

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία:

Αλκοολισμός και ο Ρόλος
του Κοινοτικού Νοσηλευτή στην Πρόληψη



Εισηγητής: **Μιχάλης Ηγουμενίδης**

Σπουδάστρια: **Νικολέττα Κουτσοχέρα**

Πάτρα, 2016

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Summary.....	6
Πρόλογος.....	7
Εισαγωγή.....	8
Κεφάλαιο 1°	
Αλκοολισμός.....	11
1.1. Η έννοια του αλκοολισμού.....	11
1.2. Επιδημιολογία.....	13
1.3. Τα στάδια του αλκοολισμού.....	15
2.3.1. Α' Στάδιο Αλκοολισμού.....	17
1.3.2. Β' Στάδιο Αλκοολισμού.....	19
1.3.3. Γ. Στάδιο Αλκοολισμού.....	22
1.4. Κύκλος της εξάρτησης.....	23
Κεφάλαιο 2°	
Αίτια και Επιπτώσεις.....	28
2.1. Αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες.....	28
2.2. Αιτιολογικοί παράγοντες.....	30
2.3. Επιπτώσεις αλκοολισμού.....	39
2.3.1. Σωματικές διαταραχές.....	40
2.3.2. Νευρολογικές επιπλοκές.....	43
2.3.3. Ψυχικές διαταραχές.....	44
Κεφάλαιο 3°	
Αντιμετώπιση του Αλκοολισμού.....	50
3.1. Τύποι θεραπείας.....	50
3.2. Θεραπευτική αγωγή.....	50
3.2.1. Φαρμακευτική θεραπεία του στερητικού συνδρόμου από αλκοόλ... 51	
3.3. Οι θεραπευτικές κοινότητες στη δευτεροβάθμια πρόληψη.....	52
3.3.1. Εργοθεραπεία.....	54
3.3.2. Κέντρα Ημέρας.....	54
3.3.3. Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών . 55	
3.4. Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.....	55

3.5. Ομάδες Αυτοβοήθειας	56
3.6. Δίκτυα Υποστήριξης ή Συστήματα υποστήριξης	61
Κεφάλαιο 4^ο	
Πρόληψη	66
4.1. Πρωτοβάθμια πρόληψη	66
4.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη δευτεροβάθμια πρόληψη.....	74
4.2.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των σωματικών νοσημάτων μέσα σε μια θεραπευτική κοινότητα	82
4.2.2. Οι θεραπευτικές κοινότητες στη δευτεροβάθμια πρόληψη	84
4.2.3. Τα θεραπευτικά προγράμματα για απεξάρτηση από εθιστικές ουσίες	86
4.3. Τριτοβάθμια πρόληψη	86
4.3.1. Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις	91
4.3.2. Κέντρα Ημέρας.....	91
4.3.3. Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.Ε.Ρ.Α.)	92
4.3.4. Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών .	92
4.4. Νοσηλευτική Διεργασία Αλκοολικού Ασθενή.....	93
Επίλογος	97
Βιβλιογραφία	100

Περίληψη

Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ένα φαινόμενο πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό που έχει να κάνει με αλληλεπίδραση τόσο ατομικών παραγόντων (βιολογικών, ψυχολογικών, ψυχιατρικών) όσο και περιβαλλοντικών (ενδο-οικογενειακές σχέσεις, πολιτισμικές συνήθειες).

Η σπουδαιότητα και η επικινδυνότητα του καινούργιου και ολοένα αυξανόμενου κοινωνικού προβλήματος που ονομάζεται «αλκοολισμός», αλλά και η θλιβερή διαπίστωση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.), ότι ο αλκοολισμός κατατάσσεται ως τρίτη αιτία θανάτου στο κόσμο και θεωρείται ως ψυχοσωματική και πνευματική ασθένεια, ήταν οι κυριότεροι λόγοι που μας ώθησαν στην επιλογή και τη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος εργασίας.

Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ προκαλεί περίπου 2,5 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, από τους οποίους ένα σημαντικό ποσοστό αφορά τους νέους. Τα προβλήματα που προκαλούνται από το αλκοόλ μπορεί να έχουν καταστροφικές συνέπειες για τα άτομα και τις οικογένειές τους και μπορεί να επηρεάσουν σοβαρά τη ζωή της κοινότητας. Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ είναι ένας από τους τέσσερις πιο κοινούς παράγοντες κινδύνου για τις κυριότερες μη μεταδοτικές ασθένειες. Υπάρχουν, επίσης, ενδείξεις, ότι η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ συμβάλλει στην επιβάρυνση της υγείας από μεταδοτικές ασθένειες όπως για παράδειγμα την φυματίωση και το HIV/AIDS.

Η μείωση της επιβλαβούς χρήσης του αλκοόλ με αποτελεσματικά μέτρα και η παροχή υποδομής για την επιτυχή εφαρμογή των μέτρων αυτών, είναι κάτι πολύ περισσότερο από ζήτημα δημόσιας υγείας. Το βέβαιο είναι αποτελεί ένα αναπτυξιακό ζήτημα, δεδομένου ότι το επίπεδο κινδύνου που συνδέεται με την επιβλαβή χρήση

του αλκοόλ στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι πολύ υψηλότερο από ότι σε αναπτυγμένες χώρες όπου οι άνθρωποι προστατεύονται από νομοθετικές διατάξεις γενικής ισχύος και παρεμβάσεις και από μηχανισμούς που διασφαλίζουν ότι οι διατάξεις αυτές υλοποιούνται.

Summary

The alcohol dependence is a complex and multifactorial phenomenon that is directly related with interaction both individual factors (biological, psychological, psychiatric) and environmental (intra-family relationships, cultural habits).

The importance and the risk of new and ever-growing social problem called "alcoholism", but also the sad conclusion of the World Health Organization (WHO) that alcoholism is ranked as the third cause of death in the world and is considered as psychosomatic and mental illness, were the main reasons that led us to the selection and study of specific issue.

The harmful use of alcohol causes an estimated 2.5 million deaths every year, of which a significant proportion occur in the young. A wide variety of alcohol-related problems can have devastating impacts on individuals and their families and can seriously affect community life. The harmful use of alcohol is one of the four most common modifiable and preventable risk factors for major noncommunicable diseases (NCDs). There is also emerging evidence that the harmful use of alcohol contributes to the health burden caused by communicable diseases such as, for example, tuberculosis and HIV/AIDS.

Reducing the harmful use of alcohol by effective policy measures and by providing a relevant infrastructure to successfully implement those measures is much more than a public health issue. Indeed, it is a development issue, since the level of risk associated with the harmful use of alcohol in developing countries is much higher than that in highincome countries where people are increasingly protected by comprehensive laws and interventions – and by mechanisms to ensure that these are implemented.

Πρόλογος

Ο αλκοολισμός είναι ένα τεράστιο πρόβλημα της σύγχρονης εποχής. Οι γρήγοροι ρυθμοί της ζωής μας, το άγχος, η ψυχική κούραση, τα προβλήματα σε όλους τους τομείς της ζωής, μας οδηγούν να ψάχνουμε ένα παράθυρο διαφυγής από την πραγματικότητα. Ολοένα και περισσότεροι, βρίσκουν αυτό το παράθυρο στο αλκοόλ, χωρίς όμως να κατανοούν ότι ο αλκοολισμός αποτελεί μια σοβαρή πάθηση, με σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις και επίπονη θεραπεία. Η πληροφόρηση στον γενικό πληθυσμό είναι ελάχιστη και το αλκοόλ είναι μια νόμιμη ουσία, αρκεί κάποιος να μην οδηγήσει. Κατά τα άλλα, μπορεί να πει όποτε θέλει και όσο θέλει.

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί μια μικρή καταγραφή του αλκοολισμού, των επιπτώσεών του και της θεραπείας που μπορούμε να ακολουθήσουμε. Απαρτίζεται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται λόγος γενικά για το αλκοόλ, την επιδημιολογία, τα στάδια του αλκοολισμού, καθώς και τον κύκλο του αλκοόλ. Το δεύτερο κεφάλαιο διερευνά τις αιτίες και τις επιπτώσεις του αλκοολισμού, σωματικά και ψυχικά. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού μέσα από τη θεραπευτική αγωγή και τα διάφορα δίκτυα αντιμετώπισης. Το τέταρτο κεφάλαιο εξετάζει την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη και τον ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή. Επίσης, αναφέρεται η νοσηλευτική διεργασία ενός αλκοολικού ασθενή.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η προσπάθεια αυτή δεν θα ήταν εφικτή χωρίς τη βοήθεια του καθηγητή μου κου Ηγουμενίδη Μιχάλη, του οποίου η βοήθεια και η συμπαράσταση έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην γενικότερη φοιτητική μου πορεία.

Εισαγωγή

Το αλκοόλ (αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη) είναι μια πολύ εξαρτησιογόνα ουσία που όταν καταναλώνεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα προκαλεί εθισμό στον άνθρωπο και συχνά τον οδηγεί στον αλκοολισμό.

Αλκοολισμός Το αλκοόλ (αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη) είναι μια πολύ εξαρτησιογόνα ουσία, που όταν καταναλώνεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα προκαλεί εθισμό στον άνθρωπο και συχνά τον οδηγεί στον αλκοολισμό.

Ο Αλκοολισμός αναλύθηκε το 1972 και χαρακτηρίστηκε επίσημα ως νόσος, από τον γιατρό Coakley Lettson, που τον όρισε ως «δηλητηρίαση του οργανισμού από τη χρήση του αλκοόλ». Από τότε μέχρι σήμερα ο αλκοολισμός έχει πάρει τεράστιες κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις, καθώς φαίνεται πως όλο και περισσότερα άτομα εθίζονται στο αλκοόλ και δυσκολεύονται να απεξαρτηθούν.

Ο Αλκοολισμός λοιπόν είναι μια πρωτογενής και χρόνια ασθένεια και χαρακτηρίζεται από μειωμένη ικανότητα ελέγχου της χρήσης αλκοόλ, από έντονη και συνεχή πνευματική ενασχόληση με την ουσία, από τη συνεχιζόμενη χρήση της παρ' όλες τις δυσμενείς συνέπειες στην υγεία του ατόμου, από το διαστρεβλωμένο τρόπο σκέψης του χρήστη, με ιδιαίτερη χρήση του ψυχολογικού μηχανισμού της άρνησης.

Οι αιτίες του αλκοολισμού δεν είναι ξεκάθαρες. Η έναρξη κατανάλωσης του αλκοόλ εξαρτάται από οικογενειακούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, φαίνεται όμως ότι και γενετικοί παράγοντες, όταν αλληλεπιδρούν με περιβαλλοντικές συνιστώσες, εξηγούν την προδιάθεση του ατόμου να εθιστεί στο αλκοόλ.

Με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, αλκοολισμός και ψύχωση φαίνονται ότι σχετίζονται, καθώς η χρόνια χρήση ή κατάχρηση αλκοόλ δημιουργεί κατάθλιψη,

παραισθήσεις, επιθετική συμπεριφορά, ιδέες καταδίωξης, καχυποψία, παντελή έλλειψη αναστολών και κοινωνική απομόνωση.

Οι πιο συχνές ψυχικές διαταραχές από το αλκοόλ είναι η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας των ενηλίκων.

Ο Αλκοολισμός μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο θάνατο. Εξαιτίας της συχνής λήψης υπερβολικής δόσης οινοπνεύματος, δημιουργούνται οργανικές επιπλοκές, μη αναστρέψιμες, που σχετίζονται με τον εγκέφαλο, το ήπαρ, την καρδιά και πολλά άλλα όργανα. Μπορεί επίσης να οδηγήσει στην αυτοκτονία, στην ανθρωποκτονία (όταν συνηγορούν και ψυχιατρικές διαταραχές), σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και σε άλλα δραματικά συμβάντα.

Το να πίνουμε που και που λίγο παραπάνω με την παρέα μας ή ακόμη και να μεθύσουμε κάποιες φορές, δεν σημαίνει ότι είμαστε ή θα γίνουμε αλκοολικοί. Τα σημάδια του αλκοολισμού ξεκινούν όταν χαθεί το μέτρο. Και η πρώτη ένδειξη είναι όταν χρειαζόμαστε το αλκοόλ για να νιώσουμε καλά, και ακόμη χειρότερα, όταν χρειαζόμαστε όλο και μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ για να νιώσουμε καλά.

Συχνά, το άτομο που εθίζεται στο οινόπνευμα, δυσκολεύεται ή και αρνείται να παραδεχτεί ότι έχει πρόβλημα. Ο περίγυρος του ατόμου είναι εκείνος που αναγνωρίζει το πρόβλημα πριν από το ίδιο το άτομο. Και αυτό συμβαίνει γιατί το κοινωνικό περιβάλλον του αλκοολικού παρατηρεί αλλαγές στη συμπεριφορά του. Τα σημάδια που φανερώνουν πρόβλημα αλκοολισμού είναι τα συχνά ατυχήματα, το αδικαιολόγητο άγχος, η καχυποψία, τα κενά μνήμης ή και η απώλειά της κάποιες φορές, η παραμέληση της εμφάνισης, η επιθετικότητα, το τρεμούλιασμα στα χέρια, η απότομη πτώση της απόδοσης στην εργασία και οι συχνές απουσίες από αυτή, η

αυπνία και οι ρήξεις στις προσωπικές σχέσεις του ατόμου, που συχνά οδηγούν σε χωρισμό.

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί μια μικρή καταγραφή του αλκοολισμού, των επιπτώσεών του και της θεραπείας που μπορούμε να ακολουθήσουμε. Απαρτίζεται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται λόγος γενικά για το αλκοόλ, την επιδημιολογία, τα στάδια του αλκοολισμού, καθώς και τον κύκλο του αλκοόλ. Το δεύτερο κεφάλαιο διερευνά τις αιτίες και τις επιπτώσεις του αλκοολισμού, σωματικά και ψυχικά. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού μέσα από τη θεραπευτική αγωγή και τα διάφορα δίκτυα αντιμετώπισης. Το τέταρτο κεφάλαιο εξετάζει την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη και τον ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή. Επίσης, αναφέρεται η νοσηλευτική διεργασία ενός αλκοολικού ασθενή.

Κεφάλαιο 1^ο

Αλκοολισμός

1.1. Η έννοια του αλκοολισμού

Η χρόνια εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ ονομάζεται αλκοολισμός. Στην κατάσταση αυτή, το άτομο δεν έχει τον έλεγχο για την ποσότητα ή τη συχνότητα του αλκοόλ που καταναλώνει και συνεχίζει να πίνει ενώ ξέρει πως η συμπεριφορά του αυτή δημιουργεί προβλήματα σε προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), «το αλκοόλ είναι μια ψυχοδραστική ουσία με εξαρτησιογόνες ιδιότητες που χρησιμοποιείται ευρέως σε πολλές κουλτούρες εδώ και αιώνες. Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ προκαλεί πολλές αρρώστιες και κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση στις κοινωνίες» (WHO, 2007). Ο ΠΟΥ θεωρεί τις «βλάβες από το οινόπνευμα» και τα «προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ» ως ίσους όρους που αναφέρονται στο μεγάλο εύρος των προβλημάτων υγείας και των κοινωνικών προβλημάτων στα άτομα που πίνουν και στους άλλους, σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, όπου το αλκοόλ παίζει έναν κρίσιμο ρόλο. Σχετικός με αυτούς τους ορισμούς είναι και η «επιβλαβής χρήση του αλκοόλ», μια κατηγορία στην ταξινόμηση ICD-10 των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, που αναφέρεται σε μια κατάσταση κατά την οποία η σωματική ή ψυχολογική βλάβη συμβαίνει στο άτομο ως αποτέλεσμα του αλκοολισμού του. Η «επιβλαβής χρήση», με αυτή την έννοια, περιλαμβάνεται στις βλάβες ή προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ.

Είναι πιθανό βέβαια, κάποιος να κάνει απλώς κακή χρήση του αλκοόλ και αυτό να του δημιουργεί προβλήματα στη ζωή του, αλλά να μην παρουσιάζει σημάδια

εξάρτησης, οπότε δεν έχει ανεκτικότητα στο αλκοόλ και στερητικά συμπτώματα όταν δεν πίνει, όπως ο αλκοολικός. Αυτή η περίπτωση ονομάζεται κατάχρηση αλκοόλ. Η κατάχρηση αλκοόλ είναι το προηγούμενο στάδιο της εξάρτησης από αυτό (Rehm et al., 2012).

Ο όρος αλκοολισμός για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε από έναν Ολλανδό γιατρό στα τέλη της δεκαετίας του 1840, ενώ αναγνωρίστηκε ως νόσος το έτος 1972 από τον ιατρό John Coakley Lettson. Πρόκειται για ένα ευρύτατα διαδεδομένο πρόβλημα το οποίο εντοπίζεται πολύ συχνά και σε παγκόσμια κλίμακα. Αξίζει να σημειωθεί πως περίπου το 10-13% των ανθρώπων θα παρουσιάσουν κατά την διάρκεια της ζωής τους πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ (www.bestrong.org.gr).

Ο αλκοολισμός είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, τις οποίες οι θεράποντες οφείλουν να λάβουν υπόψη, στην προσπάθεια αντιμετώπισής του.

Σχετικά με την εκδήλωση του προβλήματος έχουν γίνει σημαντικές μελέτες: Μελετώντας οικογένειες, διδύμους και υιοθετημένα παιδιά έχει παρατηρηθεί ότι γενετικοί παράγοντες συντελούν κατά 40 έως 70% στην ανάπτυξη αλκοολικών συμπεριφορών. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι η κατάχρηση αλκοόλ αλλάζει τις εκφράσεις των γονιδίων στους εγκεφαλικούς ιστούς τόσο των ζώων που χρησιμοποιήθηκαν στις εργαστηριακές δοκιμές, όσο και των ανθρώπων. Ο αλκοολισμός είναι ενδεχομένως πολυγονιδιακή νόσος, δεν παρουσιάζει κληρονομικότητα μεντελικού τύπου και εκδηλώνεται με ποικίλους κλινικούς φαινοτύπους (Ende et al., 2013).

Το αλκοολικό άτομο υπόκειται δηλητηριάσεις από το αλκοόλ οι οποίες λαμβάνουν δύο μορφές, την οξεία και την χρόνια μέθη. Στην περίπτωση οξείας μέθης, ανάλογα με την ποσότητα του οινοπνεύματος που έχει καταναλωθεί και την

κατάσταση του ατόμου (βάρος, προσωπικότητα, φύλο κ.τ.λ.) παρατηρείται διαταραχή ή και απώλεια συνείδησης, αναστολή φραγμών, μειωμένη αντιληπτική ικανότητα, ακόμα και κωματώδεις καταστάσεις ή και θάνατος.

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

Σε περιπτώσεις χρόνιου αλκοολισμού, παρουσιάζονται ποικίλες διαταραχές του νευρικού συστήματος (τρεμούλιασμα, πολυνευρίτιδα, διανοητική σύγχυση, παραισθήσεις, τρομώδεις παραλήρημα), του ήπατος (αλκοολική κίρρωση), του κυκλοφορικού συστήματος (αρτηριοσκλήρωση).

Επιπλέον τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό παρουσιάζουν συνήθως διαταραχές της συμπεριφοράς οι οποίες συνήθως εκδηλώνονται μέσω αστάθειας της ψυχικής διάθεσης, περιορισμό της ικανότητας κρίσεως και της βούλησης και ηθική κατάπτωση. Ο αλκοολισμός δηλαδή δεν σημαίνει μόνο υπερβολική χρήση οινόπνευματος, αλλά εξάρτηση από το οινόπνευμα και οργανικές – ψυχολογικές βλάβες από την προαναφερθείσα υπερβολική χρήση (Ende et al., 2013).

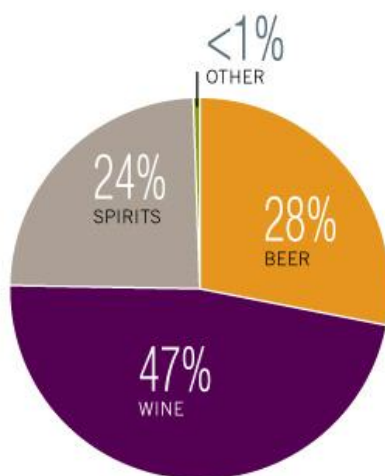
1.2. Επιδημιολογία

Ο αλκοολισμός είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες κοινωνίες. Σύμφωνα με τον WHO (2014), ο αλκοολισμός ευθύνεται για το 1,4% της συνολικής επιβάρυνσης από νοσήματα. Σημαντικό εύρημα είναι ότι το αλκοόλ αυξάνει κατά 50% τον κίνδυνο θνησιμότητας, κάτι που καταδεικνύει και τη σοβαρότητά του. Ο επιπολασμός εξάρτησης από το αλκοόλ στον γενικό πληθυσμό

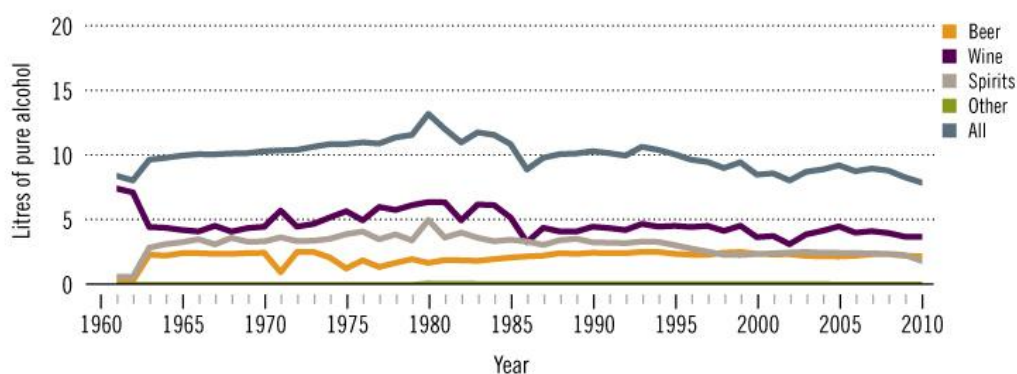
είναι 10%, ενώ ο επιπολασμός κατάχρησης είναι 30-40%. Όλα αυτά, καθιστούν τον αλκοολισμό ως το τρίτο σημαντικότερο πρόβλημα στη δημόσια υγεία.

Ειδικότερα, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το 3,8% των συνολικών θανάτων οφείλονται στην εξάρτηση / κατάχρηση του αλκοόλ, κάτι που μεταφράζεται σε 1,8 εκατομμύρια ανθρώπους. Περίπου 58,3 εκατομμύρια Ευρωπαίοι επιβαρύνονται από τις σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις που έχει το αλκοόλ στην υγεία τους. Σημαντική, επίσης, είναι και η διαπίστωση που αφορά στην ποιότητα ζωής των αλκοολικών ατόμων, όπου για τους άνδρες το 15,2% των χρόνων της ζωής τους είναι χαμένα λόγω του αλκοόλ, ενώ για τις γυναίκες το 3,9% (σύμφωνα με το δείκτη DALY's που αφορά τα προσαρμοσμένα έτη αναπηρίας).

Η Ελλάδα πλέον κατέχει την 8^η θέση ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες στην κατανάλωση αλκοόλ, σε αντίθεση με την προηγούμενη 10ετία που βρισκόταν στην 20^η θέση. Παρατηρείται αύξηση της χρήσης του αλκοόλ, ιδιαίτερα στους άνδρες. Η αναλογία ανδρών και γυναικών ως προς την κατανάλωση είναι 5:1 και ο ένας στους τέσσερις άνδρες πίνει τουλάχιστον 10 φορές το μήνα, ενώ ο ένας στους δέκα κάνει υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (WHO, 2014)



Διάγραμμα 1.1. Κατανάλωση αλκοόλ (σε λίτρα) στην Ελλάδα, ανάλογα με τον τύπο του αλκοολούχου ποτού, για το έτος 2010 (WHO, 2014).



Διάγραμμα 1.2. Καταγεγραμμένη κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα για τα έτη 1961-2010 (WHO, 2014).

1.3. Τα στάδια του αλκοολισμού

Το άτομο που πάσχει από αλκοολισμό έχει χάσει την ελευθερία του απέναντι στο αλκοόλ, έχει υποδουλωθεί σε αυτό και το έχει μετατρέψει σε κεντρικό άξονα της ζωής του, χάνοντας οποιοδήποτε ενδιαφέρον αλλά και ικανότητα για δουλειά, σπίτι, υποχρεώσεις κ.λπ. Με αυτή την έννοια οποιοσδήποτε καταναλώνει οινόπνευμα μπορεί να θεωρηθεί δυνητικά αλκοολικός, αφού το κριτήριο του αλκοολισμού δεν είναι μόνο η χρόνια μέθη αλλά η πρόκληση ψυχικών, σωματικών ή κοινωνικών προβλημάτων (Τσαρούχας, 2000).

Οι μελέτες που έγιναν μέχρι πρόσφατα δεν παρουσιάζουν αρκετά στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι άτομα με συγκεκριμένη δομή της προσωπικότητας έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί από άτομα με άλλη προσωπικότητα (Μούζας και συν., 2003).

Όπως είδαμε και παραπάνω, το άτομο μπορεί να γίνει αλκοολικό κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες που αλληλεξαρτώνται. Οι συνθήκες αυτές είναι το περιβάλλον, η ουσία και το ίδιο το άτομο, που δημιουργούν το λεγόμενο τρίγωνο της εξάρτησης. Τα τρία αυτά στοιχεία βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση με τελικό αποτέλεσμα τον αλκοολισμό.

Η άποψη των ψυχαναλυτών είναι ότι προϋπάρχει κάποιο πρόβλημα στην προσωπικότητα του εξαρτημένου ατόμου και ότι η χρήση του οινόπνεύματος αποσκοπεί όχι απλώς στη δημιουργία της ευφορίας, αλλά και στην κάλυψη του εσωτερικού κενού που αισθάνεται. Έτσι η εξάρτηση οφείλεται σε δομικά προβλήματα της προσωπικότητας τα οποία πιθανόν να δημιουργήθηκαν στην παιδική του ηλικία.

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

Η συμπεριφορά φυγής από την προσωπική πραγματικότητα δεν είναι ο μόνος λόγος εμφάνισης της εξαρτητικής συμπεριφοράς, αλλά και η αγωνιώδης αναζήτηση επικοινωνίας μακριά από αλλοτριωμένες συμπεριφορές, η άρνηση ένταξης στην πραγματικότητα, τον συμβιβασμό και την έλλειψη ανθρωπίνων και ειλικρινών σχέσεων.

Η έλλειψη εσωτερικής δομής που θα βοηθούσε στην καταπολέμηση του άγχους και την εξάλειψη της κακής εικόνας που έχουν για τον εαυτό τους, οδηγεί αυτά τα άτομα σε εξωτερικά ερεθίσματα όπως η τροφή, η σεξουαλική διέγερση, το αλκοόλ κ.λπ. στην προσπάθειά τους να αισθανθούν καλύτερα (Μούζας και συν., 2003).

Ο αλκοολισμός είναι πολύπλοκο φαινόμενο. Εκδηλώνεται τις περισσότερες φορές σε προσωπικότητες που παρουσιάζουν τάσεις απομόνωσης, χαμηλή

αυτοεκτίμηση, υπεροψία, απελπισία, μοναξιά, αδυναμία αντοχής της ματαίωσης, αισθήματα ανικανοποίητου, δυσπιστία (Τσαρούχας, 2000).

Τα άτομα που θα καταλήξουν σε χρόνια χρήση και βαριάς μορφής εξάρτηση από το αλκοόλ φαίνεται να περνούν από τρία διακριτά στάδια (Αλυσσανδράκης, 2002).

2.3.1. Α' Στάδιο Αλκοολισμού

Στο Α' στάδιο αλκοολισμού, η εξάρτηση από το αλκοόλ συνήθως συμβαίνει με την καθημερινή λήψη μικρών ποσοτήτων και η συμπεριφορά αυτή μπορεί να διαρκέσει για μεγάλα διαστήματα, να διακόπτεται και έπειτα να επαναλαμβάνεται από την αρχή. Στην αρχή αυτού του σταδίου ανήκει και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

Όσο περνά ο καιρός, ευρισκόμενος κανείς στο 1^ο στάδιο, τείνει να κρύβει την εξάρτησή του στην καθημερινότητά του, ενώ στην πραγματικότητα εξελίσσεται σε κρυφό ασθενή. Η κατάσταση σε αυτό το σημείο είναι ελεγχόμενη με την έννοια ότι καλύπτει τις ανάγκες του σε αλκοόλ μέσα από τις συνηθισμένες απλές κοινωνικές δραστηριότητες, γιορτές, γάμοι κ.τ.λ. Είναι δε απόλυτα φυσιολογικό να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για λήψη αλκοόλ, δίχως κανένας να μπορεί να το υποψιαστεί. Μερικά από αυτά:

1. Μεθά αρκετά εύκολα –στην αρχή της εξάρτησης δεν παρουσιάζει αυξημένη αντοχή στο αλκοόλ, αυτό αρχίζει να συμβαίνει στο Β' στάδιο.
2. Όλη την ημέρα δεν κάνει χρήση αλκοόλ, οι ώρες λήψης είναι βραδινές, πάντα με παρέα, ποτέ δεν πίνει μόνος του και ειδικά στο σπίτι.
3. Όλη του η ζωή κινείται σε φυσιολογικά πλαίσια –τρέφεται κανονικά, εργάζεται, συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις κ.λπ. και ως προς το είδος του ποτού είναι συνήθως εκλεκτικός.

4. Στην κατάσταση ευθυμίας που προηγείται της μέθης τραυλίζει, δεν έχει συνέχεια στο λόγο, έχει μειωμένα αντανακλαστικά και θολό βλέμμα.

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

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

Αυτή η περίοδος, όπως και το 3^ο στάδιο, είναι η πιο δύσκολη περίοδος για το άτομο, για να προσεγγιστεί και να βοηθηθεί. Δεν θέλει να δεχθεί ότι αυτός θα πάθει ότι και κάποιος άλλος, πιστεύει ότι είναι πιο δυνατός. Συνεχώς δε, αυξάνει η πίστη του ότι όλοι οι άλλοι φταίνε για το πρόβλημα του εκτός από αυτόν (Παπαναστασάτος, 2014).

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

Η κατάστασή του αυτή οδηγεί σε συνεχείς αναβολές των υποχρεώσεων του, κυρίως αυτών που έχουν άμεση σχέση με συγκεκριμένες ώρες, καθώς δεν μπορεί να γνωρίζει σε ποια κατάσταση θα ευρίσκεται εκείνη την συγκεκριμένη ώρα, δηλαδή εάν θα είναι πολύ ή λίγο μεθυσμένος ή θα κοιμάται εξαιτίας της μέθης.

Σε αυτό το στάδιο της περιθωριοποίησης αρχίζει να μην μπορεί να είναι συνεπής και στον εργασιακό χώρο. Είναι το χρονικό διάστημα που αρχίζουν οι αδικαιολόγητες απουσίες από την εργασία ή τις σπουδές του. Το ίδιο συμβαίνει και με τις οικογενειακές εξόδους ή λοιπές κοινωνικές υποχρεώσεις (Αλυσσανδράκης, 2002).

1.3.2. Β' Στάδιο Αλκοολισμού

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

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

1. Αυξάνει την ποσότητα του αλκοόλ ή την περιεκτικότητα σε οινόπνευμα ή για οικονομικούς λόγους χρησιμοποιεί αναμίξεις ποτών. Αυτό συμβαίνει διότι με τον καιρό ο αλκοολικός αποκτά ανοχές στην ποσότητα του αλκοόλ. Έτσι δημιουργεί την ψευδή εντύπωση στον περίγυρο ότι δεν υπάρχει πρόβλημα εξάρτησης καθώς ο χρήστης δεν μεθά, άρα δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα.
2. Σε πιο προχωρημένη κατάσταση είναι πιθανό να χρησιμοποιήσει ναρκωτικά ή ηρεμιστικά χάπια σε συνδυασμό με αλκοόλ. Φυσικά η χρόνια χρήση αυτών των συνδυασμών επιταχύνει την εξέλιξη της νόσου.
3. Οι αλλαγές στην συμπεριφορά του αυξάνονται και επιδεινώνονται, περνώντας συνήθως από την απομόνωση, σε εκδηλώσεις βίας προς τα ασθενέστερα του οικογενειακού περιβάλλοντος. Σημαντικό ρόλο σε όλη την επιδείνωση παίζουν τα κενά μνήμης αλλά και οι μεγάλες χρονικές περιόδους σύγχυσης και αδυναμίας πραγματικής επαφής με το περιβάλλον.
4. Διαταραχή στις σχέσεις με τα παιδιά. Η κατάσταση αυτή είναι πολύ δυσάρεστη και τραυματική για τα παιδιά της οικογένειας του αλκοολικού.
5. Τάσεις προς έμετο σε συνδυασμό με πιθανό υποσιτισμό σταδιακά οδηγούν τον αλκοολικό σε απώλεια βάρους.
6. Μείωση του ανοσοβιολογικού συστήματος και αρκετών ακόμα βλαβών σε όλα σχεδόν τα ζωτικά όργανα.

Όλοι σιγά-σιγά, αρχίζουν και τον εγκαταλείπουν, εξαιτίας της αλλοπρόσαλλης συμπεριφοράς και των αψυχολόγητων αντιδράσεών του. Αποτέλεσμα, να ψάχνει για νέους φίλους, προτιμώντας επιλεκτικά να είναι επίσης εξαρτημένοι, έτσι ώστε να

έχουν ένα κοινό σημείο που τους ενώνει, την εξάρτηση από το αλκοόλ, παράγοντας τόσο ισχυρός που ισοπεδώνει όποιες ταξικές, επαγγελματικές ή ηλικιακές διαφορές. Επιπλέον, σε αυτές τις παρέες κανείς δεν του λέει τι να κάνει, να μην πίνει και όλοι τελικά συμφωνούν μαζί του, ότι για όλα αυτά που τους συμβαίνουν φταίνε κάποιοι άλλοι και ποτέ αυτοί οι ίδιοι.

Αυτές οι αλλαγές μεταφέρονται και στο σύνολο της οικογένειας, με προβλήματα που ο πρώτος αποδέκτης είναι η/ο σύζυγος. Κατά δεύτερο λόγο στα παιδιά, ειδικά εάν αυτά βρίσκονται σε ηλικία άνω των 5 ετών και με σοβαρότερα προβλήματα όσο τα παιδιά είναι μεγαλύτερα. Διαμορφώνεται και παγιώνεται λοιπόν ένας νέος τρόπος ζωής για τον αλκοολικό, ο οποίος είναι προσαρμοσμένος στις απαιτήσεις και τους περιορισμούς οι οποίοι προκαλούνται και επιβάλλονται από αυτήν την ίδια την εξάρτηση (Παπαναστασάτος, 2014).

Η επόμενη φάση η οποία ολοκληρώνει το στάδιο αυτό, είναι η χρονική στιγμή που αρχίζουν να φαίνονται τα αποτελέσματα της κοινωνικής περιθωριοποίησης, την οποία προκαλεί άθελά του ο ίδιος με την όλη στάση του. Μερίδιο ευθύνης έχουν ο/η σύζυγος αλλά και όλοι οι άλλοι που έως τώρα συγκάλυπταν και συγκάλυπταν το πρόβλημα.

Αυτή η διαμόρφωση της όλης κατάστασης είναι και η αρχή της τελειωτικής χαριστικής βολής όχι μόνο κατά του αλκοολικού, αλλά και κατά της οικογένειας του. Υποχρεώνεται πλέον η οικογένεια να περιθωριοποιηθεί ή να εγκαταλείψει τον αλκοολικό. Άρα η οριστική εγκατάλειψη και χωρισμός είναι αποτέλεσμα αφενός μεν του αδύνατου της συμβίωσης μαζί του, αλλά και του καταλυτικού ρόλου της επίδρασης της κοινωνικής περιθωριοποίησης κατά του αλκοολικού (Αλυσσανδράκης, 2002).

1.3.3. Γ. Στάδιο Αλκοολισμού

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

1. Ο αλκοολικός με την παραμικρή ποσότητα αλκοόλ περιέρχεται σε κατάσταση μέθης αλλά συνεχίζει να πίνει. Το πρόβλημά του είναι πλέον μια ακόρεστη δίψα για αλκοόλ η οποία συνήθως τον φέρνει στα όρια της αναισθησίας.
2. Δεν τον ενδιαφέρει καθόλου το είδος του ποτού, φθάνοντας εάν δεν έχει άλλη λύση στο να πίνει ότι μπορεί να φανταστεί κανείς.
3. Δεν τον ενδιαφέρει καθόλου η εξωτερική του εμφάνιση. Χαρακτηριστικό εξωτερικό γνώρισμα είναι η μεγάλη απώλεια βάρους καθώς ο αλκοολικός υποσιτίζεται.

Οι βλάβες στον οργανισμό είναι πλέον εμφανείς, η κατάσταση της υγείας του πιθανόν να μην είναι αναστρέψιμη. Ζει τον φόβο της έλλειψης του αλκοόλ από την καθημερινότητά του. Επίσης, γίνονται και άλλες αλλαγές στην προσωπικότητά του, εκ των οποίων δύο είναι οι σημαντικότερες: α) η χαμηλή αυτοεκτίμηση και β) η αύξηση της ιδιοτέλειας.

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

στιγμή που πρέπει το άμεσο περιβάλλον του εξαρτημένου ατόμου να αναλάβουν σοβαρή πρωτοβουλία καθώς ο ίδιος είναι αδύνατο να αντιδράσει.

β) Η αύξηση της ιδιοτέλειας: Καθοδηγούμενος από τους περιορισμούς της εξάρτησης, ο εξαρτημένος αυξάνει την προσπάθειά του για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη προς ίδιον όφελος, εκμετάλλευση των ανθρώπων. Δεν τον ενδιαφέρει αν είναι του άμεσου ή έμμεσου περιβάλλοντος. Το χειρότερο ίσως εμφανίζεται όταν η εξάρτηση έχει ισοπεδώσει κυριολεκτικά τον εξαρτημένο και περιέρχεται σε κατάσταση αυτολύπησης (Παπαναστασάτος, 2014).

Οι προσπάθειες αυτολύπησης ολοκληρώνουν την εξαθλίωση και ταπείνωσή του, δυστυχώς χωρίς αυτός να το αντιλαμβάνεται με αποτέλεσμα να μην καταβάλει καμία προσπάθεια για να το αλλάξει. Όλα γίνονται με ένα βασικό στόχο, την μετάθεση της ευθύνης για το πρόβλημά του στους άλλους, με αποτέλεσμα την αυτοαθώωσή του. Με αυτόν τον τρόπο απαλλάσσεται από τις τύψεις και τις ενοχές για να επιστρέψει «δικαιωμένος» όσο πιο γρήγορα μπορεί, σε νέα χρήση αλκοόλ με κατάληξη την μέθη.

Η αυτολύπηση δεν γίνεται συνειδητά από τον κάθε αλκοολικό, αλλά σαν το τελευταίο μέσο για να πείσει τους γύρω του ότι ο μόνος που τελικά δεν φταίει για αυτήν την κατάσταση είναι ο ίδιος. Ο εξαρτημένος δεν είναι ικανός να αντιληφθεί την κατάστασή του, καθώς όλα αποτελούν μέρος της εικονικής δικής του πραγματικότητας. Η φανταστική δική του πραγματικότητα προέρχεται από την αδυναμία του να συμμετέχει στην φυσιολογική ζωή καθώς αυτός ο ίδιος έχει συνδέσει το καθετί στη ζωή του με την χρήση αλκοόλ (Αλυσσανδράκης, 2002).

1.4. Κύκλος της εξάρτησης

Ο κύκλος της εξάρτησης (εικ. 1.1) αποτελεί την πορεία της εξάρτησης από μια ουσία στο άτομο. Ο κύκλος της εξάρτησης αρχίζει από τη στιγμή που το άτομο

αναγνωρίζει ότι έχει πρόβλημα με την ουσία που χρησιμοποιεί, ότι έχει εξαρτηθεί, αλλά αδιαφορεί για την κατάσταση που επικρατεί και συνεχίζει την χρήση/κατάχρηση της ουσίας. Άρα η πρώτη φάση του κύκλου είναι η αδιαφορία.

Η επόμενη φάση είναι ο προβληματισμός του ατόμου. Προβληματισμός για την κατάσταση στην οποία τον έχει οδηγήσει η χρήση των ουσιών. Στη φάση αυτή το άτομο ψάχνει να βρει από πού θα μπορούσε να ζητήσει βοήθεια για να διακόψει την χρήση των ουσιών, αφού έχει πολλές προσπάθειες να διακόψει ή να ελέγξει τη χρήση των ουσιών χωρίς αποτέλεσμα.

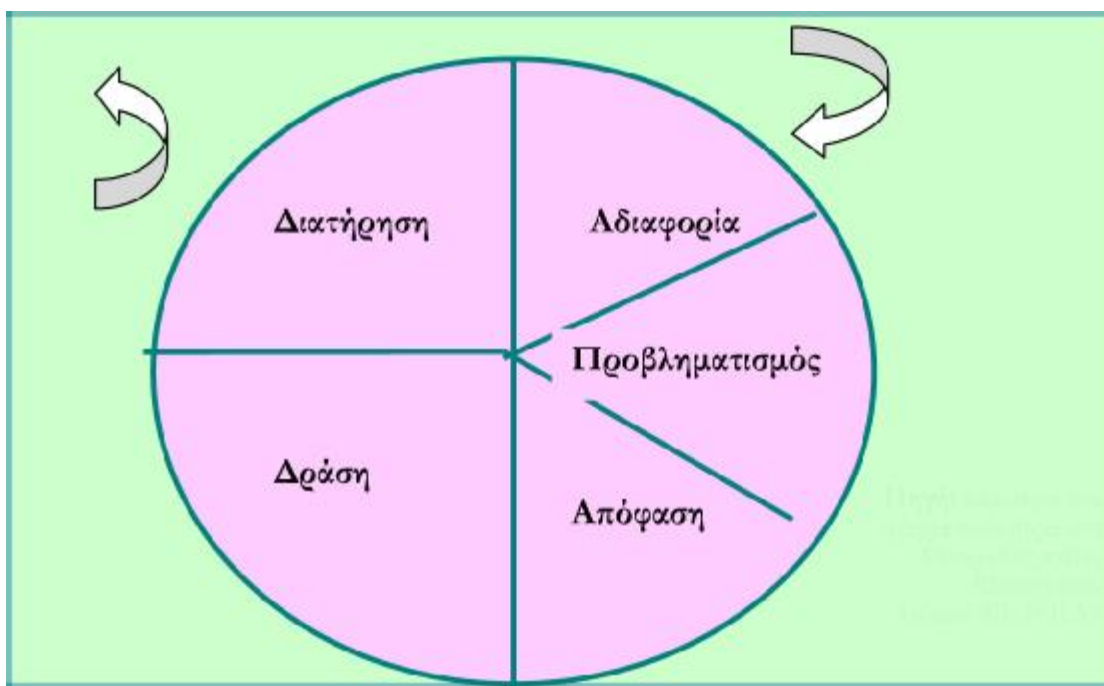
Συνέχεια μετά έχει η απόφαση, εννοώντας την απόφαση να διακόψει τη χρήση ουσιών με την βοήθεια ειδικών. Η απόφαση αυτή είναι δύσκολη γιατί υπάρχουν στο ιστορικό κάθε χρήστη διαφόρων ουσιών ανεπιτυχείς ατομικές απόπειρες διακοπής.

Επόμενη φάση είναι η φάση της δράσης. Στη φάση αυτή το άτομο κάνει ακόμη μια προσπάθεια να απεξαρτηθεί αλλά όχι σαν όλες τις προηγούμενες. Εδώ έχουμε οριστική διακοπή της ουσίας, που μπορεί να είναι είτε ναρκωτική ουσία, είτε αλκοόλ, με τη βοήθεια ειδικών.

Τελευταία φάση του κύκλου αποτελεί η διατήρηση. Η διατήρηση των όσων έχει καταφέρει μέχρι τώρα. Η διατήρηση αυτής της διακοπής των διαφόρων ουσιών, η απεξάρτηση. Η διατήρηση αποτελεί ίσως και την πιο δύσκολη και σημαντική φάση στην προσπάθεια του ατόμου να απεξαρτηθεί, κι αυτό γιατί έρχεται αντιμέτωπο καθημερινά με ουσίες, όπως το αλκοόλ.

Αυτό που δεν πρέπει να παραληφθεί είναι ότι για να ολοκληρωθεί ο κύκλος, της θα πρέπει το άτομο να κατανοήσει ότι η δική του θέληση για απεξάρτηση από οποιαδήποτε ουσία είναι αυτή που θα διατηρήσει την προσπάθεια που έχει καταβάλει. Και τέλος, πως αυτός ο κύκλος είναι ίδιος για όλους τους χρήστες αλλά διαφέρει η χρονική στιγμή που ολοκληρώνεται. Δηλαδή ένα εξαρτημένο άτομο μπορεί

να πιστεύει πως έχει πάρει την απόφαση, ενώ στη ουσία να βρίσκεται ακόμη στο φάση του προβληματισμού, οπότε προχωρώντας στη δράση δεν θα καταφέρει να διατηρήσει την προσπάθειά του αυτή (Μούζας, 2003).



Εικ. 1.1. Ο κύκλος της εξάρτησης (Μούζας, 2003)

Στην εξάρτηση από το αλκοόλ ο κύκλος της εξάρτησης ονομάζεται στάδια αλλαγής του ατόμου και προσθέτονται δυο ακόμη στάδια και γίνονται 7. Έτσι, τα στάδια της αλλαγής κατά το διαθεωρητικό (transtheoretical) μοντέλο (Nikolaou et al., 2013) είναι:

1. Προθεώρηση (pre-contemplation). Το άτομο δεν σκέφτεται σοβαρά να αλλάξει συμπεριφορά, τουλάχιστον στο άμεσο μέλλον. Είναι η περίπτωση του καπνιστή που βλέπει τα θετικά σημεία της συνήθειας του καπνίσματος να υπερτερούν των πιθανών μελλοντικών προβλημάτων στην εκτίμηση μιας πιθανής διακοπής του καπνίσματος.

2. Θεώρηση (contemplation). Το άτομο σκέφτεται σοβαρά να αλλάξει την συμπεριφορά του. Ζυγίζει το τωρινό πρότυπο συμπεριφοράς και την περίπτωση αλλαγής συμπεριφοράς κάνοντας μια στοιχειώδη ανάλυση οφέλους -κόστους: «τι θα

χάσω και τι θα κερδίσω» από την αλλαγή. Η θεώρηση μπορεί να διαρκέσει σημαντικό χρονικό διάστημα, μπορούμε να μιλήσουμε και για «χρόνια θεώρηση», συνήθως σε άτομα που έχουν κάνει πολλαπλές, μη επιτυχείς προσπάθειες να αλλάξουν συμπεριφορά.

3. Ετοιμασία (preparation). Το άτομο αποφάσισε την αλλαγή συμπεριφοράς, δεσμεύεται σε αυτήν, καταστρώνει στρατηγική για την επιτυχή αλλαγή. Το κίνητρο είναι ισχυρό και δυναμώνει περισσότερο.

4. Δράση (action). Το άτομο εφαρμόζει το σχέδιο για την αλλαγή της συμπεριφοράς που έχει σχεδιάσει κατά την ετοιμασία. Προχωρά στα βήματα για την αλλαγή της παρούσης συμπεριφοράς και για την απόκτηση μιας εκ προθέσεως, μιας ηθελημένα αλλαγμένης, υγιούς συμπεριφοράς. Το νέο πρότυπο συμπεριφοράς θα καθιερωθεί στους μήνες που θα ακολουθήσουν.

5. Συντήρηση (maintenance). Στο στάδιο αυτό, το νέο πρότυπο συμπεριφοράς συντηρείται, διατηρείται και ενισχύεται για μεγάλη χρονική περίοδο. Το άτομο ενσωματώνει τις αλλαγές που πέτυχε μέσα στον δικό του τρόπο ζωής. Βέβαια, η πιθανότητα υποτροπής στην προηγούμενη συμπεριφορά είναι υπαρκτή.

6. Υποτροπή και ανακύκλωση (relapse and recycling). Επιστροφή στην προηγούμενη συμπεριφορά. Η ανακύκλωση μπορεί να οδηγήσει σε κάποιο από τα προηγούμενα στάδια π.χ. προθεώρηση, θεώρηση, ετοιμασία. Η υποτροπή βιώνεται συνήθως ως προσωπική αποτυχία και μεταφέρει αισθήματα απαξίωσης. Η υποτροπή και ανακύκλωση μπορούν να αξιοποιηθούν και ως εμπειρίες μάθησης («το πάθημα μάθημα»).

7. Τελικό στάδιο (termination). Έξοδος από τον κύκλο της αλλαγής. Το άτομο έχει καθιερώσει και ενσωματώσει ένα σταθερό, υγιές πρότυπο συμπεριφοράς που το θεωρεί αυτονόητο, φυσιολογικό και κανονικό για τον εαυτό του. Το πρότυπο αυτό

αποτελεί πλέον αναπόσπαστο μέρος του δικού του τρόπου ζωής. Στο τελικό στάδιο το άτομο έχει συνήθως επιβάλει και άλλες αλλαγές σε διάφορους τομείς της ζωής του (κοινωνικούς, συναισθηματικούς, εργασιακούς, οικογενειακούς) με σκοπό να καθιερώσει και να εμπεδώσει οριστικά την αλλαγμένη πλέον συμπεριφορά. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από την αυτοπεποίθηση και την ελάχιστη πρόκληση/πείρασμα που εκπροσωπεί η προηγούμενη εξαρτημένη συμπεριφορά.

Κεφάλαιο 2^ο

Αίτια και Επιπτώσεις

2.1. Αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες

Για τον αλκοολισμό και τα σχετικά προβλήματα έχουν αναπτυχθεί διάφορες υποθέσεις-θεωρίες που μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε έξι μεγάλες κατηγορίες:

1) Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες: Ο Freud θεωρούσε ότι το αλκοόλ παλινδρομεί τη σκέψη μέσα στα πλαίσια διαφυγής από την πραγματικότητα. Ο Menninger θεωρούσε τον αλκοολισμό ως ένστικτο αυτοκαταστροφής. Η εξάρτηση από το αλκοόλ θεωρήθηκε επίσης ως ασυνείδητη ενόρμηση για την αυτοκαταστροφή. Όλοι οι ψυχαναλυτές συμφωνούν ότι κατά την παιδική του ηλικία η προσωπικότητα (του αλκοολικού) είχε μεγάλες ανάγκες ικανοποιήσεων (Δασκαλάκη, 1985).

2) Οι μαθησιακές θεωρίες: Βασίζονται στην εγκατάσταση ενός αντανάκλαστικού ενίσχυσης της δράσης του αλκοόλ ως αγχολυτικού. Ο Horton ασχολήθηκε να βρει μια εξήγηση για την «ανάγκη κατάχρησης» οινόπνευματων ποτών σε διάφορους πολιτισμούς. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι κοινό χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς αυτής ήταν η προσπάθεια για μείωση του συναισθήματος του άγχους. Το άγχος αυτό είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής μέσα σε ένα δεδομένο κοινωνικοοικονομικό σύστημα.

3) Οι φυσιολογικές θεωρίες: Θεωρούν ότι μεταβολικοί μηχανισμοί πρέπει να ενοχοποιούνται στο μεταβολισμό του αλκοόλ. Έτσι, ίσως να ερμηνεύονται τα υψηλά ποσοστά αλκοολισμού σε ορισμένες εθνικότητες, π.χ. Ινδιάνοι των ΗΠΑ. Η «συμβολική λειτουργία» των οινόπνευματων ποτών μέσα στα πλαίσια μιας δεδομένης κοινωνίας, αποτελεί ακόμα ένα κοινό χαρακτηριστικό που οδήγησε σε

διάφορες υποθέσεις σχετικά με τη χρήση οινόπνεύματος στις κοινωνίες αυτές (Klausner). Το ερώτημα είναι, αν και κατά πόσο το τελετουργικό της χρήσης των οινόπνευματωδών ποτών συνεισφέρει ακόμα στην κολεκτιβιστική παραγωγή ενός αισθήματος αλληλεγγύης ή έχει αντικατασταθεί στις μέρες μας από πολλές εκφράσεις της καθημερινής ζωής. Χωρίς αμφιβολία όμως μπορεί να μεταφερθεί η παρατήρηση αυτή στη χρήση οινόπνευματωδών ποτών μεταξύ των μελών διαφόρων κοινωνικών ομάδων. Είναι γνωστές οι διαφορετικές συνήθειες με τις οποίες γίνεται οι κατανάλωση ποτού στις διάφορες κοινωνικές τάξεις (Δασκαλάκη, 1985).

4) Οι κοινωνιολογικές θεωρίες: Τοποθετούν το πρόβλημα μέσα στην κοινωνική οργάνωση, τον πολιτισμό και τις περιβαλλοντικές συνθήκες, όπως το κλίμα. Ο Field ασχολήθηκε με τα αποτελέσματα της έρευνας του Horton τα οποία ερμήνευσε μέσα από την δική του αναλυτική θεώρηση. Έτσι δημιούργησε την «τροπολογία» της θεωρίας του Horton, κατά την οποία η ανάγκη για κατάχρηση οινόπνευματωδών ποτών εμφανίζεται κυρίως σε πολιτισμούς με ασθενική πολιτική οργάνωση, με έλλειψη ιεραρχίας και γενικότερα χαλαρής κοινωνικής δομής. Υπέθεσε ότι σε σταθερά δομημένες θεωρίες η δυνατότητα ελέγχου πάνω στην ιδιαίτερη αλκοολική συμπεριφορά είναι μεγαλύτερη από ότι σε τέτοιες, που στερούνται αυτής της δομής. Εξάλλου υπέθεσε ότι καλά οργανωμένες κοινωνίες, έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα για μια «εκπαιδευτική κοινωνικοποίηση» του ατόμου μέσα στα κοινωνικά τους πλαίσια.

5) Η υπόθεση της αδυναμίας: Θεωρείται ότι κατάχρηση οινόπνεύματος γίνεται κυρίως σε κοινωνίες όπου συναντάμε μεγάλη κοινωνικοοικονομική αβεβαιότητα. Η διαφορά με τις υποθέσεις του Horton και Field είναι ότι εδώ θεωρείται ότι η κατανάλωση του αλκοόλ γίνεται όχι τόσο για περιορισμό του αισθήματος του άγχους, όσο για προσπάθεια απόκτησης ενός αισθήματος σιγουριάς, δύναμης και

ξεπεράσματος του αισθήματος αδυναμίας και αβεβαιότητας. Σε τέτοιου είδους λιγότερο διαφοροποιημένες κοινωνίες, παρουσιάζεται μια ανασφάλεια όσον αφορά την ατομική κοινωνική τοποθέτηση που ξεπερνιέται με την δύναμη που αντλεί ο αλκοολικός από την κατάχρηση οινοπνεύματος. Χαρακτηριστικό τέτοιου είδους κατάχρησης είναι η συνοδεία της από επιθετικές τάσεις των μελών της κοινωνίας αυτής (Δασκαλάκη, 1985).

6) Η υπόθεση του προβλήματος εξάρτησης. Ο Bacon θεωρεί ότι η κατάχρηση οινοπνεύματος οφείλεται σε ένα λανθασμένο σύστημα διαπαιδαγώγησης του παιδιού στα χρόνια της ανάπτυξης του χαρακτήρα του. Θεωρείται ότι η υπερβολική προστασία (εξάρτηση) από την μια μεριά και η τέλεια εγκατάλειψη (ανεξαρτησία) από την άλλη, ήταν τα κύρια χαρακτηριστικά διαπαιδαγώγησης του μελλοντικού αλκοολικού. Η ακραία αυτή συμπεριφορά τραυματίζει το παιδί. Όταν ενηλικιωθεί αναζητά την κατάσταση προστασίας (εξάρτησης) στις δύσκολες περιόδους της ζωής του. Μη έχοντας όμως πλέον άλλο σύστημα εξάρτησης καταφεύγει στο αλκοόλ.

2.2. Αιτιολογικοί παράγοντες

Το αλκοόλ αποτελεί μέγιστο κοινωνικό πρόβλημα με προεκτάσεις ανάλογες των ναρκωτικών. Οι αρνητικές συνέπειες από την κατάχρησή του δεν αγγίζουν απλώς την οικογένεια, αλλά τη διαλύουν. Δεν αγγίζουν απλώς την κοινωνία, αλλά τη διαβρώνουν.

Στην Ελλάδα η πλύση εγκεφάλου στους ευαίσθητους παραλήπτες των διαφημιστικών μηνυμάτων είναι καθημερινή, με αποτέλεσμα η «αιμορραγία» προς τον εθισμό να γίνεται εντονότερη. Η νοθεία γίνεται με μεθυλική αλκοόλη ή ξυλόπνευμα, ουσία που δρα βλαπτικά στο οπτικό νεύρο και προκαλεί τύφλωση. Σήμερα, στη χώρα μας έχουμε έναν μεγάλο αριθμό υποψηφίων τυφλών, πέρα από

αυτούς που πρόκειται να αρρωστήσουν από καρδιαγγειακές παθήσεις, διάφορες μορφές καρκίνου, κίρρωση του ήπατος και άλλες ασθένειες με αιτία τα οινόπνευματώδη.

Ως ουσία το αλκοόλ δεν διαφέρει από τα άλλα ναρκωτικά. Ως ιδέα λανσάρεται ως τρόπος ζωής. Διαφημίζεται ποικιλότροπα, ως το απαραίτητο μέσο για την επίτευξη της «προσωπικής ευτυχίας», για την «επαγγελματική καταξίωση» και τη «δυναμική προσωπικότητα». Καταλήγει στα σπίτια και γίνεται αναγκαίο στις συναναστροφές μας. Στην Ελλάδα μπορεί, ακόμη και ένα πεντάχρονο παιδί, να το προμηθευτεί από το ψιλικατζίδικο ή την υπεραγορά της γειτονιάς. Το αλκοόλ είναι, απλώς, νόμιμη εξαρτησιογόνος ουσία, ενώ η ηρωίνη και η κοκαΐνη είναι παράνομες.

Κατά πρώτον, το αλκοόλ γενικά θεωρείται κατασταλτικό ναρκωτικό, και κατά δεύτερον, αναισθητικό. Έτσι, έχει ομοιότητες με άλλα ναρκωτικά που ανήκουν στην κατηγορία των κατασταλτικών εκείνων που καταστέλλουν τη λειτουργία του εγκεφάλου, σε συγκεκριμένο τμήμα του. Είναι παρόμοιο με τα ηρεμιστικά υπνωτικά ναρκωτικά και βαρβιτουρικά, περισσότερο δε με αυτά όσον αφορά το συγκεκριμένο τμήμα του εγκεφάλου του επιδρά (Nikolaou et al., 2013).

Οι λόγοι που πιθανόν να ώθησαν στο κοινωνικό αυτό πρόβλημα, είναι από τη μια η άγνοια και η κοινωνική αποδοχή του αλκοόλ και από την άλλη, η επίγνωση, αλλά και η ταύτιση με το πρόπον, τη μεγάλη ζωή, την ελίτ, τη διαφορετικότητα. Σήμερα, ένα παιδί κρύβει το ούζο κάτω από το θρανίο και ένας έφηβος αγοράζει το κουτάκι την μπίρα όπως τις τσίχλες και το παγωτό από το περίπτερο. Στα μπαρ και στις καφετέριες σερβίρεται το σφηνάκι σε δωδεκάχρονους και δεκατριάχρονους χωρίς κάποιος να δίνει λόγο γι' αυτό και οι ίδιοι οι γονείς προσφέρουν στο παιδί τους ένα ποτήρι κρασί την ημέρα της γιορτής –γιατί τώρα μεγάλωσε και μπορεί να πιει ένα ποτηράκι, ενώ η διαφήμιση βομβαρδίζει τις οικογένειες μας.

Είναι φανερό ότι δεν μπορεί μόνο ένας συγκεκριμένος παράγοντας να καθορίζει γιατί κάποιοι άνθρωποι ωθούνται στο αλκοόλ και δημιουργείται εξάρτηση από αυτό και άλλοι όχι. Οι παράγοντες που οδηγούν στην εξάρτηση κατηγοριοποιούνται στους κοινωνικούς, πολιτισμικούς, ψυχολογικούς και τους βιολογικούς.

Οι βιολογικοί παράγοντες παίζουν ένα από τους σημαντικότερους ρόλους στη δημιουργία του αλκοολισμού. Ο αλκοολισμός είναι τόσο πολύπλοκος που είναι απίθανο ένα μόνο γενετικό «σημάδι» να αποδειχθεί ως ένοχο και να ερμηνευθεί ως ο μοναδικός παράγοντας που οδήγησε κάποιον στο αλκοόλ. Έρευνες μελετούν έναν αριθμό από κληρονομικά χαρακτηριστικά που κάνουν συγκεκριμένα άτομα δεκτικά σ' αυτή την ασθένεια.

Λόγω του ότι το αλκοόλ βρίσκεται εύκολα στη φύση, γενετικοί μηχανισμοί για να προστατεύσουν την υπερβολική κατανάλωση εμπλέκονται ώστε να προστατεύσουν το άτομο από τις φυσιολογικές απειλές. Σημαντικό ρόλο στον αλκοολισμό παίζει η έλλειψη κάποιων από τους φυσιολογικούς προστατευτικούς γενετικούς παράγοντες. Κάποιες μελέτες βρήκαν πως άτομα με οικογενειακό ιστορικό στο αλκοόλ, τείνουν στο να συνεχίζουν τη «παράδοση» της εξάρτησης από το αλκοόλ σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι άτομα που προέρχονται από οικογένειες που δεν έχουν τέτοιο ιστορικό. Ειδικοί προτείνουν πως κάποια άτομα μπορεί να έχουν κληρονομήσει την έλλειψη αυτών των προειδοποιητικών σημαδιών σε σχέση με κάποιους άλλους «συνηθισμένους» ανθρώπους που μπορούν να σταματήσουν το ποτό. Αυτός ο κληρονομικός παράγοντας μπορεί να παρουσιαστεί ανάμεσα στο 40% με 60% των περιπτώσεων που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ (Koob, 1988).

Μελέτες σε αλκοολικούς έχουν δείξει ότι παιδί ενός αλκοολικού που υιοθετήθηκε μόλις γεννήθηκε από οικογένειες μη αλκοολικών, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξει αλκοολισμό από ότι το παιδί ενός μη αλκοολικού που υιοθετήθηκε από μια

οικογένεια μη αλκοολικών. Η έλλειψη ανοχής στο αλκοόλ από ένα αλκοολικό άτομο μπορεί, σε μεγάλο βαθμό, να οφείλεται στην έλλειψη των ενζύμων αδελχαιΐδης (AcH) και αλκοολικής αφυδρογόνασης (AdH) από τον οργανισμό του. Η έλλειψη των ενζύμων αυτών βοηθά σημαντικά στην αύξηση ανοχής στο αλκοόλ από ένα άτομο με αποτέλεσμα τη συνεχιζόμενη χρήση αλκοόλ (WHO, 2004).

Μερικοί άνθρωποι που πάσχουν από αλκοολισμό μπορεί να έχουν κληρονομικά στοιχεία στη μεταφορά σεροτονίνης. Αυτό είναι σημαντικό χημικό του εγκεφάλου γνωστό ως νευροδιαβιβαστής ο οποίος είναι σημαντικός για την καλή κατάσταση και συμπεριφορά (διατροφή, ξεκούραση). Τα μη-φυσιολογικά επίπεδα της σεροτονίνης είναι συνδεδεμένα με υψηλά επίπεδα ανοχής του αλκοόλ. Επίσης συνδέονται με αυθόρμητες και επιθετικές συμπεριφορές που μπορεί να προδιαθέτουν το άτομο να πιει και να αναπτύξει το ρίσκο για επικίνδυνες συμπεριφορές και αυτοκτονικές τάσεις. Αν ο κληρονομικός παράγοντας εντοπιστεί, είναι πιθανό να εξηγηθούν όλες οι υποθέσεις του αλκοολισμού. Είναι ακόμη σημαντικό να αναφέρουμε ότι ακόμη και να έχει κληρονομικά γονίδια κάποιος, δεν έχει ελαφρυντικά σε τυχόν ποινή που θα του αποδοθεί για παραβατικές πράξεις λόγω αλκοόλ. Το περιβάλλον, η προσωπικότητα και οι συναισθηματικοί παράγοντες παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο.

Το αλκοόλ, είναι γεγονός, πως παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή κοινωνική συναλλαγή. Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών, από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις, περιλαμβάνει την κατανάλωση της αλκοόλης. Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, ο χώρος και ο τρόπος εργασίας και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό κοινωνικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού. Αιτίες που οφείλονται στις διάφορες κοινωνικές πιέσεις μπορούν να θεωρηθούν από τις πρωταρχικές. Συγχρόνως όμως βρισκόμαστε μπροστά σε

αντίθετες φαινομενικά αιτίες, όπως άνθρωποι, οι οποίοι πίνουν γιατί έχουν κατάθλιψη σε αντίθεση με άλλους, οι οποίοι πίνουν όταν έχουν μεγάλη χαρά. Άλλοι πίνουν για να νιώσουν ότι μπορούν να ξεπεράσουν τους φόβους ή τις όποιες αναστολές, άλλοι πάλι όταν είναι κουρασμένοι, άλλοι όταν θέλουν να διασκεδάσουν βρίσκοντας μέσα από το αλκοόλ την ενέργειά τους και το κέφι τους. Άλλοι πάλι πίνουν για να χαλαρώσουν. Δηλαδή, οι λόγοι τελικά για τους οποίους οι άνθρωποι πίνουν είναι τόσοι πολλοί, που συνθέτουν ένα πρόβλημα τόσο περίπλοκο όσο ο χαρακτήρας τους αλλά και το περιβάλλον στο οποίο ζουν (Nikolaou et al., 2013).

Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων, όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων, το λιγότερο που μπορούν κάνουν είναι να οδηγήσουν κάποιους στον αλκοολισμό. Ας μην ξεχνάμε τον αυξανόμενο αριθμό αυτοκτονιών που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια σε ενήλικες αλλά και σε νεαρά άτομα, λόγω κοινωνικών πιέσεων. Δεν είναι τυχαίο, βέβαια, ότι οι σύγχρονες απόψεις περί κατάχρησης της αλκοόλης κατατάσσουν τον αλκοολισμό στα κοινωνικά φαινόμενα, σε αντίθεση με αυτούς που διακρίνουν μόνο «τάσεις αυτοκαταστροφής» και «ψυχοπαθολογίας» στον αλκοολικό.

Ο τρόπος ζωής στην ύπαιθρο και η έλλειψη ενδιαφερόντων με υψηλούς, πνευματικούς και ψυχικούς στόχους μετατρέπουν την καθημερινή ζωή σε μια ρουτίνα και αυτό οδηγεί μαθηματικά στη δημιουργία μιας πολύ μεγάλης ομάδας αλκοολικών. Για παράδειγμα, γενικά οι αγρότες, με τις επαναλαμβανόμενες λήψεις αλκοόλ, δημιουργούν αυτή τη μεγαλύτερη ίσως εξαρτημένη ομάδα, εξ αιτίας των πολύωρων παραμονών τους στα καφενεία. Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί και η ιδιαιτερότητα τοπικών συνηθειών που επιβαρύνει το όλο πρόβλημα αλλά και κακής

νοοτροπίας. Η κατάσταση είναι μη ελεγχόμενη αν κάποιος σκεφτεί ότι ακόμη και στα μνημόσυνα προσφέρουν κονιάκ (Κυριαζή, 2002).

Η δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ θα μπορούσε να συνοψιστεί με τη δήλωση ότι «όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια δεδομένη κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί». Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, ότι η χρήση της αλκοόλης θα πρέπει να θεωρηθεί απαραίτητα παράνομη πράξη. Η εμπειρία της ποτοαπαγόρευσης στις ΗΠΑ και η σχετική εγκληματικότητα που την συνόδευσε, είναι παράδειγμα προς αποφυγή. Είναι γεγονός, όμως, ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ πρόσβασης στο αλκοόλ και αριθμού αλκοολικών. Κατά την περίοδο 1941-1947 στη Γαλλία, όταν η παραγωγή και κατανάλωση του κρασιού μειώθηκε λόγω του πολέμου από πέντε σε ένα λίτρο τη βδομάδα, η θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσης του ήπατος μειώθηκε επίσης κατά 80%. Στις ΗΠΑ, επίσης, μειώθηκε η θνησιμότητα εξαιτίας της κίρρωσης του ήπατος κατά την περίοδο απαγόρευσης.

Σε σύγκριση με τις «παράνομες ουσίες εξάρτησης» το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό στην τιμή, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά, άρα είναι νόμιμο και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Και οι τρεις αυτές κοινωνικές διαστάσεις διατηρούν, και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνουν, την κατανάλωση ή και την κατάχρηση αυτής της ουσίας.

Συχνά παρατηρείται το γεγονός ότι πολλά άτομα, κυρίως νέοι, κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση, από ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα ή από φόβο απόρριψης. «Σε μια συνεδρία, νεαρή γυναίκα που έκανε κατάχρηση του αλκοόλ παραδέχτηκε ότι η μυρωδιά του συγκεκριμένου ποτού της ήταν δυσάρεστη. Το έκανε για να μη θεωρηθεί «απροσάρμοστη», όσον αφορά στους κανόνες «ομαδικής» συμπεριφοράς» (Fotopoulou, 2014).

Η ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος, από τα ΜΜΕ και ιδιαίτερα μέσω διαφήμισης, στοχεύει στην αύξηση των πωλήσεων και συγκεκριμένα στην αύξηση κατανάλωσης της αλκοόλης. Αυτό το επιτυγχάνουν είτε με τη δημιουργία «προτύπων» τα οποία υιοθετούνται από τους νέους, είτε με το να «επιβεβαιώνει» υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν τη νεανική κουλτούρα. Δεν είναι τυχαίο, βέβαια, το ότι η συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά «συνδέουν» την κατανάλωση του αλκοόλ με κοινωνική ή και σεξουαλική επιτυχία.

Πολλές φορές, η βραδινή και μονότονη εργασία ωθούν σε μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλης για ευνόητους λόγους. Επίσης, η μακρόχρονη απουσία από την οικογένεια έχει θεωρηθεί ως παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης. Τέλος, επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών έχουν αυξημένες πιθανότητες προσωπικής κατανάλωσης. Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου, όπως προαναφέρθηκε, θεωρείται παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης του αλκοόλ. Ιδιαίτερα ευάλωτα φαίνεται ότι είναι άτομα που ζουν και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης, όπως, για παράδειγμα, στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι, δικηγόροι. Το άτομο που κάνει παθολογική χρήση αλκοόλ δεν ανήκει σε κάποιο συγκεκριμένο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Αλκοολικοί μπορεί να είναι τόσο άτομα που ζουν στη φτώχεια, την αλητεία, τον υπόκοσμο κ.λπ., όσο και δάσκαλοι, γιατροί, νοικοκυρές, φοιτητές κ.λπ. (Κυριαζή, 2002).

Όλα τα μέλη μιας οικογένειας (γονείς, παιδιά, παππούς-γιαγιά, θείοι και λοιποί συγγενείς) μπορεί συχνά να είναι ανεπαρκείς στο ρόλο τους. Κανένας γονιός, θείος ή οποιοσδήποτε άλλος δεν μπορεί να είναι συνέχεια σε καλή συναισθηματική διάθεση. Είναι εντελώς φυσικό, ειδικά για τους γονείς, να φωνάζουν και να ξεσπούν στα παιδιά τους μία στις τόσες, γεγονός που μπορεί να αποτελέσει αιτιογενή παράγοντα για τη

χρήση αλκοόλ από αυτά. Από την άλλη, μπορεί τα μέλη της οικογένειας να γίνουν υπερβολικά καθοδηγητικά και πιεστικά απέναντι σε ένα άλλο μέλος της οικογένειας. Η καθημερινή χρήση αλκοόλ από τα υπόλοιπα μέλη μιας οικογένειας και η συναναστροφή με άτομα-χρήστες αλκοόλ, πιθανό να αποτελέσει έναυσμα για τη χρήση αλκοόλ από ένα μέλος της οικογένειας που πιθανόν να μην έπινε.

Παράγοντες που συμπεριλαμβάνονται στους λόγους που οδηγούν ένα μέλος στη χρήση αλκοόλ, μπορεί να είναι κάποιες οικονομικές δυσκολίες που παρουσιάζει η οικογένεια, η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των μελών, σωματική, ψυχική ή συναισθηματική διαταραχή σε ένα από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, η πίεση από την εργασία και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, οι ελάχιστες οικογενειακές δραστηριότητες και συγκεντρώσεις, η σεξουαλική ή άλλη κακοποίηση ανάμεσα στα μέλη και η έλλειψη οριοθέτησης στις σχέσεις και στους ρόλους των μελών.

Υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς ή άλλους λόγους, απαγορεύουν τη χρήση του αλκοόλ. Είναι ευνόητο, ότι σε τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, όμως, παρουσιάζουν κοινότητες όπου, ενώ η χρήση της αλκοόλης είναι κοινωνικά αποδεκτή, οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες. Η εβραϊκή κοινότητα αποτελεί ένα παράδειγμα «ελεγχόμενης χρήσης» του αλκοόλ. Στην προκειμένη περίπτωση, τα παιδιά μαθαίνουν να κάνουν χρήση του αλκοόλ μόνο στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Μ' αυτό το τρόπο, η χρήση είναι αποδεκτή, ενώ η μέθη ή η κατάχρηση του αλκοόλ είναι αξιόποινες συμπεριφορές. Οι χώρες όπως η Ιρλανδία και οι ΗΠΑ, όπου η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή, παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού, πιθανώς γιατί εκλείπει το στοιχείο της «ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς» του αλκοόλ. Σ' αυτές τις χώρες έχει παρατηρηθεί, ότι

ακόμα και παιδιά που προέρχονται από γονείς οι οποίοι δεν κάνουν χρήση αλκοόλ, μπορεί να καταλήξουν στον αλκοολισμό (Νικολαου et al., 2013).

Στην προσπάθεια τους να ερευνήσουν το φαινόμενο της ψυχολογικής εξάρτησης διάφοροι ερευνητές ανέπτυξαν τη θεωρία της ψυχολογικής ευπάθειας. Τα άτομα, σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, πριν χαρακτηριστούν αλκοολικοί, ήταν συναισθηματικά ανώριμα άτομα και είχαν χαμηλή αντοχή στο στρες. Ο φόβος της απώλειας της θηλυκότητας και της ελκυστικότητας μπορεί επίσης να οδηγήσει τις γυναίκες στον αλκοολισμό. Πολλά άτομα που κάνουν παθολογική χρήση ουσιών υποφέρουν επίσης από ψυχικές διαταραχές.

Είναι συχνά δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς ποια διαταραχή είναι πρώτη και ποια δεύτερη. Εν τούτοις, πολλοί ασθενείς οδηγούνται σε εξάρτηση σε μια προσπάθεια να θεραπεύσουν φαρμακευτικά καταστάσεις όπως η κατάθλιψη, το άγχος και η ψύχωση. Οι πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές που ανευρίσκονται σε χρήστες ουσιών είναι οι διαταραχές της διάθεσης, οι αγχώδεις διαταραχές, οι σωματόμορφες διαταραχές και οι διαταραχές της προσωπικότητας. Δεν υπάρχει συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας που συνδυάζεται με παθολογική χρήση ουσιών. Εντούτοις, η αντικοινωνική διαταραχή (κυρίως) και η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας ανευρίσκονται συχνά σε χρήστες πολλαπλών ουσιών και πολλοί συγγραφείς συνδέουν την εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας με τον αλκοολισμό. Θα λέγαμε, πάντως, ότι η διαταραχή διαγωγής στα παιδιά και η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας προδιαθέτουν στην ανάπτυξη διαταραχών χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Αυτό που έχει σημασία είναι ότι η συνολική ψυχιατρική εκτίμηση και η ανάλογη θεραπεία των υποκειμένων ψυχικών διαταραχών του χρήστη πρέπει να γίνει μόνο όταν πάψει η εξάρτηση, γιατί ενόσω κάνει χρήση ουσιών, η ακριβής ψυχιατρική εκτίμηση είναι σχεδόν αδύνατη (Αγγέλου, 2001).

Οι άνθρωποι πιστεύουν, συχνά, ότι υπάρχει μια «αλκοολική προσωπικότητα» που μπορούμε να την αναγνωρίσουμε ξεκάθαρα και που είναι ιδιαίτερα ευάλωτη. Στην πραγματικότητα, ποτέ δεν έχει περιγραφεί τέτοιου είδους προσωπικότητα. Εφόσον η δημιουργία του προβλήματος του αλκοόλ είναι μια σύνθετη αλληλοπλοκή προσωπικότητας και περιβαλλοντικών παραγόντων, δεν είναι πιθανό να μπορέσουμε να βρούμε κάποιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός αλκοολικού.

Το να πίνει κανείς, όπως συμβαίνει και με άλλες συμπεριφορές, επηρεάζεται σημαντικά από τη μίμηση της συμπεριφοράς άλλων ανθρώπων. Είναι γνωστό, ότι ο αλκοολικός που για πολύ καιρό το ρίχνει έξω με το ποτό, σταματά να πίνει μετά από λίγες μέρες, μόνο και μόνο επειδή η κριτική του φίλου ή του συντρόφου του για το αλκοόλ σταμάτησε. Έχει αποδειχτεί πειραματικά ότι οι κοινωνικοί ποτές που πίνουν μεγάλες ποσότητες, μειώνουν την ποσότητα αν έχουν κάποιο «πρότυπο» που πίνει λιγότερο ή δεν πίνει καθόλου.

2.3. Επιπτώσεις αλκοολισμού

Σύμφωνα με την έρευνα του Ινστιτούτου Ινσερμ της Γαλλίας, τρεις είναι οι πιο επικίνδυνες ουσίες που έχουν τον ίδιο βαθμό επικινδυνότητας είναι: ηρωίνη, κοκαΐνη, οινόπνευματώδη. Τα τελευταία, μπορεί να επιφέρουν τα παρακάτω αρνητικά αποτελέσματα:

- α)** 20% των οικιακών ατυχημάτων
- β)** 15% των εργατικών ατυχημάτων
- γ)** 5% των αθλητικών ατυχημάτων
- δ)** 80% των διαφόρων καβγάδων και συγκρούσεων
- ε)** 30% των ατυχημάτων που αφορούν πεζούς
- στ)** 14% κάθε είδους τροχαίο ατύχημα

- ζ) 40% της κακοποίησης παιδιών
- η) 40% της βίας στο σπίτι
- θ) 65% των αυτοκτονιών» (Politis et al., 2013).

2.3.1. Σωματικές διαταραχές

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει πολλά οργανικά προβλήματα. Η επικράτηση της «αλκοολικής ασθένειας» στον πληθυσμό βασίζεται συχνά στον αριθμό των θανάτων. Αυτό το ποσοστό έχει αυξηθεί επικίνδυνα τα τελευταία χρόνια. Το ποσοστό του αλκοόλ που μπορεί να προκαλέσει στον άνθρωπο ζημιά, φαίνεται να διαφέρει από άτομο σε άτομο. Το σίγουρο όμως είναι πως υπάρχει γενετική κληρονομικότητα και «ευαισθησία» στα βλαβερά συμπτώματα του αλκοόλ. Οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στα συμπτώματα παρά οι άντρες. Η καθημερινή κατανάλωση είναι πιο επιβλαβής από μια μεγάλη κατανάλωση τα Σαββατοκύριακα και υπάρχουν στοιχεία πως όσο πίνει κανείς, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να αναπτύξει την «ασθένεια του αλκοολικού».

Όταν εισάγεται στο σώμα ένα οινόπνευματώδες ποτό, αραιώνεται από τα υγρά του στομάχου και πολύ γρήγορα κατανέμεται σε ολόκληρο το σώμα. Ένα μικρό ποσοστό μπαίνει στην κυκλοφορία κατευθείαν από τα τοιχώματα του στομάχου. Το μεγαλύτερο περνάει από τον πυλωρό στο λεπτό έντερο από όπου απορροφάται πολύ γρήγορα και μπαίνει στην κυκλοφορία. Η ταχύτητα απορρόφησης διαφέρει ανάλογα με το ποτό και την κατάσταση του στομάχου. Η παρουσία τροφής στο στομάχι, ιδιαίτερα ορισμένων λιπαρών τροφών θα καθυστερήσει την απορρόφηση. Από την άλλη πλευρά, το οινόπνευμα όταν πίνεται με αεριούχα ποτά, συνήθως απορροφάται γρηγορότερα.

Ακόμη και η συναισθηματική κατάσταση του πότη μπορεί να επηρεάσει την ταχύτητα απορρόφησης. Το οινόπνευμα διαχέεται στο σώμα με την περιεκτικότητα

σε νερό των διαφόρων ιστών και οργάνων και εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συγκέντρωση στο αίμα και στον εγκέφαλο παρά στον λιπώδη ή μυϊκό ιστό. Η σημασία της ταχύτητας απορρόφησης, κατανομής και αραίωσης του οινοπνεύματος στο σώμα σχετίζονται με την συγκέντρωσή του στα διάφορα όργανα, ιδιαίτερα στον εγκέφαλο. Το σώμα αρχίζει να απαλλάσσεται από το οινόπνευμα αμέσως μετά την απορρόφησή του, ένα ασήμαντο ποσοστό εκπνέεται από τους πνεύμονες και μια ελάχιστη ποσότητα απεκκρίνεται από τον ιδρώτα. Μικρό ποσοστό, επίσης, απεκκρίνεται από τους νεφρούς, συγκεντρώνεται δε και κατακρατείται στην ουροδόχο κύστη, ώσπου να αποβληθεί με τα ούρα. Το 90% ή και περισσότερο του οινοπνεύματος που απορροφήθηκε, αποβάλλεται από το σώμα με μεταβολικές διεργασίες κατά κύριο λόγο στο συκώτι (Τσαγκρίση και συν., 2010).

Οι αλκοολικοί σταδίου Γ', συχνά αναπτύσσουν προβλήματα στο συκώτι. Αυτό δεν συνδέεται με την αλλοίωση των λειτουργιών του συκωτιού, αλλά με τις δυσλειτουργίες που θα φανούν σε αιματολογική εξέταση. Η αλλοίωση μπορεί να μειωθεί ή να αποτραπεί με την αποχή από το αλκοόλ, αλλά συνεχίζει να είναι το πρώτο στάδιο της εξέλιξης για κίρρωση.

Οι συνέπειες της αλκοολικής ηπατίτιδας μπορεί να είναι ελαφριές αλλά είναι παράλληλα απειλή εφ' όρου ζωής. Η αποχή από το αλκοόλ μπορεί να αναστρέψει τα συμπτώματα.

Η κύρρωση είναι το τελικό και μη ανατρέψιμο στάδιο του αλκοολισμού. Επηρεάζει σοβαρά τις λειτουργίες του συκωτιού και μειώνει το όριο ζωής. Οι αιματολογικές εξετάσεις δείχνουν συχνά δυσλειτουργίες. Η κίρρωση του ήπατος είναι τόσο κοινή συνέπεια παρατεταμένης λήψης μεγάλων ποσοτήτων ποτού, ώστε χρησιμοποιείται συχνά σαν κύριος δείκτης του προβλήματος αλκοολισμού μιας χώρας. Υπάρχουν σήμερα αρκετές ενδείξεις ότι η κατανάλωση 5, 10 ή περισσότερων

μπουκαλιών μπύρας ή η ανάλογη ποσότητα κρασιού και σκληρών οινοπνευματωδών την ημέρα, αυξάνει τον κίνδυνο της κίρρωσης.

Το έλκος του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου συνδέονται, επίσης, με την κατανάλωση της αλκοόλης και περισσότεροι από 20% των αλκοολικών είναι ελκοπαθείς. Η γαστρίτιδα αναφέρεται ως η πρώτη διαταραχή η οποία είναι πρόδρομος του γαστρικού έλκους και σε κατοπινό στάδιο μπορεί να οδηγήσει σε μια σοβαρή ή ακόμα σε μια θανατηφόρα αιματέμεση. Ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι αλκοολικοί έχουν μια ψηλή συχνότητα γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Ο καρκίνος του σωλήνα επικρατεί ανάμεσα στους αλκοολικούς. Αρκετοί ερευνητές ερεύνησαν το φαινόμενο αυτό, πρόσφατη δε έρευνα του Π.Ο.Υ. απέδειξε ότι το αλκοόλ είναι καρκινογόνο για τον άνθρωπο και ότι έχει αιτιώδη σχέση με την εμφάνιση καρκίνου στο σύστημα (WHO, 2007).

Το ποσοστό θνησιμότητας από καρδιοαγγειακές διαταραχές αυξάνεται στον αλκοολισμό. Οι θάνατοι από καρδιοαγγειακές παθήσεις είναι διπλάσιοι ανάμεσα στους αλκοολικούς σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Γενικά, οι αλκοολικοί σταδίου Γ' μπορεί να παρουσιάσουν επιπλοκές στο μυοσκελετικό σύστημα αλλά και αδυναμία των μυών.

Το αλκοολικό σύνδρομο του εμβρύου μελετάται εντατικά σήμερα στις Η.Π.Α. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η έγκυος που πίνει πολύ, προκαλεί σωματικές βλάβες στο αγέννητο παιδί της. Το παιδί μπορεί να πάσχει από μέτρια ή ελαφριά καθυστέρηση, να έχει ένα αφύσικα μικρό κεφάλι, συγγενή καρδιοπάθεια ή άλλες συγγενείς ανωμαλίες (Μούζας και συν., 2003).

Παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά οι σωματικές διαταραχές που το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει στον ανθρώπινο οργανισμό.

Πίνακας 2.1. Διαταραχές από το αλκοόλ στο ανθρώπινο σώμα.

Βλάβες που εμφανίζονται στα διάφορα όργανα και συστήματα του οργανισμού:	Διαταραχές
Νευρικό σύστημα	Μνήμη, συγκέντρωση, προσωπικότητα, αϋπνία, ευερεθιστότητα, παραισθήσεις, τρόμος, επιληψία, επιδείνωση ψυχώσεων, περιφερική πολυνευροπάθεια, στην βάδιση και αστάθεια.
Αιμοποιητικό ανοσολογικό σύστημα	Αναιμία, ανοσοκαταστολή με μεγαλύτερη ευαισθησία στις λοιμώξεις
Καρδιαγγειακό σύστημα	Καρδιακές αρρυθμίες, υπερπιπιδαιμία
Πεπτικό σύστημα	Ναυτία, εμετούς, διάρροιες, παγκρεατίτιδα, ανορεξία, κοιλιακό πόνο, απώλεια βάρους, σύνδρομο από έλλειψη βιταμινών
Ήπαρ	Λιπώδη διήθηση, στεατοηπατίτιδα, οξεία αλκοολική ηπατίτιδα, αλκοολική κύρωση
Στον άνδρα	Εξαφανίζονται σταδιακά τα ανδρικά χαρακτηριστικά και εμφανίζεται γυναικομαστία, ψυχολογικές διαταραχές, απώλεια αναστολών
Στη γυναίκα	Σημεία υπογοναδισμού, δηλαδή σταδιακά μειώνονται τα γυναικεία χαρακτηριστικά, διαταραχές στη περίοδο
Στην εγκυμοσύνη	Κακή συναισθηματική κατάσταση και στρες στην έγκυο, το βρέφος γεννιέται με μικρότερο βάρος, συχνά πρόωρο με κωλικούς. Ανωμαλίες που κατατάσσονται στο «σύνδρομο εμβρυϊκού αλκοολισμού»

2.3.2. Νευρολογικές επιπλοκές

Η οξεία δηλητηρίαση με οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει κώμα και θάνατο. Οι περισσότερες οξείες δηλητηριάσεις με οινόπνευμα παρέρχονται συνήθως χωρίς ιδιαίτερα επακόλουθα. Καμιά φορά χρειάζεται ιατρική βοήθεια για την αντιμετώπιση

τυχόν αναπνευστικής παράλυσης, πνευμονικής εισρόφησης κ.λπ. Η χρόνια δηλητηρίαση, όμως, του νευρικού συστήματος από το οινόπνευμα, μπορεί να προκαλέσει βαριές και μη επανορθώσιμες βλάβες του νευρικού συστήματος.

1) Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke θεωρείται μια οξεία κατάσταση, θανατηφόρα, που χαρακτηρίζεται από θόλωση της συνείδησης, οφθαλμοπληγία, δηλαδή αδυναμία των μυών που ελέγχουν την κίνηση των οφθαλμών και αταξία, δηλαδή βάδισμα ευρείας βάσης, πτώση ή ανικανότητα του ατόμου να περπατήσει ή να σταθεί όρθιο. Είναι γρήγορα εξελισσόμενη και απαιτείται άμεση φαρμακευτική θεραπεία για να αποτραπεί ο θάνατος και να ελαχιστοποιηθεί η υπολειμματική εγκεφαλική βλάβη.

2) Η αλκοολική πολυνευροπάθεια χαρακτηρίζεται από πόνους και κράμπες στα πόδια, παραισθήσεις στη περιφέρεια των κάτω άκρων, μυϊκή αδυναμία με συνέπεια την αβεβαιότητα στη βάδισση και ελάττωση των μυϊκών αντανεκλαστικών.

3) Σαν επιληπτικά επεισόδια οφειλόμενα στη κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών μπορούν να θεωρηθούν αυτά που εμφανίζονται είτε στο σύνδρομο στέρησης είτε σε χρόνιους αλκοολικούς που πριν δεν είχαν εμφανίσει τέτοιου είδους συμπτώματα και στους οποίους δεν βρίσκεται καμιά άλλη οργανική διαταραχή.

4) Αλκοολική ατροφία της παρεγκεφαλίδας με ατακτικό βάδισμα, δυσαρθρία και τρέμουλο των χεριών (Bates, 2001).

2.3.3. Ψυχικές διαταραχές

Το αλκοόλ έχει διαδεδομένες επιπτώσεις στον εγκέφαλο και μπορεί να επηρεάσει τα νεύρα, το μυαλό και το αίμα. Κάποιες έρευνες επικεντρώνονται στον τρόπο με τον οποίο αλλάζει εγκεφαλικά η χημεία, μετά από μακροπρόθεσμη κατανάλωση αλκοόλ. Με αυτές τις χημικές αλλαγές μπορεί να παρουσιαστούν οι παρακάτω επιπλοκές:

1. Όταν το άτομο είναι εξαρτημένο από το αλκοόλ και σταματά τη χρήση, δημιουργείται υπερένταση νευρών στο σύστημα και ταραχή. Αυτή η υπερκινητικότητα στον εγκέφαλο, δημιουργεί την ανάγκη να ηρεμίσει μέσω της χρήσης ακόμη περισσότερου αλκοόλ. Μια πρόσφατη μελέτη προτείνει πως η ταραχή μπορεί να είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στη πρόκληση υποτροπής παρά στην επαναφορά της διάθεσης.

2. Το αλκοόλ διοχετεύει τους επόμενους νευροδιαβιβαστές και άλλα χημικά που παράγουν ευχάριστα συναισθήματα: η ντοπαμίνη παράγει ευφορία και την αίσθηση που φέρνει ανταμοιβή και αυξάνει την κατανάλωση αλκοόλ. Η σεροτονίνη παράγει συναισθήματα καλής διάθεσης και τα πεπτικά οπιώδη. Μετά από ώρες κατανάλωσης σκληρού αλκοόλ, συνηθίζεται να μειώνεται το απόθεμα της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης. Το επίμονο ποτό επίσης αποτυγχάνει στην αποκατάσταση της διάθεσης, αλλά παρόλα αυτά ο αλκοολικός συνεχίζει να πιστεύει πως το αλκοόλ θα του ενίσχυση τη διάθεση (Allen, 2002).

Παρόλο που το αλκοόλ μπορεί να προωθήσει τα ευχάριστα αισθήματα για λίγες ώρες, η μακρόχρονη κατανάλωση οδηγεί πάντα σε μια βαθμιαία επιδείνωση της ψυχικής διάθεσης. Με τη μακροχρόνια χρήση, το άτομο που πίνει πολύ θα αρχίσει να νιώθει περισσότερη κατάθλιψη και ευερεθιστότητα. Μπορεί να δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει άλλους ανθρώπους και να έχει δυσάρεστες και καχύποπτες σκέψεις. Πολλοί αλκοολικοί δεν αποδίδουν αυτά τα αισθήματα στη δράση της αλκοόλης, κι αν δεν αποκαλύψουν το γεγονός ότι πίνουν, ο γιατρός τους μπορεί να περιπλέξει το πρόβλημα δίνοντας ηρεμιστικά φάρμακα, που προστίθενται στη δράση της αλκοόλης και οξύνουν την κατάθλιψη. Μερικές φορές ο μακροχρόνιος πότης αναγνωρίζει το γεγονός ότι η προσωπικότητα που παρουσιάζει όταν είναι μεθυσμένος δεν αρέσει στους άλλους. Πολλά κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα, καθώς και

προβλήματα γάμου προκαλούνται από την αντιανασταλτική δράση που έχει η αλκοόλη. Ο αλκοολικός αποκτά, συχνά, τη φήμη του ανόητου φλύαρου ή του ανθρώπου που έχει επιθετική συμπεριφορά με καταστρεπτικές συνέπειες, σε μια σχέση που είχε και που μπορεί ως τότε να ήταν πολύ ευτυχισμένη.

Υπάρχει η κοινή άποψη ότι το αλκοόλ δρα σαν αφροδισιακό, αλλά στην πραγματικότητα πολλοί αλκοολικοί πάσχουν από ανικανότητα. Το ποτό «προκαλεί την επιθυμία, αλλά καταστέλλει την επίδοση» όπως λέει και ο Μάκβεθ. Υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτή η προσωρινή ανικανότητα μπορεί να προκαλέσει αρκετή ανησυχία, ώστε οι αλκοολικοί να είναι ανίκανοι, ακόμα κι όταν δεν είναι μεθυσμένοι.

Οι ψευδοπεποιθήσεις απιστίας είναι συνηθισμένο φαινόμενο ανάμεσα στους αλκοολικούς. Καμιά λογική απόδειξη δεν μπορεί να πείσει το ζηλότυπο σύζυγο για το αντίθετο. Ορισμένες περιπτώσεις καταλήγουν σε βίαιες επιθέσεις και φόνο. Η παθολογική αυτή ζήλια λέγεται αλλιώς και Σύνδρομο του Οθέλλου. Συμπτώματα μελαγχολίας εμφανίζονται επίσης ανάμεσα στους αλκοολικούς. Αυτό συμβαδίζει και με τον τρόπο ζωής τους (Οικονόμου και συν., 2001).

Η κατάθλιψη και η αυτοκτονία είναι τόσο κοινές μεταξύ αλκοολικών, όσο σχεδόν και στους ανθρώπους που πάσχουν από την καθαρή μορφή της κατάθλιψης. Σε μερικές περιπτώσεις, η κατάθλιψη μπορεί να είναι η αιτία που οδηγεί στο ποτό, σε άλλες όμως, περιπτώσεις, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της βαριάς χρήσης της αλκοόλης και το άτομο ανακουφίζεται με την αποχή από το ποτό.

Λόγω της παρατεταμένης κακής διατροφής του χρόνιου αλκοολικού, επιπλοκές όπως το σύνδρομο του Korsakoff μπορεί να εμφανιστούν. Το σύνδρομο αυτό αποτελεί μια χρόνια κατάσταση, που μπορεί να παραμείνει μετά τη θεραπεία της εγκεφαλοπάθειας του Wernicke, μπορεί να εμφανιστεί και ύστερα από ένα ή περισσότερα επεισόδια τρομώδους παραληρήματος. Χαρακτηριστικά του είναι η

έκπτωση της βραχύχρονης μνήμης που εμφανίζεται κυρίως σαν αδυναμία εκμάθησης καινούργιων πληροφοριών. Ακόμα μπορεί να υπάρχουν η περιφερική νευροπάθεια, η αταξία και η οφθαλμοπληγία. Εκτός όμως από τη βραχύχρονη μνήμη εκπίπτει και η μακρόχρονη μνήμη, έτσι το άτομο αδυνατεί να θυμηθεί πληροφορίες που στο παρελθόν τις γνώριζε.

Με τον όρο αλκοολική τοξίκωση εννοούμε τη γνωστή μέθη, που έχει ως χαρακτηριστικά τις δυσπροσαρμοστικές μεταβολές της συμπεριφοράς, δηλαδή έκπτωση της κρίσης, κατάργηση των αναστολών των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων, ευμετάβλητο συναίσθημα, παρεμπόδιση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας και άλλα συμπτώματα, όπως δυσαρθρική ομιλία, αστάθεια του βαδίσματος, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων, νυσταγμό, εξέρυθρο πρόσωπο, ευερεθιστότητα, πολυλογία, έκπτωση της προσοχής κ.ά.

Μια άλλη διαταραχή που χαρακτηρίζεται επίσης από συμπτώματα μέθης είναι η αλκοολική ιδιοσυγκρασιακή τοξίκωση. Η ιδιοσυγκρασιακή συμπεριφορά παρουσιάζεται μέσα σε λίγα λεπτά από τη λήψη του αλκοολούχου ποτού και είναι δυσανάλογη με την ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώθηκε (Allen, 2002).

Το αλκοολικό στερητικό σύνδρομο εμφανίζεται 6 έως 24 ώρες μετά την παύση μεγάλης και παρατεταμένης λήψης αλκοόλ. Υπάρχει πιθανότητα να εμφανισθεί ακόμη και 36 ώρες μετά το τελευταίο ποτό του ασθενή. Αρχικά τα πρώτα συμπτώματα του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου είναι αδρός τρόμος των χεριών, της γλώσσας και των βλεφάρων, υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, δηλαδή ταχυκαρδία, εφίδρωση, αυξημένη αρτηριακή πίεση, κακουχία ή αδυναμία, πυρετός, υπέρπνοια, αύξηση των αντανεκλαστικών, ευερεθιστικότητα, διέγερση, άγχος, αϋπνία ή και κατάθλιψη, ναυτία, έμετος, κοιλιακό άλγος, διάρροια, κεφαλαλγία, παροδικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις.

Μεταγενέστερα, επιδεινώνονται προοδευτικά τα πρώτα συμπτώματα και ιδιαίτερα η ταχυκαρδία, η εφίδρωση, η διέγερση και ο τρόμος και μπορεί να εμφανισθούν σπασμοί συνήθως 24-48 ώρες μετά το τελευταίο ποτό που είναι γενικευμένοι, αυτοπεριοριζόμενοι και προηγούνται συνήθως της μεγάλης διέγερσης και του παραληρήματος, το οποίο συμβαίνει συνήθως μέσα σε διάστημα μιας εβδομάδας από την παύση. Το παραλήρημα αυτό ονομάζεται τρομώδες ή αλκοολικό στερητικό παραλήρημα. Είναι μια πολύ σοβαρή κατάσταση που επισυμβαίνει μέσα σε μια εβδομάδα από την τελευταία λήψη του ποτού και μπορεί να διαρκέσει μέχρι δύο εβδομάδες. Εμφανίζεται κυρίως στα άτομα ηλικίας 30-40 ετών, γιατί χρειάζονται συνήθως 5-15 χρόνια συχνής κατανάλωσης για να εμφανισθεί. Παρουσιάζει έντονες ψευδαισθήσεις-οπτικές και απτικές που κυρίως αφορούν ζώα ή έντομα ή ακουστικές ψευδαισθήσεις, αλλά και παρερμηνείες, παραισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, θόλωση της συνείδησης, αποπροσανατολισμός, ασυνάρτητη ομιλία, αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, έντονη υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, υπερπυρεξία, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η θνησιμότητα των ατόμων φτάνει γύρω στο 15% (Chasandra et al., 2013).

Μια όψιμη επιπλοκή του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου που αναφερθήκαμε αμέσως πριν είναι και η αλκοολική ψευδαισθήτωση. Πρόκειται για οργανική ψευδαισθήτωση που χαρακτηρίζεται από έντονες και επίμονες ψευδαισθήσεις, κυρίως ακουστικές με απειλητικό περιεχόμενο, που δημιουργούν έντονο άγχος και φόβο στον ασθενή. Σε αυτή τη διαταραχή δεν υπάρχει θόλωση της συνείδησης και η έναρξη είναι οξεία, δηλαδή 24-48 ώρες μετά την παύση της λήψης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ. Η διαταραχή αυτή μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες και μήνες, να εμφανισθούν και παραληρητικές ιδέες δίωξης και μόνο το ιστορικό της παύσης λήψης αλκοόλ μπορεί να την ξεχωρίζει από τη σχιζοφρένεια.

Μια από τις χειρότερες καταλήξεις του αλκοολικού είναι η άνοια συνδεόμενη με αλκοολισμό και σπάνια παρουσιάζεται πριν τα 35 χρόνια, γιατί χρειάζονται πολλά χρόνια για να δημιουργηθεί. Η διάγνωσή της για να τεθεί θα πρέπει να επιμένει τουλάχιστον για τρεις βδομάδες ύστερα από τη διακοπή της λήψης αλκοόλ.

Συνοπτικά, οι επιπτώσεις του αλκοολισμού, όπως έχουν ήδη περιγραφεί ανωτέρω, θα μπορούσαν να παρουσιαστούν συνοπτικά ως ακολούθως (Chasandra et al., 2013):

Πίνακας 2.2. Επιπτώσεις αλκοολισμού

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ	ΨΥΧΙΚΕΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ
1. Διαταραχή του ήπατος (κίρρωση)	Διαταραχή της μνήμης	Μείωση παραγωγής στο χώρο εργασίας
2. Διαταραχή του στοματικού βλεννογόνου	Επιβράδυνση ψυχικών λειτουργιών	Εργατικά ατυχήματα
3. Διαταραχή του παγκρέατος (παγκρεατίτιδα, μυοκαρδιοπάθεια)	Μείωση της κριτικής σκέψης	Απόπειρα αυτοκτονιών και γενικά αυτοκαταστροφικών τάσεων
4. Διαταραχή εγκεφαλικών λειτουργιών	Μείωση των ενδιαφερόντων για τη ζωή	Στροφή στην εγκληματικότητα και την παρανομία
5. Διαταραχή του νευρικού καρδιακού μυός (έμφραγμα, μυοκαρδιοπάθεια)	Μείωση των ενδιαφερόντων για τη ζωή	Αυτοκινητιστικά ατυχήματα
6. Διαταραχή στην ανάπτυξη του εμβρύου (αλκοολική καρδιοπάθεια)	Ψυχικές παθήσεις όπως ψυχωτικό παραλήρημα, παράφρονη ζήλια, παρανοϊκή κατάσταση	Επιθετική σεξουαλική συμπεριφορά
7. Επιδείνωση διαφόρων άλλων νόσων		
8. Σωματικό σύνδρομο στέρησης		

Κεφάλαιο 3^ο

Αντιμετώπιση του Αλκοολισμού

3.1. Τύποι θεραπείας

Συμπεριφορικές Θεραπείες

Οι συμπεριφορικές θεραπείες έχουν σκοπό στην αλλαγή της συμπεριφοράς του αλκοολικού μέσω της συμβουλευτικής. Μελέτες που έχουν διεξαχθεί δείχνουν ότι μπορεί να είναι ωφέλιμες και επιτελούνται από επαγγελματίες υγείας.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η φαρμακευτική αγωγή βοηθά τους ανθρώπους να σταματήσουν ή να μειώσουν την κατανάλωση αλκοόλ. Συνταγογραφείται από ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας και άλλους επαγγελματίες υγείας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της ή σε συνδυασμό με συμβουλευτική.

Ομάδες Υποστήριξης

Υπάρχουν διάφορα προγράμματα που παρέχουν υποστήριξη για να μπορέσουν οι άνθρωποι να σταματήσουν την κατανάλωση αλκοόλ. Σε συνδυασμό με θεραπευτική αγωγή που καθοδηγείται από επαγγελματίες, οι ομάδες υποστήριξης μπορούν να προσφέρουν μια πρόσθετο πολύτιμο επίπεδο υποστήριξης (NIH, 2015).

3.2. Θεραπευτική αγωγή

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολικού ξεκινά με την οργανική αποτοξίνωση σε κάποιο κέντρο ή κλινική την ίδια ώρα που παρέχονται ψυχοφάρμακα υποστήριξης των οργανικών και ψυχικών συστημάτων. Δυστυχώς μόνη η αποτοξίνωση δεν δίνει σχεδόν κανένα μακρόχρονα αξιόλογο αποτέλεσμα όσο

και αν σε βραχύχρονη θεώρηση το άτομο φαίνεται να ανακτά τις δυνάμεις του και να λειτουργεί. Πιο αποτελεσματική είναι:

§ Η μικτή θεραπευτική αγωγή δηλαδή οργανική αποτοξίνωση (με παροχή συγγενών ψυχοφαρμάκων)

§ με αναλυτικο-υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

Παράλληλα ενημερώνεται το οικογενειακό περιβάλλον ώστε να εξλειφθούν τα παθογενή στοιχεία στην οικογένεια με εφαρμογή «οικογενειακής θεραπείας». Εντυπωσιακά είναι τα αποτελέσματα της οργάνωσης «Ανώνυμοι Αλκοολικοί» που ξεκίνησε το 1934, σήμερα έχει εκατοντάδες τοπικά και εθνικά παραρτήματα σε δεκάδες χώρες και στηρίζεται στη αρχή της βοήθειας του αλκοολικού από άλλους άνδρες και γυναίκες που είχαν το ίδιο πρόβλημα και το ξεπέρασαν με επιτυχία. Η οργάνωση «Ανώνυμοι Αλκοολικοί» θεωρεί το πρόβλημα σαν προσωπική ασθένεια και κοινωνική παθολογία. (Λύκουρας, Σολδάτος, 2007).

3.2.1. Φαρμακευτική θεραπεία του στερητικού συνδρόμου από αλκοόλ

Η θεραπεία της οξείας σωματικής φάσης απεξάρτησης από το αλκοόλ, συνίσταται στην χορήγηση βενζοδιαζεπινών με μεγάλο χρόνο ημιζωής και την προοδευτική διακοπή τους σε διάστημα ημερών. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

§ Διαζεπάμη (Stedon)

§ Χλωροδιαζεποξίδη (Librium)

§ Κλοναζεπάμη (Rivotril). Προτιμάται σε εξάρτηση από Αλπραζολάμη ή Τριαζολάμη

§ Χλωραζεπάτη (Tranxene)

§ Λοραζεπάμη (Tavor). Μπορεί να προτιμάται επί βαρείας ηπατικής βλάβης καθώς δεν μεταβολίζεται στο ήπαρ ή για υπογλώσσια χορήγηση όταν υπάρχουν ναυτία και έμετος (Robinson, Stott, 1988).

Δοσολογία θεραπευτικού σχήματος

- § Δίνουμε 10-20 mg διαζεπάμης ή 50-100 mg χλωροδιαζεποξιδης ανά 1-2 ώρες μέχρι την υποχώρηση των συμπτωμάτων.
- § Παρακολουθούμε για 1-2 ώρες από την τελευταία δόση.
- § Αν χρειαστεί δόση για το σπίτι δεν δίνουμε πάνω από 2-3 ταμπλέτες διαζεπάμης των 10 mg.
- § Αν υπάρχει ιστορικό επιληπτικών σπασμών ξεκινάμε με 20 mg διαζεπάμης ανά ώρα, τουλάχιστον για τρεις δόσεις.
- § Αν ο ασθενής δεν ανέχεται την διαζεπάμη per. os δίνουμε λοραζεπάμη υπογλωσσίως.
- § Αν υπάρχει ηπατική δυσλειτουργία δίνουμε λοραζεπάμη υπογλωσσίως, 1-2 mg ανά 1-4 ώρες (λόγω μικρότερου χρόνου ημιζωής η θεραπεία πρέπει να συνεχιστεί για 2-3 ημέρες).

Αν υπάρχει ψευδαισθήτωση χορηγούνται αντιψυχωτικά (παλιπεριδόνη που δεν μεταβολίζεται στο ήπαρ, ολανζαπίνη ή αλοπεριδόλη). Ο ασθενής πρέπει να εισαχθεί σε Νοσοκομείο αν:

1. Συνεχίζει να παρουσιάζει συμπτώματα παρά την χορήγηση 80 mg διαζεπάμης.
2. Εμφανίζει Τρομώδες Παραλήρημα, υποτροπιάζουσες καρδιακές αρρυθμίες ή σπασμούς.
3. Συνυπάρχει άλλη ιατρική διαταραχή ή νόσος (Robinson, Stott, 1988).

3.3. Οι θεραπευτικές κοινότητες στη δευτεροβάθμια πρόληψη

Οι θεραπευτικές κοινότητες, είναι πολύ καλά οργανωμένα προγράμματα αντιμετώπισης στα οποία οι ασθενείς διαμένουν σε οικιστικές μονάδες από 6 έως 12 μήνες. Οι ασθενείς που συμμετέχουν, είναι αυτοί που έχουν ένα σχετικά μακροχρόνιο

ιστορικό εξάρτησης από εθιστικές ουσίες ή έχουν εμπλακεί σε εγκληματικές δραστηριότητες λόγω της χρήσης τους ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία τους στην κοινωνία.

Ο στόχος στις θεραπευτικές κοινότητες, είναι η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία χωρίς να υπάρχει εξάρτηση και σχέση με παράνομες ή εγκληματικές δραστηριότητες (Σαρρής, 2001).

Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα σε θεραπευτικές κοινότητες, βασίζονται σε εμπειρίες που έχουν αποκτηθεί από προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν μια περίοδο 3 έως 6 εβδομάδων θεραπείας επί εσωτερικής βάσης.

Στη συνέχεια ακολουθεί θεραπεία επί εξωτερικής βάσης με συμμετοχή σε συμβουλευτικά προγράμματα στήριξης ή ομάδες αλληλοβοήθειας. Τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης με χορήγηση φαρμάκων στις φυλακές, μπορούν να βοηθούν τους κρατούμενους να απαλλάσσονται από την εγκληματική συμπεριφορά. Αυτό επιτυγχάνεται ιδιαίτερα όταν μετά την αποφυλάκιση, η αγωγή απεξάρτησης συνεχίζεται με προγράμματα θεραπευτικής κοινότητας, συμβουλευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής στήριξης. Η χρήση εθιστικών ουσιών έχει τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα στο χρήστη, στην οικογένεια του και στην κοινωνία. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να λάβουν θεραπεία η οποία να είναι προσαρμοσμένη στις δικές τους ιδιαίτερες ανάγκες. Η θεραπευτική αγωγή, τους επιτρέπει να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα τους και να μπορούν να έχουν μια κανονική και παραγωγική ζωή. Οι συμπεριφορικές θεραπείες περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών, ψυχοθεραπεία, ομάδες αλληλοβοήθειας και οικογενειακή θεραπεία (Λύκουρας, Σολδάτος, 2007).

3.3.1. Εργοθεραπεία

Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις γίνονται μετά από αξιολόγηση και σχεδιασμό εξατομικευμένων προγραμμάτων που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κάθε ατόμου. Οι κύριοι τομείς δραστηριότητας του εργοθεραπευτή είναι:

- § Παροχή υπηρεσιών πρόληψης μέσα από προγράμματα παρέμβασης στην κοινότητα.
- § Παροχή θεραπευτικές αντιμετώπισης-συμβουλευτικής υποστήριξης.
- § Προγράμματα ομαδικής θεραπείας.
- § Παροχή υπηρεσιών στο χώρο εργασίας και στο χώρο διαμονής των ασθενών.
- § Παροχή υπηρεσιών στον τομέα της ψυχοκοινωνικής και εργασιακής αποκατάστασης.
- § Παροχή συστηματικής εκπαίδευσης φοιτητών Εργοθεραπείας.

3.3.2. Κέντρα Ημέρας

Στόχος των Κέντρων Ημέρας είναι η ψυχοκοινωνική στήριξη χρόνιων ασθενών ούτως ώστε να βελτιωθεί η προσαρμοστικότητα και η λειτουργικότητά τους στο κοινωνικό σύνολο. Η θεραπεία επί εξωτερικής βάσης, χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων, μπορεί να συμπεριλάβει διάφορα προγράμματα απεξάρτησης για ασθενείς που επισκέπτονται τις εξειδικευμένες κλινικές κατά τακτικά χρονικά διαστήματα. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν ατομική ή συλλογική συμβουλευτική αγωγή και στήριξη. Οι ασθενείς που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά, είναι άτομα αλκοολικά για τα οποία δεν συστήνεται θεραπεία συντήρησης. Οι τελευταίοι είναι χρήστες που έχουν μια σταθερή, καλά οργανωμένη και ενταγμένη στην κοινωνία ζωή

με ιστορικό εξάρτησης στο αλκοόλ που είναι μικρής χρονικής διάρκειας (Ντουράκης, 2010).

3.3.3. Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών

Οι μονάδες αυτές είναι εξωνοσοκομειακές δομές που στόχο έχουν την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής επανένταξης ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας τοξικομανίας και αλκοολισμού. Προσφέρουν ευκαιρίες επαγγελματικής κατάρτισης και εργοδότησης ή όπου αυτό δεν είναι δυνατό προάγουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτομέριμνας, απασχόλησης και κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι δομές αυτές είναι αποτέλεσμα συνεργασίας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, οι οποίες έχουν την επιστημονική ευθύνη όπως είναι:

- § Συμβουλευτικά Κέντρα
- § Κινητές μονάδες
- § Τμήμα παιδικής και εφηβικής ψυχιατρικής
- § Κέντρα πρόληψης και συμβουλευτικής στον τομέα των τοξικοεξαρτήσεων
- § Συμβουλευτικά κέντρα
- § Ψυχιατρική κλινική
- § Μονάδα απεξάρτησης
- § Κοινωνική ψυχιατρική Νοσηλευτική
- § Εξωτερικά Ιατρεία (Ντουράκης, 2010).

3.4. Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις ανήκουν στην διάρθρωση των Κοινωνικών Υπηρεσιών μαζί με άλλους μη κυβερνητικούς φορείς, όπως είναι η Εκκλησία, οι Εθελοντικές Οργανώσεις και τα Φιλανθρωπικά Σωματεία. Πρόκειται κατά κανόνα για Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που ιδρύονται

από φυσικά πρόσωπα με βασικό κίνητρο το ηθικό αίσθημα προσφοράς προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι δεν αποτελούν δημόσιες υπηρεσίες.

Οι εθελοντικές οργανώσεις μπορεί να είναι μικρές ομάδες ή και πολύ μεγάλες. Οι πιο πολλές αναπτύσσονται δραστηριότητες σε τοπικό επίπεδο, ενώ υπάρχουν και άλλες οι οποίες δραστηριοποιούνται σε Εθνικό και Διεθνές Επίπεδο, όπως ο Ερυθρός Σταυρός. Λειτουργούν κάτω από την εποπτεία των Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αλλά, και Οικονομικών, ώστε να υπάρχει ο σχετικός έλεγχος ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη διαχείριση των πόρων.

Το ενδιαφέρον για το ρόλο και τη σημασία των εθελοντικών οργανώσεων τελευταία θεωρείται τόσο σημαντικός ώστε μια ομάδα ρωμαιοκαθολικών κοινωνιολόγων στο πανεπιστήμιο της πόλης Bologna της Ιταλίας, στην ανάλυση τους φτάνουν σε σημείο να αμφισβητήσουν τη μεγάλη σημασία που έχει δοθεί στον δημόσιο και τον κερδοσκοπικό τομέα παροχής υπηρεσιών και υποστηρίζουν ότι οι εθελοντικές οργανώσεις έχουν κεντρική θέση στην κάλυψη, παροχής κοινωνικής φροντίδας (Σαρρής, 2001).

3.5. Ομάδες Αυτοβοήθειας

«Στα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η λειτουργία των ομάδων αυτοβοήθειας (self help groups) ως ομάδων αμοιβαίας βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης. Κλασικό παράδειγμα η πρακτική των ομάδων Ανώνυμων Αλκοολικών» (Παπαγεωργίου–Βασιλοπούλου, 2005).

Θα πρέπει όμως στο σημείο αυτό να γίνει η διάκριση ανάμεσα σε «αυτοβοήθεια», «ομάδες αυτοβοήθειας» ή «κινήματα ομάδων αυτοβοήθειας» και να προσδιοριστεί το περιεχόμενο αλλά και τα διαφοροποιητικά στοιχεία αναφορικά με τις αρχές και τους στόχους τους.

Η πρώτη έννοια συνδέεται περισσότερο ή αποκλειστικά με την ατομική υπευθυνοποίηση, δηλαδή την ενεργοποίηση και χρησιμοποίηση «ιδίων πόρων» απέναντι σε ανάγκες που σχετίζονται με τη διαχείριση ατομικών-προσωπικών προβλημάτων, κάτι που συναντούμε σε διάφορες ψυχοθεραπευτικές κατευθύνσεις, όπου η σχέση ανάμεσα σε πελάτη-χρήστη και θεραπευτή διατυπώνεται στον γνωστό θεραπευτικό στόχο της «Βοήθειας για αυτοβοήθεια».

Ο δεύτερος όρος έχει ευρύτερη ερμηνεία και εφαρμογή από αυτή της ατομικής ψυχοθεραπείας και αναφέρεται γενικότερα σε ομάδες ατόμων με κοινά ή παρεμφερή προβλήματα όπως π.χ. διαβητικοί, αλκοολικοί, εξαρτημένα άτομα, ψυχασθενείς ή ακόμη σε ψυχοθεραπευτικές ομάδες που επικεντρώνονται στην ενεργοποίηση του ατόμου μέσα από την από κοινού επεξεργασία βιωμάτων και την επίλυση προβλημάτων ομοιοπαθών συνήθως ατόμων.

Τα όρια των τελευταίων ομάδων είναι σαφή και το ομαδικό- συλλογικό στοιχείο αναλώνεται κυρίως στη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, χωρίς κάποια συνέχεια πέρα από αυτή. Το ατομικό και η αποσύνδεση του από το κοινωνικό στοιχείο είναι σαφώς τονισμένο.

Τέλος στα «κινήματα ομάδων αυτοβοήθειας» εντοπίζονται γενικότερα κοινωνικά-πολιτικά χαρακτηριστικά γιατί τόσο τα κίνητρα όσο και τα κριτήρια δημιουργίας και σύνθεσής τους χαρακτηρίζονται από μια ευρύτερα κριτική κοινωνική προσέγγιση. Δηλαδή το στοιχείο μιας κριτικής στάσης απέναντι στα κοινωνικά δρώμενα, τις κοινωνικό-πολιτικές συνθήκες και ιδιαίτερα την ποιότητα της ζωής είναι ιδιαίτερα έντονο. Εδώ η αυτοβοήθεια δεν αποτελεί αυτοσκοπό, ούτε αντικαθιστά την ανάγκη συνολικής απελευθέρωσης-χειραφέτησης, αλλά αποτελεί μια στιγμή, ένα μέρος της ίδιας.

Βέβαια, ο παραπάνω διαχωρισμός είναι σε σημαντικό βαθμό σχηματικός, χρησιμοποιείται βοηθητικά για την καλύτερη επικοινωνία και κατανόηση. Αυτό σημαίνει ότι σε αρκετές από τις ομάδες αυτές εμπεριέχονται περισσότερα προσδιοριστικά της φύσης τους και των στόχων τους χαρακτηριστικά. Ιδιαίτερα εκεί όπου το ατομικό ορίζεται και ως πολιτικό- κοινωνικό.

Σε αυτό ακριβώς το κρίσιμο σημείο εντοπίζεται ο προβληματισμός, το περιεχόμενο, η σημασία και οι στόχοι της αυτοβοήθειας. Η αυτοβοήθεια κατανοείται, από ένα σημαντικό μέρος των εναλλακτικών κινημάτων, σαν μία κριτική- εναλλακτική πρακτική ως προς την επίσημη κοινωνική πολιτική. Αναζητείται ένας νέος ρόλος των πολιτών τόσο για θέματα που αναφέρονται σε μειοψηφικές κοινωνικές ομάδες όσο και σε θέματα πολιτικών- κοινωνικών δικαιωμάτων και οικολογικών παρεμβάσεων.

Η αυτοβοήθεια δεν αποτελεί συμπληρωματική ενέργεια των πολιτών στην κρατική πολιτική, αλλά αυτόνομη πρακτική των πολιτών για ευρύτερα κοινωνικά, πολιτικά και περιβαλλοντικά ζητήματα. Αποσκοπεί σε μια νέα πολιτική κουλτούρα σε αντιπαράθεση με την παθητικότητα, την αποενεργοποίηση, την προνοιακή λογική και τον κρατισμό.

Ξεκινώντας από την υπόθεση της ικανοποίησης των αναγκών και της ενεργοποίησης των δυνατοτήτων των άμεσα ενδιαφερομένων ομάδων ή ατόμων, τίθεται άμεσα το ερώτημα του ρόλου των ειδικών αλλά και της σχέσης τους με αυτές τις ομάδες. Ιδιαίτερα έντονος είναι ο προβληματισμός αυτός για ομάδες με συγκεκριμένα προβλήματα, που εξαιτίας τους ωθούνται στο κοινωνικό περιθώριο (Ντουράκης, 2010).

Δεδομένου ότι στις ομάδες αυτοβοήθειας διαφοροποιούνται τα κίνητρα, οι στόχοι και οι ενέργειες στις οποίες διοχετεύονται, παρατηρούνται τρεις βασικοί τύποι ομάδων αυτοβοήθειας.

- § Οι αμιγείς ομάδες αυτοβοήθειας που συντίθενται μόνο από τους άμεσα ενδιαφερομένους και παρουσιάζουν ομοιογένεια σε σχέση με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, τα κίνητρα και τους στόχους. Ιστορικά οι ομάδες αυτές θεωρούνται από τις πρώτες στο χώρο της αυτοβοήθειας (Ανώνυμοι Αλκοολικοί, πρώην χρήστες ναρκωτικών ουσιών, διαβητικοί, κ.λπ.).
- § Ομάδες συνεργαζόμενες με ευαισθητοποιημένους πολίτες οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες/ γνώσεις τους μέσω μιας εθελοντικής σχέσης.
- § Μικτές ομάδες (άμεσα ενδιαφερόμενοι, επαγγελματίες) με τη συμμετοχή αμειβόμενων επαγγελματιών και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών- γνώσεών τους. Πρόκειται δηλαδή για μια προσπάθεια λειτουργικής ενσωμάτωσης έτερο- και αυτοβοήθειας, όπου βέβαια ο ειδικός (θεραπευτής), λιγότερο ή περισσότερο παρεμβατικός, παραμένει ρυθμιστής της όλης διεργασίας.

Υπάρχουν ομάδες αυτοβοήθειας αμοιβαίας υποστήριξης που λειτουργούν με την παροχή υπηρεσιών επαγγελματιών. Οι ομάδες αυτές στοχεύουν στην προαγωγή της ανάπτυξης του Εγώ των μελών της ομάδας και στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού συστήματος, όπου το μέλος αναζητά καταφύγιο (ψυχολογικό ή και υλικό).

Οι ομάδες αυτοβοήθειας χωρίζονται στις εξής κατηγορίες: α) στις ομάδες αυτοβοήθειας, όπου βασίζονται στην θεραπευτική έννοια της αλληλοβοήθειας, β) στις συμβουλευτικές ομάδες, γ) στις πρωτοβουλίες πολιτών για συγκεκριμένα κοινωνικά – περιβαλλοντικά θέματα και δ) στις ομάδες ψυχαγωγίας/ ελεύθερου χρόνου. Οι ομάδες δεν διαχωρίζονται αναφορικά με τους στόχους που θέτουν, δηλαδή την ατομική αλλαγή των μελών τους ή την κοινωνική αλλαγή, αλλά τα μέλη των ομάδων

ακολουθούν περισσότερους στόχους, συνδυάζοντας πολλές φορές την κοινωνική αλληλοϋποστήριξη με την κοινωνική δράση (Παπαγεωργίου–Βασιλοπούλου, 2005).

Η συμμετοχή σε μια τέτοια ομάδα τροποποιεί τη συμπεριφορά του ατόμου και αποτελεί ένα σημαντικό μέσο επανακοινωνικοποίησης που δρα προληπτικά στην πιθανότητα υποτροπής. Για να γίνει κατανοητός ο τρόπος λειτουργίας μιας ομάδας αυτοβοήθειας, για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος, π.χ. του αλκοολισμού, στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 3.1.) παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά τους σε σύγκριση με την κλασσική ψυχοθεραπεία. Κλασσική Ψυχοθεραπεία

Κλασσική ψυχοθεραπεία	Θεραπεία μέσα από την Ομάδα Αυτοβοήθειας
Επαγγελματίας Θεραπευτής εξουσιαστικός	Δεν υπάρχει επαγγελματίας
Αμοιβή	Δωρεάν
Λήψη ιστορικού- ραντεβού	Καμιά
Η θεραπεία γίνεται στο ιατρείο	Η θεραπεία γίνεται σε κάποιο χώρο της κοινότητας
Απουσιάζει η οικογένεια	Η οικογένεια ενισχύεται
Ο θεραπευτής δεν ταυτίζεται με τον άρρωστο	Τα μέλη ταυτίζονται μεταξύ τους
Ο θεραπευτής είναι ουδέτερος ακούει	Τα μέλη είναι ενεργά, κρίνουν, υποστηρίζουν, καθοδηγούν.
Ο θεραπευτής δεν είναι πρότυπο	Τα μέλη αποτελούν πρότυπα αυτά καθαυτά.
Ο άρρωστος θεωρεί την επικοινωνία με το θεραπευτή απόρρητη	Τα μέλη μοιράζονται τα μυστικά και τις αποφάσεις
Ο θεραπευόμενος προσδοκά να δεχθεί υποστήριξη	Ο θεραπευόμενος προσφέρει, επίσης, υποστήριξη
Ενδιαφέρεται για την υποκατάσταση του συμπτώματος	Δεν ενδιαφέρεται για την υποκατάσταση, επιδιώκει το φυσιολογικό της συμπεριφοράς
Δέχεται την αποργανωτική συμπεριφορά και το ρόλο του αρρώστου	Απορρίπτει την αποργανωτική συμπεριφορά και το ρόλο του αρρώστου. Υπευθυνοποιεί το άτομο.
Ο θεραπευτής δεν ενθαρρύνει το θεραπευόμενο	Τα μέλη φτάνουν σε βαθμό έντονης ενθάρρυνσης
Έμφαση στην αιτιολογία- εναισθησία	Έμφαση στην πίστη, τη δύναμη της θέλησης και του αυτοελέγχου

Η βελτίωση της κατάστασης του θεραπευόμενου είναι προοδευτική κατά διαστήματα	Η βελτίωση γίνεται συστηματικά
Οι σχέσεις θεράποντος- θεραπευόμενου δεν έχουν επίπτωση στην κοινότητα	Οι σχέσεις των μελών έχουν σημαντική επίπτωση
Τα καθημερινά προβλήματα είναι μέρος της μακρόχρονης αποκατάστασης	Πρωταρχική έμφαση στις καθημερινές μικρές «νίκες». Μια ακόμα μέρα χωρίς αλκοόλ ή ουσίες
Δεν υπάρχει κοινωνική σχέση θεραπευόμενου με το θεραπευτή	Συνεχείς δυνατότητες για συμμετοχική διασκέδαση και κοινωνικοποίηση
Χαμηλό ποσοστό διακοπών θεραπείας	Υψηλό ποσοστό διακοπών θεραπείας
Ο θεραπευόμενος δεν είναι ίσος με το θεράποντα	Τα ίδια μέλη μπορούν να γίνουν ενεργεί θεραπευτές

Πίνακας 3.1. Κλασική ψυχοθεραπεία και ομάδες αυτοβοήθειας (Λύκουρας, Σολδάτος, 2007).

Γενικά, διαπιστώνουμε ότι η συμμετοχή της οικογένειας του εξηπηρετούμενου στη θεραπευτική διαδικασία θεωρείται σημαντική γιατί, η αρνητική ατμόσφαιρα μέσα στην οικογένεια είναι ένας παράγοντας που αυξάνει τη συχνότητα των υποτροπών και επανεισαγωγών.

3.6. Δίκτυα Υποστήριξης ή Συστήματα υποστήριξης

Τα κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα είναι σύνδεσμοι μεταξύ ατόμων και ομάδων, οι οποίοι προάγουν τον έλεγχο της κατάστασης και προσφέρουν μεθόδους αντιμετώπισης προβλημάτων που συναντούν και πληροφορούν για συμπεριφορές που ενισχύει την ταυτότητα και προάγει τις ικανότητες του ατόμου. Ως υποστηρικτικό σύστημα θεωρείται η πληροφορία που μαθαίνει το άτομο ότι αγαπιέται, εκτιμάται και είναι μέρος ενός δικτύου επικοινωνίας και αμοιβαίας υποχρέωσης.

Κοινωνικό δίκτυο θεωρείται ως μία άμεση πηγή βοήθειας και ως μία βάση για ένα σύνδεσμο με άλλους πόρους. Άλλοι θεωρούν τη στάση που έχει το άτομο

απέναντι στην ύπαρξη του κοινωνικού ιστού στο οποίο είναι πιθανόν να καταφεύγουν σε περίπτωση ενός προβλήματος ή μιας κρίσης.

Τα κοινωνικά δίκτυα χωρίζονται σε επίσημα, τα οποία αποτελούν οι οργανωμένες, επίσημες ομάδες υποστήριξης, και ανεπίσημα, όπου περιλαμβάνουν τα άτομα που παρέχουν φροντίδα «άτυπα» ή «λόγω φυσικής συγγένειας» σε φίλους, γείτονες και συγγενείς που έχουν την ανάγκη τους, δηλαδή η ανεπίσημη φροντίδα είναι η βοήθεια και η στήριξη που προσφέρουν τα λεγόμενα «άτυπα δίκτυα» δηλαδή τα οικογενειακά σχήματα, οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες, οι συνάδελφοι στο χώρο εργασίας. Η οικογένεια θεωρείται το πιο σημαντικό άτυπο δίκτυο όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες. Γενικά, «διακρίνονται από τις παραμέτρους των ατόμων που εμπλέκονται (μέλη της οικογένειας, φίλοι, γείτονες, συνάδελφοι στην εργασία) και από τους δεσμούς και τις συμμαχίες, τα θετικά ή αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται από τις σχέσεις, τις αντιθέσεις και τις αλληλεξαρτήσεις» (Σαρρής, 2001).

Η δημιουργία δικτύων μπορεί να είναι προσωπική, όπου χρησιμοποιούνται η ψυχική δύναμη και οι δεξιότητες των πελατών, ενώ επιδιώκεται η αύξηση της επάρκειας μέσω της αυτοβοήθειας και της ενδυνάμωσης ή κοινωνική, όπου χρησιμοποιείται η φροντίδα και η ανατροφοδότηση προκειμένου να ενεργοποιηθούν τα συστήματα υποστήριξης.

Έτσι οι στόχοι τους είναι:

1. Μείωση ή εξάλειψη της εξάρτησης του
2. Προστασία του ασθενή και της οικογένειας του από πιθανό κίνδυνο ως αποτέλεσμα της εξάρτησης του.
3. Εξάλειψη του αισθήματος του βάρους που αισθάνεται η οικογένεια και ο ίδιος ο ασθενής.

4. Διατήρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του ασθενή και των δικών του που έρχονται σε επαφή με το σύστημα.
5. Πρόληψη των δευτερογενών δυσχερειών ως αποτέλεσμα των συχνών επαφών με το σύστημα.
6. Δημιουργία ενός αισθήματος άνεσης, ευχαρίστησης, αυτοεκτίμησης, αυτοέκφρασης.
7. Προαγωγή της αυτονομίας της ικανότητας για υπεύθυνη συμπεριφορά, συναγωνιστικότητα, αυτοϋποστήριξη και λήψη απόφασης εκ μέρους του ασθενούς.

Οι βασικές αρχές που πρέπει να ακολουθούν είναι οι ακόλουθες:

1. Ανθρώπινη αξιοπρέπεια (human dignity): Ό,τι παρέχεται θα πρέπει να διασφαλίζει και να προστατεύει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και το απόρρητο κάθε περίπτωσης.
2. Αυτοκαθοριστικότητα (self-determination): Οι ασθενείς πρέπει να ελέγχουν ό,τι αφορά το παρόν και το μέλλον τους στο μεγαλύτερο δυνατό ποσοστό (ως προς τους στόχους τους και τη δυνατότητα επίτευξής τους).
3. Ομαλοποίηση (normalization): Οι υπηρεσίες του συστήματος πρέπει να χρησιμοποιούν μεθόδους και τεχνικές μέσα στα πλαίσια των μέσων ικανοτήτων, ώστε να προαχθεί η φυσιολογική συμπεριφορά του ατόμου. Τελικοί στόχοι είναι εξάλειψη του στίγματος, π.χ. να μη ζουν σε ομαδικά και απομονωμένα οικήματα και να λειτουργούν στην κοινότητα με φυσιολογικούς ρόλους.
4. Εξατομίκευση (individualization), κάθε περίπτωσης σύμφωνα με τις ανάγκες της.
5. Ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών (comprehensiveness).

6. Έλλειψη περιοριστικότητας με παράλληλη εγγύηση της ασφάλειας του πελάτη και του προσωπικού.
7. Συντονισμός: Τα διάφορα στοιχεία του συστήματος πρέπει να συντονίζονται για το «καλό» του ασθενούς. Έτσι ο ρόλος του υπεύθυνου ή του επιμελητή της περίπτωσης (case manager) έχει συντονιστικό χαρακτήρα. Ο συντονισμός απαιτεί κοινό προγραμματισμό των υπηρεσιών σε πολλά επίπεδα (κοινοτικά, νομαρχιακά, κεντρικά).
8. Διαθεσιμότητα και προσεγγισιμότητα των υπηρεσιών από τον ασθενή. Έτσι οργανώνονται προγράμματα αναζήτησης περιπτώσεων (out-reach), ώστε να γίνει γνωστό ότι οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες σε εκείνα τα άτομα που τις χρειάζονται περισσότερο.
9. Ευελιξία (flexibility): Πάντοτε αξιολογείται το πόσο οι υπηρεσίες μπορούν να προσαρμόζονται στις ανάγκες του πελάτη.
10. Αναπτυξιακός προγραμματισμός: Οι ασθενείς πρέπει να θεωρούνται ως αναπτυσσόμενα άτομα που μπορούν να αναπτυχθούν κάτω από την παροχή κινήτρων και εκπαίδευσης επιδεξιότητων.
11. Εμπιστευτικότητα.
12. Συνεχής προσοχή και ετοιμότητα, ώστε να μειωθούν οι κίνδυνοι τραυματικών εμπειριών των πελατών.
13. Σταδιακός προγραμματισμός (gradualism): Πρέπει ό,τι προγραμματίζεται να γίνεται με μικρά βήματα, σιγά σιγά, ώστε να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος στο άτομο να προσαρμοστεί. Ο θεσμός λοιπόν των δικτύων στον υγειονομικό και ευρύτερο κοινωνικό τομέα μπορούν να αποτελέσουν σημαντικά εργαλεία, κοινωνικής δραστηριοποίησης και άμεσης συμμετοχής των πολιτών σε ζωτικά για την υγεία και το περιβάλλον θέματα στο βαθμό

που συνδέονται λειτουργικά, ξεφεύγουν από τη λογική του πολυκερματισμού και ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες μιας περιοχής.

Κεφάλαιο 4^ο

Πρόληψη

4.1. Πρωτοβάθμια πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει σαν κύριο στόχο της να δώσει στο άτομο αλλά και στο κοινωνικό σύνολο τη δυνατότητα να αποκτήσει συνείδηση των κινδύνων που οδηγούν στην αδυναμία οριοθέτησης απέναντι στις ουσίες, που η κοινωνία παράγει διαθέτει και προβάλλει σαν πηγή ευφορίας ή σαν μέσο ανακούφισης από τα δεινά της ζωής. Πρόληψη λοιπόν σημαίνει απάντηση στην πρόκληση. Η εξάρτηση από νόμιμες ή παράνομες ουσίες είναι ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα στο οποίο συμβάλουν εξίσου η προσωπικότητα του ατόμου, η οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζει ένα άτομο.

Έχουν περάσει 20 χρόνια από τότε που έγινε σαφής η ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης για το πρόβλημα της εξάπλωσης της χρήσης του οινόπνευματος. Μέχρι σήμερα άλλοι προσδιορίζουν ως πρόληψη την ενημέρωση, άλλοι τον εκφοβισμό και άλλοι την επιδερμική προσέγγιση ζητημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση των εθιστικών ουσιών. Από την πλευρά της κοινωνίας, οι προσπάθειες πρόληψης για τη μείωση της ζήτησης των εθιστικών ουσιών περιορίστηκαν στα νομικά μέτρα και τον κοινωνικό έλεγχο. Όλες αυτές οι προσπάθειες δεν έχουν φέρει μέχρι σήμερα ικανοποιητικά αποτελέσματα. Το γεγονός αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η πρόληψη της χρήσης εθιστικών ουσιών πρέπει να εξεταστεί από διαφορετική σκοπιά.

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο φαινόμενο που αφορά όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, αγγίζοντας νεαρές

ηλικίες. Η συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι η εξάρτηση εμφανίζεται ως σύμπτωμα μιας γενικότερης δυσλειτουργίας του ατόμου, ένδειξη αδυναμίας να απαλύνει τον ψυχικό πόνο και ως τρόπο διαφυγής από πραγματικά και φανταστικά αδιέξοδα, ώθησε τους επαγγελματίες υγείας στην προσαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης σε προγράμματα που εστιάζουν στη βοήθεια και στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων της ψυχικής υγείας του ατόμου και που απευθύνονται σε όλους τους πολίτες και κυρίως στον πληθυσμό που δεν έχει μπει στο πρόβλημα της χρήσης με στόχο τη μείωση της ζήτησης και τη διαμόρφωση μιας υγιούς προσωπικότητας, με θετική στάση απέναντι στη ζωή (Τερζίδου, 2013).

Σύγχρονες μελέτες καταλήγουν στην ανάγκη να εστιάζεται η πρόληψη όχι μόνο στους νέους, αλλά και σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Ειδικός πληθυσμιακός στόχος της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι τα άτομα που έχουν την ευθύνη ανατροφής, διαπαιδαγώγησης και εκπαίδευσης των παιδιών, δηλαδή γονείς εκπαιδευτικοί κ.λπ. Η ύπαρξη και λειτουργία επιτροπής ψυχικής υγείας σε μία μονάδα κοινωνικής ψυχιατρικής και της αντίστοιχης κοινότητας που εξυπηρετεί, είναι έκφραση της πρακτικής εφαρμογής της πρωτοβάθμιας πρόληψης στην κοινότητα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας αυτής μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο εστιάζοντας και παρεμβαίνοντας σε καίρια σημεία.

Πρωταρχικό ρόλο για την πρόληψη παίζει η ενημέρωση. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας σχεδιάζει εκπαιδευτικά προγράμματα με βάση την ενημέρωση. Είναι γνωστό από έρευνες ότι τα προγράμματα πρωτοβάθμιας πρόληψης που βασίστηκαν στην πληροφόρηση και στη διαφώτιση δεν είχαν πάντα τα επιθυμητά αποτελέσματα. Το μεταδιδόμενο μήνυμα έδινε έμφαση στους κινδύνους και στις ολέθριες επιπτώσεις από τη χρήση και στόχευε στη δημιουργία συναισθηματικών αντιδράσεων και φόβου. Οι

πληροφορίες που περιελάμβαναν τα μηνύματα του τύπου αυτού ήταν τις περισσότερες φορές υπερβολικές, γεγονός που έχει ως συνέπεια την αμφισβήτηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους, ιδιαίτερα από τα νεαρά άτομα που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο.

Διαπιστώθηκε ακόμα ότι μόνη της η πληροφόρηση μπορούσε να ανεβάσει το επίπεδο των γνώσεων του ατόμου χωρίς απαραίτητα να επηρεάσει τη συμπεριφορά του προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Επίσης οι πληροφορίες που διοχετεύονται με επιλεκτικό τρόπο που δεν παίρνουν δηλαδή υπ' όψη τα χαρακτηριστικά της ομάδας στην οποία ανήκουν οι δέκτες, κινδυνεύουν να οδηγήσουν σε αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα όπως για παράδειγμα προκαλώντας την περιέργεια των νέων και την επιθυμία τους για δοκιμή (Πουλόπουλος, 2013).

Στις στρατηγικές πρόληψης, η πληροφόρηση για να είναι εκπαιδευτική πρέπει να βασίζεται στο ότι είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διαπαιδαγώγηση του ατόμου. Πρέπει να δίνει έμφαση στην ανάγκη προσαρμογής της πληροφορίας και των μηνυμάτων στο επίπεδο της ικανότητας αφομοίωσης του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται, ανάλογα με το αναπτυξιακό του στάδιο. Τοποθετούν το πρόβλημα του αλκοολισμού μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο μορφών συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, αποφάσεων που παίρνει το άτομο και διασαφήνισης αξιών. Η προσέγγιση αυτή που αποκαλείται «συναισθηματική προσέγγιση» δίνει έμφαση στους παράγοντες εκείνους που συνδέονται με το αλκοόλ και όχι στην συμπεριφορά του αλκοολικού αυτή καθαυτή. Η προληπτική προσπάθεια πρέπει να στοχεύει στην ανάπτυξη των απαραίτητων γνώσεων στάσεων και δεξιοτήτων στο άτομο που θα το διευκολύνουν να αντισταθεί στην προσφορά. Ταυτόχρονα επιχειρείται η δημιουργία μέσα στο περιβάλλον του ατόμου (οικογένεια, κοινότητα) του κατάλληλου κλίματος που θα του δώσει θετική υποστήριξη.

Η πρόληψη πρέπει να ενταχθεί μέσα από ειδικά προγράμματα στο όλο εκπαιδευτικό σύστημα και να αποτελεί μέρος της αγωγής υγείας. Το σχολείο αντιπροσωπεύει χωρίς αμφιβολία το καταλληλότερο πλαίσιο για την εφαρμογή ενός προγράμματος πρωτογενούς πρόληψης, γιατί στα σχολεία βρίσκεται η πλειοψηφία του πληθυσμού των νέων .

Οι νεαροί μαθητές αντιπροσωπεύουν τον πληθυσμό όπου οι αρνητικές συνήθειες στη συμπεριφορά δεν έχουν ακόμα εγκατασταθεί και παγιωθεί και είναι επομένως κατάλληλοι δέκτες μηνυμάτων που στοχεύουν στην πρωτογενή πρόληψη. Το σχολείο προσφέρει το πλαίσιο για μια συστηματοποιημένη και διαρκή εκπαίδευση για την υγεία. Ένας σημαντικός ρόλος που καλείται να παίξει ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι η παροχή βοήθειας ώστε οι τοπικές υπηρεσίες υγείας και οι κοινωνικές υπηρεσίες να ενωθούν με το σχολικό σύστημα (Τερζίδου, 2013).

Τα κύρια χαρακτηριστικά της μεθοδολογίας που ακολουθείται στα σχολεία είναι τα εξής:

- § Να δοθεί η δυνατότητα στα άτομα να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία, τις κοινωνικές τους δεξιότητες και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.
- § Να ενισχύσουν την εκτίμηση του εαυτού και να μειώσουν τα πιθανά σημεία αποξένωσης.
- § Να δώσουν στα άτομα τη δυνατότητα να διευκρινίσουν τις αξίες, υποδεικνύοντάς τους τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσονται συγκρούσεις ανάμεσα στις αξίες αυτές και στην πραγματικότητα.
- § Να ενθαρρύνουν τη λήψη αποφάσεων, την ενεργητική μάθηση και την ελευθερία επιλογής ενός υγιούς τρόπου ζωής (Κουμούλα, Σκλάβου, 2013).

Η εκπαίδευση, με στόχο την πρόληψη στα πλαίσια του σχολείου, αποτελεί μια αναγκαία αλλά όχι επαρκή συνθήκη. Κι αυτό γιατί έξω από το σχολείο ο μαθητής

δέχεται ισχυρές επιδράσεις στις οποίες το σχολείο μόνο του δεν είναι επαρκής αποτρεπτικός παράγοντας. Για παράδειγμα η χρήση από μέλη της οικογένειας του μαθητή ή από φίλους του, έχουν αποδειχθεί από έρευνες ως εξαιρετικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην κοινότητα και την οικογένεια. Αυτός είναι που γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες κάθε οικογένειας και ότι ο ρόλος της, ειδικότερα ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς διαπαιδαγωγούν τα παιδιά τους, μέσα από την ποιότητα των συναισθηματικών σχέσεων, την οριοθέτηση και την θέσπιση κανόνων, καθώς και την ενίσχυση της υπευθυνότητας και της αυτονομίας συνδέεται άμεσα με την πρόληψη της χρήσης των εθιστικών ουσιών.

Ιδιαίτερη βοήθεια λοιπόν πρέπει να δοθεί στους γονείς, με συντονισμένη παρέμβαση στην οικογένεια, για να γίνουν ικανοί να κάνουν ένα ειλικρινή και ανοιχτό διάλογο με τα παιδιά τους, μέσα από τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Συνήθως σοβαρές δυσλειτουργίες του οικογενειακού συστήματος υπάρχουν σε πολλές περιπτώσεις ατόμων που έχουν εξαρτηθεί από ουσίες και αλκοόλ. Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι η προσωπικότητα των νέων είναι ελλειμματική και ανώριμη γιατί οι γονείς δεν παρουσιάζουν ένα πρότυπο με το οποίο να μπορούν τα παιδιά να ταυτιστούν. Είναι συνήθως ανώριμοι, καταθλιπτικοί, παθητικοί, απόντες συναισθηματικά διαψευσμένοι, απογοητευμένοι, παραιτημένοι, αλλοτριωμένοι. Συχνά καταφεύγουν στο αλκοόλ ή τα ηρεμιστικά για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες ή να επικοινωνήσουν με τους άλλους (Τερζίδου, 2013).

Σκοπός του κοινοτικού νοσηλευτή μέσα από προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε άτομα που έχουν την ευθύνη ανατροφής και διαπαιδαγώγησης, είναι να διδάξει τρόπους και συμπεριφορές που θα βοηθήσουν τα παιδιά να πουν όχι στις εξαρτησιογόνες ουσίες.

Τα παιδιά μαθαίνουν από τους γονείς πότε, από που και πως να παίρνουν τέτοιες ουσίες όπως το αλκοόλ ή τα φάρμακα. Η σωστή αλλά και με μέτρο χρησιμοποίηση στο σπίτι, μειώνει τον κίνδυνο χρήσης ουσιών από τα παιδιά. Διδάσκοντας λοιπόν τους γονείς πώς να δίνουν το καλό παράδειγμα στα παιδιά, τα προστατεύουν γιατί πολλές φορές μιμούνται συμπεριφορές κοντινών αγαπημένων ανθρώπων. Τα παιδιά και ειδικά οι έφηβοι νιώθουν συχνά αβέβαιοι για το άτομό τους. Το να γνωρίζουν ότι οι γονείς τους τους έχουν εμπιστοσύνη και αναγνωρίζουν την αξία τους, ενδυναμώνει την προσωπικότητά τους και τα βοηθάει να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τα προβλήματα της ζωής. Είναι σημαντικό οι γονείς να δίνουν στα παιδιά την ενθάρρυνση και τον έπαινο για τις προσπάθειες που κάνουν, ακόμη και αν τα αποτελέσματα δεν είναι τέλεια.

Το να μιλάνε οι γονείς στα παιδιά δεν είναι πάντα αρκετό. Το να ακούνε αυτό που έχουν να πουν είναι το πιο δύσκολο. Πρέπει να επισημανθεί στους γονείς το πόσο σημαντικό είναι να δίνουν χρόνο στα παιδιά τους να εκφράσουν αυτό που σκέφτονται, δείχνοντας προσοχή και ενδιαφέρον σε αυτά που λένε γιατί συχνά τα παιδιά δεν εκφράζουν τις σκέψεις τους με άμεσο τρόπο. Η συζήτηση των γονέων με τα παιδιά για το αλκοόλ και τις άλλες ουσίες βοηθάν τους γονείς να βεβαιωθούν ότι τα παιδιά έχουν καταλάβει τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση τους. Το μεγαλύτερο λάθος που κάνουν οι γονείς στην προσπάθειά τους να προστατέψουν τα παιδιά τους από τη χρήση ουσιών είναι να τα απομονώνουν από τους φίλους και τις παρέες τους. Η επιρροή από φίλους είναι από τις πιο ισχυρές πιέσεις που δέχεται ένας νέος, ειδικά στην εφηβεία. Η απαγόρευση της εξόδου και της συναναστροφής με συνομηλίκους μπορεί να αποφέρει αντίθετα αποτελέσματα από τα επιθυμητά. Το προτιμότερο είναι να διδάξουν στα παιδιά τρόπους για το πώς να αντιστέκονται στην επιρροή των φίλων που κάνουν χρήση του αλκοόλ και ουσιών. Η πίεση που δέχονται

οι νέοι από τις απαιτήσεις της σημερινής κοινωνίας είναι μεγάλη και δημιουργεί την ανάγκη να ξεφύγουν από την καθημερινότητα (Pomini et al., 2014).

Οι γονείς πρέπει να μάθουν πώς να προστατεύουν τα παιδιά σε υγιείς και δημιουργικές δραστηριότητες. Με το να δίνουμε στα παιδιά την ευκαιρία να λάβουν μέρος σε ασχολίες που τα ευχαριστούν όπως σπορ, σχολικά προγράμματα, κοινοτικά προγράμματα, εκπαιδευτικά, καλλιτεχνικά κ.λπ., τους δίνουμε την δυνατότητα διαφυγής από τις δυσκολίες της ζωής μέσα από δημιουργικές διεξόδους.

Οι γονείς είναι αυτοί που πρώτοι πρέπει να αντιληφθούν την ύπαρξη κάποιου προβλήματος από την ανεξήγητη αλλαγή συμπεριφοράς. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ενημερώνει τους γονείς για το ποιες συμπεριφορές πρέπει να τους ανησυχήσουν.

Τέτοιες είναι:

- § Αλλαγή στη συνολική νοοτροπία, στάση και στην προσωπικότητα του παιδιού χωρίς να υπάρχει άλλη αναγνωρίσιμη αιτία.
- § Αλλαγές στους φίλους, νέοι χώροι στους οποίους συχνάζει το παιδί, αποφυγή των παλιών φίλων.
- § Αλλαγή δραστηριοτήτων.
- § Πτώση των βαθμών στο σχολείο ή της απόδοσης στην εργασία.
- § Απώλεια ενδιαφέροντος για την οικογένεια.
- § Δυσκολία στη συγκέντρωση, μνήμη.
- § Απώλεια κινήτρων, ενέργειας και αυτοεκτίμησης, αδιαφορία για όλα.
- § Ξαφνικές εξάρσεις υπερευαισθησίας, θυμού.
- § Κακοκεφιά, ευερεθιστότητα ή νευρικότητα.
- § Παρανοϊκές σκέψεις.
- § Υπερβολική ανάγκη για απομόνωση, παιδί που γίνεται απρόσιτο.
- § Μυστικοπάθεια ή ύποπτη συμπεριφορά.

- § Εμπλοκή σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα.
- § Χρόνια ανειλικρίνεια, ατιμία.
- § Ανεξήγητη ανάγκη χρημάτων, κλοπή.
- § Κατοχή σχετικών για χρήση φαρμάκων και ουσιών (Lazaratou et al., 2013).

Τέτοιες αλλαγές δεν πρέπει να περνούν απαρατήρητες ή να αγνοούνται, ο κάθε γονιός πρέπει να γνωρίζει που να απευθυνθεί σε περίπτωση που αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα, για να βοηθηθεί και να βοηθήσει το παιδί του.

Συνοπτικά ο κοινοτικός νοσηλευτής, όταν καλείται να συμμετέχει στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης ως μέλος της επαγγελματικής ομάδας ψυχικής υγείας πρέπει να γνωρίζει κάποιες βασικές αρχές σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης που είναι:

- § Η γνώση για τις συνέπειες της χρήσης δεν αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την αποφυγή της.
- § Η πρόληψη είναι μια σύνθετη και μακρόχρονη διαδικασία που στοχεύει στην ανάδειξη και συνειδητοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων της χρήσης.
- § Η πρόληψη δεν είναι υπόθεση μόνο των ειδικών, αλλά απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα).
- § Το περιεχόμενο και η μεθοδολογία εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των πληθυσμιακών ομάδων στις οποίες απευθύνονται, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες τους και τα αιτήματά τους όπως αυτά εκφράζονται.
- § Η εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης μπορεί να έχει αποτελέσματα μόνο στο βαθμό που εντάσσεται σε ένα πλαίσιο μακρόπνοης πολιτικής της τοπικής κοινότητας, αλλά και γενικότερα της χώρας.

Η εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια πρόληψη αποβλέπει στη δημιουργία και εγκατάσταση αμφίδρομων σχέσεων μεταξύ της κοινότητας και της ομάδας ψυχικής υγείας, με σκοπό την εκπόνηση και προώθηση προληπτικών προγραμμάτων, επιζητώντας με κάθε τρόπο την ενεργό συμμετοχή του μεγαλύτερου δυνατού μέρους των κατοίκων. Ενεργώντας σε αυτή την κατεύθυνση πρέπει να είναι άριστος γνώστης της κοινότητας, τόσο γεωγραφικά όσο και κοινωνιολογικά, δηλαδή να γνωρίζει το κοινωνικό προφίλ της κοινότητας, το μορφωτικό επίπεδό της, ιστορικά στοιχεία και τη σύνθεση του πληθυσμού. Είναι προφανές ότι η προσπάθεια αντιγραφής μοντέλων από άλλες περιοχές δεν μπορεί να δώσει ιδιαίτερες κατευθύνσεις, ίσως να είναι ελάχιστα αποτελεσματική και πιθανόν να προκαλέσει περισσότερα προβλήματα από αυτά που θα επιλύσει. Επίσης, η εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή αποσκοπεί στη ευαισθητοποίηση των φυσικών ηγετών της κοινότητας και μέσω αυτών των κατοίκων της περιοχής για θέματα πρόληψης και στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας πρόληψης μέσα από τη συνεργασία όλων των οργανισμών της κοινότητας.

Όσο περισσότεροι στόχοι της πρωτοβάθμιας πρόληψης για τις εθιστικές ουσίες επιτυγχάνονται, τόσο μειώνεται ο αριθμός των ατόμων που έχουν ανάγκη απεξάρτησης από αυτές, γεγονός που σημαίνει ότι η πρωτοβάθμια πρόληψη εκπληρώνει το σκοπό της (Πουλόπουλος, 2013).

4.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αφορά κυρίως σε άτομα που είναι ήδη χρήστες εθιστικών ουσιών ή σε άτομα με οξεία έναρξη μιας κατάχρησης ή σε άτομα που νοσηλεύονται για κάποια σωματική πάθηση και εμφανίζουν συμπτωματολογία εξαρτημένου ατόμου ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα.

Ο στόχος της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι ουσιαστικά η ανίχνευση των χρηστών, η έγκαιρη διάγνωση, η αποτελεσματική θεραπεία στον ελάχιστο δυνατό χρόνο νοσηλείας και η προσπάθεια αποφυγής περαιτέρω παθολογικών επιπτώσεων. Η δευτεροβάθμια πρόληψη απασχολεί κατά κύριο λόγο τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγιεινής με στόχο τη συνεχή και αποτελεσματική φροντίδα για όλους όσους έχουν ανάγκη και ο βασικός αρωγός της προσπάθειας αυτής είναι ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας. Μέσα στο πλαίσιο των νέων αυτών τομέων προσφοράς υπηρεσιών, οι κοινοτικοί νοσηλευτές, είναι συχνά αυτοί οι οποίοι είναι περισσότερο ενήμεροι για την κατάσταση των χρηστών, για οποιαδήποτε εμπόδια αυτοί αντιμετωπίζουν σε ότι αφορά την παροχή της απαιτούμενης περίθαλψης και για άλλους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία τους. Οπλισμένοι με αυτές τις πληροφορίες και τις γνώσεις που διαθέτουν και λαμβάνοντας πάντα υπόψη τους διαθέσιμους πόρους της εκάστοτε κοινότητας, λειτουργούν ως συνήγοροι σχετικά με τις ανάγκες των εξαρτημένων αυτών ατόμων καθώς και των οικογενειών τους και αποτελούν τον συνδετικό κρίκο με το υπόλοιπο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας, μπορεί να διαθέτει λιγότερη ισχύ και εξουσία από τους ιατρούς, εντούτοις η εργασία του με τον άνθρωπο που έχει εισέλθει στο ρόλο του εξαρτημένου ατόμου χαρακτηρίζεται από τον προσανατολισμό και την επικέντρωση γύρω από το άτομο αυτό (Ντουράκης, 2010).

Ο νοσηλευτής οφείλει πρώτα απ' όλα να παρέχει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα όντας εκ των προτέρων ενημερωμένος σχετικά με την υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία της εξάρτησης και των επιπλοκών της από το ίδιο το άτομο που φροντίζει. Οι νοσηλευτές αισθάνονται συχνά πως ασκούν το ρόλο του μεσολαβητή μεταξύ του ιατρού και του εξαρτημένου ατόμου καθώς χρησιμοποιούν

αφενός την ιατρική ορολογία και έκφραση και αφετέρου την υποκειμενική και προσωπική έκφραση και εμπειρία του χρήστη.

Η συνεχής προσπάθεια για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος είναι ένας εκ των σπουδαιότερων σκοπών που έχει αναλάβει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας και επιτυγχάνεται με προσωπικό κόπο και θέληση και από τις δύο πλευρές. Στα πλαίσια της προσπάθειας αυτής, η δημιουργία υποστηρικτικής διαπροσωπικής σχέσης, αποτελεί έναν επιπλέον σκοπό του νοσηλευτή για την ενθάρρυνση του χρήστη να εκφράσει τις δυσκολίες του.

Οι άριστες τεχνικές προσέγγισης που διαθέτει πρέπει να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα για να τον βοηθήσουν στην αξιολόγηση των ψυχικών και σωματικών δυσκολιών και δυνατοτήτων του χρήστη ώστε να καθορισθούν ρεαλιστικοί και πραγματοποιήσιμοι στόχοι ανάλογα με τις ανάγκες του. Η ηλικία του εξαρτημένου ατόμου, ο βαθμός ωριμότητας των ψυχολογικών του ικανοτήτων, οι κοινωνικές συνθήκες κάθε ηλικίας, η κοινωνικο-οικονομική του κατάσταση και οι οικογενειακές του σχέσεις πρέπει να εξεταστούν παράλληλα με την οργανική του κατάσταση. Η εκτίμηση αυτών των παραμέτρων θα ευνοήσει την συνεργασία με τον χρήστη για να καταστρωθεί πρόγραμμα προσαρμογής του με βάση την κατάσταση που βιώνει.

Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι η από κοινού αντιμετώπιση των δυσκολιών που δύνανται να υπάρχουν, όπως επιθετικότητα, λύπη, αρνητισμός, απόσυρση, τάσεις αυτοκαταστροφής, δύσκολη όψη των στερητικών συνδρόμων, απογοήτευση, επιθυμία για χρήση. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να «συμπάσχει» όσο μπορεί με τον εξαρτημένο και αυτό να γίνει αντιληπτό έτσι ώστε να μπορέσει να τον εκπαιδεύσει στους ρόλους και τις ευθύνες του (Πουλόπουλος, 2013).

Η θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία είναι ένα από τα ισχυρότερα μέσα που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για την προσέγγιση και νοσηλευτική φροντίδα των εξαρτημένων ατόμων. Δια μέσω αυτής επιτυγχάνεται από την πλευρά του χρήστη η κατανόηση και παραδοχή της κατάστασης που βιώνει και η ενεργητική του προσαρμογή σε αυτή με όσες δυνάμεις διαθέτει. Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από κάποια εθιστική ουσία έχουν συνήθως μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, είτε επειδή δεν έχουν στενούς συγγενείς είτε επειδή έχουν απομονωθεί από τις οικογένειες και τους φίλους τους αλλά κατά κύριο λόγο στην ύπαρξη του κοινωνικού στίγματος, στην άγνοια, αλλά και στην παράδοση συμπεριφορά των ιδίων τους.

Από τους βασικούς ρόλους των κοινοτικών νοσηλευτών είναι η διερεύνηση για την ύπαρξη ή όχι οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και στην περίπτωση ύπαρξή τους, στη διατήρηση και σύσφιξή τους. Στην ολιστική νοσηλευτική αντιμετώπιση του χρήστη εθιστικών ουσιών, επιτάσσεται να υπάρχει επικοινωνία με ευγένεια, με διάθεση συνεργασίας, με προσπάθεια για συζήτηση, με γνήσιο ενδιαφέρον και πάνω απ' όλα με ένδειξη ειλικρίνειας προς τον χρήστη για να υπάρξει και από την αντίθετη πλευρά η ίδια ειλικρινής στάση. Η συνείδηση από πλευράς του κοινοτικού νοσηλευτή ότι αντιμετωπίζει έναν άνθρωπο και όχι ένα ασθενές όν, τον καθιστά αρτιότερο επαγγελματία και αποτελεσματικότερο στις προσπάθειές του.

Έτσι γίνεται ευκολότερο και το πρακτικό μέρος της νοσηλείας καθώς ανιχνεύονται έγκαιρα τα πρόδρομα σημεία-συμπτώματα πιθανών υποτροπών, δεδομένου ότι ο νοσηλευτής λόγω της συνεχούς επαφής με το άτομο αναγνωρίζει κάθε φάση της κατάστασής του. Οι κανόνες δεοντολογίας του επαγγέλματος δεν χωρούν επιπλέον ρατσιστικές τάσεις και συμπεριφορές και επιβάλουν ισότιμη αντιμετώπιση, ανεξάρτητα από το φύλο, την καταγωγή, τις πεποιθήσεις, τη θρησκεία του κ.ο.κ. Αυτό ενισχύει τη συνεχή παροχή φροντίδας (κλινικής, νοσηλευτικής,

θεραπευτικής και αποκαταστασιακής) στον εξαρτημένο είτε στο νοσοκομείο είτε στην κοινότητα (Kuntsche et al., 2013).

Το να ενταχθεί κάποιος στο ρόλο του χρήστη μιας εθιστικής ουσίας είναι μια σύνθετη και επίπονη διαδικασία προσαρμογής αφενός στην προσωπική του κατάσταση και αφετέρου στο περιβάλλον. Η προσπάθεια αποδοχής της εξάρτησης από μέρους του χρήστη και η συμφιλίωσή του με αυτή συνοδεύεται από μια εσωτερική πάλη, η οποία εξωτερικεύεται με πληθώρα συναισθηματικών εκδηλώσεων και καθιστά την προσπάθεια μείωσης της έντασης των εκδηλώσεων αυτών από την πλευρά του κοινοτικού νοσηλευτή ως ένα ιδιαίτερα δύσκολο και πολύπλοκο έργο. Το είδος της εξάρτησης και η γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου επιδρά σημαντικά στην διαμόρφωση ενός ορισμένου τύπου σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή και του εθισμένου ατόμου.

Όταν για παράδειγμα, η εξάρτηση ταλαιπωρεί τα άτομα για μεγάλο χρονικό διάστημα και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες απεξάρτησης στο παρελθόν, το άτομο, έχει την ευκαιρία να δημιουργήσει ευκολότερα μηχανισμούς ψυχο-συναισθηματικής προσαρμογής στην παρούσα κατάσταση που βιώνει. Όταν αντίθετα η εξάρτηση εμφανίζεται αιφνίδια και το άτομο μπαίνει για πρώτη φορά στην διαδικασία της απεξάρτησης, η εκδήλωση των συμπτωμάτων και των επιπλοκών εκφράζεται με οξύτητα και ένταση και ο εξαρτημένος προκαταλαμβάνεται και αδυνατεί να προσαρμοστεί σε αυτήν στον ελάχιστο δυνατό χρόνο.

Είτε στην μία είτε στην άλλη περίπτωση, η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται σε μια σειρά παρεμβάσεων που σαν βασικό σκοπό έχουν την ανεξαρτητοποίηση του εθισμένου ατόμου και την καλή λειτουργικότητά του (σωματική και ψυχική), τόσο στην οργάνωση της καθημερινότητάς του όσο και στην ένταξή του στην ζωή μέσα στην κοινότητα (Τερζίδου, 2013).

Με την βοήθεια του κοινοτικού νοσηλευτή πρέπει να ενισχυθεί ο γενικός ρόλος του ατόμου μέσα από το στάδιο της συμμόρφωσης που αναφέρεται στην αρχική συναίνεση του χρήστη να ακολουθήσει τις οδηγίες που θα του δοθούν, στο στάδιο της τήρησής τους όσον αφορά την τήρηση της αρχικής συμφωνίας κάτω από την επίβλεψη του προσωπικού υγείας και στο στάδιο της συντήρησης που στηρίζεται στην ενσωμάτωση των ιατρο-νοσηλευτικών οδηγιών, στον τρόπο της ζωής του, προκειμένου να διατηρήσει την υγεία του ακόμη και όταν πάψει η παρακολούθηση του από τους επαγγελματίες υγείας.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να παρέμβει κατά το ύψιστο δυνατό στη διαδικασία της αυτοφροντίδας της σωματικής υγιεινής του εθισμένου (στοματική, σωματική υγιεινή, οφθαλμολογικός έλεγχος κ.ά.) και της καθαριότητας. Η προσπάθεια έναρξης της αυτοφροντίδας με οποιοδήποτε τρόπο είναι μεγάλης σημασίας διότι το εξαρτημένο από κάποια ουσία άτομο αντικειμενικά έχει παγιδευτεί στο φαύλο κύκλο του εθισμού που δεν αφήνει χρόνο και περιθώρια για οτιδήποτε άλλο πέραν της επαναληπτικής διαδικασίας ανεύρεσης αλκοόλ. Είναι γενικά παραδεκτό πως οι χρήστες εθιστικών ουσιών έχουν σταματήσει να νοιάζονται ουσιαστικά για την ποιότητα της ζωής τους και έχουν ξεχάσει πλήρως τους κανόνες υγιεινής που πρέπει να διέπουν τη ζωή τους για να προασπίζεται η υγεία τους.

Εξίσου σημαντικό μέλημα από την πλευρά του νοσηλευτή, είναι η αυξημένη παρατηρητικότητα που πρέπει να τον διακατέχει σε ότι αφορά τα φάρμακα που χειρίζεται. Η ασφαλής αποθήκευση και διατήρηση των φαρμάκων πρέπει να απασχολεί όλους τους επαγγελματίες υγείας με τους οποίους έρχεται σε επαφή ένα εξαρτημένο από εθιστικές ουσίες άτομο. Για την σωστή διασφάλιση των φαρμάκων η συνεχής αφύπνιση των νοσηλευτών είναι πρωταρχικής σημασίας διότι έτσι προστατεύεται και φρουρείται κατά ένα μεγάλο βαθμό η υγεία των ατόμων μέσα στις

θεραπευτικές κοινότητες. Επιπλέον, όσον αφορά το μέρος των φαρμάκων ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να παρεμβαίνει στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής του κάθε ατόμου και να φροντίζει για τη σωστή λήψη της. Η λανθασμένη λήψη, οι περικοπές ή ακόμα χειρότερα η διακοπή της λήψης των φαρμάκων που πρέπει να δίνονται μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπές και σε οξεία επεισόδια κρίσεων (Κουμούλα, Σκλάβου, 2013).

Επιβάλλεται επομένως τόσο η δέσμευση του ατόμου ότι θα λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή, όπως αυτή έχει οριστεί όσο και η συνεχής παρακολούθηση για την σωστή εφαρμογή της και η επαγρύπνηση τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών και φαρμάκων.

Μέσα στα πλαίσια του χώρου θεραπείας και φροντίδας του ασθενούς υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν κριτικά και με δραστικό τρόπο την ενεργητικότητα / παθητικότητα, την καθοδήγηση / συνεργασία και την αμοιβαία συμμετοχή του ατόμου στην θεραπευτική διαδικασία. Η δράση του κοινοτικού νοσηλευτή σε αυτή την περίπτωση έγκειται αρχικά στο να προσπαθήσει να ανακαλύψει το σύνολο των δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν το άτομο. Έπειτα ο κοινοτικός νοσηλευτής θα παρέμβει στο να καλλιεργήσει και να αναπτύξει τις δεξιότητες αυτές, δίνοντας πάντα μεγάλη σημασία στις προτεραιότητες που θέτει κάθε φορά ο χρήστης και που μεταβάλλονται διαρκώς ανάλογα με την βελτίωση ή την επιδείνωση της κατάστασής του.

Η ενίσχυση και βελτίωση των δεξιοτήτων του εθισμένου ατόμου θα βελτιώσουν την γενική λειτουργική του κατάσταση, θα θέσουν τις κατάλληλες ισορροπίες και θα βοηθήσουν τελικά μέσα από τις απλές καθημερινές δραστηριότητες, όπως διαχείριση χρημάτων, ατομική φροντίδα, διατροφή, διαβίωση, την ανεξαρτητοποίησή του. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι ο κατεξοχήν συμπαραστάτης του ατόμου

σε αυτήν την δύσκολη προσπάθεια που κάνει, αλλά δεν θα μπορούσε να πετύχει ποτέ μια τέτοια δύσκολη σειρά πραγμάτων από μόνος του. Η συναισθηματική υποστήριξη μέσα από την παρουσία συγγενών, φίλων και άλλων ειδικών της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας αναμφίβολα ανακουφίζουν και εμπυχώνουν το άτομο και σε αυτήν την σύνδεση των σχέσεων, οφείλει να παρεμβαίνει ο κοινοτικός νοσηλευτής. Η ηθική συμπαράσταση του ατόμου και η τόνωση της αυτοεκτίμησης του είναι πολύτιμο να έρθει κυρίως από οικεία για αυτόν άτομα, άτομα που γνωρίζει και που εμπιστεύεται για να του δώσουν και αυτά την ευκαιρία να προσπαθήσει και να νικήσει σε αυτό τον δύσκολο αγώνα της ανεξαρτητοποίησης του από μια εθιστική ουσία (Κουμούλα, Σκλάβου, 2013).

Ο αγώνας αυτός είναι σκληρός και επίπονος, για αυτό το λόγο οποιαδήποτε θετική προσπάθεια γίνεται από την πλευρά του ατόμου είναι πολύ βασικό να επιβραβεύεται. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή έχουν σαν άξονα την επιβράβευση του «αγωνιστή», διότι μόνο έτσι θα μπορέσει να έχει αποτέλεσμα η θεραπευτική διαδικασία. Μέσα στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας επομένως πρέπει να γίνεται παραχώρηση ευθυνών και πρωτοβουλιών στο άτομο για να κερδίζεται ολοένα και περισσότερο η εμπιστοσύνη του. Σίγουρα θα υπάρχουν και στιγμές αποτυχίας, αλλά ο κοινοτικός νοσηλευτής μέσα από την εμπειρία του δεν πρέπει να αφήσει να καταβληθεί το άτομο αλλά να γίνει ακόμα πιο δυνατό.

Η ανοικτή συζήτηση, η ανάληψη της πρωτοβουλίας για την οργάνωση ενός περιπάτου με το άτομο, η ανάληψη ευθύνης για την οργάνωση εξόδων στο πλαίσιο της κοινωνικοποίησης και της εξοικείωσής του με το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον χωρίς να νιώθει ότι εκτίθεται, είναι κάτι που το έχει πραγματικά ανάγκη. Όσο θα υπάρχει αυτή η υποστηρικτική σχέση θα αρχίσει να επανακτάται ευκολότερα

η προσαρμοστικότητα, καθώς θα κατανοήσει τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν με την εξάρτηση και θα είναι πια έτοιμος να σκεφτεί μαζί του δημιουργικές λύσεις.

4.2.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των σωματικών νοσημάτων μέσα σε μια θεραπευτική κοινότητα

Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών που εισέρχεται στα προγράμματα απεξάρτησης από εθιστικές ουσίες παρουσιάζει συμπτώματα ψυχοκινητικής ανησυχίας και αϋπνίας που είναι άλλωστε και χαρακτηριστικά του συνδρόμου στέρησης από εθιστικές ουσίες. Τα στερητικά συμπτώματα υποχωρούν με αποχή ημερών από τη χρήση της ουσίας ενώ ηπιότερου τύπου συμπτωματολογία, ένα μείγμα από σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές, παραμένει για αρκετές εβδομάδες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών έχει προβλήματα υγείας που προήλθαν από τη χρήση και προϋπήρχαν πριν εισέλθουν στη θεραπευτική κοινότητα. Νεοδημιουργηθέντα προβλήματα παρουσιάζονται εξαιτίας της αποχής τους από τις εθιστικές ουσίες, από τη στιγμή που ο οργανισμός άρχισε να καθαρίζει από τις τοξίνες. Στην πρώτη κατηγορία νοσημάτων ανήκουν το AIDS, οι ηπατίτιδες, οι θρομβοφλεβίτιδες, οι πνευμονικές λοιμώξεις, επιληπτικές κρίσεις σαν αποτέλεσμα της κατάχρησης, οι παθήσεις της στοματικής κοιλότητας, τα γαστρικά έλκη, τα οιδήματα και τα αποστήματα.

Οι πάσχοντες από ηπατίτιδα Β και C έχουν προβλήματα με το ήπαρ και με το αμυντικό σύστημα του οργανισμού τους ενώ εξαιτίας της χρήσης ουσιών και φαρμάκων παρουσιάζονται συχνά σε μέλη της θεραπευτικής κοινότητας συμπτώματα φαρμακευτικής ηπατίτιδας. Σε ανάλογα ιστορικά με τη βοήθεια του νοσηλευτή γίνεται ηλεκτροεγκεφαλικός έλεγχος και όλες οι απαραίτητες αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις (Paratheodoridis et al., 2014).

Στις περιπτώσεις θρομβοφλεβίτιδας δίνονται οι κατάλληλες αλοιφές για επανάληψη καθώς και οδηγίες για περπάτημα, ξεκούραση και ανάλογη γυμναστική. Επιπλέον ο νοσηλευτής παρεμβαίνει καθοδηγώντας το μέλος να ανυψώνει τα σκέλη όταν βρίσκεται ξαπλωμένο και να χρησιμοποιεί ελαστικές περικνημίδες (κάλτσες) όταν βρίσκεται όρθιο.

Σε ότι έχει να κάνει με νοσήματα του πεπτικού που είναι συνηθισμένα λόγω της χρήσης αλκοόλ, της κακής διατροφής το άγχος και τα άτακτα γεύματα, ο κοινοτικός νοσηλευτής βοηθάει το μέλος της κοινότητας να τηρεί μία ισορροπημένη διατροφή, συνιστώντας του μικρά συχνά γεύματα, χορηγώντας του αντιόξινα φάρμακα και επιβλέποντας ανελλιπώς τη διαίτά του (Κουμούλα, Σκλάβου, 2013).

Μία επιπλέον σημαντική κατηγορία προβλημάτων που έχουν να αντιμετωπίσουν οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι αυτή που σχετίζεται με τη στοματική υγιεινή. Εξαιτίας της χρήσης εθιστικών ουσιών δημιουργείται στα δόντια χημική απασβέστωση (τερηδόνα) οφειλόμενη στη δράση ορισμένων οξεοπαραγωγών μικροβίων που αναπτύχθηκαν στο στόμα. Δίνεται επομένως έμφαση σε ότι αφορά τη στοματική υγιεινή μέσα από σειρά τακτικών προγραμματισμένων συνεδριών σε οδοντογιατρό κάτι που είναι αποκλειστικό μέλημα το νοσηλευτικού προσωπικού. Ακόμη δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες για σωστό διαιτολόγιο με σωστές ποσότητες ιόντων και βιταμινών, αποφυγή των γλυκισμάτων, σωστή περιποίηση και βούρτσισμα μετά από κάθε γεύμα.

Στη δεύτερη κατηγορία νοσημάτων ανήκουν όλα εκείνα τα νοσήματα που προϋπήρχαν βέβαια, αλλά που άρχισαν να εμφανίζουν έντονα τα συμπτώματά τους στα μέλη από τη στιγμή που σταμάτησαν την χρήση ουσιών. Τότε πια το αμυντικό σύστημα του οργανισμού εμφάνισε τις αδυναμίες του και το άτομο άρχισε να ενδιαφέρεται για τη σωματική του υγεία και την εξωτερική του εμφάνιση. Μυαλγίες,

κράμπες και ημικρανίες συναντώνται αρκετά συχνά στα άτομα που σταμάτησαν τη χρήση τοξικών ουσιών. Ο κοινοτικός νοσηλευτής παρεμβαίνει κυρίως με τρόπους και μεθόδους μείωσης των συμπτωμάτων του stress. Χορηγεί δηλαδή αναλγητικά, συνιστά ανάπαυση και προσπαθεί με κάθε εφικτό τρόπο να περιορίσει τον πόνο.

Παρουσιάζονται επίσης αρκετές περιπτώσεις δερματοπάθειας οι οποίες χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής για τον περιορισμό της εξάπλωσής τους και την πλήρη εξαφάνισή τους. Με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, εφαρμόζεται αυστηρή καθαριότητα, γίνεται βρασμός των κλινοσεπασμάτων καθώς και ο κλιβανισμός τους και χρησιμοποιούνται ειδικά φαρμακευτικά σκευάσματα (Σαρρής, 2001).

4.2.2. Οι θεραπευτικές κοινότητες στη δευτεροβάθμια πρόληψη

Οι θεραπευτικές κοινότητες, είναι πολύ καλά οργανωμένα προγράμματα αντιμετώπισης στα οποία οι ασθενείς διαμένουν σε οικιστικές μονάδες από 6 έως 12 μήνες. Οι ασθενείς που συμμετέχουν, είναι αυτοί που έχουν ένα σχετικά μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης από εθιστικές ουσίες ή έχουν εμπλακεί σε εγκληματικές δραστηριότητες λόγω της χρήσης τους ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία τους στην κοινωνία.

Ο στόχος στις θεραπευτικές κοινότητες, είναι η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία χωρίς να υπάρχει εξάρτηση και σχέση με παράνομες ή εγκληματικές δραστηριότητες.

Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα σε θεραπευτικές κοινότητες, βασίζονται σε εμπειρίες που έχουν αποκτηθεί από προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν μια περίοδο 3 έως 6 εβδομάδων θεραπείας επί εσωτερικής βάσης. Στη συνέχεια ακολουθεί θεραπεία επί εξωτερικής βάσης με συμμετοχή σε συμβουλευτικά προγράμματα στήριξης ή ομάδες αλληλοβοήθειας.

Τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης με χορήγηση φαρμάκων στις φυλακές, μπορούν να βοηθούν τους κρατούμενους να απαλλάσσονται από την εγκληματική συμπεριφορά. Αυτό επιτυγχάνεται ιδιαίτερα όταν μετά την αποφυλάκιση, η αγωγή απεξάρτησης συνεχίζεται με προγράμματα θεραπευτικής κοινότητας, συμβουλευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής στήριξης. Η χρήση εθιστικών ουσιών έχει τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα στο χρήστη, στην οικογένειά του και στην κοινωνία. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να λάβουν θεραπεία η οποία να είναι προσαρμοσμένη στις δικές τους ιδιαίτερες ανάγκες. Η θεραπευτική αγωγή, τους επιτρέπει να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα τους και να μπορούν να έχουν μια κανονική και παραγωγική ζωή. Οι συμπεριφορικές θεραπείες περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών, ψυχοθεραπεία, ομάδες αλληλοβοήθειας και οικογενειακή θεραπεία.

Τα φάρμακα βοηθούν στην καταστολή του συνδρόμου στέρησης, της ακατάσχετης επιθυμίας λήψης αλκοόλ και στην εξουδετέρωση των δράσεων του αλκοόλ στον οργανισμό (Κουμούλα, Σκλάβου, 2013).

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι όσο περισσότερη θεραπεία δίνεται, τόσο καλύτερα τα αποτελέσματα. Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία για περισσότερο από 3 μήνες, έχουν συνήθως καλύτερα αποτελέσματα και εξέλιξη σε σύγκριση με αυτούς που λαμβάνουν θεραπεία για μικρότερο χρονικό διάστημα. Πολλοί ασθενείς, εκτός από τις θεραπείες απεξάρτησης, χρειάζονται και άλλη φροντίδα από υπηρεσίες σωματικής και ψυχικής υγείας.

Οι έρευνες κατά τα τελευταία 25 χρόνια, έδειξαν ότι η θεραπευτική αγωγή πετυχαίνει την απεξάρτηση από τις εθιστικές ουσίες και μειώνει την εγκληματικότητα που παρουσιάζεται σε εθισμένους στο αλκοόλ. Επίσης οι χρήστες που έλαβαν θεραπείες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρουν μια δουλειά.

4.2.3. Τα θεραπευτικά προγράμματα για απεξάρτηση από εθιστικές ουσίες

Ο απώτερος στόχος όλων των προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης, είναι η επίτευξη διαρκούς αποχής από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι άμεσοι στόχοι περιλαμβάνουν τη μείωση της χρήσης των εθιστικών ουσιών, τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, την ελαχιστοποίηση των ιατρικών επιπλοκών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ.

4.3. Τριτοβάθμια πρόληψη

Οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της σύγχρονης προσέγγισης, έχουν αναθεωρήσει τις θεραπευτικές μεθόδους τους και άρχισαν να προωθούν τη συγκρότηση διεπαγγελματικών ομάδων, όπου ο κάθε επαγγελματίας προσφέρει τις γνώσεις και την εμπειρία του και έχει την κοινή ευθύνη για την περίθαλψη και αποκατάσταση του ασθενούς. Παράλληλα ο ασθενής αναγνωρίζεται ως μια ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα μέσα στο περιβάλλον του, την συμπεριφορά του, τα προβλήματά του και τις δυνατότητές του και όχι ως μια ψυχιατρική και προβληματική ύπαρξη που πρέπει άλλοι να την χειρίζονται.

Ο θεσμός των θεραπευτικών διεπιστημονικών ομάδων, που άρχισαν να σχηματίζονται τα τελευταία χρόνια συνέβαλε σε πολύ καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και στην καλύτερη συνεργασία μεταξύ των λειτουργών των διάφορων επαγγελμάτων και μεταξύ προσωπικού και ασθενούς.

Η φαρμακοθεραπεία εξακολουθεί να είναι βασικό στοιχείο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Μέσα στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου έχει υιοθετηθεί η άποψη ότι τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με το συνδυασμό φαρμάκων-ψυχοθεραπευτικής αγωγής και παρεμβάσεων στο οικογενειακό κοινωνικό περιβάλλον (Παπαγεωργίου–Βασιλοπούλου, 2005).

Στα πλαίσια των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, δημιουργήθηκε το 1977 ο πυρήνας της κοινοτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής υπηρεσίας, η οποία συνεχώς αναβαθμίζεται και επεκτείνεται. Το δίκτυο της υπηρεσίας αυτής καλύπτει σήμερα σχεδόν όλες τις περιοχές της Ελλάδας και της Κύπρου.

Οι παρεμβάσεις και η εν γένει φροντίδα παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία, σε συμβουλευτικά κέντρα και κυρίως με κατ' οίκον επισκέψεις. Το δίκτυο εξωτερικών ιατρείων επεκτείνεται και αναβαθμίζεται συνεχώς, αφενός για να καταστεί δυνατή η εύκολη και έγκαιρη πρόσβαση των ψυχικά ασθενών σ' αυτά και αφετέρου για να διευκολύνεται η παροχή ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας και να μειωθεί η ανάγκη για νοσοκομειακή φροντίδα. Δεν είναι μόνο η παρακολούθηση ασθενών κατά τις ημέρες λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων που δίνει το στίγμα της παροχής υπηρεσίας, αλλά και η συνέχεια αυτής της παρακολούθησης με τη σύνδεση των ασθενών με τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας και την κοινοτική νοσηλευτική και την ευκολία επικοινωνίας τους με αυτά τα κέντρα.

Τα εξωτερικά ιατρεία και η Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική είναι οι κύριοι άξονες πρόσβασης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας προς την κοινότητα και της δικτύωσής τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Οι κυριότερες δραστηριότητες των λειτουργών Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι:

- § Σταθερή και συνεχής παρακολούθηση και στήριξη των ασθενών στον τόπο διαμονής και εργασίας με επακόλουθο την αποτροπή της υποτροπής της ψυχικής τους κατάστασης και επανεισδοχής τους σε νοσοκομειακές δομές.
- § Παρακολούθηση και άλλων ασθενών για λίγους μήνες με παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού κυρίως τύπου και στήριξης.

- § Ψυχοεκπαίδευση ασθενών και των οικογενειών τους ως και άλλων παροχέων φροντίδας σε θέματα σχετιζόμενα με τη νόσο, τη φαρμακευτική αγωγή, το χειρισμό επίλυσης προβλημάτων.
- § Υποστηρικτική – συμβουλευτική καθοδήγηση ασθενών.
- § Διαφώτιση του κοινού σε θέματα πρόληψης του αλκοολισμού.
- § Ενημέρωση, καθοδήγηση και συμβουλευτική μέσω της τηλεφωνικής γραμμής των κοινοτικών κέντρων.
- § Συνεργασία με άλλους λειτουργούς υγείας (και κυρίως την ομάδα της ΠΦΥ), κοινοτικές αρχές, αστυνομία, σχολεία, υπηρεσίες ευημερίας, τοπικούς παράγοντες, εκπροσώπους της Εκκλησίας, εθελοντικούς οργανισμούς.
- § Επιμόρφωση και εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής (Παπαγεωργίου–Βασιλοπούλου, 2005).

Η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (σύμφωνα με τον ορισμό του Συμβουλίου της Ευρώπης του 1958). Στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας πρόληψης, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ασχολείται με την «εκπαίδευση» του ασθενούς σε ζητήματα καθημερινής ζωής που αποτελεί το πρώτο στάδιο αποκατάστασης και τη σωστή «εκπαίδευση» των φορέων της κοινότητας, η οποία με τη σειρά της συμβάλλει με τα μέσα που διαθέτει, στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να γνωρίζει τις συνέπειες της χρονιότητας της χρήσης, ότι οδηγείται το άτομο σε σύνθετη έκπτωση, ψυχολογική, σωματική, κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική. Είναι επομένως φανερό ότι για να επιτευχθεί η αποκατάσταση και επανένταξη του ασθενούς χρειάζεται η αντιμετώπιση όλων αυτών των ζητημάτων. Η αντικειμενική καταγραφή και ο προγραμματισμός των στόχων και των παρεμβάσεων της κοινωνικής και

επαγγελματικής ένταξης του βοηθούν αδιαμφισβήτητα στη βελτίωση της γενικότερης κατάστασης του αρρώστου.

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης υλοποιείται από διεπιστημονική ομάδα τα μέλη της οποίας είναι ψυχολόγοι, νοσηλευτές, ψυχίατροι και διάφοροι επαγγελματίες με κύριο έργο τους την αποκατάσταση, όπως εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, επαγγελματικοί σύμβουλοι, εθελοντές.

Οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις κατευθύνσεις της ομάδας αποκατάστασης είναι:

- § Ο συντονισμός με άλλες υπηρεσίες
- § Η επιδίωξη αμοιβαίας ισότιμης συνεργασίας
- § Η εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος του ασθενούς
- § Η θεώρηση της σημασίας της οικογένειας και της κοινότητας ως εν δυνάμει υποστηρικτικών συστημάτων
- § Ο σχεδιασμός εναλλακτικών προτάσεων-λύσεων
- § Ο σχεδιασμός ρεαλιστικών στόχων
- § Η διακριτικότητα
- § Η συνεχής ενίσχυση κάθε προσπάθειας του ασθενούς και των θετικών στοιχείων του.
- § Η ενημέρωση και η υποστήριξη της οικογένειας, η ευαισθητοποίηση των φορέων σε θέματα τριτοβάθμιας πρόληψης (Πουλόπουλος, 2013).

Οι στόχοι είναι μακροπρόθεσμοι, βραχυπρόθεσμοι, μεσοπρόθεσμοι. Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- § Την αρχική εκτίμηση των δεξιοτήτων
- § Τον σχεδιασμό των στόχων
- § Την πραγματοποίηση των στόχων

§ Την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

§ Την τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου.

Οι βασικές αρχές που καθορίζουν την οργάνωση της φροντίδας προσδιορίζονται από τον G. Carlan ως ένα σύνολο από κατάλληλες ενέργειες και παροχές, οι οποίες προορίζονται τόσο για την θεραπεία όσο και για την αποκατάσταση των ψυχωσικών ασθενών, όπως:

§ Αποτελεσματικές υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης

§ Χορήγηση φαρμάκων και εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών

§ Στενή συνεργασία ανάμεσα στις νοσοκομειακές και στις κοινοτικές υπηρεσίες

§ Έναρξη της αποκατάστασης αμέσως μετά τη διάγνωση

§ Αντίδραση σε κάθε μορφής προκατάληψη και συνεχής επικοινωνία με τα υποστηρικτικά συστήματα της κοινότητας

§ Αποφυγή ενδονοσοκομειακής νοσηλείας

§ Συνέχιση της υπευθυνότητας των επαγγελματιών απέναντι στους ασθενείς και εκτός νοσοκομείου (Πουλόπουλος, 2013).

Η εργασιακή απασχόληση των ψυχικά ασθενών δεν είναι «πανάκεια» αλλά αποτελεί μέρος της αποκατάστασης, επειδή αυτό που ενδιαφέρει ιδιαίτερα είναι η ποιότητα της ζωής των ασθενών μέσα στην κοινωνία. Η αποκατάσταση στη ψυχιατρική είναι μια ατελείωτη αλλά απαραίτητη διαδικασία και μπορεί να περιλαμβάνει διαλείμματα (λόγω υποτροπών του ασθενούς) αλλά και αρκετές φάσεις συστηματικής και τακτικής αποκατάστασης.

Η ύπαρξη της ανεργίας σε παγκόσμιο επίπεδο επηρεάζει σοβαρά τους πάσχοντες, λόγω του αποκλεισμού που υφίστανται από την αγορά εργασίας. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο έχουν δημιουργηθεί οι κοινωνικές επιχειρήσεις συνεταιριστικού χαρακτήρα. Οι υπηρεσίες αυτές παράγουν προϊόντα για την ελεύθερη αγορά, αλλά

σε πραγματικές συνθήκες εργασίας, λαμβάνοντας υπόψη τις ικανότητες και τις δυνατότητες των εργαζομένων, οι οποίες είναι ιδιαίτερες όπως και οι ανάγκες τους.

4.3.1. Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις

Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις γίνονται μετά από αξιολόγηση και σχεδιασμό εξατομικευμένων προγραμμάτων που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κάθε ατόμου. Οι κύριοι τομείς δραστηριότητας του εργοθεραπευτή είναι:

- § Παροχή υπηρεσιών πρόληψης μέσα από προγράμματα παρέμβασης στην κοινότητα.
- § Παροχή θεραπευτικές αντιμετώπισης-συμβουλευτικής υποστήριξης.
- § Προγράμματα ομαδικής θεραπείας.
- § Παροχή υπηρεσιών στο χώρο εργασίας και στο χώρο διαμονής των ασθενών.
- § Παροχή υπηρεσιών στον τομέα της ψυχοκοινωνικής και εργασιακής αποκατάστασης.
- § Παροχή συστηματικής εκπαίδευσης φοιτητών Εργοθεραπείας (Κουμούλα, Σκλάβου, 2013).

4.3.2. Κέντρα Ημέρας

Στόχος των Κέντρων Ημέρας είναι η ψυχοκοινωνική στήριξη χρόνιων ασθενών ούτως ώστε να βελτιωθεί η προσαρμοστικότητα και η λειτουργικότητά τους στο κοινωνικό σύνολο. Η θεραπεία επί εξωτερικής βάσης, χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων, μπορεί να συμπεριλάβει διάφορα προγράμματα απεξάρτησης για ασθενείς που επισκέπτονται τις εξειδικευμένες κλινικές κατά τακτικά χρονικά διαστήματα. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν ατομική ή συλλογική συμβουλευτική αγωγή και στήριξη. Οι ασθενείς που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά, είναι αλκοολικοί ή

χρήστες ναρκωτικών ουσιών για τους οποίους δεν συστήνεται θεραπεία συντήρησης. Οι τελευταίοι είναι χρήστες που έχουν μια σταθερή, καλά οργανωμένη και ενταγμένη στην κοινωνία ζωή με ιστορικό εξάρτησης σε ναρκωτικά που είναι μικρής χρονικής διάρκειας.

4.3.3. Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.Ε.Ρ.Α.)

Λειτουργεί με συνεταιριστική μορφή, με κύριους συντελεστές τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και το Σύνδεσμο Προστασίας Ψυχικής Υγείας. Αποστολή της μονάδας είναι η επανένταξη στην αγορά εργασίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

4.3.4. Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών

Οι μονάδες αυτές είναι εξωνοσοκομειακές δομές που στόχο έχουν την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής επανένταξης ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας, τοξικομανίας και αλκοολισμού. Προσφέρουν ευκαιρίες επαγγελματικής κατάρτισης και εργοδότησης ή όπου αυτό δεν είναι δυνατό, προάγουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτομέριμνας, απασχόλησης και κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι δομές αυτές είναι αποτέλεσμα συνεργασίας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, οι οποίες έχουν την επιστημονική ευθύνη όπως είναι:

- § Συμβουλευτικά Κέντρα
- § Κινητές μονάδες
- § Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.Ε.Ρ.Α.)
- § Τμήμα παιδικής και εφηβικής ψυχιατρικής
- § Κέντρα Ημέρας για παιδιά και εφήβους
- § Κέντρα πρόληψης και συμβουλευτικής στον τομέα των τοξικοεξαρτήσεων
- § Συμβουλευτικά κέντρα

- § Ψυχιατρική κλινική
- § Μονάδα απεξάρτησης
- § Κοινωνική ψυχιατρική Νοσηλευτική (Τερζίδου, 2013).

4.4. Νοσηλευτική Διεργασία Αλκοολικού Ασθενή

Ο κύριος Γ.Φ. είναι 42 ετών, αλκοολικός εδώ και 8 χρόνια. Ξεκίνησε να πίνει όταν έχασε τη γυναίκα του μετά από ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα και στη συνέχεια έχασε και τη δουλειά του. Δεν έχει παιδιά κι έτσι ένιωσε ότι έμεινε εντελώς μόνος, χωρίς κάποιον να στηριχτεί πάνω του, κάποιον να έχει να φροντίζει, όπως μας είπε ο ίδιος. Ξεκίνησε να πίνει όταν έχασε την γυναίκα του από το πρωί στη δουλειά του και αυτός ήταν ένας πολύ βασικός λόγος που τον απέλυσαν. Στη συνέχεια κλείστηκε στο σπίτι του, χωρίς να έχει κανένα ενδιαφέρον, πίνοντας πρωί και βράδυ. «Έτσι, έπιασα πάτο. Δεν μου είχε απομείνει τίποτα και ήμουν όλη μέρα σπίτι πίνοντας και πολλές φορές σπάζοντας ό,τι έβρισκα γύρω μου. Ζητιάνευα για να βρω χρήματα να πάρω ποτό. Έφτασα να κλέβω. Είχα χάσει πλέον τον έλεγχο, το μυαλό μου. Ή θα έκανα κάτι για αυτό ή θα πέθαινα».

Όταν μας επισκέφτηκε για πρώτη φορά, παραδέχτηκε κατευθείαν ότι είναι αλκοολικός. Νοσηλεύτηκε για 20 ημέρες περίπου. Σε αυτό το διάστημα, αξιολογήθηκε από γιατρούς και ψυχολόγους προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα ιατρικά θέματα που είχαν προκύψει από την κατανάλωση αλκοόλ, όπως επίσης και οι ψυχολογικές διαστάσεις της εξάρτησής του για να μπορέσουμε να τον βοηθήσουμε. Αναζητήθηκαν οι συγγενείς του, όπου τελικά βρέθηκε η αδελφή του, η οποία ενημερώθηκε για την κατάσταση του ασθενούς. Η ίδια παραδέχτηκε ότι ενώ γνώριζε το πρόβλημά του και είχαν τσακωθεί άσχημα πολλές φορές για αυτό το λόγο, τον είχε παρατήσει θεωρώντας ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτα. Της ζητήσαμε να μας βοηθήσει στην ψυχολογική του στήριξη, κάνοντάς τον να καταλάβει ότι τον αγαπάει και θα είναι

δίπλα του για να τον βοηθήσει. Της ζητήσαμε, όσο και να ζητήσει ο Γ.Φ. να του φέρει αλκοόλ, να μην ενδώσει και να του αρνηθεί. Της έγινε σαφές, όπως εξάλλου και στον ίδιο τον ασθενή, ότι δεν θα πρέπει να υπάρξει καμία επαφή με αλκοόλ.

Παρατηρήθηκαν συμπτώματα στέρησης (τρεμούλιασμα χεριών, ταχυκαρδία, αϋπνία, πονοκέφαλος, άγχος, αδυναμία συγκέντρωσης). Τις τρεις πρώτες ημέρες του χορηγήθηκαν βενζοδιαζεπίνες (Librium) και παυσίπονα για να απαλυνθούν τα συμπτώματα και να αποφευχθούν οι επιπλοκές από τη στέρηση. Τις δύο πρώτες ημέρες του χορηγήθηκαν επίσης υγρά ενδοφλέβια μαζί με κάποια απαραίτητα άλατα και σάκχαρα.

Η συναντήσεις του με ψυχολόγο ήταν σε καθημερινή βάση. Διεγνώσθη κατάθλιψη, η οποία ήταν και η γενεσιουργός αιτία του προβλήματος αλκοολισμού. Έτσι, οι συνεδρίες με τον ψυχολόγο συνεχίστηκαν και μετά την έξοδο του Γ.Φ. από το θεραπευτικό κέντρο.

Ο ρόλος μας, ως κοινοτικοί νοσηλευτές, ήταν αρχικά η σωματική υγιεινή του ασθενούς. Η προσπάθεια έναρξης της αυτοφροντίδας είναι τεράστιας σημασίας, δεδομένου ότι το άτομο συνήθως, εξαρτημένο από το αλκοόλ έχει παγιδευτεί στον εθισμό του και δεν ενδιαφέρεται για οτιδήποτε άλλο. Η σωματική καθαριότητα και η στοματική υγιεινή ήταν πρωτίστης σημασίας ζητήματα για εμάς. Σημαντικό μέλημα, επίσης, ήταν η ασφαλής αποθήκευση και διατήρηση των φαρμάκων, καθώς και η λήψη της σωστής δοσολογίας στα απαιτούμενα διαστήματα. Εξηγήσαμε στον Γ.Φ. και την αδελφή του για την ανάγκη της σωστής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και για την επαγρύπνηση τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών και φαρμάκων.

Η συναισθηματική υποστήριξη από τον νοσηλευτή, της ομάδας επαγγελματιών υγείας, τους συγγενείς και τους φίλους βοηθούν και εμπυχώνουν το άτομο. Η τόνωση

της αυτοπεποίθησής του είναι ένα πολύτιμο εργαλείο καθώς έτσι μαθαίνει να εμπιστεύεται τον εαυτό του σε αυτό τον δύσκολο αγώνα που έχει να κάνει.

Γενικότερα, ο κοινοτικός νοσηλευτικής είναι ο κύριος συμπαραστάτης του ασθενούς σε αυτή την τεράστια προσπάθεια που καταβάλλει, αλλά δεν θα μπορούσε ποτέ να πετύχει από μόνος του, χωρίς την αποφασιστικότητα και τη συνεργασία του ασθενούς. Γι' αυτό το λόγο, θα πρέπει μέσα στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας να γίνεται παραχώρηση ευθυνών και πρωτοβουλιών στον ασθενή για να κερδίζει ολοένα και περισσότερο την εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Σε αυτό τον αγώνα, σημαντική είναι η επιβράβευση σε κάθε μικρό βήμα που πετυχαίνει ο ασθενής. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να επιβραβεύει τον ασθενή, γιατί μόνο έτσι θα έχει θετικά και μακροχρόνια αποτελέσματα η θεραπευτική διαδικασία. Η προσπάθειά μας εστιάστηκε σε αυτό το γεγονός και στις στιγμές αποτυχίας του, αφού το άτομο δεν πρέπει να καταβληθεί αλλά να βγει ακόμα πιο δυνατό μέσα από αυτή τη δοκιμασία.

Η ανοικτή συζήτηση, η ανάληψη της πρωτοβουλίας για την οργάνωση ενός περιπάτου με τον ασθενή, η ανάληψη ευθύνης για την οργάνωση εξόδων στο πλαίσιο της κοινωνικοποίησης και της εξοικείωσής του με το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, χωρίς να νιώθει ότι εκτίθεται είναι κάτι που το έχει πραγματικά ανάγκη. Όσο θα υπάρχει αυτή η υποστηρικτική σχέση θα αρχίσει να επανακτάται ευκολότερα η προσαρμοστικότητα, καθώς θα κατανοήσει τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν με την εξάρτηση και θα είναι πια έτοιμος να σκεφτεί μαζί του δημιουργικές λύσεις (Παπαγεωργίου, Βασιλοπούλου, 2005).

Έγινε παρέμβαση καθοδηγώντας τον Γ.Φ. να ανυψώνει τα σκέλη όταν βρισκόταν ξαπλωμένος και να χρησιμοποιεί ελαστικές περικνημίδες (κάλτσες) όταν ήταν όρθιος. Επειδή λόγω της χρήσης αλκοόλ, της κακής διατροφής, του άγχους και των άτακτων γευμάτων υπήρξε πεπτικά προβλήματα, έγινε παρέμβαση προκειμένου

ο Γ.Φ. να τηρεί μια ισορροπημένη διατροφή, παρέχοντάς του συχνά γεύματα, χορηγώντας του αντιόξινα φάρμακα και επιβλέποντας ανελλιπώς τη δίαιτά του.

Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη στοματική υγιεινή, λόγω της χημικής απασβέστωσης στα δόντια η οποία είναι αρκετά συχνή σε άτομα με προβλήματα από το αλκοόλ. Έτσι, πραγματοποιήθηκαν μια σειρά τακτικών προγραμματισμένων συνεδριών σε οδοντίατρο και επιβλέψαμε ώστε να γίνει σωστή περιποίηση και βούρτσισμα μετά από κάθε γεύμα. Επίσης, προσπαθήσαμε να μειώσουμε τα συμπτώματα των ημικρανιών και των μυαλιών σε συνεργασία με τους επιβλέποντες ιατρούς, χορηγώντας αναλγητικά και φροντίζοντας για την ανάπαυση του Γ.Φ. Τέλος, φροντίσαμε για την αυστηρή καθαριότητα των κλινοσκεπασμάτων του ασθενούς.

Η έκβαση ήταν θετική, αφού ο ίδιος ο Γ.Φ. ήθελε να ξεφύγει από όλη αυτή την κατάσταση και να επανέλθει στην φυσιολογική του ζωή, όπως ήταν πρώτα. Η συνεργασία του ήταν μεγάλη, κάτι που έπαιξε τον πιο καθοριστικό ρόλο. Η αδελφή του επέδειξε, επίσης, μεγάλη υπομονή και συνεργάστηκε μαζί μας, αλλά και όταν ο ασθενής έφυγε από το κέντρο, όπου είναι ακόμη κοντά του και τον στηρίζει.

Επίλογος

Το αλκοόλ είναι μια ψυχοδραστική ουσία με εξαρτησιογόνες ιδιότητες που χρησιμοποιείται ευρέως σε πολλές κουλτούρες εδώ και αιώνες. Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ προκαλεί πολλές αρρώστιες και κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση στις κοινωνίες.

Τα άτομα που καταλήγουν σε χρόνια χρήση και βαριάς μορφής εξάρτηση από το αλκοόλ φαίνεται να περνούν από τρία στάδια. Στο Α' στάδιο αλκοολισμού η εξάρτηση από το αλκοόλ συνήθως συμβαίνει με την καθημερινή λήψη μικρών ποσοτήτων και η συμπεριφορά αυτή μπορεί να διαρκέσει για μεγάλα διαστήματα, να διακόπτεται και έπειτα να επαναλαμβάνεται από την αρχή. Στο Β' στάδιο, ο εθισμός είναι εμφανής και το αλκοόλ γίνεται τρόπος ζωής για το άτομο. Το Γ' στάδιο είναι το ίδιο με το Β' σε γενικά πλαίσια, αλλά η μορφή εξάρτησης είναι αρκετά πιο βαριά. Έτσι δημιουργείται ένας κύκλος εξάρτησης που ξεκινάει από τη στιγμή που το άτομο αναγνωρίζει ότι έχει πρόβλημα με την ουσία που χρησιμοποιεί, ότι έχει εξαρτηθεί, αλλά αδιαφορεί για την κατάσταση που επικρατεί και συνεχίζει την χρήση/κατάχρηση της ουσίας. Έπειτα επέρχεται ο προβληματισμός του ατόμου για την κατάσταση στην οποία τον έχει οδηγήσει η χρήση των ουσιών. Στη συνέχεια έρχεται η απόφαση να διακόψει τη χρήση ουσιών με την βοήθεια ειδικών και ακολουθεί η φάση της δράσης. Τελευταία, όμως, και καταλυτικής σημασίας φάση είναι αυτή της διατήρησης των όσων έχει πετύχει μέχρι τώρα με την απεξάρτησή του.

Ο αλκοολισμός, όπως και η κατάχρηση ουσιών γενικότερα, είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο με τεράστιες διαστάσεις στην ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου. Όμως, λαμβάνει και κοινωνικές διαστάσεις, αφού επηρεάζει όλους τους ανθρώπους που εμπλέκονται με τον αλκοολικό ασθενή, δημιουργώντας τεράστια προβλήματα

όπως οικονομικά προβλήματα, κοινωνική απομόνωση και πολλά άλλα. Η ενημέρωση που παρέχεται στους πολίτες για τον αλκοολισμό και τις επιπτώσεις του είναι υποτυπώδης, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα να διαιωνίζεται το πρόβλημα, αφού πολλές οικογένειες δεν το θεωρούν καν πρόβλημα, αλλά κάτι που αυξάνει τον ανδρισμό και την κοινωνικοποίηση των ανθρώπων.

Επιπλέον, η σύγχρονη πραγματικότητα που διακατέχεται από έντονο άγχος, ταχύτατους ρυθμούς, σε συνδυασμό με προσωπικά, οικονομικά ή επαγγελματικά προβλήματα, ωθούν τους ανθρώπους να ψάχνουν τρόπους διαφυγής από την πραγματικότητα αυτή μέσα από την χρήση ποικίλων ουσιών που μπορεί, όπως το οινόπνευμα, να είναι νόμιμα. Γίνεται αντιληπτό ότι ο αλκοολισμός είναι ένα πολυσύνθετο πρόβλημα, με πάρα πολλές αιτίες και τεράστιες διαστάσεις. Η μακροχρόνια χρήση του οινοπνεύματος μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές σωματικές βλάβες και μακροπρόθεσμα σε διαταραχές της συμπεριφοράς. Από τις πιο σύνηθεις σωματικές βλάβες είναι η κίρρωση του ήπατος, η οποία μπορεί να αποβεί μοιραία για την ζωή του πάσχοντα, ενώ στις διαταραχές της συμπεριφοράς εντάσσεται η απομάκρυνση από τον κοινωνικό περίγυρο, η απομόνωση, η έλλειψη διάθεσης για ζωή, καταλήγοντας ακόμη και σε έναν τρόπο ζωής που κυριαρχείται απόλυτα από το αλκοόλ.

Η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση ενός τέτοιου προβλήματος είναι η αποτροπή της γέννησής του, καταστρώνοντας την πρόληψη ιδιαίτερα πολύτιμο εργαλείο. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και η ίδια η Πολιτεία, δεδομένης της συνεχόμενα αυξανόμενης κατανάλωσης αλκοόλ, θα πρέπει να εστιάσουν στην πρόληψη.

Ενδεικτικά θα πρέπει να ληφθούν δραστικά μέτρα πρόληψης, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν:

1. Θέσπιση ενημερωτικών προγραμμάτων και εκδηλώσεων για την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου, τόσο των ενηλίκων όσο και των παιδιών, σχετικά με την επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ και τις επιπτώσεις της στην υγεία.
2. Αυστηρές κυρώσεις για την οδήγηση υπό την επήρεια οινοπνεύματος.
3. Ελεγχόμενη πώληση αλκοόλ, με καθορισμό κατώτατων ορίων ηλικίας για την αγορά αλκοόλ, καθώς και αύξηση της φορολογίας των αλκοολούχων ποτών, με σκοπό την αύξηση της τιμής του. Έτσι, θα εξοικονομηθούν χρήματα και για την χρηματοδότηση των εκστρατειών πρόληψης.
4. Απαγόρευση της διαφήμισης αλκοολούχων ποτών στα Μ.Μ.Ε. ή τουλάχιστον περιορισμός των διαφημίσεων που στοχεύουν σε νεαρούς καταναλωτές.
5. Δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων νοσηλείας αλκοολικών, έτσι ώστε να μπορούν να ακολουθήσουν εξειδικευμένη θεραπεία για εκείνους και διακοπή της νοσηλείας των αλκοολικών σε ψυχιατρικές μονάδες.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία:

- Αγγέλου, Μ. (2001), Η σχέση ανάμεσα στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός νέου και την χρήση ουσιών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*. 76: 51-55.
- Αλυσσανδράκης Κ. (2002), *Άνθρωπος και Αλκοόλ*. Ηράκλειο: Έκδοση Σύλλογος απεξάρτησης από το αλκοόλ «Επιστροφή».
- Δασκαλάκη Η. (1985), *Η εγκληματολογία της κοινωνικής αντίδρασης*, εκδόσεις Αντ. Ν. Σακκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Κουμούλα, Α., Σκλάβου, Κ. (2013), *Εξαρτήσεις στην Εφηβεία: Οι κίνδυνοι, η πρόληψη και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα, Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ.
- Κυριαζή Ν. (2002), *Η Κοινωνιολογική Έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ. (2007), *Αλκοολισμός - Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις*, εκδ. Βήτα, Αθήνα.
- Μούζας, Ι. και συν. (2003), *Αλκοόλ και Σχετιζόμενα με αυτό Προβλήματα. Μια διεπιστημονική Προσέγγιση*. Ηράκλειο: Έκδοση Σύλλογος απεξάρτησης από το αλκοόλ «Επιστροφή».
- Ντουράκης Σ.Π. (2010), Σύγχρονες απόψεις στη διάγνωση και τη θεραπεία της αλκοολικής ηπατίτιδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 27(5): 767-775.
- Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ. (2001), Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία, Ενωσιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3): 239-253.

- Παπαγεωργίου–Βασιλοπούλου Α. (2005), *Κοινωνική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*, εκδ. Βήτα, Αθήνα.
- Παπαναστασάτος, Γ. (2014), Προβλήματα στο πλαίσιο των πολιτικών διαχείρισης των νέων ψυχοδραστικών ουσιών σε Ελλάδα και Ευρώπη. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοιατροδικαστικής, Αθήνα, 11-14 Δεκεμβρίου 2014.
- Πουλόπουλος Χ. (2013), "Τέχνη, Ναρκωτικά και Απεξάρτηση." *Εξαρτήσεις* 1(21): 11-16.
- Σαρρής Μ. (2001), Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- Τερζίδου, Μ. (2013). Η αξιολόγηση στην πρόληψη. 9^η Πανελλήνια Συνάντηση Φορέων Πρόληψης - "Αλλάζοντας σε μια κοινωνία που αλλάζει", Πάτρα, 5-8 Ιουνίου 2013, ΕΠΙΨΥ-ΕΚΤΕΠΝ.
- Τσαγκρίση Α.Λ., Γιάμπατζης Β., Κοκκινάκης Ι., Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μ. (2010), Επιδράσεις του αλκοόλ στα συστήματα του οργανισμού, *Η Ιατρική Σήμερα*, τεύχ. 60: 35-38.
- Τσαρούχας, Κ. (2000), *Αλκοόλ ένα σκληρό Ναρκωτικό*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγκυρα.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:

- Allen M. (2002), *Emergency Psychiatry*. Washington, DC: *American Psychiatric Publishing*.
- Bates D. (2001), The prognosis of medical coma. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 71 Suppl 1: i20–23.

- Chasandra M., Tsiaousi L., Zisi V., Karatzaferi C., Theodorakis Y. (2013), Effects of Physical Activity, Smoking and Alcohol Consumption on Quality of Life of Students in Continuous Education Centers, *Inquiries in Sport & Physical Education*, 11 (3), 9-21. Ανακτήθηκε από: <http://www.pe.uth.gr/emag/index.php/inquiries/article/view/124/105>.
- Ende, G. Hermann, D. Demirakca, T. Hoerst, M. Tunc-Skarka, N. Weber-Fahr, W. Wichert, S. Rabinstein, J. Frischknecht, U. Mann, K.Vollstadt-Klein, S. (2013), Loss of Control of Alcohol Use and Severity of Alcohol Dependence in Non-Treatment-Seeking Heavy Drinkers Are Related to Lower Glutamate in Frontal White Matter. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 37(10): 1643-1649.
- Fotopoulou M (2014), "Reasons behind Greek problem drug users' decisions to quit using drugs and engage in treatment of their own volition: Sense of self and the Greek filotimo." *Addiction* 109(4): 627-634.
- Koob GF, Bloom FE (1988), Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. *Science*; 242:715–723.
- Kuntsche, E., Rossow, I., Simons-Morton, B., Bogt, T. T., Kokkevi, A., Godeau, E. (2013), "Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and north american countries." *Alcohol Clin Exp Res* 37(2): 308-314.
- Lazaratou, H., Anagnostopoulos, D. C., Vlassopoulos, M., Charbilas, D., Rotsika, V., Tsakanikos, E., Tzavara, C., Dikeos, D. (2013), "Predictors and characteristics of anxiety among adolescent students: A greek sample." *Psychiatrike* 24(1): 27-36.

- NIH, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2015), *Medication for the Treatment of Alcohol Use Disorder: A brief guide*, U.S. Department of Health and Human Services.
- Nikolaou, K., Field, M., Duka, T. (2013), "Alcohol-related cues reduce cognitive control in social drinkers." *Behav Pharmacol* 24(1): 29-36.
- Nikolaou, K., Field, M., Duka, T. (2013), "Alcohol-related cues reduce cognitive control in social drinkers." *Behav Pharmacol* 24(1): 29-36.
- Papatheodoridis, G., Tsochatzis, E., Hardtke, S., Wedemeyer, H. (2014), "Barriers to care and treatment for patients with chronic viral hepatitis in Europe: A systematic review." *Liver International Online Version*.
- Politis I., Papaioannou P., Basbas S. (2013), "Exploring the Effects of Attitudinal and Perception Characteristics of Drinking and Driving Incompliant Behaviour", *Accident Analysis and Prevention, Elsevier*, Volume 60, November, p.p. 316-323.
- Pomini, V., Gournellis, R., Kokkevi, A., Tomaras, V., Papadimitriou, G., Liappas, J. (2014), "Rejection Attitudes, Poor Parental Bonding, and Stressful Life Events in Heroin Addicts' Families". *Substance Use & Misuse*: 1-11.
- Rehm J, Shield KD et al. (2012), *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Potential gains from effective interventions for alcohol dependence*. Centre for Addiction and Mental Health, Canada.
- Robinson R., Stott R. (1988), *Επείγουσα διαγνωστική θεραπευτική*, εκδ. Λίτσας, Αθήνα.

WHO (2004), Neuroscience of psychoactive substance use and dependence,
Διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/
Neuroscience.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf) (προσπέλαση στις 20/4/2016)

WHO (2007), *WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption*, Second report, Technical Report Series, World Health Organization Geneva.

WHO (2014), Country profiles, Alcohol consumption, Health consequences, Policies and interventions. Ανακτήθηκε από:
[http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/p
rofiles/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/en/), (προσπέλαση στις 10/5/2016).