

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ»
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ & ΣΧΟΛΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**«Η αποτελεσματικότητα της εμπλοκής της οικογένειας στη
θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου από αλκοόλ».**

Επιμέλεια συγγραφής:

**Κατσουλάκη Χρυσάνθη
Κοινωνική Λειτουργός
Α.Μ.206**

**Τριμελής επιτροπή: Μουζάς Ιωάννης-Επιβλέπων
Κοκκινάκη Θεανώ
Λιονής Χρήστος**

Ρέθυμνο 2019

*«Αφιερωμένη με απέραντη ευγνωμοσύνη στους γονείς μου
και σε όλους όσους παλεύουν με την εξάρτηση».*

*Σ' αυτές τες σκοτεινές κάμαρες, που περνώ
μέρες βαριές, επάνω κάτω τριγυρνώ
για να βρω τα παράθυρα.— Όταν ανοίξει
ένα παράθυρο θα ναι παρηγοριά.—
Μα τα παράθυρα δεν βρίσκονται, ή δεν μπορώ
να τα βρω. Και καλλίτερα ίσως να μην τα βρω.
Ίσως το φως θα ναι μια νέα τυραννία.
Ποιος ξέρει τι καινούρια πράγματα θα δείξει.*

*Κ. Π. Καβάφης
«Τα Παράθυρα »*

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης δεν θα ήταν δυνατή χωρίς τη συμβολή κάποιων προσώπων προς τα οποία δράττομαι της ευκαιρίας να εκφράσω το σεβασμό και την ευγνωμοσύνη μου. Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον κύριο Μουζά Ιωάννη, Καθηγητή Γαστρεντερολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, που ήταν ο επιβλέπων καθηγητής, για την καθοδήγηση και συμπαράσταση σε κάθε στάδιο συγγραφής της παρούσας εργασίας.

Παράλληλα θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Κοκκινάκη Θεανώ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Ψυχολογίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης καθώς και τον κύριο Λιονή Χρήστο, Καθηγητή Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης, για την τιμή που μου έκαναν να συμμετάσχουν στην τριμελή επιτροπή της διπλωματικής μου εργασίας. Η συμβολή τους ήταν καθοριστική καθώς με την επιστημονική τους ματιά, τα σχόλια και τις συζητήσεις που είχα μαζί τους εμπλούτισαν την έρευνα παρέχοντας μου σημαντικά ερεθίσματα και πληροφορίες.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές του ΠΜΣ «Κλινικές Παρεμβάσεις στις Εξαρτήσεις» για το υπέροχο γνωστικό ταξίδι που μου προσέφεραν.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την «οικογένεια» της Μονάδας Συμβουλευτικής Χανίων του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη και ιδιαιτέρως τον κύριο Γαβριλάκη Γιώργο, Υπεύθυνο της Μονάδας για τη ζετή φιλοξενία στη Μονάδα ως εθελόντρια και εκπαιδευόμενη. Η ευκαιρία που μου έδωσε ήταν πράγματι μοναδική καθώς βρήκα τον χώρο και τον τόπο να εξελίξω – σε ασφαλές πλαίσιο - τις γνώσεις και την εμπειρία μου στο ζήτημα των εξαρτήσεων και της οικογενειακής υποστήριξης. Ένα τεράστιο ευχαριστώ για την ατέρμονη συμβολή του στην προσωπική μου πορεία ωρίμανσης. Οι εξυπηρετούμενοι κι εκείνος αποτέλεσαν πηγή έμπνευσης γι' αυτή την εργασία. Ένα μεγάλο ευχαριστώ επίσης θα ήθελα να εκφράσω στους Θεραπευτές της Μονάδας κυρία Ράφτη Δανάη, κύριο Φλουρή Δημήτρη, στη Νοσηλεύτρια κυρία Βενιζέλου Πηνελόπη και την κυρία Ταξειδαράκη Δέσποινα, Κοινωνιολόγο. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Σκουλά Μιχάλη, Υπεύθυνο του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ Αριάδνη για τη φιλοξενία και τον κύριο Παπαναστασάτο Γεράσιμο, Υπεύθυνο του Τομέα Έρευνας στο ΚΕΘΕΑ, για την πολύτιμη βοήθεια του.

Από το Αλκοολογικό Ιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου θα ήθελα να ευχαριστήσω το κύριο Γρινάκη Βαγγέλη Ψυχίατρο και τη κυρία Σφακιανάκη Κατερίνα, Κοινωνική Λειτουργό και Κοινωνιολόγο. Επίσης, τους κυρίους Αντώνη Πουλάκη και Μιχάλη Κοκοτάκη, εθελοντές του Συλλόγου Επιστροφή που ήταν οι άνθρωποι που-διαμεσολάβησαν ώστε να έρθω σε επαφή με τα μέλη των Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ. Χάριν της δικής τους καλής συνεργασίας και βοήθειας από την πρώτη στιγμή, αγκαλιάστηκε η προσπάθεια μου και έγινε κατορθωτή η συλλογή των πληροφοριών. Δεν μπορώ να μην αναφέρω πως σημαντικός συνεκτικός κρίκος ήταν ο καθηγητής κύριος Μουζάς, καθώς με τη δική του υποστήριξη μπόρεσα να εμπλακώ με τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το αλκοόλ και το Αλκοολογικό Ιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Συνεχίζοντας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα από το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη, τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ και το Αλκοολογικό Ιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου για το χρόνο, την πολύτιμη βοήθεια και την εμπιστοσύνη τους.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη στον κύριο Καμπαναράκη Κωνσταντίνο, Καθηγητή μου στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης. Χωρίς αυτόν τίποτα δεν θα άρχιζε. Ήταν ο άνθρωπός που με έκανε να αγαπήσω την Κοινωνική Εργασία, να ανακαλύψω τις κλίσεις μου και να αντιληφθώ την ευεργετική επίδραση της ομάδας και του «μοιράσματος». Ένας ξεχωριστός «δάσκαλος» που δεν μου μεταλαμπάδευσε απλά γνώσεις, αλλά με έκανε καλύτερο άνθρωπο.

Σημαντική ήταν η συμβολή του κυρίου Μπουτσιαράκου Θαλή, φίλου και συνάδελφου. Έχω την ανάγκη να του πω ένα μεγάλο ευχαριστώ για την επικοινωνιακή ανταλλαγή σκέψεων και ιδεών, την συναισθηματική υποστήριξη που μου προσέφερε, ιδιαίτερα στις δύσκολες στιγμές που υπήρξαν σε αυτή τη πορεία.

Τέλος, να ευχαριστήσω και να εκφράσω την αγάπη μου στην οικογένειά μου για την υποστήριξή τους σε όλη μου τη πορεία. Την πιο ουσιαστική γνώση ως προς τις οικογενειακές σχέσεις και τη σημαντικότητα τους, την απέκτησα από τα προσωπικά μου βιώματα ως κόρη. Βιώματα που με κάνουν να νιώθω πλούσια και υπερήφανη.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	3
Ευρετήριο Πινάκων	8
Ευρετήριο Σχημάτων.....	9
Περίληψη.....	10
Abstract.....	12
Εισαγωγή.....	14
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 1 ^ο Εξάρτηση και αλκοόλ.....	17
1.1.Προσεγγίζοντας την έννοια της εξάρτησης.....	18
1.2.Επιδημιολογικά δεδομένα της κατανάλωσης αλκοόλ.....	22
Κεφάλαιο 2 ^ο : Αιτιοπαθογένεια της εξάρτησης από αλκοόλ.....	27
2.1.Γενετικοί-Βιολογικοί παράγοντες.....	28
2.2.Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	29
2.3.Εξάρτηση από το αλκοόλ και συννοσηρότητα.....	32
Κεφάλαιο 3 ^ο : Συνέπειες από την Προβληματική Χρήση Αλκοόλ.....	34
3.1.Οργανικές και ψυχιατρικές συνέπειες.....	34
3.2.Κοινωνικές συνέπειες.....	36
3.3 Στατιστικά στοιχεία για τις συνέπειες από την κατανάλωση αλκοόλ.....	37
Κεφάλαιο 4 ^ο : Η οικογένεια και εξάρτηση.....	41
4.1.Ορισμός της οικογένειας.....	41
4.2..Το σύστημα οικογένεια και οι λειτουργίες του.....	43
4.3.Η ελληνική οικογένεια.....	45
4.4.Η οικογένεια ως παράγοντας της εξάρτησης.....	47
4.5.Ο ρόλος της οικογένειας στην αναγνώριση της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ.....	48
4.5. Η συμβολή της οικογένειας στη θεραπεία της εξάρτησης	50
Κεφάλαιο 5 ^ο : Προσεγγίζοντας την έννοια της θεραπείας.....	52
5.1.Ορίζοντας την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.....	52
5.2.Μέθοδοι θεραπείας.....	57
5.2.1.Φαρμακευτική θεραπεία.....	58
5.2.2.Συμβουλευτική/Ψυχοκοινωνική θεραπεία.....	59
5.2.2.1.Ατομική θεραπεία.....	59

5.2.2.2.Ομαδική θεραπεία.....	60
5.2.2.3.Οικογενειακή θεραπεία.....	60
5.2.3.Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία της εξάρτησης.....	61
5.2.3.1.Γνωσιακή Συμπεριφορική.....	61
5.2.3.2.Τεχνικές της προσέγγισης κινητοποίησης.....	62
5.2.4.Άλλες μορφές παρέμβασης.....	63
5.2.4.1.Θεραπευτικές κοινότητες.....	63
5.2.4.2.Ομάδες αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας.....	64
5.3.Στατιστικά στοιχεία για τη θεραπεία στην Ελλάδα.....	65
Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΙΔΙΚΟ	
Εισαγωγή.....	68
Κεφάλαιο 6 ^ο : Σκοπός και οφέλη της έρευνας.....	70
Κεφάλαιο 7 ^ο : Μεθοδολογίας της έρευνας.....	72
7.1.Δείγμα μελέτης.....	72
7.1.2.Πλαίσια διεξαγωγής της έρευνας.....	73
7.2.Εργαλεία.....	77
7.3.Πιλοτική έρευνα.....	85
7.4.Στατιστική ανάλυση.....	86
Κεφάλαιο 8 ^ο : Παρουσίαση στατιστικών αποτελεσμάτων.....	87
8.1Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....	87
8.2.Ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ για την ομάδα ατόμων με εξάρτηση από το αλκοόλ.....	89
8.3.Συνέπειες από την προβληματική κατανάλωση αλκοόλ.....	90
8.4. Πληροφορίες για τη θεραπεία των ατόμων με εξάρτηση από αλκοόλ.....	92
8.5.Πληροφορίες για τη θεραπεία της ομάδας της οικογένειας.....	95
8.6.Έλεγχος ερευνητικών υποθέσεων και ερωτημάτων.....	97
Κεφάλαιο 9 ^ο :Συμπεράσματα,περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	101
9.1.Συμπεράσμα.....	101
9.2. Περιορισμοί έρευνας.....	105
9.3.Μελλοντική έρευνα.....	106
Βιβλιογραφία.....	107
Παραρτήματα.....	125

Παράρτημα Ι.....	126
Παράρτημα ΙΙ.....	127
Παράρτημα ΙΙΙ.....	128
Παράρτημα ΙV.....	134
Παράρτημα V.....	142
Παράρτημα VI.....	143

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια DSM-5 για τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ.....	18
Πίνακας 2. Διαγνωστικά κριτήρια ICD-10 για εξάρτηση από το αλκοόλ και επιβλαβή χρήση.....	19
Πίνακας 3. Προβλήματα υγείας ατόμων με εξάρτηση από το αλκοόλ-αιτούντων θεραπείας το έτος 2016.....	39
Πίνακας 4. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά των 60 συμμετεχόντων στην έρευνα.....	88
Πίνακας 5. Κατανομή απαντήσεων σε ερωτήσεις που αφορούν τις συνέπειες από την προβληματική κατανάλωση αλκοόλ από τους 40 εξαρτημένους συμμετέχοντες.....	91
Πίνακας 6. Κατανομή απαντήσεων σε ερωτήσεις που αφορούν τις συνέπειες της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ στην οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική ζωή των 40 εξαρτημένων συμμετεχόντων.....	92
Πίνακας 7. Συχνότητα αποκρίσεων των 40 εξαρτημένων συμμετεχόντων για την υποτροπή κατά τη διάρκεια της θεραπείας.....	93
Πίνακας 8. Συχνότητα αποκρίσεων σχετικά με την ικανοποίηση από την θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων.....	95
Πίνακας 9. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά και πληροφορίες για την θεραπεία των 20 συμμετεχόντων από την ομάδα οικογένειας.....	96
Πίνακας 10. Κατανομές απαντήσεων από τους 40 συμμετέχοντες από την ομάδα εξαρτημένων από τις κλίμακες AUDIT, WHOQOL-100 και SWLS.....	98
Πίνακας 11. Επίπεδα ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από τη ζωή των 20 συμμετεχουσών από την ομάδα της οικογένειας.....	100

Ευρετήριο σχημάτων

Σχήμα 1. Ποσοστά απαντήσεων των 40 εξαρτημένων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Για ποιους λόγους καταναλώνετε αλκοόλ».....	89
Σχήμα 2. Ποσοστά απαντήσεων των 40 εξαρτημένων συμμετεχόντων για τους λόγους προσέλευσης στη θεραπεία.....	92
Σχήμα 3. Ποσοστά απαντήσεων των 40 εξαρτημένων ατόμων για τη βελτίωση σε διάφορους τομείς της ζωής τους.....	94
Σχήμα 4. Κατανομή απαντήσεων του Τεστ ανίχνευσης διαταραχών αλκοόλης (AUDIT C) των 40 εξαρτημένων ατόμων.....	97

Περίληψη

Το πρόβλημα της εξάρτησης από αλκοόλ είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο, με αυξανόμενη συχνότητα. Αποτελεί ένα πολύπλοκο πρόβλημα με σωματικές, ψυχολογικές, οικογενειακές, πολιτισμικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Τα τελευταία χρόνια αρκετές έρευνες έχουν ως στόχο τη διευκόλυνση των θεραπευτικών διαδικασιών μέσω αναζήτησης των χαρακτηριστικών εκείνων που θα αυξήσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι ομάδες αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας που έχουν συσχετιστεί θετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και πιο συγκεκριμένα, με τις παραμέτρους ελάττωση χρήσης αλκοόλ, αποχή και βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου. Παράλληλα, η συμμετοχή της οικογένειας στις συναντήσεις των ομάδων αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας φαίνεται ότι αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη θετική έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας. Στόχος της παρούσας ποσοτικής έρευνας είναι να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της εμπλοκής της οικογένειας στη θεραπεία του εξαρτημένου από το αλκοόλ ατόμου όσον αφορά τις ημέρες αποχής, τις ημέρες συμμετοχής στην ομάδα, την συχνότητα των υποτροπών, την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από τη ζωή. Επίσης, διερευνήθηκε η επίδραση που έχει στα μέλη των οικογενειών η συμμετοχή τους στις συναντήσεις ομάδων αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας. Το δείγμα αποτέλεσαν 60 άτομα. Από αυτά, τα 40 άτομα ήταν εξαρτημένα από το αλκοόλ και τα 20 ήταν μέλη οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ που συμμετείχαν σε θεραπευτικές συναντήσεις ή σε ομάδες αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας. Για τον σκοπό της έρευνας, τα 40 άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ άτομα χωρίστηκαν σε δυο ομάδες, ανάλογα με την συμμετοχή υποστήριξη οικογένειας ή όχι κάποιου μέλους ή κάποιων μελών της οικογένειάς τους στη θεραπεία. Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετείχε στη θεραπεία παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερα μέσα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ, μεγαλύτερο μέσο χρόνο συμμετοχής στην ομάδα αυτοβοήθειας έναντι των άλλων, μικρότερη συχνότητα υποτροπών, μεγαλύτερο μέσο χρόνο αποχής από τη κατανάλωση αλκοόλ από αυτούς των οποίων οι οικογένειες δεν συμμετείχαν στην θεραπευτική διαδικασία. Επίσης βρέθηκαν αντίστοιχα σημαντικά υψηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή και όλων των ενοτήτων της ποιότητας ζωής. Η συμμετοχή στην θεραπεία μέλους ή μελών της οικογένειας ατόμων με εξάρτηση από το αλκοόλ φαίνεται ότι βελτιώνει σημαντικά τα επίπεδα των επιμέρους παραμέτρων

των διαταραχών χρήσης αλκοόλ, καθώς και αυτά της ικανοποίησης από τη ζωή και της ποιότητας ζωής. Τέλος, στα μέλη των οικογενειών σημειώθηκε υψηλή βαθμολογία στην ικανοποίηση από τη ζωή και υψηλά μέσα επίπεδα όλων των ενοτήτων της ποιότητας ζωής.

Λέξεις κλειδιά: Εξάρτηση από το αλκοόλ, αλκοολισμός, θεραπεία εξάρτησης από αλκοόλ, οικογένειες με προβλήματα από το αλκοόλ, κλαμπ οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ, ομάδες αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας

Abstract

Alcohol addiction (alcoholism) is a global phenomenon with important physical, psychological, familial, cultural, social and economic implications. Several studies during the last years have been done in order to study features of the treatment process that may increase therapeutic effectiveness. Of particular interest is the fact that self- and mutual-help groups have been positively related to the treatment effectiveness, and more specifically in measurement of parameters such as reduction of alcohol use, alcohol abstinence and improvement of psychosocial functionality of alcohol addicted persons. On the other hand, involvement of the family with alcohol related problems in the therapeutic process seems to be a determining factor in the positive outcome of this process.

The aim of this quantitative research study was to investigate the effectiveness of family involvement in the treatment of alcohol addicted persons in terms of abstinence days, relapses, average time participating in the mutual-help family communities, quality of life and life satisfaction. Additionally, parameters of quality of life and life satisfaction were investigated among family members of the alcohol addicts involved in the treatment.

The sample of alcohol addicts consisted of 40 persons, divided for the purpose of the study in two groups, according to the presence or not of at least one member of their family participating at the treatment process. There were also studied 20 persons, members of families of alcohol addicts, participating in mutual-help family communities or at the treatment process of their alcoholic relatives. Alcohol addicts whose relatives participated in the treatment had statistically significant lower average alcohol consumption, more average time participating in the mutual-help family communities than the others, lower relapse rate and more mean abstinence time than addicts without participating family members. Furthermore, significantly higher scores of life satisfaction and quality of life were found for addicts with participating relatives.

Family members participating in the treatment process or in mutual-help family communities scored high in life satisfaction as well as in all quality of life domains. In conclusion, in this study it was found that the participation of family members in the treatment process significantly improves long term parameters of treatment, life satisfaction and quality of life.

Key words: alcohol addiction, alcoholism, treatment of alcohol addiction, family communities, self-help group, mutual-help group

Εισαγωγή

Από τα πανάρχαια χρόνια οι άνθρωποι σε κάθε κοινωνία, σε όλους τους πολιτισμούς, έκαναν χρήση διάφορων ουσιών προσπαθώντας να αποφύγουν ή έστω να περιορίσουν, καταστάσεις πόνου, έντασης και φόβου θέτοντας έτσι, ως πρωταρχικό στόχο την αναζήτηση μέσων για την επίτευξη ευχαρίστησης και ψυχικής ευφορίας (Κουκουτσάκη, 2002).

Το αλκοόλ είναι από τις πρώτες ουσίες που συνόδευαν την εξέλιξη του πολιτισμού. Από την αρχαιότητα έχουμε αναφορές για την ύπαρξη συμποσίων όπου γινόταν κατανάλωση οίνου προσφέροντας τέρψη στους συμμετέχοντες. Στις διονυσιακές τελετές, η χρήση ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με το τελετουργικό μέρος των εορτών οδηγώντας στη συνέχεια σε μεγαλύτερη απελευθέρωση τους συμμετέχοντες στα διονυσιακά δρώμενα. Παράλληλα, η κατοχή και κατανάλωση οίνου, σε αρκετούς πολιτισμούς, θεωρούνταν ένδειξη οικονομικής ευρωστίας και ισχύος.

Το αλκοόλ στη Κρήτη, έχει συνδεθεί άρρηκτα με τις παραδόσεις, τα ήθη και έθιμα, τις αρχές, τα ιδανικά, καθώς και τα ξεχωριστά φυλετικά γνωρίσματα (Προβατάκης, 2007). Το αλκοόλ συνδέεται επίσης, με την κοινωνική ζωή των κατοίκων της Κρήτης. Οι συγκεντρώσεις γύρω από ένα τραπέζι, με τη συνοδεία μουσικής, χορού και αλκοόλ αποτελεί αγαπημένη συνήθεια, αποσκοπώντας στην έκφραση φιλοξενίας και τη σύσφιξη των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων. (Προβατάκης, 2007). Επίσης, η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ παραλληλίζεται με τον ανδρισμό που αποτελεί εξέχουσα έννοια και «τίτλο» στην κρητική ταυτότητα(Στιβακτάκης, 1988).

Το πρόβλημα της εξάρτησης από αλκοόλ αποτελεί ένα από τα πλέον περίπλοκα δισεπίλυτα προβλήματα της εποχής μας με πολλαπλές σωματικές, ψυχολογικές, οικογενειακές, πολιτισμικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις (Kogoj,et al.,2011. Kokkevi,Fotiou, Kanavou, Stavrou, Richardson. 2016. Γεωργάκας, 2007. Μουζάς, 2005. Gmel & Rehm, 2003). Οι επιδημιολογικοί δείκτες καταδεικνύουν μια τεράστια εξάπλωση του φαινομένου σε όλες τις κοινωνίες του δυτικού κόσμου τις τελευταίες δεκαετίες και το τοποθετούν σε πρωτεύουσα θέση στα

ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Πλήθος επιστημονικών μελετών ερευνούν την αιτιολογία και τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος ενώ παράλληλα συλλέγονται νεώτερα δεδομένα ώστε να αξιοποιηθούν τεκμηριωμένα στην θεραπεία της εξάρτησης από αλκοόλ (Λαϊνάς, 2008. Ζαφειρίδης, 2007).

Μέχρι σήμερα δεν έχει δοθεί οριστική απάντηση η οποία να αφορά όλα τα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ, τόσο σε ζητήματα αιτιολογίας όσο και σε ζητήματα θεραπείας. Η επιστημονική κοινότητα, έπειτα από πολλά χρόνια θεωρητικών συζητήσεων και αντιπαραθέσεων για τις αιτίες και τα μέσα θεραπείας, παραδέχεται πλέον ότι το πρόβλημα είναι πολυσύνθετο και ότι η θεραπεία χρειάζεται να στραφεί στις ιδιαίτερες και εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ατόμου ώστε να είναι αποτελεσματική (Πουλόπουλος, 2000. Πουλόπουλος, 2011).

Οι θεραπευτικές μέθοδοι που έχουν μέχρι σήμερα αναπτυχθεί βασίζονται στις διάφορες θεωρητικές παραδοχές που τις υποστηρίζουν και έχουν προταθεί από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων. Κοινό μέλημα όλων αυτών είναι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και των μέσων που την προάγουν(Ποταμιάνος&Γκιτάκος,2017).

Οι ομάδες αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας έχουν ελκύσει το έντονο ενδιαφέρον των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών υγείας, μιας και έχουν σχετιστεί θετικά με την ελάττωση χρήσης αλκοόλ, την αποχή και τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου (Chick , 2017. Hiernaux & Varescon, 2017. Γρινάκης και συν., 2017 . Ασπρογέρακας, 2008. Λαϊνάς,2008, Ζαφειρίδης 2009). Φαίνεται μάλιστα ότι έχουν ίση ή και μεγαλύτερη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα συγκριτικά με τις υπόλοιπες θεραπευτικές μεθόδους.

Μια πρώτη ερμηνεία του γεγονότος αυτού είναι η θεώρηση της εξάρτησης από το αλκοόλ ως ενός έντονου συστημικού προβλήματος που αφορά συμπεριφορικά το άτομο, αλλά παράλληλα συμπεριλαμβάνει και την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του και των ερεθισμάτων που λαμβάνει από αυτό. Έτσι, μέσα από τις ομάδες αυτοβοήθειας/ αλληλοβοήθειας, το άτομο βρίσκει το χώρο και το χρόνο να εκφραστεί χωρίς φόβο για κριτική στάση ή απόρριψη(Λαϊνάς,2008. Ζαφειρίδης 2009). Είναι ομότιμος με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, μοιράζοντας με τους άλλους

ένα κοινό σκοπό, την απεξάρτηση. Διατηρεί ενεργητική ακρόαση και αντιλαμβάνεται πως το ζήτημα της κατανάλωσης αλκοόλ δεν είναι μια ατομική υπόθεση που αφορά μόνο αυτόν, αλλά ουσιαστικά είναι η δόμηση ενός τρόπου ζωής, ώστε να μπορεί να διαχειρίζεται τα αδιέξοδά του και να παίρνει ικανοποίηση μέσα από την προσπάθεια του (Λαϊνάς,2008. Ζαφειρίδης 2009).

Εξίσου, σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας έχει και η συμμετοχή της οικογένειας(Μισουρίδου, 2010. Μισουρίδου, 2015).Η οικογένεια μέσα από τη στήριξη που θα δώσει και τις πληροφορίες που θα λάβει θα αποτελέσει δυνητικά ένα σημαντικό μοχλό ενίσχυσης της προσπάθειας του ατόμου(Πουλόπουλος, 2011).

Υπάρχουν προσεγγίσεις που εμπλέκουν εμμέσως το οικογενειακό περιβάλλον, άλλες που εστιάζουν αποκλειστικά στην οικογένεια και κάποιες άλλες που η εμπλοκή της οικογένειας αποτελεί προϋπόθεση για την ένταξη του ατόμου με εξάρτηση από το αλκοόλ στο πλαίσιο (Λιάππας, 1999. Πομίνι, 2004).

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της εμπλοκής της οικογένειας στη θεραπεία του ατόμου με εξάρτηση από το αλκοόλ όσον αφορά τις ημέρες αποχής, την κατανάλωση αλκοόλ, τις ημέρες συμμετοχής στη θεραπεία, τον αριθμό υποτροπών, την ικανοποίηση από τη ζωή και τη ποιότητα ζωής. Επίσης, θα διερευνηθεί η επίδραση της θεραπείας στην ποιότητα ζωής και της ικανοποίησης από αυτή για τα μέλη της οικογένειας που συμμετέχουν στη θεραπεία για το εξαρτημένο μέλος τους.

Κεφάλαιο 1^ο Εξάρτηση και αλκοόλ

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη « al kohl». Το αλκοόλ που περιέχεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει τον χημικό τύπο C_2H_5OH . Ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης. Αυτή είναι το μόνο είδος από την οικογένεια των αλκοολών που θεωρείται ασφαλές για να καταναλωθεί από τον άνθρωπο (Μπικηρόπουλος,2015. Ποταμιάνος,2005.Julien, 1978). Ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό και προκαλεί καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (Julien, 1978).

Το αλκοόλ έχει πολλές χρήσεις: οικιακές, φαρμακευτικές, βιομηχανικές και άλλες. Χρησιμοποιείται ως διαλύτης στα υγρά φαρμακευτικά σκευάσματα, ως αντισηπτικό δέρματος και επιφανειών, στην αρωματοποιία και στη φαρμακευτική γενικά, στην κατασκευή αλκοολούχων ποτών, στη χημική βιομηχανία ως διαλύτης πολλών ουσιών κλπ. Το αλκοόλ είναι μία από τις πλέον διαδεδομένες ουσίες που χρησιμοποιείται σήμερα, εγκεκριμένη κοινωνικά, ηθικά και νομικά. Είναι από τις πρώτες ουσίες που «συνόδευσαν» την εξέλιξη του πολιτισμού(Brown&Yalom,1995).

Το αλκοόλ είναι τόσο παλαιό, όσο και η καταγεγραμμένη ανθρώπινη ιστορία(Brown&Yalom,1995).Το ίδιο και η εξάρτηση από αλκοόλ. Ωστόσο, ο ρόλος, οι αξίες και οι πεποιθήσεις που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ και τα συνεπακόλουθα προβλήματα ποίκιλλαν πάρα πολύ ανάλογα με την εποχή. Το αλκοόλ και το προνόμιο της κατανάλωσής του υπήρξε πάντα σημαντικό για τα άτομα. Τόσο σημαντικό, ώστε τα προβλήματα από την κατανάλωσή του και οι προσπάθειες ορισμού του «τι σημαίνει υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ» να προκαλούν πάντα πολλές διαφωνίες και διαμάχες. Ο καθορισμός του ποιος έχει πρόβλημα με το αλκοόλ, τι σημαίνει αυτό και τι θα μπορούσε να γίνει σχετικά, αποτελούσε πάντα ένα ακανθώδες και δυσάρεστο ζήτημα(Brown&Yalom,1995.Μπικηρόπουλος,2015. Ποταμιάνος, 2005).

Η κατανάλωση του αλκοόλ ως «κοινωνική χρήση» είναι από τα κύρια χαρακτηριστικά της σύγχρονης ανθρώπινης κοινωνικής ζωής. Ωστόσο η μετάβαση από τη «κοινωνική» στην «προβληματική» κατανάλωση είναι αρκετά συχνή(Brown &Yalom,1995).Σε μια τέτοια περίπτωση ερχόμαστε αντιμέτωποι με αυτό που ονομάζουμε «εξάρτηση από το αλκοόλ»(Μουζάς, 2005).

1.1. Προσεγγίζοντας την έννοια της εξάρτησης

Μια από τις πιο συνηθισμένες μορφές εξάρτησης είναι η εξάρτηση από το αλκοόλ. Αυτή η εξάρτηση, λόγω της ευρείας διαθεσιμότητας του αλκοόλ και των ιδιαίτερων συνεπειών που έχει στη δημόσια υγεία, αποτελεί μια ειδική περίπτωση (Brown & Yalom, 1995).

Υπήρχαν από ανέκαθεν δυο μείζονα προβλήματα που αφορούν το αλκοόλ : η κατάχρηση και η εξάρτηση. Θα ήταν πολύ βοηθητικό να διαχωρίσουμε τα πρότυπα κατανάλωσης προτού συνεχίσουμε στον ορισμό της εξάρτησης. Η εξάρτηση είναι αποτέλεσμα διεργασίας, πολλές φορές μακρόχρονης, που σχετίζεται, όπως θα αναφερθεί στο επόμενο κεφάλαιο αναλυτικότερα, με την ουσία, το περιβάλλον και τα ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου (Παπατριανταφύλλου, 2017). Σε κάθε περίπτωση, η πορεία της εξάρτησης αναπτύσσεται μέσα από τα ακόλουθα στάδια: 1) την κοινωνική κατανάλωση, 2) την επικίνδυνη κατανάλωση, 3) την επιβλαβή και το 4) τελευταίο στάδιο που είναι αυτό της εξάρτησης (Μουζάς, 2005).

Η κοινωνική κατανάλωση ή η χρήση χαμηλού κινδύνου αφορά τη κατανάλωση μικρής ποσότητας αλκοόλ που όμως και αυτή θα μπορούσε να είναι επιβλαβής σε ορισμένες υποομάδες: όταν συνδυάζεται με οδήγηση, σε άτομα που λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή, στην εγκυμοσύνη και σε άλλες περιπτώσεις (Μουζάς, 2005). Η επικίνδυνη χρήση αλκοόλ *«από το άτομο είναι η χρήση ή η σχέση του ατόμου με το αλκοόλ η οποία μπορεί να επιφέρει βλάβες, εφόσον αυτή συνεχιστεί κατά τον ίδιο τρόπο, στο άτομο ή σε άλλα άτομα. Το άτομο σε αυτό το στάδιο δεν έχει παρουσιάσει κάποια βλάβη αλλά απειλείται η ατομική του όσο και η δημόσια υγεία»* (Μουζάς, 2005:16). Στο τρίτο στάδιο, αυτό της επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ, η χρήση έχει προκαλέσει αποδεδειγμένα κάποια σωματική ή ψυχική βλάβη (Μουζάς, 2005).

Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι τα όρια μεταξύ κοινωνικής και προβληματικής κατανάλωσης (επικίνδυνης και επιβλαβούς) δεν είναι ξεκάθαρα (Ποταμιάνος, 2005). Αυτό είναι κάτι που συμβάλλει στην καθυστερημένη αναγνώριση της προβληματικής κατανάλωσης τόσο από το άτομο όσο και από τους οικείους του (Brown & Yalom, 1995). Αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με την άποψη της δημόσιας υγείας, το μεγαλύτερο στατιστικά ποσοστό βλαβών που σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ προέρχεται από άτομα που κάνουν επιβλαβή και επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ (Μουζάς, 2005).

Το τέταρτο και τελευταίο στάδιο είναι η εξάρτηση από το αλκοόλ. Πρόκειται για μια έννοια που έχει διχάσει την επιστημονική κοινότητα στην προσπάθεια να δοθεί ένας ορισμός. Η διάγνωση της εξάρτησης περιλαμβάνεται στα δύο ισχύοντα ταξινομικά συστήματα των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς: το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (American Psychiatric Association – APA) και την Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (International Classification of the Diseases – ICD) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (World Health Organisation) που επικεντρώνεται στη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών της συμπεριφοράς (Classification of Mental and Behavioral Disorders).

Στο DSM-4 περιγράφονται δυο διακριτές διαταραχές, η κατάχρηση του αλκοόλ και η εξάρτηση από το αλκοόλ (Μάνος, 1997). Στο DSM-5 ενσωματώνονται και οι δυο σε μια διαταραχή που ονομάζεται διαταραχή χρήσης αλκοόλ (AUD- Alcohol Use Disorder), στην κατηγορία Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και Εθισμό, με ελαφρώς τροποποιημένα κριτήρια (American Psychiatric Association, 2013). Σύμφωνα με το DSM-5, κάθε άτομο που πληροί δύο ή περισσότερα κριτήρια από τα 11 που παρατίθενται **στον πίνακα 1**, σε χρονικό διάστημα 12 μηνών, χαρακτηρίζεται ως άτομο με διαταραχή χρήσης αλκοόλ.

Πίνακας 1. Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-5 για τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ

Η ύπαρξη 2 ή περισσότερων από τα κριτήρια αυτά υποδηλώνει την παρουσία Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ:

1. ανοχή, όπως ορίζεται με ένα από τα ακόλουθα:
 - (α) ανάγκη για κατανάλωση αυξημένης ποσότητας αλκοόλ, προκειμένου να επιτευχθεί η τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα
 - (β) έντονα περιορισμένο αποτέλεσμα με τη συνέχιση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ
2. στέρηση όπως εκδηλώνεται σύμφωνα με τα παρακάτω:
 - (α) χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης για το αλκοόλ
 - (β) η ίδια ή παρόμοια ουσία λαμβανόμενη, ανακουφίζονται ή αποφεύγονται τα στερητικά συμπτώματα
3. συχνά το αλκοόλ καταναλώνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από όσο σκόπευε το άτομο
4. έντονη επιθυμία ή αποτυχημένες προσπάθειες για διακοπή ή έλεγχο χρήσης αλκοόλ
5. έντονο πάθος για κατανάλωση αλκοόλ

6. μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες ανεύρεσης αλκοόλ ή στο να συνέλθει το άτομο από τη δράση του αλκοόλ
 - 7.υποτροπιάζουσα χρήση αλκοόλ με αποτέλεσμα αποτυχία στην εκπλήρωση υποχρεώσεων του ατόμου στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι
 8. υποτροπιάζουσα χρήση αλκοόλ σε επικίνδυνες καταστάσεις (π.χ. οδήγηση)
 9. συνεχιζόμενη χρήση αλκοόλ παρά τα νομικά, προσωπικά, κοινωνικά προβλήματα που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τη χρήση αλκοόλ
 10. εγκατάλειψη ή μείωση κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ
 11. συνέχιση χρήσης αλκοόλ παρ' όλη την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο ενδέχεται να έχει προκληθεί από το αλκοόλ ή να έχει επιδεινωθεί από τη χρήση του (APA, 2013).
-

Η Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ ανάλογα με την βαρύτητα μπορεί να διακριθεί σε ήπια με παρουσία 2-3 κριτηρίων, μέτρια με παρουσία 4-5 κριτηρίων και σοβαρή με παρουσία 6 ή περισσότερων κριτηρίων (APA, 2013).

Στη 10η έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (International Classification of Diseases, ICD-10) γίνεται διάκριση μεταξύ επιβλαβούς χρήσης και συνδρόμου εξάρτησης. Η επιβλαβής χρήση ορίζεται ως η χρήση αλκοόλ που προκαλεί βλάβη (σωματική ή ψυχική). Αντίθετα το σύνδρομο εξάρτησης περιγράφεται ως *«μια δέσμη φυσιολογικών και νοητικών εκδηλώσεων ή εκδηλώσεων της συμπεριφοράς στις οποίες η χρήση αλκοόλ ή ομάδας ουσιών για ένα συγκεκριμένο άτομο αποκτά πολύ άμεση προτεραιότητα σε σχέση με άλλες συμπεριφορές, οι οποίες κάποτε είχαν μεγαλύτερη αξία για το άτομο αυτό»* (Στεφανής, Σολδάτος & Μαυρέας, 1993). Συγκεκριμένα υπάρχει η διαγνωστική κατηγορία με κωδικό F10 «Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στην χρήση Αλκοόλ», η οποία διακρίνεται στις ακόλουθες υποκατηγορίες: οξεία τοξίκωση από αλκοόλ (F10.0), επιβλαβής χρήση (F10.1), σύνδρομο εξάρτησης από αλκοόλ (F10.2), σύνδρομο απόσυρσης από αλκοόλ (F10.3), ντελίριο λόγω συνδρόμου απόσυρσης από αλκοόλ (F10.4) αλκοολική ψύχωση (F10.5), αμνησιακό σύνδρομο (F10.6), υπολειμματική και όψιμης έναρξης αλκοολική ψύχωση (F10.7) και άλλες / απροσδιόριστες διαταραχές οφειλόμενες σε αλκοόλ (F10.8 / F10.9) (Στεφανής, Σολδάτος & Μαυρέας, 1993). Στο **πίνακα 2** παρατίθενται τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το ICD-10.

Πίνακας 2. Διαγνωστικά κριτήρια ICD-10 για εξάρτηση από το αλκοόλ και επιβλαβή χρήση.

Εκδήλωση τριών ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα κατά το προηγούμενο έτος

1. Έντονη επιθυμία ή αίσθηση άμεσης ανάγκης για κατανάλωση αλκοόλ
2. Δυσκολίες στον έλεγχο της χρήσης αλκοόλ με όρους έναρξης, τερματισμού ή επιπέδων χρήσης
3. Παρουσία συνδρόμου στερήσεως ή κατανάλωση αλκοόλ ώστε να αποφευχθεί (ή να μειωθεί) το σύνδρομο στερήσεως. Στην δεύτερη περίπτωση, το άτομο γνωρίζει το αποτέλεσμα που θα επιφέρει αυτή η συμπεριφορά
4. Ένδειξη ανοχής, όπως να απαιτούνται αυξημένες δόσεις αλκοόλ ώστε να επιτευχθούν τα αποτελέσματα που αρχικά προκαλούνταν με χαμηλότερες δόσεις
5. Προοδευτική αμέλεια εναλλακτικών μορφών ευχαρίστησης ή άλλων ενδιαφερόντων για χάρη της χρήσης της ουσίας
6. Συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρά τη φανερή ένδειξη σαφούς βλάβης με φυσικές ή ψυχολογικές συνέπειες

Επιβλαβής χρήση υφίστανται όταν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για ψυχικές και σωματικές βλάβες στο χρήστη (Μουζιάς,2005).

Καθώς η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ένα εξαιρετικά πολύπλοκο πρόβλημα, υπάρχει ένα πλήθος από φαρμακολογικά φαινόμενα που την συνοδεύουν, ανεξάρτητα από τις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους. Κατ' αρχήν, παρατηρούνται αλλαγές στον τρόπο που ο ανθρώπινος οργανισμός αντιδρά στην επανειλημμένη χορήγηση αλκοόλ. Η ανοχή είναι η πιο κοινή προσαρμογή του οργανισμού στις νέες συνθήκες και μπορεί να οριστεί ως η μείωση της απάντησης στο αλκοόλ έπειτα από επανειλημμένη κατανάλωση αυτού. Έτσι, απαιτείται μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ για να επιτευχθεί το αρχικό αποτέλεσμα(Ποταμιάνος, 2005).

Ως επακόλουθο της ανοχής εμφανίζεται η *σωματική* εξάρτηση, η οποία οφείλεται στην αναδιοργάνωση των ομοιοστατικών μηχανισμών του οργανισμού ως απάντηση στη συχνή χρήση αλκοόλ. Ένα άτομο στη φάση της σωματικής εξάρτησης χρειάζεται επανειλημμένα να καταναλώνει αλκοόλ, έτσι ώστε να παραμείνει σε «φυσιολογική» λειτουργία. Αν η κατανάλωση αλκοόλ διακοπεί ή μειωθεί απότομα, τότε η ισορροπία του συστήματος διαταράσσεται, έχοντας ως αποτέλεσμα το *στερητικό σύνδρομο*, που μας επιβεβαιώνει την ύπαρξη της σωματικής εξάρτησης (Τσαρούχας, 2000).

Το σύνδρομο στερήσεως εμφανίζεται τις πρώτες 6-24 ώρες μετά από διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ. Συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία που εμφανίζονται είναι «*αίσθημα άγχους, ανορεξία, αϋπνία, διέγερση, ταχυκαρδία, αύξηση αρτηριακής πίεσης, τρόμος χεριών και γλώσσας, έντονη εφίδρωση, υπερθερμία, ναυτία και εμετός. Το άτομο ενδέχεται να παρουσιάσει οπτικές ή ακουστικές παραισθήσεις ή και τρομώδεις παραλήρημα κάτι που απαιτείται να αντιμετωπισθεί ιατρικά μιας και η θνησιμότητα είναι αυξημένη*» (Μουζιάς, 2005:141).

Εκτός από τη σωματική εξάρτηση, υπάρχει και η *ψυχολογική* η οποία συνοδεύει όλες σχεδόν τις περιπτώσεις εξάρτησης, όπου η προοπτική λήψης αλκοόλ προκαλεί ένα συναίσθημα ευχαρίστησης. Έτσι γίνεται ισχυρότερο το κίνητρο για την επανάληψη της κατανάλωσης, με σκοπό την ένταση της ευχαρίστησης ή την αποφυγή της δυσφορίας από την πιθανή στέρηση του αλκοόλ (Λιάππας, 1999).

Η σωματική και η ψυχολογική εξάρτηση είναι καταστάσεις συχνά αλληλοκαλυπτόμενες. Ωστόσο, η ψυχολογική εξάρτηση από το αλκοόλ θεωρείται το κύριο χαρακτηριστικό της εξάρτησης και αποτελεί το βασικό πρόβλημα στη θεραπεία των ατόμων με εξάρτηση από το αλκοόλ (Λιάππας, 1999).

Ένα ιδιαίτερο πρότυπο κατανάλωσης αλκοόλ είναι η **Βαριά Επεισοδιακή Κατανάλωση Αλκοόλ (Heavy episodic drinking- HED)**, μια μορφή κατανάλωσης η οποία συναντάται συχνά και έχει προβληματίσει έντονα την επιστημονική κοινότητα (Jiou, Jiang & Wedow, 2019). Το πρότυπο αυτό είναι γνωστό και ως **binge drinking**. Ορίζεται ως η κατανάλωση τουλάχιστον 60 γραμμαρίων ή περισσότερο καθαρής αλκοόλης σε τουλάχιστον μία περίπτωση τις τελευταίες 30 ημέρες. Η βαριά επεισοδιακή κατανάλωση είναι ένας από τους σημαντικότερους δείκτες παγκοσμίως για οξείες συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ, όπως οι τραυματισμοί (WHO, 2018).

1.2.Επιδημιολογικά δεδομένα της κατανάλωσης αλκοόλ

Τα τελευταία χρόνια λόγω των κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών συνθηκών στη Ελλάδα και στον κόσμο παρατηρείται μια αυξανόμενη τάση στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Έρευνες (ΕΚΤΕΠΝ, 2017. EMCDDA&ESPAD, 2016. WHO, 2018), παρουσιάζουν ότι τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σημαντικά η κατανάλωση αλκοόλ ενώ έχει μειωθεί η ηλικία έναρξης της χρήσης. Συχνότερη ηλικία έναρξης φαίνεται να είναι τα 14 έτη (Βαρβαρήγος και συν., 2016).

Σε παγκόσμια έρευνα που αφορούσε την κατανάλωση αλκοόλ για το έτος 2016 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2018) διαπιστώθηκε ότι:

- περισσότερο από το ήμισυ (57% ή 3,1 δισεκατομμύρια άτομα) του παγκόσμιου πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω είχε κάνει κατανάλωση αλκοόλ τους τελευταίους 12 μήνες,
- περισσότερο από το ¼ (26,5%) των ηλικίας 15-19 ετών ατόμων είναι τακτικοί καταναλωτές αλκοόλ, ανέρχονται δε στα 155 εκατομμύρια άτομα,
- η συνολική κατανάλωση αλκοόλ ανά άτομο ηλικίας 15 και άνω στον παγκόσμιο πληθυσμό αυξήθηκε από 5,5 λίτρα καθαρής αλκοόλης το 2005 σε 6,4 λίτρα το 2010 ενώ παρέμεινε σταθερή το 2016 (παρατηρήθηκαν κάποιες αυξήσεις σε συγκεκριμένες χώρες),
- τα υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ ανά άτομο παρατηρούνται σε χώρες της Ευρώπης,
- τα άτομα κατανάλωναν κατά μέσο όρο 32,8 γραμμάρια καθαρής αλκοόλης την ημέρα,
- το 1/4 (25,5%) της ποσότητας αλκοόλ που καταναλώνεται παγκοσμίως έχει τη μορφή μη καταγεγραμμένου αλκοόλ,
- το 44,8% του συνόλου του καταγεγραμμένου αλκοόλ που καταναλώνεται παγκοσμίως αποτελείται από μύρα και κρασί,
- η βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking) έχει μειωθεί παγκοσμίως από 22,6% το 2000 σε 18,2% το 2016 μεταξύ του συνολικού πληθυσμού, αλλά παραμένει υψηλή σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και της Αφρικής. Είναι συχνότερη στις ηλικίες 20-24 ετών και στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες,
- σε όλες τις χώρες οι γυναίκες καταναλώνουν λιγότερο συχνά αλκοόλ και πίνουν μικρότερες ποσότητες από τους άνδρες,
- μέχρι το 2025, η συνολική κατανάλωση αλκοόλ κατά κεφαλήν σε άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω προβλέπεται να αυξηθεί .

Στη συγκεκριμένη έρευνα η χώρα μας είχε το 9.8% του παγκόσμιου ποσοστού καταναλωτών αλκοόλης. Οι άνδρες ανέφεραν ότι καταναλώνουν 22 λίτρα αλκοόλης το χρόνο ενώ οι γυναίκες 7,6 λίτρα. 36,1% του πληθυσμού ανέφερε βαριά επεισοδιακή κατανάλωση τις τελευταίες 30 ημέρες.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) το 2015, στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Προγράμματος RARHA σε αντιπροσωπευτικό δείγμα τουλάχιστον 1.500 ατόμων από τον γενικό πληθυσμό ηλικίας 18-64 ετών, σημειώθηκαν τα ακόλουθα ευρήματα:

- περίπου 1 στους 2 ερωτώμενους ανέφερε εβδομαδιαία κατανάλωση ενώ 1 στους 10 καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ,
- βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ (≥ 6 ποτά στη σειρά για τους άνδρες και ≥ 4 ποτά στη σειρά για τις γυναίκες ≥ 1 φορά το μήνα στους τελευταίους 12 μήνες) αναφέρθηκε από το 7,3% των ερωτώμενων, σε υψηλότερο ποσοστό από τους νεότερους (18-34 ετών: 11,5%) σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ερωτώμενους (35-49 ετών: 6,8% και 50-64 ετών: 3,8%),
- το 20,1% των ερωτώμενων ανέφερε μέθη έστω και μία φορά τους τελευταίους 12 μήνες, σημαντικά υψηλότερο ποσοστό στα άτομα ηλικίας 18-34 ετών (41,0%) σε σύγκριση με τα άτομα 35-49 ετών (13,6%) και 50-64 ετών (7,0%) (Κοκκέβη και συν., 2017).

Στην τελευταία έρευνα ESPAD το 2015 στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών συμμετείχαν 35 ευρωπαϊκές χώρες / περιοχές. Συγκεκριμένα συμμετείχαν 96.046 μαθητές ηλικίας 16 ετών. Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της:

- σχεδόν οι μισοί από τους μαθητές (47%) ανέφεραν κατανάλωση αλκοόλ σε ηλικία μικρότερη των 13 ετών,
- ένας στους 12 μαθητές ανέφερε μέθη σε ηλικία 13 ετών ή νεότερη,
- περισσότερο από 50% των μαθητών είχαν καταναλώσει αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια της ζωής τους,
- το 13% των μαθητών ανέφεραν ότι είχαν μεθύσει κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών,
- ένας στους 3 ανέφερε βαριά επεισοδιακή κατανάλωση τον τελευταίο μήνα,

- το 35% των μαθητών ανέφεραν ότι ήπιαν κατά μέσο όρο 4,7 ml καθαρής αιθανόλης την τελευταία ημέρα κατανάλωσης,
- το 78% των μαθητών δήλωσαν ότι είχαν εύκολη πρόσβαση στα αλκοολούχα ποτά.

Σε Πανελλήνια Έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και εξαρτητικών συμπεριφορών που υλοποιήθηκε από το ΕΠΙΨΥ το 2015 σε 3.202 μαθητές ηλικίας 16 ετών υπήρξαν τα ακόλουθα ευρήματα:

- δύο στους 3 έφηβους ηλικίας 16 ετών ανέφεραν ότι κατανάλωσαν πρόσφατα (τις τελευταίες 30 ημέρες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας) κάποιο αλκοολούχο ποτό και ένας στους 13 ότι πίνει συχνά αλκοόλ (τουλάχιστον 10 φορές τον τελευταίο μήνα). Οι έφηβοι στις επαρχιακές πόλεις αναφέρουν συχνή πρόσφατη κατανάλωση αλκοολούχων σε υπερδιπλάσιο ποσοστό συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους στο νομό Αττικής,
- το 2015 παρατηρήθηκε το χαμηλότερο ποσοστό πρόσφατης και συχνής κατανάλωσης οινοπνευματωδών στους 16χρονους σε σχέση με τα προηγούμενα έτη ,
- το 9,9% των εφήβων ανέφεραν ότι έκαναν επεισοδιακή βαριά κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking, ≥ 5 ποτά στη σειρά ≥ 3 φορές τον τελευταίο μήνα) και το 6,2% ότι μέθυσαν τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο χρόνο ενώ 1 στους 20 μαθητές (5,4%) αναφέρει ότι ένιωσε αρκετά μεθυσμένος την τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ. Τα ποσοστά αυτά είναι μειωμένα σε σχέση με το 2011,
- ένας στους 4 (26,1%) θεωρεί «ακίνδυνο» το να πίνει κανείς 1-2 ποτά σχεδόν καθημερινά, ποσοστό 5,7% θεωρούν «ακίνδυνο» να πίνει κανείς 4-5 ποτά σχεδόν καθημερινά και ποσοστό 6,3% θεωρούν «ακίνδυνο» να πίνει κανείς τουλάχιστον 5 ποτά σχεδόν κάθε Σαββατοκύριακο,
- το 60,9% των εφήβων δήλωσαν ότι κατανάλωσαν κάποιο αλκοολούχο ποτό σε χώρο διασκέδασης,
- η πλειονότητα των μαθητών (91,3%) θεωρούν εύκολη την πρόσβαση σε αλκοολούχα ποτά, κυρίως σε εκείνα με χαμηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ,

- δύο στους 5 16χρονους (37,0%) αναφέρουν ότι υπάρχει στο κοντινό τους περιβάλλον κάποιο πρόσωπο που πίνει υπερβολικά. (Κοκκέβη και συν., 2016β).

Σε έρευνα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου(2011), ρωτήθηκαν συνολικά 1.167 έφηβοι ηλικίας από 13 έως 18 ετών και των δύο φύλων για γενικές γνώσεις που αφορούν το αλκοόλ αλλά και την κατανάλωσή του. Η συντριπτική πλειοψηφία των μαθητών κάτω των 18 ετών κατανάλωνε αλκοόλ, το οποίο όπως ανέφεραν ήταν πολύ διαδεδομένο στους κύκλους τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσίασαν μεγάλη αύξηση των εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ και μάλιστα σε μικρότερες ηλικίες από ότι στο παρελθόν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 91,4% από τους εφήβους έχει καταναλώσει αλκοόλ και μόνο το 8,6% δεν είχε δοκιμάσει ποτέ(5,5% ήταν αγόρια και το 11,8% κορίτσια).Επίσης το 64,7% των εφήβων που έπιναν αλκοολούχα ποτά κατανάλωναν 1-2 ποτά την κάθε φορά, ενώ το 35,3% περισσότερα από 3 (συνεχόμενα), με τους τελευταίους να πίνουν πιο συχνά και σε μεγαλύτερες ποσότητες.

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι έφηβοι καταναλώνουν για πρώτη φορά αλκοολούχο ποτό σε ηλικία 12-13 ετών σε ποσοστό 37,2%, ενώ στην ηλικία των 11 ετών σε ποσοστό 24,1%. Επίσης τα αγόρια που εμφανίζονται να καταναλώνουν αλκοόλ σε ηλικίες μικρότερες των 11 ετών ανέρχεται στο ποσοστό 35,32%. Στις προτιμήσεις των εφήβων, πρώτη ήταν η κατανάλωση μπίρας και ακολουθεί το κρασί, ενώ όπως καταδεικνύει η έρευνα τα κορίτσια επέλεξαν ποτά με μικρότερη περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Τέλος, τα 2/3 των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι γνωρίζουν πως η κατανάλωση αλκοόλ πριν από την ηλικία των 18 ετών είναι βλαβερή για την υγεία τους.

Συνοψίζοντας, παρουσιάστηκε η έννοια της εξάρτησης και της προβληματικής κατανάλωσης, πράγμα απαραίτητο ώστε να κατανοηθεί ένα περίπλοκο, πολυεπίπεδο και πολυσύνθετο φαινόμενο. Υπήρξε μια σύντομη αναφορά στην ουσία «αλκοόλ» και, στο τέλος, παρουσιάστηκαν παγκόσμιες, πανευρωπαϊκές και πανελλήνιες επιδημιολογικές έρευνες που ερευνούν λεπτομερή στοιχεία της κατανάλωσης αλκοόλ.

Κεφάλαιο 2^ο Αιτιοπαθογένεια της εξάρτησης από αλκοόλ

Είναι κοινώς αποδεκτό πλέον πως δεν υπάρχουν αμιγείς αιτίες υπεύθυνες για την ανάπτυξη εξαρτητικών συμπεριφορών, αλλά ότι η συνύφανση του ατομικού με το συλλογικό/κοινωνικό οδηγούν σε ένα κράμα βιολογικών, ψυχοσυναισθηματικών και πολιτισμικών αιτιολογικών παραγόντων(Παπατριανταφύλλου,2017).

Για να κατανοηθεί καλύτερα το φαινόμενο της εξάρτησης και οι συνθήκες γένεσής της είναι χρήσιμη η αναφορά στη θεώρηση του Olievenstein (1973), ο οποίος υποστηρίζει ότι η εξάρτηση γεννιέται τη στιγμή που συναντιούνται ένα άτομο με συγκεκριμένη δομή προσωπικότητας με το αντικείμενο εξάρτησης(αλκοόλ) σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό- οικονομικό- πολιτισμικό περιβάλλον. Το περιβάλλον αναφέρεται τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία της οικογένειας και της ευρύτερης κοινωνίας που πλαισιώνουν το άτομο με εξάρτηση από το αλκοόλ. Η δομή της προσωπικότητας αναφέρεται σε όλα τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά που φέρει το άτομο με τη γέννηση του και σε όλα εκείνα τα στοιχεία που απέκτησε στο περιβάλλον που μεγάλωσε (Παπατριανταφύλλου, 2017).

Η συνάντηση των τριών παραγόντων αποτελεί μια ολοκληρωμένη προσεγγιστική θεώρηση ακριβώς επειδή εμπλέκει το περιβάλλον -τόσο της οικογένειας όσο και το ευρύτερο- και ξεφεύγει από τη γραμμική ερμηνεία της σχέσης του ατόμου με την ουσία .

Σε έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1992) «φαίνεται ότι τα άτομα που εμφανίζουν ψυχολογικές αδυναμίες, προσφεύγουν συχνά στην κατανάλωση αλκοόλ προκειμένου να ικανοποιήσουν ατομικές ή ομαδικές ανάγκες. Επιπροσθέτως, η επίδραση του περιβάλλοντος -όπως η ευκολία προμήθειας αλκοόλ, τα τοπικά έθιμα, οι νόμοι, η θρησκεία, η στάση της κοινής γνώμης- καθορίζουν την κατανάλωση που θα κάνει το άτομο» (WHO, 1992).

Οι Gossop και Grant (1994) υποστηρίζουν ότι το φαινόμενο της εξάρτησης συμπεριλαμβάνει την αλληλεπίδραση του ατόμου και της ουσίας, μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον, δηλαδή μέσα σε ένα συγκεκριμένο στενό ή ευρύ πολιτισμικό πλαίσιο. Επικρατεί η άποψη, ότι εκτός από διάφορους ευνοϊκούς παράγοντες διάθεσης και διάδοσης του αλκοόλ, μεγάλο ρόλο παίζει το ψυχολογικό υπόστρωμα του καταναλωτή. Δηλαδή, στο δίπολο άτομο-ουσία, ιδιαίτερη σημασία έχει το ενδιαφέρον του ατόμου για την ουσία.

2.1. Γενετικοί –Βιολογικοί παράγοντες

Η θεώρηση της κληρονομικότητας της εξάρτησης από το αλκοόλ διαμέσου γενετικών μηχανισμών απασχολεί έντονα την επιστημονική κοινότητα εδώ και πολλά χρόνια (Cadoret ,1976. Erickson, 2007. Ποταμιάνος, 2005). Από έρευνες σε μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς διδύμους, οι οποίοι ήταν τέκνα γονέων με εξάρτηση από το αλκοόλ, που μεγάλωσαν είτε με τους φυσικούς είτε με θετούς γονείς, έχει βρεθεί μια αυξημένη γενετική επιβάρυνση ως προς τον εξάρτηση από αλκοόλ αλλά σε καμία περίπτωση απόλυτη αιτιοκρατία. Η προδιάθεση για εξάρτηση είναι μεγαλύτερη για τους μονοζυγωτικούς σε σχέση με τους διζυγωτικούς διδύμους (Πουλόπουλος, 2000).

Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα της εξάρτησης σε άρρενα τέκνα ατόμων με εξάρτηση από το αλκοόλ είναι μεγαλύτερη συγκρινόμενη με την συχνότητα σε αντίστοιχο πληθυσμό αγοριών με γονείς που δεν είχαν πρόβλημα εξάρτησης, ανεξάρτητα του αν τα παιδιά αυτά μεγάλωσαν με φυσικούς ή θετούς γονείς (Ende,et al., 2013. Schuckit, 1995).

Τελευταία, η έρευνα εστιάζει στον ρόλο των νευροδιαβιβαστών οι οποίοι παράγονται ενδογενώς στον οργανισμό και μεταφέρουν πληροφορίες σε συγκεκριμένους υποδοχείς του εγκεφάλου. Οι νευροδιαβιβαστές που κυρίως συνδέονται με την εξάρτηση ουσιών είναι η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη και οι ενδορφίνες. Οι νευροδιαβιβαστές αυτοί συνδέονται με το συναίσθημα, τη διάθεση, την αντίληψη του ατόμου και την ανοχή του στον πόνο. Η ντοπαμίνη σχετίζεται με το σύστημα ανταμοιβής στον εγκέφαλο και συνδέεται με θετική ενίσχυση της συμπεριφοράς και ευχάριστα συναισθήματα (Ende,et al., 2013. Πουλόπουλος, 2000).

Μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης φαίνεται να οδηγούν σε κατάθλιψη, αϋπνίες και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά. Οι ενδορφίνες υποβοηθούν τη μεταβίβαση του νευρωνικού ερεθίσματος και απελευθερώνονται στον οργανισμό μετά από τραυματισμό, βοηθώντας στην καταστολή του πόνου. Κεντρική υπόθεση στην προσέγγιση αυτή είναι ότι σε ορισμένα άτομα το σύστημα των νευροδιαβιβαστών δυσλειτουργεί με αποτέλεσμα να χρειάζονται τις ψυχοδραστικές ουσίες οι οποίες αντικαθιστούν το ρόλο των νευροδιαβιβαστών στον οργανισμό (Erickson, 2007).

2.2. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Πρόκειται για ψυχικούς και κοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην εξάρτηση. Μια σειρά ψυχαναλυτικών μελετών αναζητούν τις αιτίες στην κακοποίηση -σωματική, συναισθηματική, σεξουαλική- καθώς και σε τραυματικά γεγονότα κατά την παιδική ηλικία του ατόμου. Οι καταστάσεις αυτές συνδέονται κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή με έντονες εσωτερικές συγκρούσεις και άγχος (Παπατριανταφύλλου, 2017).

Οι Fenton και συν.,(2013) υποστηρίζουν την άποψη ότι η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση έχουν άμεση συσχέτιση με την εξάρτηση από το αλκοόλ. Σε έρευνα του Clark (1997) σε άτομα με εξάρτησης από το αλκοόλ το 32% των γυναικών και το 39% των ανδρών είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση, ενώ σε αντίστοιχη ομάδα ατόμων χωρίς εξάρτηση το ποσοστό ήταν 5% για τις γυναίκες και 3% για τους άνδρες. Επίσης, σε έρευνα του Colder (2001) προέκυψε ότι έφηβοι που έκαναν κατάχρηση αλκοόλ είχαν βιώσει αρνητικά γεγονότα ζωής, συμμετέχοντας ως μάρτυρες σε έντονα περιστατικά βίας . Οι Shin, Chung & Rosenberg (2016) σε έρευνά τους διαπίστωσαν ότι η σεξουαλική κακοποίηση και η ύπαρξη γονέα με εξάρτηση από το αλκοόλ σχετίζονται με την ανάπτυξη εξάρτησης στην ενήλικη ζωή. Η εξάρτηση επίσης σχετίζεται με την ύπαρξη σοβαρής διαταραχής στην πρώιμη αναπτυξιακή φάση (Krystal, 1977) .

Η θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων προτείνει την υπόθεση ότι το αλκοόλ βιώνεται από τον εξαρτημένο από το αλκοόλ ως πρωταρχικό μητρικό αντικείμενο και έτσι αντικαθιστά τις λειτουργίες που συνήθως αποδίδονται στη μητρική φιγούρα. Το άτομο σχετίζεται με την ουσία βάσει της διαταραγμένης σχέσης που είχε με τη μητρική φιγούρα (Krystal,1977). Ο Khantzian(2004), εισηγείται την άποψη ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ προκύπτει περισσότερο από ελλείψεις, αδυναμίες και ανεπάρκεια του «εγώ» και του εαυτού.

Στις παρυφές της ψυχαναλυτικής προσέγγισης και ορμώμενοι από τη Θεωρία των Δεσμών, μια σειρά μελετητών προτείνουν την διασύνδεση της εξάρτησης με τις μορφές προσκόλλησης, δηλαδή τις μορφές εκείνες που λαμβάνει ο συναισθηματικός δεσμός μεταξύ του παιδιού και του ατόμου που έχει την φροντίδα του παιδιού(Παπατριανταφύλλου, 2017). Ο τύπος συναισθηματικού δεσμού μπορεί να είναι ασφαλής ή μη ασφαλής και διαμορφώνεται κάτω από την επίδραση της

ικανότητας του προσώπου φροντίδας να συντονίζεται με τα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα που του απευθύνει το βρέφος. Στο βαθμό που το πρόσωπο φροντίδας αντιλαμβάνεται τα μηνύματα, τα ερμηνεύει σωστά και ανταποκρίνεται, το βρέφος θα οργανώσει έναν ασφαλή ή μη ασφαλή δεσμό, στη βάση του οποίου θα συγκροτήσει τον εαυτό του (Παπατριανταφύλλου, 2017).

Τα μοντέλα δεσμού βασίζονται στην εικόνα που έχει το παιδί για τον εαυτό του και τους άλλους ανθρώπους. Αποτέλεσμα της παραπάνω διεργασίας και μέσα από επαναλαμβανόμενες συνδιαλλαγές είναι η δημιουργία εσωτερικών αναπαραστάσεων της σχέσης με το σημαντικό πρόσωπο. Αναπαραστάσεις οι οποίες αποτελούν σχεσιακά σχήματα (Shaffer, 1996). Ο Bowlby (1969) τα αναφέρει ως «ενεργά μοντέλα δεσμού» (EMΔ). Τα EMΔ εμπεριέχουν δυναμικές διεργασίες στη βάση των οποίων το άτομο επεξεργάζεται πληροφορίες που αφορούν το δεσμό, πληροφορίες που προέρχονται από τον οργανισμό ή από το εξωτερικό περιβάλλον και τις αναπαριστά στη μνήμη (Shaffer, 1996). Τα EMΔ αποτελούν γενικευμένες αναπαραστάσεις που αναπτύσσει το άτομο ως αποτέλεσμα των πρώιμων επαναλαμβανόμενων αλληλεπιδράσεων με το πρόσωπο φροντίδας και περιέχουν μνήμες, συναισθήματα και προσδοκίες από τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους (Παπατριανταφύλλου, 2017). Τα EMΔ βασίζονται στην αλληλεπίδραση που έχουν τα παιδιά με το πρόσωπο φροντίδας, στον τρόπο που το πρόσωπο φροντίδας ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους και στις συμπεριφορές δεσμού (Shaffer, 1996).

Περιλαμβάνουν συναισθηματικές και γνωστικές συνιστώσες που γενικεύονται στις διαπροσωπικές σχέσεις και επηρεάζουν την ανάπτυξη του ατόμου (Καφέτσιος, 2005). Εν συνεχεία, στην ενήλικη ζωή, μέσα από τις γενικευμένες αναπαραστάσεις το άτομο επιχειρεί να προβλέψει τις αλληλεπιδράσεις με άλλα πρόσωπα προκειμένου να νιώσει ασφάλεια. Επομένως τα EMΔ, καθορίζουν τη ποιότητα σχέσεων των ανθρώπων στην ενήλικη ζωή. Το είδος EMΔ που θα δημιουργήσει το βρέφος εξαρτάται από το EMΔ που διαθέτει το άτομο που το φροντίζει (Καφέτσιος, 2005). Αν είναι ασφαλή θα συμβάλει στη δημιουργία ασφαλών EMΔ στο βρέφος, σε αντίθετη περίπτωση θα δημιουργηθούν ανασφαλή EMΔ, τα οποία έχουν σχετιστεί με την εξάρτηση από το αλκοόλ (Flores, 2001).

Οι υποστηρικτές της γνωστικής συμπεριφοριστικής θεωρούν ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ δημιουργείται λόγω της προσπάθειας του καταναλωτή να διαχειριστεί και να μειώσει το άγχος και την ένταση (Hasking, Lyvers, & Carlopio, 2011). Η εξάρτηση, δηλαδή, προέρχεται από μια διαδικασία μάθησης. Η γνωστική ψυχολογία

από τη δική της σκοπιά υποστηρίζει ότι οι γνωστικές διεργασίες επηρεάζουν και επηρεάζονται από τη κατανάλωση αλκοόλ. Οι διαταραγμένες γνωστικές λειτουργίες όπως η έλλειψη προσοχής, η αδυναμία διάκρισης της ενίσχυσης, η διαταραχή αντίληψης της έννοιας του χρόνου και του μέλλοντος είναι πιθανόν να εξηγούν την προσφυγή στη κατανάλωση αλκοόλ (Eysenck, 2010. Robinson-Riegler & Robinson-Riegler, 2012).

Ο Bandura (1977^a) υποστηρίζει ότι η εξάρτηση ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα της διάδρασης μεταξύ του ατόμου και του εξωτερικού του κόσμου που το περιβάλλει. Η θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης αναδεικνύει ότι μια συμπεριφορά μαθαίνεται μέσω της παρατήρησης των πράξεων, των στάσεων και των διάφορων συναισθηματικών αντιδράσεων των ατόμων που περιβάλλουν το κάθε άτομο (Bandura, 1977^a). *«Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το άτομο παρατηρεί τις εξωτερικές επιδράσεις, τις ερμηνεύει με βάση τις υπάρχουσες εμπειρίες του, τις οργανώνει και στη συνέχεια δρα. Βρίσκεται, λοιπόν, σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα επηρεάζουν με τη συμπεριφορά τους το περιβάλλον τους, το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς τους»* (Bandura, 1977^a).

Σύμφωνα με τον Bandura (1977^a), η αίσθηση της αυτεπάρκειας του ατόμου, είναι σημαντική και επηρεάζει στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του. Πιο συγκεκριμένα, ο όρος αυτεπάρκεια αναφέρεται στις πεποιθήσεις που έχει κάθε άτομο αναφορικά με τις δυνατότητες οργάνωσης και εκτέλεσης των διάφορων ενεργειών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση μιας κατάστασης. Οι πεποιθήσεις αυτές παίζουν καθοριστικό ρόλο μιας και καθοδηγούν και επηρεάζουν τον τρόπο σκέψης και δράσης του ατόμου, αυτά τα οποία αισθάνεται καθώς και αυτά που πραγματώνει (Bandura, 1977^a).

Η οικογένεια είναι ένα περιβαλλοντικό πλαίσιο που συμβάλλει άμεσα στην ανάπτυξη και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. Η λειτουργικότητα της οικογένειας μπορεί να προστατεύσει το άτομο από τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ ή, αντίθετα, να το εκθέσει σε αυτόν (Minuchin & Fisman, 1981). Έρευνες δείχνουν ότι αρνητικά γεγονότα της ζωής, όπως σοβαρή ασθένεια στην οικογένεια, ανεργία του γονέα, σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ, καπνού και μαριχουάνας ιδίως σε νεότερους εφήβους, καθώς και ότι έφηβοι με «προβληματική κατανάλωση» αλκοόλ έχουν βιώσει

περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα αν συγκριθούν με μη καταναλωτές (Clark ,et al., 1997.Minuchin & Fisman,1981).

Εκτός από την οικογένεια, σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση στάσεων και αντιλήψεων στη διάρκεια της εφηβείας αποτελούν οι ομότιμοι. Η ανάγκη του εφήβου να ανήκει κάπου, να είναι αποδεκτός και η δημιουργία μιας εικόνας εαυτού αποδεκτή από τους άλλους, ή η απόκτηση του συναισθήματος «παντοδυναμίας» είναι ικανά να ωθήσουν τον έφηβο στην κατανάλωση αλλά και κατάχρηση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών(Μάτσα, 2001. Μάτσα, 2008). Πολλές φορές, η επίδραση της παρέας μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ, σε υιοθέτηση διαστρεβλωμένων απόψεων σχετικά με το αλκοόλ και τους λόγους κατανάλωσης του, που αν βρουν πρόσφορο έδαφος στο μέλλον, μπορεί να οδηγήσουν σε εξάρτηση (Πουλόπουλος, 2011). Επίσης, η επίκτητη ανάγκη ενός εφήβου για την κατάκτηση της ενηλικίωσης και η απόδειξη ανδρισμού μπορεί να οδηγήσουν αρχικά σε κατανάλωση, σε παγίωση της συμπεριφοράς και τέλος σε εξάρτηση(Μάτσα, 2008).

Τα κοινωνικά πρότυπα που αποδίδονται στην κατανάλωση αλκοόλ, η τήρηση του υπάρχοντος θεσμικού πλαισίου που έχει ορίσει ο νομοθέτης για την κατανάλωση αλκοόλ, η προαγωγή της κατανάλωσης (“wet society”), η διαθεσιμότητα του αλκοόλ, η περιοχή κατοικίας, τα ήθη και έθιμα και η ανεργία μπορούν να αυξήσουν τις πιθανότητες για κατάχρηση αλκοόλ (Bryden,et al., 2013).

2.3.Εξάρτηση από το αλκοόλ και συννοσηρότητα

Η συννοσηρότητα αναφέρεται στη συνύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής και εξάρτησης από το αλκοόλ. Πολλές μελέτες έχουν διαπιστώσει υψηλή συσχέτιση μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και κατάχρησης αλκοόλ (O'Donnell, Wardle, Dantzer & Steptoe, 2006. Πουλόπουλος, 2000. Ποταμιανός & Γκιτάκος, 2017. Rognmo , Torvik , Røysamb,Tambs, 2013).

Κεντρική θέση έχουν οι διαταραχές προσωπικότητας, οι αγχώδης διαταραχές και η κατάθλιψη. Άλλες ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν είναι οι κρίσεις πανικού, οι ψυχώσεις, οι απόπειρες αυτοκτονίας και η μανιοκατάθλιψη. Υπάρχει έντονη διχογνωμία για το αν η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής προηγείται ή έπεται της κατάχρησης αλκοόλ(Μουζάς, 2005).

Συνοψίζοντας, το περιβαλλοντικό πλαίσιο όπου αναπτύσσεται ένα άτομο, καθώς και ο μετέπειτα κοινωνικός του περιγύρος φαίνεται ότι επηρεάζουν την εμφάνιση εξάρτησης από το αλκοόλ. Ιδιαίτερα, η οικογένεια και οι συνομήλικοι διαμορφώνουν τις εμπειρίες και τις πεποιθήσεις των ατόμων που μπορούν να συμβάλουν στην υιοθέτηση μιας δυσλειτουργικής συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ. Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αλλά και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση πιθανόν να αποτελούν επίσης παράγοντες που ευνοούν την εκδήλωση εξάρτησης από το αλκοόλ.

Κεφάλαιο 3^ο: Συνέπειες από την κατάχρηση αλκοόλ

Το πρόβλημα της εξάρτησης από αλκοόλ αποτελεί σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα και πλέον δυσεπίλυτα προβλήματα της σύγχρονης κοινωνίας, ένα πρόβλημα με κοινωνικές αλλά και οικονομικές επιπτώσεις. Η κατάχρηση και η εξάρτηση έχουν επιπτώσεις σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο, αλλά παράλληλα επιβαρύνουν την εθνική οικονομία σε όρους συνολικής δαπάνης υγείας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης και των συνδεδόμενων με αυτή προβλημάτων υγείας (Καρρά, Σαρίδη & Σουλιώτης, 2014. Kaplan & Sadock, 1998. Kogoj, et al., 2011. Zarkin, et al., 2010). Η εξάρτηση από το αλκοόλ μπορεί να θεωρηθεί ως μια χρόνια, εξελισσόμενη και δυνητικά θανατηφόρος κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει πλήθος σοβαρών σωματικών και ψυχιατρικών προβλημάτων (Καρρά και συν., 2014).

3.1. Οργανικές και ψυχιατρικές συνέπειες

Η κύρια δράση του αλκοόλ εστιάζεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η φαρμακολογική του δράση είναι κατασταλτική και όχι διεγερτική. Το αλκοόλ προκαλεί καταστολή της λειτουργίας του μετωπιαίου φλοιού, του οποίου μια από τις βασικές λειτουργίες είναι να διατηρεί τον έλεγχο του υπόλοιπου εγκεφάλου, με αποτέλεσμα το άτομο να δρα ριψοκίνδυνα με μειωμένη κρίση (Erickson, 2007).

Τα πρώτα συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα εκδηλώνονται μόλις η συγκέντρωση του αλκοόλ ξεπεράσει τα 40 mg/l προκαλώντας εξασθένηση της μνήμης και της προσοχής, ήπιες διαταραχές του λόγου και ελάττωση της αντίδρασης σε αισθητηριακά ερεθίσματα. Σε μεγαλύτερη συγκέντρωση παρατηρείται μέθη και κεφαλαλγίες. Σε ακόμα μεγαλύτερη συγκέντρωση παρατηρείται δηλητηρίαση με σύγχυση, λήθαργο και κώμα. Ο θάνατος μπορεί να επέλθει αν και σπάνια (Erickson, 2007).

Η βαριά κατανάλωση αλκοόλ θεωρείται ότι έχει αιτιολογική σχέση με όλο το φάσμα της ανθρώπινης παθολογίας. Συγκεκριμένα, υπάρχουν πάνω από 200 υποκατηγορίες διαγνώσεων στο ICD-10, όπου το αλκοόλ εμπλέκεται στην περιγραφή τους (Rehm, Mathers, Popova, Thavorncharoensap, Teerawattananon & Patra, 2009). Οι χρόνιες ηπατικές βλάβες εξαιτίας της κατάχρησης αλκοόλ είναι γνωστές περισσότερο από κάθε άλλη οργανική διαταραχή (Ποταμιάνος, 2005). Η κίρρωση του ήπατος είναι ίσως η πιο ευρέως αναγνωρισμένη συνέπεια της χρόνιας

κατάχρησης (10-20%) και τα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ έχουν κατά 7,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από τα άτομα που δεν καταναλώνουν αλκοόλ να νοσήσουν από κίρρωση του ήπατος (Καρρά και συν., 2014).

Η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, την υπέρταση, την μυοκαρδιοπάθεια, τις καρδιακές αρρυθμίες και την καρδιακή ανεπάρκεια (Corrao, Bagnardi, Zambon, & La Vecchia, 2004. Friedman 1998. Ποταμιάνος, 2005. Rehm, Room, Graham, Monteiro, Gmel & Sempos, 2003). Πλήθος ερευνητικών μελετών καταδεικνύουν τη συσχέτιση της κατανάλωσης αλκοόλ και διάφορων τύπων καρκίνου (IARC, 2010. Rehm et al., 2003). Πρόκειται για τους καρκίνους του στόματος, φάρυγγα, λάρυγγα, οισοφάγου, της περιοχής του τραχήλου, του ήπατος και του μαστού (Baan, et al, 2007. Μουζάς, 2005. Rehm et al., 2003). Επίσης, η επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ έχει ενοχοποιηθεί για παθήσεις του παγκρέατος, μεγαλοβλαστική αναιμία λόγω έλλειψης βιταμίνης B12 (οφειλόμενη στην ατροφία του γαστρικού βλεννογόνου), γαστρορραγίες, έλκος στομάχου, παθήσεις του ανοσοποιητικού συστήματος, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και φυματίωση (Lönnroth, Williams, Stadlin, Jaramillo & Dye, 2008).

Οι νευρολογικές διαταραχές είναι επίσης συχνές συνέπειες της επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ. Η περιφεριακή νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, τα σύνδρομα Wernicke-Korsakoff και η αλκοολική άνοια είναι μερικές από τις νευρολογικές διαταραχές (Oscar-Berman & Marinković 2007. Ποταμιάνος, 2005).

Το αλκοόλ επίσης *«επιδρά στην ανάπτυξη του εμβρύου προκαλώντας ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων: εμβρυικό θάνατο, αποβολή, πρόωγη γέννηση, χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, διαμαρτίες κατά την διάπλαση, διανοητική υστέρηση και το εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο ΕΑΣ»* (Μουζάς, 2005:101). Το νεογνό ενδέχεται να παρουσιάσει σημεία και συμπτώματα στέρησης αλκοόλ μερικές ημέρες μετά τη γέννηση του. Το ΕΑΣ αποτελεί την πιο χαρακτηριστική εκδήλωση από όλες τις παθήσεις και προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ από έγκυες και θηλάζουσες μητέρες (Μουζάς, 2005).

Χαρακτηρίζεται από προσβολή πολλών οργάνων και περιοχών με διαμαρτίες της καρδιάς, ουροποιητικού και σκελετικού συστήματος. Ενδέχεται να προσβληθούν τα οπτικά και ακουστικά αισθητήρια (Μουζάς, 2005). Ειδικότερα, στο ΕΑΣ παρατηρούνται:

1) χαρακτηριστικές μορφολογικές αλλοιώσεις του προσώπου και κρανίου, 2) αλλοιώσεις και προβλήματα από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα που συνιστά σε: α. διανοητική καθυστέρηση, συνήθως μέτρια, β. συναισθηματική αστάθεια, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχή ύπνου, έλλειψη προσοχής γ. ευερεθιστότητα, σύνδρομο υπερκινητικότητας, μειωμένο αντανακλαστικό θηλασμού, διαταραχή της κινητικής ανάπτυξης, δ. μείωση του μεγέθους βασικών γαγγλίων, παρεγκεφαλίδος, ιππόκαμπου, λειτουργικά προβλήματα στην επικοινωνία των δυο εγκεφαλικών ημισφαιρίων. 3) υπολειπόμενη ανάπτυξη βρέφους, τόσο στη γέννηση όσο και αργότερα (Μουζάς, 2005).

Η πιθανότητα να προσβληθεί το έμβρυο από το σύνδρομο σχετίζεται με τη ποσότητα που καταναλίσκεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Μουζάς, 2005).

Επιπλέον, η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ βρέθηκε να σχετίζεται και με άλλους παράγοντες όπως το κάπνισμα, το σακχαρώδη διαβήτη και την απώλεια ακοής (Ποταμιάνος, 2005).

Σε αρκετά άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ διαγιγνώσκονται ψυχιατρικές διαταραχές, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι οποίες μπορεί να είναι συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, αγχώδεις διαταραχές και σχιζοφρένεια (Kandel, et al, 2001. Μουζάς, 2005).

3.2. Κοινωνικές συνέπειες

Εκτός από τις συνέπειες στο ίδιο το άτομο με εξάρτηση από το αλκοόλ, υπάρχουν συνέπειες στο άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον (Kogoj, et al., 2011). Τα τελευταία χρόνια δίδεται μεγάλη βαρύτητα στις κοινωνικές επιπτώσεις μιας και η κατανάλωση αλκοόλ είναι υπεύθυνη για πολλά εργασιακά και οικογενειακά προβλήματα, διαπροσωπική βία και τροχαία ατυχήματα (Καρρά και συν., 2014). «Στα πλαίσια των κοινωνικών επιπτώσεων δύναται να συμπεριληφθεί ο αντίκτυπος της υπέρμετρης κατανάλωσης αλκοόλ στην οικονομική ευρωστία της κοινωνίας μας» (Καρρά και συν., 2014:30).

Στο χώρο της εργασίας έχει παρατηρηθεί η δημιουργία τεράστιου κοινωνικο-οικονομικού κόστους, κυρίως ως αποτέλεσμα της μείωσης της παραγωγικότητας, της μειωμένης απόδοσης έργου, των συχνών αδειών λόγω ασθένειας, των πολλών εργατικών ατυχημάτων, της αυξημένης παροχής υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών

καθώς και των θανάτων. Δαπανώνται πολλά εκατομμύρια κάθε έτος παγκοσμίως για όλα τα προαναφερθέντα (WHO,2018. Zarkin, et al., 2010).

Η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται άρρηκτα με τη διαπροσωπική βία και μπορεί να συμβάλει στην πρόκληση ατυχημάτων στο σπίτι και στην εκδήλωση οικογενειακής βίας τόσο στη/στο σύζυγο όσο και στα παιδιά(Καρρά και συν., 2014). Τα παιδιά μπορεί να εκτίθενται συχνότερα σε τραυματικές καταστάσεις όπως επεισόδια ενδοοικογενειακής βίας, σωματικής ή και σεξουαλικής κακοποίησης(Πομίνι,2009). Αρκετές έρευνες δείχνουν ότι παιδιά με εξαρτημένο από το αλκοόλ γονέα κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν διάφορα προβλήματα στην παιδική, εφηβική και ενήλικη ζωή τους λόγω της μη σταθερής γονικής φροντίδας. *«Τα παιδιά των εξαρτημένων δύνανται να εμφανίσουν μαθησιακές δυσκολίες, υπερκινητικότητα και ελλειμματική προσοχή, σωματικά προβλήματα, προβλήματα συμπεριφοράς, κατάχρηση αλκοόλ ή και άλλων ουσιών, καταθλιπτική διάθεση και αγχώδη διαταραχή»* (Πομίνι, 2009:87).

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που προκύπτει από την κατανάλωση αλκοόλ είναι τα ατυχήματα που προκαλούνται και τα οποία είναι κυρίως τροχαία, δηλητηριάσεις, πυρκαγιές, πτώσεις και πνιγμοί (WHO, 2018). Επίσης, η κατανάλωση αλκοόλ έχει σχετισθεί με την άσκηση βίας σε δημόσιους χώρους, με τη διενέργεια αυτοκτονιών ή ανθρωποκτονιών και άλλων επικίνδυνων συμπεριφορών, όπως το σεξ χωρίς προφυλάξεις (Πομίνι, 2009).

3.3. Στατιστικά στοιχεία για τις συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, κατά το έτος 2016 η επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ είχε ως αποτέλεσμα περίπου 3 εκατομμύρια θανάτους (το 5,3% από όλους τους θανάτους). Από αυτούς τα 2,3 εκατομμύρια ήταν άνδρες και οι 700.000 γυναίκες. Η θνησιμότητα από την κατανάλωση αλκοόλ ήταν υψηλότερη από εκείνη που προκλήθηκε από ασθένειες όπως η φυματίωση, ο ιός HIV / AIDS και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Από τους θανάτους που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ το 21,3% οφείλεται σε ασθένειες του πεπτικού συστήματος, το 19% σε καρδιαγγειακές παθήσεις, το 12,9% σε φλεγμονώδεις παθήσεις και το 12,6% σε καρκίνο. Το έτος 2016, το αλκοόλ ήταν υπεύθυνο για το 7,2% όλων των πρόωρων θανάτων (σε άτομα κάτω των 69 ετών) παγκοσμίως(WHO,2018).

Εκτιμάται ότι 900.000 θάνατοι από τραυματισμούς οφείλονται στο αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένων περίπου 370.000 θανάτων λόγω θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων, 150.000 λόγω αυτοτραυματισμού και περίπου 90.000 λόγω διαπροσωπικής βίας. Στην ηλικιακή ομάδα των 20-39 ετών, περίπου το 13,5% του συνόλου των θανάτων οφείλεται στο αλκοόλ.

Συνολικά περίπου 237 εκατομμύρια άνδρες και 46 εκατομμύρια γυναίκες έχουν εξάρτηση από το αλκοόλ, με την υψηλότερη επικράτηση στην Ευρώπη και Αμερική. Σύμφωνα με την παγκόσμια έρευνα του WHO(2018) για το αλκοόλ και την υγεία το 2016, στην Ελλάδα υπήρξαν 2466 θάνατοι οφειλόμενοι στη κατανάλωση αλκοόλ. Συγκεκριμένα, 1481 σε καρκίνο, 614 σε κίρρωση του ήπατος και 371 σε τροχαία ατυχήματα.

Το αλκοόλ είναι ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου για τη συνολική επιβάρυνση από νόσο, η οποία μετράται σε DALYs (disability-adjusted life years), μεταξύ των ανδρών ηλικίας 15-59 ετών. Οι επόμενοι παράγοντες, με διαφορά, είναι το επισφαλές σεξ, το κάπνισμα, τα αυξημένα επίπεδα σακχάρου στο αίμα(WHO,2018).

Σύμφωνα με τον Politi (2013), σε έρευνα που διεξήχθη στη Γαλλία, βρέθηκε ότι το αλκοόλ μαζί με την κοκαΐνη και την ηρωίνη έχουν τον ίδιο βαθμό επικινδυνότητας για το 20% των οικιακών ατυχημάτων, το 15% των εργατικών ατυχημάτων, το 80% των συγκρούσεων και διαπληκτισμών, το 30% των ατυχημάτων που αφορούσαν πεζούς, το 40% της κακοποίησης που αφορούσε παιδιά, το 40% των περιστατικών βίας στο σπίτι και το 65% των αυτοκτονιών.

Σε Πανελλήνια Έρευνα για την κατανάλωση οινοπνευματωδών και τη συνδεόμενη βλάβη στον πληθυσμό υλοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) το 2015, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 1519 ατόμων του γενικού πληθυσμού της χώρας ηλικίας 18-64 ετών, βρέθηκε ότι περισσότεροι από 1 στους 2 ερωτώμενους (54,5%, κυρίως νεαροί ενήλικες) ανέφεραν ότι τον τελευταίο χρόνο ένιωσαν ενόχληση από τουλάχιστον ένα περιστατικό που συνδέεται με την κατανάλωση αλκοόλ από τρίτους. Ένα στα 11 άτομα (10,8%, σε υψηλότερο ποσοστό άνδρες και νεαροί ενήλικες) υπήρξαν επιβάτες σε όχημα του οποίου ο οδηγός είχε καταναλώσει μεγάλη ποσότητα αλκοόλ.

Επίσης, σε Πανελλήνια Έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και εξαρτητικών συμπεριφορών που υλοποιήθηκε από το ΕΠΨΥ το 2015 σε 3.202 μαθητές ηλικίας 16 ετών, 1 στους 6 16χρονους μαθητές

(15,4%) αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου υπήρξε επιβάτης σε όχημα που οδηγούσε άτομο το οποίο είχε καταναλώσει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, το 9,7% αναφέρουν ότι οδήγησαν οι ίδιοι μετά από κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, το 0,9% ότι ενεπλάκησαν σε τροχαίο ενώ οδηγούσαν οι ίδιοι μετά από κατανάλωση αλκοολούχων ποτών(τα ποσοστά αυτά τριπλασιάζονται στις παραμεθόριες περιοχές) και το 7,3% των εφήβων απαντούν για τον τελευταίο χρόνο ότι, εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, είχαν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό.

Στην ετήσια έκθεση του ΕΠΠΨΥ το 2016, τα προβλήματα υγείας που αναφέρθηκαν από άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ- αιτούντες για θεραπεία κατά σειρά παρουσιάζονται στον **πίνακα 3**.

Πίνακας 3. Προβλήματα υγείας ατόμων με εξάρτηση από το αλκοόλ-αιτούντων για θεραπεία το έτος 2016.

Ψυχικά	Σωματικά
<ul style="list-style-type: none"> • Κατάθλιψη • Διπολική διαταραχή • Αγχώδης διαταραχή • Κρίσεις πανικού • Ψυχωσικά επεισόδια • Ίδιοψυχαναγκαστική διαταραχή • Αγοραφοβία 	<ul style="list-style-type: none"> • Προβλήματα ήπατος • Προβλήματα στομάχου • Παγκρεατίτιδα • Σακχαρώδης διαβήτης • Πολυνευροπάθεια • Διαταραχές μνήμης

(ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Σύμφωνα με τα στοιχεία, τάση μείωσης παρατηρείται τα δύο τελευταία έτη (2015,2016) στα ποσοστά που αφορούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας τα οποία σχετίζονται με τη κατανάλωση αλκοόλ, ενώ αντίθετα παρουσιάζεται τάση αύξησης από το 2014 για τα ποσοστά σχετικά με την ταυτόχρονη εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας λόγω κατανάλωσης αλκοόλ. Το ποσοστό των θεραπευόμενων με διαγνωσμένο ψυχιατρικό πρόβλημα (24,7%) ήταν υψηλότερο το 2016 σε σχέση με τα δύο προηγούμενα έτη(ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της διεύθυνσης Τροχαίας του Αρχηγείου της Ελληνικής Αστυνομίας, οι έλεγχοι σχετικά με την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ

που έγιναν μέσα στο 2016 ήταν 1.989.247 και από αυτούς οι 33.692(18,6%) αφορούσαν οδηγούς σε κατάσταση μέθης. Συνολικά υπήρξαν 802 θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα από τα οποία τα 149(18,5%) οφείλονταν σε μέθη. Κατά το 2016, το ποσοστό εκδήλωσης λεκτικής και σωματικής βίας σε μέλος/-η της οικογένειας τους από τους χρήστες αλκοόλ αφορούσε το 22,2%. Τέλος, το 49,5% των ατόμων που αιτήθηκαν για θεραπεία οδηγούσαν πάντα/συχνά υπό την επήρεια αλκοόλ.

Εν κατακλείδι, το αλκοόλ πέραν των ατομικών επιπτώσεων στο ίδιο το άτομο ευθύνεται για πολλά από τα κοινωνικά, οικονομικά και διαπροσωπικά προβλήματα, συμπεριλαμβανόμενης της οδήγησης υπό την επήρεια του, των οικογενειακών ερίδων, της βίας και της επιθετικότητας.

Κεφάλαιο 4^ο: Η οικογένεια και εξάρτηση

Η οικογένεια και η συγγένεια αποτελούν τους σημαντικότερους κοινωνικούς θεσμούς. Ανεξάρτητα από τις μορφές με τις οποίες εμφανίζονται κάθε φορά, τους συναντάμε σε όλες ανεξάρτητα τις κοινωνίες, πράγμα που δείχνει, πέρα από κάθε αμφιβολία, ότι αποτελούν μια από τις κύριες μορφές οργάνωσης της συλλογικής ζωής του ανθρώπου. Οι βασικοί σκοποί που επιδιώκονται με τους θεσμούς αυτούς είναι η βιολογική αναπαραγωγή, η ανατροφή των απογόνων, η εκπαίδευση και η αγωγή τους, η αμοιβαία προστασία των ατόμων που συνδέονται μεταξύ τους με συγγενικούς δεσμούς(Τσαούσης, 1984).

4.1. Ορισμός της οικογένειας

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της οικογένειας. Οι περισσότερο διαδεδομένοι είναι οι ακόλουθοι:

- Η οικογένεια είναι ένας κοινωνικός θεσμός, δηλαδή είναι ένα παγιωμένο πλέγμα κοινωνικών σχέσεων και παγιωμένοι και κοινωνικά αποδεκτοί τρόποι ατομικής και συλλογικής συμπεριφοράς και δράσης με στόχο την επίτευξη ενός τουλάχιστον κοινωνικά σημαντικά σκοπού. Η οικογένεια είναι ένας θεσμός πολύσκοπος και στους κοινωνικά σημαντικούς σκοπούς της περιλαμβάνονται η βιολογική και η κοινωνικά αναπαραγωγή - δηλαδή η εξασφάλιση της συνέχειας της κοινωνίας (Τσαούσης, 1984).
- Η οικογένεια είναι ένας νομικός θεσμός, δηλαδή ένα σύνολο διατάξεων που περιγράφουν τις νομικές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, προσδιορίζουν τα όρια της όποιας ευελιξίας τους και προβλέπουν τις συνέπειες της παράβασης του θεσμού αλλά και της υπέρβασης των παραπάνω ορίων ευελιξίας(Μουσούρου, 2005).
- Η οικογένεια είναι μια πρωτογενής κοινωνική ομάδα, δηλαδή ένα «ολιγοπρόσωπο και πολυλειτουργικό κοινωνικό σύνολο στο οποίο τα άτομα μετέχουν με άμεσες και προσωπικές σχέσεις και συνδέονται με ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς» (Τσαούσης, 1984:203). Μπορεί να λεχθεί ότι η οικογένεια είναι η κατεξοχήν πρωτογενής κοινωνική ομάδα, με λειτουργίες που περιλαμβάνουν την αναπαραγωγή, την κοινωνικοποίηση, την μέριμνα και

προστασία των μελών της, λειτουργίες οικονομικές, εκπαιδευτικές, ψυχολογικές και άλλες. Καμιά άλλη κοινωνική ομάδα, φορέας ή δεσμός δεν φαίνεται να μπορεί να καλύψει το σύνολο των λειτουργιών που καλύπτει η οικογένεια (Μουσούρου, 2005).

- Η οικογένεια είναι το σύνολο των συγγενών εξ αίματος ή εξ αγχιστείας που συγκατοικούν. Με αυτή την έννοια, ο όρος οικογένεια υποκαθίσταται μερικές φορές από τους όρους οικιακή ομάδα, ή συχνότερα «νοικοκυριό», όροι όμως που δεν είναι ταυτόσημοι με εκείνον της οικογένειας, διότι ενδέχεται να περιλαμβάνονται άτομα τα οποία δεν είναι συγγενείς(Μουσούρου, 2005).
- Οι οικογένεια είναι το σύνολο των προσώπων που αισθάνονται ισχυρούς δεσμούς αμοιβαίων υποχρεώσεων γιατί είναι συγγενείς(Λακάν, 1987).
- Η οικογένεια είναι το σύνολο των προσώπων που έχουν έναν κοινό απόγονο(Μουσούρου, 2005).
- Η οικογένεια είναι το σύνολο των συγγενών εξ αίματος και εξ αγχιστείας ενός προσώπου(Μουσούρου, 2005).
- Η οικογένεια είναι μια κοινωνική ομάδα που στις σύγχρονες κοινωνίες, την αποτελούν κατά κανόνα οι σύζυγοι και τα παιδιά τους αλλά και ένας γονέας και τα παιδιά. Η οικογένεια που την αποτελούν οι σύζυγοι και τα παιδιά τους αναφέρεται ως πυρηνική. Στις σύγχρονες νεωτερικές κοινωνίες, η κοινωνική ομάδα που είναι η συζυγική οικογένεια αποτελεί το συμβατικό σχήμα, δηλαδή το οικογενειακό σχήμα που είναι κοινωνικά αναμενόμενο αλλά όχι και κοινωνικά επιβεβλημένο (Κατάκη, 1984).
- Τέλος, η οικογένεια είναι μια ομάδα ανάλυσης της κοινωνικής πολιτικής που, στην διεθνή πρακτική, θεωρείται ότι περιλαμβάνει δυο ενήλικες ή έναν ενήλικα και ένα ή περισσότερα παιδιά. Άξονας του ορισμού αυτού είναι η ύπαρξη παιδιού και δεν απασχολεί ούτε η σχέση του παιδιού με τους ενήλικες ούτε η σχέση των ενήλικων μεταξύ τους. Σε αντίθεση με τους άλλους ορισμούς, αυτός δεν περιλαμβάνει ούτε υπονοεί συγκεκριμένες σχέσεις. Η οικογένεια δεν είναι μια κοινωνιολογική πραγματικότητα αλλά μια «ομπρέλα» που καλύπτει την ποικιλία σύνθεσης, χαρακτηριστική των νοικοκυριών στις σύγχρονες νεωτερικές κοινωνίες (Μουσούρου, 2005).

4.2. Το σύστημα οικογένεια και οι λειτουργίες του

Ο Willke (1993) ορίζει το σύστημα ως «μια συνολική συνάφεια μερών, των οποίων η σχέση μεταξύ τους είναι ποσοτικά πιο εντατική και ποιοτικά πιο παραγωγική από ότι η σχέση τους με άλλα στοιχεία. Αυτή η διαφορετικότητα των σχέσεων συνιστά τα όρια του συστήματος, τα οποία διαχωρίζουν το σύστημα από το περιβάλλον τους» (Willke, 1993:58). Ο άνθρωπος ζει μέσα σε διάφορα συστήματα, εξαρτάται και επηρεάζεται από αυτά άμεσα και έμμεσα. Το σύστημα όμως που τον επηρεάζει πιο άμεσα και ουσιαστικά ήδη από τη γέννηση, αλλά και πριν από αυτή, ως τα βαθειά γεράματα είναι η ευρεία οικογένεια του. Είναι σημαντικό η οικογένεια να αντιμετωπίζεται ως σύστημα. Ο λόγος είναι ότι για την οικογένεια ισχύει η αρχή σύμφωνα με την οποία το όλον δεν περιλαμβάνει απλώς τα μέλη, «αλλά και τις αλληλεπιδράσεις και τις διεργασίες μεταξύ των μελών της», αλληλεπιδράσεις οι οποίες ξεπερνούν τη δραστηριότητα του κάθε μέλους ξεχωριστά. Μια οικογένεια δεν περιλαμβάνει τον πατέρα, τη μητέρα και τα παιδιά ως άθροισμα από ενότητες. Περιλαμβάνει και τη δυναμική οργάνωση και αλληλοσυσχέτισή τους (Στασινοπούλου, 1997).

Η οικογένεια είναι ένα σύστημα που ικανοποιεί ταυτόχρονα πολλές ανάγκες του ανθρώπου, ενώ η αδυναμία να καλυφθούν οι ανάγκες αυτές δημιουργεί διάφορα ψυχοσωματικά και κοινωνικά προβλήματα, μεταξύ αυτών και την εξάρτηση από το αλκοόλ. Ο πολιτισμός ολόκληρος δημιουργήθηκε και εξακολουθεί να υπάρχει για να καλύψει τις διάφορες ανάγκες των ατόμων και η οικογένεια ως υποσύστημα του πολιτισμού και θεσμός εξυπηρετεί με τις λειτουργίες της διάφορες ανθρώπινες ανάγκες (Στασινοπούλου, 1997). Οι λειτουργίες μπορούν να συνοψιστούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

Αναπαραγωγική λειτουργία: η ρύθμιση της αναπαραγωγής αποτελεί βασική λειτουργία της οικογένειας. Αυτό επιτρέπει την εξασφάλιση της βιολογικής αναπαραγωγής της κοινωνίας αλλά και συνέχειας των συγγενικών δεσμών. Οι σύγχρονες κοινωνίες διαχωρίζουν την αναπαραγωγική λειτουργία από τις σεξουαλικές σχέσεις. Για άλλες κοινωνίες η ρύθμιση των σεξουαλικών σχέσεων συνδέεται με την αναπαραγωγή (Μουσουρού, 2005).

Οικονομικές λειτουργίες: αποβλέπουν στην επιβίωση της οικογένειας (εξασφάλιση τροφής, στέγης, αγαθών πρώτης ανάγκης) όπως και στην οικονομική

εξασφάλιση της διατήρησης αν όχι της βελτίωσης της κοινωνικής της θέσης. Οι λειτουργίες αυτές έχουν επηρεαστεί λόγω του κοινωνικό - οικονομικού εκσυγχρονισμού (Τσαούσης, 1984). Στις προβιομηχανικές κοινωνίες η οικογένεια αποτελούσε βασική παραγωγική και καταναλωτική μονάδα όπου εμπλέκονταν όλα τα μέλη, σε αντίθεση με αυτό που συμβαίνει σήμερα. Η οικογένεια σήμερα είναι μια μονάδα κατανάλωσης που συνδέεται με τη παραγωγή μέσω της οικονομικής δραστηριότητας κάποιων μελών της. Τα άτομα τα οποία δεν έχουν κάποια οικονομική δραστηριότητα είναι εξαρτώμενα. Η μεταβολή αυτή έχει σημαντικές επιπτώσεις στο ρόλο της γυναίκας και συνδέεται με ουσιώδεις εξελίξεις του θεσμού της οικογένειας, εξασθένηση των οικονομικών της λειτουργιών και επιπτώσεις στη δομή και συνοχή της οικογένειας (Μουσούρου, 2005).

Εκπαιδευτικές λειτουργίες: είναι λειτουργίες απαραίτητες για την εξασφάλιση της πολιτισμικής αναπαραγωγής της κοινωνίας. Αυτές περιλαμβάνουν μετάδοση αξιών της γνώσης και τεχνογνωσίας οι οποίες θα συμβάλουν στην ένταξη των νεότερων μελών στη κοινωνία. Επίσης περιλαμβάνουν την σημαντική λειτουργία της κοινωνικοποίησης και την προετοιμασία για την αποδοχή κοινωνικών ευθυνών (Τσαούσης, 1984).

Ψυχολογικές λειτουργίες: εξασφαλίζουν στο καθένα και σε όλα τα μέλη της οικογένειας την βεβαιότητα της αποδοχής και της στοργής των άλλων. Πρόκειται για τις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη. Στις σύγχρονες κοινωνίες όπου οι μεταβολές δημιουργούν σύγχυση, ανασφάλεια και αποπροσωποποίηση των σχέσεων, αυξάνεται η ανάγκη του ατόμου για συντροφικότητα και στοργή, επομένως οι λειτουργίες αυτές έχουν αποκτήσει ζωτική σημασία (Τσαούσης, 1984).

Λειτουργίες μέριμνας και πρόνοιας. Οι λειτουργίες αυτές εξασφαλίζουν στα μέλη της οικογένειας φροντίδα εφόσον τη χρειάζονται αν π.χ. είναι ασθενείς, βρέφη ή παιδιά, ηλικιωμένοι, άποροι, άνεργοι ή βρίσκονται σε δυσμενή θέση. Η σύγχρονη οικογένεια έχει χάσει μεγάλο τμήμα των λειτουργιών αυτών μιας και εξειδικευμένοι φορείς και θεσμοί έχουν αναλάβει τη φροντίδα, αφήνοντας στην οικογένεια την αποκλειστική ευθύνη της συναισθηματικής στήριξης (Μουσούρου, 2005).

Η έννοια του κύκλου ζωής, είναι μια σημαντική έννοια η οποία περιγράφει τη διαδοχή των φάσεων που διανύει μια οικογένεια στο πέρασμα του χρόνου και αφορά την κατανόηση και αντίδραση της στις καίριες στιγμές της ανάπτυξης και στις δυσκολίες της ζωής. Κάθε φάση του κύκλου προκαλεί σημαντικές επαναδιευθετήσεις

και δοκιμάζει τις ικανότητες της οικογένειας στη διευθέτηση των καταστάσεων όσο και στις συναισθηματικές προκλήσεις μεταξύ των μελών της (Τάνταρος, 2004). Οι φάσεις αυτές χαρακτηρίζονται πολλές φορές από κρίσεις οι οποίες απειλούν την οικογένεια. Στην προσπάθεια της οικογένειας να αντιμετωπίσει την κρίση, τα μέλη υιοθετούν νέες συμπεριφορές, κανόνες, τακτικές και στρατηγικές για τον περιορισμό του συμπτώματος προκειμένου το σύστημα της οικογένειας να βρει την ισορροπία του, δηλαδή, να διατηρήσει την ομοιόσταση του (Μουσούρου, 2005. Τάνταρος, 2004).

Η οικογένεια, λοιπόν, ως ένα δυναμικό σύστημα, έχει να επιτελέσει σκοπούς και στόχους, να εκτελέσει καθήκοντα, να δημιουργήσει πρότυπα, να διαμορφώσει προσωπικότητες ώστε τα παιδιά να ζουν και να μεγαλώνουν υγιώς και η ίδια να διαμορφωθεί έτσι ώστε όλα της τα υποσυστήματα να ωριμάσουν ανεξάρτητα (Steinglaas, 1980). Οι σχέσεις των μελών μιας οικογένειας και οι αλληλεπιδράσεις που μπορούν να προκύψουν μεταξύ τους συγκαταλέγονται στους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την στάση του νέου ατόμου ως προς την κατανάλωση αλκοόλ (Fenton, et al., 2013).

4.3.Η ελληνική οικογένεια

Η μητέρα είναι κεντρική φιγούρα στην οικογένεια και έχει τον κύριο λόγο στην ανατροφή, κοινωνικοποίηση και εκπαίδευση των παιδιών. Το μοντέλο της ελληνικής οικογένειας είναι παιδοκεντρικό και οι οικογενειακοί δεσμοί στενοί και διαρκείς. Οι οικογενειακοί δεσμοί στη σύγχρονη οικογένεια φαίνεται να λειτουργούν ως ένας σημαντικός πυλώνας οικονομικής, πρακτικής και συναισθηματικής στήριξης μέσα στην περιρρέουσα σημερινή ατμόσφαιρα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η διαμονή των τέκνων ακόμη και μέχρι τη μέση ηλικία (40-50 χρόνων) με τους γονείς τους οι οποίοι τους στηρίζουν ή τους συντηρούν οικονομικά. Τέτοιες καταστάσεις είναι από τη μία απαραίτητες για την επιβίωση των μελών, δημιουργούν όμως έντονες σχέσεις εξάρτησης καθώς το πιο «αδύναμο» μέλος (αυτό που αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες) οφείλει με κάποιον τρόπο να είναι «υπόλογο» στο πιο «ισχυρό» (με οικονομικούς όρους) (Collins, Gordan, & Coleman, 2017).

Αυτό μπορεί να οδηγήσει το «αδύναμο μέλος» σε περιορισμό στη λήψη των αποφάσεών του κάτι που έχει συχνά ως αποτέλεσμα μία «καθυστερημένη ενηλικίωση», όπου το «αδύναμο» μέλος παραμένει ένας άνθρωπος με δυσκολία να λάβει ακέ-

ραιες αποφάσεις για τον εαυτό του. Παραμένει ένα παιδί, με περιορισμένες ευθύνες για τη ζωή του, που είναι διαρκώς υπό τη σκέπη των άλλων(Collins et al, 2017).

Ένα χαρακτηριστικό φαινόμενο της ελληνικής οικογένειας είναι η υπερπροστασία και η τάση κυρίως των γονέων να παρέχουν συνεχή και συχνά υπέρμετρη φροντίδα στα παιδιά τους. Πρόκειται για την ανάγκη των γονέων να είναι συνεχώς παρόντες, φυσικά ή ψυχολογικά, ώστε να εξασφαλίσουν πως τίποτα κακό δε θα συμβεί στα παιδιά τους σε έναν δυνητικά επικίνδυνο κόσμο(Καππάτου, 2014). Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να αποτελεί την αυτονόητη λειτουργία κάθε γονέα, να φροντίζει δηλαδή το παιδί, να του παρέχει αγάπη και ασφάλεια, όμως είναι κάτι που δεν ισχύει. Η υπερπροστασία ενέχει την έννοια της υπερβολής. Υπερβολικά συναισθήματα (ακόμη κι αν είναι γνήσια), υπερβολικές αντιδράσεις, υπερβολική ανησυχία, υπερβολική παρουσία. Σταδιακά, τέτοιες συμπεριφορές μπορούν να καταστήσουν τα παιδιά αδύναμα να πιστέψουν στις δικές τους δυνάμεις και να διακρίνονται από χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση(Καππάτου, 2014).

Σε πολλές περιπτώσεις, όσο τα παιδιά είναι ακόμη ανήλικα, η οικογένεια δεν είναι σε θέση να διακρίνει αυτή την υπερβολική προστασία που έχει την ικανότητα να στιγματίζει την ενήλικη ζωή του παιδιού. Πολλές φορές, χρειάζονται χρόνια για να αντικρίσει κάποιος μία τέτοια κατάσταση και να αντιληφθεί το πόσο έχει επηρεάσει την εμπιστοσύνη που δείχνει προς τον εαυτό του(Καππάτου, 2014).

Η ελληνική οικογένεια χαρακτηρίζεται για την υπερεμπλοκή της στις αποφάσεις και στις ενέργειες των μελών της παρακωλύοντας τη δυνατότητα του ατόμου για ανάπτυξη και αυτονομία. Η πιθανότητα αυτονόησης ενός μέλους της οικογένειας αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα που επιφορτίζει το άτομο με άγχος και ενοχές για την πιθανή αποτυχία(Kaufman&Kaufan,1992^a).

Βασική αξία της Κρητικής οικογένειας είναι το φιλότιμο, έννοια που συνδέεται με την εσωμάδα. Το φιλότιμο ορίζεται ως «ευγένεια», «ευσυνειδησία», «αρετή», «ευαισθησία», «να δίνεις πολλά, να θυσιάζεσαι εκείνον που είναι οικογένεια σου(Προβατάκης, 2007).

Η ενότητα, η συνοχή, οι δεσμοί με τον τόπο, ο προσανατολισμός προς την παράδοση είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που περιγράφουν τις οικογένειες. Στη παράδοση όπως προαναφέρθηκε είναι ενσωματωμένη η κατανάλωση αλκοόλ και συνδυασμένη με την καθημερινότητα, τα ήθη και έθιμα. Επομένως, η οικογένεια πολλές φορές μεταλαμπαδεύει την κατανάλωση αλκοόλ ως κομμάτι της παράδοσης

και παράλληλα της κρητικής ταυτότητας (Προβατάκης, 2007). Το παραλληλίζει με τον ανδρισμό, την αξιοπρέπεια, την εκπροσώπηση της οικογένειας στη κοινωνία και τη καταξίωση της κοινωνικής θέσης του ατόμου στη τοπική κοινωνία, θέματα με εξέχουσα σημασία για τον κρητικό λαό (Προβατάκης, 2007).

4.4.Η οικογένεια ως παράγοντας της εξάρτησης

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα υπάρχουν στοιχεία για μια μεγαλύτερη συχνότητα πολυγενεακής εξάρτησης από το αλκοόλ ανάμεσα στις οικογένειες των ατόμων με εξάρτηση, μιας και μπορεί να λειτουργήσουν ως πρότυπα συμπεριφοράς για τα παιδιά ή ακόμα και να δημιουργήσουν οικογενειακές «παραδόσεις»(Fenton, et al., 2013. Haley, 1976). Πολλές έρευνες σε διαφορετικές χώρες, δείχνουν ότι η χρήση ουσιών από τους γονείς ή από όσους έχουν αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για κατανάλωση, κατάχρηση ή εξάρτηση ψυχοτρόπων ουσιών σε μικρότερη ηλικία, καθώς και σοβαρότερη κατάχρηση και εξάρτηση (Minuchin&Fisman,1981).

Επίσης η συζυγική ικανοποίηση και η οικογενειακή σύγκρουση επηρεάζουν σημαντικά την παραβατική συμπεριφορά ή την κατάχρηση αλκοόλ από ένα νέο μέλος της οικογένειας, και μάλιστα περισσότερο από το διαζύγιο των γονιών, το οποίο με την σειρά του είναι ένας ακόμα επιβαρυντικός παράγοντας(Minuchin&Fisman,1981).

Η ύπαρξη πρόωρων, απρόσμενων ή άκαιρων θανάτων μελών της οικογένειας ή ενός σημαντικού ενήλικου στη ζωή του παιδιού,ειδικά νωρίτερα από την ηλικία των 11 χρόνων, φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα, κυρίως λόγω άλτου και ανεπεξέργαστου(Minuchin&Fisman,1981) .Οι Alexander&Dibby(1975)υποστήριξαν ότι η εξάρτηση σταθεροποιεί την ομοιότητα, ενώ ο Schwartzman(1975)ότι η οικογένεια έχει παραμείνει σε κάποιο στάδιο του αναπτυξιακού κύκλου ζωής ως αποτέλεσμα ανεπίλυτων οικογενειακών αφοσιώσεων και πένθους.

Μελετώντας τις πρακτικές ανατροφής και οικογενειακής διαχείρισης (Angel & Angel, 2010) φαίνεται πως η αναποτελεσματική πειθαρχία η οποία είναι ασταθής-(πολύ χαλαρή ή πολύ αυστηρή), η έλλειψη επίβλεψης των παιδιών, η ψυχρή συναισθηματική σχέση αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες και μπορεί να οδηγήσουν στη κατάχρηση ή στην εξάρτηση από το αλκοόλ.

Ο Lee (2013) υπογραμμίζει ότι η ίδια η δυναμική της οικογένειας είναι πιθανό να εμπεριέχει συγκεκριμένες επιδράσεις κοινωνικοποίησης οδηγώντας στην

κατανάλωση αλκοόλ. Οι Kaufman & Kaufman (1992^a) αναφέρουν ότι η υιοθέτηση της εξαρτητικής συμπεριφοράς αφορά στα στοιχεία που καθορίζουν την λειτουργία και την δομή κάθε οικογένειας (π.χ. ρόλοι, κανόνες λειτουργίας, όρια, συμμαχίες, τρόπος άσκησης εξουσίας, αυτονομία, συνοχή). Οι ίδιοι, υπογραμμίζουν ότι η μικρότερη συνοχή και ευελιξία, τα περιορισμένα ενδιαφέροντα, η μικρότερη συμμετοχή σε πνευματικές, κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες, οι μεγάλες συγκρούσεις στην οικογένεια και οι στρεσογόνες καταστάσεις, είναι ικανά να οδηγήσουν σε εξάρτηση στην εφηβική ή ενήλικη ζωή. Τέλος, αναφέρουν ότι η ελληνική οικογένεια ανήκει στον τύπο των οικογενειών που χαρακτηρίζονται ως παγιδευτικά εμπλεκόμενες όπως αυτές των Ιταλών και των Εβραίων.

Η Μάτσα (2001) υποστηρίζει ότι η εξάρτηση του μέλους της οικογένειας εμφανίζεται σε κάποια στιγμή ως σύμπτωμα της δυσλειτουργίας ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. Οι Kaufman&Kaufman(1992^a) υποστηρίζουν ότι μια οικογένεια που λειτουργεί με ελάχιστους ή και καθόλου κανόνες, για παράδειγμα όταν δεν υπάρχει κοινή στάση απέναντι στο παιδί και του δίνονται συγκεχυμένα μηνύματα, είναι δυνατόν να οδηγήσει το παιδί σε παραβατική συμπεριφορά και κατανάλωση αλκοόλ και γενικά ψυχοτρόπων ουσιών. Οι μορφές οικογενειακής δυσλειτουργίας που κυρίως κρύβονται πίσω από ένα άτομο με εξάρτηση, είναι οικογένειες με χαμηλό βαθμό συνοχής, πολύ μικρό βαθμό εκφραστικότητας και υψηλό βαθμό σύγκρουσης (Γεωργάκας, 2002). Η οικογένεια μπορεί να ευθύνεται για την εξάρτηση του μέλους της αλλά από την άλλη μεριά είναι εκείνη που θα ωθήσει το άτομο να αναζητήσει βοήθεια (Μισουρίδου,2015).

4.5.Ο ρόλος της οικογένειας στην αναγνώριση της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ

Το άτομο με εξάρτηση από το αλκοόλ είναι το τελευταίο που θα αναγνωρίσει ότι έχει πρόβλημα με το αλκοόλ. Οι λόγοι γι' αυτή την άρνηση βρίσκονται στους τρόπους που η εξάρτηση επηρεάζει το εξαρτημένο άτομο και τα άτομα του περιβάλλοντός του αλλά και στη στάση του πολιτισμού μας σχετικά με το αλκοόλ, κάτι που οδηγεί στην αύξηση και στην ενίσχυση της άρνησης (Johnson, 2004).

Το άτομο που έχει πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ δεν αναζητά βοήθεια, ενώ πολλές φορές δεν έχει επίγνωση του προβλήματος. Έχει την τάση να

υποβαθμίζει, να εκλογικεύει, να αποκρύπτει τα προβλήματά του και να αποδίδει σε άλλους τις ευθύνες γι' αυτά (Μισουρίδου, 2015). Έχει αρκετές άμυνες με τις οποίες προστατεύει τον εαυτό του από την οδυνηρή και εξουθενωτική πραγματικότητα της εξάρτησης και των επιπτώσεων της. Ακόμη και όταν οι επιπτώσεις της εξάρτησης είναι φανερές, συνεχίζει να επιμένει ότι δεν έχει πρόβλημα. Οι άμυνες που χρησιμοποιεί τον απομακρύνουν σε μεγάλο βαθμό από την πραγματικότητα. Βασικό βήμα προς τη θεραπεία είναι η άρση της άρνησης και η αναγνώριση του προβλήματος από το εξαρτημένο άτομο και τους οικείους του (Μισουρίδου, 2015).

Η οικογένεια χρειάζεται συνήθως πολλά χρόνια για να συνειδητοποιήσει ότι κάποιο μέλος της αντιμετωπίζει πρόβλημα με το αλκοόλ. Υπάρχουν προειδοποιητικά σημεία τα οποία απωθούνται από την οικογένεια μιας και η παραδοχή της κατάστασης θα επιφέρει σοβαρές συνέπειες. Η συνειδητοποίηση φέρει συναισθήματα θυμού, ματαίωσης, φόβου και απομόνωσης. Αντιμετωπίζει το «μεγάλο» μυστικό μόνη της αποκομμένη από το κοινωνικό της περιβάλλον κι εμφανίζεται κατατεθλιμμένη και αδύναμη να στηριχθεί και να στηρίξει το μέλος της (Μισουρίδου, 2015).

Δεν γνωρίζει πως να φερθεί στο άτομο με εξάρτηση από το αλκοόλ. Επιπροσθέτως, θεωρεί το άτομο ικανό να διακρίνει το πρόβλημα και αναζητά το λόγο που δεν το αντιμετωπίζει κατά πρόσωπο και το αγνοεί. Το εξαρτημένο άτομο, όμως, είναι το τελευταίο που θα αναγνωρίσει ότι έχει πρόβλημα και ίσως εξαρτάται περισσότερο από τους οικείους του να παρατηρήσουν τα σημάδια και να τον κινητοποιήσουν να ζητήσει βοήθεια (Johnson, 2004). Είναι σημαντικό οι οικείοι να ζητήσουν βοήθεια. Να ενημερωθούν για το πώς μπορούν να βοηθήσουν το εξαρτημένο μέλος τους αλλά και να βοηθηθούν οι ίδιοι.

Το οικογενειακό περιβάλλον, το κοινωνικό περιβάλλον στενών φίλων, εργοδοτών, συνεργατών και όλων εκείνων που αποτελούν μέρος του κοινωνικού δικτύου του ατόμου και ενδιαφέρονται για την αλλαγή της εξαρτητικής του συμπεριφοράς μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη προσπάθεια του να αντιμετωπίσει το πρόβλημα (Γεωργάκας, 2007. Γεωργάκας, 2002). Η ύπαρξη τέτοιων συμμάχων μπορεί να συμβάλλει στη κινητοποίηση του ατόμου ώστε να ζητήσει βοήθεια. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ (2017) το 1/3 των αιτημάτων βοήθειας προς τα προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ προέρχονται από κάποιο συγγενικό πρόσωπο.

4.6. Η συμβολή της οικογένειας στη θεραπεία του εξαρτημένου μέλους της

Σύμφωνα με τη Συστημική Θεώρηση, η εξάρτηση από ουσίες αφορά το άτομο όχι ως απομονωμένη μονάδα αλλά ως μέρος μιας ζωντανής ομάδας ενός λειτουργικού συστήματος, δηλαδή της οικογένειας (Madanes, 1981). Στη δεκαετία του '50 και στις αρχές τις δεκαετίες του '60 η εξάρτηση εθεωρείτο ένα πρόβλημα ατομικό που θα έπρεπε να αντιμετωπιστεί μακριά από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, προκειμένου το άτομο να προστατευτεί από τις αρνητικές επιδράσεις αλλά και αντίστροφα (Πουλόπουλος, 2000). Από τη δεκαετία του '70 και μετά, με την ανάπτυξη της οικογενειακής θεραπείας, η οικογένεια αναγνωρίστηκε ως σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία της θεραπείας (Γεωργάκας, 2007).

Το 1/3 περίπου των εξαρτημένων που ζητούν θεραπεία στην Ελλάδα αποδίδουν την έναρξη της επαφής με τα θεραπευτικά προγράμματα στην πίεση που ασκεί η οικογένεια τους (ΕΚΤΕΠΝ, 2017). Η εμπλοκή της οικογένειας είχε θετική επίδραση στην πορεία της θεραπείας του εξαρτημένου ατόμου αλλά και στην μείωση του κινδύνου της υποτροπής. Επίσης, βρέθηκε ότι ανατρέπει τις δυσλειτουργίες που ήταν απότοκες της κατανάλωσης αλκοόλ (Γεωργάκας, 2007). Ο Πουλόπουλος (2011) υποστηρίζει ότι η οικογένεια μπορεί να συμβάλει σημαντικά εκτός από την κινητοποίηση, στην παραμονή στη θεραπευτική διαδικασία και την αποκατάσταση του ατόμου.

Αν η οικογένεια μείνει απόμακρη, μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά τόσο στη διάρκεια της διαδικασίας αυτής όσο και στην περίπτωση πρόωρης αποχώρησης. Τα προβλήματα που προϋπήρχαν στις ενδοοικογενειακές σχέσεις συνήθως συνεχίζονται και μετά από την απομάκρυνση από τη θεραπεία, συνιστώντας σαφή κίνδυνο υποτροπής (Γεωργάκας, 2007).

Είναι απαραίτητο και πολύ βοηθητικό, μαζί με το άτομο να πάρει την ανάλογη βοήθεια και η οικογένεια (Μουζάς, 2005). Οι άνθρωποι που αποτελούν το οικογενειακό περιβάλλον του εξαρτημένου ατόμου βιώνουν καθημερινά πολλές συνέπειες εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ. Συμμετέχοντας στη θεραπεία μπορούν να παραδεχτούν και να διαχειριστούν τα αρνητικά συναισθήματα και τις δυσκολίες που βιώνουν δίπλα στο εξαρτημένο άτομο. Να κατανοήσουν πώς έφτασαν σε αυτή τη κατάσταση, πώς συνέβαλαν οι ίδιοι σε αυτή και τι χρειάζεται να αποφύγουν για να μην επιστρέψουν εκεί (Μισουρίδου 2010).

Η εξάρτηση είναι μια κατάσταση που δημιουργεί ένα ειδικό αλληλεπιδραστικό περιβάλλον το οποίο ενδεχομένως να προκαλεί και να διατηρεί την εξαρτητική συμπεριφορά, αντίθετα με τις προθέσεις των ατόμων που εμπλέκονται σε αυτό. Όταν η εξάρτηση διακόπτεται, αυτό δε σημαίνει ότι το σύστημα βρίσκει άμεσα νέους τρόπους ισορροπίας (Γεωργάκας, 2007). Στόχος της οικογενειακής θεραπείας είναι η ανεύρεση νέων σημείων ισορροπίας του οικογενειακού συστήματος αξιοποιώντας αλληλεπιδράσεις που είναι λειτουργικές και δεν προϋποθέτουν την ύπαρξη προβλημάτων για να ενώνουν τα μέλη του. Όσο η οικογένεια ανακαλύπτει νέες πιο λειτουργικές πλευρές της ζωής, τόσο περιορίζονται οι πιθανότητες υποτροπής (Γεωργάκας, 2007. Fosteri & Papanastasatos, 2002. O'Farrell & Falls-Stewart, 2006).

Εν κατακλείδι, η οικογένεια είναι η πρώτη ομάδα στην οποία συμμετέχει ενεργά ο άνθρωπος και αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο οικοδομείται η κοινωνική του ανάπτυξη. Η ομάδα αυτή, με το πέρασμα του χρόνου, αναπτύσσει διάφορους τρόπους αλληλεπίδρασης, οι οποίοι συνιστούν την οικογενειακή δομή που διέπει τον τρόπο λειτουργίας των μελών της, καθορίζοντας το εύρος της συμπεριφοράς τους και διευκολύνοντας την αλληλεπίδρασή τους. Έρευνες έχουν βρει συσχέτιση προτύπων αλληλεπίδρασης μέσα σε οικογένειες με την εξάρτηση από αλκοόλ αλλά και με τη θεραπεία της (Dayton, 2000. Μισουρίδου, 2015. Πουλόπουλος, 2000). Η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία του εξαρτημένου μέλους της με εξάρτηση από το αλκοόλ έχει θετικά αποτελέσματα όσον αφορά την αποχή, τη συμμετοχή στη θεραπεία και την πρόληψη της υποτροπής. Η θεραπεία είναι ευεργετική και για τα μέλη της οικογένειας μιας και αυτά υποφέρουν από τις επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ του μέλους της. Πολλές μελέτες (Γεωργάκας, 2007. Dayton2000. Kaufmann & Kaufman 1992a. Πουλόπουλος, 2011) αναδεικνύουν τη συμπεριφορά, τη στάση και τη δυναμική της οικογένειας ως τους σημαντικότερους παράγοντες για τη μη ολοκλήρωση και την πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας.

Κεφάλαιο 5^ο: Προσεγγίζοντας την έννοια της θεραπείας

5.1.Ορίζοντας την αποτελεσματικότητα της θεραπείας

Ένα από τα θέματα που απασχολεί την επιστημονική κοινότητα στο πεδίο των κοινωνικών επιστημών είναι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η διερεύνησή του προϋποθέτει τον καθορισμό του πλαισίου της θεραπείας ως έννοιας και ως εφαρμοσμένη πράξη. Με άλλα λόγια, ποιοι παράγοντες συνθέτουν τη θεραπεία και πώς ορίζεται κάθε φορά το αποτέλεσμα. Έπεται η αξιολόγηση του θεραπευτικού αποτελέσματος που δείχνει την επιτυχία της παρέμβασης και επιτάσσει το σχεδιασμό μελλοντικών παρεμβάσεων (McLennan & McKay, 1998).

Το πρώτο σημείο για τη δημιουργία μεθόδων και συστημάτων που προάγουν την αποτελεσματικότητα είναι ο ορισμός των στοιχείων που την καθιστούν πολύτιμη (McLennan & McKay, 1998). Ο θεραπευτικός στόχος δεν μπορεί να περιορίζεται στην αποχή από το αλκοόλ, όσο κι αν αυτή αποτελεί θεμελιώδη κριτήριο αποτελεσματικότητας. Για το εξαρτημένο άτομο από αλκοόλ, η αποτελεσματικότητα στη θεραπεία υπολογίζεται αρχικά από τη μείωση των όποιων προβλημάτων έχει επιφέρει η κατανάλωση αλκοόλ, τα οποία τον επηρεάζουν ατομικά, διαπροσωπικά κοινωνικά και επιβαρύνουν τη δημόσια υγεία (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, 1997. McLennan & McKay, 1998. O'Farrell & Falls-Stewart, 2006. Παπατριανταφύλλου, 2017. Πουλόπουλος, 2011).

Η αποχή από το αλκοόλ είναι αναγκαία αλλά συχνά ανεπαρκής για τη μακροπρόθεσμη βελτίωση όλων των παραπάνω. Θέλοντας να μελετήσουμε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του εξαρτημένου ατόμου από το αλκοόλ χρειάζεται να μελετήσουμε τέσσερις βασικούς άξονες, έχοντας ως δεδομένο ότι το άτομο συμμετέχει στη θεραπεία:

1. Αποχή από την κατανάλωση αλκοόλ ή μείωση της κατανάλωσης
2. Βελτίωση στην σωματική και ψυχική υγεία
3. Βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας (βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εργασία, στο να μπορεί να χρησιμοποιεί υπηρεσίες)
4. Μείωση της επιβάρυνσης στη δημόσια υγεία και ασφάλεια (εγκληματικότητα, ασθένειες, τροχαία ατυχήματα, θάνατοι) (McLellan & McKay, 1998).

Η έννοια επομένως της επιτυχούς έκβασης της θεραπείας ή της αποτελεσματικότητας φαίνεται να διαθέτει πολλές πτυχές και να συνδέεται με πολλούς παράλληλους στόχους. Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτικού προγράμματος συχνά επηρεάζουν καθοριστικά το αποτέλεσμα της θεραπείας. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι το θεραπευτικό προσωπικό, το θεσμικό πλαίσιο και η λειτουργία του, καθώς και για το αν πρόκειται για ατομική ή ομαδική θεραπεία (Fosteri, Papanastasatos, 2002). Ο Πουλόπουλος (2000) υποστηρίζει ότι η έρευνα αποτελεσματικότητας οφείλει να συμπεριλαμβάνει το σύνολο όσων αποτελούν μέρος του συστήματος της θεραπευτικής διαδικασίας, αφού όλοι συμμετέχουν σε ένα πεδίο δυναμικής που αναπτύσσεται μεταξύ τους

Υπάρχει μια ενδιαφέρουσα συζήτηση στην σχετική βιβλιογραφία σχετικά με τον χρόνο παραμονής στην θεραπεία ώστε το θεραπευτικό αποτέλεσμα να είναι ικανοποιητικά σταθερό. Ο Zweben (1993), υποστηρίζει ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας μπορεί να φανεί μετά τους 6 μήνες παραμονής στη θεραπεία. Σύμφωνα με τους Barber & Crisp (1995) όσοι έχουν ιστορικό αυξημένης και παρατεταμένης κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να έχουν προσωρινή έκπτωση στις γνωσιακές τους λειτουργίες (π.χ. προσοχή, συγκέντρωση, μνήμη), κάτι που θα επηρεάσει την αντίδραση τους στη θεραπεία κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της αποχής, μιας και προκαλούνται αρνητικά συναισθήματα.

Η αποχή περιλαμβάνει περιόδους κατάθλιψης και άγχους, ευερεθιστότητας, απάθειας ή χαμηλής ενέργειας, θυμού, μελαγχολίας για τα λάθη, αισθήματα απελπισίας και δυσκολία στη δόμηση του χρόνου και στην ολοκλήρωση εργασιών. Ωστόσο, τα συμπτώματα άγχους, αϋπνίας, και αυτόματης δυσλειτουργικότητας και όλα όσα προαναφέρθηκαν μπορεί να διαρκέσουν για 3 έως 6 μήνες, σε χαμηλότερη ένταση (APA, 2013).

Ένα άλλο σημαντικό κριτήριο που υπολογίζεται και σχετίζεται με την αποχή είναι η υποτροπή. Οι Donovan & Marlatt (2005) και οι Becker & Happel (2012), ορίζουν την υποτροπή ως την επανέναρξη της κατανάλωσης της ουσίας μετά από παρατεταμένη περίοδο αποχής. Η υποτροπή συνδέεται συχνά με την ακαταμάχητη επιθυμία για κατανάλωση αλκοόλ και φαίνεται να αποτελεί το σημαντικότερο εμπόδιο στην προσπάθεια για απεξάρτηση από το αλκοόλ. Οι παράγοντες που σχετίζονται με μια υποτροπή είναι το οικογενειακό περιβάλλον, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η κοινωνική πίεση, η έλλειψη ψυχαγωγικών και κοινωνικών

δραστηριοτήτων, η συναισθηματική κατάσταση και θέματα υγείας (Hawkins & Catalano, 1992. Γεωργάκας, 2007).

Ένα μεμονωμένο, παροδικό επεισόδιο κατανάλωσης αλκοόλ ή η κατανάλωση αλκοόλ για ένα σύντομο χρονικό διάστημα χαρακτηρίζεται ως *ολίσθημα* (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Θεωρείται επομένως ως *ολίσθημα* ένα επεισόδιο κατανάλωσης αλκοόλ που περιβάλλεται από περιόδους αποχής και κατά το οποίο η πρόθεση του ατόμου είναι να συντηρήσει την αποχή, δηλαδή το άτομο έχει 1) διατηρήσει την εστίαση του στο αλκοόλ και 2) τη ταυτότητα του ως ατόμου με εξάρτηση από το αλκοόλ, χωρίς να έχει επανέλθει σε παλιές πεποιθήσεις και άμυνες.

Οι Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) υπογραμμίζουν ότι το ολίσθημα δεν στοιχειοθετεί αποτυχία της θεραπείας, καθώς δεν είναι προβλέψιμο αν το άτομο που ολισθαίνει θα επιστρέψει στη θεραπεία ή θα ανοίξει ένα νέο κύκλο κατάχρησης. Η υποτροπή μπορεί να επαναλαμβάνεται συνεχώς μετά από περιόδους αποχής ή ανεπιτυχούς προσπάθειας διακοπής του αλκοόλ (Kogoj, et al., 2011). Αυτός ο «φόβος για υποτροπή» που περιγράφεται στις ομάδες αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας είναι πολύ κοντά σε αυτό που αναφέρουν οι Downs, Houghtaling, Wampler & Shumway (2009) ως «τραύμα της απεξάρτησης» το οποίο χαρακτηρίζεται από την αλλαγή στον εξωτερικό έλεγχο και στη στήριξη. Το άτομο, το ζευγάρι και η οικογένεια βιώνουν ένταση και άγχος καθώς πρέπει να λειτουργούν χωρίς αλκοόλ.

Σύμφωνα με τους Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, (1997) και τον Πουλόπουλο (2011) η διάρκεια παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία αποτελεί ένα σαφή και σταθερό προγνωστικό παράγοντα για θετικά αποτελέσματα σε όλους τους τομείς που συνδέονται με την εξάρτηση. Επίσης, ο βαθμός εξάρτησης (Gainey, Wells, Hawkins & Catalano, 1993), ο βαθμός κινητοποίησης για την έναρξη της θεραπείας, ο ρόλος της οικογένειας και των σημαντικών άλλων (Παπατριανταφύλλου, 2017. Stanton, 1997), φαίνεται να σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι επίσης ένας έγκυρος δείκτης για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Foster, Powell, Marshall & Peters, 1999). Η ποιότητα ζωής «είναι μία έννοια με ευρύ, και σύνθετο περιεχόμενο καθώς περιλαμβάνει επιδημιολογικές, λειτουργικές, οικονομικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις και προσωπικές αντιλήψεις και εμπειρίες» (Yfantopoulos, 2001^a).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ποιότητα ζωής ορίζεται «η αντίληψη που έχει ένα άτομο από την ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιών

του περιβάλλοντος στο οποίο αυτό ζει, σε σχέση με τους επιμέρους στόχους, προσδοκίες, πρότυπα και ανησυχίες που έχει το άτομο αυτό»(WHOQOL Group, 2003).

Ο Rokeah(1973) υποστηρίζει ότι η καλή υγεία είναι βασικός πυλώνας για την ποιότητα ζωής, σύμφωνα πάντα με την υποκειμενική άποψη του ατόμου. Ο Cutter(1985) ορίζει την ποιότητα ζωής «ως την ευτυχία ή την ικανοποίηση που αισθάνεται ένα άτομο για τη ζωή ή το περιβάλλον στο οποίο κινείται, υπολογίζοντας τις ανάγκες, τις προτιμήσεις, τις επιθυμίες σε υλικό και πνευματικό επίπεδο». Το άτομο αλληλεπιδρά με την κοινωνία στην οποία διαμένει άρα υπολογίζονται, και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί)(Cutter,1985).

Ο Shalock(2004) υπογραμμίζει ότι η ποιότητα ζωής συντελείται από το ευ ζην, φυσικό και υλικό, από τις διαπροσωπικές σχέσεις, την συναισθηματική ευημερία, από τον αυτοπροσδιορισμό του ατόμου και τη κοινωνική του ένταξη στο περιβάλλον όπου ζει και κινείται.

Άλλοι ερευνητές θεωρούν την ποιότητα ζωής συνυφασμένη με την σωματική και ψυχική υγεία καθώς και τη κοινωνικότητα, σύμφωνα πάντα με την προσωπική αντίληψη, στάση, εμπειρίες και προσδοκίες του ατόμου(Kolotkin,Meter&Williams, 2001). Η Sherman(2005), με τη σειρά της ορίζει την ποιότητα ζωής ως την αίσθηση του ατόμου για το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή του, το βαθμό ευεξίας, το βαθμό ευτυχίας αναφορικά με την υγεία του, τη δράση, τη ψυχική κατάσταση, τους στόχους, την αυταξία, την κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη.

Ο Kummmins(2000) θέλησε να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής αξιολογώντας την ικανοποίηση του ατόμου στους επτά ακόλουθους τομείς :υγεία, υλική, συναισθηματική και κοινωνική ευημερία, ασφάλεια, παραγωγικότητα και οικειότητα.

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής έχει απασχολήσει έντονα τα τελευταία χρόνια, την επιστημονική κοινότητα, ειδικά τους τομείς της υγείας και της οικονομίας(WHO, 2018). Η μέτρηση της παρουσιάζει μια εικόνα για συγκεκριμένες συνιστώσες, όπως η σωματική και ψυχολογική υγεία, η κοινωνική ευημερία, οι κοινωνικές σχέσεις, οι προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις, η ανεξαρτησία, η παρουσία εξάρτησης, η σχέση με το περιβάλλον. Επίσης, μελετάει τις εργασιακές συνθήκες, την οικονομική κατάσταση, τις οικογενειακές σχέσεις, τον ελεύθερο χρόνο, τη μόρφωση, την κοινωνική και πνευματική επίτευξη.

Σε έρευνες που έχουν γίνει (Donovan, Mattson, Cisler, Longabaugh, Zweben& Muller, Skurtveit&Clausen, 2016) βρέθηκε ότι η χαμηλή ποιότητα ζωής σχετίζεται με την κατάχρηση αλκοόλ και την εξάρτηση. Σε έρευνα του Παγκόσμιου

Οργανισμού Υγείας (2018) βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με εξάρτηση από το αλκοόλ είναι χαμηλή και συγκαταλέγεται στα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής, χαμηλότερα και από αυτά ατόμων με χρόνιες παθήσεις ή με καρκίνο.

Σε έρευνα που διεξήχθη στη Νορβηγία(Mathiesen, Nome, Eisemann&Richter, 2012), σε τυχαίο δείγμα(αντλούμενο από την Εθνική Στατιστική υπηρεσία της Νορβηγίας) 4.000 ατόμων ηλικίας 18 έως 79 ετών, μελετήθηκε η σχέση των προτύπων κατανάλωσης αλκοόλ, η ψυχολογική δυσφορία και η ποιότητα ζωής. Βρέθηκε ότι τα άτομα που κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής και υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας εν αντιθέσει με τα άτομα που απείχαν από το αλκοόλ. Συγκεκριμένα, τα άτομα που κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, κατέδειξαν τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής ειδικά στους τομείς ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον (Mathiesen, et al., 2012).

Επίσης, σε έρευνα που διεξήχθη το 2008 σε 4.841 άτομα ηλικίας 25-34 ετών σε τρεις ευρωπαϊκές χώρες(Γαλλία, Ιταλία και Ολλανδία) η οποία μελετούσε τη σχέση των προτύπων κατανάλωσης και της ποιότητας ζωής σε νέες ηλικίες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα πρότυπα κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζονται με τα επίπεδα ποιότητας ζωής. Όσο αυξάνονταν η κατανάλωση αλκοόλ από τους συμμετέχοντες παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής(Beccaria , Rolando&Ascani ,2012).

Οι Foster, Powell, Marshall,&Peters(1999), σε έρευνά τους υποστήριξαν ότι τα επίπεδα ποιότητας ζωής βελτιώνονται στην πορεία της θεραπείας του ατόμου με εξάρτηση από το αλκοόλ. Επίσης, επεσήμαναν κάποιους σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ατόμων με εξάρτηση από το αλκοόλ. Αυτοί είναι η ψυχική υγεία, η ψυχιατρική συννοσηρότητα και η ποιότητα του ύπνου. Η αποχή από το αλκοόλ ή ακόμα η μείωση της κατανάλωσης σχετίζονται θετικά με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Frischknecht, Sabo&Mann, 2013). Η χαμηλή ποιότητα ζωής σχετίζεται με πιθανή υποτροπή σύμφωνα με τους Donovan και συν.,(2005) και υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής χρειάζεται να μετράται για την αξιολόγηση της έκβασης της θεραπείας, έχοντας μελετήσει άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ κατά την είσοδό τους στη θεραπεία και κατά τη πορεία τους σε αυτή. Στην έρευνα τους βρέθηκε ότι υπάρχει συνεχής βελτίωση της ποιότητας ζωής κατά την πορεία της θεραπείας τους.

Επίσης, η μέτρηση της ικανοποίησης από τη ζωή του ατόμου, φαίνεται ότι μπορεί να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σύμφωνα με τους Koivumaa-Honkanen, Kaprio, Korhonen, Honkanen, Heikkilä & Koskenvuo (2012). Ο όρος ικανοποίηση από τη ζωή, είναι συνυφασμένος με την ποιότητα ζωής και αναφέρεται στη γνωστική αποτίμηση του ατόμου για τη ζωή του και το βαθμό στον οποίο οι ψυχολογικές και κοινωνικές του ανάγκες είναι καλυμμένες (Diener, 1984). Εμπεριέχει την αποτίμηση από την ζωή του ατόμου συγκριτικά με το τι προσδοκούσε από τη ζωή του γενικά (Diener, 1984).

Σε έρευνα των Koivumaa-Honkanen, Kaprio, Korhonen, Honkanen, Heikkilä & Koskenvuo (2012), όπου θέλησαν να μελετήσουν τη σχέση της ικανοποίησης από τη ζωή με τη κατανάλωση αλκοόλ, βρέθηκε πως η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με τη χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή. Επίσης, σε έρευνα των Massin & Kopp (2014) βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα, αφού η κατανάλωση αλκοόλ βρέθηκε να σχετίζεται με την ικανοποίηση από τη ζωή, και να έχουν αρνητική συσχέτιση, όσο μεγαλύτερη ήταν η κατανάλωση αλκοόλ τόσο μικρότερη ήταν η ικανοποίηση από τη ζωή.

5.2. Μέθοδοι θεραπείας

Στην Ελλάδα υπάρχει μια ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων που αν και παρουσιάζουν μεταξύ τους αρκετές διαφορές, εντούτοις διακρίνονται για τους κοινούς τους στόχους (Ποταμιάνος & Γκιτάκος, 2017. Πουλόπουλος, 2011). Ως πρώτος κοινός στόχος περιγράφεται η αποχή ή η μείωση της κατανάλωσης, ενώ ως δεύτερος η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας όπως και η μείωση των κινδύνων για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια.

Επιχειρώντας μια πρώτη διάκριση των μεθόδων που στοχεύουν στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ, αναγνωρίζουμε δυο βασικές προσεγγίσεις: η μια διέπεται από την ιατροκεντρική αντίληψη και η άλλη εστιάζει στην ψυχοκοινωνική στήριξη (Παπατριανταφύλλου, 2017). Πολλές φορές ο συνδυασμός των δυο έχει θετικά αποτελέσματα στην έκβαση της θεραπείας. Οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν ως στόχο να περιορίσουν και να εξαλείψουν τις αρνητικές συνέπειες της κατάχρησης αλκοόλ επιδιώκοντας τη μείωση της κατανάλωσης και την πλήρη αποχή από αυτήν. Η θεραπευτική διαδικασία περιλαμβάνει μείωση της κατανάλωσης και αποχή από το αλκοόλ, βελτίωση της

σωματικής και ψυχικής υγείας, βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας και μείωση των κινδύνων που περιλαμβάνει η εξαρτητική συμπεριφορά για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια (Πουλόπουλος, 2011).

Κριτήρια αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής διαδικασίας αποτελούν η μείωση και η εξάλειψη των συμπτωμάτων κατανάλωσης, καθώς και η αποφυγή υποτροπών. Η απεξάρτηση είναι μια μακρόχρονη διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο που αντιμετωπίζει πρόβλημα εξάρτησης από μια ουσία καταφέρνει να αποδεσμευτεί από αυτήν και να φτάσει σε ένα καλύτερο επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας αλλά και κοινωνικής λειτουργικότητας (Ποταμιάνος & Γκιτάκος, 2017).

5.2.1.Φαρμακευτική θεραπεία

Στόχος της φαρμακευτικής θεραπείας, αρχικά, είναι να αντιμετωπίσει το στερητικό σύνδρομο και να επιφέρει τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ. Η θεραπεία αυτή περιλαμβάνει φάρμακα που α) προκαλούν την αποστροφή του ατόμου να καταναλώσει αλκοόλ, β) μειώνουν την επιθυμία κατανάλωσης αλκοόλ και γ) αντιμετωπίζουν τυχόν ψυχιατρικές συνυπάρχουσες νόσους (Μουζάς, 2005).

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι η δισουλφιράμη, η ναλτρεξόνη, η ακαμπροσάτη, η ναλμεφένη, το γ-αμινοβουτυρικό οξύ και η οντασετρόνη. Ειδικότερα, η δισουλφιράμη προκαλεί αποστροφή, απέχθεια και βλάβη αν καταναλωθεί παράλληλα με αλκοόλη. Η λογική της χορήγησης βρίσκεται στη σκέψη ότι ο κίνδυνος της ανεπιθύμητης ή ακόμα και επιβλαβούς αντίδρασης θα επιφέρει περιορισμό κατανάλωσης.

Η ναλτρεξόνη (Pettinati, et al., 2006) ελαττώνει την επιθυμία για την αναζήτηση και κατανάλωση αλκοόλ ενώ η ακαμπροσάτη χορηγείται για την μείωση της υπερδιεγερσιμότητας από το σύνδρομο στέρησης και την ακαταμάχητη επιθυμία για την κατανάλωση της ουσίας. Η ναλμεφένη είναι χημικά συγγενής της ναλτρεξόνης με μεγαλύτερη όμως ημιπερίοδο ζωής και λιγότερες παρενέργειες. Το γ-αμινοβουτυρικό οξύ μειώνει την κατανάλωση αλκοόλης μιμούμενο τη δράση της στο κεντρικό νευρικό σύστημα ενώ η οντασετρόνη χορηγείται για τον περιορισμό κατανάλωσης αλκοόλ σε νέα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ, προσπαθώντας να διορθώσει κάποια πιθανή σεροτονινεργική ανωμαλία (Μουζάς, 2005). Η φαρμακοθεραπεία δεν αποτελεί παρέμβαση με στόχο τη θεραπεία. Όταν

χρησιμοποιείται θα πρέπει να είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ψυχοκοινωνική θεραπεία (Power, et al., 2005).

5.2.2. Συμβουλευτική/Ψυχοκοινωνική θεραπεία

Υπάρχουν πολλά ψυχοκοινωνικά μοντέλα παρέμβασης που προτείνονται στις περιπτώσεις εξάρτησης από το αλκοόλ. Αυτά τα μοντέλα σχετίζονται με τη μείωση της συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ ή με προβλήματα που προκύπτουν από τη συμπεριφορά αυτή. Η ποικιλία των μοντέλων αυτών είναι μεγάλη και είναι φυσικό να παρατηρούνται ορισμένες διαφορές μεταξύ τους. Οι διαφορές αυτές παρατηρούνται στο θεωρητικό τους υπόβαθρο, στο χρόνο που διεξάγονται, στον τρόπο που πραγματοποιείται η παρέμβαση, στα άτομα που συμμετέχουν και φυσικά στο θεραπευτικό τους στόχο (Erickson, 2007 . Παπατριανταφύλλου, 2017).

Τα μοντέλα που χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο είναι η θεραπεία κινήτρων, η οικογενειακή, η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία, η θεραπεία που βασίζεται στα 12 βήματα, η σύντομη θεραπεία και λιγότερο η ψυχοδυναμική θεραπεία και κάποιες πιο σύγχρονες προσεγγίσεις. Η συμβουλευτική θεραπεία δίνει έμφαση στην ψυχοκοινωνική θεραπευτική προσέγγιση, δηλαδή στην ανάκτηση της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου με εξάρτηση από το αλκοόλ. Η λειτουργικότητα αυτή έπεται ή ανακτάται ταυτόχρονα με την σωματική απεξάρτηση ή ακόμα η επιδίωξή της μπορεί να αποτελέσει κίνητρο για τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ (Παπατριανταφύλλου, 2017).

Η ανάκτηση της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας είναι μια μακροχρόνια διεργασία στην διάρκεια της οποίας το άτομο απέχει από το αλκοόλ, ενώ παράλληλα αναπτύσσει ψυχοκοινωνικές δεξιότητες. Μαθαίνει να διαχειρίζεται τα συναισθήματα του και να αναπτύσσει νέους λειτουργικούς τρόπους ώστε να σχετίζεται με το κοινωνικό περιβάλλον. Η ψυχοκοινωνική και συμβουλευτική θεραπεία κατηγοριοποιείται σε ατομική, ομαδική και οικογενειακή (Παπατριανταφύλλου, 2017).

5.2.2.1. Ατομική θεραπεία

Η δυναμική αυτού του τύπου θεραπείας βρίσκεται αφενός, στην εξατομίκευση της παρέμβασης βάση της διαφορετικότητας της κατάστασης και της προσωπικότητας του κάθε ατόμου και αφετέρου, στην εγκαθίδρυση μιας σχέσης

εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου (Ποταμιάνος & Γκιτάκος, 2017). Οι συνεδρίες σκοπεύουν στην αναγνώριση των αιτιών που συντηρούν και ενισχύουν την εξάρτηση από αλκοόλ. Βασικοί στόχοι της θεραπείας είναι η απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων, η ανάπτυξη κινήτρων για τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και τη φροντίδα για θέματα που αφορούν τη ψυχική υγεία του ατόμου. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στην ατομική συμβουλευτική έχει τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα στον τομέα της εξάρτησης (Hinners, 2016).

5.2.2.2.Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Με τη συμμετοχή στις ομαδικές θεραπείες επιδιώκεται η προσωπική αλλαγή μέσω της ανταλλαγής εμπειριών, της έκφρασης σκέψεων και συναισθημάτων, της ανάπτυξης δεξιοτήτων και εκμάθησης διαφορετικών τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων και των δυσκολιών. Οι άνθρωποι μεγαλώνουν μέσα σε ομάδες, όπως η οικογένεια, το σχολείο, η κοινότητα και δέχονται τόσο θετικές όσο και αρνητικές επιδράσεις από τη συμμετοχή τους σε αυτές. Η θεραπεία αυτή βασίζεται στο σκεπτικό πως η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ τριών παραγόντων: α) προσωπικότητας του εξαρτημένου ατόμου, β) του αλκοόλ και γ) της επίδρασης του κοινωνικού περιβάλλοντος (Παπατριανταφύλλου, 2017). Βασικούς θεραπευτικούς παράγοντες των ομάδων αποτελούν η συλλογική υποστήριξη και ανατροφοδότηση που περιορίζουν το αίσθημα απομόνωσης των μελών (Παπατριανταφύλλου, 2017). Η ομαδική θεραπεία αποτελεί τον αποτελεσματικότερο τρόπο αντιμετώπισης της εξάρτησης (Flores, 2001. Kelly, 2007. Kelly, 2010. Λαϊνάς, 2007. Λαϊνάς, 2008. Παπατριανταφύλλου, 2017. Ποταμιάνος & Γκιτάκος, 2017. Πουλόπουλος, 2011).

5.2.2.3.Οικογενειακή Θεραπεία

Η θεραπεία των οικογενειών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα κατάχρησης ή εξάρτησης από αλκοόλ αποτελεί βασική παράμετρο της θεραπευτικής παρέμβασης (Πουλόπουλος, 2000. Πουλόπουλος, 2011). Σκοπός της οικογενειακής θεραπείας είναι η εμπλοκή του ατόμου με εξάρτηση από το αλκοόλ στην απεξαρτητική διαδικασία και η υποστήριξή του ως προς τη διαδικασία της αλλαγής. Αποβλέπει στην τροποποίηση των τυπικών συμπεριφορών της οικογένειας που προκύπτουν από την εξαρτητική συμπεριφορά και ό,τι συνεπάγεται αυτή, προκειμένου να «σπάσει» ο

κύκλος της εξάρτησης, καθώς και μέσω της παρέμβασης και της υποστήριξης ώστε να αποφευχθούν οι τυχόν υποτροπές (Piercy, Douglas, Sprinkle, & Wetchler, 1996). Η εξάρτηση από το αλκοόλ δύσκολα θα μπορούσε να θεραπευτεί αποκλειστικά μέσω μιας ατομικής προσέγγισης του ατόμου ή μόνο με τη βοήθεια φαρμάκων.

Η συστημική θεραπεία αντιλαμβάνεται το κάθε άτομο ως μέρος διάφορων συστημάτων, με βασικό σύστημα εκείνο της οικογένειας. Η σχέση μεταξύ των μελών μιας οικογένειας είναι πάρα πολύ εντατική και υπάρχει έντονη αλληλεπίδραση. Η εξάρτηση ενός μέλους επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό όλα τα μέλη της οικογένειας, ενώ παράλληλα και το ίδιο το μέλος επηρεάζεται από αυτά. Έρευνες έχουν δείξει ότι η συστηματική συμμετοχή όλης της οικογένειας στην θεραπευτική διαδικασία καθιστά πιο αποτελεσματική την θεραπεία της εξάρτησης από αλκοόλ (Μισουρίδου, 2015. Πουλόπουλος, 2011), για τους παρακάτω λόγους: 1) η οικογένεια πολλές φορές αποτελεί κίνητρο αλλαγής της συμπεριφοράς του εξαρτημένου ατόμου, 2) η θεραπεία είναι μονιμότερη αν παράλληλα επιτευχθεί η αλλαγή των συμπεριφορών και στάσεων που ενισχύουν την εμφάνιση της εξάρτησης και στα άλλα μέλη της οικογένειας και, 3) με την συμμετοχή της οικογένειας στην θεραπεία τροποποιείται η δυναμική που αναπτύσσεται μέσα στην οικογένεια με τέτοιον τρόπο, ώστε να μην έχει αρνητικές επιπτώσεις σε κανένα από τα μέλη της (Πουλόπουλος, 2011).

Η οικογενειακή θεραπεία δεν έχει ως στόχο απλώς την εξάλειψη του προβλήματος της εξάρτησης αλλά και τον επαναπροσδιορισμό της ενδοοικογενειακής σχεσιακής δομής (Γεωργάκας, 2007. Fosteri&Papanastasatos, 2002).

5.2.3. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις απεξάρτησης στη κατάχρηση αλκοόλ

5.2.3.1. Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ)

Η συγκεκριμένη προσέγγιση δίνει έμφαση στις γνωστικές εργασίες και γνωσίες, μέσω των οποίων επηρεάζονται τα συναισθήματα και η συμπεριφορά του ατόμου. Σύμφωνα με τη ΓΣΘ, οι περισσότερες αντιδράσεις μας είναι αποτέλεσμα μάθησης (Hinners, 2016). Η ΓΣΘ βασίζεται στη πεποίθηση ότι οι εμπειρίες που το άτομο αποκτά νωρίς στη ζωή του αποτελούν το θεμέλιο λίθο της ανάπτυξης των γνωστικών σχημάτων και των βασικών πεποιθήσεων απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ (Beck, 2011). Επομένως, η εμπειρία του ατόμου όσον αφορά την

κατανάλωση αλκοόλ είναι μέρος αυτής της διαδικασίας και οι πεποιθήσεις όσον αφορά τη κατάχρηση αλκοόλ αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ζωής του ατόμου. Οι πεποιθήσεις αυτές είτε θα διευκολύνουν τη ροπή του ατόμου προς κατανάλωση ή θα την εμποδίσουν (Magill & Ray, 2009).

Βασικός στόχος της θεραπείας είναι οι μαθημένες συμπεριφορές για την κατανάλωση αλκοόλ να αντικατασταθούν από νέες πιο λειτουργικές, οι οποίες δεν θα περιλαμβάνουν την κατανάλωση αλκοόλ. Κεντρικό σημείο της προσέγγισης αυτής αποτελεί η επικέντρωση στους παράγοντες που προκαλούν και συντηρούν την κατανάλωση και σε εκείνους που οδηγούν σε υποτροπή (Ποταμιάνος & Γκιτάκος, 2017).

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, τα άτομα εκπαιδεύονται να αναγνωρίζουν εσωτερικά και εξωτερικά τα αίτια της κατανάλωσης και σε συνεργασία με το θεραπευτή προσανατολίζονται σε στρατηγικές αντιμετώπισης αυτών. Σημαντικό αποτέλεσμα της θεραπείας αποτελεί η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των θεραπευόμενων με στόχο την διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου (Ποταμιάνος & Γκιτάκος, 2017).

Η ΓΣΘ έχει διερευνηθεί από πολλούς μελετητές για την αποτελεσματικότητά της στο πεδίο της απεξάρτησης. Σε μελέτη των Kaminger, Burlison, Blitz, Sussman, & Rounsaville, (1998) βρέθηκε ότι η ΓΣΘ πρόσφερε μακροχρόνια οφέλη στη ποιότητα ζωής των ατόμων βελτιώνοντας τομείς όπως η οικογενειακή λειτουργία και οι σύνοδες ψυχιατρικές παθήσεις. Τέλος, σε έρευνα των O' Connor, Perdue, Senger, Rushkin, Patnode, Bean, και συν., (2018) βρέθηκε ότι ΓΣΘ σχετίζεται θετικά με τη μείωση κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και την αύξηση της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου.

5.2.3.2. Τεχνικές της προσέγγισης κινητοποίησης

Η προσέγγιση κινητοποίησης βασίζεται στην πελατοκεντρική φιλοσοφία και αποδίδει σημαντικό ρόλο στην ενσυναίσθηση του θεραπευτή προς τον εξαρτημένο. Στόχος της προσέγγισης αυτής είναι να αξιοποιήσει το άτομο τα προσωπικά του κίνητρα για να αντισταθεί στη κατανάλωση αλκοόλ. Στο πρώτο στάδιο μέσω της συνέντευξης κινητοποίησης, περιορίζεται η αμφιθυμία του ατόμου σχετικά με τη συμμετοχή του στη θεραπεία και τη διακοπή κατανάλωσης αλκοόλ (Miller & Rollnick, 1991). Βασικός στόχος της θεραπείας είναι το άτομο να συνειδητοποιήσει την

απόκλιση των προσωπικών του στόχων και των συνεπειών της κατάχρησης και η ανάληψη ευθυνών για την αλλαγή της συμπεριφοράς του. Στα επόμενα στάδια της θεραπείας εξετάζονται στρατηγικές διακοπής της κατανάλωσης αλκοόλ που έχει υιοθετήσει ο θεραπευόμενος και ενθαρρύνεται έτσι να διακόψει τη κατανάλωση (NIDA, 2010).

5.2.4. Άλλες μορφές παρέμβασης

5.2.4.1. Θεραπευτικές κοινότητες

Πρόκειται για δομημένα περιβάλλοντα θεραπείας όπου τα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ διαμένουν όλοι μαζί ως ομάδα. Οι θεραπευτικές κοινότητες βασίζονται στο σκεπτικό πως η θεραπεία και η αλλαγή συμπεριφοράς γενικότερα διευκολύνονται από ένα υποστηρικτικό και προστατευτικό περιβάλλον. Μαζί τους υπάρχουν και θεραπευτές σε συντονιστικό ρόλο, οι οποίοι μπορεί να συνυπάρχουν με τους θεραπευόμενους ή να βρίσκονται μαζί τους συγκεκριμένες ώρες και ημέρες (Παπατριανταφύλλου, 2017).

Τα οφέλη ενός τέτοιου πλαισίου συνίστανται στο γεγονός πως τα άτομα καλούνται να συμπεριφέρονται βάση των κανόνων της κοινότητας και να προσαρμόζονται στο ρόλο που τους έχει δοθεί (Πουλόπουλος, 2001). Ως αποτέλεσμα, οι θεραπευόμενοι αποκτούν κοινωνικές δεξιότητες που θα τους είναι απαραίτητες μετά το τέλος της θεραπείας τους.

Βασικές αρχές των κοινοτήτων είναι η αυτοβοήθεια/αλληλοβοήθεια, η ιεραρχία, την οποία οι θεραπευόμενοι οφείλουν να σέβονται, η υπευθυνότητα όσον αφορά την ατομική και κοινοτική τους ευημερία, η συζήτηση και ανατροφοδότηση μεταξύ των μελών σχετικά με τη παρουσία τους στη κοινότητα, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν κ.α. (Ποταμιάνος&Γκιτάκος, 2017). Οι κανονισμοί που υπάρχουν μέσα στη κοινότητα είναι: 1) απαγόρευση της κατανάλωσης αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, 2) απαγόρευση βίας και 3) απαγόρευση σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των μελών (Πουλόπουλος, 2001).

Σε έρευνα των Vanderplassen, Colpaert, Autrique, Charles, Rapp, Pearce, και συν., (2013) βρέθηκε ότι η είσοδος και παραμονή σε θεραπευτική κοινότητα σχετίζεται θετικά με τη μείωση κατανάλωσης αλκοόλ και την αποχή, τη μείωση της

παραβατικότητας, την εργασιακή αποκατάσταση, την ψυχική ευημερία, και τη βελτίωση στις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις.

5.2.4.2. Ομάδες αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας

Σύμφωνα με τους Kickbusch & Hatch (1983), «η αυτοβοήθεια αναφέρεται στις επίσημα ή σκόπιμα οργανωμένες ομάδες που ασχολούνται με τη φροντίδα υγείας και αποζητούν νέες κοινωνικές μορφές αντιμετώπισης καταστάσεων με αυτονομία από τους ειδικούς για τον εξανθρωπισμό της φροντίδας υγείας. Περιλαμβάνει τις ομάδες αυτοβοήθειας τους, οργανισμούς αυτοβοήθειας και τις εναλλακτικές μορφές φροντίδας, καθώς όλα είναι μέρη του φαινομένου που αναφέρεται ως Κίνημα Αυτοβοήθειας» (Stewart, 1990).

Η διαχρονική αξιοπιστία των ομάδων αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας στο ζήτημα της εξάρτησης συνδέεται με την αρχή των ομοτίμων, ένα κομβικό χαρακτηριστικό των ομάδων αυτοβοήθειας, το μοίρασμα κοινών βιωμάτων και εμπειριών και το γεγονός ότι τα άτομα που συμμετέχουν αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα (Λαϊνάς, 2008).

Ο Riessman(1997) θεωρεί ότι τα χαρακτηριστικά αυτά είναι κεντρικά για την κατανόηση του θεραπευτικού δυναμικού της αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας. Η συγκίνηση που προκαλείται στην συνεδρία και, μέσω αυτής, η διευκόλυνση της αλλαγής σχετίζονται με την ανταλλαγή βιωμάτων. Αυτή η αίσθηση του «ανήκειν» είναι ζωτικής σημασίας στην αντιμετώπιση της εξάρτησης. Το άτομο ενδυναμώνεται, ενεργοποιείται, αποκτά ελπίδα και μαθαίνει να αναλαμβάνει τις ευθύνες του (Λαϊνάς, 2008). Ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό των ομάδων αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας είναι η αίσθηση της κοινότητας που δημιουργείται μεταξύ των μελών. Η αγάπη και το γνήσιο ενδιαφέρον ανάμεσα στα μέλη αποδίδουν λειτουργικό αποτέλεσμα που πολλές φορές απουσιάζει από τη ζωή του ατόμου με εξάρτηση από το αλκοόλ(Λαϊνάς, 2008).

Δημιουργείται ένα περιβάλλον ασφαλούς ψυχολογικού κλίματος, όπου μπορεί να ευοδωθεί η προσωπική ανάπτυξη του ατόμου, να δημιουργηθούν αληθινές σχέσεις, το άτομο επαναδιαπαιδαγωγείται, αναζητά το νόημα της ζωής και ωριμάζει (Ζαφειρίδης, 2008. Λαϊνάς, 2007. Rogers, 1961). Εκτός από την αποχή του αλκοόλ και την ανά πάσα στιγμή συνεχή φροντίδα γι' αυτήν, το άτομο αναπτύσσει

παράλληλα ένα νέο πλαίσιο κοινωνικής αναφοράς με νέες σχέσεις, ιδιαίτερος σημαντική σε μια εποχή με προβληματικά κοινωνικά δίκτυα.

Οι δέκα αρχές που χαρακτηρίζουν τις ομάδες αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας σύμφωνα με τον Riessman (1997) είναι: 1) των ομοτίμων, 2) του αυτοπροσδιορισμού, 3) της θεραπείας, αυτού που βοηθάει, και της αναδόμησης της ίδιας της βοήθειας, 4) επικράτηση της δύναμης της αυτοβοήθειας, 5) της κοινωνικής στήριξης, 6) του ήθους ως λύση για πολλά προβλήματα, 7) της μη εμπορευματοποίησης, 8) της επικράτησης της δύναμης έναντι της παθολογίας, 9) της διαχείρισης του προσωπικού κεφαλαίου από το ίδιο το άτομο (δυνατότητα να προσφέρει βοήθεια), 10) της εσωτερικότητας.

Σύμφωνα με την Sheeren (1988), από το 1963 και μετά, η ανάπτυξη των επαγγελματικών θεραπευτικών προγραμμάτων που δανείστηκαν πολλά στοιχεία της λειτουργίας από τις ομάδες αυτοβοήθειας βοήθησε στην άνοδο αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων περιστασιακά, πετυχαίνοντας την αποτελεσματικότητα αλλά όχι τη μακροχρόνια σταθερότητα.

5.3. Στατιστικά στοιχεία για τη θεραπεία στην Ελλάδα

Το 2016, περίπου 3.000 άτομα με προβλήματα από τη κατανάλωση αλκοόλ έλαβαν υπηρεσίες από όλες τις δομές συμβουλευτικής και θεραπείας της χώρας μας. Κατά την περίοδο 2011-2016, ο αριθμός των υπό θεραπεία εξαρτημένων ατόμων ήταν αυξανόμενος επειδή σταδιακά αυξανόταν ο αριθμός των θεραπευτικών υπηρεσιών που απευθύνονται σε άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα από τη κατανάλωση αλκοόλ (ΕΠΨΥ, 2018).

Το 2016, συνολικά 852 άτομα παρακολούθησαν έστω μία φορά τα Συμβουλευτικά Κέντρα. Επίσης, στα συμβουλευτικά κέντρα των θεραπευτικών προγραμμάτων για τα ναρκωτικά προσέρχονται για βοήθεια και ενημέρωση άτομα με προβλήματα από τη κατανάλωση αλκοόλ. Συγκεκριμένα, το 2016 δέκα τρία (13) από τα τριάντα πέντε (35) συμβουλευτικά κέντρα τα οποία παρείχαν στοιχεία στο ΕΚΤΕΠΝ προσέφεραν τις υπηρεσίες τους έστω και μία φορά σε 104 εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα.

Η φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε για την αντιμετώπιση προβλημάτων από το αλκοόλ είναι αντικαταθλιπτικά 28,7%, ηρεμιστικά, 10%, αντιψυχωσικά 6,3%, άλλες βοηθητικές ουσίες για την απεξάρτηση 6,3%, ναλτρεξόνη 3,9%. Για την

πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών, έντεκα στις δεκατέσσερις θεραπευτικές δομές πραγματοποίησαν το 2016 στο πλαίσιο του προκαταρκτικού ελέγχου εξετάσεις για HIV και Ηπατίτιδες (B & C).

Από το σύνολο των ατόμων που δέχθηκαν θεραπεία το 2016 οι έξοδοι αντιστοιχούν σε ποσοστό 38,5% (n=508) , ενώ κατά τη χρονική περίοδο 2014-2016, η οικειοθελής αποχώρηση αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα εξόδου από τα θεραπευτικά προγράμματα.

Συνοψίζοντας, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αποτελεί μία δύσκολα μετρήσιμη παράμετρο καθώς τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα για τους θεραπευόμενους διαφαίνονται σε πολλαπλά επίπεδα τόσο της λειτουργικότητας, όσο και της βελτίωσης της ψυχοσωματικής τους υγείας. Βέβαια, η πολυπλοκότητα του προβλήματος της εξάρτησης αποτυπώνεται και στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας, καθώς η βελτίωση της λειτουργικότητας σε οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο συνδέεται άμεσα με τη διατήρηση της αποχής.

Σίγουρα, στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας είναι απαραίτητη η μέτρηση της διατήρησης της αποχής, ωστόσο η αναζήτηση και εκτίμηση και άλλων επιμέρους παραμέτρων είναι απαραίτητη για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση του θεραπευτικού αποτελέσματος στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Ειδικό μέρος

Εισαγωγή

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενα κεφάλαια οι ομάδες αυτοβοήθειας/ αλληλοβοήθειας έχουν σχετιστεί θετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και πιο συγκεκριμένα, με την ελάττωση κατανάλωσης αλκοόλ, την αποχή και τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου (Deleon, 1997. Ζαφειρίδης, 2008. Λαϊνάς, 2007. Rudolf & Moos, 2016) και θεωρείται ότι η ομαδική θεραπεία είναι μια από τις πιο διαδεδομένες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων (Alcoholics Anonymous, 2011. Georgiou, A. & Lainas, 2011. Flores, 2001. Kelly, 2007. Koyman, 1993. Μάτσα, 2008. Moss, 2009. Moss & Moss, 2007).

Το αίσθημα του «ανήκειν» όταν βρίσκονται στην ομάδα, η φιλοσοφία της ομάδας, το μοίρασμα, η δέσμευση στην ομάδα για αποχή και η επικοινωνία φαίνεται να σχετίζονται θετικά με την αποχή από ουσίες (Deleon, 1997. Zemore, Lui, Mericle, Hemberg & Kaskutas (2018). Σε έρευνα των μελών των κλαμπ οικογενειών με προβλήματα από αλκοόλ στην Ιταλία, βρέθηκε ότι υπήρχαν πολλές διαφορές από τότε που εισήλθαν στη θεραπεία αναφορικά με τη ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα. Επίσης το 85% επιτυγχάνουν αποχή από το αλκοόλ και από άλλες παράνομες ουσίες, τσιγάρο και άλλες αυτοχορηγούμενες φαρμακευτικές ουσίες (Palmesino, 2003).

Σε έρευνα των Guiffredi, Di Gennaro, Montanari & Barilli, (2003) όπου συνέκριναν το χρόνο αποχής από το αλκοόλ και τις οικογενειακές σχέσεις ατόμων με προβλήματα με το αλκοόλ που 1) συμμετείχαν σε ψυχο-φαρμακευτικές μεθόδους απόγης για ένα έτος και 2) ατόμων που συμμετείχαν σε Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το αλκοόλ για ένα έτος επίσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση που ακολουθήθηκε στα Κλαμπ επέφερε αποχή από το αλκοόλ σε ποσοστό 79% έναντι της άλλης ομάδας με 50%.

Παράλληλα, σημαντική βελτίωση της αποτελεσματικότητας στην ομαδική θεραπεία προκύπτει από την εμπλοκή της οικογένειας. (Γεωργάκας, 2007. Foster & Papanastasiatos, 2002. Μισουρίδου, 2015. Πομίνοι, 2009. O'Farrell, Falls-Stewart, 2006. Πουλόπουλος 2011), όπου η συμμετοχή της: α) βοηθάει στην κινητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου να ζητήσει βοήθεια και να διατηρήσει τη

σχέση του με το φορέα απεξάρτησης, β) βελτιώνει τα αποτελέσματα της θεραπείας και γ) οδηγεί σε μείωση των προβλημάτων της οικογένειας με το πρόβλημα.

Φαίνεται λοιπόν από τις έρευνες ότι τόσο η οικογένεια όσο και οι ομάδες αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας συμβάλλουν θετικά στην έκβαση της θεραπείας.

Κεφάλαιο 6^ο: Σκοπός και οφέλη της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της εμπλοκής της οικογένειας στη θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου από αλκοόλ. Συγκριμένα θα μελετηθεί πως η συμμετοχή της οικογένειας μπορεί να επηρεάσει κάποιους παράγοντες που συμβάλουν θετικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Αυτοί οι παράγοντες είναι οι ημέρες αποχής, τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ, οι ημέρες συμμετοχής στην ομάδα, ο αριθμός υποτροπών, τα επίπεδα ποιότητας ζωής καθώς και η ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή. Παράλληλα αποτελεί σημαντικό ζητούμενο η διερεύνηση της επίδρασης που επιφέρει η θεραπευτική διαδικασία στα μέλη των οικογενειών των εξαρτημένων ατόμων που συμμετέχουν στη θεραπεία, μελετώντας, την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από τη ζωή. Η διερεύνηση αυτή θα εμπλουτίσει την επιστημονική γνώση σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ομάδων αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας και την εμπλοκή της οικογένειας σε αυτές ως κομβικό στοιχείο για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Επίσης, θα προτείνει τα εργαλεία συλλογής στοιχείων για την αξιολόγηση της κατάστασης του εξαρτημένου ατόμου από αλκοόλ καθώς και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας του. Οι ερευνητικές υποθέσεις που διατυπώνονται στην παρούσα μελέτη είναι οι ακόλουθες:

1. Η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία επηρεάζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Ερευνητικά ερωτήματα:

- Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει.
- Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή τους συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει.
- Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει.

- Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν περισσότερες ημέρες συμμετοχής στη θεραπεία συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει.
 - Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν περισσότερες ημέρες αποχής από το αλκοόλ συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει.
 - Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν λιγότερες υποτροπές συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει;
2. Η θεραπεία θα έχει θετική επίδραση στα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων ατόμων.

Ερευνητικά ερωτήματα:

- Τα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων ατόμων από αλκοόλ που συμμετέχουν στη θεραπεία παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ποιότητα ζωής
- Τα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων ατόμων από αλκοόλ που συμμετέχουν στη θεραπεία παρουσιάζουν υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή.

Κεφάλαιο 7^ο: Μεθοδολογία Έρευνας

Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε στους νομούς Χανίων και Ηρακλείου τους μήνες Φεβρουάριο έως Δεκέμβριο του 2018. Παρατίθεται διάγραμμα εργασιών στο **παράρτημα I**. Εγκρίθηκε από την επιστημονική επιτροπή του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, την 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) και τους προέδρους και υπηρέτες-δασκάλους των Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (ΚΟΠΑ) Παναγίτσας, Νομού Ηρακλείου, Γαζίου του Δήμου Ηρακλείου και Αγίας Βαρβάρας Νομού Ηρακλείου. Κατά τη διάρκεια της έρευνας τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες της ελληνικής δεοντολογίας. Υπεγράφη συγκατάθεση από όλους τους ερευνώμενους για τη συμμετοχή τους στην έρευνα αφού προηγουμένως είχαν ενημερωθεί για το θέμα, τον σκοπό και τη χρησιμότητα της, τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους και τη δυνατότητα τους να διακόψουν ανά πάσα στιγμή τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων (**παράρτημα II**).

7.1. Δείγμα μελέτης

Το πληθυσμιακό δείγμα που επιλέχτηκε για τη μελέτη ανήλθε στα 60 άτομα. Τα 40 από αυτά ήταν εξαρτημένοι από το αλκοόλ ενώ τα 20 αποτελούσαν μέλη των οικογενειών που συμμετείχαν στη θεραπεία. Καταρχάς, θα πρέπει να επισημανθεί πως ο σχετικά μικρός αριθμός του δείγματος οφείλεται στο γεγονός ότι η έρευνα αυτή συνιστά μια αρχική προσπάθεια εμπειρικής διερεύνησης βάσιμων υποθέσεων και επιστημονικού ελέγχου καταγεγραμμένων συμπερασμάτων από άλλους ερευνητές.

Το δείγμα αποτελείται από δυο ομάδες. Την ομάδα των εξαρτημένων ατόμων από αλκοόλ απαρτίζουν :

- 10 εξυπηρετούμενοι μέλη των ομάδων αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας για το αλκοόλ της Ανοιχτής Δομής Υποστήριξης του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη που δέχονται παράλληλη στήριξη με την οικογένεια τους,
- 10 μέλη των κοινοτήτων οικογενειών των ΚΟΠΑ της πόλης και του νομού Ηρακλείου που συμμετέχουν στις συναντήσεις των ΚΟΠΑ μαζί με την οικογένεια τους,
- 10 εξυπηρετούμενοι του Αλκοολογικού Ιατρείου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου χωρίς τη συμμετοχή της οικογένειας τους,

- 10 εξυπηρετούμενοι του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη που δέχονται ατομική θεραπεία χωρίς κάποιος από την οικογένεια τους να συμμετέχει στη θεραπεία

Η ομάδα των εξαρτημένων ατόμων χωρίστηκε σε δυο υποομάδες σύμφωνα με τη συμμετοχή ή όχι της οικογένειας τους. Η ομάδα των μελών της οικογένειας αποτελείται από:

- 10 εξυπηρετούμενους - μέλη της ομάδας αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας του Κέντρου Υποστήριξης Οικογένειας για το αλκοόλ του ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ,
- 10 μέλη των κοινοτήτων οικογενειών των ΚΟΠΑ της πόλης και του νομού Ηρακλείου που συμμετέχουν στις συναντήσεις των ΚΟΠΑ μαζί με την οικογένεια τους, της οποίας ένα μέλος είναι εξαρτημένο από το αλκοόλ

Για την ομάδα των εξαρτημένων, τέθηκαν δυο προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα. Διάγνωση εξάρτησης από το αλκοόλ σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM κατά την εισαγωγή του στη θεραπεία και η παραμονή τους σε αυτή από 6 μήνες και πάνω.

Για την ομάδα της οικογένειας το μόνο κριτήριο ήταν η τακτική συμμετοχή στη θεραπεία για το μέλος της οικογένειας τους.

7.1.2.Πλαίσια διεξαγωγής της έρευνας

7.1.2.1.Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

Το ΚΕΘΕΑ είναι ο πρώτος φορέας απεξάρτησης στην Ελλάδα(1983). Είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Προσφέρει υπηρεσίες για εξαρτήσεις από νόμιμες και παράνομες ουσίες και συμπεριφορές(παράνομες ουσίες, αλκοόλ, διαδίκτυο και τυχερά παιχνίδια).Οι υπηρεσίες του είναι δωρεάν χωρίς λίστες αναμονής και απευθύνονται στους χρήστες, έφηβους και ενήλικες και την οικογένεια τους. Η μέθοδος θεραπείας που εφαρμόζει το ΚΕΘΕΑ είναι ψυχοκοινωνική και βασίζεται στο μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις διαμορφώνονται ανάλογα το είδος ,το στάδιο, και το βαθμό της εξάρτησης, τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των θεραπευόμενων(ΚΕΘΕΑ, 2017).

Η πρώτη επαφή των όσων αιτούνται για θεραπεία γίνεται στα Συμβουλευτικά Κέντρα, όπου παρέχεται ενημέρωση ψυχολογική υποστήριξη, φροντίδα για θέματα υγείας και προσφέρονται οι παρακάτω υπηρεσίες:

- Αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου και της δριμύτητας των προβλημάτων του σε σωματικό, ψυχολογικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο
- Σχεδιασμός της θεραπευτικής παρέμβασης
- Μείωση της χρήσης και των συνοδών επιπτώσεων
- Ενημέρωση για θέματα αποτοξίνωσης και ψυχικής απεξάρτησης.
- Ατομική συμβουλευτική υποστήριξη
- Κινητοποίηση και προετοιμασία για απεξάρτηση
- Συμβουλευτική Υποστήριξη οικογενειών (ΚΕΘΕΑ, 2017).

Ανάλογα τις ανάγκες του ατόμου θα ενταχθεί στην ομάδα αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας που εξυπηρετεί άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ ή θα συνεχίσει με ατομική θεραπεία ή ακόμα να συνδυάσει τα δυο είδη θεραπείας. Βασικό μέλημα της θεραπείας αποτελεί η διακοπή του φαύλου κύκλου της εξάρτησης, κάτι που επιτυγχάνεται μέσω του εντοπισμού και της αντιμετώπισης όλων των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συντελούν στην έναρξη και διατήρησης της (Ποταμιάνος & Γκιτάκος, 2017).

Μέσα στη θεραπεία εμπλέκεται τόσο το εξαρτημένο άτομο και το διαπροσωπικό του περιβάλλον όσο και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Πρόκειται στην ουσία για μια πολύπλευρη θεραπευτική παρέμβαση του ΚΕΘΕΑ, που περιλαμβάνει ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με την εξάρτηση, συμβουλευτική υποστήριξη, ψυχολογική απεξάρτηση, πρόληψη υποτροπής, οικογενειακή θεραπεία, δημιουργική διαχείριση ελεύθερου χρόνου και αποκατάσταση οικογενειακών σχέσεων. Τέλος, στόχος είναι η αποχή από το αλκοόλ, την παραβατικότητα και τις βίαιες πράξεις καθώς και την υιοθέτηση ενός νέου τρόπου ζωής (ΚΕΘΕΑ, 2017).

7.1.2.2. Αλκοολογικό Ιατρείο Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Το Αλκοολογικό Ιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου είναι η κύρια περιφερειακή μονάδα παραπομπής για άτομα με εξάρτηση

από το αλκοόλ. Τα άτομα παραπέμπονται από νοσοκομεία, επαγγελματίες και μέσα από ένα εκτεταμένο δίκτυο αλκοολογίας. (Grinakis et al.,2017). Συγκεκριμένα το Ιατρείο συνεργάζεται με το ΚΕΘΕΑ, τον ΟΚΑΝΑ, με Περιφερειακά Κέντρα Υγείας, με Γαστρεντερολογικά και Ψυχιατρικά τμήματα Κρατικών Νοσοκομείων, καθώς και με το Ερευνητικό Εργαστήριο Αλκοολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Το σχέδιο θεραπείας είναι εξατομικευμένο και οι θεραπευτικοί στόχοι είναι η αποχή, η αντιμετώπιση της συννοσηρότητας και η οικογενειακή και κοινωνική επανένταξη του ατόμου με εξάρτηση από το αλκοόλ. Οι υπηρεσίες παρέχονται από μια διεπιστημονική ομάδα και περιλαμβάνουν αποτοξίνωση, ιατρική περίθαλψη, κινητοποίηση, ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική, σύνδεση με τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ(ΚΟΠΑ) και το Σύλλογο Επιστροφή. Τα μέλη της ομάδας είναι νοσοκομειακό προσωπικό, εθελοντές, επαγγελματίες και μέλη των ΚΟΠΑ. Συγκεκριμένα αποτελείται από έναν γαστρεντερολόγο, έναν ψυχίατρο, ένα κοινωνικό λειτουργό, ένα ψυχολόγο, ένα κοινωνιολόγο και δυο εκπαιδευμένα μέλη από τα ΚΟΠΑ(Grinakis et al.,2017).

Στη συνεδρία παρευρίσκονται το άτομο με την εξάρτηση από το αλκοόλ, τα μέλη της οικογένειάς του(από 1-4), δυο επαγγελματίες υγείας και ένα άτομο (πρώην εξαρτημένος από το αλκοόλ) από τα ΚΟΠΑ. Η προσέγγιση δεν περιορίζεται στη διαχείριση των ιατρικών θεμάτων αλλά είναι συστημική – οικογενειακή. Όλοι οι συμμετέχοντες κάθονται σε κύκλο και ακολουθούν κανόνες που ρυθμίζουν και ενθαρρύνουν την σωστή, ειλικρινή και ήρεμη επικοινωνία με κατανόηση και αποδοχή. Εάν κριθεί απαραίτητο, μπορούν να πραγματοποιηθούν ατομικές συνεδρίες πάντα με σεβασμό στο απόρρητο (Grinakis, et al., 2017).

Στο τέλος της συνεδρίας έχει γίνει στοχοθεσία εστιασμένων και χρονικά προσδιορισμένων στόχων για το άτομο και τα μέλη της οικογένειάς τους και παροτρύνονται να συμμετέχουν στις ομάδες αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας των ΚΟΠΑ. Πρόκειται για μια ολιστική θεραπεία προσαρμοσμένη στην οικογενειακή και κοινωνική δομή και λειτουργία, όπου λαμβάνεται ταυτόχρονη βοήθεια από το άτομο και την οικογένειά του. Όλοι μαζί συμμετέχουν στο θεραπευτικό πλάνο και με αυτό το τρόπο μπορούν να υιοθετήσουν ευκολότερα τη θεραπεία. Σε σύντομο χρονικό διάστημα παρουσιάζεται βελτίωση του ατόμου στα ιατρικά του θέματα και στην ψυχοκοινωνική του λειτουργικότητα. Θετικά αποτελέσματα υπάρχουν και για την οικογένειά του(Grinakis et al.,2017).

7.1.2.3.Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (ΚΟΠΑ)

Τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (ΚΟΠΑ), όπως λέγονται στην Ελλάδα, είναι κοινότητες που αποτελούνται από οικογένειες που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ. Τα Club ξεκίνησαν το 1964 από το Κροάτη Ψυχίατρο V. Hudolin στην Ιταλία, όπου έχουν και την ευρύτερη διάδοση, με πάνω από 2200 **Club of Alcoholics in Treatment**, όπως ονομάζονται διεθνώς (Μουζιάς, 2005). Η προσέγγιση των ΚΟΠΑ βασίζεται στο ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ δεν είναι μια πάθηση αλλά μια διαφορετική συμπεριφορά και τρόπος ζωής, που απορρέει από τις πολύπλοκες σχέσεις του οικογενειακού συστήματος, της τοπικής κοινωνίας, του εργασιακού χώρου σε συνδυασμό με τους υπόλοιπους εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην κοινωνικο-οικολογική προσέγγιση (Μουζιάς, 2005). Ως βασική προϋπόθεση για να επέλθει η αποκατάσταση (όχι μόνον η αποχή από το αλκοόλ αλλά και η *νηφαλιότητα*) είναι να συμμετέχουν όλα τα μέλη του συστήματος στο οποίο ζει και ανήκειτο άτομο με εξάρτηση από το αλκοόλ, δηλαδή η στενή ή και η ευρεία οικογένεια, στις συναντήσεις των ΚΟΠΑ. Τα μέλη του συστήματος δεν θεωρούνται ασθενείς, αλλά αποτελούν μέλη της κοινότητας όπου θα πρέπει να επέλθει η αλλαγή (Μουζιάς, 2005).

Ένα ΚΟΠΑ μπορεί να ξεκινήσει τη λειτουργία του μόλις συμπληρωθεί ο αριθμός των δυο τουλάχιστον οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ και ένας εκπαιδευμένος «*υπηρέτης-δάσκαλος*» (servant-teacher), ο οποίος μπορεί να είναι εθελοντής (επαγγελματίας ή όχι) ή αλκοολικός (όρος που χρησιμοποιεί η προσέγγιση) σε μακροχρόνια αποχή και νηφαλιότητα. Για να γίνει κάποιος υπηρέτης-δάσκαλος πρέπει να έχει συμμετάσχει σε ειδικό *Σεμινάριο Ευαισθητοποίησης* για υπηρέτες-δάσκαλους. Για τους υπηρέτες-δάσκαλους προβλέπεται συχνή σχετική ενημέρωση και μετεκπαίδευση. Ο ρόλος του υπηρέτη-δάσκαλου στις συναντήσεις του ΚΟΠΑ είναι να φροντίζει να τηρείται η μέθοδος, δηλαδή να επικρατεί ένα κλίμα νηφαλιότητας και αλληλεγγύης, με καλή επικοινωνία ώστε να μπορέσουν να αναπτυχθούν αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα μέλη (Μουζιάς, 2005).

Οι ίδιες οι οικογένειες στα ΚΟΠΑ, με την συμμετοχή του υπηρέτη-δάσκαλου, αποφασίζουν για την αντιμετώπιση των τυχόν προβλημάτων που προκύπτουν με βάση τις *αρχές της φιλίας, αγάπης και αλληλεγγύης των ΚΟΠΑ*, συζητούν και αξιοποιούν τις τυχόν υποτροπές των μελών μέσα στο πλαίσιο της

αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας, υποδέχονται τις νέες οικογένειες. Οι οικογένειες των ΚΟΠΑ οργανώνουν κατά καιρούς εκδηλώσεις όπως κοινωνικές έξοδοι των μελών για καφέ ή φαγητό, γιορτές των ΚΟΠΑ χωρίς αλκοόλ, εκδηλώσεις πρόληψης για το αλκοόλ σε συνεργασία με τοπικούς φορείς -κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς και φορείς υγείας(Μουζιάς, 2005).

Οι πρακτικοί κανόνες που υπάρχουν στις κοινότητες των κλαμπ οικογενειών είναι: 1) όταν αυξηθεί ο αριθμός των οικογενειών που συμμετέχουν, αν φτάσουν δηλαδή τον αριθμό των 13 οικογενειών, το ΚΟΠΑ διχοτομείται – ή, πιο σωστά, πολλαπλασιάζεται - σε δυο ΚΟΠΑ, 2) η εβδομαδιαία συνάντηση διάρκειας μιάμισης ώρας γίνεται στο ίδιο μέρος, την ίδια ώρα, με συνέπεια στην ώρα έναρξης, 3) απαγορεύεται το κάπνισμα στη διάρκεια της συνάντησης, 4) τηρείται η εχεμύθεια και 5) εκπαίδευση όλων των νέων οικογενειών από τον υπηρέτη-δάσκαλο για θέματα αλκοολογίας και για την μέθοδο λειτουργίας των ΚΟΠΑ, σε τέσσερα ή πέντε δίωρα μαθήματα στο λεγόμενο *Σχολείο Αλκοολογίας πρώτου βαθμού* (Μουζιάς,2005).

7.2. Εργαλεία

Η επιλογή της μεθόδου της ερευνητικής διαδικασίας αποτελεί μια πολύ σημαντική παράμετρο, που σε μεγάλο βαθμό αντικατοπτρίζει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα ενός ερευνητικού πονήματος (Κυριαζόπουλος&Σαμαντά, 2011). Στη συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα, με όργανο μέτρησης ειδικά σχεδιασμένα ερωτηματολόγια και κλίμακες.

Η επιλογή των εργαλείων στην παρούσα έρευνα, έγινε με κριτήρια το θεωρητικό πλαίσιο, τα χαρακτηριστικά και τον σκοπό της έρευνας, τις ερευνητικές υποθέσεις και τα ερευνητικά ερωτήματα, όπως επίσης και τις ψυχομετρικές ιδιότητες των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων. Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς που διερευνούν την Ποιότητα Ζωής και την Ικανοποίηση από τη Ζωή.

Προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων δόθηκε το ψυχομετρικό εργαλείο **World Health Organization Quality of Life - WHOQOL 100 (παράρτημα IV)**. «Το εργαλείο αυτό αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, με στόχο την προαγωγή ενός διαπολιτισμικού συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής με την χρησιμοποίηση του στον ευρύτερο χώρο της υγείας». Προσαρμόστηκε και σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

Συντελεστές του έργου αυτού είναι οι Τζινιέρη-Κοκκώση, Αντωνοπούλου, Τριανταφύλλου και Τομαράς(Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς, Χριστοδούλου, 2003).

Η μέθοδος και θεματολογία του ερωτηματολογίου WHOQOL 100 είναι προσανατολισμένη σε ένα πολιτισμικά έγκυρο πλαίσιο ορισμού της έννοιας *ποιότητα ζωής*, με βάση την οποία είναι δυνατόν να σχεδιαστούν και να πραγματοποιηθούν συμβουλευτικές, εκπαιδευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αλλά και να χρησιμοποιηθεί με αξιοπιστία και εγκυρότητα σε μελέτες του ευρύτερου χώρου της Υγείας(Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου,Αντωνοπούλου,Τομαράς,Χριστοδούλου, 2003). Η αξιοπιστία του εργαλείου στη παρούσα έρευνα είναι Cronbach $\alpha=0,96$.

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100 περιλαμβάνει 24 θέματα, τα οποία εντάσσονται σε έξι βασικές ενότητες:

- **Σωματική Υγεία.** Αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο ταλαιπωρείται από διάφορα σωματικά ενοχλήματα, καθώς και στο βαθμό που τα ενοχλήματα αυτά προκαλούν δυσφορία και επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή του. Εκτιμάται ο βαθμός ενεργητικότητας που διαθέτει ώστε να φέρει εις πέρας δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Επίσης μελετάται η κόπωση και καταβολή, ο ύπνος, η δυνατότητα ανάπαυσης και πώς τυχόν προβλήματα με τα προαναφερθέντα επηρεάζουν τη ποιότητα ζωής του ατόμου.
- **Ψυχική Υγεία.** Η ενότητα αυτή αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο βιώνει θετικά συναισθήματα (ικανοποίηση, πληρότητα, ισορροπία, γαλήνη, ευτυχία, αισιοδοξία, χαρά καθώς και απόλαυση απ ό,τι καλό υπάρχει στη ζωή του). Επίσης αναφέρεται στη γνώμη που έχει το άτομο σχετικά με την ικανότητα του να σκέφτεται, να μαθαίνει, να θυμάται, να συγκεντρώνεται, καθώς και να παίρνει αποφάσεις. Εξετάζονται τα συναισθήματα που έχει το άτομο με επίκεντρο την αυτοεκτίμηση του, η οποία επηρεάζεται από τον έλεγχο και την αποτελεσματικότητα των ενεργειών του καθώς και η ικανοποίηση που νιώθει για τον εαυτό του. Αναφέρεται ακόμα στην εντύπωση που έχει το άτομο για τη σωματική του εικόνα-εμφάνιση. Τέλος, διερευνώνται τα αρνητικά συναισθήματα που ενδεχομένως να βιώνει και με ποιόν τρόπο αυτά επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του στη καθημερινή ζωή(Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς, Χριστοδούλου, 2003).

- **Επίπεδο ανεξαρτησίας.** Αναφέρεται στη γνώμη του ατόμου για την ικανότητα του να μετακινείται μέσα στο σπίτι, στον εργασιακό χώρο και να κινείται προς και από τα μέσα μεταφοράς. Ερευνά αν υπάρχουν προβλήματα κινητικότητας, κάποια ιατρική επέμβαση που συνεπάγεται με μειωμένη κινητικότητα και αν εξαρτάται από φαρμακευτικές ή άλλες θεραπείες που ενισχύουν τη σωματική και ψυχική του ευεξία ή ακόμα αν την επηρεάζουν αρνητικά. Τέλος, μελετάει την ικανότητα του ατόμου να εργάζεται (Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς, Χριστοδούλου, 2003).
- **Κοινωνικές Σχέσεις.** Η συγκεκριμένη ενότητα εξετάζει σε ποιο βαθμό αισθάνεται κανείς ότι απολαμβάνει τη συντροφικότητα, την αγάπη και την υποστήριξη από τα άτομα με τα οποία έχει αναπτύξει στενές διαπροσωπικές σχέσεις. Επίσης, εξετάζει το πώς αισθάνεται σχετικά με τυχόν υποχρεώσεις που έχει αναλάβει απέναντι σε άλλους, την ικανότητα του να αγαπά, να αγαπιέται και να νιώθει ότι έχει ψυχική και σωματική εγγύτητα με άλλους ανθρώπους. Ακόμα, το κατά πόσο το άτομο νιώθει ικανοποίηση προσφέροντας φροντίδα στους άλλους ή αισθάνεται δυσφορία έχοντας επωμισθεί το βάρος της φροντίδας αυτής. Τέλος, αναφέρεται στην υποστήριξη που έχει από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον και στην σεξουαλική του ζωή (επιθυμία και απόλαυση) (Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς, Χριστοδούλου, 2003).
- **Περιβάλλον.** Στην ενότητα αυτή εξετάζεται κατά πόσο το άτομο αισθάνεται ασφαλές και ότι δεν απειλείται από κάποιον εξωτερικό κίνδυνο, από τον οποίο μπορεί να προκύψουν σωματικές βλάβες. Επίσης, αξιολογείται κατά πόσο το άτομο αισθάνεται ότι στο περιβάλλον όπου ζει υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις που εξασφαλίζουν προστασία ώστε να βιώνει το αίσθημα ασφάλειας, καθώς και κατά το πόσο το αίσθημα αυτό επηρεάζει την ποιότητα ζωής του. Εν συνεχεία, ερευνάται το περιβάλλον κατοικίας, οι οικονομικοί πόροι, και πώς αυτά επηρεάζουν τη ζωή του. Επίσης, μελετάται η διαθεσιμότητα και η ποιότητα υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας στη περιοχή που κατοικεί και η δυνατότητα απόκτησης πληροφοριών και νέων δεξιοτήτων. Η ενότητα αυτή αναφέρεται ακόμα στις δυνατότητες αλλά και τη συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου. Συγκεκριμένα, αναφέρεται σε όλους τους τύπους

ανάπαυσης και ψυχαγωγίας, όπως είναι το να ασχολείται κανείς με σπορ, να διαβάζει, να παρακολουθεί τηλεόραση, να διαθέτει χρόνο με την οικογένεια ή τους φίλους του ή ακόμα να μην κάνει τίποτα. Επίσης, διερευνάται η γνώμη που έχει το άτομο σχετικά με το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζει και θέματα όπως ο θόρυβος, η ρύπανση, το κλίμα και η γενική αισθητική του χώρου και πώς αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του. Τέλος εξετάζεται η γνώμη που έχει το άτομο για τα μέσα μεταφοράς που έχει στη διάθεση του και κατά πόσον αυτά είναι επαρκή ώστε να μετακινείται με ευχέρεια και να διεκπεραιώνει τις καθημερινές του δραστηριότητες (Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς, Χριστοδούλου, 2003).

- **Πνευματικότητα, Θρησκεία και Προσωπικές Πεποιθήσεις.** Στο θέμα αυτό εξετάζεται κατά πόσο οι προσωπικές πεποιθήσεις και τα «πιστεύω» μπορεί να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου. Οι πεποιθήσεις μπορεί να διευκολύνουν το άτομο στην αντιμετώπιση των δυσκολιών της ζωής (Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς, Χριστοδούλου, 2003).
- **Γενική ενότητα: Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας.** Η ενότητα αυτή αναφέρεται στο πώς το άτομο αξιολογεί την ποιότητα ζωής του στο σύνολο της, καθώς και τη γενική κατάσταση της υγείας του, δηλαδή στο πώς αξιολογεί το «ευ ζην» σφαιρικά (Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς, Χριστοδούλου, 2003).

Ως προς τις κλίμακες απαντήσεων, το ερωτηματολόγιο WHOQOL 100 χρησιμοποιεί πέντε βαθμολογήσεις οι οποίες αναφέρονται «α) στο βαθμό που το άτομο διαθέτει ή κατέχει μια ικανότητα ή ιδιότητα, β) στη συχνότητα εκδήλωσης μια συμπεριφοράς ή ενός φαινομένου, γ) στην ένταση μιας συμπεριφοράς ή ενός συμπτώματος, δ) στο βαθμό ικανοποίησης του ατόμου αναφορικά με κάποια πλευρά της ζωής του και ε) στην εκτίμηση του βαθμού σημασίας που αποδίδει το άτομο σε κάθε κλίμακα. Οι κλίμακες αυτές έχουν πέντε διαβαθμίσεις, από το 1 έως 5 (Likert scale), συγκεκριμένα: 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=υπερβολικά» (Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς, Χριστοδούλου, 2003:12).

Το εύρος της βαθμολογίας είναι από 0 ως 100. Οι υψηλότερες βαθμολογίες στο σκορ του ερωτηματολογίου αντιστοιχούν με καλύτερη ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, από 0-20 πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής, 21-40 χαμηλή ποιότητα ζωής, 41-60, μέτρια

ποιότητα ζωής, 61-80 υψηλή ποιότητα ζωής, και 81-100 πολύ υψηλή ποιότητα ζωής (WHOQOL Group, 2003).

Για την μέτρηση του βαθμού Ικανοποίησης από τη Ζωή (**παράρτημα V**) χρησιμοποιήθηκε η **Κλίμακα Μέτρησης Βαθμού Ικανοποίησης από τη Ζωή, (Satisfaction with Life Scale- SWLS)**(Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Είναι εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής το οποίο αξιολογεί τη γενική ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του. Η κλίμακα SWLS αποτελείται από 5 προτάσεις-δηλώσεις (Diener, 1984). Οι συμμετέχοντες επιλέγουν την απάντηση που τους αντιπροσωπεύει σε κάθε δήλωση από μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert όπου 1= διαφωνώ έντονα, 2=διαφωνώ, 3=διαφωνώ λίγο, 4= ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 5=συμφωνώ λίγο, 6= συμφωνώ και 7 =συμφωνώ πολύ. Προσαρμόστηκε και σταθμίστηκε στα ελληνικά από τους Σταλίκια και Λακιώτη (2011) και παρουσιάζει ικανοποιητικούς συντελεστές εγκυρότητας και αξιοπιστίας(Λακιώτη, 2011).

Το αποτέλεσμα της κλίμακας, προκύπτει υπολογίζοντας το μέσο όρο των βαθμών που αποδίδονται στις πέντε ερωτήσεις. Υψηλότερες τιμές της κλίμακας υποδηλώνουν καλύτερη γενική ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του. Αναλυτικά:

(30-35) υπάρχει πολύ υψηλή βαθμολογία

(25-29) υψηλή βαθμολογία

(20-24) μέση βαθμολογία

(15-19) λίγο κάτω από τη μέση βαθμολογία

(10- 14) χαμηλή βαθμολογία

(5-9) εξαιρετικά χαμηλή βαθμολογία (Diener et al., 1985. Pavot & Diener, 1993).

Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητική αξιοπιστία (0,76)(Τσομπόλη, 2007) . Η αξιοπιστία της κλίμακας στη παρούσα έρευνα είναι Cronbach $\alpha = 0,94$. Οι Pavot και Diener (1993) υποστηρίζουν ότι το 20 αντιπροσωπεύει το ουδέτερο σημείο της κλίμακας, όπου το άτομο δεν είναι ούτε ικανοποιημένο ούτε όμως μη ικανοποιημένο. Ένα αποτέλεσμα 5-9 σημαίνει μεγάλη έλλειψη ικανοποίησης, ενώ πάνω από 30 σημαίνει μεγάλη ικανοποίηση. Η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Επίσης, δόθηκε στους συμμετέχοντες προς συμπλήρωση το Τεστ Ταυτοποίησης Διαταραχών Χρήσης Αλκοόλ - Alcohol Use Disorder Identification Test Consumption (AUDIT C) (**παράρτημα III**) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Babor, et al., 2001, Babor, et al., 2001a) . Πρόκειται για μια σύντομη εκδοχή του

ερωτηματολογίου AUDIT. Περιλαμβάνει τα τρία πρώτα ερωτήματα του AUDIT και χρησιμεύει για τον ανίχνευση μιας επικίνδυνης, μιας επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ ή μιας εξάρτησης από το αλκοόλ (Babor, et al., 2001, Babor, et al., 2001a. Wade, Varker, Forbes, & O'Donnell, 2014). Η βαθμολογία που λαμβάνει κάθε απάντηση είναι από 0 έως 4. Η μικρότερη τελική βαθμολογία είναι 0 και η μεγαλύτερη 12. Αν η τελική βαθμολογία είναι 4 βαθμοί ή περισσότεροι για τον άνδρα και 3 ή περισσότεροι για τη γυναίκα υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για επικίνδυνη κατανάλωση, επιβλαβή κατανάλωση ή εξάρτηση από το αλκοόλ. Αναλυτικότερα :

Για τους άνδρες:	0	αποχή από τη κατανάλωση αλκοόλ
	1-3	χαμηλού κινδύνου κατανάλωση
	4-6	επικίνδυνη κατανάλωση
	7-9	επιβλαβής κατανάλωση
	10-12	εξάρτηση
Για τις γυναίκες:	0	αποχή
	1-2	χαμηλού κινδύνου κατανάλωση
	3-5	επικίνδυνη κατανάλωση
	6-8	επιβλαβής κατανάλωση
	9-12	εξάρτηση(Wade, Varker, Forbes, & O'Donnell, 2014).

Παρουσιάζει αυξημένη τιμή εσωτερικής συνέπειας και υψηλή εγκυρότητα σε σχέση με τα κλινικά κριτήρια καθώς και υψηλή ευαισθησία και ειδικευση. Ανιχνεύει το 97% των ατόμων που κάνουν επιβλαβή κατανάλωση. Η αξιοπιστία του εργαλείου στη παρούσα έρευνα είναι Cronbach $\alpha = 0,96$. Το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο για τον έλεγχο μεταναστευτικών πληθυσμών. Στην Ελλάδα σταθμίστηκε από τους Διακογιάννη και Παναγιωτίδη(Anderson, Guam, & Colom, 2005).

Στα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το αλκοόλ, δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς (**παράρτημα III**) το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικο-δημογραφικά τους στοιχεία (οικογενειακή κατάσταση, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, εισόδημα, διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία). Με σκοπό να γίνει διερεύνηση της πρότερης χρήσης αλλά και της θεραπείας υπήρχαν ερωτήσεις από το δείκτη αίτησης θεραπείας (Treatment Demand Indicator -TDI). Ο Δείκτης Αίτησης Θεραπείας (ΔΑΘ) αφορά τη

συστηματική καταγραφή του αριθμού και των χαρακτηριστικών των εξαρτημένων από το αλκοόλ που ζητούν θεραπευτική βοήθεια (EMCDDA, 2012).

Θέλοντας να μελετηθεί η επίδραση της θεραπείας στους διάφορους τομείς ζωής του ατόμου προστέθηκαν οι παρακάτω ερωτήσεις:

- *Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση της σωματικής σας υγείας από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;*
- *Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση της ψυχικής σας υγείας από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;*
- *Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στις κοινωνικές σας σχέσεις από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;*
- *Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στον επαγγελματικό τομέα από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;*
- *Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση της οικονομικής σας κατάστασης από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;*
- *Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στη συμπεριφορά σας από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;*
- *Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στη σχέση με την οικογένεια σας από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;*

Στις ερωτήσεις αυτές δόθηκαν επιλογές για απάντηση σε πέντε διαβαθμίσεις, από το 1 έως 5 (Likert scale): 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=υπερβολικά. Για την μέτρηση των ημερών αποχής, των ημερών συμμετοχής στη θεραπεία, των υποτροπών και τη διάρκεια των υποτροπών προστέθηκαν οι ερωτήσεις:

- *Πόσο καιρό συμμετέχετε στην ομάδα αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας στη τωρινή σας θεραπεία;*
- *Πόσο καιρό απέχετε από τη κατανάλωση αλκοόλ;*
- *Το διάστημα που συμμετέχετε στη θεραπεία υπήρξε κάποια υποτροπή; Αν ναι, πόσες ;φορές*
- *Πόσες μέρες ήταν η διάρκεια της κάθε υποτροπής;*

Χρησιμοποιήθηκαν, επίσης, τρεις ερωτήσεις σχετικά με τη συμμετοχή κάποιου μέλους της οικογενείας του εξαρτημένου στην θεραπευτική διαδικασία και αν η συμμετοχή αυτή συμβάλει θετικά ή όχι. Συγκεκριμένα:

- Συμμετέχει κάποιος/α μέλος/η της οικογένειάς σας στη θεραπεία σας; Αν ναι ποιος/α μέλος/η;
- Αν ναι, θεωρείται ότι η συμμετοχή του μέλους -των μελών- της οικογένειάς σας, σας βοηθάει στη θεραπεία σας;

Δίνονται επιλογές προς απάντηση σε πέντε διαβαθμίσεις, από το 1 έως 5 (Likert):
1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=υπερβολικά.

Για τη διερεύνηση των λόγων της παραμονής στη θεραπεία προστέθηκε η ερώτηση:

- Τι ήταν αυτό που σας κράτησε στη θεραπεία;
1. Η φιλοσοφία και ο τρόπος λειτουργίας της ομάδας/ΚΟΠΑ
 2. Τα μέλη της ομάδας/ΚΟΠΑ
 3. Ο συντονιστής της ομάδας/υπηρέτης δάσκαλος/θεραπευτής
 4. Η ανάγκη μου για θεραπεία
 5. Άλλο (παρακαλώ σημειώστε).....

Τέλος, υπάρχει μια ερώτηση για τη διερεύνηση της ικανοποίησης του ατόμου για τη θεραπεία του σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert:

- Είστε ικανοποιημένος/η από την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σας;
(Likert): 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=υπερβολικά.

Στην ομάδα των μελών των οικογενειών δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς (**παράρτημα VI**) το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικο-δημογραφικά τους στοιχεία (οικογενειακή κατάσταση, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, εισόδημα, διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία). Υπάρχει επίσης μια ερώτηση που διερευνά τη σχέση με το άτομο για το οποίο συμμετέχουν στη θεραπεία.

Θέλοντας να μελετηθεί η επίδραση της θεραπείας στους τομείς αυτούς προστέθηκαν οι ερωτήσεις:

- Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση της σωματικής σας υγείας από τότε που ξεκινήσατε να συμμετέχετε στη θεραπεία του συγγενούς σας;
- Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση της ψυχικής σας υγείας από τότε που ξεκινήσατε να συμμετέχετε στη θεραπεία του συγγενούς σας;
- Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στις κοινωνικές σας σχέσεις από τότε που ξεκινήσατε να συμμετέχετε στη θεραπεία του συγγενούς σας;
- Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στον επαγγελματικό τομέα από τότε που ξεκινήσατε να συμμετέχετε στη θεραπεία του συγγενούς σας;

- Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση της οικονομικής σας κατάστασης από τότε που ξεκινήσατε να συμμετέχετε στη θεραπεία του συγγενούς σας;
- Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στη συμπεριφορά σας από τότε που ξεκινήσατε να συμμετέχετε στη θεραπεία του συγγενούς σας;
- Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στη σχέση με την οικογένεια σας από τότε που ξεκινήσατε να συμμετέχετε στη θεραπεία του συγγενούς σας;
- Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στο μέλος της οικογένειας σας από τότε που συμμετέχει στη θεραπεία;
- Θεωρείτε ότι η συμμετοχή σας βοηθάει τη θεραπεία του μέλους της οικογένειας σας;

Δίνονται επιλογές προς απάντηση σε πέντε διαβαθμίσεις, από το 1 έως 5 (Likert): 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=υπερβολικά.

Για τη διερεύνηση των λόγων της παραμονής στη θεραπεία προστέθηκε η ερώτηση:

- Τι ήταν αυτό που σας κράτησε στη θεραπεία;
6. Η φιλοσοφία και ο τρόπος λειτουργίας της ομάδας/ΚΟΠΑ
 7. Τα μέλη της ομάδας/ΚΟΠΑ
 8. Ο συντονιστής της ομάδας/υπηρέτης δάσκαλος/θεραπευτής
 9. Η ανάγκη μου για θεραπεία
 10. Άλλο (παρακαλώ σημειώστε).....

Τέλος, υπάρχει μια ερώτηση για τη διερεύνηση της ικανοποίησης του ατόμου για τη θεραπεία του σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert:

- Είστε ικανοποιημένος/η από την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σας;
- (Likert): 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=υπερβολικά

7.3. Πιλοτική έρευνα

Πριν την κύρια έρευνα, διεξήχθη μελέτη «πιλότος» στην οποία εξετάστηκαν η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των ψυχομετρικών εργαλείων. Στόχος της μελέτης ήταν να εντοπίσει τυχόν προβλήματα της λειτουργίας των ερωτηματολογίων όπως παρερμηνείες ή άλλες δυσκολίες σχετικές με τις ερωτήσεις. Σκοπός αυτής της διαδικασίας ήταν να γίνει όσο το δυνατόν καλύτερη μελέτη των εργαλείων και να αποφευχθούν λάθη της τελευταίας στιγμής στα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Συμπληρώθηκε από 15 εξυπηρετούμενους του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη. Συγκεκριμένα από

10 άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ(5 από την ομάδα αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας της Ανοιχτής Δομής Υποστήριξης και 5 που δέχονται ατομική θεραπεία) και 5 μέλη από τα άτομα που συμμετέχουν στην ομάδα αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας του Κέντρου Υποστήριξης Οικογένειας για το αλκοόλ). Φάνηκε πως τα ερωτηματολόγια αυτόαναφοράς λειτούργησαν αποτελεσματικά ως προς την συλλογή των δεδομένων και προχώρησε η διανομή στους συμμετέχοντες.

7.4. Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS 25.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 60 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Στον έλεγχο διαφοράς και συγκρίσεων στις κατανομές απαντήσεων σε σχετικές ερωτήσεις, υπολογίστηκαν κατά περίπτωση διαφορές με την μέθοδο χ^2 και Kruskal-Wallis. Με τη μέθοδο Kruskal-Wallis εκτιμήθηκαν επίσης οι διαφορές στις κλίμακες Audit C, Ικανοποίησης από τη Ζωή (Diener) και της Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-100) μεταξύ των ομάδων. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

Κεφάλαιο 8°. Παρουσίαση στατιστικών αποτελεσμάτων

8.1. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Από τους συνολικά 60 συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα, οι 40 είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ και οι 20 μέλη οικογενειών. Από τους εξαρτημένους, 20 προέρχονται από το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη (10 που λαμβάνουν ατομική θεραπεία και 10 ομαδική), 10 από τα ΚΟΠΑ και 10 από το Αλκοολογικό Ιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Από τους 20, που είναι μέλη οικογενειών εξαρτημένων ατόμων, οι 10 προέρχονται από το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη και οι 10 από τα ΚΟΠΑ(πίνακας 4).

Στην ομάδα των εξαρτημένων ατόμων οι άνδρες είναι 30 (75,0 %) και οι γυναίκες 10 (25,0 %) ($p < 0,05$), με μέση ηλικία $50,0 \pm 11,5$ ετών. Οι 30 (75,0%) διαμένουν σε πόλη ενώ οι 10 (25,0%) σε αγροτική περιοχή. Η πλειονότητα είναι Έλληνες (38 ή 95,0%), ενώ υπήρχαν 2 (10%) άτομα από άλλες χώρες (ένας από Αλβανία, και ένας από Ουκρανία). Όσον αφορά το μορφωτικό τους επίπεδο, 5 (12,0%) είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, 23 (55,0%) απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 4 (9,0%) απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης ΙΕΚ/ΠΙΕΚ, 8 (19,0%) απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και 2 (5,0%) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Ως προς την επαγγελματική απασχόληση, 26 (63,%) έχουν σταθερή απασχόληση, 7 (17,0%) είναι συνταξιούχοι, 8 (20,0%) έχουν περιστασιακή εργασία ενώ κανείς δεν δήλωσε άνεργος. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, 18 από τους συμμετέχοντες είναι έγγαμοι (45,0%), 10 άγαμοι (25%), 2 σε χηρεία (5,0%) και 10 είναι διαζευγμένοι (25,0%). Μέσος αριθμός τέκνων $1,5 \pm 1,3$.

Η ομάδα των μελών οικογενειών αποτελείται από 20 άτομα, όλα γυναίκες, μέσης ηλικίας $50,4 \pm 12,3$. Οι 14 συμμετέχουσες (70,0%) διαμένουν σε πόλη ενώ οι 6 (30,0%) σε αγροτική περιοχή. Οι 18 από τις συμμετέχουσες (95,0%) είναι Ελληνίδες ενώ 2 (10%) από άλλες χώρες (Αλβανία και Ουκρανία). Ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο, η μια (10,0%) είναι απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι 7 (35,0%) απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι 3 (15%) απόφοιτες ανώτερης εκπαίδευσης ΙΕΚ/ΠΙΕΚ και οι 9 (45%) απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Σχετικά με την επαγγελματική απασχόληση, οι 15 (75,%) έχουν σταθερή απασχόληση, οι 4 (20,0%) είναι συνταξιούχοι και η μία (5,0%) έχει περιστασιακή εργασία. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οι 13 από τις συμμετέχουσες είναι έγγαμες (65,0%),

για άγαμη (5,0%), μια σε χηρεία (5,0%) και 5 είναι διαζευγμένες (25,0%). Μέσος αριθμός τέκνων $2,3 \pm 1,2$.

Σημαντική διαφορά στα χαρακτηριστικά των δύο ομάδων παρατηρείται στην κατανομή του φύλου. Το σύνολο των 20 συμμετεχόντων (100,0%) της ομάδας των μελών οικογενειών είναι γυναίκες έναντι του 25,0% (n=10) της ομάδας των εξαρτημένων ατόμων.

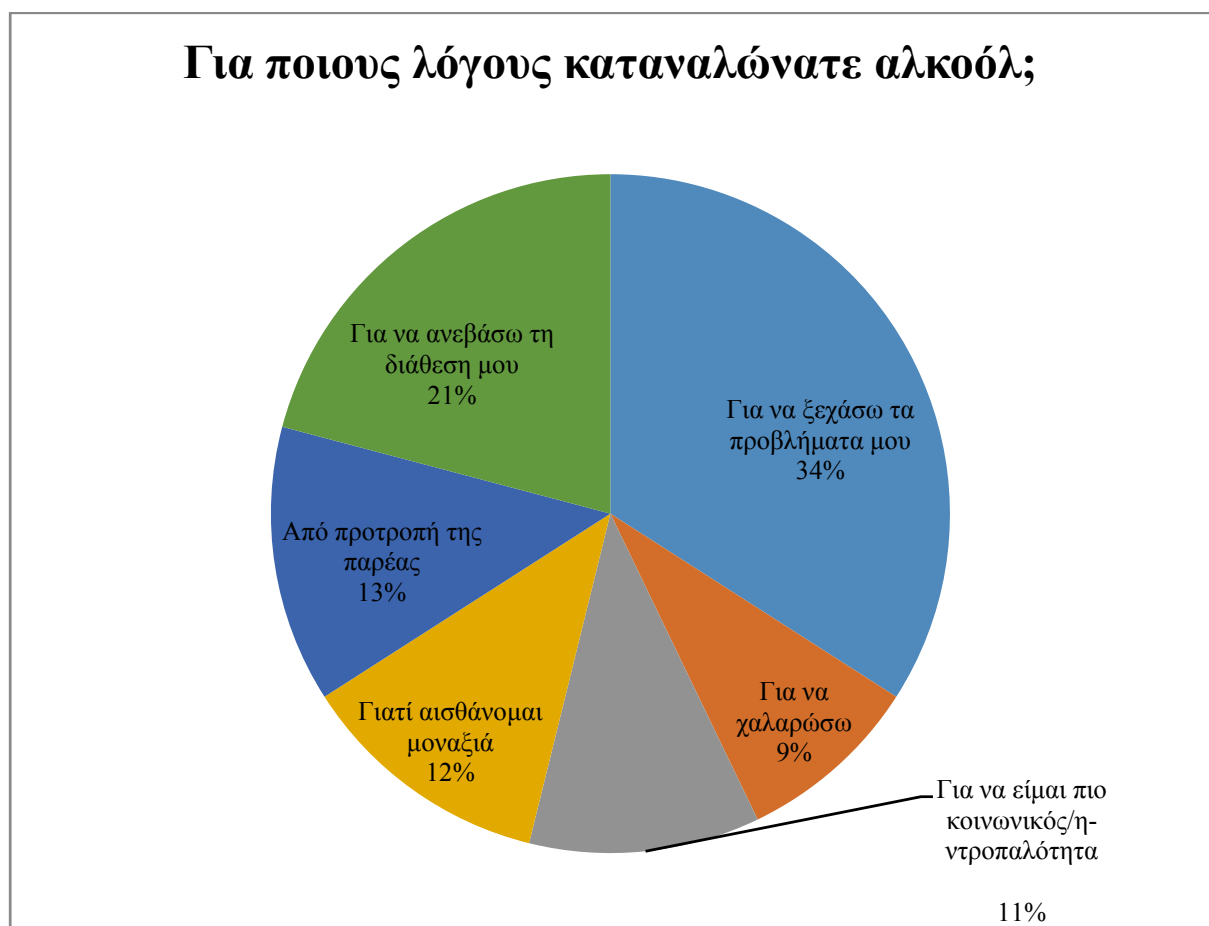
Πίνακας 4. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 60 συμμετεχόντων στη μελέτη

		Συμμετέχοντες (ομάδες)			
		Ομάδα εξαρτημένων ατόμων			Ομάδα Μελών Οικογενειών
		(ΚΕΘΕΑ)	(ΚΟΠΑ)	Αλκοολογικό Ιατρείο	
		n=20	n=10	n=10	n=20
		ν (%)			
Φύλο	<i>Ανδρας</i>	14 (70,0) *	8 (80,0)	8 (80,0)	-
	<i>Γυναίκα</i>	6 (30,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	20 (100,0)
Ηλικία, έτη	<i>μέση ηλικία±τυπ. απ.</i>	46,0±10,0	52,8±12,8	51,5±11,6	50,4±12,3
Μορφωτικό επίπεδο	<i>Δημοτικό</i>	-	2 (20,0)	3 (30,0)	1 (10,0)
	<i>Γυμνάσιο, Λύκειο</i>	13 (65,0)	4 (40,0)	6 (60,0)	7 (35,0)
	<i>ΙΕΚ</i>	3 (15,0)	1(10,00)	-	3 (15,0)
	<i>ΑΕΙ, ΤΕΙ, ΜSc,</i>	2 (10,0)	5 (50,0) 2(10,0)	1 (10,0)	9 (45,0)
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	18 (90,0)	10 (100,0)	8 (80,0)	18 (90,0)
	<i>Άλλη</i>	2 (10,0)	-	2 (20,0)	2 (10,0)
Εργασιακή κατάσταση	<i>σταθερή απασχόληση</i>	14 (70,0)	5 (50,0)	6 (60,0)	15 (75,0)
	<i>Περιστασιακή</i>	4 (20,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	1 (5,0)
	<i>μη ενεργός/η</i>	2 (10,0)	3 (30,0)	2 (20,0)	4 (20,0)
Μηνιαίο εισόδημα, ευρώ	<i>μέση τιμή±τυπ. απ.</i>	797±275	924±463	660±179	857±306
Περιοχή διαμονής	<i>Αστική</i>	19 (95,0)*	5 (50,0)	6 (60,0)	14 (70,0)
	<i>Αγροτική</i>	1 (5,0)	5 (50,0)	4 (40,0)	6 (30,0)
Οικογενειακή κατάσταση	<i>έγγαμος/η</i>	10 (50,0)	5 (50,0)	3 (30,0)	13 (65,0)
	<i>άγαμος/η</i>	6 (30,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	1 (5,0)
	<i>διαζευγμένος/η</i>	4 (20,0)	2 (20,0)	4 (40,0)	5 (25,0)
	<i>χήρος/α</i>	-	1 (10,0)	1 (10,0)	1 (5,0)
Παιδιά	<i>μέσος αριθμός±τυπ. απ.</i>	1,5±1,3	1,7±1,4	1,3±1,4	2,3±1,2

* Έλεγχος χ^2 και Kruskal-Wallis, * p<0.05.

8.2. Ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ για την ομάδα εξαρτημένων

Η μέση ηλικία έναρξης κατανάλωσης των συμμετεχόντων ήταν τα $18,7 \pm 6,7$ έτη. Το 52,5% (n=23) ξεκίνησε την κατανάλωση πριν τα 14 έτη ενώ σαν χαμηλότερη ηλικία έναρξης παρουσιάστηκε η ηλικία των 10. Η πιο συχνή αιτία κατανάλωσης αλκοόλ ήταν η «διέξοδος από τα προβλήματα» (n=31, 34,0%). Ακολουθεί η απάντηση «για να ανεβάσω τη διάθεση μου» με ποσοστό 21,0% (n=19). Με μικρή διαφορά συχνότητας είναι οι απαντήσεις «από προτροπή της παρέας με ποσοστό 13,0% (n=12), «γιατί αισθάνομαι μοναξιά» με 12,0% (n=12), για να «είμαι πιο κοινωνικός/ή - να ξεπεράσω τη ντροπαλότητα μου» με ποσοστό προτίμησης 11,0% (n=10). Τελευταία σε προτίμηση ήταν η απάντηση «για να χαλαρώσω», με ποσοστό 9,00% (n=8). (σχήμα 1).



Σχήμα 1. Ποσοστά απαντήσεων των 40 εξαρτημένων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Για ποιους λόγους καταναλώνετε αλκοόλ»;

Ως κύριο ποτό κατανάλωσης πριν την είσοδο τους στη θεραπεία, οι συμμετέχοντες κατέδειξαν ως πρώτη τους επιλογή «ρακί, τσίπουρο, ούζο» με 32,5% (n=13), ως δεύτερη «ουίσκι, βότκα, τζιν» με 27,5% (n=11), ως τρίτη με ποσοστό 22,5% (n=9) το «κρασί» και ως τελευταία τη «μπύρα» με ποσοστό 17,5% (n=7). Ως την ηλικία εκείνη στην οποία το αλκοόλ άρχισε να τους δημιουργεί προβλήματα σε διάφορους τομείς της ζωής τους, οι συμμετέχοντες αναφέρουν την ηλικία των 32,6±6,7 ετών.

Κατά την αξιολόγηση για την ανίχνευση διαταραχών από τη χρήση αλκοόλ, χρησιμοποιώντας το εργαλείο AUDIT C, φάνηκε ότι το 57% (n=23) των συμμετεχόντων είχε αποχή από το αλκοόλ, με τελικό σκορ 0. Το 15% (n=6) παρουσίασε σκορ 1-3 που παραπέμπει σε κατανάλωσης χαμηλού κινδύνου. Τέσσερις συμμετέχοντες (10%) συμπλήρωσαν σκορ 4-6 που αντιστοιχεί σε επικίνδυνη κατανάλωση, ενώ το 10% (n=7) των συμμετεχόντων κάνει προβληματική κατανάλωση, με βαθμολογία που ξεπέρασε το 7, που αντιστοιχεί σε επιβλαβή κατανάλωση.

8.3.Συνέπειες από την προβληματική κατανάλωση αλκοόλ

Στις συνέπειες από τη χρήση αλκοόλ (πίνακας 5), συνολικά 8 άτομα (20,0%) ανέφεραν ότι έχουν κάποιο διαγνωσμένο πρόβλημα ψυχικής υγείας που σχετίζεται/οφείλεται στη κατανάλωση αλκοόλ. Από τα νοσήματα, οι μισοί από αυτούς/ες (n=4) ανέφεραν την κατάθλιψη. Ωστόσο, οι 16 (40,0%) ανέφεραν ότι έχουν κάποιο διαγνωσμένο πρόβλημα σωματικής υγείας που σχετίζεται/οφείλεται στη κατανάλωση αλκοόλ με πιο συχνό την κίρρωση ήπατος (n=4). Ως προς την άσκηση βίας προς μέλος της οικογένειας, το αλκοόλ αποτέλεσε αιτία σε 23 (57,5%) από τους ερωτώμενους για λεκτική βία, και σε 13 (33,0%) για λεκτική και σωματική. Στην ερώτηση για την οδήγηση οχήματος υπό την επήρεια αλκοόλ, οι 18 (45,0%) ανέφεραν ότι γινόταν «συχνά», ενώ οι 18 (45,0%) ότι γινόταν «πάντα». Συνολικά λοιπόν, το 90,0% των ερωτηθέντων οδηγούσε κάποιο όχημα υπό την επήρεια αλκοόλ «συχνά» ή/και «πάντα». Προβλήματα με το νόμο εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ ανέφεραν 18 συμμετέχοντες (45,0%)

Πίνακας 5. Κατανομή απαντήσεων σε ερωτήσεις που αφορούν τις συνέπειες από την προβληματική κατανάλωση αλκοόλ από τους 40 εξαρτημένους συμμετέχοντες.

Ερώτηση	Ομάδα ατόμων με εξάρτηση	
	n=40	n (%)
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο πρόβλημα ψυχικής υγείας που σχετίζεται/ οφείλεται στη χρήση αλκοόλ;	ναι	8(20,0)
	Αγχώδης διαταραχή	1(12,5)
	Διπολική	1(12,5)
	Κατάθλιψη	4(50,0)
	Κρίσεις πανικού & κατάθλιψης	1(12,5)
	Μανιοκατάθλιψη	1(12,5)
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο πρόβλημα σωματικής υγείας που σχετίζεται/ οφείλεται στη χρήση αλκοόλ;	ναι	16 (40,0)
	Ασκίτης	2(13)
	Γαστρίτιδα	2(13)
	Διογκωμένο ήπαρ	1(6)
	Έλκος στομάχου	1(6)
	Καρδιαγγειακό Πρόβλημα	1(6)
	Κίρρωση Ήπατος	4(25)
	Ηπατοσπληνομεγαλία,	1(6)
	Παγκρεατίτιδα	2(13)
	Σακχαροδιαβήτη	1(6)
	Υπέρταση	1(6)
Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ προβλήματα με το νόμο εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ;	ναι	18(45)
Το αλκοόλ έγινε ποτέ για εσάς αιτία άσκησης βίας σε μέλος/μέλη της οικογένειάς σας;	Ναι, λεκτικής	23(57)
	Ναι, σωματικής	1(2)
	Και τις δυο	13(33)
	Όχι, ποτέ	3(8)
Πόσο συχνά οδηγούσατε κάποιο όχημα υπό την επήρεια αλκοόλ;	Ποτέ	5 (12)
	Σπάνια	3 (7)
	Συχνά	13 (33)
	πάντα	18 (45)
	δεν οδηγεί	1 (3)

Όλοι οι συμμετέχοντες (n=40) δήλωσαν ότι η κατανάλωση αλκοόλ είχε συνέπειες στην οικογενειακή τους ζωή (πίνακας 6), οι 32 (80,0%) στην κοινωνική και οι 26 (65,0%) στην επαγγελματική.

Πίνακας 6. Κατανομή απαντήσεων για τις συνέπειες της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ στην οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική ζωή από τους 40 εξαρτημένους συμμετέχοντες στη έρευνα.

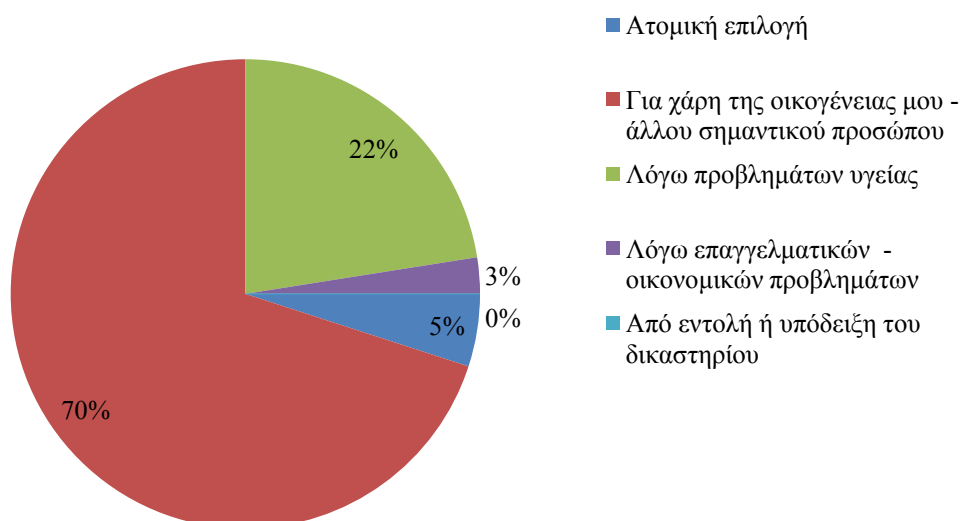
		Ομάδα Εξαρτημένων Ατόμων	
Συνέπειες στην:		n (%)	p-value
Οικογενειακή ζωή	ναι	40 (100,0)	
Κοινωνική ζωή	ναι	32 (80,0)	0,036
Επαγγελματική ζωή	ναι	26 (65,0)	

Έλεγχος χ^2 .

8.4. Πληροφορίες για τη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων

Το 22% των συμμετεχόντων (n=9) της ομάδας των εξαρτημένων φαίνεται να προσήλθαν στη θεραπεία λόγω προβλημάτων υγείας αλλά η πλειονότητα (n=28, 70,0%) «για χάρη της οικογένειας τους ή κάποιου άλλου σημαντικού προσώπου». Ένα ποσοστό 5,0% (n=2) προσήλθε από ατομική επιλογή και ένας (3,0%) λόγω επαγγελματικών ή οικονομικών προβλημάτων. Κανένας δεν προσήλθε από εντολή ή υπόδειξη δικαστηρίου (σχήμα 2).

Η προσέλευση στη θεραπεία ήταν :



Σχήμα 2. Ποσοστά απαντήσεων των 40 εξαρτημένων συμμετεχόντων στην ερώτησης «Για ποιους λόγους καταναλώνετε αλκοόλ»;

Από τους συμμετέχοντες, οι 4 (10,0%) είχαν λάβει υπηρεσίες θεραπείας από κάποιο άλλο θεραπευτικό πλαίσιο με συχνότητα $4,8 \pm 1,9$ φορές, ενώ η παραμονή τους εκεί ήταν $65 \pm 18,2$ ημέρες. Ως προς την υποτροπή κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι 25 (62,5%) ανέφεραν ότι υπήρξε τουλάχιστον μια υποτροπή (πίνακας 7). Ως προς την συχνότητα των υποτροπών, κατά μέσο όρο αναφέρθηκαν $3,6 \pm 1,8$ υποτροπές κατά την διάρκεια της θεραπείας ενώ στην 1^η υποτροπή ο μέσος χρόνος ημερών διήρκησε λιγότερο >4 ημέρες.

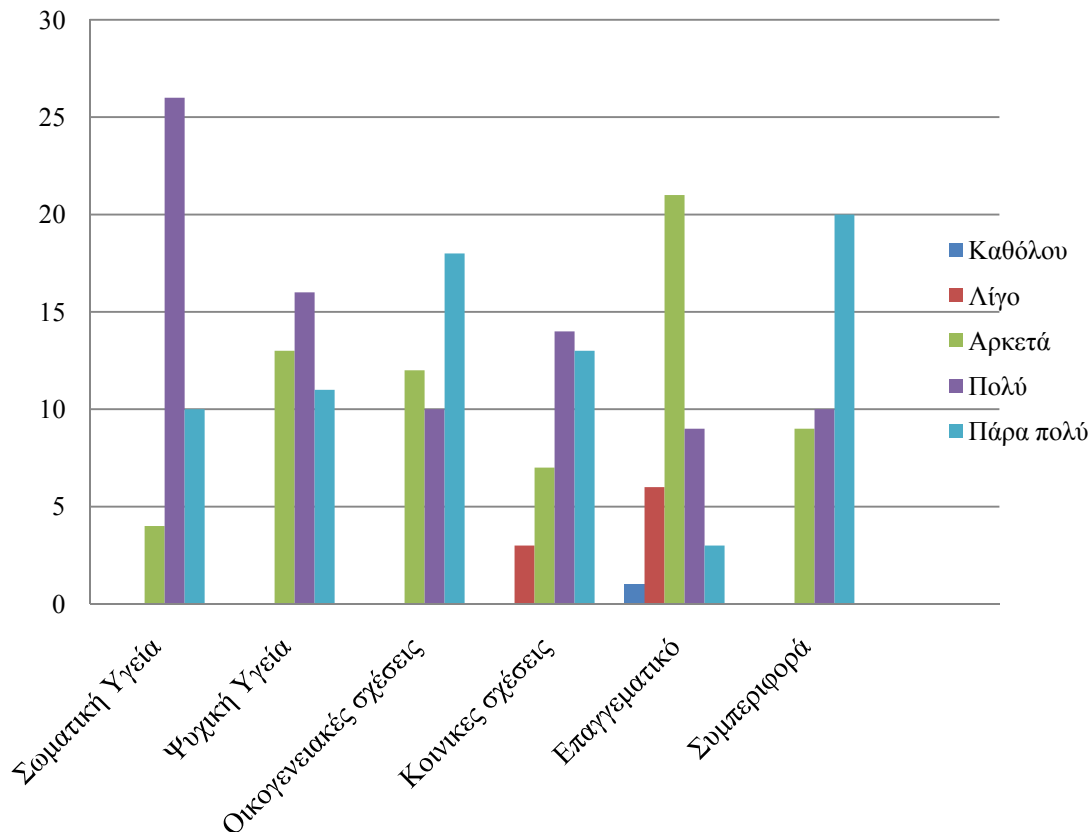
Πίνακας 7. Συχνότητα και διάρκεια υποτροπών κατά τη διάρκεια της θεραπείας στους 40 εξαρτημένους συμμετέχοντες στην μελέτη.

		ΚΕΘΕΑ ΟΜ n=10	ΚΕΘΕΑ ΑΤ n=10	(ΚΟΠΑ) n=10	Αλκοολογικό Ιατρείο n=10	
		n (%)				p-value
Υποτροπή	<i>Ναι</i>	4(40,0)	9 (90,0)	3 (30,0)	9 (90,0)	0,020
	<i>φορές, μέση τιμή±τυπ.απ.</i>	1,9 ± 0,3	2,7±1,9	2,7±1,5	3,7±1,8	0,644
	<i>1^η υποτροπή</i>	<i>ημέρες, μέση τιμή</i>	1	7,2	6,0	4,2
	<i>2^η</i>	<i>-/-</i>	2,7	4,6	4,0	5,7
	<i>3^η</i>	<i>-/-</i>	1,3	3,2	1,5	3,4
	<i>4^η</i>	<i>-/-</i>	1,1	1,7	2,0	4,0
	<i>5^η</i>	<i>-/-</i>		1,0		2,7
	<i>6^η</i>	<i>-/-</i>		1,0		1,5

Έλεγχου χ^2 και Kruskal-Wallis.

Οι συχνότητες θετικών αποκρίσεων («πολύ ή πάρα πολύ») σχετικά με τη βελτίωση κάποιων τομέων στη ζωή των 40 εξαρτημένων από την έναρξη συμμετοχής στη θεραπεία, δίνονται στο **σχήμα 3**. Η μεγαλύτερη σε συχνότητα απόκριση βελτίωσης «πολύ ή πάρα πολύ» διαπιστώθηκε στη «σωματική υγεία» και στη «συμπεριφορά» των εξαρτημένων (n=30 ή 75,0%), ενώ ακολουθεί η βελτίωση στις οικογενειακές σχέσεις με 57,0 % (n=27).

Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτώση στους ακόλουθους τομείς μετά την είσοδο σας στη θεραπεία;



Σχήμα 3. Ποσοστό των απαντήσεων των 40 εξαρτημένων συμμετεχόντων για τους λόγους προσέλευσης στη θεραπεία.

Από τα 40 άτομα, τα μισά δέχονται παράλληλη στήριξη με κάποιο μέλος/κάποια μέλη της οικογένειάς τους. Τα μέλη της οικογένειάς τους που συμμετέχουν στη θεραπεία είναι κατά κύριο λόγο σύζυγοι/σύντροφοι

Στις αιτίες που τους κράτησαν στα πλαίσια της θεραπείας (πίνακας 8), η πιο συχνή αιτία που αναφέρεται από 25 άτομα (62,5%) ήταν «ο συντονιστής της ομάδας/ή υπηρέτης-δάσκαλος ή θεραπευτής». Το 90% όλων των εξαρτημένων αναφέρει επίσης ότι είναι ικανοποιημένοι «πολύ ή πάρα πολύ» από την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Πίνακας 8. Συχνότητα αποκρίσεων σε ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση από τη θεραπεία των 40 εξαρτημένων.

	Ομάδα εξαρτημένων ατόμων				p-value
	ΚΕΘΕΑ Ατομ.θερ n=10	(ΚΕΘΕΑ ομάδα. n=10	(ΚΟΠΑ.) n=10	Αλκοολογικό Ιατρείο n=10	
<i>Τι ήταν αυτό που σας κράτησε στη θεραπεία;</i>	n (%)				
<i>η φιλοσοφία και ο τρόπος λειτουργίας της ομάδας</i>	-	5 (50,0)	9 (90,0)	-	<0,001
<i>τα μέλη της ομάδας</i>	-	4 (40,0)	4 (40,0)	-	0,082
<i>ο συντονιστής της ομάδας/υπηρέτης δάσκαλος</i>	8 (80)	8 (80,0)	2 (20,0)	7 (70,0)	0,005
<i>η ανάγκη μου για θεραπεία</i>	3 (30,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	7 (70,0)	0,027
<i>άλλο</i>	-	1 (10,0)	-	1 (10,0)	0,591
<i>Είστε ικανοποιημένος/ικανοποιημένη από την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σας; (πολύ, πάρα πολύ)</i>	7 (70,0)	9 (90,0)	9 (90,0)	10 (100,0)	0,435

Έλεγχος χ^2 .

8.5. Πληροφορίες για τα μέλη των οικογενειών που συμμετέχουν στη θεραπεία.

Στα μέλη της ομάδας μελών οικογενειών τέθηκαν οι ερωτήσεις που παρουσιάζονται στον **πίνακα 9**. Τα περισσότερα από τα μέλη της ομάδας αυτής (n=12 ή 60,0%) είναι «σύζυγοι, σύντροφοι» των εξαρτημένων. Μόνον μια ερευνώμενη έχει συμμετάσχει σε κάποιο άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα προκειμένου να βοηθήσει το μέλος της οικογένειάς της. Ο μέσος χρόνος συμμετοχής τους στην ομάδα είναι 1623 ημέρες. Καμία συμμετέχουσα δεν έχει πιθανή διαταραχή από τη χρήση αλκοόλ σύμφωνα με το AUDIT C. Συγκεκριμένα μια συμμετέχουσα(5%) είχε σκορ 1(χαμηλού κινδύνου κατανάλωση), ενώ οι υπόλοιπες 19(95%) απείχαν από τη κατανάλωση αλκοόλ (σκορ 0).Στην ερώτηση αν υπάρχει βελτίωση σε διάφορους τομείς της ζωής τους, όλες (100,0%) αναφέρουν βελτίωση στη «συμπεριφορά» τους

από την έναρξη συμμετοχής τους στη θεραπεία, οι 16 (80,0%) βελτίωση στις «οικογενειακές σχέσεις» και οι 17 (85,0%) βελτίωση στις «κοινωνικές σχέσεις». Αμέσως μετά ακολουθεί η βελτίωση στον επαγγελματικό τομέα (11 άτομα, 50,0%) ενώ χαμηλότερα βρίσκεται η βελτίωση στην «οικονομική κατάσταση» (n=4, 20,0%). Στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι το εξαρτημένο μέλος της οικογένειας σας παρουσιάζει κάποια βελτίωση μετά την είσοδο του στη θεραπεία» το 90% των συμμετεχουσών απάντησαν «πολύ και πάρα πολύ». Επίσης, στις αιτίες που τις κράτησαν στη θεραπεία, οι 14 (70,0%) αναφέρουν τα μέλη της ομάδας, 11(55%) η φιλοσοφία και ο τρόπος λειτουργίας της ομάδας, 12(60%) ο συντονιστής/υπηρέτης δάσκαλος και 9(45%) η ανάγκη τους για θεραπεία.

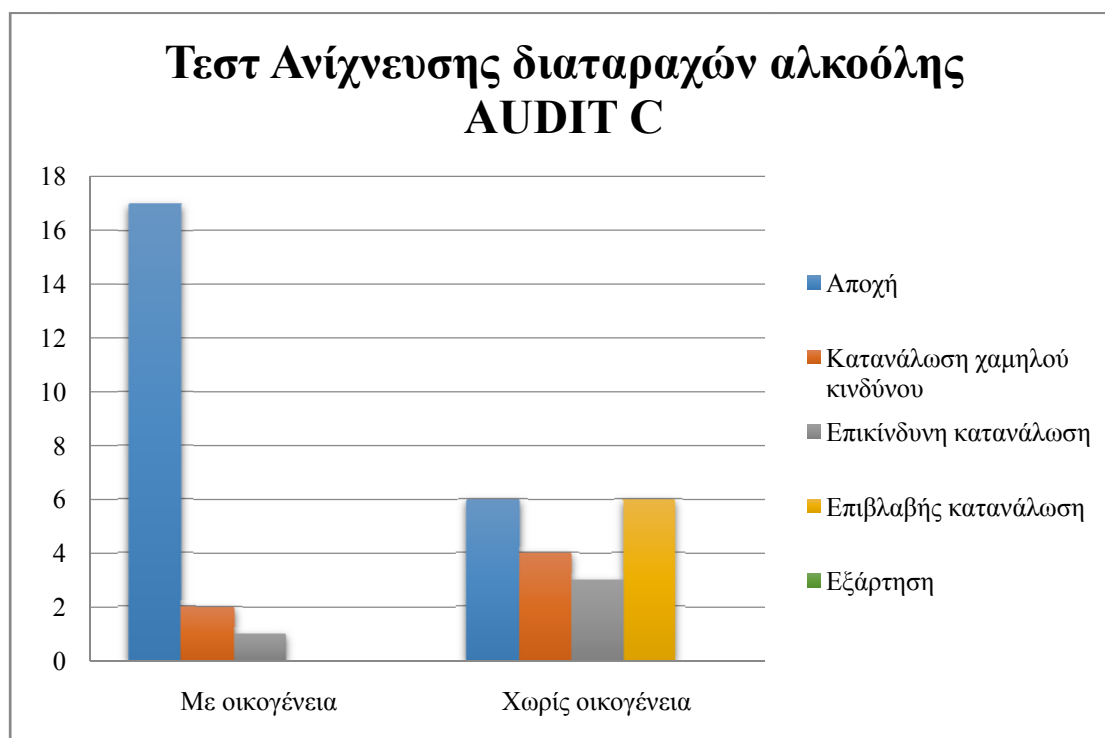
Πίνακας 9. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά και πληροφορίες για την θεραπεία των 20 συμμετεχόντων από την ομάδα της οικογένειας.

		Ομάδα Οικογένειας	
		N	%
Σχέση με το άτομο για το οποίο έρχονται στην Ομάδα	πατέρας	1	5,0
	μητέρα	1	5,0
	σύζυγος, σύντροφος	12	60,0
	παιδί	6	30,0
Συμμετοχή σε κάποιο άλλο θεραπευτικό Πρόγραμμα προκειμένου να βοηθήσουν μέλος της οικογένειας †	Ναι	1	5,0
Χρόνος συμμετοχής στην Ομάδα, ημέρες	μέση τιμή± SD	1623±1407	
Θεωρείτε ότι η συμμετοχή σας βοηθάει τη θεραπεία του μέλους της οικογένειας σας; (πολύ, πάρα πολύ)		15	75,0
Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στη σχέση με την οικογένεια σας από τότε που συμμετέχετε στην ομάδα; (πολύ, πάρα πολύ)		16	80,0
Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στις κοινωνικές σας σχέσεις από τότε που συμμετέχετε στην ομάδα; (πολύ, πάρα πολύ)		17	85,0
Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στον επαγγελματικό τομέα από τότε που συμμετέχετε στην ομάδα; (πολύ, πάρα πολύ)		11	55,0
Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση της οικονομικής σας κατάστασης από τότε που συμμετέχετε στην ομάδα; (πολύ, πάρα πολύ)		4	20,0
Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στη συμπεριφορά σας από τότε που συμμετέχετε στην ομάδα; (πολύ, πάρα πολύ)		20	100,0
Τι ήταν αυτό που σας κράτησε στην ομάδα;	η φιλοσοφία και ο τρόπος λειτουργίας της ομάδας/ο τρόπος που γίνεται η θεραπεία,	11	55,0
	τα μέλη της ομάδας,	14	70,0
	ο συντονιστής της ομάδας/ο υπηρέτης δάσκαλος/ο θεραπευτής,	12	60,0
	η ανάγκη μου για θεραπεία	9	45,0

† Η συχνότητα συμμετοχής ήταν μια φορά για 90 ημέρες.

8.6. Έλεγχος ερευνητικών υποθέσεων και ερωτημάτων.

Ξεκινώντας με την πρώτη ερευνητική υπόθεση « *Η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία επηρεάζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας*», βρέθηκε ότι οι εξαρτημένοι των οποίων η οικογένεια συμμετείχε στη θεραπεία παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερα μέσα επίπεδα AUDIT C συγκριτικά με εκείνους που δεν συμμετείχε (**σχήμα 4**), περισσότερο μέσο χρόνο συμμετοχής στην ομάδα αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας έναντι των άλλων (**πίνακας 10**) και περισσότερο χρόνο αποχής από τη κατανάλωση αλκοόλ (**πίνακας 10**), σημαντικά υψηλότερη Ικανοποίηση από τη Ζωή και υψηλά μέσα επίπεδα των συνιστωσών της Ποιότητας Ζωής (**πίνακας 10**). Η συμμετοχή λοιπόν μέλους της οικογένειας στην θεραπεία, φαίνεται να βελτιώνει σημαντικά τις επιμέρους παραμέτρους των διαταραχών χρήσης αλκοόλ, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ποιότητα ζωής, καθώς και τις ημέρες συμμετοχής στο πρόγραμμα και αποχής από το αλκοόλ. Αναλυτικότερα παρουσιάζεται μελετώντας τα ερευνητικά ερωτήματα.



Σχήμα 4. Παρουσίαση αποτελεσμάτων του Τεστ ανίχνευσης διαταραχών αλκοόλης (AUDIT C) των 40 εξαρτημένων συμμετεχόντων.

Πίνακας 10. Κατανομές απαντήσεων από τους 40 συμμετέχοντες από την ομάδα εξαρτημένων από τις κλίμακες AUDIT, WHOQOL-100 και SWLS, αριθμό υποτροπών και συχνότητας της.

		Συμμετοχή Οικογένειας n=20	Χωρίς συμμετοχή Οικογένειας n=20	
		n (%)		p-value
Φύλο	<i>Ανδρας</i>	17 (56,7)	13 (43,3)	0,144
	<i>Γυναίκα</i>	3 (30,0)	7 (70,0)	
Ηλικία, έτη		49,0±11,4 [‡]	49,2±11,5	0,956
Ανίχνευσης Διαταραχών Αλκοόλης AUDIT C (αυξημένη κλίμακα ⇒ αυξημένη πιθανότητα διαταραχών)		0,35±0,25	3,9±0,50	<0,001
Ικανοποίησης από τη Ζωή DIENER (αυξημένη βαθμολογία ⇒ αυξημένη ικανοποίηση)		23,7±5,2	15,3±5,1	<0,001
Ποιότητας Ζωής WHOQOL-100 (αυξημένη βαθμολογία ⇒ καλή ποιότητα)	<i>Σωματική υγεία</i>	72,0±15,9	50,8±24,5	0,005
	<i>Ψυχική υγεία</i>	68,7±16,9	49,6±21,6	0,002
	<i>Επίπεδο ανεξαρτησίας</i>	59,3±26,2	44,3±23,0	0,046
	<i>Κοινωνικές σχέσεις</i>	67,4±14,4	36,0±19,1	<0,001
	<i>Περιβάλλον</i>	67,1±19,5	46,2±27,6	0,021
	<i>Πνευματικότητα, θρησκεία, προσωπικές πεποιθήσεις</i>	63,3±22,0	33,3±20,9	<0,001
	<i>Γενική ενότητα</i>	53,8±30,6	26,3±19,0	0,003
Χρόνος συμμετοχής στην ομάδα ημέρες (μέση τιμή±SD)		1631±1780	470±581	0,002
Χρόνος αποχής από το αλκοόλ (μέση τιμή±SD)		1568±1717	296±407	0,001
Υποτροπές		7(26)	18(74)	0,002

[‡] μέση τιμή±τυπ. απ.

Έλεγχοι χ^2 και Mann-Whitney

Συνεχίζοντας με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα «*Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει*», βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα μέσα επίπεδα όλων των συνιστωσών της Ποιότητας Ζωής ($p<0,05$) για τα άτομα με την οικογενειακή υποστήριξη (πίνακας 10). Συγκεκριμένα, στον τομέα *σωματική υγεία* τα μέσα επίπεδα ήταν 72,0 για τα άτομα που δέχονται παράλληλη στήριξη με την οικογένεια τους και 50,8 για εκείνους που έρχονται χωρίς την οικογένεια ($p<0,005$). Συνεχίζοντας στον τομέα *ψυχικής υγείας* καταγράφηκαν οι τιμές 68,7 και 49,6 ($p<0,002$) αντίστοιχα. Στην ενότητα που διερευνά το *επίπεδο*

ανεξαρτησίας τα μέσα επίπεδα ήταν 59,3 για τα άτομα που συμμετέχει η οικογένεια τους έναντι 44,30 για εκείνους των οποίων δεν συμμετέχει ($p < 0,046$). Σημαντικά καλύτερες τιμές παρουσιάζει η ομάδα με την οικογενειακή εμπλοκή έναντι των ανεξάρτητων συμμετεχόντων με τιμές 67,4 και 36 ($p < 0,001$) στην ενότητα που μελετά τις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου. Στον τομέα της πνευματικότητας, οι τιμές της ομάδας με την συμμετοχή μελών οικογενειών ήταν 63,3 έναντι 33,3 για την ομάδα των εξαρτημένων χωρίς συμμετοχή οικογένειας ($p < 0,001$). Σημαντικά υψηλότερες τιμές στη γενική ενότητα βρέθηκαν για τους συμμετέχοντες με την οικογένεια (53,8) έναντι των ανεξάρτητων (26,3) και η στατιστική διαφορά ήταν σημαντική ($p < 0,003$).

Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα «*Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή τους συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει*», βρέθηκε ότι τα άτομα που η οικογένεια τους συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη Ικανοποίηση από τη Ζωή (23,7 έναντι 15,3, $p < 0,001$) **(πίνακας 10)**.

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα ήταν αν «*Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει*».

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα ήταν αν «*Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν περισσότερες μέρες συμμετοχής στη θεραπεία συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει*». Βρέθηκε ότι οι ημέρες αποχής για τα άτομα των οποίων συμμετέχει η οικογένεια είναι 1568 ημέρες έναντι 296 ημερών ($p = 0,001$) **(πίνακας 10)**.

Το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα ήταν αν «*Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν περισσότερες μέρες αποχής συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει*». Βρέθηκε ότι οι ημέρες αποχής για τα άτομα των οποίων συμμετέχει η οικογένεια είναι 1568 ημέρες έναντι 296 ημερών ($p = 0,001$) **(πίνακας 10)**.

Ως προς το έκτο ερευνητικό ερώτημα, «*Τα άτομα των οποίων η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία παρουσιάζουν λιγότερες υποτροπές συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η οικογένεια δεν συμμετέχει*», βρέθηκε ότι οι εξαρτημένοι που η οικογένεια τους συμμετείχε στη θεραπεία, παρουσίαζαν χαμηλότερη συχνότητα

υποτροπών από τους εξαρτημένους που η οικογένεια τους δεν συμμετείχε στη θεραπεία (7 έναντι 18, $p=0,002$) (πίνακας 10).

Στην δεύτερη ερευνητική υπόθεση «Η θεραπεία θα έχει θετική επίδραση στα μέλη των οικογενειών» βρέθηκε ότι τα μέλη της ομάδας των οικογενειών έχουν θετική επίδραση από τη θεραπεία τους. Συγκεκριμένα, αυτό παρουσιάζεται μελετώντας τα ερευνητικά ερωτήματα της υπόθεσης. Αναλυτικότερα: «Τα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων ατόμων που συμμετέχουν στη θεραπεία παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή» βρέθηκε ότι η ομάδα οικογένειας παρουσιάζει υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή με μέση τιμή 25,6 (πίνακας 11). Και στην δεύτερη ερευνητική υπόθεση «Τα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων ατόμων που συμμετέχουν στη θεραπεία παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής» βρέθηκε ότι στον άξονα σωματικής υγείας ο μέσος όρος είναι 62,8, στην ψυχική υγεία είναι 61,9, στο επίπεδο ανεξαρτησίας 62,6, στις κοινωνικές σχέσεις 63,1, στην ενότητα που αφορά τη πνευματικότητα και τις προσωπικές πεποιθήσεις 59,9 και στη γενική ενότητα που αφορά τη γενική ποιότητα ζωής και υγείας 66,7. (πίνακας 11). Συνολικά η ομάδα των μελών οικογενειών που συμμετέχουν στην θεραπεία εξαρτημένου μέλους της οικογένειάς τους παρουσιάζει υψηλή ποιότητα ζωής που αποδίδεται στην συμμετοχή στην θεραπεία.

Πίνακας 11. Επίπεδα ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από τη ζωή των 20 συμμετεχουσών από την ομάδα της οικογένειας.

Κλίμακα		Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	Διάμεσος	Εύρος τιμών	Cronbach α
Ικανοποίησης από τη Ζωή DIENER (αυξημένη βαθμολογία \Rightarrow αυξημένη ικανοποίηση)		25,6	7,8	26,5	8-31	0,946
Ποιότητας Ζωής WHOQOL-100 (αυξημένη βαθμολογία \Rightarrow καλή ποιότητα)	Σωματική υγεία	62,8	22,3	65,0	0-100	0,816
	Ψυχική υγεία	61,9	19,8	66,7	0-100	0,876
	Επίπεδο ανεξαρτησίας	62,6	24,7	64,4	0-100	0,834
	Κοινωνικές σχέσεις	63,1	23,0	59,6	0-100	0,901
	Περιβάλλον	60,0	23,5	62,1	0-100	0,867
	Πνευματικότητα, θρησκεία, προσωπικές πεποιθήσεις	59,9	24,5	50,0	0-100	0,760
	Γενική ενότητα	66,7	28,5	50,0	0-100	0,610

Το συνολικό WHOQOL-100 βρέθηκε με Cronbach $\alpha=0,961$.

Κεφάλαιο 9^ο :Συμπεράσματα, περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

9.1.Συμπεράσματα

Στη παρούσα μελέτη έγινε διερεύνηση της εμπλοκής της οικογένειας στη θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου από αλκοόλ. Η έρευνα έλαβε χώρα σε τρία διαφορετικά πλαίσια θεραπείας (ΚΕΘΕΑ, ΚΟΠΑ, Αλκοολογικό Ιατρείο Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου). Συνολικά το δείγμα αποτελούνταν από 60 άτομα τα οποία χωρίστηκαν σε δυο ομάδες. Η μια ομάδα περιελάμβανε άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ και η άλλη άτομα που είναι μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων ατόμων.

Η ομάδα των εξαρτημένων αποτελούνταν από 30 άνδρες και 10 γυναίκες (75% και 25% αντίστοιχα). Η αναλογία ανδρών προς γυναίκες είναι παρόμοια με αυτή που αναφέρεται και σε άλλα θεραπευτικά πλαίσια (ΕΚΤΕΠΝ, 2017). Οι περισσότεροι από τους εξαρτημένους από το αλκοόλ ήταν Έλληνες, 1 στους 3 ήταν έγγαμος και 1 στους 3 διαζευγμένος ή σε διάσταση. Οι 4 από τους 10 μένουν με τη δική τους οικογένεια. Οι μισοί έχουν απολυτήριο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 1 στους 4 είναι πτυχιούχος ανώτερης ή ανώτατης σχολής και 3 από τους 4 κατοικούν σε αστική περιοχή.

Κατά την παραπέρα μελέτη των χαρακτηριστικών των εξαρτημένων ατόμων που προσέρχονται στο θεραπευτικό πλαίσιο μπορεί κανείς να παρατηρήσει αυτό που η βιβλιογραφία (ΕΚΤΕΠΝ 2017, ΚΕΘΕΑ 2017, WHO 2018, Μουζάς, 2005) έχει ήδη περιγράψει, δηλαδή έναρξη κατανάλωσης στην εφηβεία, σοβαρά προβλήματα υγείας, προβλήματα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, ατυχήματα, τραυματισμούς και νομικά προβλήματα. Στο ερευνώμενο δείγμα βρέθηκε ότι το 52,5% ξεκίνησε την κατανάλωση αλκοόλ πριν τα 14 έτη και η πιο συχνή αιτία γι' αυτό ήταν η «διέξοδος από τα προβλήματα» με ποσοστό 34%. Οι 4 στους 10 είχαν διαγνωσμένο πρόβλημα σωματικής υγείας και οι 2 στους 10 ψυχικής, ως επακόλουθο της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ. Περίπου οι μισοί αντιμετώπισαν προβλήματα με τον νόμο και οι 9 στους 10 ανέφεραν ότι οδηγούσαν συχνά ή και πάντα υπό την επήρεια του αλκοόλ.

Το 100% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η κατάχρηση αλκοόλ είχε αρνητικές οικογενειακές συνέπειες και το 80% κοινωνικές. Για 6 στους 10, το αλκοόλ

ήταν αιτία να ασκηθεί λεκτική ή και σωματική βία σε άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος.

Η οικογένεια βιώνει έντονα τις αρνητικές επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ και αυτό την εξαναγκάζει να δραστηριοποιηθεί και να βοηθήσει το μέλος της καθώς και να διαχειριστεί τις επιπτώσεις αυτές (Kaufman & Kaufman 1992^a). Η οικογένεια είναι εκείνη που συνήθως κινητοποιεί το εξαρτημένο μέλος να ενταχθεί σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα και πολλές φορές το υποστηρίζει κατά τη διάρκεια της θεραπείας (ΚΕΘΕΑ, 2017. Kaufman & Kaufman 1992^a). Η θέση αυτή επιβεβαιώθηκε από την παρούσα μελέτη καθώς το 70% των ερευνώμενων που προσήλθαν στη θεραπεία το έκαναν για χάρη κάποιου μέλους της οικογένειάς τους ή άλλου σημαντικού προσώπου. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι η ελληνική οικογένεια προσέρχεται στις υπηρεσίες θεραπείας πιο εύκολα από τους εξαρτημένους - μέλη της, γεγονός που δεν συναντάται τόσο συχνά σε άλλες κοινωνίες (Πομίνι, 2004).

Η εμπλοκή της οικογένειας φαίνεται ότι αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη θετική έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας της (Μισουρίδου, 2015). Η οικογένεια μπορεί να είναι βοηθητική στη διατήρηση της αποχής, στην παραμονή στη θεραπεία και στη πρόληψη υποτροπής σύμφωνα με τους Kaufman and Kaufman (1992^a). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η υποτροπή είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο. Οι Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) υποστηρίζουν ότι μια υποτροπή δεν πρέπει με κανένα τρόπο να καταδικάζει τη θεραπεία, αλλά να αξιοποιείται ως ευκαιρία αλλαγής. Η επιστροφή του ατόμου είναι πολύ πιθανή στη διάρκεια της θεραπείας του και πρέπει να υπάρχει προετοιμασία για την τυχόν υποτροπή ώστε αυτή να διαρκέσει χρονικά όσο το δυνατόν λιγότερο.

Στη παρούσα μελέτη το 62,5% των ατόμων ανέφεραν ότι είχαν κάποια υποτροπή στη διάρκεια της θεραπείας τους. Κατά μέσο όρο αναφέρθηκαν 3,6 υποτροπές, ενώ στην πρώτη υποτροπή η μέση διάρκεια της ήταν λιγότερο από 4 ημέρες. Σε όλες τις περιπτώσεις, παρά τις υποτροπές οι εξαρτημένοι από το αλκοόλ στην παρούσα μελέτη επέστρεψαν στη θεραπεία τους.

Αναφορικά με τις επιδράσεις της θεραπείας, το 75% δήλωσε ότι είχε βελτίωση στη σωματική υγεία και το 57% στις οικογενειακές σχέσεις. Στις αιτίες που τους κράτησαν στα πλαίσια της θεραπείας η πιο συχνή αιτία, με ποσοστό 62,5%, ήταν «ο συντονιστής της ομάδας ή υπηρέτης δάσκαλος ή θεραπευτής». Το 90% όλων των εξαρτημένων της μελέτης ανέφεραν ότι ήταν ικανοποιημένοι «πολύ ή πάρα πολύ» από

την αποτελεσματικότητα της θεραπείας τους. Να σημειωθεί ότι όλοι οι εξαρτημένοι δήλωσαν ότι η συμμετοχή του μέλους ή των μελών της οικογένειας τους, τους βοηθάει στη θεραπεία τους.

Η προσεκτική αξιολόγηση της βαρύτητας της κατανάλωσης αναγνωρίζεται ως χρήσιμη για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της. Μελετώντας το δείγμα με τη βοήθεια του AUDIT C, το 57% βρέθηκε σε πλήρη αποχή από την έναρξη της θεραπείας του, το 15% έκαναν περιστασιακή-χαμηλού κινδύνου κατανάλωση, το 10% επικίνδυνη και το 10% επιβλαβή. Οι ερωτώμενοι, ερχόμενοι στα πλαίσια θεραπείας τους, ήταν ήδη διαγνωσμένοι ως εξαρτημένοι από αλκοόλ. Παρατηρείται ότι μόνο το 20% κάνει προβληματική κατανάλωση (επικίνδυνη και επιβλαβή).

Με σκοπό να μελετήσουμε τη συμβολή της οικογένειας στη θεραπεία, η ομάδα των εξαρτημένων χωρίστηκε σε δυο επιμέρους ομάδες με κριτήριο το αν συμμετέχει ή όχι κάποιο μέλος/μέλη από την οικογένεια τους στη θεραπεία. Οι εξαρτημένοι που συμμετέχει η οικογένεια τους στη θεραπεία βρέθηκαν να έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα στη κλίμακα ανίχνευσης διαταραχών από τη χρήση αλκοόλ από την ομάδα χωρίς οικογενειακή υποστήριξη. Επίσης βρέθηκαν να έχουν λιγότερες υποτροπές, σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή και υψηλότερα επίπεδα σε όλες τις συνιστώσες/ενότητες της ποιότητας ζωής. Η συμμετοχή λοιπόν μέλους της οικογένειας στην θεραπεία, φαίνεται να μειώνει τη συχνότητα των υποτροπών, να βελτιώνει σημαντικά τα επίπεδα των κλιμάκων ανίχνευσης διαταραχών από τη χρήση του αλκοόλ, της ικανοποίησης από τη ζωή και της ποιότητας ζωής.

Επίσης, οι εξαρτώμενοι με οικογενειακή υποστήριξη είχαν σημαντικά περισσότερο χρόνο συμμετοχής στη θεραπεία έναντι των άλλων, καθώς και σημαντικά περισσότερο χρόνο αποχής από την κατανάλωση αλκοόλ. Τα άνωθι επιβεβαιώνουν τις ερευνητικές υποθέσεις και τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί στην έρευνα.

Τα ευρήματα της έρευνας συμφωνούν με αυτά των Frischknecht, Sabo & Mann(2013) που υποστήριξαν ότι η αποχή από το αλκοόλ ή ακόμα η μείωση της κατανάλωσης σχετίζονται θετικά με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Τα εξαρτημένα άτομα όταν εισήλθαν στη θεραπεία είχαν προβλήματα υγείας, συμπεριφοράς, προβλήματα με τις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις. Αξιολογώντας τη ποιότητα ζωής βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής για την ομάδα με τη συμμετοχή της οικογένειας είναι υψηλή και για την ομάδα που δεν έχει οικογενειακή υποστήριξη

μέτρια προς υψηλή. Φαίνεται ότι η αποχή ή η μείωση κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζεται με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Σε έρευνες που έχουν γίνει (Donovan, Mattson, Cisler, Longabaugh, Zweben, 2005. Muller, Skurtveit, Clausen, 2016), η χαμηλή ποιότητα ζωής σχετίζονταν με τη κατάχρηση αλκοόλ και την εξάρτηση. Στη παρούσα έρευνα φαίνεται ότι τα άτομα που απέχουν από το αλκοόλ έχουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής από εκείνα που κάνουν επικίνδυνη ή προβληματική κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης παρατηρείται ότι τα άτομα που έχουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής είχαν περισσότερες υποτροπές γεγονός που είχαν υπογραμμίσει σε έρευνα τους οι Donovan, Mattson, Cisler, Longabaugh & Zweben (2005).

Επίσης, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με την Ικανοποίηση από τη Ζωή. Αναλυτικότερα, η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με τη χαμηλή ποιότητα ζωής όπως είχε επισημανθεί σε έρευνα των Koivumaa-Honkanen, Kaprio, Korhonen, Honkanen, Heikkilä & Koskenvuo (2012) και Massin & Kopp (2014).

Η ομάδα των μελών οικογενειών αποτελούνταν από 20 άτομα που ήταν γυναίκες, οι περισσότερες Ελληνίδες, ηλικίας περίπου 50 ετών, και το 70% διέμενε σε πόλη. Σχετικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, μια από τις 3 ήταν απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και μία στις 3 τριτοβάθμιας. Το 75% είχαν σταθερή απασχόληση, έγγαμες ήταν το 65% και διαζευγμένες το 25%. Το 60%, ήταν σύζυγοι ή σύντροφοι των εξαρτημένων και μόλις μια είχε συμμετάσχει σε κάποιο άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα προκειμένου να βοηθήσει το μέλος της οικογένειάς της. Ο μέσος χρόνος συμμετοχής τους στην ομάδα ήταν 1623 ημέρες.

Καμία δεν έχει πιθανές διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ σύμφωνα με το AUDIT C. Όλες οι γυναίκες μέλη των οικογενειών ανέφεραν βελτίωση στη συμπεριφορά τους από την έναρξη συμμετοχής τους στο πρόγραμμα θεραπείας και το 85% βελτίωση στις κοινωνικές τους σχέσεις. Η συχνότερα αναφερόμενη αιτία που τους κράτησε στην ομάδα αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας ήταν τα μέλη της ομάδας (70,0%). Βρέθηκαν να έχουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή υψηλά επίπεδα σε όλες τις συνιστώσες/ενότητες της Ποιότητας Ζωής επιβεβαιώνοντας τις ερευνητικές υποθέσεις και τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί.

Επίσης, το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης φαίνεται να έχει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Σύμφωνα με πολλές έρευνες (Alcoholics Anonymous, 2011. Georgiou, A. & Lainas, 2011. Flores, 2001. Kelly, 2007. Koymann, 1993. Μάτσα, 2008. Moss, 2009. Moss & Moss, 2007), η ομαδική θεραπεία θεωρείται μια από τις πιο διαδεδομένες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα συνδέονται με τα αποτελέσματα πολλών ερευνών που έχουν υποστηρίξει ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας/αλληλοβοήθειας σχετίζονται θετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας όσον αφορά την ελάττωση κατανάλωσης αλκοόλ, την αποχή και τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου (Deleon, 1997. Ζαφειρίδης, 2008. Λαϊνάς, 2007. Rudolf & Moos, 2016).

Τέλος, η συμβολή του ανθρώπινου δυναμικού στην εκάστοτε μορφή θεραπείας είτε πρόκειται για το θεραπευτή /συντονιστή/υπηρέτη-δάσκαλο είτε για τα μέλη της ομάδας φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την παραμονή του ατόμου στη θεραπεία. Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων φαίνεται να σχετίζεται με την αλληλεπίδραση μεταξύ του εξαρτημένου ατόμου, του θεραπευτικού συστήματος και του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος (Πουλόπουλος, 2010).

9.2.Περιορισμοί έρευνας

Κατά τη διάρκεια της έρευνάς μου αντιμετώπισα μερικές δυσκολίες. Χρειάστηκε να ξεπεράσω το ορισμένο χρονοδιάγραμμα καθώς παρουσιάστηκαν εμπόδια στη λήψη απαραίτητων εγγράφων για να μου επιτραπεί η νόμιμη επικοινωνία μου με το δειγματοληπτικό πληθυσμό. Η τετράμηνη αυτή καθυστέρηση εμπόδισε την άμεση πρόσβασή μου στο πεδίο. Μια άλλη αντικειμενική δυσκολία αποτέλεσε η μικρότερη από την αναμενόμενη στρατολόγηση εξαρτημένων ατόμων με εξάμηνη παραμονή στο πρόγραμμα, χωρίς τη συμμετοχή οικογένειας. Αυτό συνδέεται με τη βιβλιογραφία καθώς φαίνεται να αναδεικνύεται η ωφελιμότητα από την ενεργή εμπλοκή του οικογενειακού περιβάλλοντος (Γεωργάκας, 2007. Fosteri & Papanastasatos, 2002. O' Farrell & Falls-Stewart 2006) και του ομαδικού πλαισίου (Deleon, 1997. Ζαφειρίδης, 2008. Λαϊνάς, 2007. Ποταμιάνος-Γκιτάκος, 2017) στη θεραπεία απεξάρτησης από το αλκοόλ.

9.3.Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Για περαιτέρω έρευνα, αποτελεί μία αφετηρία εκκίνησης η εκτίμηση των μεταβολών στο οικογενειακό περιβάλλον και τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ενδοοικογενειακή συνδιαλλαγή και την επικοινωνία με τα άλλα μέλη της οικογένειας του εξαρτημένου ατόμου κατά την έναρξη, τη διάρκεια και κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας ώστε να υπάρχει μια ολοκληρωμένη εκτίμηση των όποιων πιθανών μεταβολών. Οι κοινωνικές σχέσεις και η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να είναι σημαντικές στη πορεία της θεραπείας του ατόμου και σε συνδυασμό με την οικογένεια να αποτελέσουν βασική παράμετρο της θεραπευτικής διαδικασίας.

Επίσης, η μέτρηση της συνοχής στην οικογένεια είναι μια σημαντική παράμετρος που μπορεί να δώσει περαιτέρω πληροφορίες για την αιτιοπαθογένεια της εξάρτησης αλλά και για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Τέλος, η ποιότητα ζωής έχει πλέον αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός δείκτης αποτελεσματικότητας της φροντίδας της ψυχικής και σωματικής υγείας, καθώς και η ικανοποίηση από τη ζωή. Είναι σημαντικό να υπάρχει μια εκτίμηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από τη ζωή πριν από την έναρξη της θεραπείας ώστε να γνωρίζουμε τις αλλαγές κατά τη πορεία της θεραπείας

Βιβλιογραφία

- Ασπρογέρακας, Α.(2008). Η Αυτοβοήθεια, η Κοινότητα, το Κράτος. *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία*, 8: 19-21.
- Alcoholics Anonymous.(2011). *Membership Survey*. New York: World Services.
- Alcoholics Anonymous.(1981). *Twelve steps and twelve traditions*. New York: Alcoholic Anonymous World Services.
- Allen, L., William, J., Townsend, N., Mikkelsen, B., Roberts, N., Foster, C., (2017). Socioeconomic status and non-communicable disease behavioral risk factors in low income and lower-middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob Health*. 5(3): 277–89.
- Alexander, B.& Dibb,G.(1972). Addicts and their parents. *Family Process*, 14, 449-514.
- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of Mental disorders(5th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, P., Guam, A., Colom, J.(2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. (επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ιωάννης Διακογιάννης-Παναγιώτης Παναγιωτίδης). Barcelona: Department of Health Department of the Government of Catalonia Barcelona.
- Angel, P., Angel, S.(2010). *Οι τοξικοεξαρτημένοι και οι οικογένειες τους. Μια Συστημική Προσέγγιση*. (επιμ. Β. Καφταντζή). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Arrindell, W., Heesink, J. & Feij, J.(1999). The satisfaction with life scale (SWLS): Appraisal with 1700 healthy young adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 26, 815-826.
- Βαρβαρήγος, Β., Βαρδαβάς, Κ., Ζηκίδου, Σ., Κληματόπουλος, Α., Λιοζίδου, Α., Μπεχράκη, Β.(2016). Εκπαιδευτικό υλικό αγωγής υγείας: *Εγχειρίδιο για τον εκπαιδευτικό της δευτεροβάθμιας*.
- Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secretan, B., El Ghissassi, F., Bouvard, V., Altieri, A., Coglianò, V., WHO International Agency for Research of Cancer

- Monograph Working Group.(2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncology*, 8(4):292-29.
- Babor,T., Higgins-Biddle., J.(2001a). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care*. Geneva: World Health Organisation.
 - Babor, T., Higgins-Biddle J., Saunders J., Monteiro M. (2001).*The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.
 - Badura, A.(1977a).Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
 - Baker, F., Intagliata ,J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5: 69-79.
 - Barber, J., Crisp, B. (1995).The pressures to change approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction*, 90:269-276.
 - Bates, M. & Buckman, J.(2013). Integrating body and brain systems in addiction neuroscience. *Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders*, 2, 187-98.
 - Beccaria, F., Rolando, S., Ascani, P.(2012). Alcohol consumption and quality of life among young adults: a comparison among three European countries. *Substance Use and misuse*, 47(11):1214-23.
 - Beck, J.S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). London: Guilford Press.
 - Bernardin, F., Maheut-Bosser, A., & Paille, F. (2014). Cognitive Impairments in Alcohol Dependent Subjects. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 78.
 - Borkman, T. (1999). *Understanding self help / mutual aid: Experiential learning in the commons*. London:Rutgers University Press.
 - Borkman, T. & Schubert, M.(1995). Participatory action research as a strategy for studying self-help groups Internationally. In Lavoie F., Borkman, T. & B. Godron (Eds.) *Self-help and mutual aid groups: International and multicultural perspectives*. (45–68). New York: Haworth Press.
 - Bowlby,J.(1969).*Attachment and loss:Vol 1.Attachment*.New York:Basic Books.

- Brook, D.W. & Spitz, H.I. (2002). *The group therapy of substance abuse*. New York: The Haworth Medical Press.
- Brown, S., & Yalom, I. D. (1995). *The Jossey-Bass library of current clinical technique. Treating alcoholism*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Bryden, A., Roberts, B., Petticrew, M., McKee, M. (2013). Systematic review of the influence of community level social factors on alcohol use. *Health Place*, 21:70–85.
- Γεωργάκας, Π. (2007). *Εξαρτήσεις. Η έκφραση μιας κοινωνικής, οικογενειακής και ατομικής δυσλειτουργίας*. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.
- Γεωργάκας, Π. (2001). *Εξαρτήσεις. Η Έκφραση μιας Κοινωνικής, Οικογενειακής και Ατομικής Δυσλειτουργίας*. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής.
- Γρινάκης, Ε., Κουλεντάκη Μ., Μάντακα, Α., Σφακιανάκη, Α., Λιοδάκη, Ν., Αγγουράκη, Ρ., Κουρούμαλης, Η., Μουζάς, Ι. (2014). *Κλαμπ Οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ (ΚΟΠΑ). Ποιοι ωφελούνται περισσότερο*. 34^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας (ΠΣΣΓ 34). Αθήνα, 4-6 Ιουλίου.
- Cao, Y., Willett, W., Rimm, E., Stampfer, M., Giovannucci, E. (2015). Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ*, 351.
- Chick, J. (2017). *Barriers to Professional's usage of mutual aid groups*. ESBRA Crete 2017 European Society for Biomedical Research on Alcoholism 16th Congress (ESBRA 17) . Heraklion, Greece, 8–11 October.
- Clark, D., Salkovskis, P., Breitholtz, E., Koehler, K., Westling, B., Jeavous, A., Gelder, M. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 202-213.
- Colder, C. (2001). Life stress, physiological and subjective indexes of negative emotionality, and coping reasons for drinking: Is there evidence for a self medication model of alcohol use?. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 237.
- Collins, D., Jordan, C., Coleman, H. (2017). *Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- Collins, S.E. (2016). Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Research*, 38(1):83–94.

- Colthart, A. (1996). At risk youth participation in sport & recreation. *Youth Studies*, 8, 15:31–37.
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive medicine*, 38(5):613-619.
- Cutter, S. L. (1985) *Rating Places: A Geographer's View on Quality of Life*. Washington DC: Resource Publications in Geography, the Association of American Geographers.
- Dayton, T. (2000). Trauma and Addiction: Ending the cycle of pain through emotional literacy. *Deerfield Beach*, 9(11):23-32.
- De Leon, G. (2004). Commentary on Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment* 26, 163–165.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E. (1984). Subjective wellbeing. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Donovan, D. M. & Marlatt, G. A. (2005). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Donovan, D., Mattson M., Cisler, R., Longabaugh, R., Zweben, A.(2005) Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol Supplement*, 7(15):119-139.
- Downs, A., Houghtalingb, A., Wamplerc, R. & Shumwayb, S. (2009). Shifting perspectives in recovery: feminist-informed relationship groups for male addicts. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27 (4), 409 – 425.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (2017). *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα: Ετήσια ΕΚΤΕΙΠΝ του έκθεση 2016*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.(2015). *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα: Ετήσια ΕΚΤΕΙΠΝ του έκθεση 2014*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.

- 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.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction & European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.(2016). *ESPAD Report 2015 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Lisbon: EMCDDA&ESPAD.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.(2012). *Treatment demand indicator (TDI) standard protocol (v. 3.0): Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries*. Lisbon: EMCDDA.
- Erickson, C.(2007). *The science of Addiction From Neurobiology to Treatment*. New Work: W.W. Norton & Company.
- Eysenck, M.W. (2010). *Βασικές Αρχές Γνωστικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Gutenberg.
- Fenton, M., Geier, T., Keyes, K., Skodol, A. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2013). Combined role of childhood maltreatment, family history, and gender in the risk for alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 43(05), 1045-1057.
- Foster, M. & Papanastasatos, G. (2002). Family and Addiction: effectiveness in relation to family's involvement. In 21st World Federation of Therapeutic Communities , (WFTC 21). Australia, Melbourne, 17-21 February.
- Flores, P.(2001). Addiction as an Attachment Disorder: Implication for Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 63-81.
- Foster. J., Powell, J., Marshall, E., Peters, T.(1999). Quality of life in alcohol-dependent subjects-a review. *Quality of life Research*, 8(3):255-261.
- Friedman, H.S. (1998). Cardiovascular effects of alcohol. In: Galanter, M ed.(87-99) *The consequences of alcoholism*. New York: Plenum Press.

- Frischknecht, U., Sabo, T. & Mann, K. (2013). Improved drinking behaviour improves quality of life: a follow-up in alcohol-dependent subjects 7 years after treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 48(5):579-584.
- Johnson, V.E. (2004). *Εξάρτηση και Παρέμβαση-Ξεπερνώντας την άρνηση κάποιου να δεχτεί βοήθεια: Ένας οδηγός για συγγενείς και φίλους εξαρτημένων ατόμων*. Αθήνα: Δίοδος.
- Ζαφειρίδης, Φ. (2009). *Εξαρτήσεις και Κοινωνία. Θεραπευτικές Κοινότητες, Ομάδες Αυτοβοήθειας*. Αθήνα: Κέδρος.
- Ζαφειρίδης, Φ. (2007). *Οργάνωση Αυτοβοήθειας Synanon: Η επιτομή της Θεραπείας της Εξάρτησης*. Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, 5, 54-62.
- Gainey, R. R., Wells, E. A., Hawkins, J. D., & Catalano, R. G. (1993). Predicting treatment retention among cocaine users. *International Journal of Addiction*, 28, 487-505.
- Garnick, D., Horgan, C., Chalk, M. (2006). Performance measures for alcohol and other drug services. *Alcohol Research and Health*, 29(2), 29-57.
- Georgiou, A. & Lainas, S. (2011). *Self Help Supporters: A part of Society or apart from Society?* 11th European Expert Meeting on Self-Help Support (EXMSH 11). Jarvenpaa, Finland. 15-18 June.
- Ginieri-Coccosi, M., Antonopoulou, V., Triantafyllou, E., & Christopoulou, G. N. (2001). Translation and cross-cultural adaptation of Whoqol-100 in Greece. *Psychiatry Today*, 33(12), 5-16.
- Gmel, G. & Rehm, J. (2003). Harmful alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 27(1): 52-62.
- Gossip, M. & Grant, M. (1994). *Κατάχρηση ουσιών. Πρόληψη και έλεγχος*. Μετάφραση: Σιάτρας, Δ. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Grant, B., Harford, T. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug Alcohol Dependence*, 39:197-206.
- Grant, I. (1987). Alcohol and the brain: neuropsychological correlates. *Journal Consult Clinical Psychology*, 55: 310-324.
- Grinakis, E. (2017). Alcoholology Outpatient Clinic in a University Hospital. Aspects of an Interdisciplinary Approach. 16th Congress European Society

for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA 17). Heraklion, Greece, 8–11 October. *Alcohol and Alcoholism*, 52, 1.14-130

- Grinakis, E., Koulentaki, M., Sfakianaki, K., Liodaki, N., Mouzas, I., (2017). *Attending Clubs of Alcoholics in treatment enhance adherence and treatment outcome in alcohol outpatient Clinic*. 16th Congress European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA 17). Heraklion, Greece, 8–11 October.
- Grinakis, E., Koulentaki, M., Sfakianaki, K., Liodaki, N., Mouzas, I., (2015). *Clubs of Alcoholics in Treatment(CAT): The experience of Crete*. 15th Congress European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA 15). Valencia, Spain, 12-15 September. *Alcohol and Alcoholism*, 50, 1,11-147.
- Guiffredi, C., Di Gernaro, C., Montanari, A., Barilli, A. (2003). Alcohol addiction: evaluation of alcohol abstinence after a year of psycho-medical-social treatment. *Addiction Biology*, 8(2): 219-228.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Josey-Bass.
- Hurcom, C., Copello, A. & Orford J. (2000). The Family and Alcohol: Effects of Excessive Drinking and Conceptualizations of Spouses over Recent Decades. *Substance Use & Misuse*, 35,4:473-50
- Hasin, D., Stinson, F., Ogburn, E., Grant, B. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*. 64 (7): 830-42.
- Hasking, P., Lyvers, M., & Carlopio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behavior. *Addictive Behaviors*, 36(5), 479-487.
- Hawkins, D., Catalano, R. (1992). *Communities that care: Action for drug abuse prevention*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Hiernaux, C., Varescon, I., (2017). «*Learning Resilience Exploring Recovery in a sample of adherents of the 12 steps groups*». 16th Congress European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA 17). Heraklion, Greece, 8–11 October.
- Hinners, J. (2016). Drug detox- Withdrawal Symptoms and Treatment Programs. *Science and Practice Perspectives*, 1(1):30-35.

- Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P.M., Anderson, J. & Etheridge, R.M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behavior*, 11, 261-278.
- Johnson, V.E.(2004).*Εξάρτηση και Παρέμβαση. Ξεπερνώντας την άρνηση κάποιου να δεχτεί βοήθεια. Ένας οδηγός για συγγενείς και φίλουςεξαρτημένων ατόμων*. Αθήνα: Δίοδος.
- Julien, R. (1978). *A Primer of Drug Action*. San Francisco:W.H.
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.(2010). Alcohol consumption and ethyl carbamate. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks in Humans* , 96:3-1383.
- Καπάτου, Α.(2014).*Παιδιά στην εφηβεία. Γονείς σε κρίση*. Αθήνα: Μίνως Α.Ε.Ε.
- Καρρά, Α.,Σαρίδη, Μ. & Σουλιώτης, Κ. (2014).Αλκοόλ και αλκοολισμός: Μια σύγχρονη απειλή στο χώρο της υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 7(3):27-35.
- Κατάκη, Χ.(1984). Οι τρεις Ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας. Αθήνα:Κέδρος.
- Καφέτσιος,Κ.(2005).*Δεσμός, συναίσθημα και διαπροσωπικές σχέσεις*. Αθήνα:Τυπωθήτω.
- Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων.(2017). *Απολογισμός έργου 2016*. Αθήνα: ΚΕΘΕΑ.
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε.(2017). *Πανελλήνια Έρευνα για τα Οινοπνευματώδη και τη Συνδεδεμένη Βλάβη στο Γενικό Πληθυσμό 2015- Έκθεση Κύριων Ευρημάτων*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Καναβού Ε., & Σταύρου Μ.(2016β). *Οι έφηβοι στην Ελλάδα και στις 42 χώρες του προγράμματος HBSC/WHO: ομοιότητες και διαφορές*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Κουκουτσάκη, Α. (2002). *Χρήση ναρκωτικών, ομοφυλοφιλία, Συμπεριφορές μη συμμόρφωσης μεταξύ ποινικού και ιατρικού ελέγχου*. Αθήνα: Κριτική.
- Κυριαζόπουλος,Π.&Σαμαντά,Ε.(2011).*Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών*. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.

- Kaminger, Y., Burlison, J., Blitz, C., Sussman, J., Rounsaville, B.(1998). Psychotherapies for adolescent substance abusers: A pilot study. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 186, 684-690.
- Kandel, D.B, Huang, F.Y & Davies, M. (2001). Canorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug Alcohol and Dependence*, 64(2):233-241.
- Kaplan, Sadock, B. J. (2005). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Kaufmann, P., & Kaufman, E.(1992a). From multiple family therapy to couples therapy. In: Kaufman, E., and Kaufmann, P., eds. *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. 2d ed.(85-93).Boston: Allyn and Bacon.
- Kelly, J., Stout, R., Magill, M., Tonigan, S., & Pagano, M. (2011). Spirituality in recovery: A lagged meditational analysis of Alcoholics Anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(3), 454-463.
- Kelly, J., Stout, R., Magill, M., Tonigan, S. , & Pagano, M.,(2010).Mechanisms of Behavior Change in Alcoholics Anonymous: Does AA lead to better alcohol use outcomes by reducing depression symptoms?.*Addiction*, 105(4):626-636.
- Kelly, F. J. (2007). Η Αυτοβοήθεια στις Διαταραχές Κατάχρησης Ουσιών: Ιστορία, Αποτελεσματικότητα, Κενά Γνώσης και Δυνατότητες για Έρευνα. *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία*, 5, 23-43.
- Khantzian, E. (2004) Individual psychodynamic psychotherapy. In Frances R. J., Miller S. I. ,Avram H. Mack A. H. (2005). *Clinical Textbook of Addictive Disorders (3rd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Kickbusch, I. & Hatch, S. (1983). *A re-orientation of health care? In Self-help in Europe*. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe.
- Kogoj, C., Addolorato, G., Ferrulli, A., Mouzas, J., Okruhlica, L., Poldrugo, F.A., et al. (2011). Alpe Adria report 2010 –conclusions and recommendations for the treatment of alcohol dependence. *Frontiers in Psychiatry, Addictive Disorders* ,2,58:1-6.
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Korhonen, T.,Honkanen, R.T., Heikkilä, K. & Koskenvo,M.(2012). Self-reported Life Satisfaction and Alcohol use: A

- 15-year follow-up of Healthy Adult Twins. *Alcohol and Alcoholism*, 47, 2, 1 : 160–168.
- Kokkevi, A., Fotiou A., Kanavou, E, Stavrou M, Richardson C. (2016). Smoking, alcohol and drug use among adolescents in Greece – 2015 update and secular trends 1984-2015. *Archives of Hellenic Medicine*, 33(2).
 - Kolotkin, L., Meter, K., & Williams, R. (2001). Quality of life and obesity. The international association for the study of obesity. *Obesity Reviews*, 2, 219-229.
 - Kooyman, M., (1993). *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment success*. Amsterdam / Lisse: Swets & Zeitlinger.
 - Krystal,H.(1977). Self & object-representation in alcohol and other drug dependence: Implication for therapy. In Blaine, J.D. and Julius, D.A.(Eds), *Psychodynamics of drug dependence*(88-100). National Institute on Drug Abuse Research Monograph 12.Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
 - Kummis, R.A.(2000).Objective And Subjective Quality of Life: An Interactive Model, *Social Indicator Research*, 52,55-72.
 - Λαϊνός, Σ. (2008). *Κριτική αποτίμηση της αυτοβοήθειας στην εξάρτηση. Κοινωνία & Ψυχική Υγεία*, 6: 65-73.
 - Λαϊνός, Σ. (2007). Προάγοντας την αυτοβοήθεια στην αντιμετώπιση της εξάρτησης στην Ελλάδα. *Κοινωνία & ψυχική Υγεία*, 5, 77 – 87.
 - Λακιώτη, Α. (2011). Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας. Στο Α. Σταλίκας και Π. Μυτσκίδου . *Εισαγωγή στη θετική ψυχολογία*. Αθήνα: Τόπος.
 - Λακάν, Ζακ.(1987). *Η οικογένεια. Τα οικογενειακά συμπλέγματα στη διαμόρφωση του ατόμου*. Αθήνα: Καστανιώτη
 - Λιάππας, Ι.(1999). *Ναρκοτικά: Εθιστικές ουσίες, Κλινικά Προβλήματα, Αντιμετώπιση*. Αθήνα:Πατάκης.
 - Lee, S. H., Lee, B. C., Kim, J. W., Yi, J. S., & Choi, I. G. (2013). Association between alcoholism family history and alcohol screening scores among alcohol-dependent patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 11(2), 89-95.

- Liu, M., Jiang, Y., Wedow, R., Li, Y., Brazel, D., Chen, F. (2019). Association studies of up to 1.2 million individuals yield new insights into the genetic etiology of tobacco and alcohol use. *Nature Genetics*, 1(14).
- Lönnroth, K., Williams, B.G., Stadlin, S., Jaramillo, E., Dye, C. (2008). Alcohol use as a risk factor for tuberculosis—a systematic review. *BMC Public Health*, 8(1), 289.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μάτσα, Κ. (2008). *Ψυχοθεραπεία και τέχνη στην απεξάρτηση. Το «παράδειγμα» του 18 Άνω*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικομανίας* (3η έκδ). Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μισουρίδου, Ε. (2015). *Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Μισουρίδου, Ε. (2010). Η αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 109, 109-117.
- Μουζάς, Ι. (2005). *Αλκοολογία για τον κλινικό γιατρό*. Αθήνα: του ιδίου.
- Μουσούρου, Λ. (2005). *Οικογένεια και Οικογενειακή Πολιτική*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μπικηρόπουλος, Θ. (2015). *Αλκοόλ-Αλκοολισμός. Χρήση και Κατάχρηση*. Αθήνα: Όστρια.
- McLellan, A.T. & McKay, J. (1998). Components of successful addiction treatment: what does research say? In: A. W. Graham, & T. Schultz, (eds), *Principles of Addiction Medicine*, 2nd eds, (2448). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Madanes, C. (1981). *Strategic Family Therapy*. California: Jossey-Bass.
- Madara, J. E. (1999). Self-Help Groups: options for support, education and advocacy. In O' Brien, G. P., Kennedy, Z. W. & Ballard A. K. (eds.), *Psychiatric Nursing: An Integration of Theory and Practice* (171- 188). New York: McGraw-Hill.

- Magill, M., & Ray, L.A. (2009). Cognitive behavioural treatment with adult alcohol and illicit drug users. A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516-527.
- Massin, S.& Kopp, P.(2014). Is life satisfaction hump-shaped with alcohol consumption? Evidence from Russian panel data. *Addictive Behaviors*, 39(4):803-810. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.01.005. Epub 2014 Jan 23.
- Mathiesen, EF., Nome, S., Eisemann, M., Richter, J.(2012). Drinking patterns, psychological distress and quality of life in a Norwegian general population-based sample. *Quality of Life Research*, 21(9):1527-36. doi: 10.1007/s11136-011-0080-8. Epub 2012 Jan 5.
- Miller, W.R.& Rollnick,S.(1991).Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior. London: Guildford Press.
- Minuchin, S. & Fisman, H. C.(1981).*Family Therapy Techniques*. Harvarrd:President and Fellows of Harvard College.
- Moss, R. & Moos, B. (2007). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 86:46-54.
- Moss, R. (2009). Addictive disorders in context: Principles and puzzles of effective treatment and recovery. In A. Marlatt & K. Witkiewitz (Eds) *Addictive behaviors. New readings on etiology, prevention and treatment* (537 -558). Washington DC: APA.
- Muller, A.E., Skurtveit, S. Clausen,T.(2016). Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health and Quality of life Outcomes*,3,14:39. doi: 10.1186/s12955-016-0439-1
- National Institute on Drug Abuse. (2010).Comorbidity: Addiction and other Mental Illnesses. Research Report Series, 2008.Maryland:NIDA
- O'Connor,E.,Perdue,L.,Senger,C.,Rushkin,M.,Patnode,C.,Bean,S.,Jonas,D.(2018). Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 320(18):1910-1928.
- O'Donnell, K., Wardle, J., Dantzer, C., Steptoe, A. (2006).Alcohol consumption and symptoms of depression in young adults from 20 countries. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(6):837-40.

- O'Farrell, T., Falls-Stewart, W. (2006). *Family Therapy*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Olivienstein, C.(1973). *La Drogue : drogues et toxicomanie* .Paris: Éditions Universitaires.
- Oscar-Berman, M.& Marinković,K.(2007).Alcohol:effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology Review*, 17(3),239-257.
- Ozechowski, T.J., & Liddle, H.A. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 269-298.
- Παπατριανταφύλλου, Σ.(2017). *Εξάρτηση και εξαρτήσεις. Όλα όσα θέλετε να γνωρίζετε για τις εξαρτήσεις*. Αθήνα: Π. Ασημάκης.
- Πομίνι, Β. (2004). Οικογένεια και χρήση ουσιών: μοντέλα αλληλοεπίδρασης και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στο: Λιάππας, Ι.Α., Πομίνι, Β. (επιμέλεια έκδοσης). *Ουσιοεξάρτηση: σύγχρονα θέματα*. (119-14). Αθήνα: ITACA.
- Πομίνι, Π.(2009). Ο ρόλος της οικογένειας στην εξέλιξη και θεραπεία του αλκοολισμού. *Εγκέφαλος*, 46(2):84-91.
- Ποταμιάνος, Γ. (2005). *Αλκοόλ. Επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη.
- Ποταμιάνος, Γ.&Γκτάκος, Β.(2017). Ουσίες Εξάρτησης. Θεραπευτικές Προσεγγίσεις Απεξάρτησης και Αξιολόγηση της Αποτελεσματικότητας τους. Αθήνα:Καστανιώτη.
- Πουλόπουλος, Χ. (2011). *Κοινωνική Εργασία στις εξαρτήσεις. Οι κοινότητες της αλλαγής*. Αθήνα: Τόπος.
- Πουλόπουλος, Χ. (2000). Αξιολόγηση οργανισμών θεραπείας της τοξικοεξάρτησης: Στόχοι, μέθοδοι, κριτήρια. *Κοινωνική Εργασία*, 57 :7- 12.
- Προβατάκης,Θ.(2007). *Λαϊκά επαγγέλματα και παραδοσιακή ζωή της Κρήτης*. Αθήνα: Κρητική Εστία
- Palmesino, E.(2003). An Italian success story. *The Globe, World Bank Pronounces on alcohol*, 4:14-16.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.

- Peters, T.J., Millward, L., Foster, J. (2003). Quality of life in alcohol misuse: Comparison of men and women. *Archives of Women's Mental Health*, 6:239–243.
- Peterson, P. L., Baer, J. S., Wells, E. A., Ginzler, J. A., & Garrett, S. B. (2006). Short term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 254- 264.
- Pettinati, H., O'Brien, C., Rabinowitz, A., Wortman, S., Oslin, D., Kampman K., Dackis, C. (2006). The status of naltrexone in the treatment of alcohol dependence: specific effects on heavy drinking. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(6):610-625.
- Pickens, R., Svikis, D., Mc Gue, M., Lykken, D. (1991) Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48, 19-28.
- Piercy, F., Douglas, H., Sprenkle, D. & Wetchler, J. (1996). *Family Therapy Sourcebook*. New York: Guilford Press.
- Power, E., Nishimi, R., Kizer, K. (2005). Evidence-Based Treatment. *Social Work Today*, 7(6), 40.
- Prochaska, J., Diclemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Regier, D., Farmer M., Rae D., Locke B., Keith S., Judd, L. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 264 (19): 2511-2518.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223-2233. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7.
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., Sempos, C. T. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98(9), 1209-1228.
- Riessman, F. (1997). Ten self-help principles. *Social Policy*, 27, 6-11

- Robinson-Riegler, G.L. & Robinson-Riegler, B. (2012). *Cognitive Psychology: Applying the Science of the Mind*. Pearson.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rognum, K., Torvik, F.A., Røysamb, E., Tambs, K. (2013). Alcohol use and spousal mental distress in a population sample: the Nord-Trøndelag Health Study. *BMC Public Health*, 9, 13:319. doi: 10.1186/1471-2458-13-319.
- Rudolf, H., Moos R.H., Moos B.S. Participation in Treatment and Alcoholics Anonymous: A 16-Year Follow-Up of Initially Untreated Individuals. *Journal Clinical Psychology*, 62(6):735-750. doi: 10.1002/jclp.20259.
- Στασινοπούλου, Ο.(1997). Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη, σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Gutenberg-Γιώργος & Κώστας Δαρδάνος.
- Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Β., Μαυρέας, Β.(1993). *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ&Κέντρο Συνεργασίας για την Εκπαίδευση και την Έρευνα στη Ψυχική Υγεία.
- Στιβακτάκης, Α.(1988). *Η Κρήτη της παράδοσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Συμυρνωτάκη.
- Schaffer, R.(1996). *Η κοινωνικοποίηση του παιδιού τα πρώτα χρόνια της ζωής του*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Schuckit, M.(2000). *Drug and Alcohol Abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Schuckit, M.(1995). Alcohol-related disorders. In: Kaplan, I., Sadock, B., eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th Edition.(775-791). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Schulenberg, J., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Wadsworth, K. N., & Johnston, L. D. (1996). Getting drunk and growing up: trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 57(3), 289–304.
- Schwartzman, J.(1975). The addict abstinence and the family. *American Journal of Psychiatry*, 132,154-157.
- Schalock, R. (2004), The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216.

- Sheeren, M. (1988). The Relationship between Relapse and Involvement in Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 104-106.
- Sherman, D.W. (2005). Reciprocal suffering: the need to improve family caregivers' quality of life through palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 1, 357-366.
- Shin, S., Chung, Y., & Rosenberg, R. (2016). Identifying Sensitive Periods for Alcohol Use: The Roles of Timing and Chronicity of Child Physical Abuse. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 40(5): 1020–1029.
- Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R., Kokkevi, A., Ouwehand, A.W., Stauffacher, M., Vicente, J. (1999). «The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol: A European Core Item Set for Treatment Monitoring and Reporting». *European Addiction Research*, 5, 197-207.
- Smith, S., & Fein, G. (2010). Cognitive Performance in Treatment-Naïve Active Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 34(12), 2097-2105.
- Stanton, M. D. (1997). The role of family and significant others in the engagement and retention of drug-dependent individuals. In L. S. Onken, J. D. Blaine, & F. J. Boren. (Eds), *Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug dependent individual in treatment*, (157-180). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Stanton, M., & Tod, T. (1982) *The family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: The Guilford Press.
- Steinglass, P. (1980). A life history model of the alcoholic family. *Family Process*, 19(3), 211-266.
- Steward, J. M. (1990). Expanding Theoretical Conceptualizations of Self-Help Groups. *Social Science & Medicine*. 9, 1057-1066.
- Τάνταρος, Σ. (2004). *Ανθρώπινη ανάπτυξη και οικογένεια*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Αντωνοπούλου, Β., Τομαράς, Β., Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2003). *Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής με Άξονα το Ερωτηματολόγιο WHOQOL-100*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Τσαρούχας, Κ. (2000). *Αλκοόλ ένα Σκληρό Ναρκωτικό*. Αθήνα: Άγκυρα.

- Τσαούσσης, Δ.Γ. (1984). *Η Κοινωνία του Ανθρώπου. Εισαγωγή στη Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Τσόμπολη, Π., Παράγοντες που καθορίζουν τη ποιότητα ζωής στο σχολείο: εμπειρική μελέτη στην εκπαίδευση. (Ανέκδοτη, μεταπτυχιακή διατριβή). Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, Autrique, M., Charles, M., Rapp, R., Pearce, S., Broekaert, B., & Vandeveldt, S. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. *Scientific World Journal*, 15. doi: 10.1155/2013/427817.
- Wade, D., Varker, T., Forbes, D., O'Donnell, M. (2014). The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C) in the assessment of alcohol use disorders among acute injury patients. *Alcoholism clinical and experimental Research*, 38(1):294-299. doi: 10.1111/acer.12247. Epub 2013 Aug 22.
- WHO. (2018). *Global status report on alcohol and health 2016*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2001). World Health Organization, ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Nonserial Publication.
- WHOQOL Group. (2003). «The World Health Organization's WHOQOL100 quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group». *Quality of Life Research*, 13 :299-310.
- WHOQOL. (1995). The world health organization quality of life assessment In WHOQOL : Position paper from the world health organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Willinger, U., Lenzinger, E., Hornik, K., Fischer, G., Schönbeck, G., Aschauer, H. N., & Meszaros, K. (2002). Anxiety as a predictor or relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 37(6), 609-61.
- Willke H., (1993). *Systemtheorie 4*. Auflage: Stuttgart.
- Yasilove, D. (1998). The origins and Evolution of the Disease Concept of Treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 59, No 4, 469-478.
- Yfantopoulos, G. (2001a). The "Social" Quality of Life. *Αρχεία Ελληνικής*

Ιατρική, 18, 108-113

- Zweben, J. E. (1993). Recovery oriented psychotherapy: A model for addiction treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 259-268.
- Zarkin, G., Bray, J., Aldridge, A., Mills, M., Cisler, R., Couper, D., McKay, J., O'Malley S. (2010). The effect of alcohol treatment on social costs of alcohol dependence: results from the COMBINE study. *Medical care*, 48(5):396-401. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181d68859.
- Zemore, S., Lui, C., Mericle, A., Hemberg, J., Kaskutas, L., (2018). A longitudinal study of the comparative efficacy of Women for Sobriety, LifeRing, SMART Recovery, and 12-step groups for those with AUD. *Journal of Substance Abuse Treatment*, (5) 88:18-26. . doi: 10.1016/j.jsat.2018.02.004. Epub 2018 Feb 17.

Παράρτημα

Παράρτημα II

Έρευνα: Η αποτελεσματικότητα της εμπλοκής της οικογένειας στη θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου από αλκοόλ.

Υπεύθυνη: Κατσουλάκη Χρυσάνθη

Επιβλέπων καθηγητής: Μουζιάς Ιωάννης

Έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης συμμετέχοντα/συμμετέχουσας

Η παρούσα έρευνα διενεργείται στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας στο Κοινό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κλινικές Παρεμβάσεις στις Εξαρτήσεις» του Τμήματος Ψυχολογίας και του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Σκοπός της είναι η διερεύνηση της εμπλοκής της οικογένειας στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας του εξαρτημένου ατόμου από αλκοόλ. Η μελέτη αυτή θα λάβει χώρα στις Ομάδες Αυτοβοήθειας του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) Αριάδνη και των Κλαμπ Οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ(Κ.Ο.Π.Α.) και σε εξυπηρετούμενους του Αλκοολογικού Ιατρείου του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Ακολουθεί μία σειρά ερωτήσεων που θα χρειαστείτε μερικά λεπτά για να τις απαντήσετε. Η συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα είναι αυστηρά εθελοντική και δεν υπάρχει καμία υποχρέωση από μέρους σας να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο και καμία συνέπεια από τη μη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Οποιαδήποτε στιγμή μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή σας.

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και τα στοιχεία που θα δώσετε είναι απόρρητα και εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Μετά το πέρας της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ελέγξτε για τυχόν αναπάντητα ερωτήματα και επιστρέψτε το στον υπεύθυνο της έρευνας. Με αυτό τον τρόπο δηλώνετε ότι επιθυμείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα.

Μπορείτε να επικοινωνήσετε για διευκρινίσεις και απορίες ή ακόμα και για να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας στο τηλέφωνο 6978630828 και στο email: xrysanthi123@windowslive.com

Θα ήθελα να σας ευχαριστήσω εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθεια και την συνεργασία σας σε αυτήν την έρευνα.

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/νη _____, συγκατατίθεμαι να συμμετέχω στη άνωθι μελέτη. Έχω κατανοήσει τη φύση της έρευνας και επιθυμώ να λάβω μέρος. Δεν παραιτούμαι από κανένα εκ των νομίμων δικαιωμάτων μου υπογράφοντας το παρόν έντυπο. Η υπογραφή μου απλά υποδηλώνει τη συναίνεσή μου να συμμετάσχω στην έρευνα.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Παράρτημα III

Ερωτηματολόγιο για το εξαρτημένο άτομο

Είστε μέλος της ομάδας αυτοβοήθειας/ ή εξυπηρετούμενος:

- 1) του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων Αριάδνη(ΚΕΘΕΑ)
 Ατομική Θεραπεία Ομαδική Θεραπεία
- 2) των Κλαμπ Οικογενειών με προβλήματα από το Αλκοόλ(Κ.Ο.Π.Α.)
- 3) του Αλκοολογικού Ιατρείου

Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ –ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A1) Φύλο:

- 1) Άνδρας 2) Γυναίκα

A2) Ποια είναι η ηλικία σας;

.....

A3) Εθνικότητα:

- 1) Ελληνική
 2) Άλλη.....

A4) Υπηκοότητα:

- 1) Ελληνική
 2) Άλλη.....

A5) Μορφωτικό επίπεδο:

- 1) Δεν έχω πάει στο σχολείο
 2) Απόφοιτος Δημοτικού
 3) Απόφοιτος Γυμνασίου
 4) Απόφοιτος Λυκείου
 5) Απόφοιτος Ανώτερης Εκπαίδευσης ΙΕΚ/ΠΕΚ
 6) Απόφοιτος Ανώτερης ή Ανώτατης Εκπαίδευσης
 7) Κάτοχος Μεταπτυχιακού
 8) Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος
 9) Άλλο(παρακαλώ σημειώστε).....

A6) Εργασιακή κατάσταση:

- 1) Σταθερή απασχόληση
 2) Περιστασιακή απασχόληση
 3) Οικονομικά μη ενεργός (συνταξιούχος, νοικοκυρά, ανίκανος/ανίκανη να εργαστεί)
 4) Άνεργος/άνεργη
 5) Φοιτητής
 6) Άλλο(παρακαλώ σημειώστε).....

A6.1) Τι επάγγελμα ασκείτε (ή ασκούσατε εάν δεν εργάζεστε αυτό το διάστημα;.....

A.6.2. Ποιο είναι το μηνιαίο σας εισόδημα;.....ευρώ

A7) Τόπος διαμονής:

- 1) Πόλη (10.000 κατοίκους και άνω)
 2) Κωμόπολη (2.000-10.000 κατοίκους)
 3) Χωριό(50 -2.000 κατοίκους)

A8) Οικογενειακή κατάσταση:

- 1) Άγαμος/-η χωρίς σχέση
 2) Έγγαμος -η
 3) Σε διάσταση
 6) Διαζευγμένος/-η
 7) Χήρος/-α
 8) Άλλο (παρακαλώ σημειώστε).....

A9) Πόσα παιδιά έχετε ;**A10) Με ποιον διαμένετε από το διάστημα;**

- 1) Μόνος/η
 2) Με 1 γονέα
 3) Με 2 γονείς
 4) Με φίλο/φίλη
 5) Με σύζυγο ή σύντροφο
 6) Με σύζυγο ή σύντροφο και παιδιά
 7) Με παιδιά
 8) Με συγγενείς
 9) Άλλο(παρακαλώ σημειώστε).....

B. Ιστορικό Χρήσης Αλκοόλ

B1) Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε τη χρήση αλκοόλ;ετών

B2) Για ποιους λόγους καταναλώνετε αλκοόλ;

- 1) Για να ξεχάσω τα προβλήματά μου
 2) Για να χαλαρώσω
 3) Για να ανέβει η διάθεση μου
 4) Επειδή αισθάνομαι μοναξιά
 5) Για να είμαι πιο κοινωνικός/ή για να ξεπεράσω την ντροπαλότητά μου
 6) Από προτροπή της παρέας
 7) Άλλο(παρακαλώ σημειώστε).....

B5) Θεωρείτε ότι καταναλώνετε μεγάλες ποσότητες αλκοόλ;

- 1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

B3) Ποιο ήταν το κύριο ποτό που καταναλώνετε συνήθως, πριν την έναρξη της θεραπείας σας; Παρακαλώ επιλέξτε μόνο ένα.

- 1) Μπύρα
 2) Κρασί
 3) Ουίσκι, βότκα, τζιν, τεκίλα
 4) Ρακί, τσίπουρο, ούζο
 5) Άλλο (παρακαλώ σημειώστε).....

B4) Τεστ Ανίχνευσης Διαταραχών Αλκοόλης Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT C)

Για τις ανάγκες του ερωτηματολογίου προσδιορίζουμε ως 1 αλκοολούχο ποτό:

1 μικρή μπύρα ή 1 κρασοπότηρο κρασί ή 1 ρακί ή 1 μεζούρα ουίσκι, βότκα κ.λπ

Το ερωτηματολόγιο αφορά τις τελευταίες 30 ημέρες.

Ερωτήσεις	0	1	2	3	4
B4.1. Πόσο συχνά καταναλώνεις ένα αλκοολούχο ποτό;	Ποτέ	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2 - 4 φορές το μήνα	2 -3 φορές την εβδομάδα	4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
B4.2. Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνεις μία συνηθισμένη ημέρα;	1 ή 2	3 ή 4	5 ή 6	7 ή 9	10 ή περισσότερα
B4.3. Πόσο συχνά καταναλώνεις 6 ή περισσότερα ποτά σε μία περίπτωση;	Ποτέ	Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	1 φορά το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

Γ) Συνέπειες από την Προβληματική Χρήση Αλκοόλ

Γ1) Έχετε κάποιο διαγνωσμένο πρόβλημα ψυχικής ή σωματικής υγείας που σχετίζεται/οφείλεται στη χρήση αλκοόλ;

1) Ναι

Πρόβλημα Ψυχικής Υγείας

Πρόβλημα Σωματικής Υγείας

2) Όχι

Γ2) Σε ποια ηλικία θεωρείται ότι το αλκοόλ άρχισε να σας δημιουργεί πρόβλημα(υγείας, συμπεριφοράς);

Ηλικία

Γ3) Θεωρείτε ότι η χρήση αλκοόλ είχε επιπτώσεις στην:

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Γ3.1 Οικογενειακή ζωή | 1) <input type="checkbox"/> Ναι | 2) <input type="checkbox"/> Όχι |
| Γ3.2. Κοινωνική ζωή | 1) <input type="checkbox"/> Ναι | 2) <input type="checkbox"/> Όχι |
| Γ3.3. Επαγγελματική ζωή | 1) <input type="checkbox"/> Ναι | 2) <input type="checkbox"/> Όχι |

Γ4) Το αλκοόλ έγινε ποτέ για εσάς αιτία άσκησης βίας σε μέλος/μέλη της οικογένειάς σας;

- 1) Ναι, λεκτικής βίας
 2) Ναι, σωματικής βίας
 3) Ναι και τα δυο
 4) Όχι, ποτέ

Γ5) Πόσο συχνά οδηγούσατε κάποιο όχημα υπό την επήρεια αλκοόλ;

- 1) Ποτέ 2) Σπάνια 3) Συχνά 4) Πάντα

Γ6) Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ προβλήματα με το νόμο εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ ;

- 1) Ναι 2) Όχι

Δ) Πληροφορίες για τη Θεραπεία

Δ1) Η προσέλευση στη θεραπεία ήταν

- 1) Ατομική επιλογή
 2) Για χάρη της οικογένειας μου/άλλου σημαντικού προσώπου
 3) Λόγω προβλημάτων υγείας
 4) Λόγω επαγγελματικών /οικονομικών προβλημάτων
 5) Από εντολή ή υπόδειξη δικαστηρίου ή της αστυνομίας
 6) Άλλο (παρακαλώ σημειώστε).....

Δ2) Είχατε συμμετάσχει ποτέ σε κάποιο άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα για προβλήματα σχετικά με τη χρήση αλκοόλ;

- 1) Ναι 2) Όχι

Δ2.2) Αν ναι, πόσες φορές;

.....φορές

Δ2.3) Αν ναι σε ποια ηλικία για πρώτη φορά;

.....ετών

Δ2.4) Αν ναι, πόσο διάστημα διήρκεσε συνολικά η παραμονή σας σε προηγούμενα θεραπευτικά προγράμματα;

χρόνια

μήνες

μέρες

43) Συμμετέχει κάποιο μέλος της οικογένειας σας στη θεραπεία σας;

1) Ναι

2) Όχι

43.1.) Αν ναι, ποιο μέλος ;

1) Πατέρας

2) Μητέρα

3) Αδερφός/Αδερφή

4) Σύζυγος/σύντροφος

5) Παιδί

6) Άλλο(παρακαλώ σημειώστε).....

43.2.) Αν ναι, θεωρείτε ότι η συμμετοχή του μέλους, σας βοηθάει στη θεραπεία σας;

1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

44) Πόσο καιρό συμμετέχετε στην ομάδα αυτοβοήθειας στη τωρινή σας θεραπεία;

χρόνια

μήνες

μέρες

45) Πόσο καιρό απέχετε από τη χρήση αλκοόλ;

χρόνια

μήνες

μέρες

46) Το διάστημα που συμμετέχετε στη θεραπεία υπήρξε κάποια υποτροπή;

1) Ναι

2) Όχι

46.1.) Αν ναι, πόσες ;.....φορές

46.2) Πόσες μέρες η κάθε υποτροπή;

1^η υποτροπή.....μέρες

2^η υποτροπή.....μέρες

3^η υποτροπή.....μέρες

4^η υποτροπή.....μέρες

5^η υποτροπή.....μέρες

6^η υποτροπή.....μέρες

7^η υποτροπή.....μέρες

8^η υποτροπή.....μέρες

9^η υποτροπή.....μέρες

10^η υποτροπή.....μέρες

47) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση της σωματικής σας υγείας από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;

1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

48) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωσης της ψυχικής σας υγείας από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;

1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Δ9) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στις κοινωνικές σας σχέσεις από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;

- 1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Δ10) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στον επαγγελματικό τομέα από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;

- 1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Δ11) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση της οικονομικής σας κατάστασης από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;

- 1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Δ12) Θεωρείται ότι υπάρχει βελτίωση στη συμπεριφορά σας από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;

- 1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Δ13) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στη σχέση με την οικογένεια σας από τότε που ξεκινήσατε τη θεραπεία;

- 1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Δ14) Τι ήταν αυτό που σας κράτησε στη θεραπεία;

- 1) Η φιλοσοφία και ο τρόπος λειτουργίας της ομάδας
 2) Τα μέλη της ομάδας
 3) Ο συντονιστής της ομάδας/υπηρέτης δάσκαλος
 4) Η ανάγκη μου για θεραπεία
 5) Άλλο(παρακαλώ σημειώστε).....

Δ15) Είστε ικανοποιημένος/ ικανοποιημένη από την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σας;

- 1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας.

Παράρτημα IV

Κλίμακα Ποιότητα Ζωής WHOQOL-100

World Health Organization(1995)

Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει πως εσείς κρίνετε τη ποιότητα ζωής σας και άλλες πλευρές της ζωής σας. Διαβάστε τις ερωτήσεις και σημειώστε τον αριθμό στη κλίμακα που δίνει τη κατάλληλη απάντηση για εσάς. Παρακαλώ να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις

1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1.1. Πόσο συχνά υποφέρετε από σωματικούς πόνους;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

1.2. Πόσο δύσκολο είναι για εσάς να αντιμετωπίσετε κάποιο πόνο ή τυχόν σωματικά ενοχλήματα;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

1.3. Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

1.4. Πόσο εύκολα κουράζεστε;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

1.5. Πόσο καλά κοιμάστε;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

1.6. Πόσο σας ταλαιπωρούν τυχόν προβλήματα ύπνου;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

1.7. Πόσο καλά διατρέφεστε;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

1.8. Αντιμετωπίζετε δυσκολίες με την όρεξή σας για φαγητό(ανορεξία ή βουλιμία);

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**2.1. Αισθάνεστε γενικά ικανοποιημένος/η και πλήρης;**

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

2.2. Σε πόσο βαθμό νιώθετε θετικά συναισθήματα στη ζωή σας γενικά(π.χ. ευτυχία, ισορροπία, χαρά, γαλήνη κ.λπ.);

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

2.3. Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

2.4. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να παίρνετε αποφάσεις;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

2.5. Νιώθετε ότι αξίζετε ως άτομο;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

2.6. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

2.7. Υπάρχει κάτι στην εμφάνιση σας που σας κάνει να αισθάνεστε άβολα;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

2.8. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τη σωματική σας εικόνα;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

2.9. Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

2.10. Πόσο ταλαιπωρείστε από τα καταθλιπτικά συναισθήματα που τυχόν έχετε;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ

3.1. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητα σας να κινείστε γενικά στο χώρο;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

3.2. Πόσο επηρεάζουν τη ζωή σας οποιεσδήποτε δυσκολίες τυχόν έχετε στη σωματική κίνηση;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

3.3. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητα σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

3.4. Πόσο σας ταλαιπωρούν κάποιοι περιορισμοί ή δυσκολίες, που μπορεί να αντιμετωπίζετε στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων σας;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

3.5. Πόσο χρειάζεστε κάποια φάρμακα ή άλλα σκευάσματα (π.χ. βιταμίνες) για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή.

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

3.6. Σε ποιο βαθμό η ποιότητα ζωής σας επηρεάζεται από τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών ή ιατρικών βοηθητικών εξαρτημάτων(π.χ. μαστούνι, βηματοδότης);

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

3.7. Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανός/ή να φέρνετε σε πέρας οποιαδήποτε καθήκοντα έχετε αναλάβει;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

3.8. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητα σας για εργασία;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

3.9..Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε δουλειά;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

3.10. Πόση ικανοποίηση αντλείτε από την εργασία σας;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

4.1. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

4.2.Πόσο καλή επικοινωνία έχετε με τα πρόσωπα της οικογένεια σας;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

4.3. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε γενικά με τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

4.4. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητα σας να φροντίζετε ή να υποστηρίζετε τους άλλους;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

4.5. Πόσο καλά μπορείτε να επικοινωνείτε με τους άλλους;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

4.6. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς σας ρόλους και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

4.7. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από την οικογένεια σας;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

4.8. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

4.9. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη σεξουαλική σας ζωή;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

4.10. Πόσο σας ταλαιπωρούν τυχόν δυσκολίες που έχετε στη σεξουαλική σας ζωή;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

5.1. Πόσο ασφαλής από εξωτερικούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.2. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ασφάλεια που σας παρέχετε από το περιβάλλον σας και από το αίσθημα ασφάλειας που νιώθετε γενικότερα;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.3. Πόσο άνετος είναι ο χώρος στον οποίο κατοικείτε;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.4. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που υπάρχουν στην περιοχή που κατοικείτε;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.5. Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύψετε τις ανάγκες σας;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.6. Πόσο ικανοποιημένος είστε με την οικονομική σας κατάσταση;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.7. Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε μια καλή ιατρική περίθαλψη;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.8. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.9. Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε τις πληροφορίες που χρειάζεστε σε θέματα που αφορούν στην καθημερινή σας ζωή;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.10. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις ευκαιρίες που σας δίνονται να αναπτύξετε καινούργιες δεξιότητες;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.11. Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.12. Πόσο απολαμβάνετε τον ελεύθερο σας χρόνο;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.13. Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον της περιοχής στην οποία ζείτε;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.14. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις κλιματολογικές συνθήκες του τόπου όπου ζείτε;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.15. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι τα μέσα μεταφοράς που έχετε στη διάθεση σας είναι επαρκή;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

5.16. Σε ποιο βαθμό δυσκολίες, που μπορεί να έχετε με τα μέσα μεταφοράς, περιορίζουν τη ζωή σας;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

6. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΘΡΗΣΚΕΙΑ, ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ

6.1. Θεωρείτε ότι οι προσωπικές σας πεποιθήσεις σας δίνουν δύναμη, ώστε να αντιμετωπίζετε τις δυσκολίες που συναντάτε στη ζωή;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

6.2. Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

7. ΓΕΝΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ**7.1. Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής σας γενικά;**

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

7.2. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά

Παράρτημα V

Κλίμακα Ικανοποίησης με τη Ζωή E. Diener (1985)

Παρακαλώ, να απαντήσετε όσο πιο αυθόρμητα και ειλικρινά μπορείτε. Διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις και σημειώστε τον αριθμό στη κλίμακας που δίνει τη κατάλληλη απάντηση για εσάς.

1. Σε γενικές γραμμές, η ζωή μου είναι σχεδόν ιδανική.

1	2	3	4
Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Λίγο	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ
5	6	7	
Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ	Συμφωνώ Πολύ	

2. Οι συνθήκες ζωής μου είναι άριστες.

1	2	3	4
Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Λίγο	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ
5	6	7	
Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ	Συμφωνώ Πολύ	

3. Είμαι ευχαριστημένος/ευχαριστημένη με τη ζωή μου.

1	2	3	4
Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Λίγο	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ
5	6	7	
Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ	Συμφωνώ Πολύ	

4. Μέχρι στιγμής, έχω πετύχει όσα σημαντικά πράγματα ήθελα στη ζωή μου.

1	2	3	4
Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Λίγο	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ
5	6	7	
Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ	Συμφωνώ Πολύ	

5. Αν μπορούσα να ξαναζήσω την ζωή μου, δεν θα άλλαζα σχεδόν τίποτα.

1	2	3	4
Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Λίγο	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ
5	6	7	
Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ	Συμφωνώ Πολύ	

Παράρτημα VI

Ερωτηματολόγιο για την οικογένεια

Είστε μέλος της ομάδας αυτοβοήθειας:

- 1) του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων Αριάδνη(ΚΕΘΕΑ)
 2) των Κλαμπ Οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ(Κ.Ο.Π.Α.)
-

Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ –ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A1) Φύλο:

A2) Ποια είναι η ηλικία σας;.....

- 2) Άνδρας
 3) Γυναίκα

A3) Υπηκοότητα:

- 1) Ελληνική
 2) Άλλη.....

A5) Μορφωτικό επίπεδο:

- 10) Δεν έχω πάει στο σχολείο
 11) Απόφοιτος Δημοτικού
 12) Απόφοιτος Γυμνασίου
 13) Απόφοιτος Λυκείου
 14) Απόφοιτος Ανώτερης Εκπαίδευσης ΙΕΚ/ΠΕΚ
 15) Απόφοιτος Ανώτερης ή Ανώτατης Εκπαίδευσης
 16) Κάτοχος Μεταπτυχιακού
 17) Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος
 18) Άλλο(παρακαλώ σημειώστε).....

A6) Εργασιακή κατάσταση:

- 1) Σταθερή απασχόληση
 2) Περιστασιακή απασχόληση
 3) Οικονομικά μη ενεργός (συνταξιούχος, νοικοκυρά, ανίκανος/ανίκανη να εργαστεί)
 4) Άνεργος/άνεργη
 5) Φοιτητής
 6) Άλλο(παρακαλώ σημειώστε).....

A6.1) Τι επάγγελμα ασκείτε(ή ασκούσατε αν δεν εργάζεστε τώρα);.....

A.6.2. Ποιο είναι το μηνιαίο σας εισόδημα;.....ευρώ

A7)Τόπος διαμονής:

- 1) Πόλη (10.000 κατοίκους και άνω)
- 2) Κομόπολη (2.000-10.000 κατοίκους)
- 3) Χωριό(50 -2.000 κατοίκους)

A8)Οικογενειακή κατάσταση:

- 1) Άγαμος/-η χωρίς σχέση
- 2) Έγγαμος -η
(συνέχεια στην επόμενη σελίδα)
- 3) Σε διάσταση
- 4) Διαζευγμένος/-η
- 5) Χήρος/-α
- 6) Άλλο (παρακαλώ σημειώστε).....

A9)Πόσα παιδιά έχετε;.....

A10)Με ποιον διαμένετε από το διάστημα;

- 1) Μόνος/η
- 2) Με 1 γονέα
- 3) Με 2 γονείς
- 4) Με φίλο/φίλη
- 5) Με σύζυγο ή σύντροφο
- 6) Με σύζυγο ή σύντροφο και παιδιά
- 7) Με παιδιά
- 8) Με συγγενείς
- 9) Άλλο(παρακαλώ σημειώστε).....

A11) Σχέση με το άτομο για το οποίο έρχεστε στην ομάδα:

- 1) Μητέρα
- 2) Πατέρας
- 3) Αδερφός/Αδερφή
- 4) Σύζυγος ή σύντροφος
- 4) Παιδί
- 5) Φίλος/φίλη
- 6) Άλλο(παρακαλώ σημειώστε).....

Β)Χρήση Αλκοόλ**Β)Τεστ Ανίχνευσης Διαταραχών Αλκοόλης Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT C).**

Για τις ανάγκες του ερωτηματολογίου προσδιορίζουμε ως 1 αλκοολούχο ποτό:

1 μικρή μπύρα ή 1 κρασοπότηρο κρασί ή 1 ρακή ή 1 μεζούρα ούισκι, βότκα κ.λπ

Το ερωτηματολόγιο αφορά τις τελευταίες 30 ημέρες.

Ερωτήσεις	0	1	2	3	4
B1. Πόσο συχνά καταναλώνεις ένα αλκοολούχο ποτό;	Ποτέ	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2 - 4 φορές το μήνα	2 -3 φορές την εβδομάδα	4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
B2. Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνεις μία συνηθισμένη ημέρα;	1 ή 2	3 ή 4	5 ή 6	7 ή 9	10 ή περισσότερα
B3. Πόσο συχνά καταναλώνεις 6 ή περισσότερα ποτά σε μία περίπτωση;	Ποτέ	Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	1 φορά το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

Γ)Πληροφορίες για τη Θεραπεία

Γ1)Είχατε συμμετάσχει ποτέ σε κάποιο άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα για προβλήματα σχετικά με τη χρήση αλκοόλ προσπαθώντας να βοηθήσετε το μέλος της οικογένειάς σας;

1) Ναι

2) Όχι

Γ1.2)Αν ναι, πόσες φορές;

.....φορές

Γ1.3.Αν ναι,)πόσο διάστημα διήρκεσε συνολικά η παραμονή σας σε προηγούμενα θεραπευτικά προγράμματα;

χρόνια

μήνες

μέρες

Γ3) Πόσο καιρό συμμετέχετε στην ομάδα αυτοβοήθειας στη τωρινή σας θεραπεία;

χρόνια

μήνες

μέρες

Γ4) Θεωρείτε ότι η συμμετοχή σας βοηθάει τη θεραπεία του μέλους της οικογένειάς σας;

1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Γ5) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στη σχέση με την οικογένειά σας από τότε που συμμετέχετε στην ομάδα;

1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Γ6) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στις κοινωνικές σας σχέσεις από τότε που συμμετέχετε στην ομάδα;

1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Γ7) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στον επαγγελματικό τομέα από τότε που συμμετέχετε στην ομάδα;

1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Γ8) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση της οικονομικής σας κατάστασης από τότε που συμμετέχετε στην ομάδα;

1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Γ9) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στη συμπεριφορά σας από τότε που συμμετέχετε στην ομάδα;

1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Γ10) Θεωρείτε ότι υπάρχει βελτίωση στο μέλος της οικογένειάς σας από τότε που συμμετέχει στη θεραπεία;

1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Αρκετά 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ

Γ11) Τι ήταν αυτό που σας κράτησε στην ομάδα;

- 1) Η φιλοσοφία και ο τρόπος λειτουργίας της ομάδας;
- 2) Τα μέλη της ομάδας
- 3) Ο συντονιστής της ομάδας/υπηρετής δάσκαλος;
- 4) Η ανάγκη μου για θεραπεία
- 5) Άλλο(παρακαλώ σημειώστε).....

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας.