Ελληνική κοινωνική πολιτική για τη χρήση αλκοόλ</b> .....	24
<b>2.3. Υπάρχουσες υπηρεσίες για τη πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση του αλκοόλ.</b> 27	
<b>2.4. Κρατικοί φορείς</b> .....	31
<b>2.5. Αλκοόλ και Επαγγελματίες Υγείας</b> .....	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΕΡΕΥΝΑ</b> .....	39
<b>3.1. Σκοπός έρευνας</b> .....	39
<b>3.2. Ερευνητικά ερωτήματα</b> .....	39
<b>3.3. Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας</b> .....	39
<b>3.4. Συμμετέχοντες</b> .....	41
<b>3.5. Ερωτηματολόγια</b> .....	42
<b>3.6. Ανάλυση αποτελεσμάτων</b> .....	42
<b>3.7. Αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας</b> .....	42
<b>3.8. Συζήτηση</b> .....	52
<b>3.9. Συμπεράσματα</b> .....	56
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	58
<b>Ελληνόγλωσση</b> .....	58

<b>Ξένη .....</b>	<b>59</b>
<b>Διαδικτυακές πηγές .....</b>	<b>69</b>
<b>Παράρτημα Συνέντευξη .....</b>	<b>72</b>

## Περίληψη

Το αλκοόλ ασκεί μία πολύπλευρη φαρμακολογική όσο και τοξική δράση στον ανθρώπινο οργανισμό καθώς, επηρεάζει τη λειτουργία πολλών συστημάτων. Οι δράσεις του εξαρτώνται από την πυκνότητα του αλκοόλ στο αίμα και περιλαμβάνουν επιδράσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Πολλοί είναι οι άνθρωποι οι οποίοι παλεύουν με την εξάρτηση τους από το αλκοόλ. Η αποκατάσταση από το αλκοόλ (αποκατάσταση) είναι μια κοινή σύσταση για άτομα που επηρεάζονται από σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται με το ποτό. Χωρίς την κατάλληλη φροντίδα, ο αλκοολισμός και η κατάχρηση αλκοόλ μπορούν να προκαλέσουν εκτεταμένη ζημιά σε κάθε πτυχή της καθημερινότητάς του. Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως στόχο να εντοπίσει και να αναλύσει ποιες είναι οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη χρήση αλκοόλ. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται οι αιτίες χρήσης αλκοόλ καθώς και ποιοι είναι οι παράγοντες που οδηγούν σε αυτό αλλά και οι συνέπειες που ακολουθούν. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται οι κοινωνική πολιτική που ακολουθείται σε σχέση με την χρήση αλκοόλ, τόσο διεθνώς όσο και εντός Ελλαδικού χώρου. Επιπλέον, αναφέρονται οι υπάρχουσες υπηρεσίες για την πρόληψη και την αποκατάσταση των ατόμων που κάνουν χρήση αλκοόλ. Τέλος, στο τρίτο κεφάλαιο είναι η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μορφή συνέντευξης και ακολουθούν τα σχόλια και τα συμπεράσματα που εξήχθησαν.

## Abstract

Alcohol exerts a multifaceted pharmacological and toxic effect on the human body as it affects the functioning of many systems. Its actions depend on the concentration of alcohol in the blood and include effects on the central nervous system. Many people struggle with alcohol addiction. Alcohol recovery (rehabilitation) is a common recommendation for people affected by serious drinking-related problems. Without proper care, alcoholism and alcohol abuse can cause extensive damage to every aspect of one's daily life. This thesis aims to identify and analyze what are the opinions of mental health professionals on the use of alcohol. The first chapter mentions the causes of alcohol use as well as the factors that lead to it and the consequences that follow. The second chapter mentions the social policy followed in relation to the use of alcohol, both internationally and within Greece. In addition, the existing services for the prevention and rehabilitation of people who use alcohol are mentioned. Finally, in the third chapter is the research carried out in the form of an interview, followed by the comments and conclusions drawn.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι περισσότεροι άνθρωποι αρχίζουν να καταναλώνουν αλκοόλ κατά την πρώιμη εφηβεία και περίπου το 50% των εφήβων αρχίζουν να πίνουν κατά την ηλικία των 14 ετών (Veerbeek et al., 2019). Το αλκοόλ είναι μια συνήθεια τόσο παλιά όσο και η καταγεγραμμένη ανθρώπινη ιστορία. Τα πολιτικά καθεστώτα, τα κοινωνικά ήθη, οι επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις, ακόμα και η γεωγραφία έχουν κατά καιρούς καθορίσει τη στάση κάθε συγκεκριμένου πολιτισμού απέναντι στο αλκοόλ (Σεργέδου, 2015).

Η χρήση οινοπνεύματος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για 60 διαφορετικούς τύπους ασθενειών και αναπηριών (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2014). Η προβληματική χρήση οινοπνεύματος μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά άμεσων συνεπειών όπως ακούσια σωματική βλάβη, σωματική επίθεση και σεξουαλική επίθεση (Hingson et al. 2009).

Το αλκοόλ ασκεί μία πολύπλευρη φαρμακολογική όσο και τοξική δράση στον ανθρώπινο οργανισμό καθώς, επηρεάζει τη λειτουργία πολλών συστημάτων. Οι δράσεις του εξαρτώνται από την πυκνότητα του αλκοόλ στο αίμα και περιλαμβάνουν επιδράσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Αυτό έχει ως συνέπεια να προκαλούνται συνακόλουθες διαταραχές, που έχουν ως αποτέλεσμα την εξάρτηση, τον αλκοολισμό, επιδράσεις στο ήπαρ και στο πεπτικό σύστημα, επιδράσεις στο νευρικό σύστημα, επιδράσεις στο καρδιαγγειακό και κυκλοφορικό σύστημα, επιδράσεις στην κύηση (π.χ. αλκοολικό εμβρυικό σύνδρομο), αύξηση στα ατυχήματα και στις εξωτερικές αιτίες κακώσεων και τραυματισμών (Κουτσιαύτη, 2015).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ., 2005) ως επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ έχει οριστεί το επίπεδο ή ο τρόπος κατανάλωσης που είναι πιθανόν να οδηγήσει σε βλάβη εάν οι συνήθειες κατανάλωσης επιμείνουν. Δεν υπάρχει καθορισμένη συμφωνία για το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ. Ο ορισμός του Π.Ο.Υ. (2005) την περιγράφει ως τη μέση ημερήσια κατανάλωση 20-40gr αλκοόλης για τις γυναίκες και 40-60gr για τους άνδρες.

Ως επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ ορίζεται η μορφή κατανάλωσης που σχετίζεται με πρόκληση βλάβης στην υγεία, είτε οργανική (όπως κίρρωση του ήπατος) είτε ψυχική (όπως η δευτερογενής κατάθλιψη που ακολουθεί τη χρήση αλκοόλ). Βασιζόμενος σε επιδημιολογικά στοιχεία που συσχετίζουν την κατανάλωση αλκοόλ με τη βλάβη, ο Π.Ο.Υ. (2005) υιοθέτησε ως ορισμό για την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ τη μέση κατανάλωση άνω των 40gr αλκοόλης ημερησίως στις γυναίκες και άνω των 60gr για τους άνδρες.

Ο αλκοολισμός ως εξάρτηση είναι μια πολύπλοκη παθολογική κατάσταση που έχει επίσης πολυπαραγοντική και πολύπλοκη αιτιολογία. Δεν υπάρχει ένα μοναδικό και σαφώς καθορισμένο κίνητρο που ωθεί το άτομο στο να πίνει. Πολλοί θεωρούν απλοϊκά ότι ένα άτομο πίνει επειδή έχει κατάθλιψη, ή οικονομικά προβλήματα, ή περνάει περίοδο πένθους κλπ. Αν όμως αυτό ήταν έτσι, η άρση της αιτίας (κατάθλιψη, άγχος) θα αρκούσε για να αντιμετωπιστεί το αποτέλεσμα (εξάρτηση από το αλκοόλ). Όμως, κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει. Στην απλουστευτική αυτή θεώρηση είχαν εγκλωβιστεί στο παρελθόν εκπρόσωποι της κλινικής ιατρικής και της ψυχολογίας-κοινωνιολογίας. Είχαν λοιπόν προταθεί μέθοδοι που βασιζόταν στην αρχή: «η εξάρτηση αντιμετωπίζεται με την αντιμετώπιση των αιτιών που την προκαλούν» (Μουζάς, 2005). Στην πραγματικότητα όμως τα γεγονότα αποκλίνουν από την παραπάνω ισχύουσα αρχή. Παρά την αντιμετώπιση π.χ. της κατάθλιψης που θεωρούνταν η αιτία της εξάρτησης του αλκοόλ και παρά την βελτίωση του ψυχικού άλγους, οι ασθενείς δεν μπορούσαν να διακόψουν το ποτό, με όλες βέβαια τις αρνητικές συνέπειες που αυτό είχε μετέπειτα.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΑΛΚΟΟΛ

## 1.1. Αιτίες χρήσης αλκοόλ

Τις τελευταίες δεκαετίες έγινε προφανές ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ έχει πολλαπλές αιτίες και ότι δεν υπάρχει ένας και μόνος παράγων που να προκαλεί την παθολογική κατάσταση. Επιπλέον των διαφόρων και πολλαπλών προδιαθεσικών αιτιολογικών παραγόντων, φάνηκε η σημασία και των λεγόμενων παραγόντων που κάνουν το πρόβλημα να εκδηλωθεί αλλά και των παραγόντων που το κάνουν να χρονίζει και να αναπαράγεται (Μούζας, 2007).

Το αλκοόλ ή αιθανόλη είναι μια οργανική χημική ένωση και παραπροϊόν της μεταβολικής διεργασίας της ζύμωσης του υδρογόνου και μια ομάδας κορεσμένων μονοσθενών αλκοολών (Mc Murry, 2010). Το αλκοόλ αποτελεί ένα είδος νόμιμου ναρκωτικού εφόσον οι χρήστες του μπορούν εύκολα να έχουν πρόσβαση σε αυτό και με τη συστηματική χρήση του να οδηγηθούν στην εξάρτηση. Η παρουσία του είναι ιδιαίτερα αισθητή στην καθημερινότητα του ανθρώπου, καθώς η κατανάλωση αλκοόλ βρίσκεται σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις, ενώ συχνά αποτελεί ένα είδος χαλάρωσης και ηρεμίας. Με τη πάροδο του χρόνου η άμετρη και συνεχής κατανάλωση αλκοόλ δύναται να διαταράξει την ισορροπία των χημικών ουσιών και των νευρικών διόδων του εγκεφάλου. Τα βασικά αυτά στοιχεία σχετίζονται με την εμπειρία της απόλαυσης, της ορθής κρίσης – αντίληψης και της ικανότητας ελέγχου της συμπεριφοράς. Το άτομο εξαπατάται από όλα αυτά τα αρνητικά συναισθήματα και θεωρεί πως θα μειωθούν ή θα εξαλειφτούν με τη χρήση περισσότερων ποσοτήτων αλκοόλ (Armeli et al., 2000 ).

Σημαντικό κρίνεται να αναφερθούν οι αιτίες που μπορούν να ωθήσουν ένα άτομο στην κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ και κατ' επέκταση στον αλκοολισμό. Βιοχημικοί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνιολόγοι και άλλοι ιατροί ειδικοί έχουν κάνει μεγάλη έρευνα για την προέλευση και τις αιτίες του αλκοολισμού (Ruiz et al. 2015). Οι ψυχολογικές θεωρίες τείνουν να υποθέτουν ότι οι αλκοολικοί έχουν κοινά χαρακτηριστικά, στάσεις ή τάσεις που συνιστούν ψυχολογική ευπάθεια ή προδιάθεση για ανάπτυξη αλκοολισμού. Ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς που εκδηλώνεται με συχνή, σταθερή και συνεχόμενη χρήση οινοπνεύματος, σε ποσότητες οι οποίες είναι έξω από το κοινωνικό ή και ιατρικό πλαίσιο. Η χρήση αυτή γίνεται σε βαθμό που επηρεάζει αρνητικά την υγεία του χρήστη και την επαγγελματική, κοινωνική και ευρύτερη λειτουργία του. Τα κοινωνικοπολιτισμικά μοντέλα, βασίζονται στη σχέση μεταξύ των κοινωνικοπολιτισμικών

μεταβλητών και τη συχνότητα χρήσης και κατάχρησης του αλκοόλ. Ωστόσο, οι περισσότεροι σύγχρονοι ερευνητές και κριτές υποστηρίζουν μια πολυπαραγοντική προσέγγιση της αιτιώδους συνάφειας του αλκοολισμού (Rawls et al. 2021; Furnham & Lowick, 1984).

Σύμφωνα με τον Wills και τους συναδέλφους του (Wills & Shiffman, 1985; Wills et al., 1999) τόσο οι ενήλικες όσο και οι έφηβοι χρησιμοποιούν το αλκοόλ για να μειώσουν τυχόν αρνητικά συναισθήματα που έχουν ή να ενισχύουν τα θετικά. Ο ρόλος των συναισθηματικών συνεπειών και η επιθυμία για την ρύθμιση των συναισθηματικών εμπειριών είναι επίσης κεντρικά χαρακτηριστικά στα θεωρητικά μοντέλα που προτείνουν οι (Windle, 2003; Cox & Klinger 1988).

### **1.1.1. Κοινωνικοί Παράγοντες**

Ήθη – έθιμα

Σε πολλές κοινωνίες, η συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, λαμβάνεται υπόψη ως σημαντική για ολόκληρη την κοινωνική τάξη και έτσι το ποτό ορίζεται και περιορίζεται σύμφωνα με τα θεμελιώδη μοτίβα του πολιτισμού. Σε μια πολύπλοκη σύγχρονη κοινωνία, αποτελούμενη από πολλές υποομάδες, τα πρότυπα κατανάλωσης κάθε υποομάδας ή τάξης μπορεί αντικατοπτρίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, καθώς και το πολιτιστικό πλαίσιο ολόκληρης της κοινωνίας (Amato & Previti, 2003; Mandelbaum 1965).

Το αλκοόλ παράγεται και καταναλώνεται στην Ευρώπη εδώ και χιλιάδες χρόνια, συνήθως κατασκευασμένο από οποιοδήποτε υλικό ήταν τοπικά διαθέσιμο. Τα αλκοολούχα ποτά συχνά χρησιμοποιούνταν επίσης ως φάρμακο, μια πρακτική που συνεχίστηκε μέχρι τις αρχές του εικοστού αιώνα και την έλευση της σύγχρονης ιατρικής. Υπήρχαν νόμοι για το αλκοόλ, αλλά συνήθως για λόγους δημόσιας τάξης ή ρύθμισης της αγοράς και όχι για τη δημόσια υγεία. Ωστόσο, η εικόνα αυτή άλλαξε με μία σειρά εξελίξεων στη μεσαιωνική και πρώιμη σύγχρονη Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένης της εκβιομηχάνισης, των βελτιωμένων επικοινωνιακών δεσμών και ανακάλυψη ισχυρότερων, αποσταγμένων ποτών (Anderson & Baumberg, 2006).

Η ιδέα του «αλκοολισμού» ως ασθένεια αναπτύχθηκε επίσης κατά τον δέκατο ένατο αιώνα, με πολλές ευρωπαϊκές χώρες αναπτύσσουν σπίτια ή άσυλα για τη θεραπεία «αλκοολικών». Τα τελευταία χρόνια, το «νέο κίνημα δημόσιας υγείας» έχει γίνει το κυρίαρχο παράδειγμα για συζήτηση προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, επιτρέποντας μια ευρύτερη συζήτηση, παρά μια εστίαση σε ένα μικρό υποσύνολο «αλκοολικών». Η σημερινή Ευρώπη περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα χρήσεων και έννοιες του αλκοόλ, που κυμαίνονται από



συνοδεία, έως οικογενειακά γεύματα, έως και μεγάλο μέρος των τελετουργιών του περάσματος. Η συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ χρησιμοποιείται συχνά για την επικοινωνία της τυπικότητας, ένα γεγονός ή ο διαχωρισμός μεταξύ εργασίας και αναψυχής. Το μεθύσι είναι εξίσου συμβολικό, με «μεθυσμένη συντροφιά» - πώς οι άνθρωποι ενεργούν υπό την επήρεια αλκοόλ – ποικίλλουν σε όλη την Ευρώπη (Anderson & Baumberg, 2006).

### Οικογένεια

Η οικογένεια είναι ο πρωταρχικός θεσμός του κοινωνικού γίνεσθαι. Από μικρή ακόμη ηλικία η συχνή επαφή με το αλκοόλ γίνεται φανερή μέσω κοινωνικών εκδηλώσεων αφού συνδέεται με εκδηλώσεις ψυχαγωγικού χαρακτήρα. Δυσλειτουργίες στις ενδοοικογενειακές σχέσεις συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών στους νέους μεταξύ των οποίων είναι και η ανάπτυξη εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες. Ο αλκοολισμός είναι μια πολύπλοκη ασθένεια στην οποία τόσο οι γενετικοί, όσο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν ρόλο. Οι διαφορές μεταξύ των ατόμων με ευαισθησία στην εξάρτηση από το αλκοόλ σχεδόν σίγουρα οφείλονται στις συνδυασμένες επιδράσεις πολλαπλών γονιδίων, το καθένα ασκώντας ένα μικρό μεμονωμένο αποτέλεσμα, με σημαντικές συνεισφορές από αλληλεπιδράσεις του ίδιου του γονιδίου και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του γονιδίου και του περιβάλλοντος (Edenberg & Foroud, 2006).

Ένα οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού (FHA) διπλασιάζει τον κίνδυνο της εξάρτησης από το αλκοόλ (Nurnberger et al. 2004). Πέρα από τον κίνδυνο για διαταραχές χρήσης αλκοόλ, ο οικογενειακός αλκοολισμός επίσης σχετίζεται σημαντικά με την παρορμητική και την εξωτερική συμπεριφορά (Marmorstein et al. 2009), με συμπεριφορές που θεωρούνται σχετίζονται με την έναρξη, την κλιμάκωση και τη θεραπεία με το αλκοόλ υποτροπή (Perry and Carroll 2008).

### Κοινωνικός περίγυρος

Ο αλκοολισμός στις διάφορες εκδηλώσεις του επηρεάζει την κατώτερη τάξη περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Είχε ειπωθεί πριν από μισό αιώνα ότι η ασθένεια είναι «ταυτόχρονα αποτέλεσμα και αιτία, σύμπτωμα και πηγή εκφυλισμού (φτώχεια, διαστροφή) (Amato & Previti, 2003; Warner, et al., 1930). Αυτή η δήλωση, σχεδόν προτροπή, αποτυπώνει τακτοποιημένα το τεκμήριο που κρύβεται πίσω από την ανησυχία για τη σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης και αλκοολισμού. Ότι δηλαδή ο αλκοολισμός είναι ένα φαινόμενο της κατώτερης τάξης και ότι είναι η δημιουργία των ατόμων που βρίσκονται σε αυτήν την κατάσταση είναι υπαίτια γι' αυτήν. Κατηγορώντας αυτό που στις επόμενες γενιές θα

ονομαζόταν αλκοολισμός σχετικά με τη φτώχεια, η οποία εκλαμβάνεται ως εκτροπή, το άτομο είναι φτιαγμένο να είναι υπεύθυνο για τη φτώχεια του και στη συνέχεια για την αλκοολική του κατάσταση (Amato & Previti, 2003; Park, 1983).

Ο αλκοολισμός έφερε τόσο κοινωνικό στίγμα που η κατάσταση θεωρούνταν ως μη αναφέρουσα και έγιναν μεγάλες προσπάθειες για απόκρυψη ή άρνηση την ύπαρξή του. Πολλά άτομα βρήκαν παρηγοριά στην εσφαλμένη αντίληψη ότι οι μόνοι πραγματικοί αλκοολικοί ήταν εγκαταλελειμμένοι, άστεγοι και χρόνιοι έφηβοι (Burlingham et al., 2010; Blane et al., 1963). Δεν υπάρχει απλό όριο μεταξύ της εμπειρίας του αλκοόλ και της απόλαυσης που μπορεί να φέρει αφενός και του πόνου και της ταλαιπωρίας που προκαλεί η κατάχρηση αλκοόλ, αφετέρου. Αλλά για να γίνει κατανοητός ο ρόλος του αλκοόλ στην κοινωνία, πρέπει να αναγνωριστεί η ευχαρίστηση καθώς και ο πόνος που προσφέρει. Το αλκοόλ και η ευχαρίστηση στοχεύει να συγκεντρώσει τις υπάρχουσες γνώσεις σχετικά με το ρόλο της απόλαυσης στο αλκοόλ και να καθορίσει εάν η έννοια είναι χρήσιμη για την επιστημονική κατανόηση και την εξέταση της πολιτικής (Peele & Grant, 2013). Δεδομένης της σημασίας αυτών των περιβαλλόντων στη διαμόρφωση των προτύπων και του όγκου κατανάλωσης αλκοόλ, όσοι επωφελούνται από την κατανάλωση αλκοόλ, ιδιαίτερα οι μεγαλύτεροι παραγωγοί και διανομείς αλκοολούχων ποτών, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του περιβάλλοντος κατανάλωσης αλκοόλ (Jernigan, 2009).

### **1.1.2. Ψυχολογικοί παράγοντες**

Για αιώνες, οι άνθρωποι χρησιμοποιούσαν αλκοόλ για να ανακουφίσουν το άγχος - δηλαδή, την ερμηνεία ενός γεγονότος ως σηματοδότηση βλάβης, απώλειας ή απειλής. Ο οργανισμός συνήθως ανταποκρίνεται στο άγχος με ποικίλες συμπεριφορικές, βιολογικές και γνωστικές αλλαγές. Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε επίδραση απόσβεσης απόκρισης στρες (SRD), η οποία μπορεί να εκτιμηθεί χρησιμοποιώντας διάφορα μέτρα (Sher et al. 2007; Sayette, 1999).

Η σχέση μεταξύ κακοποίησης παιδιών και χρήσης ή κατάχρησης αλκοόλ έχει δύο όψεις. Πρώτον, ορισμένα ευρήματα έχουν δείξει ότι η κατάχρηση αλκοόλ από τους γονείς μπορεί να σχετίζεται με τη σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση παιδιών. Ωστόσο, τα ευρήματα της έρευνας στον τομέα αυτό παραμένουν ασυνεπή. Δεύτερον, η εμπειρία της κακοποίησης ως παιδί μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ενός ατόμου για προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ ως ενήλικας. Αυτή η σχέση έχει αποδειχθεί καλύτερα σε γυναίκες που είχαν πέσει θύματα παιδικής κακοποίησης (Anne Lown et al. 2011).

Διάφοροι παράγοντες πιθανότατα συμβάλλουν ή επηρεάζουν αυτή τη σχέση, συμπεριλαμβανομένων των δεξιοτήτων αντιμετώπισης, αντικοινωνική συμπεριφορά; και ψυχολογικά προβλήματα, όπως η διαταραχή μετατραυματικού στρες (Freisthler et al. 2014; Widom & Hiller-Sturmhöfel, 2001). Πολλοί ερευνητές έχουν αναλύσει τη σχέση μεταξύ σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία και την ανάπτυξη προβλημάτων αλκοόλ ενηλίκων. Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες έχουν διεξαχθεί αναδρομικά, δηλαδή, έφηβοι ή ενήλικες συμμετέχοντες στη μελέτη με ή χωρίς προβλήματα αλκοόλ ρωτήθηκαν για τις παιδικές εμπειρίες κακοποίησης (Anne Lown et al. 2011; McMahon, et al., 2000).

Οι ερευνητές έχουν προτείνει διάφορες υποθέσεις σχετικά με τους λόγους για τους οποίους τα θύματα κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για κατάχρηση αλκοόλ κατά την ενηλικίωση. Έτσι, το αλκοόλ μπορεί να χρησιμεύσει ως τα ακόλουθα (Widom et al. 1995; Anne Lown et al. 2011):

Ένας μηχανισμός αντιμετώπισης ή διαφυγής από το τραύμα της παιδικής θυματοποίησης και της σχετικής κατάθλιψης

- Ένας τρόπος για να μειώσετε τα συναισθήματα της απομόνωσης και της μοναξιάς.
- Αυτοθεραπεία σε μια προσπάθεια να αποκτήσει τον έλεγχο της εμπειρίας.
- Ένας τρόπος βελτίωσης της αυτοεκτίμησης.
- Μια μορφή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

### **1.1.3. Φυσικά αίτια**

Εκτός όμως από τα κοινωνικά – ψυχολογικά αίτια, σκόπιμο είναι να αναφερθούν και τα φυσικά αίτια.

Η κληρονομικότητα έχει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του αλκοολισμού. Οι περισσότεροι αλκοολικοί έχουν ένα γονιό ή κάποιο στενό συγγενή αλκοολικό. Τα παιδιά των αλκοολικών έχουν περισσότερες πιθανότητες, σχεδόν διπλάσιες, από τα παιδιά των μη αλκοολικών να γίνουν και τα ίδια αλκοολικά (Μαλαμή, 2004). Επιδημιολογικές μελέτες για τη χρήση ουσιών και τις διαταραχές χρήσης ουσιών (SUDs) έχουν παράσχει πληθώρα δεδομένων σχετικά με τα πρότυπα χρήσης ουσιών σε εθνικά αντιπροσωπευτικά δείγματα σε όλο τον κόσμο (Johnston et al. 2011).

Σε περιοχές με ψυχρό κλίμα παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος, καθώς επικρατεί ο μύθος ότι το αλκοόλ έχει τη δυνατότητα να ανεβάζει τη θερμοκρασία του

σώματος. Όμως το αλκοόλ όχι μόνο δε ζεσταίνει, αλλά αντίθετα ρίχνει τη θερμοκρασία του σώματος (50 γραμμάρια αλκοόλ ρίχνουν τη θερμοκρασία του σώματος κατά μισό βαθμό) (Μαλαμή, 2004; Ventura-Cots et al. 2019). Συνδέοντας τα παγκόσμια κλιματικά δεδομένα, τις διαθέσιμες στατιστικές για την ετήσια κατανάλωση αλκοόλ και τις εκτιμήσεις της αλκοολικής κίρρωσης σε διάφορες χώρες, οι Ventura-Cots (2019), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι χαμηλές θερμοκρασίες και οι λίγες ώρες ηλιακού φωτός μπορεί να αυξήσουν την κατανάλωση αλκοόλ.

Ο ακάθιστος βίος. Τα άτομα που έχουν κινητικά προβλήματα παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αλκοολικά. Αυτό λογικά συμβαίνει γιατί τα άτομα με κινητικά προβλήματα συνήθως δεν εργάζονται, έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο, περιορισμένες δυνατότητες και ικανότητες να εκπληρώσουν τους στόχους τους, βιώνουν περισσότερα προβλήματα και ενδοψυχικές συγκρούσεις από ότι τα άτομα χωρίς κινητικά προβλήματα και έτσι καταφεύγουν στο αλκοόλ για να ξεχάσουν και να ξεφύγουν από τη πραγματικότητα (Βερβαινώτη, 2018).

#### **1.1.4. Ηθικά αίτια**

Από τα ηθικά αίτια τα πιο συνηθισμένα είναι αυτά που αναλύονται παρακάτω:

Το είδος του επαγγέλματος. Ο άνθρωπος αφιερώνει πολλές ώρες καθημερινά στην εργασία του. Επομένως, η προσωπικότητα του και η συνήθειες του επηρεάζονται σημαντικά από το είδος του επαγγέλματος τους. Όσοι ασχολούνται με επαγγέλματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, π.χ. μπάρμαν, τραγουδιστές, σερβιτόροι κ.α. καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες οινοπνεύματος και πολλοί είναι αυτοί που γίνονται αλκοολικοί. Βέβαια, υπάρχει και μια άλλη άποψη, η οποία υποστηρίζει ότι τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ ή έχουν ανάλογες συνήθειες, επιλέγουν τέτοιου είδους επαγγέλματα. Δηλαδή, δεν είναι το είδος του επαγγέλματος που ωθεί κάποια άτομα στον αλκοολισμό, αλλά αντίθετα ορισμένα άτομα επιλέγουν επάγγελμα που θα ακολουθήσουν ανάλογα με τις συνήθειες τους και με τον τρόπο ζωής τους (Βερβαινώτη, 2018).

Οι κακές οικονομικές συνθήκες. Η δυσχερής οικονομική κατάσταση και οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης οδηγούν συχνά στον αλκοολισμό. Το αλκοόλ βοηθάει υποτίθεται στην υπέρβαση των προβλημάτων, να ξεφύγει κανείς από την πραγματικότητα και να καταπολεμήσει το άγχος. Όμως, δεν μπορεί να επιφέρει κάποια λύση στις δυσάρεστες αυτές καταστάσεις. Όταν δεν βρίσκεται πλέον κάποιος υπό την επήρεια του συνειδητοποιεί ότι τα προβλήματα παραμένουν και μη έχοντας τη δυνατότητα βελτίωσης των άθλιων οικονομικών συνθηκών

καταφεύγει για άλλη μια φορά στο αλκοόλ (Βερβαινιώτη, 2018). Η επιθυμία του ατόμου να απαλύνει το άγχος και τη κόπωση του από τα καθημερινά προβλήματα της ζωής πίνοντας μαζί με τα φιλικά του πρόσωπα, την οικογένεια του ή μόνος του. Το πρόβλημα αρχίζει όταν ο χρήστης θεωρεί ότι υπάρχει επιτακτική ανάγκη να καταναλώσει αλκοόλ (Μαλαμή, 2004).

Άλλοι λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν στην χρήση ή στην κατάχρηση οινοπνεύματος είναι η ανάλυση της γεύσης. Πολλοί είναι αυτοί που πίνουν γιατί απολαμβάνουν τη γεύση και τις άμεσες θετικές επιδράσεις του οινοπνεύματος. Η μικρή ή η μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος συμβάλλει θετικά στη σωματική και στη ψυχική υγεία του ατόμου και επίσης κάνει το άτομο πιο ευχάριστο και κοινωνικό. Όμως, η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος έχει δυσάρεστες συνέπειες στον ανθρώπινο οργανισμό και στη συμπεριφορά του. Άλλοι πίνουν γιατί πιστεύουν ότι με το ποτό ξεκουράζονται και χαλαρώνουν ενώ άλλοι πιστεύουν ότι μπορεί κανείς με το αλκοόλ να ξεπεράσει τους φόβους του και τις αναστολές του και να αποκτήσει περισσότερη αυτοεκτίμηση και θάρρος (Μαλαμή, 2004). Σε όλο τον κόσμο, η αιθανόλη είναι ταυτόχρονα ένα σημαντικό εμπορικό προϊόν και πηγή μεγάλων ιατρικών και κοινωνικών προβλημάτων. Η αιθανόλη περνά εύκολα από τις βιολογικές μεμβράνες και διανέμεται σε όλο το σώμα. Οξειδώνεται, πρώτα σε ακεταλδεΐδη και μετά σε οξικό, και τέλος από τον κύκλο του κιτρικού οξέος σε όλους σχεδόν τους ιστούς. Η οξείδωση της αιθανόλης είναι μη αναστρέψιμη και μη ρυθμιζόμενη, καθιστώντας τον ρυθμό να εξαρτάται μόνο από την τοπική συγκέντρωση και την ενζυμική δραστηριότητα (Wilson, & Matschinsky, 2020).

Το 2017, σύμφωνα με τον πάροχο έρευνας αγοράς Euromonitor, οι παγκόσμιες λιανικές πωλήσεις οινοπνεύματος εκτιμήθηκαν σε αξία άνω των 1,5 τρισεκατομμυρίων δολαρίων (Euromonitor International, 2018). Καλώς ή κακώς το αλκοόλ αποτελεί μέρος της διασκέδασης των ανθρώπων σε τέτοιο βαθμό που θα μπορούσε κάποιος να πει πως η διασκέδαση ταυτίζεται με το αλκοόλ. Υπάρχει συνήθως στους πιο δημοφιλείς χώρους συγκέντρωσης, μπαρ, ταβέρνες, εστιατόρια κ.λπ. Ταυτόχρονα το αλκοόλ θεωρείται σημάδι ενηλικίωσης. Συχνά οι νέοι αρχίζουν να πίνουν γιατί πιστεύουν ότι με την αντοχή τους στο αλκοόλ μπορούν να αποδείξουν, σε αυτούς που τους προκαλούν, ότι έχουν πλέον ενηλικιωθεί. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι η διαφήμιση έχει παίξει πολύ σημαντικό ρόλο στην προώθηση του αλκοόλ καθώς καθημερινά επί 24ώρου βάσεως βομβαρδίζεται ο καταναλωτής με διαφημίσεις οινοπνευματούχων ποτών. Συνήθως, τα ποτά τα συνδυάζουν με ορισμένα θετικά χαρακτηριστικά όπως π.χ. γοητεία, εξωτερική ομορφιά, επιτυχία στο άλλο φύλλο, κοινωνική καταξίωση κ.α. οι διαφημίσεις έχουν την ικανότητα να επηρεάζουν σημαντικά

τους ανθρώπους και κυρίως τους εφήβους (Μαλαμή, 2004). Η προώθηση του αλκοόλ, η διαθεσιμότητά του μέσω λιανικής και αγοράς επί τόπου, και η τιμολόγησή του δημιουργούν «περιβάλλοντα αλκοόλης» που συνδέονται έντονα με συνέπειες για την υγεία (Babor et al., 2010).

Ο Έλληνας δεν έχει επίγνωση του τι πίνει αλλά και τι συνέπειες μπορεί να έχει αυτό που πίνει. Ελάχιστοι είναι αυτοί που γνωρίζουν τους αλκοολικούς βαθμούς των ποτών (έστω στο περίπου), τα αποτελέσματα των αναμίξεων τους και τι περιέχουν τα κοκτέιλ με τα περιέργα ονόματα. Για ορισμένους αποτελεί απόλαυση και απαραίτητο συμπλήρωμα της απογευματινής ή της βραδινής ανάπαυσης και διασκέδασης. Κάνει το άτομο περισσότερο κοινωνικό και γελαστό, ενώ άλλοι ψυχολογικοί λόγοι είναι η απομόνωση, η μοναξιά. Η υπερβολική ντροπαλότητα, η κατάθλιψη, η υπερβολική εξάρτηση από τους άλλους, οι τάσεις αυτοκαταστροφής και αυτοτιμωρίας, καθώς και η σεξουαλική ανωριμότητα οδηγούν συχνά τους ανθρώπους στον αλκοολισμό (Μαλαμή, 2004).

Κάποιοι λόγοι κατά τους οποίους μπορεί να ελαττωθεί σημαντικά η κατανάλωσης αλκοόλ είναι οι παρακάτω. Αρχικά σημαντική αποτελεί η μίμηση της συμπεριφοράς των άλλων ανθρώπων, καθώς ορισμένα άτομα που πίνουν συνήθως μεγάλες ποσότητες οινοπνεύματος για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, σταματάνε να πίνουνε απλά και μόνο επειδή σταμάτησαν να πίνουν και οι φίλοι τους. Επίσης, αν τα πρότυπα τους πίνουν πολύ, τότε αυξάνουν την κατανάλωση οινοπνεύματος και το αντίστροφο. Δηλαδή αν τα πρότυπα τους πίνουν ελάχιστα τότε μειώνουν και αυτοί τη κατανάλωση οινοπνεύματος. Ένας άλλος βασικός λόγος είναι η διαθεσιμότητα και η τιμή του. Το αλκοόλ αποτελεί ένα είδος νόμιμου ναρκωτικού, το οποίο διατίθεται εύκολα παντού και σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Εξάλλου, η τιμή του δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή και είναι προσιτό ακόμα και στις χαμηλόμισθες τάξεις. Γενικότερα, επικρατεί μια ανεκτική στάση απέναντι στο ποτό, γεγονός που επηρεάζει τις συνήθειες των ατόμων και την κοινωνική – πολιτική τακτική των κυβερνήσεων (Μαλαμή, 2004).

Παρατηρούμε λοιπόν ότι υπάρχουν πάρα πολλοί λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στον αλκοολισμό. Για αυτόν τον λόγο πρέπει να αντιμετωπίσουμε πρώτα τα αίτια που προκαλούν τον αλκοολισμό και μετά τον αλκοολισμό τον ίδιο. Όπως κάθε ασθένεια ή κοινωνικό πρόβλημα έτσι και ο αλκοολισμός έχει σημαντικές δυσάρεστες συνέπειες στο ανθρώπινο οργανισμό, στην ψυχική υγεία και στην κοινωνική ζωή του χρήστη, όπως και στην κοινωνία την ίδια (Babor et al., 2010).

## 1.2. Φάσεις και τύποι αλκοολισμού

Ο όρος «αλκοολικός» δεν υφίσταται μόνο για όποιον έχει εθιστεί στο αλκοόλ και εμφανίζει σοβαρά σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, αλλά και για όποιον καταναλώνει αλκοόλ τακτικά για δικούς του λόγους ή αφορμές, χωρίς να παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα (Μαλαμή, 2004). Υπάρχουν εξαρτημένοι και μη εξαρτημένοι αλκοολικοί. Υπό την έννοια αυτή όποιος καταναλώνει οινοπνευματώχα ποτά μπορεί να θεωρηθεί δυνητικά αλκοολικός. Παρακάτω αναφέρονται πέντε χαρακτηριστικοί αλκοολικοί τύποι και τέσσερις φάσεις, σύμφωνα με την Μαλαμή (2004) που οδηγούν στην χρόνια αλκοολική εξάρτηση, ώστε να κατανοηθεί καλύτερα η ιδιαίτερη σχέση που υπάρχει μεταξύ κάθε ατόμου και αλκοόλ (Johnson, 2010).

Αρχικά, ο τύπος Α έχει ψυχογενή αίτια με κύριο τον εθισμό από το αλκοόλ. Στόχος είναι ο καθησυχασμός από ψυχικές διεργασίες που αποσκοπεί στην καλύτερη διάθεση και την απαλλαγή από δυσάρεστα συναισθήματα ή τη μείωση ενδοψυχικών συγκρούσεων. Ωστόσο, ελέγχει τη ποσότητα οινοπνεύματος και η χρήση δεν είναι καθημερινή. Ο τύπος Β, πίνει μόνο στο κατάλληλο περιβάλλον και μόνο ευκαιριακά και έχει σαν κίνητρο την ταύτιση ή προσαρμογή με το περιβάλλον αυτό και τη παρέα.

Ο τύπος Γ, αποτελεί την παθολογική εξέλιξη του τύπου α. Είναι αυτός που αδυνατεί να κόψει το αλκοόλ ακόμα και αν συντρέχουν σοβαροί λόγοι υγείας. Παρουσιάζουν «στερητικά σύνδρομα» με έντονα ψυχοσωματικά σημάδια όπως ταχυκαρδία, εφίδρωση, ναυτία, τρέμουλο, νευρικότητα κ.α. Ο τύπος Δ, αποτελεί τη παθολογική εξέλιξη του τύπου β. Η εξάρτηση είναι τόσο ψυχική όσο και οργανική. Η συχνή χρήση οινοπνεύματος ωθεί το άτομο να εξαρτηθεί σωματικά από αυτό. Τέλος, ο τύπος Ε, χαρακτηρίζεται από περιοδική απώλεια του ελέγχου ενώ στα μεσοδιαστήματα απέχει της χρήσεως.

### ΦΑΣΕΙΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ:

#### Προ αλκοολική φάση

Στη φάση αυτή η κατανάλωση του οινοπνεύματος βρίσκεται μέσα στα κοινωνικά και νομικά αποδεκτά όρια. Στις κατάλληλες περιστάσεις και στο κατάλληλο περιβάλλον επιτρέπεται η ελαφρά μέθη. Γίνεται περιστασιακή χρήση του οινοπνεύματος για ψυχολογικό χαλάρωμα και υπάρχει συνειδητή χρήση του οινοπνεύματος για υπερπήδηση ψυχολογικών αναστολών όπως επίσης και καλύτερευση της συμπεριφοράς του χρήστη σε συγκεκριμένες καταστάσεις (π.χ. πιο εύκολο πλησίασμα του άλλου φύλου, αναστολή της ντροπής, της δειλίας κ.λπ.) (Μαλαμή, 2004 ; Arai et al., 2014).

## Φάση εισαγωγής στον αλκοολισμό (αρχική φάση)

Σε αυτή τη φάση το άτομο συνειδητοποιεί ότι κάνει κατάχρηση του οινοπνεύματος. Το άτομο πλέον όλο και συχνότερα αναζητάει ευκαιρίες για να πιει. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φάσης είναι η κρυφή χρήση του οινοπνεύματος, η διαρκής απασχόληση της σκέψης με το οινόπνευμα, οι διαταραχές της μνήμης μετά από χρήση του οινοπνεύματος και η προσπάθεια διαρκούς ύπαρξης αποθήκης οινοπνευματούχων ποτών για τις δύσκολες στιγμές. Ταυτόχρονα πρέπει να αναφερθεί η γρήγορη κατανάλωση των πρώτων ποτηριών, η αδυναμία παραίτησης της χρήσης μέχρι την επίτευξη μίας ζητούμενης ψυχολογικής δράσης, η άρνηση της συμμετοχής σε αστεία ή συζητήσεις με αλκοολικούς και τα πρώτα συναισθήματα ενοχής για τη κατανάλωση οινοπνεύματος (Μαλαμή, 2004).

## Κρίσιμη Φάση

Ο χρήστης χάνει τον έλεγχο όσον αφορά την κατανάλωση οινοπνευματούχων ποτών. Είναι σχεδόν αδύνατο να σταματήσει πριν φθάσει σε κάποιο σημείο μέθης και συνήθως παρουσιάζει κενά μνήμης μη γνωρίζοντας τι έκανε τις στιγμές που ήταν υπό την επήρεια του αλκοόλ. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φάσης είναι η όλο και συχνότερη απώλεια του ελέγχου της χρήσης του οινοπνεύματος (συχνή μέθη), το συναίσθημα αυξημένης αυτοπεποίθησης μετά τη χρήση οινοπνεύματος, ενοχές, τύψεις και παλινδρομήσεις λόγω της χρήσης του οινοπνεύματος, απώλεια των ενδιαφερόντων, χρήση οινοπνεύματος σε ώρες που πριν δε γινόταν π.χ. μεσημέρι, πρωί κ.λπ. Επίσης, άλλο χαρακτηριστικό είναι η προσπάθεια διακοπής της χρήσης με δοκιμασίες πλήρους αποχής που όμως δε κρατάνε μεγάλο χρονικό διάστημα και η εμφάνιση των πρώτων σωματικών συμπτωμάτων μετά από την κατάχρηση του οινοπνεύματος, όπως σωματική ή ψυχολογική δυσφορία, τρέμουλο των χεριών, διαταραχές σεξουαλικότητας, εφιδρώσεις κ.α. (Μαλαμή, 2004; Has et al., 2020).

## Χρόνια (εξαρτητική) φάση

Σε αυτή τη φάση, ο χρήστης καταναλώνει καθημερινά μεγάλες ποσότητες οινοπνεύματος και μοναδικό ενδιαφέρον στη ζωή του πλέον αποτελεί το αλκοόλ. Οι σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις του, που ξεκίνησαν ήδη να εμφανίζονται από τη προηγούμενη φάση, μεγιστοποιούνται με αποτέλεσμα να γίνονται αισθητές στο κοινωνικό του περιβάλλον. Τα χαρακτηριστικά της χρόνιας φάσης είναι η σχεδόν καθημερινή χρήση οινοπνεύματος οποιασδήποτε μορφής, πολύ συχνή μέθη, ψυχολογικές διαταραχές, εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων, αγχωτικές καταστάσεις, τάσεις αυτοκτονίας και πλήρης απώλεια των



ενδιαφερόντων πλην του ενδιαφέροντος ευρέσεως και χρήσεως του οινοπνεύματος (Μαλαμή, 2004; Janbuz et al., 2011).

Συμπερασματικά πρέπει να τονιστεί ότι ανάγκη για βοήθεια και περίθαλψη δεν παρουσιάζουν μόνο όσοι ανήκουν στην τελευταία φάση του αλκοολισμού, αλλά και όσοι ανήκουν στις προηγούμενες φάσεις εξέλιξης. Αυτό συμβαίνει επειδή διάφορα προβλήματα και βλάβες στη σωματική και ψυχική υγεία, στη κοινωνική ζωή και στην επαγγελματική λειτουργικότητα παρουσιάζονται σε όλους τους τύπους και φάσεις αλκοολικών. Για αυτόν τον λόγο έχουν αναπτυχθεί διάφορες δραστηριότητες πρόληψης και θεραπείας του αλκοολισμού από κρατικούς φορείς αλλά και από μη κυβερνητικές και εθελοντικές οργανώσεις (Μαλαμή, 2004).

### **1.3. Συνέπειες χρήσης του αλκοόλ**

#### **1.3.1. Σε επίπεδο ατόμου**

Όταν η χρήση του οινοπνεύματος είναι συνειδητή και δεν υπερβαίνει τα επιτρεπόμενα όρια, τότε οι ανεπιθύμητες ενέργειες του δεν γίνονται εμφανείς. Είναι αδύνατο, όμως, να καθοριστεί η ποσότητα αλκοόλ που δεν προκαλεί δυσάρεστες συνέπειες στον ανθρώπινο οργανισμό ή να τεθεί κάποιο συγκεκριμένο όριο που να χωρίζει τους λογικούς χρήστες από τους καταχραστές οινοπνεύματος καθώς ο κάθε οργανισμός, λειτουργεί διαφορετικά (Νάνου, 2015).

Εκτός από ναρκωτικό της εξάρτησης, το αλκοόλ είναι αιτία για περίπου 60 διαφορετικών τύπων ασθενειών και καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων τραυματισμών, διανοητικών και διαταραχών συμπεριφοράς, γαστρεντερικές παθήσεις, καρκίνοι, καρδιαγγειακές παθήσεις, ανοσολογικές διαταραχές, ασθένειες των πνευμόνων, σκελετικές και μυϊκές παθήσεις, αναπαραγωγικές διαταραχές και προγεννητική βλάβη, συμπεριλαμβανομένου του αυξημένου κινδύνου πρόωρης ηλικίας και χαμηλού βάρους γέννησης. Η μακροχρόνια και σε μεγάλες ποσότητες χρήση του αλκοόλ οδηγεί, βάσει της έκθεσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σε 200 διαφορετικού τύπου ασθένειες κωδικοποιημένες στο ICD-10 καθώς και διάφορων τύπων τραυματισμούς (WHO, 2014). Από τις 200, οι 30 παρουσιάζουν άμεση σχέση με τη χρήση αλκοόλ (AlcoholUseDisorders – AUDs). Στις περισσότερες περιπτώσεις, το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο με δόσοεξαρτώμενο τρόπο, με όσο υψηλότερη είναι η κατανάλωση αλκοόλ, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος. Για ορισμένες συνθήκες, όπως π.χ. μυοκαρδιοπάθεια, σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας και μυϊκή βλάβη, η βλάβη φαίνεται ότι οφείλεται μόνο σε ένα συνεχές επίπεδο υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά

ακόμη και σε υψηλά επίπεδα, το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο και τη σοβαρότητα αυτών των καταστάσεων. Η συχνότητα και ο όγκος της επεισοδιακής βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ είναι ιδιαίτερη σημασία για την αύξηση του κινδύνου τραυματισμών και ορισμένων καρδιαγγειακών ασθενειών (στεφανιαία νόσος και εγκεφαλικό επεισόδιο), (Anderson & Baumberg, 2006).

Μπορεί να εκδηλωθούν διάφοροι τύποι καρκίνου, όπως: καρκίνος λάρυγγα, οισοφάγου, στομάχου, παγκρέατος και μαστού (Leeetal & Hashibe, 2014). Άλλες επιπτώσεις μπορούν να εμφανιστούν στο καρδιαγγειακό σύστημα όπως: υπέρταση, μυοκαρδιοπάθεια, στεφανιαία νόσος, υπερκοιλιακές και κοιλιακές αρρυθμίες. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Roswaltet al., 2015). Υπάρχουν όμως και επιπτώσεις στο μεταβολισμό, όπως: σακχαρώδης διαβήτης, οξέωση, έλλειψη βιταμινών (κυρίως συμπλέγματος Β), υποκαλιαιμία και υπομαγνησιαίμια (Μαδιανός, 2006).

Επιπρόσθετα, εμφανίζονται νευροψυχιατρικές επιπτώσεις, όπως η αμνηδιακή διαταραχή προκαλούμενη από οινοπνευματώδη, η αγχώδης ή συναισθηματική διαταραχή προκαλούμενη από οινοπνευματώδη, παρεγκεφαλιδοπάθεια, άνοια προκαλούμενη από οινοπνευματώδη, σεξουαλική δυσλειτουργία και περιφερική νευροπάθεια (Μαδιανός, 2006). Αυξημένη εμφάνιση λοιμώξεων, όπως η φυματίωση, η πνευμονία και HIV/AIDS (Degenhardt, 2018). Τέλος προκαλούνται ατυχήματα και μικροτραυματισμοί ως αποτέλεσμα κατάχρησης αλκοόλ, με ή χωρίς πρόθεση (WHO, 2014).

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ εκτός από τις σοβαρές βλάβες και αλλοιώσεις που προκαλεί στη σωματική υγεία του ανθρώπου, αποτελεί μια σημαντική αιτία των διαταραχών που μπορούν να προκαληθούν άμεσα στη συμπεριφορά και μακροπρόθεσμα στη ψυχική υγεία των ατόμων (Μαδιανός, 2006). Το ποτό μπορεί να προωθήσει κάποια ευχάριστα συναισθήματα για λίγες ώρες, όμως η μακροχρόνια κατανάλωση οδηγεί με βεβαιότητα σε μια βαθμιαία επιδείνωση της ψυχολογικής διάθεσης του χρήστη. Ορισμένες από τις ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται συχνά στους αλκοολικούς είναι η απλή μέθη που μπορεί να φτάσει μέχρι βαθιά μορφή δηλητηριάσεως με επακόλουθα της, τη θόλωση της συνειδήσεως, τη διαταραχή του προσανατολισμού και τη συναισθηματική ευαισθησία (Μαλαμή, 2004; Carvajal & Lerma-Cabrera, 2015).

Σημαντική είναι η διαφορά της παθολογικής με την απλή μέθη καθώς η παθολογική, κρατάει λίγο και στη συνέχεια ακολουθεί ο ύπνος. Ως επακόλουθα της παθολογικής μέθης, είναι η θόλωση της συνειδήσεως, η διαταραχή του προσανατολισμού, η η αίσθηση του άγχους, της

οργής και όλα αυτά οδηγούν σε βίαιες πράξεις όπως επιθέσεις, καταστροφή διαφόρων πραγμάτων κ.λπ. Επακόλουθο είναι επίσης η αλκοολική ψύχωση (γενικός χαρακτηρισμός για ψυχώσεις που προκαλούνται από τον χρόνια αλκοολισμό, όπως το τρομώδες παραλήρημα, η αλκοολική ψευδαισθήτωση, η αλκοολική παράνοια και η νόσος του Κόρσακωφ) (Μαλαμή, 2004). Άλλες επιπτώσεις μπορεί να είναι ο χρόνιος αλκοολισμός, η διψομανία, η αλκοολική υστερία με επακόλουθα της τον εκνευρισμό, όπως επίσης και η αλκοολική νευρασθένεια με επακόλουθα της το φόβο, τις αυπνίες και το αίσθημα της ψυχικής και μυϊκής εξαντλήσεως. Επιπρόσθετα πρέπει να αναφερθεί η ύπαρξη της αλκοολικής μελαγχολίας, της αλκοολικής άνοιας (με κύριες επιπτώσεις που έχουν σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες του ασθενούς και ιδιαίτερα με τη δυνατότητα μάθησης και οπτικής αντίληψης, όπως επίσης και με τη δυνατότητα της αφαιρετικής σκέψης και της ψυχοκινητικής λειτουργίας) και της αλκοολικής επιληψίας, η οποία εκδηλώνεται με σπασμούς όπου το άτομο βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση. Τέλος, μπορεί να εμφανιστεί η αλκοολική ψευδοπαράλυση, η αλκοολική ψευδαισθήτωση (άκουσμα ανύπαρκτων φωνών) και η περιφερειακή νευροπάθεια (αδυναμία των μυών και σημαντική ανεπάρκεια των αισθητήριων οργάνων), (Μαλαμή, 2004; Carvajal & Lerma-Cabrera, 2015).

Η οξεία, χαοτική διαταραχή της συμπεριφοράς που προκύπτει από την κατάποση μιας μικρής ποσότητας αλκοόλ, γνωστή ως «παθολογική μέθη», έχει αναγνωριστεί εδώ και καιρό ως ψυχιατρική πάθηση (Bach-y-Rita et al., 1970; Garrisson et al., 2021). Αυτό συμβαίνει όταν η χρόνια χρήση αλκοόλ είναι συνεχόμενη και αρχίζει να επηρεάζει τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά τον χρήστη. Τα άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ έχουν την τάση να έχουν συναισθηματική αστάθεια, πολλές κυκλοθυμικές αντιδράσεις και αρκετές φορές φτάνουν στην παραβατική συμπεριφορά. Αυτό έχει αντίκτυπο και στην οικογένεια και γενικότερα στο κοινωνικό τους περιβάλλον (Saatcioglu et al., 2006).

### **1.3.2. Στο κοινωνικό σύνολο**

Οι δυσμενείς επιδράσεις και συνέπειες του αλκοόλ δεν περιορίζονται μόνο στον ανθρώπινο οργανισμό και στο ψυχικό κόσμο του χρήστη. Αντίθετα, αποτελεί την αιτία καταστροφής πολλών κοινωνικών και φιλικών σχέσεων, διάλυσης οικογενειών, ανικανότητας για εργασία, πρόκλησης βίαιων και εγκληματικών ενεργειών αλλά και αύξησης των τροχαίων, των οικιακών και των εργατικών ατυχημάτων (Μαλαμή, 2004). Αν και η χρήση αλκοόλ φέρνει μαζί του μια σειρά από απολαύσεις, το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο ευρέος φάσματος κοινωνικών βλαβών, γενικά με δόσοεξαρτώμενο τρόπο, δηλαδή, όσο μεγαλύτερη είναι η κατανάλωση αλκοόλ, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος. Οι βλάβες που μπορεί να

προκαλέσει το αλκοόλ σε κάποιον κυμαίνονται από κοινωνικές ενοχλήσεις, όπως το να μένει ξύπνιος τη νύχτα μέσω πιο σοβαρών συνεπειών, όπως η συζυγική βλάβη, η κακοποίηση παιδιών, το έγκλημα, η βία και η ανθρωποκτονία. Γενικά όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ, τόσο πιο σοβαρό είναι το έγκλημα ή ο τραυματισμός. Ο όγκος κατανάλωσης αλκοόλ, η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και η συχνότητα και ο όγκος επεισοδιακής βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ, αυξάνουν ανεξάρτητα τον κίνδυνο βίας, με συχνά, αλλά όχι πάντα, επεισόδια (Anderson & Baumberg, 2006).

Αρχικά, ο αλκοολισμός είναι ένα ζήτημα το οποίο ειδικότερα τα τελευταία χρόνια έχει επιβαρύνει οικονομικά την κοινωνία. Οι οικονομικές επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ είναι ως εξής επιζήμια για το έθνος ως επιπτώσεις στην υγεία, επηρεάζει την οικογένεια, την κοινότητα και τα άτομα όλων των ηλικιών. Η αποκατάσταση των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα αλκοολισμού και η θεραπεία τους καλύπτεται, συνήθως, από το δημόσιο προϋπολογισμό. Επίσης, πρόωρες και αναπηρικές συντάξεις διατίθεται στα άτομα εκείνα τα οποία η χρήση της έχει προκαλέσει σοβαρές και χρόνιες παθήσεις και πλέον τα καθιστά ανίκανα να εργαστούν. Το κόστος υγειονομικής περίθαλψης για οικογένειες που ένα μέλος τους είναι αλκοολικό, είναι διπλάσια από αυτά για οικογένειες χωρίς, και έως το ήμισυ όλων των εισαγωγών στα επείγοντα σχετίζονται με το αλκοόλ (Burke, 1988; Humphreys & McLellan, 2010). Μια δημοφιλής αντίληψη για το αλκοόλ είναι ότι χρησιμεύει ως κοινωνικό λιπαντικό, ένας μηχανισμός για να διευκολύνει τα συναισθήματα άγχους και νευρικότητας κατά τη διάρκεια κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Οι κοινωνικοί πότες πιστεύουν ότι το αλκοόλ θα τους χαλαρώσει, θα βελτιώσει τη διάθεσή τους, θα μειώσει το άγχος και θα κάνει τους καλύτερους συνομιλητές (Critchlow, 1986; Norris, 1994; RÚdólfssdóttir & Morgan, 2009).

Η σχέση μεταξύ χρήσης αλκοόλ και τυχαίου τραυματισμού ή θανάτου έχει αναγνωριστεί εδώ και πολύ καιρό. Υπάρχουν άφθονες αποδείξεις ότι όλες οι εύκολες μετρήσιμες αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ, τόσο οι ιατρικές, όσο και οι κοινωνικές, αυξάνονται και μειώνονται με αλλαγές στην κατανάλωση. Μελέτες σε πολλές χώρες έχουν δείξει ότι οι αλκοολικοί έχουν το διπλάσιο ποσοστό ατυχημάτων σε σύγκριση με αυτό του γενικού πληθυσμού. Τα ατυχήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ είναι εμφανή στο δρόμο, στο σπίτι, στη δουλειά και στο παιχνίδι. Ωστόσο, τα ισχυρότερα στοιχεία που συνδέεται η κατανάλωση αλκοόλ και ο κίνδυνος τραυματισμού ή θανάτου είναι τα τροχαία ατυχήματα. (Glucksman, 1994; Ronen et al., 2010).

### **1.3.3. Στο οικογενειακό περιβάλλον**

Δεκαετίες κλινικής πρακτικής και έρευνας έχουν αποδείξει ότι ο αλκοολισμός έχει μια διάχυτη επιζήμια επίδραση για την οικογενειακή ζωή. Ο αλκοολισμός συμβάλλει στη συζυγική και οικογενειακή διαφωνία, την απώλεια εργασίας και τη δυσκολία στη διατήρηση της εργασιακής απόδοσης, τις νομικές συγκρούσεις, την λεκτική και σωματική κακοποίηση (Leonard & Jacob, 1988; Schafer, 2011), την ανεπαρκή γονική μέριμνα και σεξουαλική ανεπάρκεια (O'Farrell, 1990; Orford et al., 2013). Οι οικογένειες των αλκοολικών στερούνται την αγάπη, την φροντίδα και τη στοργή. Ο αλκοολικός απέχει συχνά από την εργασία του εξαιτίας του αλκοολισμού και αυτό συνεπάγεται με οικονομικά προβλήματα. Εξάλλου, τα περισσότερα, αν όχι όλα του τα χρήματα τα διαθέτει κυρίως στην αγορά ποτών, αδιαφορώντας για τις ανάγκες των μελών της οικογένειάς του (Μαλαμής, 2004; Schuckit, 2009).

Τα μέλη της οικογένειας αλκοολικών μπορούν να βιώσουν άγχος, κατάθλιψη και ντροπή που σχετίζονται με τον εθισμό του αγαπημένου τους προσώπου. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί επίσης να είναι θύματα συναισθηματικών ή φυσικών εκρήξεων. Ένα πρόσωπο εθισμένο στο αλκοόλ μπορεί να προσπαθήσει να προστατεύσει την οικογένειά του από την επίδραση της κατάχρησης οινοπνεύματος διαχωρίζοντας τον εαυτό του. Δυστυχώς, η απομόνωση δεν ωφελεί για να προστατεύσει τα μέλη της οικογένειας από τις οικονομικές και συναισθηματικές παρενέργειες του αλκοολισμού. Η παραμέληση μπορεί επίσης να έχει αρνητικό αντίκτυπο στους αγαπημένους (Ali, 2015).

Η γυναίκα που παντρεύεται έναν αλκοολικό ή έναν άντρα που στη συνέχεια γίνεται αλκοολικός συνήθως θεωρείται από την κοινότητα ως ένα ανήμπορο θύμα της περίπτωσης. Βλέπει τον εαυτό της και οι άλλοι την βλέπουν ως κάποιον που, χωρίς δικό της λάθος και παρά τη συνεπή προσπάθεια από μέρος της, ηττάται ξανά και ξανά από την ανεύθυνη συμπεριφορά του συζύγου της. Αυτό σίγουρα δεν είναι αλήθεια. Απλώς φαίνεται να είναι αλήθεια. Η σύζυγος ενός αλκοολικού είναι απλώς το αντικείμενο κακής μεταχείρισης σε μια κατάσταση που εκείνη δεν είχε κανένα ρόλο στη δημιουργία (Whalen, 1953; MacLean et al., 2019).

### **1.4. Οικογένεια και αλκοόλ**

Είναι γνωστό ότι εκτός από την ατομική/ προσωπική ταυτότητα που έχουμε ως άτομα, επικοινωνούμε επίσης και με τα άλλα μέλη της κοινότητας. Μια από τις προσεγγίσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της δυναμικής της οικογένειας (δηλαδή το σύνολο

των αλληλεπιδράσεων των μελών της οικογένειας) είναι γνωστή ως συστημική προσέγγιση. Οι Kauffman and Pattison (1982) αναφέρουν ότι οι πρώτες πειραματικές παρατηρήσεις των οικογενειακών συστημάτων δείχνουν ότι η χρήση της αλκοόλης στην οικογένεια δεν είναι ένα ατομικό ζήτημα. Η χρήση και η κατάχρηση της αλκοόλης είναι συχνά συνδεδεμένη με γεγονότα στο οικογενειακό σύστημα (Campbell et al., 2018).

Τα παιδιά σε αλκοολικές οικογένειες βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργίας και είναι πιο πιθανό να έχουν τραυματικές εμπειρίες. Υπάρχει αυξημένη σωματική και συναισθηματική παραμέληση καθώς και λεκτική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση (Johnson, 2001). Οι Leonard και Rothbard (1999) περιέγραψαν τις πρώτες μελέτες του διαζυγίου και βρήκαν ισχυρές ενδείξεις ότι το έντονο αλκοόλ επηρεάζει την συζυγική ποιότητα, την σταθερότητα και την ικανοποίηση. Η χρήση αλκοόλ είναι μία από τους κοινούς λόγους που δίνονται για τη διάλυση του γάμου. Μεταξύ των ζευγαριών που συμμετέχουν σε συζυγικές θεραπείες, η βαριά κατανάλωση αλκοόλ είναι πολύ συνηθισμένη και το αλκοόλ είναι συχνά η πηγή των προβλημάτων. Μελέτες προσδιορίζουν το αλκοόλ ως πηγή συζυγικών συγκρούσεων όπου και οι δύο σύντροφοι αναφέρουν τη συζυγική δυσαρέσκεια. Επιπλέον, έως και 60% των ζευγαριών που αναζητούν θεραπεία για συζυγικές, οικογενειακές ή σχέσεις έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ (Stellato-Kabat et al., 1995; Johnson & Stone, 2009).

Πέρα από τον αντίκτυπο στα μεμονωμένα μέλη της οικογένειας, η προβληματική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας. Καθώς το μέλος της οικογένειας αναπτύσσει πρόβλημα με το αλκοόλ, η εκπλήρωση του ρόλου αποποιείται όλο και περισσότερο από τα άλλα μέλη της οικογένειας, προκαλώντας συμβιβασμό στην εμπιστοσύνη και την επικοινωνία (Higgins, 1998; Johnson & Stone, 2009). Η αλκοολική συμπεριφορά γίνεται απρόβλεπτη και ενοχλητική, μειώνει την ικανότητα της οικογένειας να σχεδιάζει δραστηριότητες και να τηρεί οικείες ρουτίνες. Τα όρια είναι κλειστά και οι κανόνες είναι αυστηροί. Η αποκάλυψη της φύσης του προβλήματος σε άλλους θεωρείται ως πράξη προδοσίας ή απιστίας. Επειδή η ανοιχτή συζήτηση για τη συμπεριφορά του μέλους της οικογένειας που σχετίζεται με το αλκοόλ είναι ταμπού, τα μέλη της οικογένειας αναγκάζονται να αρνηθούν τα συναισθήματά τους. Τα μέλη της οικογένειας όλο και απομονώνονται μέσα στο δικό τους κλειστό σύστημα και η οικειότητα γίνεται τελικά ανύπαρκτη καθώς εξελίσσεται ο αλκοολισμός (Barnett, 2003).

Ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια ιατρική ασθένεια που έχει μεγάλη έκταση. Είναι μια οικογενειακή ασθένεια με την οικογένεια ως μονάδα θεραπείας. Υπάρχει ένας εξαιρετικός αριθμός παιδιών σε αυτή τη χώρα που εκτίθενται σε κατάχρηση αλκοόλ και σε ένα χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον που προσφέρει μικρή σταθερότητα ή μικρή συναισθηματική υποστήριξη. Παιδιά που εκτίθενται σε προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ μέσα το οικογενειακό σύστημα κατά τη διάρκεια των κρίσιμων αναπτυξιακών τους χρόνων, βρίσκονται σε κίνδυνο αρνητικών αναπτυξιακών, κοινωνικών και υγειονομικών αποτελεσμάτων. Χωρίς κατάλληλη παρέμβαση, τα παιδιά μπορεί να αναπτύξουν σοβαρά συμπεριφορικά και συναισθηματικά προβλήματα που θα μπορούσαν να τους αποτρέψουν ζουν μια ευτυχισμένη και ισορροπημένη ζωή. Οι επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ στις συζυγικές σχέσεις αποδεικνύονται να είναι μεγάλες. Υπάρχει αιτιώδης επιρροή από το αλκοόλ και συνδέεται με αυξημένες συζυγικές συγκρούσεις, δυσαρέσκεια και αστάθεια. Η χρήση και/ή η κατάχρηση αλκοόλ, είναι ένας από τους κοινούς λόγους που δίνονται για διαζύγιο (Barnett, 2003; Hawkins et al., 2012).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ**

### **2.1. Διεθνής κοινωνική πολιτική για τη χρήση αλκοόλ**

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και η Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ συμβάλλουν με την παρουσίαση του απαραίτητου θεσμικού πλαισίου μέσω των αποφάσεων και των εκθέσεων τους στην ενεργό συμμετοχή της Ευρώπης για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπτώσεων του αλκοόλ, με το οποίο καθορίστηκαν οι πέντε παρακάτω βασικές αρχές και στόχοι (WHO, 2006).

Υπάρχει αυξανόμενη αναγνώριση μεταξύ των αρχών δημόσιας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες και παγκοσμίως ότι η βλαβερή χρήση αλκοόλ είναι ένα παγκόσμιο ζήτημα δημόσιας υγείας με σοβαρή αναλογία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι πιο πρόσφατες εκτιμήσεις αποδίδουν στο αλκοόλ το 4,6% της παγκόσμιας επιβάρυνσης από ασθένειες και αναπηρίες, περίπου στο ίδιο επίπεδο με τον καπνό. Η χρήση αλκοόλ ευθύνεται επίσης για το 3,8% των παγκόσμιων θανάτων. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η υπερβολική χρήση αλκοόλ προκαλεί 79.000 θανάτους ετησίως, σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) (Jernigan, 2012).

Το 2010 η Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, προχώρησε στην υιοθέτηση του ψηφίσματος WHA63.13 της 63ης Συνόδου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Το ψήφισμα αφορούσε την Παγκόσμια Υγεία (World Health Assembly), με το οποίο επικυρώθηκε η παγκόσμια στρατηγική για τη μείωση της βλαπτικής χρήσης του αλκοόλ, παροτρύνοντας τα Κράτη – Μέλη να υιοθετήσουν και να υλοποιήσουν την παγκόσμια στρατηγική (WHO, 2010d). Στο πλαίσιο του ψηφίσματος αυτού το 2011 η ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εξέδωσε ένα νέο Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης για τη μείωση της βλαπτικής χρήσης του Αλκοόλ για τα έτη 2012 – 2020. Το σχέδιο αυτό συνδέεται στενά με τις παρεμβάσεις του σχεδίου δράσης για την υλοποίηση της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής στην πρόληψη και τον έλεγχο μη – μεταδιδόμενων νοσημάτων (2012-2016). Επίσης, σχετίζεται με τις πρόσφατες ευρωπαϊκές πολιτικές υγείας, όπως το Υγεία 2020 (Health, 2020), όπου τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα και οι παράγοντες κινδύνου τους έχουν τεθεί ως προτεραιότητες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατά τα έτη 2012-2020 (WHO – Regional Office for Europe, 2013). Συνοπτικά, από τα κείμενα αυτά και ιδιαίτερα από το ψήφισμα WHA63.13 διαμορφώνεται η ανάγκη για θέσπιση θεσμικού πλαισίου με τους εξής τομείς: Νομοθετικός προσδιορισμός αλκοολούχων ποτών, περιορισμός στη διαθεσιμότητα, φραγμοί στην παραγωγή και την κατανάλωση, περιορισμός στην πώληση ανά περιοχή, θέσπιση ειδικής άδειας, περιορισμός στην ηλικία πώλησης,



νομοθετικές ρυθμίσεις και κυρώσεις για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ. Επανεξέταση επιτρεπόμενων ορίων συγκέντρωσης αλκοόλ στο αίμα, θέσπιση ειδικών φορολογικών ρυθμίσεων για τη τιμή των αλκοολούχων ποτών, θέσπιση περιορισμών και κωδικοποίησης στον τομέα διαφήμισης και προώθησης των αλκοολούχων ποτών, εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού για της επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ (Poznyak et al., 2014).

Παρακινούμενα από τα παραπάνω κείμενα κάποια από τα ευρωπαϊκά κράτη θέσπισαν νομοθετικά πλαίσια προσπαθώντας να καλύψουν όλους τους τομείς των παραγόντων που επηρεάζουν τη χρήση του αλκοόλ. Οι περισσότερες χώρες εφάρμοσαν δραστηριότητες ευαισθητοποίησης σε εθνικό επίπεδο, κυρίως εναντίον της οδήγησης σε κατάσταση μέθης. Διαπιστώθηκε ότι σε κάποιες χώρες θα πρέπει να προχωρήσει η μείωση των ανώτατων επιπέδων αλκοόλ στο αίμα κατά την οδήγηση βάσει νόμου (Poznyak et al., 2014). Σημαντικός αριθμός χωρών δεν επέβαλε περιορισμούς στη διαφήμιση αλκοολούχων ποτών. Σε γενικές γραμμές, οι φόροι οινοπνεύματος λιανικής πώλησης αντιπροσωπεύουν ένα μικρό ποσοστό της τιμής. Σε σχέση με τον δείκτη τιμών του καταναλωτή οι τιμές στο αλκοόλ ήταν στο ίδιο επίπεδο ή είχαν μειωθεί σε περισσότερες από τις μισές χώρες κατά τη διάρκεια των προηγούμενων πέντε ετών (WHO, 2010).

## **2.2. Ελληνική κοινωνική πολιτική για τη χρήση αλκοόλ**

Στην Ελλάδα η θεσμική δραστηριότητα για τον έλεγχο και την πρόληψη της αντιμετώπισης της κατάχρησης του αλκοόλ έχει παρατηρηθεί στους εξής τομείς (Gianasmidis & Tsiaousi, 2012).

- Έλεγχος στην παραγωγή και την πώληση αλκοολούχων ποτών με τη θέσπιση σχετικής άδειας για την παραγωγή αλκοολούχων ποτών και τον ποιοτικό έλεγχο στα αλκοολούχα ποτά.
- Απαγόρευση πώλησης αλκοόλ σε νέους (κάτω των 18ετών).
- Απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ, με ανώτατη επιτρεπόμενη συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα το 0,05% στον γενικό πληθυσμό, 0,02% για ανήλικους και επαγγελματίες οδηγούς. Σε περίπτωση υπέρβασης του ορίου, ο χρήστης επιδέχεται κυρώσεις που ορίζονται και στο άρθρο 34 της αναθεωρημένης έκδοσης του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας (ΚΟΚ) (Υπουργείο Υποδομών, Μεταφορών και δικτύων, 2009).
- Θέσπιση φορολογικής ρύθμισης για τα αλκοολούχα ποτά εκτός του οίνου.

Συγκρίνοντας τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του ψηφίσματος WHA63.1 με την παρούσα θεσμική κατάσταση της Ελλάδας, διαπιστώνεται νομοθετικό κενό στη θέσπιση του ορισμού της έννοιας ‘αλκοολούχο ποτό’. Ωστόσο δεν έχει θεσπιστεί πολιτική τιμών για τον περιορισμό της ζήτησης του αλκοόλ και για την καθιέρωση προειδοποιητικής σήμανσης επικινδυνότητας στις συσκευασίες των αλκοολούχων ποτών (Gianasmidis & Tsiaousi, 2012).

Επιπλέον, η Ελλάδα υστερεί στη θέσπιση θεσμοθετημένων στρατηγικών που αφορούν την άδεια πώλησης αλκοολούχων ποτών, γεωγραφικό και χρονικό περιορισμό λειτουργίας στα καταστήματα πώλησης και εστίασης, περιορισμό στη διαφήμιση και τη χορηγία αλκοολούχων ποτών και περιορισμό στη κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας. Ακόμη, θα πρέπει να ενισχυθεί η διεξαγωγή εκστρατειών για την προειδοποίηση όλων των κινδύνων του αλκοόλ και να μην εστιάζουν μόνο στους κινδύνους που συνδέονται με την οδική συμπεριφορά, όπως γίνεται στη παρούσα χρονική περίοδο. Η Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ διαθέτει από το 2006 γραπτή πολιτική αντιμετώπισης για τη μείωση της κατάχρησης του αλκοόλ (WHO, 2014C).

Εντούτοις, οι τομείς στον ποιοτικό έλεγχο της παραγωγής αλκοολούχων ποτών και την απαγόρευση παραγωγής αλκοολούχων ποτών χωρίς την αντίστοιχη άδεια, στην απαγόρευση πώλησης αλκοολούχων σε νέους κάτω των 18ετών, στην απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ, στη φορολόγηση αλκοολούχων ποτών και στην αποσπασματική διεξαγωγή στρατηγικών ενημέρωσης του κοινού για τις επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ είναι αυτοί στους οποίους έχει σημειωθεί δράση και πρόοδος. Οι υπόλοιποι τομείς βρίσκονται σε αρχικά στάδια υλοποίησης (Gianasmidis & Tsiaousi, 2012).

Ακόμη, με τη συμμετοχή της επιστημονικής κοινότητας και των μελετών που διεξάγονται στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδος, αλλά και σε ειδικούς πληθυσμούς όπως π.χ. στους νέους (Κοκκέβη κ.α. 2011), καλύπτεται ο τομέας της παρακολούθησης και επιτήρησης. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει νομοθετικός προσδιορισμός της έννοιας αλκοολούχο ποτό. Η έλλειψη αυτή δυσχεραίνει τη λήψη μέτρων και την εφαρμογή πολιτικών πρόληψης.

Οι τομείς που υστερούν είναι οι υπόλοιποι από τους δέκα τομείς της λίστας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Έτσι, στην Ελλάδα δεν έχει καταγραφεί πρόοδος στην ενιαία εθνική στρατηγική για την καταπολέμηση της κατάχρησης του αλκοόλ με βάση την κατάλληλη ηγεσία, την ευαισθητοποίηση και τη δέσμευση. Αυτό συμβαίνει καθώς η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού και στοχευμένων δράσεων οδηγεί σε αποσπασματικές ενέργειες και

βασικές οργανωτικές αδυναμίες (WHO, 2014C). Η δραστηριότητα των αρμόδιων φορέων εξαντλείται συνήθως σε αποσπασματικές ενέργειες ή δράσεις περιορισμένης κλίμακας και δεν επενδύεται σε συνολικές στρατηγικές. Επιπλέον, η Ελλάδα, υστερεί στην ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας, καθώς δεν διαθέτει ολιστικό σχεδιασμό για την καταπολέμηση των συνεπειών του αλκοόλ και δεν έχουν αναπτυχθεί ειδικά συμβουλευτικά κέντρα και συμβουλευτικές υπηρεσίες για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της κατάχρησης του αλκοόλ σε κοινοτικό επίπεδο (WHO, 2014C). Επίσης, η Ελλάδα ελέγχει τη διαθεσιμότητα του αλκοόλ, καθώς δεν διαθέτει πολιτικές σχετικά με τη θέσπιση περιορισμών στα καταστήματα πώλησης και στο σερβίρισμα, στη θέσπιση περιορισμών στην κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας (Αηδονόπουλος, 2005).

Επιπρόσθετα, υστερεί στη δράση με κέντρο την κοινότητα και τους χώρους εργασίας και την οργάνωση εθνικής καμπάνιας ενημέρωσης, με εξαίρεση τις στρατηγικές ενημέρωσης του κοινού για τους κινδύνους στην οδήγηση. Δεν υπάρχει αρμόδιος φορέας για την πρόληψη, ούτε εκπαιδευτικά προγράμματα και δράσεις για την ταυτόχρονη προαγωγή θετικών προτύπων και συμπεριφορών. Δεν διατίθενται εκπαιδευτικά προγράμματα για τα παιδιά και τους νέους. Δεν διατίθενται προγράμματα επιμόρφωσης των εργοδοτών και του προσωπικού για την κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας (WHO, 2014C). Επιπλέον υστερεί η ανάπτυξη πολιτικών τιμολόγησης με βάση την περιεκτικότητα σε αλκοόλ των ποτών και στην προώθηση και εμπορία αλκοολούχων ποτών με τη θέσπιση ειδικών κανόνων και προδιαγραφών για την προβολή της κατανάλωσης του αλκοόλ στα μέσα μαζικής ενημέρωσης καθώς και στον έλεγχο χορηγίας και δράσης που απευθύνονται στους νέους. Δεν έχει δοθεί έμφαση στη μείωση των αρνητικών συνεπειών της κατανάλωσης και της δηλητηρίασης από οινόπνευμα καθώς δεν έχει θεσπιστεί μέτρο για την ύπαρξη ετικετών προειδοποίησης στις συσκευασίες αλκοολούχων ποτών (WHO, 2014C). Δεν υπάρχει πρόληψη για την ενημέρωση των βλαπτικών επιπτώσεων στη δημόσια υγεία από το παράνομο αλκοόλ και το αλκοόλ που παράγεται ανεπίσημα. Στον τομέα αυτόν, ενώ έχει θεσπιστεί νόμος για τη παράνομη παραγωγή και διακίνηση αλκοολούχων ποτών, οι έλεγχοι είναι ελλιπείς και ο προσανατολισμός του μέτρου σχετίζεται περισσότερο με τη διασφάλιση των φορολογικών εσόδων του κράτους και όχι με την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Τέλος, στην παρακολούθηση και στην επιτήρηση. Δεν διαθέτουμε σύστημα ποιότητας και αξιολόγησης των προγραμμάτων. Η αξιολόγηση των προγραμμάτων θα πρέπει να γίνεται από τους αρμόδιους φορείς με βάση τους δείκτες που παρουσιάστηκαν παραπάνω και έχουν προταθεί από τον ΠΟΥ (WHO, 2014C; Τριανταφυλλίδου & Τσουμάκας, 2006).

Τα σημαντικότερα προβλήματα και ανεπάρκειες που διαπιστώνονται στην πολιτική κατά του αλκοόλ συνοψίζονται στις παρακάτω αρχές. Η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού και στοχευμένων δράσεων οδηγεί σε αποσπασματικές ενέργειες και βασικές οργανωτικές αδυναμίες. Η Ελλάδα δεν διαθέτει ολιστικό σχεδιασμό για την καταπολέμηση των συνεπειών του αλκοόλ. Ταυτόχρονα, η δραστηριότητα του δημοσίου αποτελείται από αποσπασματικές ενέργειες ή δράσεις περιορισμένης κλίμακας και δεν επενδύεται σε συνολικές στρατηγικές. Ένα άλλο σημαντικό κομμάτι είναι ότι δεν υπάρχει κάποιος αρμόδιος φορέας πρόληψης, ούτε εκπαιδευτικά προγράμματα και δράσεις για την ταυτόχρονη προαγωγή θετικών προτύπων και συμπεριφορών. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για τα παιδιά και τους νέους είναι ανύπαρκτα όπως και τα προγράμματα επιμόρφωσης των εργοδοτών και του προσωπικού για την κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας. Επίσης, δεν διαθέτουμε ειδικά συμβουλευτικά κέντρα και συμβουλευτικές υπηρεσίες, ούτε κάποια στοχευμένη επικοινωνιακή πολιτική και εκστρατεία ενημέρωσης. Τέλος δεν διαθέτουμε είτε σύστημα ποιότητας και αξιολόγησης των προγραμμάτων, είτε πολιτική για την αξιοποίηση και την ανάπτυξη του Εθελοντισμού (WHO, 2014C).

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι οι πολιτικές υγείας για τη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ αλλά και των βλαβερών συνεπειών του στην Ελλάδα, παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις και δεν ανταποκρίνονται ακόμα στη σοβαρότητα των επιπτώσεων που εντοπίζονται στην υγεία των πολιτών, την κοινωνία και την οικονομία της χώρας. Ακόμη, διαπιστώνεται ότι οι πολιτικές αντιμετώπισης της επιβλαβούς χρήσης και εξάρτησης από το αλκοόλ δεν προσαρμόζονται κατάλληλα στο πλαίσιο των κοινωνικών πολιτικών και των πολιτικών ανάπτυξης που αφορούν τον τομέα της υγείας (WHO, 2014C), (<https://www.beststrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/strategiesatthealcohol/> ).

### **2.3. Υπάρχουσες υπηρεσίες για τη πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση του αλκοόλ.**

Δεδομένης της ευρείας φύσης της υπερβολικής χρήσης αλκοόλ και των προβλημάτων αλκοόλ, οι παρεμβάσεις σε επίπεδο πληθυσμού που επηρεάζουν τα περιβάλλοντα μέσα στα οποία τα άτομα κάνουν τις επιλογές τους σχετικά με το ποτό είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη αυτών των προβλημάτων (Babor et al., 2010). Οι εργαζόμενοι σε παραδοσιακές υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας μπορούν να προσεγγίσουν συναισθηματικά και να κατανοήσουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και, επομένως, να συνηγορήσουν υπέρ αυτών σε ορισμένα ζητήματα. Εν τούτοις, τα συμφέροντα των εργαζομένων στην υγεία και των χρηστών των υπηρεσιών μπορεί να συγκρουστούν από ορισμένες συνθήκες. Συγκεκριμένες

παρεμβάσεις συνηγορίας που μπορεί να αναλάβουν οι εργαζόμενοι κέντρων ψυχικής υγείας είναι οι εξής:

- Κλινική δουλειά που να λαμβάνει υπόψη και την άποψη των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών.
- Συμμετοχή σε δραστηριότητες των οργανώσεων χρηστών των υπηρεσιών και οικογενειών.
- Υποστήριξη της ανάπτυξης οργανώσεων χρηστών των υπηρεσιών και οικογενειών και από κοινού σχεδιασμός και αξιολόγηση προγραμμάτων (Π.Ο.Υ., 2003).

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
- στην απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ.

Ο έλεγχος και άδεια της παραγωγής αλκοολούχων ποτών υλοποιείται με τη θέσπιση άδειας για την παραγωγή αλκοολούχων ποτών

(<https://www.bestrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/strategiesatthealcohol/>).

Ο προσανατολισμός λοιπόν του μέτρου, εμπλέκεται περισσότερο όσον αφορά την διασφάλιση των φορολογικών εσόδων του κράτους και δεν έχει να κάνει τόσο με την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Η απαγόρευση της πώλησης ποτών σε ανήλικους αφορά την πώληση σε άτομα ηλικίας κάτω των 17 ετών. Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχει επιτήρηση της εφαρμογής του υφιστάμενου νόμου, με αποτέλεσμα το μέτρο να είναι ουσιαστικά ανενεργό καθώς έγκειται στις ίδιες τις επιχειρήσεις να το τηρήσουν. Η απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ, με ανώτατη επιτρεπτή συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα το 0,5%, είναι ένα μέτρο το οποίο άλλοτε τηρείται ικανοποιητικά και άλλοτε όχι αν και τα τελευταία χρόνια φαίνεται να έχει δοθεί περισσότερη έμφαση σε αυτό

(<https://www.bestrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/strategiesatthealcohol/> ).

Η θεραπεία για τον αλκοολισμό, όπως υπάρχει σήμερα, βασίζεται σε δεκαετίες έρευνας που διερευνά τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους για να βοηθήσει τους ανθρώπους να μειώσουν τη χρήση αλκοόλ ή να σταματήσουν να πίνουν. Αυτή η έρευνα άνοιξε το δρόμο για την ανάπτυξη και την εφαρμογή νέων μεθόδων και θεραπειών και θα συνεχίσει να επηρεάζει τη θεραπευτική πρακτική στο μέλλον (Huebner & Kantor, 2011).

Υπάρχουν προγράμματα αποκατάστασης θεραπείας του αλκοολισμού. Τα προγράμματα αποκατάστασης θεραπείας αλκοολισμού (ή διαφορετικά αποτοξίνωση) είναι επίσημα κυβερνητικά προγράμματα που μπορούν να γίνουν σε νοσοκομειακή περίθαλψη ή σε εξωτερικούς ασθενείς. Η θεραπεία αποτοξίνωσης αλκοόλ γίνεται συνήθως σε κέντρο θεραπείας εξάρτησης ή σε νοσοκομείο και η θεραπεία εθισμού αλκοόλ επιτυγχάνεται από γιατρούς και νοσηλεύτες. Συχνά, πολλοί από τους ανθρώπους που ακολουθούν θεραπεία αποτοξίνωσης για τον αλκοολισμό είναι οι ίδιοι οι άνθρωποι στην αποκατάσταση. Τα προγράμματα αποκατάστασης θεραπείας αλκοολισμού διατίθενται στις εξής μορφές: εσωτερικός ασθενής σε νοσοκομείο, εξωτερική ή μερική νοσηλεία και κατοικίες όπου ο αλκοολικός ζει στο κέντρο θεραπείας εθισμού (<https://www.kentroapexartisis.com>).

Ανεξάρτητα από το είδος του προγράμματος θεραπείας αποκατάστασης για τον αλκοολισμό αυτά τα βήματα είναι κοινά. Το πρώτο βήμα είναι το να γίνει μια εμπειρισταωμένη αξιολόγηση για να γίνει πλήρως κατανοητή η θεραπεία του αλκοολισμού και της τοξικομανίας που θα ήταν καλύτερο για τον ίδιο. Η αξιολόγηση η οποία γίνεται από γιατρό ή σύμβουλο κατάχρησης ουσιών, περιλαμβάνει πληροφορίες που παρέχονται από την οικογένεια και τους φίλους του ασθενή. Δημιουργείται με αυτόν τον τρόπο ένα σχέδιο θεραπείας αλκοολισμού στο οποίο περιγράφονται αναλυτικά τα προβλήματα, οι στόχοι θεραπείας και οι τρόποι επίτευξης αυτών των στόχων. Αυτό μπορεί επίσης να περιλαμβάνει τη θεραπεία των προβλημάτων υγείας εκτός από τον εθισμό, όπως μια ψυχική ασθένεια.

Το επόμενο βήμα είναι ιατρική περίθαλψη κατά την αρχική περίοδο διακοπής της αλκοόλης, η οποία ονομάζεται αποτοξίνωση ή απεξάρτηση. Η ιατρική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης εξαρτάται από τον τύπο κατανάλωσης αλκοόλ και τους παράγοντες κινδύνου για ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης. Επιπρόσθετα μπορεί να χρειαστεί ιατρική περίθαλψη καθώς η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χορηγείται κατά την αποτοξίνωση και την ανάκτηση αλκοόλ. Η θεραπεία με αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης της ομαδικής και ατομικής συμβουλευτικής, θα συμβεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας για τον αλκοολισμό. Τέλος, οι τύποι συμβουλών ποικίλλουν ανάλογα με το πρόγραμμα θεραπείας εθισμού αλκοόλ.

Σε περιπτώσεις ψυχοθεραπείας για τον αλκοολισμό, ένας ψυχολόγος μπορεί να βοηθήσει έναν ασθενή να κατανοήσει καλύτερα και να διαχειριστεί τις επιθυμίες του και να παραμείνει παρακινημένος για να επιτύχει τους στόχους νηφαλιότητας. Οι συνεδρίες ψυχοθεραπείας μπορούν να διαρκέσουν αρκετές εβδομάδες ή να διαρκέσουν πολλούς μήνες. Κατά τη

διάρκεια της ψυχοθεραπείας, ο ψυχολόγος και ο ασθενής αναπτύσσουν μια σχέση με βάση την εμπιστοσύνη, το άνοιγμα και το απόρρητο (<https://www.alcoholrehabguide.org/treatment/types-therapy-alcoholism/>).

Οι δεξιότητες ζωής διδάσκονται γενικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας κατάχρησης αλκοόλ για να βοηθήσουν να τεθούν σε εφαρμογή υγιείς τρόποι αντιμετώπισης ζητημάτων που είχαν αντιμετωπιστεί προηγουμένως με την κατανάλωση αλκοόλ.

Οι τεχνικές πρόληψης των υποτροπών συχνά διδάσκονται κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης για να βοηθήσουν στην πρόληψη της μελλοντικής κατανάλωσης αλκοόλ. Επιπρόσθετα, παρέχονται ομάδες αυτοβοήθειας όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί. Οι υπηρεσίες οικογενειακής εκπαίδευσης και συμβουλευτικής συντονίζονται και προσφέρονται από το πρόγραμμα θεραπείας εθισμού αλκοόλ για να βοηθήσουν την οικογένεια να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα και τα πρότυπα συμπεριφοράς που προκαλούνται από το πρόβλημα του ποτού. Παρακολούθηση της φροντίδας μπορεί να παρέχεται από το πρόγραμμα θεραπείας αλκοολισμού ή μπορεί να παρέχεται από τα συναφή συστήματα υγείας (<https://www.kentroapexartisis.com>).

Ένας αλκοολικός μπορεί να προσπαθήσει να βοηθήσει τον εαυτό του πριν απευθυνθεί σε κάποιον οργανισμό ή σε κάποιο άτομο που εμπιστεύεται. Η αυτοβοήθεια περιλαμβάνει έναν αριθμό αυτοτροφοδοτούμενων πόρων όπως ιστοσελίδες, βιβλία και ομάδες υποστήριξης. Ταυτόχρονα όμως υπάρχουν και διάφορες κοινές ομάδες αλκοολικής θεραπείας και υποστήριξης όπως η Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Ferti, et al., 2006). Η θεραπεία εθισμού αλκοόλ που παρέχεται από τους Αλκοολικούς Ανώνυμους (AA) δίνει μεγάλη σημασία στην εργασία μέσω 12 προκαθορισμένων βημάτων για την επίτευξη και τη διατήρηση της ανάρρωσης. Επίσης, κεντρικό σημείο της AA είναι η έννοια του χορηγού. Ο ανάδοχος είναι ανάπαυλος αλκοολικός που επιλέγεται από τον άνθρωπο που ζητά θεραπεία για να τον καθοδηγήσει μέσα από τα 12 βήματα, καθώς και να προσφέρει υποστήριξη. Οι ανώνυμοι αλκοολικοί απαιτούν από τα μέλη να παρευρίσκονται σε συναντήσεις που είναι πάντα δωρεάν. Το βασικό κίνητρο είναι η αποχή από το ποτό και η αντιμετώπιση της ανάγκης του ποτού. Πρέπει να αποκτηθούν ικανότητες επίλυσης προβλημάτων για τη διαχείριση των σκέψεων και των συμπεριφορών και κυρίως να υπάρξει ισορροπία του τρόπου ζωής για βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες απολαύσεις (<https://www.kentroapexartisis.com>).

Κοινωνική υποστήριξη

Ο αλκοολισμός αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα με τεράστιες διαστάσεις και πλήττει ακόμη και άτομα της εφηβικής ηλικίας. Οι συνέπειες του είναι επιβλαβείς τόσο στη σωματική υγεία και τη ψυχική υγεία του χρήστη όσο και στην κοινωνική και επαγγελματική του ζωή. Γι' αυτό η συστηματική και αποτελεσματική αντιμετώπισή του σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο κρίνεται απαραίτητη. Η αντιμετώπιση λοιπόν του αλκοολισμού, είτε της οξείας φάσης (τοξίκωση από το αλκοόλ, τρομάδες παραλήρημα), είτε της χρόνιας και των οργανικών και ψυχιατρικών επιπλοκών της γίνεται στα Γενικά Νοσοκομεία, σε εξειδικευμένα κέντρα (κέντρο αντιμετώπισης του αλκοολισμού, παθολογικές και ψυχιατρικές κλινικές), με την παρακολούθηση εξειδικευμένων συμβουλευτικών σταθμών με υπηρεσίες μακροχρόνιας παρακολούθησης και υποστήριξης ([http://www.encephalos.gr/index\\_gr.html](http://www.encephalos.gr/index_gr.html) )

Ο ρόλος της τοπικής κοινότητας είναι πολύ σημαντικός στην αντιμετώπιση του προβλήματος του αλκοολισμού. Οι κοινωνικές δομές της τοπικής κοινότητας μπορούν να οργανώσουν πολύπλευρες υπηρεσίες και να παρέμβουν αποτελεσματικά και στις τρεις βαθμίδες πρόληψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια) ([http://www.encephalos.gr/index\\_gr.html](http://www.encephalos.gr/index_gr.html) ).

Η παρέμβαση αποσκοπεί κυρίως στην αποτροπή των ατόμων που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο να εθιστούν στο αλκοόλ. Αυτό επιτυγχάνεται με διάφορες ενέργειες και δραστηριότητες όπως είναι η διανομή έντυπου υλικού και διαλέξεις. Το συγκεκριμένο υλικό ενημερώνει το κοινό για το πρόβλημα του αλκοολισμού, τα αίτια που μπορούν να οδηγήσουν κάποια άτομα στον εθισμό, τι μπορεί να κάνει κάποιος ώστε να μην εθιστεί, τις δυσάρεστες συνέπειες που έχει το αλκοόλ στον άνθρωπο αλλά και σε ποιες υπηρεσίες μπορεί να απευθυνθεί κάποιος για βοήθεια όταν έχει εξαρτηθεί ο ίδιος ή κάποιο μέλος της οικογένειας του από το αλκοόλ (Schuster et al., 1990).

#### **2.4. Κρατικοί φορείς**

Το πρόβλημα του αλκοολισμού δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με την υποστήριξη και βοήθεια του κοινωνικού περιβάλλοντος του χρήστη, ούτε με τις δομές και υποδομές της τοπικής κοινωνίας. Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος έχουν οργανωθεί ορισμένοι Κρατικοί Φορείς, οι οποίοι συμβάλλουν θετικά στην πρόληψη, ενημέρωση, εκπαίδευση, ψυχοκοινωνική υποστήριξη γονέων και χρηστών, θεραπεία, αντιμετώπιση εξαρτητικών και συναφών προβλημάτων και στην κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων.

ΚΕ.Θ.Ε.Α (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων)



Το ΚΕ.Θ.Ε.Α λειτουργεί από το 1983 με την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης Ελληνικής θεραπευτικής κοινότητας. Αποτελεί αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Εξυπηρετεί καθημερινά 2800 περίπου άτομα, χρήστες και μέλη οικογενειών, χάρη σε ένα δίκτυο περισσότερων από 60 μονάδες σε διαφορετικές περιοχές της χώρας. Οι κύριες δραστηριότητες του ΚΕ.Θ.Ε.Α αφορούν τους τομείς ψυχικής υγείας σε θέματα τοξικοεξάρτησης και έρευνας. Επίσης, είναι σύμβουλος οργανισμός του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου του ΟΗΕ σε θέματα ναρκωτικών (<https://www.kethea.gr/>). Το ΚΕ.Θ.Ε.Α διαθέτει εννέα δωρεάν θεραπευτικά προγράμματα σε ολόκληρη την Ελλάδα, τα οποία απευθύνονται στους χρήστες και στις οικογένειες τους. Στηρίζονται στην αντιμετώπιση της εξάρτησης χωρίς φαρμακευτικές ουσίες και στην εθελούσια προσέλευση και ενεργητική συμμετοχή του ατόμου. Ορισμένα από τα προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α είναι: η Ιθάκη, Στροφή, Έξοδος, Παρέμβαση, Διάβαση, Νόστος, Πλεύση, Κέντρο Πολλαπλής Παρέμβασης, Εξέλιξις, Αριάδνη, Νέα Προγράμματα Εθνικού Σχεδίου Δράσης (<https://www.kethea.gr/>).

Υπάρχουν τρεις διαφορετικές φάσεις από τις οποίες εισέρχεται κάποιος όταν πάρει την απόφαση να θεραπευτεί. Σε κάθε μια από τις φάσεις αυτές αντιστοιχεί διαφορετική μονάδα του θεραπευτικού προγράμματος με τους ιδιαίτερους στόχους της. Στην πρώτη φάση της θεραπείας βρίσκονται τα Συμβουλευτικά Κέντρα, με κύριο στόχο τους την ενημέρωση, κινητοποίηση και προετοιμασία των εξαρτημένων ατόμων. Το πρώτο αυτό στάδιο διαρκεί από 8 έως 10 εβδομάδες περίπου και η παρακολούθηση είναι εξωτερική. Το περιβάλλον που παρέχεται είναι ασφαλές, καθώς δεν επιτρέπεται η χρήση ουσιών. Εδώ γίνεται η προετοιμασία των εξαρτημένων ατόμων για εισαγωγή τους σε θεραπευτική κοινότητα. Επίσης, τα Κέντρα αυτά παραπέμπουν τα εξαρτημένα άτομα σε ιατρικές υπηρεσίες της περιοχής και παρέχουν διατροφή και δυνατότητες δημιουργικής απασχόλησης (<https://www.kethea.gr/>).

Η δεύτερη φάση του προγράμματος είναι η θεραπευτική κοινότητα διάρκειας 12 περίπου μηνών. Αποτελεί το κατεξοχήν στάδιο της θεραπείας. Διακρίνονται σε κοινότητες διαμονής και εξωτερικής ημερίσιας παρακολούθησης (ανοιχτές). Οι θεραπευτικές κοινότητες εφαρμόζουν την αρχή της αυτοβοήθειας, όπου κάθε μέλος μαθαίνει πως να βοηθάει τον εαυτό του με τη στήριξη των άλλων. Τα μέλη στη κοινότητα συνυπάρχουν και συνδέονται λόγω του κοινού τους στόχου, την απεξάρτηση και την επανένταξη τους στη κοινωνία. Ο πρώην χρήστης μαθαίνει να εμπιστεύεται τον εαυτό του και τους άλλους, να αντιμετωπίζει το άγχος και να ανακαλύπτει τις ικανότητες, τα όρια και τις δυνατότητες του. Επίσης, αυτές οι

κοινότητες παρέχουν στα μέλη τους συστηματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης με πολλαπλούς στόχους όπως τη κάλυψη βασικών εκπαιδευτικών κενών, την επανασύνδεση με την εκπαιδευτική διαδικασία, τον επαγγελματικό προσανατολισμό, την επαγγελματική κατάρτιση και καλλιέργεια προσωπικών ενδιαφερόντων. Τέλος, με οργανωμένο τρόπο αντιμετωπίζονται τα προβλήματα υγείας και οι νομικές εκκρεμότητες των μελών (<https://www.kethea.gr/>).

Η τρίτη φάση του προγράμματος είναι η φάση της κοινωνικής επανένταξης (κοινωνικής δραστηριοποίησης), διάρκειας 10 έως 12 μήνες περίπου. Στόχος της είναι να μάθει το άτομο πως να λειτουργεί ως ισότιμο μέλος στην κοινωνία με τη νέα ταυτότητα που απέκτησε κατά τη παραμονή του στη θεραπευτική κοινότητα. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση, καθώς αποτελούν προϋποθέσεις πλήρους κοινωνικής ένταξης και βασικούς παράγοντες για τη πρόληψη της υποτροπής. Παρακάτω, αναφέρουμε αναλυτικότερα ένα από τα προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α, το πρόγραμμα Παρέμβαση.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ανήκει στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. Παρέχει υπηρεσίες σε χρήστες ουσιών άνω των 20 ετών και τις οικογένειες τους. Στοχεύει στην απεξάρτηση, την εκπαίδευση και την κοινωνική επανένταξη των μελών του. Ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1989 με την ίδρυση της Εναλλακτικής Κοινότητας «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ», η οποία εγκαταστάθηκε στη Ραφήνα Αττικής και το 1992 εξελίχθηκε σε ολοκληρωμένο πολυφασικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα (Τσακνάκη, 2014).

Διαθέτει Συμβουλευτικό Κέντρο, Εναλλακτική Κοινότητα, Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης, μονάδες που αντιστοιχούν σε διαφορετικές φάσεις της απεξάρτησης καθώς και Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης και Συμβουλευτικής για τη παράλληλη στήριξη των ατόμων της οικογένειας του χρήστη. Επίσης, διαθέτει τα τμήματα Εκπαίδευσης, Έρευνας και Τεκμηρίωσης και Διοίκησης / Οικονομικού, τα οποία είναι υποστηρικτικά στις θεραπευτικές μονάδες ανάλογα με το αντικείμενο τους προκειμένου να υλοποιηθούν οι στόχοι που έχουν τεθεί και να αναζητηθούν τρόποι βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών (<https://www.kethea.gr/>).

Στο Συμβουλευτικό Κέντρο γίνεται η πρώτη προσέγγιση του χρήστη με το Θεραπευτικό Πρόγραμμα «Παρέμβαση», η οποία είναι πάντα εθελοντική. Το Κέντρο αυτό στοχεύει κυρίως στην κινητοποίηση του χρήστη ώστε να ζητήσει θεραπεία και να ενημερωθεί για τις ομάδες αυτοβοήθειας και για το θεραπευτικό πρόγραμμα. Παρέχει στήριξη στους χρήστες,

ώστε να ευαισθητοποιηθούν και να αποφασίσουν ότι πρέπει να προσπαθήσουν να θεραπευτούν (Τσακνάκη, 2014).

Τα εξαρτημένα μέλη κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο Συμβουλευτικό Κέντρο ενημερώνονται για τη λειτουργία του προγράμματος. Επιπλέον, ενισχύεται η θέληση τους για θεραπεία, καθώς τονίζονται οι δυσμενείς επιπτώσεις της χρήσης ουσιών στη ζωή τους. Επίσης, τους παρέχεται συναισθηματική στήριξη προκειμένου να ελαττώσουν ή να διακόψουν τη χρήση και να μάθουν άλλους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων τους. Η χρήση δεν επιτρέπεται στο Κέντρο.

Επιπλέον, τους δίνονται οι δυνατότητες ώστε να εκμεταλλευτούν δημιουργικά το χρόνο τους συμμετέχοντας σε δραστηριότητες, οι οποίες πραγματοποιούνται μέσα και έξω από το Κέντρο, όπως συζητήσεις, εκδρομές, παιχνίδια, ζωγραφική, θέατρο, κ.ά. Όσοι απευθύνονται στο Κέντρο παραπέμπονται πρώτα σε ιατρικές εξετάσεις για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας που τυχόν έχουν. Έπειτα από το Συμβουλευτικό κέντρο τα μέλη παραπέμπονται στην Εναλλακτική Κοινότητα (<https://www.kethea.gr/>).

Η Εναλλακτική Κοινότητα αυτή αποτελεί τη κύρια φάση θεραπείας του θεραπευτικού προγράμματος και είναι κοινότητα διαμονής. Παρέχεται ασφάλεια, στήριξη και βοήθεια ώστε το μέλος να συνειδητοποιήσει και να αναπτύξει τις προσωπικές του δεξιότητες και την κοινωνικότητα του, να αλλάξει το τρόπο ζωής του, υιοθετώντας ένα νέο σύστημα αξιών και να αναπτύξει τη προσωπική του ευθύνη και ωριμότητα (Ζήση, 2014). Η Εναλλακτική Κοινότητα Παρέμβαση, πέρα από το θεραπευτικό της έργο, προσπαθεί να κινηήσει το ενδιαφέρον των μελών για τα προβλήματα που απασχολούν τη σύγχρονη κοινωνία. Ταυτόχρονα προσπαθεί να τα ενθαρρύνει να δραστηριοποιηθούν μέσα από την οργάνωση παρεμβάσεων οικολογικού, ανθρωπιστικού και πολιτιστικού χαρακτήρα σε συνεργασία με άλλους πολίτες, δήμους, συλλόγους και φορείς (<https://www.kethea.gr/>).

Τα θεραπεύομενα μέλη από τη στιγμή που εισέρχονται στην Κοινότητα εντάσσονται σε ομάδες δουλειάς. Το κάθε άτομο αναλαμβάνει να εκπληρώσει ένα συγκεκριμένο τύπο αλληλοβοήθειας. Με αυτόν τον τρόπο αποκτάται ο σεβασμός για τη δουλειά που κάνει ο καθένας, καλλιεργείται το αίσθημα της προσφοράς προς τρίτους, αλλά και συγχρόνως ικανοποιούνται οι ανάγκες λειτουργίας της κοινότητας (<https://www.kethea.gr/>).

Το Πρόγραμμα αυτό δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην εκπαίδευση και τον επαγγελματικό προσανατολισμό. Η εκπαίδευση που λαμβάνει το κάθε άτομο είναι ανάλογη με τις ανάγκες, τις δεξιότητες, τις ικανότητες και τις ιδιαίτερες προτιμήσεις του. Με την εκπαίδευση το κάθε

μέλος αποκτάει γνώσεις βασικής παιδείας και επαγγελματική κατάρτιση που θα το βοηθήσουν αργότερα στην ομαλή κοινωνική του επανένταξη. Επίσης, βασικό μέλημα της Κοινότητας αποτελεί και η αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και η διευθέτηση νομικών εκκρεμοτήτων (<https://www.kethea.gr/>).

Το Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης αποτελεί τη τελευταία φάση του Θεραπευτικού Προγράμματος και εισέρχονται όσα μέλη έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στην Εναλλακτική Κοινότητα. Κύριοι στόχοι του Κέντρου είναι η υποστήριξη των θεραπευόμενων μελών για να ενταχθούν αρμονικά στη κοινωνία, η στήριξη των μελών ώστε να αναλαμβάνουν πλήρως την ευθύνη του εαυτού τους, η ενίσχυση των μελών στον επαγγελματικό τους προσανατολισμό και την επαγγελματική τους κατάρτιση και η ενθάρρυνση των μελών ώστε να είναι κοινωνικά ενεργοποιημένα, τροφοδοτώντας τα με θετικά ερεθίσματα για τη ζωή. Το Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης διαθέτει ξενώνα όπου φιλοξενεί τα μέλη κατά τη πρώτη περίοδο της επανένταξης. Αφού εξέλθουν από το στάδιο της κοινωνικής επανένταξης, τα μέλη περνούν στη φάση των ολοκληρώσεων και στη συνέχεια, αν πληρούν τα κριτήρια, αποφοιτούν (<https://www.kethea.gr/>).

Πέρα από τις θεραπευτικές διαδικασίες προς τα θεραπευόμενα μέλη λειτουργεί και Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης και Συμβουλευτικής στο πλαίσιο του Προγράμματος Παρέμβαση. Η συμβολή της οικογένειας στη θεραπεία των εξαρτημένων μελών είναι πολύ σημαντική. Το Κέντρο αυτό στοχεύει κυρίως στην ενημέρωση της οικογένειας για τη χρήση ουσιών και τις συνέπειες της στον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας και στις σχέσεις των μελών, στη συναισθηματική στήριξη και ενίσχυση των ατόμων που έχουν άμεση σχέση με το χρήστη με σκοπό την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν, στην απόκτηση περισσότερης γνώσης και συνείδησης της συμπεριφοράς τους με απώτερο σκοπό τη προσωπική αλλαγή και τη βελτίωση των τρόπων που επικοινωνούν και σχετίζονται με τους άλλους και στην ανάπτυξη άλλων δεξιοτήτων μέσω βιωματικών σεμιναρίων (<https://www.kethea.gr/>).

Το κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης παρέχει τις υπηρεσίες του στους γονείς και στους συγγενείς των χρηστών ανεξάρτητα αν το εξαρτημένο μέλος βρίσκεται ήδη σε θεραπεία ή όχι. Πρόκειται κυρίως για υπηρεσίες συστηματικής συμβουλευτικής και υποστήριξης προς τους γονείς και συγγενείς των χρηστών, εκπαίδευσης των μελών της οικογένειας ώστε να μπορούν να στηρίξουν το εξαρτημένο μέλος στην προσπάθεια του για απεξάρτηση και

κοινωνική επανένταξη και τέλος, βοηθάει στην οικογένεια να εξομαλύνει τις εσωτερικές δυσλειτουργίες, που ίσως ήταν μία από τις αιτίες του προβλήματος.

Το πρόγραμμα 18 άνω υπάγεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής – Δαφνί, όπου ανήκει στο ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) και αποτελεί ένα πρόγραμμα με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Σε αυτό το πρόγραμμα μπορούν να προσέλθουν, οικειοθελώς, όλα τα άτομα που εξαρτώνται από διάφορες ουσίες. Στόχος του προγράμματος είναι η ψυχολογική απεξάρτηση από όλες τις ουσίες και όχι απλά η αποχή από αυτές, καθώς η εξάρτηση είναι ένα βιο-ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο και όχι μόνο βιολογικό (<http://www.18ano.gov.gr/>).

Στηρίζεται στη ψυχοθεραπεία (ομαδική και ατομική). Το θεραπευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει τον εξαρτημένο με σεβασμό και αξιοπρέπεια, κάνοντας τον έτσι να νιώθει ασφάλεια και αποδοχή. Οι φάσεις της θεραπείας είναι τρεις: α) Εμφύχωσης – Ευαισθητοποίησης, β) Ψυχολογικής Απεξάρτησης και γ) Κοινωνικής Επανένταξης. Ο κάθε θεραπευόμενος από την αρχή της θεραπείας του εντάσσεται σε μια ομάδα με την οποία διανύει και τις τρεις φάσεις.

Στην πρώτη φάση ανήκει ο Συμβουλευτικός Σταθμός, όπου αποτελεί το πρώτο στάδιο και τον πρώτο χώρο υποδοχής του εξαρτημένου. Στη φάση αυτή, για πρώτη φορά, ο εξαρτημένος διατυπώνει το πρόβλημα του και εκφράζει τους φόβους και τις προσδοκίες του. Πραγματοποιούνται ατομικά συνέδρια συμβουλευτικού χαρακτήρα μια φορά την εβδομάδα. Σε περίπτωση που κάποιος δε συνεχίσει στις επόμενες φάσεις, ο Συμβουλευτικός Σταθμός θα προσφέρει πάντα τις υπηρεσίες του σε όσους ζητάνε βοήθεια, ξεκινώντας μια νέα προσπάθεια (<http://www.18ano.gov.gr/>).

Η δεύτερη φάση του προγράμματος είναι εσώκλειστη φάση και έχει διάρκεια παραμονής 6-7 μήνες. Εδώ το εξαρτημένο άτομο, μέσα από διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες (ατομική/ομαδική ψυχοθεραπεία, δραματοθεραπεία, θεραπεία μέσω τέχνης, εργοθεραπεία) προσπαθεί να συνειδητοποιήσει τους πραγματικούς λόγους που το οδήγησαν στην εξάρτηση και να αναζητήσει νέους τρόπους ζωής. Οι σημαντικότερες και ουσιαστικότερες ίσως θεραπευτικές διαδικασίες του προγράμματος είναι η δραματοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία.

Στη δραματοθεραπεία χρησιμοποιούνται με επιστημονικό τρόπο τα θεραπευτικά στοιχεία του δράματος και του θεάτρου, στα πλαίσια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Η δραματοθεραπεία χρησιμοποιεί μεθόδους δράσης τέτοιες που να διευκολύνουν τη δημιουργικότητα, τη φαντασία, τη μάθηση, την αυτεπίγνωση και την ανάπτυξη. Βοηθάει στην εξερεύνηση, αναγνώριση και επεξεργασία των συναισθημάτων και των σχέσεων του

εξαρτημένου. Μέσα από τη δημιουργική έκφραση προάγεται η ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης της επικοινωνίας και των σχέσεων με τους άλλους (Μισουρίδου, 2015).

Η δραματοθεραπεία επιτρέπει προσωπικές εμπειρίες να ξαναβιωθούν και να αντιμετωπιστούν με ένα συμβολικό τρόπο. Με τη παρατήρηση και το πειραματισμό με εναλλακτικές συμπεριφορές και στρατηγικές, με συντονισμό και τη βοήθεια του ειδικού δραματοθεραπευτή, μέσα σε ένα πάντα ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, μαθαίνει κανείς να αντιμετωπίζει διάφορες και συχνά δύσκολες κοινωνικές καταστάσεις. Η δραματοθεραπεία παρέχει έναν ασφαλή χώρο, μέσα στον οποίο οι συμμετέχοντες, με τη δημιουργική διαδικασία, επανεξετάζουν τις αξίες, τις στάσεις και τα συναισθήματά τους και επίσης, δοκιμάζουν νέους εναλλακτικούς τρόπους δράσης μέσα στη κοινωνία (<http://www.18ano.gov.gr/>).

Ομαδική ψυχοθεραπεία: προσεκτικά επιλεγμένοι μαθητές τοποθετούνται σε μια ομάδα, η οποία αποτελείται από 3 έως 15 μέλη (Flores, 2007). Η ομάδα αυτή καθοδηγείται από εκπαιδευμένο ψυχοθεραπευτή και σκοπός της είναι να βοηθήσει το ένα μέλος το άλλο, ώστε να επέλθει αλλαγή. Οι συναντήσεις τους γίνονται μια φορά την εβδομάδα και διαρκούν μια έως δυο ώρες. Με την ομαδική ψυχοθεραπεία επιτυγχάνεται κυρίως ο έλεγχος της πραγματικότητας, η αλλαγή της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς των μελών, η ανάπτυξη του αισθήματος ότι ανήκουν κάπου και ότι αγωνίζονται όλοι για τον ίδιο σκοπό, η διαπροσωπική μάθηση μέσω της ανταλλαγής συναισθηματικών εμπειριών και η εκτόνωση συναισθημάτων (<http://www.18ano.gov.gr/>).

## **2.5. Αλκοόλ και Επαγγελματίες Υγείας**

Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται σε άτομα με διαταραχές χρήσης αλκοόλ. Ο προσδιορισμός των στάσεων των επαγγελματιών υγείας υποστηρίζει στρατηγικές που προωθούν θετικές στάσεις και βελτιώνουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται σε αυτόν τον πληθυσμό (de Vargas et al., 2020). Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας βρέθηκαν να έχουν αρνητική στάση απέναντι σε ασθενείς με προβλήματα χρήσης ουσιών. Μια ευρωπαϊκή μελέτη συνέκρινε τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε διαφορετικές ομάδες ασθενών σε διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες. Η εκτίμηση των επαγγελματιών υγείας για την εργασία με χρήστες ουσιών, ιδιαίτερα χρήστες ναρκωτικών και αλκοόλ, ήταν σταθερά χαμηλότερη σε σύγκριση με άλλες ομάδες ασθενών, όπως ασθενείς με κατάθλιψη ή διαβήτη (Gilchrist et al., 2011). Η εργασία υπό την επήρεια ναρκωτικών και/ή αλκοόλ μπορεί να

επηρεάσει την ασφάλεια και την απόδοση στην εργασία. Ωστόσο, το μέγεθος αυτού του πιθανού προβλήματος μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (HP) είναι άγνωστο (Edvardsen et al., 2014).

Οι επαγγελματίες υγείας είναι υπάλληλοι που έχουν εύκολη πρόσβαση στα φάρμακα στην εργασία και τις συνέπειες η κατάχρηση μπορεί να επηρεάσει τόσο τους ίδιους όσο και τους ασθενείς (Berge et al., 2012). Οι ψυχοδραστικές επιδράσεις των ναρκωτικών μπορεί να προκληθούν από ένα οξεία φαρμακολογική επίδραση ή επίδραση hangover που επηρεάζει την απόδοση του χρήστη ακόμα κι αν το οι ενεργές ενώσεις απομακρύνονται από τον εγκέφαλο. Επομένως, τα αποτελέσματα των ναρκωτικών και του αλκοόλ μπορεί να μειώσουν την αποτελεσματικότητα στην εργασία για πολλές ώρες μετά τη λήψη του φαρμάκου. Επιπλέον, η εξάρτηση μπορεί να προκαλέσει μια αίσθηση λαχτάρας που μπορεί να προκύψει σε επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν εστιάσει στη δουλειά (Edvardsen et al., 2014).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα υψηλά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ από γιατρούς δύο συγκεκριμένων ιατρικών ειδικοτήτων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας, το 49% των ψυχιάτρων καταναλώνει αλκοόλ ως άμεση συνέπεια οικογενειακών και συναισθηματικών προβλημάτων (Nace et al., 1995 ), ενώ αντίστοιχη έρευνα πιστοποιεί πως οι ψυχίατροι έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα αυξημένων ποσοστών κατανάλωσης αλκοόλ συγκριτικά με τους γιατρούς των υπόλοιπων ειδικοτήτων (Mansky, 1996 ).

Οι επαγγελματίες υγείας είναι σε ιδανική θέση για να προωθήσουν και να βελτιώσουν την υγεία και την ευημερία άτομα, οικογένειες και κοινότητες (WHO, 2013). Είναι σε θέση να προσεγγίσουν μεγάλες αναλογίες του πληθυσμού καθώς συχνά θεωρούνται πρότυπα από τους ασθενείς τους και ως εκ τούτου αναμένεται να εξασκήσουν ό, τι «κηρύττουν», (Voigt et al., 2009). Ωστόσο, οι αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς και το επίπεδο παρέμβασης και φροντίδας μπορεί να καθοριστεί από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας προσωπικές και επαγγελματικές στάσεις, τις πεποιθήσεις και τις εμπειρίες του αλκοόλ, καθώς και την προσωπική τους χρήση αλκοόλ (Rosta & Aasland, 2013). Οι προσωπικές πεποιθήσεις για την υγεία και η σημασία που αποδίδει ένα άτομο στις δικές τους συμπεριφορές μπορεί επίσης να επηρεάσουν την υιοθέτηση συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία. Για παράδειγμα, αρνητικές στάσεις έχουν αναφερθεί σε χρήστες ουσιών από διάφορες ομάδες επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων θεωρώντας τη φροντίδα τέτοιων ασθενών ως μη αποδοτική και δυσάρεστη (Gilchrist et al., 2011). Οι νοσηλευτές αν και θεωρούσαν τους αλκοολικούς ως άρρωστα άτομα, υπήρχε μια τάση να

μην αισθάνονται άνετα να δουλεύουν μαζί τους. Παρόλο που οι νοσηλευτές δεν αντιλαμβάνονταν τον αλκοολισμό ως ταμπού και δέχονταν τους αλκοολικούς ασθενείς ως χρήστες, αυτή η παθολογία δεν έκανε τους νοσηλευτές να αισθάνονται άνετα να εργαστούν με τέτοιους ασθενείς (Molina-Mula et al., 2018). Δεν υπάρχουν αρκετά επιστημονικά στοιχεία για το πώς η στάση των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι περισσότερες μελέτες έχουν περιγράψει μόνο τους διαφορετικούς τύπους στάσεων και συμπεριφορών των επαγγελματιών, αλλά όχι την επιρροή τους στα είδη υγειονομικής περίθαλψης (Molina-Mula et al., 2018).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΕΡΕΥΝΑ**

### **3.1. Σκοπός έρευνας**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις απόψεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με τη χρήση του αλκοόλ. Ειδικότερα σκοπεύει να εμβαθύνει στις αιτίες, τις συνέπειες της χρήσης καθώς και την υπάρχουσα κοινωνική πολιτική σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για την πρόληψη και θεραπεία του αλκοόλ σε επίπεδο ατόμου, οικογένειας, κοινωνίας.

### **3.2. Ερευνητικά ερωτήματα**

1. Αλκοόλ και άτομο, οικογένεια, κοινωνία: **Ποιες είναι οι απόψεις των επαγγελματιών αναφορικά με τα αίτια και τις συνέπειες της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ;**
2. Αλκοόλ: Υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο και υπάρχουσες υπηρεσίες στην Ελλάδα (Σε τοπικό και εθνικό επίπεδο/ σε επίπεδο εθελοντικό κτλ.). **Ποιες είναι οι απόψεις των επαγγελματιών αναφορικά με το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο και τις υπάρχουσες υπηρεσίες στην Ελλάδα κτλ.**
3. Αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται. **Ποιες είναι οι απόψεις των επαγγελματιών τους αναφορικά με την υπάρχουσα κοινωνική πολιτική; Καλύπτονται οι ανάγκες των χρηστών του αλκοόλ και των οικογενειών τους;**
4. Προτάσεις για το μέλλον.

### **3.3. Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας**

Η παρούσα ποιοτική έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας με θέμα «Ποιες είναι οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη χρήση αλκοόλ». Με την



ποιοτική έρευνα διερευνώνται και ερμηνεύονται σε μεγαλύτερο βάθος διάφορες διαστάσεις των ανθρώπινων πεποιθήσεων, των συμπεριφορών, των στάσεων, των αντιλήψεων, των εμπειριών, των αξιών, των απόψεων και των γνώσεων. παρέχοντας έτσι τη δυνατότητα στους ερευνητές να κατανοήσουν σε βάθος το ερευνητικό αντικείμενο και να αναπτύξουν ερευνητικές υποθέσεις. (Galani, 2017).

Ο πλούτος των πληροφοριών που συλλέγονται με τη συγκεκριμένη μέθοδο επιτρέπει την ανάδειξη ερωτημάτων τα οποία με τη σειρά τους ανοίγουν νέους ερευνητικούς δρόμους. Στόχος της προσέγγισης αυτής είναι η περιγραφή και η αναγνώριση του υπό μελέτη ερευνητικού πεδίου, που μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη μιας γενικευμένης θεωρίας, η οποία δεν είναι συγκεκριμένη στην αρχή της έρευνας, αλλά θα διαμορφωθεί κατά τη διάρκεια της συλλογής και της ανάλυσης των ποιοτικών στοιχείων. Η ευελιξία που προσφέρει η ποιοτική μέθοδος συλλογή δεδομένων, σε σύγκριση με τη ποσοτική, δίνει τη δυνατότητα για τη συγκέντρωση πιο λεπτομερών στοιχείων για το υπό μελέτη θέμα, διευκολύνοντας έτσι την ανάπτυξη και αποσαφήνιση εννοιολογικών κατηγοριών. Σε αντίθεση με τις έρευνες που επικεντρώνονται στον έλεγχο της θεωρίας, οι έρευνες που στοχεύουν στην ανάπτυξή της, επιτρέπουν αλλαγές στα ερωτήματα που τίθενται, στο δείγμα που χρησιμοποιείται καθώς και στον τρόπο με τον οποίο συλλέγονται τα δεδομένα (Κυριαζή, 2011).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της συνέντευξης. Η συγκεκριμένη ποιοτική μέθοδος επιλέχθηκε καθώς παρέχει την δυνατότητα στον ερευνητή να στοχεύσει στις εμπειρίες για τους συνεντευξιαζόμενους και να εκμαιεύσει τα συναισθήματα τους για την εκάστοτε ερώτηση. Ο όρος «ποιοτική συνέντευξη» αφορά τις συνεντεύξεις που στόχο έχουν να εμβαθύνουν σε ένα ερώτημα ή μία αντίληψη και αποτελεί μάλλον την πιο διαδεδομένη μέθοδο συλλογής/παραγωγής ποιοτικών ερευνητικών δεδομένων στην ψυχολογική, κοινωνική και εκπαιδευτική έρευνα (Ισαρη & Πουρκός, 2016).

Το είδος συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε, είναι η δομημένη συνέντευξη (Opdenakker, 2006), η οποία έχει συνταχθεί ώστε να εξαχθούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα. Στην προκειμένη περίπτωση υπάρχει ένας άξονας συζήτησης με ερωτήσεις, ο οποίος αποτελεί σημείο αναφοράς για τον ερευνητή, ο οποίος με κατάλληλους χειρισμούς θα στρέψει την συζήτηση στο θέμα το οποίο θέλει να εξετάσει με τρόπο που θα φαίνεται αυθόρμητος.

### 3.4. Συμμετέχοντες

Στην παρούσα μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε με την μορφή συνέντευξης, έλαβαν μέρος δέκα επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ερωτήθηκαν πέντε Ψυχολόγοι, τρεις Κοινωνικοί Λειτουργοί και δύο Νοσηλευτές. Οι ερωτηθέντες είναι μεταξύ της ηλικίας των 35-44 και ο μέσος όρος προϋπηρεσίας τους σε σχέση με τον αλκοολισμό είναι από 11-15 έτη. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Η έρευνα ήταν χρονοβόρα λόγω των συνθηκών που επικρατούν τα τελευταία χρόνια, ειδικά στον τομέα της υγείας εξαιτίας της πανδημίας του κορονοϊού.

Η ομάδα πληθυσμού που επιλέχθηκε για την έρευνα είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (π.χ. Ψυχίατροι, Κοινωνικοί λειτουργοί, Ψυχολόγοι, Κοινωνιολόγοι, και λοιποί επαγγελματίες υγείας) σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στο Νομό Ηρακλείου. Συγκεκριμένα η έρευνα επικεντρώθηκε σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας οι οποίες απευθύνονται σε ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ. Ο συνολικός αριθμός των συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν ήταν 10. Τα κριτήρια της επιλογής των συμμετεχόντων έγινε με βάση την εμπειρία και τον βαθμό γνώσης στο υπό μελέτη θέμα. Η δειγματοληψία με προκαθορισμένα ποσοστά είναι ουσιαστικά μια επέκταση της σκόπιμης δειγματοληψίας στην οποία αφ' ενός καθορίζονται ορισμένα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχουν οι υποψήφιοι συμμετέχοντες και αφ' ετέρου καθορίζονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων με τα εν λόγω χαρακτηριστικά. Με τον τρόπο αυτόν, οι ερευνητές στοχεύουν στο να συμπεριλάβουν στη μελέτη άτομα με διάφορα χαρακτηριστικά σε ικανοποιητικά ποσοστά για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων (Galanis, 2017).

Επιπλέον, οι συνεντευξιαζόμενοι επιθυμούν να παραμείνουν ανώνυμοι και να γνωστοποιηθούν μόνο οι απαραίτητες πληροφορίες για την έρευνα. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων, αναλύθηκαν και συγκρίθηκαν τόσο μεταξύ τους, όσο και με την ανάλογη βιβλιογραφία ώστε να εξαχθούν αντικειμενικά συμπεράσματα. Πέντε από τις συνεντεύξεις ανήκουν σε ψυχολόγους που ασχολούνται με περιπτώσεις ατόμων που κάνουν χρήση αλκοόλ. Δύο συνεντεύξεις έχουν δοθεί από νοσηλευτές και τρεις από κοινωνικούς λειτουργούς.

Πίνακας 1 Κοινωνικά Χαρακτηριστικά συνεντευζιαζόμενων

<b>Επάγγελμα</b>	<b>Ψυχολόγος</b>	<b>Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια</b>	<b>Κοινωνικός Λειτουργός</b>
<b>N (%)</b>	5 (50%)	2 (20%)	3 (30%)
<b>Φύλο</b>	<b>Άνδρας</b>	<b>Γυναίκα</b>	
<b>N (%)</b>	4 (40%)	6 (60%)	
<b>Ηλικιακή Ομάδα</b>	<b>25-34 ετών</b>	<b>35-44 ετών</b>	<b>45-55 ετών</b>
<b>N (%)</b>	1 (10%)	6 (60%)	3 (30%)
<b>Έτη Ενασχόλησης με τον Αλκοολισμό</b>	<b>5 έως 10</b>	<b>11 έως 15</b>	<b>16 και άνω</b>
<b>N (%)</b>	3 (30%)	5 (50%)	2 (20%)
<b>Φορέας Απασχόλησης</b>	<b>Δημόσιος</b>	<b>Ιδιωτικός</b>	
<b>N (%)</b>	2 (20%)	8 (80%)	

### 3.5. Ερωτηματολόγια

Η παρούσα μελέτη, είναι μια «επαγωγική προσέγγιση» (Kiefer, 2007) η οποία χρησιμοποιεί ημιδομημένες ερωτήσεις για να παρουσιάσει τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά το αλκοόλ. Τα κυριότερα θέματα τα οποία ερευνήθηκαν ήταν οι αιτίες και τα αποτελέσματα της χρήσης αλκοόλ, όσον αφορά το οικογενειακό, το κοινωνικό και το εργασιακό περιβάλλον.

### 3.6. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Οι δέκα συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν από τις δύο φοιτήτριες, η κάθε μία είχε αναλάβει να πραγματοποιήσει πέντε συνεντεύξεις. Στην συνέχεια η συγγραφή πραγματοποιήθηκε πάλι από τις φοιτήτριες, αφού τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ερευνητικής εχεμύθειας και δεοντολογίας. Επιπλέον, οι ερωτηθέντες επιθυμούν να παραμείνουν ανώνυμοι. Οι ερωτήσεις μελετήθηκαν και χωρίστηκαν σε πέντε θεματικές ενότητες, οι οποίες προέκυψαν από την μελέτη των απαντήσεων, των συνεντευζιαζόμενων. Στην συνέχεια οι συνεντεύξεις συγκρίθηκαν και μεταξύ τους και σε σχέση με την σχετική βιβλιογραφία. Έπειτα, χαρτογραφήθηκαν οι θεματικές ενότητες που προέκυψαν από όλες τις συνεντεύξεις, και κατανεμήθηκε σε κάθε μία η ανάλογη πληροφορία.

### 3.7. Αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας

Οι κυριότερες θεματικές ενότητες, που προέκυψαν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής έρευνας όσον αφορά τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την χρήση αλκοόλ είναι πέντε:

A) Αίτια χρήσης αλκοόλ.

B) Συνέπειες Υπερβολικής χρήσης αλκοόλ.

Γ) Υπάρχουσα κοινωνική πολιτική-υπηρεσίες για την θεραπεία της υπερβολικής χρήσης αλκοόλ στην Ελλάδα.

Δ) Αξιολόγηση της υπάρχουσας κοινωνικής πολιτικής για την θεραπεία και πρόληψη του αλκοόλ.

Ε) Προτάσεις για το μέλλον.

#### **Α) Αίτια χρήσης αλκοόλ.**

Όσον αφορά την πρώτη θεματική ενότητα, ως κυριότερη αιτία της χρήσης αλκοόλ, οι επαγγελματίες υγείας, απάντησαν η επιρροή από το οικογενειακό περιβάλλον. Πολλοί από τους χρήστες αλκοόλ, εκτίθενται καθημερινά στο αλκοόλ είτε από το οικογενειακό τους περιβάλλον, έχοντας κάποιον από το στενό συγγενικό περιβάλλον με το οποίο αλληλοεπιδρούν και είναι χρήστης αλκοόλ.

*«Πολλοί χρήστες, έχουν ως πρότυπο τους γονείς τους να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ καθημερινά και αυτό το θεωρούν φυσιολογικό».*

*(Ερωτώμενος Νο 4).*

Κάποιοι από τους ερωτώμενους ανέφεραν τον ρόλο της οικογένειας και επισήμαναν ότι τόσο η κληρονομικότητα όσο και η μίμηση, είναι αίτια για την ροπή προς τον αλκοολισμό. Ειδικότερα μέσα στην οικογένεια όταν υπάρχουν χρήστες αλκοόλ, τα νεότερα μέλη της είναι πιθανό να αναπτύξουν μία ανέχεια σε αυτό.

*«Πιστεύω ότι ο γενετικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο δηλαδή η κληρονομικότητα καθώς επίσης εξίσου σημαντικό ρόλο και ο μιμητισμός. Είναι σημαντικό να σημειωθεί εδώ, ότι συνήθως τα παιδιά που βλέπουν τους γονείς τους να καταναλώνουν πολύ αλκοόλ είτε θα γοητευτούν στο μέλλον από ένα τέτοιο τύπου σύντροφο είτε το αντίθετο. Επίσης μια μεγάλη αλλαγή στη ζωή του ατόμου μπορεί να είναι ακόμη μια αιτία χρήσης αλκοόλ».*

*(Ερωτώμενος Νο 7)*

*«Οι κυριότερες θα έλεγα ότι είναι η διαφυγή από κάποιο ζήτημα το οποίο το άτομο δεν μπορεί να διαχειριστεί. Επίσης, η ταύτιση με κάποιο μέλος της οικογένειας που καταναλώνει και αυτό αλκοόλ μπορεί να είναι ακόμη μια αιτία».*

*(Ερωτώμενος Νο 3)*

*«Σίγουρα όταν τα οικογενειακά πρότυπα είναι ένας αλκοολικός πατέρας ή μητέρα, το παιδί μεγαλώνοντας έχει περισσότερες πιθανότητες να ακολουθήσει τον ίδιο δρόμο».*

*(Ερωτώμενος Νο 10)*

Στην Ελλάδα και ειδικότερα στην Κρήτη, τα ήθη και τα έθιμα τείνουν να δείχνουν μεγάλη ανοχή στο αλκοόλ, γι' αυτό ένα άλλο από τα βασικότερα αίτια για την χρήση αλκοόλ είναι, ότι στην κρητική κουλτούρα είναι συνδεδεμένο με την διασκέδαση.

*«Η αλήθεια είναι ότι το άτομο ανέκαθεν δεν έμπαινε στην διαδικασία να ζητήσει από μόνο του βοήθεια απεξάρτησης από το αλκοόλ..... Ένα πολύ σημαντικό ρόλο παίζει συνήθως και η κουλτούρα, όπου εδώ στην Κρήτη το αλκοόλ είναι βαθιά συνδεδεμένο και μέρος μιας κακής κουλτούρας και καθημερινότητας».*

*(Ερωτώμενος Νο1)*

Ακόμα, είναι αξιοσημείωτο ότι οι ερωτώμενοι, ανέφεραν το πόσο πολύ επηρεάζει η κουλτούρα την κατανάλωση αλκοόλ. Ειδικά στην Κρήτη που λόγω ηθών και εθίμων το αλκοόλ είναι αναπόσπαστο κομμάτι της κρητικής ιδιοσυγκρασίας, φαίνεται ότι επηρεάζει πολλά άτομα ακόμα και τα νεότερα.

*«Αναλαμβάνω αρκετά άτομα τα οποία είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ, καθώς έχω ατομικά ραντεβού. Λιγότερα ραντεβού έχω με ζεύγη. Γενικά παρατηρώ ότι όσο πιο πολύ περνούν τα χρόνια οι άνθρωποι ξεκινούν το αλκοόλ όλο και σε μικρότερες ηλικίες, και ιδιαίτερα στην περιοχή της Κρήτης έχουμε μεγαλύτερη επαφή με το αλκοόλ και το τσιγάρο καθώς αποτελεί ένα βασικό κριτήριο για την διασκέδαση».*

*(Ερωτώμενος Νο 2)*

Άλλο πιθανό αίτιο αλκοολισμού είναι η δυσκολία διαχείρισης των σχέσεων, τόσο μεταξύ των μελών της οικογένειας, όσο και των κοινωνικών και επαγγελματικών σχέσεων. Πολλές φορές, ένα συγκρουσιακό περιβάλλον έχει πρόσφορο έδαφος για την χρήση αλκοόλ.

*«Συνήθως μια συγκρουσιακή σχέση όπου υπάρχει ανάμεσα στο ζευγάρι είναι και η αιτία για να καταναλώσουν άφθονο αλκοόλ».*

*(Ερωτώμενος Νο 4).*

Φαίνεται από την απάντηση του ερωτώμενου Νο 4, φαίνεται πως αρκετά ζευγάρια τα οποία μέσα στον γάμο τους υπάρχουν πολλές συγκρούσεις ή αιτίες συγκρούσεων, η «εύκολη» διαφυγή είναι η κατανάλωση αλκοόλ. Είναι ευλόγως εννοούμενο επίσης, ότι αυτή η διαφυγή στο αλκοόλ προκαλεί περισσότερες συγκρούσεις με την σειρά του. Οι συνεντευξιαζόμενοι, που ρωτήθηκαν αναφέρουν ότι υπάρχει μεγάλη σχέση της ψυχολογίας του ασθενούς και της

χρήσης αλκοόλ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ασθενείς που έχουν προβλήματα αλκοολισμού να πάσχουν και από κατάθλιψη και αυτά τα δύο να είναι αλληλένδετα. Ο γάμος φέρει μαζί του μια ποικιλία καθηκόντων που μπορούν να αλλάξουν θεμελιωδώς την άποψη ενός ατόμου για τον εαυτό του, καθώς και πώς συμπεριφέρεται το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο προς το άτομο και το ζευγάρι.

Τέλος, μία απώλεια μπορεί να είναι καθοριστικός παράγοντας για ένα άτομο να ξεκινήσει την παρατεταμένη χρήση αλκοόλ.

*«Θεωρώ ότι τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένεια του ατόμου δημιουργούνται οι ίδιες σχετικά ανάγκες. Ένας συνδυασμός ψυχολογικών-κοινωνικών-περιβαλλοντικών παραγόντων μπορούν να δημιουργήσουν ανάγκες. Θέλω να πω για παράδειγμα, ότι μια μεγάλη αλλαγή στη ζωή του ατόμου όπως για παράδειγμα ένας θάνατος ή ακόμη και ένα διαζύγιο μπορεί να δημιουργήσουν την ανάγκη αυτή για την χρήση αλκοόλ».*

*(Ερωτώμενος Νο 8)*

*«.....δεν μπορούν να διαχειριστούν μία απώλεια είτε αυτή είναι από θάνατο ή απλά από χωρισμό».*

*(Ερωτώμενος Νο 5)*

## **B) Συνέπειες Υπερβολικής χρήσης αλκοόλ.**

Σε αυτήν την θεματική ενότητα, ως συνηθέστερη συνέπεια χρήσης αλκοόλ, φαίνεται να είναι τα ατυχήματα που προκαλούνται αλλά και η ασταθής συναισθηματική κατάσταση που προκαλείται στους χρήστες. Φαίνεται ότι τα περισσότερα ατυχήματα, είτε μικροατυχήματα, είτε πιο σοβαρά, προέρχονται από μεσαία ή μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ. Μία άμεση συνέπεια της χρήσης αλκοόλ, είναι τα ατυχήματα που προκαλούνται.

*«Είναι συχνό φαινόμενο να έρχονται στην κλινική άνθρωποι που έχουν τραυματιστεί ενώ έχουν κάνει μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ. Ειδικά στην Κρήτη, γίνονται γλέντια όπου η ρακή και το κρασί ρέουν άφθονα και δεν υπάρχει και κάποια επίβλεψη όσον αφορά από ποια ηλικία ξεκινάνε να πίνουν».*

*(Ερωτώμενος Νο 3)*

*«...είναι πολλά τα ατυχήματα που γίνονται εξαιτίας του αλκοόλ και δυστυχώς πολλές φορές τραυματίζονται και αθώοι άνθρωποι από απροσεξία αλκοολικού».*

*(Ερωτώμενος Νο 2)*

Τα ατυχήματα που προκαλούνται από την χρήση αλκοόλ, είναι πολλά και σοβαρά. Σε κάθε γιορτή ή γλέντι το αλκοόλ είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αυτό έχει ως συνέπεια να συμβαίνουν ατυχήματα.

Οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους συμφωνούν ότι η «παραίτηση», ή η «ανοχή» της κατάστασης, είναι μία συνέπεια της χρήσης αλκοόλ. Ένα άτομο που είναι εξαρτημένο από το αλκοόλ, δύσκολο αναζητά βοήθεια το ίδιο. Συνήθως, είναι η οικογένεια ή το φιλικό του περιβάλλον που του επισημαίνει ότι χρειάζεται βοήθεια για την απεξάρτησή του από το αλκοόλ.

*«Όλα αυτά τα χρόνια που εργάζομαι ως ψυχολόγος παρατηρώ ότι βοήθεια για τους ίδιους ζητάει η οικογένεια του ατόμου, ο σύντροφος του ατόμου, και γενικότερα το συγγενικό του περιβάλλον».*

*(Ερωτώμενος Νο 3)*

Οι ερωτώμενοι, όπως φαίνεται από τις προηγούμενες απαντήσεις, θεωρούν ότι το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον είναι υπεύθυνα για να οδηγήσει ένα άτομο στην κατανάλωση από το αλκοόλ και αυτό έχει ως συνέπεια τα άτομα να μην μπορούν ή να μην λαμβάνουν την απαραίτητη βοήθεια για την απεξάρτησή τους. Βέβαια, αν ένα άτομο γίνει αλκοολικό χωρίς να έχει τέτοια ερεθίσματα από το οικογενειακό του περιβάλλον, είναι σύνηθες οι γονείς ή ο/η σύντροφός του να το παροτρύνουν για απεξάρτηση αν και διαφαίνεται και η έλλειψη υποστήριξης στις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζουν πολλοί.

Ο κάθε επαγγελματίας είχε την ελευθερία να απαντήσει σύμφωνα με δική του εμπειρία, ανάλογα με τα περιστατικά που έχει αναλάβει κατά καιρούς. Η χρήση αλκοόλ έχει συνέπειες και στην ψυχική υγεία των ατόμων.

*«.....ειδικά στην ψυχολογία του, όπου πίνει για να βρει παρηγοριά και να πνίξει την θλίψη του, αλλά όσο πίνει όχι μόνο δεν την ξεχνάει αλλά αυτή μεγαλώνει».*

*(Ερωτώμενος Νο 7)*

*«.....παραιτούνται από την θέληση για ζωή γιατί ο αλκοολικός αν δεν πάσχει ήδη, φλερτάρει με την κατάθλιψη».*

*(Ερωτώμενος Νο 10)*

*«Οι συνέπειες που έχει η χρήση αλκοόλ στο άτομο μπορεί να είναι διαφόρων ειδών. Σε προσωπικό επίπεδο, σε επαγγελματικό, σε ψυχολογικό επίπεδο καθώς και σε οικονομικό».*

*(Ερωτώμενος Νο 9)*

*Οι συνέπειες είναι αρκετές. Μπορεί το άτομο να ταυτιστεί με κάποιο μέλος της οικογένειας του, μπορεί επίσης σαν συνέπεια να είναι και η διαφυγή του ατόμου από κάτι δυσάρεστο που βιώνει. Μια άλλη συνέπεια είναι και οι εξαρτησιακές σχέσεις που έχει με τους γύρω του».*

*Ψυχολόγος (Νο 1)*

*Όσο υπάρχει το πρόβλημα του αλκοολισμού, υπάρχουν και συνέπειες στις σχέσεις των εξαρτημένων ατόμων με τις οικογένειες τους.*

*«Όσο συνεχίζεται η εξάρτηση από το αλκοόλ, τόσο μεγαλώνει και το χάσμα ανάμεσα στα άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος».*

*(Ερωτώμενος Νο 8)*

*«Οι πολλαπλοί καννάδες μέσα στην οικογένεια θα μπορούσε να είναι μια συνέπεια του αλκοόλ. Επίσης το διαζύγιο για ένα ζευγάρι, καθώς επίσης και η ενδοοικογενειακή βία πολλές φορές. Επίσης, η έλλειψη ευθυνών που έχει ένας οικογενειάρχης μπορεί να θεωρηθεί μια συνέπεια από το αλκοόλ».*

*(Ερωτώμενος Νο 5)*

*Μια από τις βασικότερες συνέπειες είναι η αλλαγή στην επικοινωνία. Με αυτό τον τρόπο σηματοδοτείται το πρόβλημα και μπορεί να επιφέρει και άλλα προβλήματα όπως για παράδειγμα έλλειψη εμπιστοσύνης στο ζευγάρι. Επίσης, αρκετές φορές υπάρχει η ενδοοικογενειακή βία.*

*(Ερωτώμενος Νο 1)*

*Εκτός από το οικογενειακό περιβάλλον του εξαρτημένου ατόμου, πλήττεται και το κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον με συνέπειες τις συγκρούσεις που δημιουργούνται.*



*«Αυτό το κομμάτι θα έλεγα ότι έχει να κάνει περισσότερο με τις υγιείς κοινωνικές επιδράσεις όπου αν δεν υπάρχει αυτό το κομμάτι επιδρά στην ψυχολογία του ατόμου και μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη».*

*(Ερωτώμενος Νο 4).*

*«Από την μέχρι τώρα συνεργασία μου με άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ παρατηρώ ότι έχουν πολύ μεγάλη ανάγκη αποδοχής από την παρέα. Επίσης, μια μεγάλη και στρεσογόνα κατάσταση στη ζωή του ατόμου μπορεί να προκαλέσει την ανάγκη για κατανάλωση αλκοόλ θεωρώντας ότι θα ξεφύγει από αυτή (θάνατος, διαζύγιο)».*

*(Ερωτώμενος Νο 4)*

### **Γ) Υπάρχουσα κοινωνική πολιτική-υπηρεσίες για την θεραπεία της υπερβολικής χρήσης αλκοόλ στην Ελλάδα.**

Στην συγκεκριμένη θεματική ενότητα, αναφέρεται η πολιτική καθώς και οι υπηρεσίες που υπάρχουν στην Ελλάδα, τόσο για την πρόληψη, όσο και για την θεραπεία της υπερβολικής χρήσης αλκοόλ.

Και οι δέκα ερωτηθέντες απάντησαν ότι το ένα από τα δύο Νοσοκομεία του Νομού Ηρακλείου, το ΠΑΓΝΗ και φυσικά το ΚΕΘΕΑ, είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ, καθώς έχουν πολλά προγράμματα και οργανώνονται δράσεις για την ενημέρωση σε σχέση με το αλκοόλ.

*«Από όσο γνωρίζω υπάρχει το ΚΕΘΕΑ, και το αλκοολογικό τμήμα στο Παγνή»*

*(Ερωτώμενος Νο 5)*

*«Σίγουρα το ΚΕΘΕΑ έχει ολοκληρωμένα προγράμματα για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ από τους εφήβους».*

*(Ερωτώμενος Νο 4)*

*«Το ΠΑΓΝΗ είχε οργανώσει ημερίδα με θέμα τον αλκοολισμό».*

*(Ερωτώμενος Νο 6)*

Όσον αφορά την παραπάνω ερώτηση, τέθηκε μία υποερώτηση για τις υπηρεσίες πρόληψης χρήσης αλκοόλ όπου ζητήθηκε να κατατάξουν οι συνεντευξιαζόμενοι για τις υπηρεσίες τους.

*«Στο Ηράκλειο έχουμε αυτά τα δύο που ανέφερα παραπάνω, και σε εθνικό επίπεδο υπάρχει το ΚΕΘΕΑ».*

*(Ερωτώμενος Νο 7)*

*«Σε τοπικό επίπεδο υπάρχει το αλκοολογικό παράρτημα στο νοσοκομείο του Παγνή, καθώς επίσης και το ΚΕΘΕΑ. Όσο αναφορά το εθνικό επίπεδο, υπάρχει γενικά στην Ελλάδα το ΚΕΘΕΑ, και σε μεγάλα νοσοκομεία της χώρας υπάρχουν αλκοολογικά τμήματα. Επίσης οι ιδιώτες επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορεί να δημιουργήσουν μικρές ομάδες με σκοπό την βοήθεια των ατόμων».*

*(Ερωτώμενος Νο 10)*

Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να διακρίνουν τις διαφορές που έχουν εντοπίσει, όσον αφορά τις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες για την αντιμετώπιση χρήσης αλκοόλ.

*«Στον ιδιωτικό τομέα υπάρχει το πλεονέκτημα της αμεσότητας, ενώ στον δημόσιο υπάρχει συνήθως καθυστέρηση για το ραντεβού. Θεωρώ πως στον ιδιωτικό τομέα υπάρχει άμεση βοήθεια.»*

*(Ερωτώμενος Νο 5).*

*«Στον δημόσιο τομέα δουλεύουν με μικρές ομάδες ατόμων, ενώ αντίθετα στον ιδιωτικό τομέα συνήθως τα ραντεβού είναι ατομικά».*

*(Ερωτώμενος Νο 2)*

**Δ) Αξιολόγηση της υπάρχουσας κοινωνικής πολιτικής για την θεραπεία και πρόληψη του αλκοόλ.**

Στην παρούσα θεματική ενότητα οι επαγγελματίες υγείας αξιολογούν την κατάσταση, τόσο πολιτική, όσο και κοινωνική που επικρατεί στην Ελλάδα όσον αφορά την πρόληψη αλλά και την θεραπεία των πασχόντων.

*«Δεν είμαι ευχαριστημένη από τις υπηρεσίες που παρέχονται είναι σχεδόν ανεπαρκείς».*

*(Ερωτώμενος Νο 2)*

Και οι δέκα ερωτηθέντες τόνισαν ότι υπάρχουν ελλείψεις στις υπηρεσίες αλλά και στις δράσεις που παρέχονται όσον αφορά τόσο την πρόληψη, όσο και την αντιμετώπιση της χρήσης αλκοόλ. Ο κάθε ειδικός, αναφερόμενος στον εκάστοτε τομέα υγείας που εκπροσωπεί,

αναφέρει ότι υπάρχουν πολλά προβλήματα που χρειάζονται επίλυση. Επιπλέον, η ίδια η πολιτεία χρειάζεται να παρέμβει με δράσεις, ημερίδες κ.α. ώστε να καταρτίσει ειδικούς για να μπορούν να βοηθήσουν άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό.

*«Οι υπηρεσίες οπότε παρέχονται θα έλεγα ότι είναι λίγες για τα άτομα που έχουν θέματα με το αλκοόλ».*

*(Ερωτώμενος Νο 1)*

Και οι δέκα στο σύνολο απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση αν οι υπηρεσίες καλύπτουν τις ανάγκες τόσο των εξαρτημένων ατόμων, όσο και των οικογενειών τους. Όχι μόνο δεν καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών αλλά ούτε παρέχουν επαρκώς τις ανάγκες που δημιουργούνται στις οικογένειες που το ένα τουλάχιστον μέλος είναι αλκοολικό. Δεν υπάρχει η απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονται, ούτε η συμβουλευτική για να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες του αλκοολισμού.

*«Οι συνέπειες που έχει είναι η αργοπορία στο να βοηθηθούν και η ταλαιπωρία των ίδιων καθώς και των οικογενειών τους».*

*(Ερωτώμενος Νο 10)*

*«Θεωρώ ότι τα άτομα επιβαρύνονται όλο και περισσότερο και όσο πιο πολύ καθυστερεί η παροχή βοήθειας τους μπορεί να γίνουν σε συναισθηματικό επίπεδο και πρακτικό μη λειτουργικοί. Στην κοινωνία δεν θεωρώ ότι μπορεί να έχει κάποια συνέπεια».*

*(Ερωτώμενος Νο 3)*

Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο βάρος το επωμίζεται η ίδια η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, όπου συνήθως δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις για να βοηθήσουν το εξαρτημένο άτομο να απεξαρτηθεί. Επίσης, και οι ίδιοι φτάνουν σε ένα σημείο, να μην μπορούν να διαχειριστούν την κατάσταση και αυτό να έχει αρνητικά αποτελέσματα αντί για θετικά.

### **Ε) Προτάσεις για το μέλλον.**

Και στην παρούσα θεματική ενότητα, συγκλείνουν οι απαντήσεις των ειδικών. Είναι απαραίτητες οι αλλαγές στην εκπαίδευση, ώστε να οι μαθητές και οι φοιτητές να εκπαιδεύονται σε θέματα πρόληψης για το αλκοόλ. Οι προτάσεις που παρουσιάστηκαν φορούσαν στην πρόληψη σε επίπεδο εκπαίδευσης.

*«Όσο αναφορά την πρόληψη θα ήθελα να υπήρχαν περισσότερες δομές και μεγαλύτερη ενημέρωση από την οικογένεια»*

*(Ερωτώμενος Νο 5)*

*«Σε επίπεδο πρόληψης θα έλεγα ότι είναι σημαντικό ο αλκοολισμός να διδάσκεται στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση, είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα και όχι ταμπού όπου πρέπει να μιλάμε ανοιχτά.*

*(Ερωτώμενος Νο 1)*

Κάποιοι από τους συνεντευξιαζόμενους πρότειναν την πρόληψη σε επίπεδο θεραπείας ώστε να βοηθηθούν τα άτομα που πάσχουν από την εξάρτηση στο αλκοόλ.

*Σε επίπεδο θεραπείας θα ήταν καλό να υπήρχε τουλάχιστον ένα αλκοολογικό ιατρείο που θα κάλυπτε επαρκώς κάθε δήμο, περιφέρεια και νομό και επίσης να υπήρχε μέσα ένα εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο θα βοηθούσε κατάλληλα.*

*(Ερωτώμενος Νο 1)*

*Σε επίπεδο θεραπείας θα επιθυμούσα να δουλεύεται περισσότερο το οικογενειακό μοντέλο και όχι το ατομικό».*

*(Ερωτώμενος Νο 5)*

Φυσικά είναι επίσης σημαντικό και η αποκατάσταση των εξαρτημένων ατόμων, γι' αυτό και είναι αναπόσπαστο κομμάτι της βοήθειας και της θεραπείας που λαμβάνουν.

*Τέλος, για το κομμάτι της αποκατάστασης θα έλεγα ότι αν υπάρχει επαρκής πρόληψη θα είμαστε αρκετά εξοικειωμένοι όταν θα φτάσουμε στο κομμάτι αποκατάστασης».*

*(Ερωτώμενος Νο 1)*

Η πρόληψη αφορά όλους τους τομείς, τόσο στην εκπαίδευση για την ευαισθητοποίηση στα θέματα αλκοολισμού, όσο στην θεραπεία και την αποκατάσταση.

*«Θα έπρεπε από όλα τα νοσοκομεία να οργανώνονται συχνές ημερίδες για την πληροφόρηση του κοινού αλλά και των νοσηλευτών για τον αλκοολισμό, καθώς και ειδικοί διαμορφωμένοι χώροι για να παρέχεται η υποστήριξη που χρειάζεται η οικογένεια των χρηστών.*

*(Ερωτώμενος Νο 9)*

### 3.8. Συζήτηση

Από τις απαντήσεις των ερωτώμενων, φαίνεται ότι η θεραπεία και η πρόληψη μετά, έχουν καθοριστικό ρόλο στην ζωή των εξαρτημένων ατόμων. Η συμβουλευτική και η ψυχολογική βοήθεια έχουν μείζονα σημασία για την εξέλιξη και την αποκατάσταση του ατόμου. Η πρόληψη της υποτροπής είναι η μεγαλύτερη πρόκληση στη θεραπεία ασθενών που εξαρτώνται από το αλκοόλ. Βασίζεται εξίσου στην ψυχοθεραπεία και στη φαρμακοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει παρακινητικές συνεντεύξεις, ενίσχυση της κοινότητας, γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, ενίσχυση κινήτρων, διευκόλυνση δώδεκα βημάτων, θεραπεία συμπεριφοράς κοινωνικού δικτύου, έκθεση σε συνθήματα κ.λπ., (Mann & Hermann, 2010).

Φαίνεται τόσο από την βιβλιογραφία όσο και από τις απαντήσεις των συνεντεύξεων, ότι η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον, έχουν καθοριστικό ρόλο και στην πρόληψη όσον αφορά την χρήση αλκοόλ, και στην καταφυγή στο αλκοόλ αλλά και την αντιμετώπιση του. Οι λόγοι που ένα άτομο μπορεί να καταφύγει στο αλκοόλ είναι πολλοί και έχουν αναλυθεί παραπάνω αλλά, είναι ευκόλως εννοούμενο από την σχετική έρευνα ότι σε συνδυασμό με το εκάστοτε περιβάλλον και η ίδια η ψυχοσύνθεση του ατόμου επηρεάζουν την σχέση του με το αλκοόλ. Σε ψυχολογικό επίπεδο, υπάρχει συχνά μια σημαντική αναδιοργάνωση του κοινωνικού δικτύου που περιλαμβάνει την αποκατάσταση ή τον επαναπροσδιορισμό των δεσμών, τόσο ως άτομα όσο και ως ζευγάρι, με την εκτεταμένη οικογένεια και το δίκτυο συνομηλίκων κάθε μέλους (McCubbin & Figley 2014).

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα, φαίνεται ότι τα ήθη και τα έθιμα της Κρήτης, επιτρέπουν το αλκοόλ σε πολλές περιστάσεις και αυτό δείχνει την σχέση των ανθρώπων με αυτό. Από την νεαρή ηλικία τα παιδιά έχουν έρθει σε επαφή με το αλκοόλ, είτε σε γλέντια, είτε από κάποιο πρόσωπο του άμεσου οικογενειακού ή κοινωνικού περιβάλλοντος λόγω κουλτούρας. Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει ισχυρή τάση να συνυπάρχουν το κάπνισμα και η εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ στοιχεία από διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι το κάπνισμα τσιγάρων κατά την εφηβεία είναι ένας ισχυρός καθοριστικός παράγοντας της επακόλουθης χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ, καθώς σε μικρότερη ηλικία πειραματισμοί με τσιγάρα, σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά εξάρτησης κατά την ενήλικη ζωή (Chen et al., 2002). Το ίδιο φαίνεται και στην παρούσα έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε σε μία κοινωνία που δείχνει μεγάλη ανοχή στο αλκοόλ, λόγω κουλτούρας. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2007 για τους μαθητές στην Κρήτη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του πειραματισμού τσιγάρου και της χρήσης αλκοόλ μεταξύ των μαθητών δημοτικού και

γυμνασίου στην Κρήτη. Επιπλέον, η χρήση αλκοόλ από τα αδέρφια και τους γονείς, καθώς και η ύπαρξη καπνιστή στην άμεση οικογένεια συσχετίστηκε ανεξάρτητα με τον πειραματισμό καπνού μαθητές σχολείων, τονίζοντας έτσι τον σημαντικό ρόλο της ελληνικής οικογένειας στην επιρροή της χρήσης ουσιών (Tsiligianni et al., 2012).

Σε σχέση λοιπόν με το οικογενειακό περιβάλλον, όπως αναφέρθηκε και στην πρώτη θεματική ενότητα για τα αίτια χρήσης αλκοόλ, οι ψυχολόγοι αναφέρθηκαν ότι η ύπαρξη ενός ατόμου μέσα στην οικογένεια που κάνει χρήση αλκοόλ ή μια συγκρουσιακή σχέση ανάμεσα στο ζευγάρι μπορεί να οδηγήσει στην κατάχρηση αλκοόλ. Φαίνεται λοιπόν, ότι όταν δεν υπάρχει μία σταθερότητα στο οικογενειακό περιβάλλον ή όταν κάποιος από την οικογένεια κάνει κατάχρηση αλκοόλ, τότε είναι πιθανόν κάποιο μέλος της οικογένειας είναι πιθανό να επηρεαστεί. Τα παιδιά που ζουν σε οικογένειες με γονείς που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ είναι πιο πιθανό από άλλα παιδιά να έχουν μια απρόβλεπτη ζωή στο σπίτι και να φέρουν ένα βάρος μυστικότητας ως αποτέλεσμα των προσπαθειών τους να κρύψουν την κατάχρηση αλκοόλ από τους άλλους (Anda et al., 2001).

Ακόμα, φαίνεται ότι το αλκοόλ, είναι υπεύθυνο ώστε να οδηγήσει στην συναισθηματική αστάθεια και την κατάθλιψη, όπως φαίνεται από τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Όσον αφορά την κατάθλιψη, βρέθηκε μια σχέση μεταξύ των αρνητικών αξιολογήσεων των ασθενών για το περιβάλλον τους και του κλινικά αξιολογημένου επιπέδου κατάθλιψης κατά την έξοδο. Έτσι, οι πιο καταθλιπτικοί ασθενείς φαίνεται να αντιλαμβάνονται περισσότερα προβλήματα σε σχέση με την ασφάλεια, την ποιότητα της γειτονιάς και του σπιτιού, την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες, τους οικονομικούς πόρους, την αναψυχή, τις μεταφορές και άλλες περιβαλλοντικές πτυχές. Ωστόσο, θα μπορούσε να προταθεί ότι η αρνητική αντίληψη ενός ασθενούς για το περιβάλλον του μπορεί να μην διευκολύνει τη βελτίωση της διάθεσης και της ψυχικής του κατάστασης και μπορεί να εμποδίζει στην πραγματικότητα το κίνητρο για συνέχιση της ιατρικής ή/και ψυχοθεραπευτικής θεραπείας (Ginieri-Coccosis et al., 2017).

Η κατάχρηση/εξάρτηση από το αλκοόλ είναι μια σοβαρή κλινική κατάσταση, η οποία υποδηλώνει σημαντική έκπτωση στην ποιότητα ζωής του εξαρτημένου ατόμου σε συνδυασμό με τη σοβαρότητα της κατάχρησης αλκοόλ (Ginieri-Coccosis et al., 2007). Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι, ανέφεραν πως επηρεάζεται ψυχολογικά το άτομο που κάνει κατάχρηση αλκοόλ και είναι σύνηθες η κατάχρηση να ακολουθείται από κατάθλιψη. Όπως υποδεικνύεται από συσσωρευμένα ερευνητικά στοιχεία και κλινική παρατήρηση, η εξάρτηση

από το αλκοόλ χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό επιδείνωσης της σωματικής υγείας, της ψυχολογικής ευεξίας και της κοινωνικής ζωής (Sher, 2006). Είναι αξιοσημείωτο ότι η συστηματική μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει πολλαπλά ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, μεταξύ των οποίων κατάθλιψη, ψύχωση, κοινωνική φοβία ή άγχος, ενώ παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονίας. Όπως αναμένεται, αυτές οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν επιδείνωση στην ψυχολογική, γνωστική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργία των εξαρτημένων ατόμων, τομείς που καθορίζουν την ποιότητα ζωής. Η επιδείνωση των διαφορετικών πτυχών της ποιότητας ζωής είναι εγγενώς συνυφασμένη με την κακή ψυχική υγεία. Η παρουσία ψυχικής ασθένειας μπορεί να προκληθεί άμεσα από τη χρήση αλκοόλ (Ginieri-Coccosis et al., 2007). Σε κάθε περίπτωση, οι επιβλαβείς συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ είναι συνήθως παρατηρήσιμες σε πολλές πτυχές της καθημερινής ζωής, όπως ο ύπνος, η κινητικότητα, η ενέργεια, ο σωματικός πόνος, οι διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, περιοχές που συχνά αναφέρονται από εξαρτημένους από το αλκοόλ ασθενείς ότι σχετίζονται με την επιδείνωση της ποιότητας ζωής (Cohn et al., 2003). Άλλοι παράγοντες όπως η μοναξιά έχουν επίσης εντοπιστεί ότι αλληλεπιδρούν με την κατάχρηση αλκοόλ, υποδηλώνοντας επίδραση στην ποιότητα ζωής (Ginieri-Coccosis et al., 2007).

Ο αλκοολισμός συνδέεται με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Έως και το 40% των ατόμων με αλκοολισμό επιχειρούν να αυτοκτονήσουν κάποια στιγμή και το 7% τερματίζουν τη ζωή τους αυτοκτονώντας. Ο αλκοολισμός έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει την ποιότητα ζωής ενός «αλκοολικού», της οικογένειάς του και των φίλων του, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Ο Johnson (2001) βρήκε ότι ο γονικός αλκοολισμός επηρέασε αρνητικά αρκετές διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας που σχετίζονται σαφώς με την επικοινωνία (δηλαδή, σύγκρουση και εκφράσεις θετικών συναισθημάτων και φροντίδας).

Η έρευνα έχει δείξει μικρή αύξηση στις περιστατικές διαταραχές χρήσης αλκοόλ, αλλά τα άτομα με ιστορικό διαταραχών χρήσης αλκοόλ είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ότι πίνουν για να αντιμετωπίσουν το τραυματικό συμβάν. Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, όπως το διαζύγιο και η απώλεια εργασίας αυξάνουν τον κίνδυνο διαταραχών του αλκοόλ, αλλά δεν έχει επιτευχθεί επιδημιολογική συναίνεση σχετικά με την ιδιαιτερότητα αυτών των συσχετίσεων μεταξύ των φύλων. Τέλος, τόσο οι αντιλήψεις περί διακρίσεων όσο και οι αντικειμενικοί δείκτες διάκρισης συνδέονται με τη χρήση αλκοόλ και τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ μεταξύ φυλετικών/εθνικών και σεξουαλικών μειονοτήτων (Keyes et al., 2011).

Τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων δείχνουν, ότι αν και στην Ελλάδα υπάρχουν κάποιες υποδομές και κέντρα που μπορούν να αντιμετωπίσουν χρήστες με προβλήματα αλκοόλ σίγουρα χρήζουν περισσότερης εξέλιξης τόσο σε εγκαταστάσεις, όσο και σε εξειδικευμένο προσωπικό. Η βιβλιογραφία τονίζει ότι οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλεύτες, επηρεάζουν την προαγωγή της υγείας των ασθενών και τους συμμόρφωση με τη θεραπεία, ειδικά όταν η στάση τους απέναντι στους ασθενείς χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθηση, αποδοχή και σεβασμός. Μερικές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η στάση των επαγγελματιών υγείας είναι καθοριστικός παράγοντας για την παροχή κατάλληλης φροντίδας σε ασθενείς που εξαρτώνται από αλκοόλ (Molina-Mula et al., 2018).

Μία σημαντική συνέπεια που παρατηρούν οι ερωτώμενοι είναι ότι τα περισσότερα ατυχήματα που συμβαίνουν στο οδικό δίκτυο, σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ. Φαίνεται ότι τα ατυχήματα που προκαλούνται από το αλκοόλ είναι μία σοβαρή συνέπεια, η οποία στην παρούσα έρευνα φαίνεται να είναι συχνό φαινόμενο, από τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Παγκοσμίως, εκτιμάται ότι 0,9 εκατομμύρια θάνατοι από τραυματισμούς οφείλονται στο αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένων περίπου 370.000 θανάτων λόγω τραυματισμών από τροχαία, 150.000 λόγω αυτοτραυματισμού και περίπου 90.000 λόγω διαπροσωπικής βίας. Από τους τραυματισμούς από τροχαία ατυχήματα, 187.000 θάνατοι που οφείλονται στο αλκοόλ αφορούσαν άτομα εκτός των οδηγών (Ding et al., 2014). Στην Ελλάδα, μια ευρωπαϊκή χώρα με συνολικό πληθυσμό 11.110.000 κατοίκους, η κατανάλωση κρασιού είναι το πιο κοινό είδος κατανάλωσης αλκοόλ και ακολουθούν η μπύρα (28%) και τα οινοπνευματώδη (24%).

**Στην παρούσα εργασία, υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί, όσον αφορά την έρευνα.** Μια δυσκολία που προέκυψε κατά τη διάρκεια της έρευνας είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας των επαγγελματιών σε δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μην μπορούν πολλοί από τους επαγγελματίες να μας παραχωρήσουν την συνέντευξη. Οι αποφάσεις για την ημερομηνία διεξαγωγής της συνέντευξης αποφασίστηκε από τον Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας με βάση το πρόγραμμα που ακολουθούν με αρκετές δυσκολίες, λόγω των περιορισμών των ωραρίων. Επίσης, συναντήθηκαν δυσκολίες σε αρκετούς επαγγελματίες να δεχθούν να δώσουν συνέντευξη για το παρόν θέμα γι' αυτό και ενημερώθηκαν ότι πρόκειται καθαρά για σκοπό ερευνητικό στον οποίο ακολουθείται το απόρρητο και η εχεμύθεια. Τέλος, η μαγνητοφώνηση αυτή χρησιμοποιήθηκε ώστε να καταγραφούν σωστά οι απαντήσεις των επαγγελματιών και να δοθούν ακριβή αποτελέσματα/ συμπεράσματα. Εξαιτίας της επιδημίας που αντιμετωπίζει ο κόσμος τα τελευταία χρόνια, δεν ήταν εύκολο να βρεθεί μεγαλύτερο δείγμα επιστημών



υγείας για τις συνεντεύξεις και επιπλέον δεν ήταν αρκετοί διατεθειμένοι να απαντήσουν στην έρευνα, είτε λόγω χρόνου, είτε λόγω πανδημίας ή ακόμα και λόγω του απορρήτου. Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν είναι αντιπροσωπευτικά όλων των επαγγελματιών υγείας, καθώς το δείγμα των συνεντεύξεων δεν είναι μεγάλο.

### 3.9. Συμπεράσματα

Από την παρούσα πτυχιακή εργασία, φαίνεται η οπτική που έχουν τρεις ειδικότητες στον τομέα της υγείας όσον αφορά την χρήση αλκοόλ. Και οι τρεις ειδικότητες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτες που ρωτήθηκαν για την αντιμετώπιση ασθενών που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ, θεωρούν ότι το πρόβλημα του αλκοολισμού είναι αρκετά έντονο στην Ελλάδα. Ειδικότερα στην Κρήτη, λόγω παραδόσεων, το αλκοόλ έχει συνδεθεί με τα γλέντια και τα έθιμα του τόπου. Επιπλέον επισημαίνουν ότι δεν υπάρχει επαρκής έλεγχος ως προς τα άτομα και τους χώρους που επιτρέπεται το αλκοόλ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να έχουν πρόσβαση στο αλκοόλ έφηβοι χωρίς να τους εμποδίσει κανένας. Τόσο η οικογένεια, όσο και το κοινωνικό περιβάλλον, είναι αυτά που διαμορφώνουν την τάση του ατόμου προς τον αλκοολισμό, πέρα από την ίδια του την ψυχοσύνθεση.

Πολλοί είναι οι στρεσογόνοι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν κάποιον στην κατάχρηση αλκοόλ. Ειδικότερα αν μέσα στην ίδια την οικογένεια υπάρχει ένας εκ των δύο γονιών τουλάχιστον με πρόβλημα αλκοολισμού, αυξάνονται οι πιθανότητες να ακολουθήσει και το παιδί. Το ίδιο συμβαίνει αν έχει υπάρξει κάποια κακοποίηση του παιδιού (σεξουαλική ή μη). Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα και από τις απαντήσεις των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών που δόθηκαν στην παρούσα συνέντευξη ως προς την ερώτηση που αφορά τις αιτίες που οδηγούν ένα άτομο στην κατάχρηση αλκοόλ. Αυτό που επισημάνθηκε είναι ότι πολύ σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση του ατόμου, έχει το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Συμπερασματικά, οι ψυχολογικές και ψυχιατρικές επιπτώσεις του στρες παραμένουν ένας σημαντικός μηχανισμός για τις ατομικές διαφορές σε όλους τους τομείς της ψυχικής υγείας, ειδικότερα στην ροπή στον αλκοολισμό. Η έκθεση σε καταστροφές και τρομοκρατία, παιδικές αντιξοότητες όπως η κακομεταχείριση, διαπροσωπικοί στρεσογόνοι παράγοντες όπως διαζύγιο και απώλεια εργασίας και χρόνιο άγχος των μειονοτήτων είναι κάποιοι από τους παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στον αλκοολισμό. Ενώ αυτά τα δεδομένα καταδεικνύουν τη σημασία του στρες στην ανάπτυξη προβλημάτων αλκοόλ στους

ανθρώπινους πληθυσμούς, μένει να γίνει ουσιαστική δουλειά σε αυτούς τους τομείς με την παρουσία και την βοήθεια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνόγλωσση**

- Αηδονόπουλος, Α. Θ. (2005). *Ο θεσμός της δικαιοχρησης στην Ελλάδα* (Master's thesis).
- Βερβαινιώτη, Φ. Α. (2018). Αλκοόλ–Αλκοολισμός.
- Ζήση, Μ. (2014). Κοινωνικός αποκλεισμός, εκπαίδευση και κοινωνική επανένταξη, οργάνωση και αποτελέσματα των δράσεων του ΚΕΘΕΑ.
- Καρκαλέτση, Φ., Τζιαμαλή, Β., Ζαρώτης, Ι., & Σκορδίλης, Ε. (2009). Επαγγελματική εξουθένωση εργαζομένων, 17ο Διεθνές Συνέδριο Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού.
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Ξανθάκη, Μ., & Καναβού, Ε. (2011). Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).
- Κουτσιαύτη, Π. (2015). Κατανάλωση αλκοόλ και αναπνευστικά νοσήματα στην Ευρώπη: μια οικολογική μελέτη (Master's thesis).
- Κυριαζή, Ν. (2011). *Η κοινωνιολογική έρευνα: κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Ρεδίο.
- Μαδιανός Μ., (2006), Κλινική Ψυχιατρική, 2η συμπληρωμένη έκδοση, Καστανιώτη, Αθήνα
- Μαλαμή, Ε. Α. (2004). Κοινωνικός αποκλεισμός και αλκοόλ.
- Μισουρίδου, Ε. (2015). Το στάδιο της διατήρησης της αλλαγής και η πρόληψη της υποτροπής.
- Μουζάς, Γ. (2005). Αλκοολογία για τον κλινικό γιατρό.
- Μούσσας Γ. Ο αλκοολισμός στο Γενικό Νοσοκομείο. *Εγκέφαλος* 2009, 46(2):64-71.
- Νάνου, Α. (2015). Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ από νέους, σε περίοδο οικονομικής κρίσης.
- Παρθένη, Σ. (2015). Αλκοολισμός.
- Πομινί Β. (2009). Η συμβουλευτική οικογένεια, η οικογενειακή ψυχοθεραπεία και η θεραπεία ζεύγους έδειξαν να είναι αποτελεσματικά εργαλεία για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού και των σχετιζόμενων προβλημάτων. *Εγκέφαλος* 46(2) . σελ 84-91.

Πουλόπουλος, Χ. (2011). Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις: οι κοινότητες της αλλαγής. Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ.

Ίσαρη, Φ., & Πουρκός, Μ. (2016). Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας.

Σεργέδου Ε. (2015). Αλκοολική εξάρτηση και τρόποι αντιμετώπισης, , ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ . σελ 71-77.

Τριανταφυλλίδου, Α., & Τσουμάκας, Κ. (2006). Αλκοόλ και εφηβεία. *Δελτ Α΄ Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών*, 53, 33-40.

Τσακνάκη, Β. Χ. (2014). ΚΕΘΕΑ: μια κριτική ανασκόπηση-παρουσίαση.

Τσαρούχας, Κ. (2000). Αλκοόλ ένα σκληρό ναρκωτικό. Αθήνα: Άγκυρα.

## Ξένη

Amato, P. R., & Previti, D. (2003). People's reasons for divorcing: Gender, social class, the life course, and adjustment. *Journal of family issues*, 24(5), 602-626.

Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric services*, 53(8), 1001-1009.

Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). alcohol in Europe. London: Institute of alcohol studies, 2, 73-75.

Anne Lown, E., Nayak, M. B., Korcha, R. A., & Greenfield, T. K. (2011). Child physical and sexual abuse: A comprehensive look at alcohol consumption patterns, consequences, and dependence from the National Alcohol Survey. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(2), 317-325.

Arai, K., Oka, M., & Motegi, E. (2014). Awareness of Pre-Alcoholic Status and Changes in Such Awareness: Analysis of Narratives by Male Japanese Patients and Their Families. *Journal of Addictions Nursing*, 25(1), 35-40.

Armeli, S., Tennen, H., Affleck, G., & Kranzler, H. R. (2000). Does affect mediate the association between daily events and alcohol use? *Journal of Studies on Alcohol*, 61(6), 862-871.

Babor, T. F., Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., ... & Graham, K. (2010). Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy.

Bach-y-Rita, G., Lion, J. R., & Ervin, F. R. (1970). Pathological intoxication: clinical and electroencephalographic studies. *American Journal of Psychiatry*, 127(5), 698-703.

Barnett, M. A. (2003). All in the family: resources and referrals for alcoholism. *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 15(10), 467-472.

Baumberg, B. (2006). The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug and alcohol review*, 25(6), 537-551.

Benito, B., Guillamon, M. D., & RÍOS, A. (2018). Public management versus private management in the provision of drinking water: what is the cheapest?. *Lex localis-Journal of Local Self-Government*, 16(2).

Berge, K. H., Dillon, K. R., Sikkink, K. M., Taylor, T. K., & Lanier, W. L. (2012, July). Diversion of drugs within health care facilities, a multiple-victim crime: patterns of diversion, scope, consequences, detection, and prevention. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 87, No. 7, pp. 674-682). Elsevier.

Blane, H. T., Overton Jr, W. F., & Chafetz, M. E. (1963). Social factors in the diagnosis of alcoholism. I. Characteristics of the patient. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 24(4), 640-663., H. T., Overton Jr, W. F., & Chafetz, M. E. (1963). Social factors in the diagnosis of alcoholism. I. Characteristics of the patient. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 24(4), 640-663.

Burke, T. R. (1988). The economic impact of alcohol abuse and alcoholism. *Public Health Reports*, 103(6), 564.

Burlingham, B., Andrasik, M. P., Larimer, M., Marlatt, G. A., & Spigner, C. (2010). A house is not a home: A qualitative assessment of the life experiences of alcoholic homeless women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10(2), 158-179.

Campbell, D., Draper, R., & Huffington, C. (2018). *A systemic approach to consultation*. Routledge.

Carvajal, F., & Lerma-Cabrera, J. M. (2015). Alcohol consumption among adolescents—implications for public health. *Topics in public health*, 51-76.

Charalambous, M. P. (2002). Alcohol and the accident and emergency department: a current review. *Alcohol and alcoholism*, 37(4), 307-312.

- Chen, X., Unger, J. B., Palmer, P., Weiner, M. D., Johnson, C. A., Wong, M. M., & Austin, G. (2002). Prior cigarette smoking initiation predicting current alcohol use: Evidence for a gateway drug effect among California adolescents from eleven ethnic groups. *Addictive behaviors, 27*(5), 799-817.
- Galanis, P. (2017). Fundamental principles of qualitative research in the health sciences. *Arch Hell Med, 34*(6), 834-840.
- Ginieri-Coccosis, M., Liappas, I. A., Tzavellas, E., Triantafillou, E., & Soldatos, C. (2007). Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: The use of WHOQOL-100. *in vivo, 21*(1), 99-106.
- Critchlow, B. (1986). The powers of John Barleycorn: Beliefs about the effects of alcohol on social behavior. *American Psychologist, 41*(7), 751.
- Cohn, T. J., Foster, J. H., & Peters, T. J. (2003). Sequential studies of sleep disturbance and quality of life in abstaining alcoholics. *Addiction biology, 8*(4), 455-462.
- Concern, A. (2002). Report on the mapping of alcohol services in England. *London: Alcohol Concern.*
- Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of abnormal psychology, 97*(2), 168.
- Degenhardt, L. (2018). Alcohol-Use 16. *Mental Disorders Around the World: Facts and Figures from the WHO World Mental Health Surveys, 223.*
- Ding, W., Hendon, R., Cathey, B., Lancaster, E., & Germick, R. (2014). Discrete time optimal control applied to pest control problems. *Involve, a Journal of Mathematics, 7*(4), 479-489.
- de Vargas, D., Pereira, C. F., Ramírez, E. G. L., & Ponce, T. D. (2020). Health Professionals' Attitudes Toward Alcoholism and Associated Issues: A Comparative Study in a Brazilian Sample. *Journal of Addictions Nursing, 31*(4), 287-294.
- Edenberg, H. J., & Foroud, T. (2006). The genetics of alcoholism: identifying specific genes through family studies. *Addiction biology, 11*(3-4), 386-396.

Edvardsen, H. M. E., Karinen, R., Moan, I. S., Øiestad, E. L., Christophersen, A. S., & Gjerde, H. (2014). Use of alcohol and drugs among health professionals in Norway: a study using data from questionnaires and samples of oral fluid. *Journal of occupational medicine and toxicology*, 9(1), 1-10.

El Youssoufi, L., Khajji, B., Balatif, O., & Rachik, M. (2021). A discrete mathematical modeling for drinking alcohol model resulting in road accidents and violence: an optimal control approach. *Commun. Math. Biol. Neurosci.*, 2021, Article-ID.

Euromonitor International. (2018). Alcoholic Beverages—World. Retrieved from Passport, June 14, 2019.

Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).

Flores, P. J. (2007). *Group psychotherapy with addicted populations: An integration of twelve-step and psychodynamic theory*. Routledge.

Freisthler, B., Lipperman-Kreda, S., Bersamin, M., & Gruenewald, P. J. (2014). Tracking the when, where, and with whom of alcohol use: Integrating ecological momentary assessment and geospatial data to examine risk for alcohol-related problems. *Alcohol research: current reviews*, 36(1), 29.

Furnham, A., & Lowick, V. (1984). Lay theories of the causes of alcoholism. *British journal of medical psychology*, 57(4), 319-332.

Gale, N. K., Heath, G., & Cameron, E. (2013). *BMC Med Res Methodol*.

Garrisson, H., Scholey, A., Ogden, E., & Benson, S. (2021). The effects of alcohol intoxication on cognitive functions critical for driving: A systematic review. *Accident Analysis & Prevention*, 154, 106052.

Gianasmidis, A., & Tsiaousi, M. (2012). Time trend study on the institutional framework of the Greek Primary Health Care System (1980-2008) and experience of the British and Swedish m. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 29(1).

Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction*, 106(6), 1114-1125.

- Ginieri-Coccosis, M., Liappas, I. A., Tzavellas, E., Triantafillou, E., & Soldatos, C. (2007). Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: The use of WHOQOL-100. *in vivo*, 21(1), 99-106.
- Glucksman, E. (1994). Alcohol and accidents. *British medical bulletin*, 50(1), 76-84.
- Gruenewald, P. J., & Johnson, F. W. (2010). Drinking, driving, and crashing: a traffic-flow model of alcohol-related motor vehicle accidents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(2), 237-248.
- Has, A., Kłos, A., Kopański, Z., Uracz, W., & Kollár, R. (2020). Drugs and alcoholism. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2, 27-33.
- Hawkins, A. J., Willoughby, B. J., & Doherty, W. J. (2012). Reasons for divorce and openness to marital reconciliation. *Journal of Divorce & Remarriage*, 53(6), 453-463.
- Higgins, M. P. (1998). Alcoholic families: The crisis of early recovery. *Family Therapy*, 25(3), 203.
- Hingson, R. W., Zha, W., & Weitzman, E. R. (2009). Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among US college students ages 18-24, 1998-2005. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*, (16), 12-20.
- Holder, H. D., Treno, A., & Levy, D. (2005). 4.2 Community Systems and Ecologies of Drug and Alcohol Problems. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*, 149.
- Huebner, R. B., & Kantor, L. W. (2011). Advances in alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 295.
- Humphreys, K., & McLellan, A. T. (2010). Brief intervention, treatment, and recovery support services for Americans who have substance use disorders: An overview of policy in the Obama administration. *Psychological Services*, 7(4), 275.
- Janbaz, K. H., Qadir, M. I., & Siddiq, Z. (2011). Stages, alcoholism and genetic basis of breast cancer. *Academic Research International*, 1(2), 383.
- Jernigan, D. H. (2009). The global alcohol industry: an overview. *Addiction*, 104, 6-12.



- Jernigan, D. H. (2012). Global alcohol producers, science, and policy: the case of the International Center for Alcohol Policies. *American journal of public health*, 102(1), 80-89.
- Johnson, P. (2001). Dimensions of functioning in alcoholic and nonalcoholic families. *Journal of Mental Health Counseling*, 23(2).
- Johnson, P., & Stone, R. (2009). Parental alcoholism and family functioning: Effects on differentiation levels of young adults. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(1), 3-18.
- Johnson, B. A. (2010). Medication treatment of different types of alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 630-639.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2011). Volume I: Secondary school students. *Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan*, 1975-2010.
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., & Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology*, 218(1), 1-17.
- Kiefer, C. W. (2006). *Doing health anthropology: Research methods for community assessment and change*. Springer publishing company.
- Lee, Y. C. A., & Hashibe, M. (2014). Tobacco, alcohol, and cancer in low and high income countries. *Annals of global health*, 80(5), 378-383.
- Leonard, K. E., & Homish, G. G. (2008). Predictors of heavy drinking and drinking problems over the first 4 years of marriage. *Psychology of addictive behaviors*, 22(1), 25.
- Leonard, K. E., & Jacob, T. (1988). Alcohol, alcoholism, and family violence. In *Handbook of family violence* (pp. 383-406). Springer, Boston, MA.
- Leonard, K. E., & Rothbard, J. C. (1999). Alcohol and the marriage effect. *Journal of studies on Alcohol*, supplement, (13), 139-146.
- MacLean, S., Savic, M., Pennay, A., Dwyer, R., Stanesby, O., & Wilkinson, C. (2019). Middle-aged same-sex attracted women and the social practice of drinking. *Critical Public Health*, 29(5), 572-583.
- Mandelbaum, D. G. (1965). Alcohol and culture. *Current Anthropology*, 6(3), 281-293.

- Mann, K., & Hermann, D. (2010). Individualised treatment in alcohol-dependent patients. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 260(2), 116-120.
- Mansky, P. A. (1996). Physician health programs and the potentially impaired physician with a substance use disorder. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 47(5), 465-467.
- Manzardo, A. M., Pendleton, T., Poje, A., Penick, E. C., & Butler, M. G. (2015). Change in psychiatric symptomatology after benfotiamine treatment in males is related to lifetime alcoholism severity. *Drug and alcohol dependence*, 152, 257-263.
- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. *Psychological medicine*, 39(1), 149-155.
- McCubbin, H. I., & Figley, C. R. (Eds.). (2014). *Stress and the family: Coping with normative transitions*. Routledge.
- McMahon, P. M., Goodwin, M. M., & Stringer, G. (2000). Sexual violence and reproductive health. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 121-124.
- Mello, N. K. (1982). An examination of some etiological theories of alcoholism. *Academic Psychology Bulletin*.
- Molina-Mula, J., González-Trujillo, A., & Simonet-Bennassar, M. (2018). Emergency and mental health nurses' perceptions and attitudes towards alcoholics. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1733.
- Nace, E. P., Davis, C. W., & Hunter, J. (1995). A comparison of male and female physicians treated for substance use and psychiatric disorders. *American Journal on Addictions*, 4(2), 156-162.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism . 1. Vol. 8. NIAAA; Bethesda: 2006. Alcohol use and alcohol use disorders in the United States: Main findings from the 2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). No. 05-5737 US Alcohol Epidemiologic Data Reference Manual.
- Norris, J. (1994). Alcohol and female sexuality: A look at expectancies and risks. *Alcohol Health and Research World*, 18(3), 197.

- Nurnberger, J. I., Wiegand, R., Bucholz, K., O'Connor, S., Meyer, E. T., Reich, T., ... & Porjesz, B. (2004). A family study of alcohol dependence: coaggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands. *Archives of general psychiatry*, 61(12), 1246-1256.
- O'Farrell, T. J. (1990). Sexual functioning of male alcoholics.
- Opdenakker, R. (2006, September). Advantages and disadvantages of four interview techniques in qualitative research. In *Forum qualitative sozialforschung/forum: Qualitative social research* (Vol. 7, No. 4).
- Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Mora, J., Velleman, R., ... & Walley, G. (2013). *Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures*. Routledge.
- Park, P. (1983). Social-class factors in alcoholism. In *The biology of alcoholism* (pp. 365-404). Springer, Boston, MA.
- Pattison, E. M., & Kaufman, E. (Eds.). (1982). *Encyclopedic handbook of alcoholism*. Gardner Press.
- Peele, S., & Grant, M. (2013). *Alcohol and pleasure: A health perspective*. Routledge.
- Perry, J. L., & Carroll, M. E. (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*, 200(1), 1-26.
- Poznyak, V., Fleischmann, A., Rekke, D., Rylett, M., Rehm, J., & Gmel, G. (2014). The World Health Organization's global monitoring system on alcohol and health. *Alcohol research: current reviews*, 35(2), 244.
- Rangarajan, S., & Kelly, L. (2006). Family communication patterns, family environment, and the impact of parental alcoholism on offspring self-esteem. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(4), 655-671.
- Rawls, E., Kummerfeld, E., & Zilverstand, A. (2021). An integrated multimodal model of alcohol use disorder generated by data-driven causal discovery analysis. *Communications biology*, 4(1), 1-12.

- Reaney, M. D., Martin, C., & Speight, J. (2008). Understanding and assessing the impact of alcoholism on quality of life. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 1(3), 151-163.
- Ritchie, J., & Spencer, L. (2002). Qualitative data analysis for applied policy research. *The qualitative researcher's companion*, 573(2002), 305-29.
- Ronen, A., Chassidim, H. S., Gershon, P., Parmet, Y., Rabinovich, A., Bar-Hamburger, R., ... & Shinar, D. (2010). The effect of alcohol, THC and their combination on perceived effects, willingness to drive and performance of driving and non-driving tasks. *Accident Analysis & Prevention*, 42(6), 1855-1865.
- Rosta, J., & Aasland, O. G. (2013). Changes in alcohol drinking patterns and their consequences among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. *Alcohol and alcoholism*, 48(1), 99-106.
- Roswall, N., & Weiderpass, E. (2015). Alcohol as a risk factor for cancer: existing evidence in a global perspective. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 48(1), 1.
- Rúðólfssdóttir, A. G., & Morgan, P. (2009). 'Alcohol is my friend': Young middle class women discuss their relationship with alcohol. *Journal of community & applied social psychology*, 19(6), 492-505.
- Ruiz, S. M., Valmas, M. M., Sawyer, K. S., Kemppainen, M. I., & Oscar-Berman, M. (2015, December). Influence of alcoholism and gender on the relationship between personality and drinking motivation. In *Addiction science & clinical practice* (Vol. 10, No. 1, pp. 1-2). BioMed Central.
- Saatcioglu, O., Erim, R., & Cakmak, D. (2006). Role of family in alcohol and substance abuse. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(2), 125-132.
- Sayette, M. A. (1999). Does drinking reduce stress?. *Alcohol Research & Health*, 23(4), 250.
- Schuckit, M. A. (2009). Alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9662), 492-501.
- Schuster, T. L., Kessler, R. C., & Aseltine, R. H. (1990). Supportive interactions, negative interactions, and depressed mood. *American journal of community psychology*, 18(3), 423-438.

- Sher, L. (2006). Alcohol and suicide: neurobiological and clinical aspects. *TheScientificWorldJOURNAL*, 6, 700-706.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D., Peuser, K., Erickson, D. J., & Wood, M. D. (2007). Stress-response-dampening effects of alcohol: attention as a mediator and moderator. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 362.
- Shiffman, S., & Wills, T. A. (1985). *Coping and substance use*. Academic Press.
- Sichletidis, L. T., Chloros, D., Tsiotsios, I., Kottakis, I., Kaiafa, O., Kaouri, S., ... & Posporelis, S. (2006). High prevalence of smoking in Northern Greece. *Primary Care Respiratory Journal*, 15(2), 92-97.
- Stellato-Kabat, D., Stellato-Kabat, J., & Garrett, J. (1995). Treating chemical-dependent couples and families. *Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook*, 314-336.
- Stewart, H. M., Hope, C. A., & Muhlemann, A. P. (2000). Service quality in the legal profession: a review. *International Journal of Management Reviews*, 2(3), 261-285.
- Tsiligianni, I. G., Vardavas, C. I., Bouloukaki, I., Kosmas, E., Verigou, E., Kiriakaki, M., ... & Tzanakis, N. (2012). The association between alcohol and tobacco use among elementary and high school students in Crete, Greece. *Tobacco Induced Diseases*, 10(1), 1-5.
- Veerbeek, M. A., Ten Have, M., van Dorsselaer, S. A., Voshaar, R. C. O., Rhebergen, D., & Willemse, B. M. (2019). Differences in alcohol use between younger and older people: results from a general population study. *Drug and alcohol dependence*, 202, 18-23.
- Ventura-Cots, M., Watts, A. E., Cruz-Lemini, M., Shah, N. D., Ndugga, N., McCann, P., ... & Bataller, R. (2019). Colder weather and fewer sunlight hours increase alcohol consumption and alcoholic cirrhosis worldwide. *Hepatology*, 69(5), 1916-1930.
- Voigt, K., Twork, S., Mittag, D., Göbel, A., Voigt, R., Klewer, J., ... & Bergmann, A. (2009). Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC health services research*, 9(1), 1-7.
- Warner, A. G., Queen, S. A., & Harper, E. B. (1930). *American charities and social work*. Thomas Y. Crowell Company.

Widom, C. S., Ireland, T., & Glynn, P. J. (1995). Alcohol abuse in abused and neglected children followed-up: are they at increased risk?. *Journal of studies on alcohol*, 56(2), 207-217.

Widom, C. S., & Hiller-Sturmhöfel, S. (2001). Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Research & Health*, 25(1), 52.

Wills, T. A., Sandy, J. M., Shinar, O., & Yaeger, A. (1999). Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: Test of a bidimensional model in a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4), 327.

Wilson, D. F., & Matschinsky, F. M. (2020). Ethanol metabolism: The good, the bad, and the ugly. *Medical Hypotheses*, 140, 109638.

Windle, M. (2003). Alcohol use among adolescents and young adults. *Alcohol Research & Health*, 27(1), 79.

Whalen, T. (1953). Wives of alcoholics. Four types observed in a family service agency. *Quarterly journal of Studies on Alcohol*, 14(4), 632-641.

World Health Organization. (2013). Building back better: sustainable mental health care after emergencies. World Health Organization.

WHO, (2010), Report. Migration on health workers, Fact Sheet No301

WHO. (2005). Report on alcohol in the WHO European Region. Background paper for the framework for alcohol policy in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Ιανουάριος, 2020. Available at <http://www.euro.who.int/Document/RC55/ebd01.pdf>

Üstün, T. B., & Sartorius, N. (1995). The Background and Rationale of the WHO Collaborative Study. *Mental illness in general health care: An international study*, 1.

### **Διαδικτυακές πηγές**

Ashraf Ali, MD (Author Chris Elkins, MA.). (2015). Effects of Alcoholism on Families. Ιανουάριος 2020 <https://www.drugrehab.com/addiction/alcohol/effects-of-alcoholism-on-families/>

European Alcohol and Health Forum – EAHF (2011) [http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/science\\_02\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/science_02_en.pdf)

Laslett AM, Room R., Ferris J, Wilkinson C, Livingston M, Mugavil J, (2011), Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia , Addiction, available at <http://www.fare.org.au/wp-content/uploads/2011/10/The-Range-And-Magnitude-of-Alcohols-Harm-to-Others.pdf>

Mental Health Policy and Service Guidance Package-The Mental Health Context(2003), Ιανουάριος 2020, [https://www.who.int/mental\\_health/policy/mh\\_context\\_greek.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/mh_context_greek.pdf)

National Health System , UK Government , (2013) Alcohol related liver diseases, available at : [http://www.nhs.uk/conditions/liver\\_disease\\_%28alcoholic%29/Pages/Introduction.aspx](http://www.nhs.uk/conditions/liver_disease_%28alcoholic%29/Pages/Introduction.aspx)

WHO Regional Office for Europe (2010), European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen 2010, available at: [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)

WHO, (2014), Global Alcohol Report, Greece, available at: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/grc.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/grc.pdf)

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία 2008 – 2012. From (www.moh.gov.gr › ethnika-sxedia-drashs › 95-ethnika-sxedia-drashs)

[https://www.who.int/substance\\_abuse/facts/alcohol/en/](https://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/)

<http://www.18ano.gov.gr/>

<https://www.kethea.gr/>

<http://www.encephalos.gr/>

<https://www.alcoholrehabguide.org/treatment/types-therapy-alcoholism/>

<https://www.kentroapexartisis.com/blog/item/%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CF%87%CF%81%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%82-%CE%B1%CE%BB%CE%BA%CE%BF%CF%8C%CE%BB-%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CE%BD-%CE%B1%CE%BB%CE%BA%CE%BF%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C/145.html>





## Παράρτημα Συνέντευξη

### ΑΡΧΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

- ΗΛΙΚΙΑ
- ΦΥΛΟ
- ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ
- ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΧΟΛΕΙΤΕ ΜΕ ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ
- ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ
- ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
- ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΠΑΝΩ ΣΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ?
- ΙΔΙΩΤΙΚΟ Η ΔΗΜΟΣΙΟ ΦΟΡΕΑ.

### ΚΟΡΜΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ:

Άξονας Α: Ερωτήσεις για τον φορέα.

- Από ποια χρονολογία ξεκίνησε να λειτουργεί η δομή;
- Ποιες ειδικότητες στελεχώνουν την δομή; Ποιος ο ρόλος τους;
- Που υπάγεται νομικά η συγκεκριμένη δομή; (ιδιωτική, δημόσια). Ποια είναι η πηγή χρηματοδότησης της;
- Ποιες παρεμβάσεις χρησιμοποιούνται για την πρόληψη και θεραπεία από το αλκοόλ; Ποια η αποτελεσματικότητα του;
- Ποιες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στον συγκεκριμένο φορέα; (ως προς την στελέχωση, υποδομή)

Άξονας Β: Ερωτήσεις για τους εξυπηρετούμενους

- Με ποιες ηλικίες συνήθως συνεργάζεστε περισσότερο;
- Εκτός από την εξάρτηση στο αλκοόλ, οι εξυπηρετούμενοι ενδέχεται να αντιμετωπίζουν παράλληλα και άλλες εξαρτήσεις;

- Σε ποιο από τα δύο φύλα, υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό υπερκατανάλωσης αλκοόλ;
- Υπάρχει πιθανότητα οι εξυπηρετούμενοι να παρουσιάσουν προβλήματα υγείας λόγω της υπερκατανάλωσης αλκοόλ;
- Ποιοι παράγοντες οδηγούν τους εξυπηρετούμενους στην συχνή κατανάλωση αλκοόλ;
- Οι εξυπηρετούμενοι με τους οποίους συνεργάζεστε έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον;

#### Άξονας Γ: Ερωτήσεις για τους επαγγελματίες υγείας

- Το γεγονός ότι το αλκοόλ αποτελεί μια νόμιμη ουσία, γίνεται εύκολα αντιληπτό από εσάς;
- Ποιος είναι ο ρόλος σας στο συγκεκριμένο πλαίσιο που εργάζεστε;
- Ποια είναι η γνώμη σας, για τις παρεμβάσεις που γίνονται από τις δομές του νομού Ηρακλείου στον τομέα των εξαρτήσεων;
- Κατά την γνώμη σας, οι πολιτικές που υπάρχουν στο ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα, είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες των χρηστών;
- Ποια είναι τα στάδια απεξάρτησης του εξυπηρετούμενου από το αλκοόλ;
- Υπάρχει δυσκολία ως προς την προσέγγιση της σταδιακής δημιουργίας της θεραπευτικής σχέσης;
- Κατά πόσο επιτυγχάνεται η προσπάθεια των χρηστών στην διαδικασία της απεξάρτησης;