

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



Πτυχιακή Εργασία:  
Η μέθοδος Hudolin και η εφαρμογή της στην Ελλάδα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Χατήρα Καλλιόπη  
Φοιτήτρια: Καικιλία Κατσιβαρδά  
Α.Μ.: 2496  
Εξάμηνο: Θ' επαν.

Ρέθυμνο, 2013

# Κατάλογος περιεχομένων

Περίληψη.....	σελ. 3
Εισαγωγή.....	σελ. 4
Κεφάλαιο 1: Εξάρτηση απ' το αλκοόλ.....	σελ. 6
α. Ορισμοί- έννοιες .....	σελ. 6
β. Αιθυλική αλκοόλη: Άμεσες επιδράσεις στον οργανισμό- Εξάρτηση .....	σελ. 8
γ. Βιολογική βάση της εξάρτησης από το αλκοόλ- Φαρμακευτική αντιμετώπιση .....	σελ. 12
δ. Αιτιολογικοί παράγοντες εξάρτησης από το αλκοόλ .....	σελ. 13
Κεφάλαιο 2: Προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ.....	σελ. 16
α. Σωματικά προβλήματα .....	σελ. 17
β. Ψυχολογικά προβλήματα .....	σελ. 22
γ. Κοινωνικά προβλήματα .....	σελ. 24
Κεφάλαιο 3: Η μέθοδος Hudolin.....	σελ. 26
α. Βιογραφικά στοιχεία ιδρυτή- ιστορικά στοιχεία ανάπτυξης μεθόδου.....	σελ. 26
β. Θεωρητικό υπόβαθρο.....	σελ. 29
Κεφάλαιο 4: Κλάμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ.....	σελ. 33
α. Λειτουργία- Σκοποί .....	σελ. 33
β. Αποτελεσματικότητα μεθόδου.....	σελ. 37
Κεφάλαιο 5: Η μέθοδος Hudolin στην Ελλάδα .....	σελ. 39
Συμπεράσματα- Αντί Επιλόγου.....	43
Παραρτήματα.....	46
Βιβλιογραφία.....	56

## **Περίληψη:**

Στην παρούσα πτυχιακή, θα επιχειρηθεί μια ανασκόπηση της μεθόδου Hudolin. Η μέθοδος Hudolin επικεντρώνεται στα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και προτείνεται ως μέθοδος αντιμετώπισης των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Σκόπιμο κρίθηκε να παρουσιαστούν συνοπτικά κάποιες διευκρινήσεις επιστημονικών όρων που σχετίζονται με το αλκοόλ, οι αιτιολογικοί παράγοντες της εξάρτησης καθώς και τα ποικίλα προβλήματα που τη συνοδεύουν. Στη συνέχεια, θα αναφερθούμε στην ιστορική διαδρομή της δημιουργίας της μεθόδου Hudolin, στις θεωρητικές της βάσεις, στη λειτουργία του βασικού εργαλείου, τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (ΚΟΠΑ), και σε μελέτες που υποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους. Επιπλέον, θα επικεντρωθούμε στις εφαρμογές της συγκεκριμένης μεθόδου στην Ελλάδα, αναδεικνύοντας τους φορείς και τη λειτουργία των Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (ΚΟΠΑ) σε ένα διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο από εκείνο που γέννησε τη μέθοδο. Τέλος, θα επιχειρήσουμε έναν συμπερασματικό σχολιασμό και θα αναφερθούμε σε κάποιες ερευνητικές προτάσεις που γεννήθηκαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση της μεθόδου.

## Εισαγωγή

Όπως προαναφέρθηκε στην περίληψη, η θεματική της παρούσας εργασίας επικεντρώνεται στη μέθοδο Hudolin και στην εμφάνισή της στην Ελλάδα. Επιχειρήθηκε, στο μέτρο του δυνατού, μια ανάλυση που θα επισημάνει κεντρικές πληροφορίες σχετικά με τη μέθοδο, τον ιδρυτή, το θεωρητικό υπόβαθρο, καθώς και μια παρουσίαση του τρόπου λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας των Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ. Θα αναφερθούν επίσης στοιχεία που αφορούν εκφάνσεις της παρουσίας της μεθόδου στην Ελλάδα, τα οποία αντλήθηκαν από τις επίσημες ιστοσελίδες φορέων που δραστηριοποιούνται στον χώρο της αντιμετώπισης των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Το βασικό μας κίνητρο για την επιλογή και τη διερεύνηση αυτού του θέματος προέρχεται από μια μακρόχρονη ενασχόληση με τη μέθοδο αυτή μέσα από την εθελοντική συμμετοχή στα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (ΚΟΠΑ) Πάτρας. Οπότε, με όχημα αυτή την εργασία, μας προσφέρθηκε μια πολύ καλή ευκαιρία προκειμένου να επικαιροποιήσουμε τις γνώσεις μας σχετικά με τη μέθοδο, από στοιχεία που διερευνώνται στην παγκόσμια βιβλιογραφία.

Πριν προχωρήσουμε λοιπόν στη διερεύνηση των παραπάνω, η *Εισαγωγή* μας προσφέρει το χώρο να τοποθετήσουμε την χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών γενικότερα και του αλκοόλ ειδικότερα στην μακραίωνη ιστορία του ανθρώπινου πολιτισμού. Όπως έχει αναφερθεί από πολλούς μελετητές, οι ψυχοτρόπες ουσίες επιτελούν εδώ και αιώνες ποικίλες λειτουργίες στα πολιτισμικά και κοινωνικά περιβάλλοντα του ανθρώπινου είδους. Αυτές οι λειτουργίες λάμβαναν θεραπευτικές, ευφορικές ή τελετουργικές διαστάσεις και η χρήση τους κανονικοποιούνταν στα πλαίσια κοινωνικών και θρησκευτικών νορμών (Μαρσέλος, 2004· Χαραλαμπίδης, 2003)<sup>1</sup>. Μέσω της χρήσης τους, «ο άνθρωπος προσπάθησε να έχει την εμπειρία της ένωσης με το θεό του, να γιατρέψει τις αρρώστιες του, να αποκτήσει δύναμη και κουράγιο απέναντι στις αντίξοες περιβαλλοντικά συνθήκες και τελικά να υπερβεί τον εαυτό του» (Χαραλαμπίδης, 2003, σ. 9).

Παρόλ' αυτά, στις μέρες μας, λόγω ποικίλων αιτιών όπως λχ η ανακάλυψη συνθετικών ουσιών στα πλαίσια της ιατρικής επιστήμης για καθαρά θεραπευτικούς σκοπούς αρχικά, η ανάπτυξη της επικοινωνίας και του εμπορίου μεταξύ διαφορετικών κόσμων και η συνεπαγόμενη αποπλαισιωμένη διάδοση της χρήσης τους από τις κανονικοποιημένες τελετουργικές και θρησκευτικές αρχές που έλεγχαν κατά κάποιο τρόπο τη χρήση τους, έχει παρουσιαστεί ένας μετασχηματισμός των τρόπων λήψης των εξαρτησιογόνων ουσιών (Χαραλαμπίδης, 2003). Έτσι η χρήση και ιδίως την κατάχρηση θεωρείται ένα από τα μείζονα ψυχολογικά, κοινωνικά ζητήματα

---

<sup>1</sup> Ο Χαραλαμπίδης (2003, σ. 16) αναφέρεται συνοπτικά στην ιστορία της χρήσης του αλκοόλ. Πληροφορούμαστε ότι είναι ίσως η αρχαιότερη εξαρτησιογόνος ουσία, με πρώτες αναφορές σχετικά με την παρασκευή του να απαντώνται σε αιγυπτιακό πάπυρο, το 3.500 πΧ. Επιπλέον, επισημαίνει ότι τον τέταρτο αιώνα συναντάμε γραπτές αναφορές που σχετίζονται με τα επακόλουθα προβλήματα της χρήσης του από τον Άγιο Ιωάννη τον Χρυσόστομο, επίσκοπο Κωνσταντινούπολης.

δημόσιας υγείας και ευνομίας που καλείται να αιτιολογήσει και να αντιμετωπίσει ο σύγχρονος δυτικός πολιτισμός.

Ένα εύγλωττο δείγμα, το οποίο φανερώνει τις ανησυχητικές διαστάσεις που έχει λάβει η χρήση του αλκοόλ που μας απασχολεί εδώ, είναι τα ευρήματα μιας πρόσφατης έρευνας που σχετίζεται με τη διάδοση των εξαρτησιογόνων ουσιών στους Έλληνες εφήβους. Η έρευνα υπέδειξε μεταξύ άλλων ότι: «Ένας στους τρεις δεκαπεντάχρονους καταναλώνει ένα οινοπνευματώδες ποτό τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Δυο στους πέντε εφήβους έχουν μεθύσει τουλάχιστον μία φορά. Συγκριτικά με το 2006, το 2010 έχει αυξηθεί σημαντικά το ποσοστό των δεκαπεντάχρονων μαθητών που καταναλώνουν οινοπνευματώδη σε εβδομαδιαία βάση» (Κοκκέβη, Φωτίου, Ξανθάκη & Καναβού, 2011, σ. 1).

Ως δημόσιο ζήτημα οπότε, έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον μελετητών τόσο από τις φυσικές, όσο και από τις κοινωνικές επιστήμες. Στόχος είναι η κατανόηση του φαινομένου και των παραγόντων εκείνων που ωθούν κάποιον στη χρήση και στην κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών, μια κατανόηση που θα οδηγήσει στην αντιμετώπισή της και στον σχεδιασμό επιτυχών πολιτικών αντιμετώπισης και πρόληψης. Εκ μέρους της επιστημονικής κοινότητας έχουν παρουσιαστεί ποικίλες θεωρητικές προσεγγίσεις που αφορούν τόσο την αιτιολόγηση, όσο και την αντιμετώπιση του φαινομένου. Μέσα σ' αυτές τις προσεγγίσεις εντάσσεται και η μέθοδος Hudolin, η οποία, συγκριτικά με πιο παραδοσιακές θεωρήσεις, τοποθετεί το πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ εντός των κοινωνικό-πολιτισμικών παραγόντων που το τροφοδοτούν. Η αντιμετώπιση επίσης των προβλημάτων λαμβάνει μια πιο ολιστική διάσταση μέσω της αυτής μεθόδου, από τη στιγμή που κινητοποιεί ολόκληρη την οικογένεια και την κοινότητα και όχι μόνο τον “εξαρτημένο”.

Πριν φτάσουμε στο κύριο σώμα της εργασίας, το οποίο αφορά την προσέγγιση Hudolin, θα προσπαθήσουμε να επισημάνουμε τις διαφορές των βασικών εννοιών που συναντάμε στη σχετική βιβλιογραφία, τους αιτιολογικούς παράγοντες της εξάρτησης και να υποδείξουμε με συνοπτικό τρόπο, τα πολυπαραγοντικά προβλήματα που αυτή επιφέρει.

## Κεφάλαιο 1

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα επικεντρωθούμε κυρίως στην αιθυλική αλκοόλη (αλκοόλ), και στην εξάρτηση που προκαλείται από την επαναλαμβανόμενη χρήση της. Πιο συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στις επιδράσεις που ασκεί στον ανθρώπινο οργανισμό, θα εξετάσουμε τη βιολογική βάση της εξάρτησης και τέλος θα προσπαθήσουμε να διαφωτίσουμε κάπως τους περίπλοκους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στην κατάχρηση.

Προτού προχωρήσουμε όμως, θα επιχειρήσουμε να διασαφήσουμε κάποιους ευρύτερους όρους που συναντάμε στη σχετική βιβλιογραφία των καταχρήσεων προκειμένου να κατανοηθούν έννοιες όπως πχ: εξαρτησιογόνες ουσίες, ναρκωτικά, κατάχρηση, εξάρτηση, εθισμός, αντοχή κλπ. Θεωρούμε ότι πρόκειται για μια αποσαφήνιση που θα μας χρησιμεύσει καθόλη τη διάρκεια της μελέτης του συγκεκριμένου ζητήματος, μιας και υπάρχουν αρκετοί όροι που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε το πολυεπίπεδο πρόβλημα της εξάρτησης στην καθημερινότητά μας, χωρίς ωστόσο γίνεται κατανοητή η σημασία τους.

### α Ορισμοί-έννοιες

Όπως όλοι μας γνωρίζουμε, ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο Δυτικός πολιτισμός, με μεγάλο προσωπικό, κοινωνικό και οικονομικό κόστος είναι η χρήση και η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών γενικότερα. (Celder & συν., 2007). Δεν είναι παράλογο οπότε, πέραν της επιστημονικής κοινότητας, το φαινόμενο της εξάρτησης να έχει απασχολήσει εκτεταμένα την κοινή γνώμη. Λόγω αυτού του εκτεταμένου ενδιαφέροντος, έχει παρατηρηθεί μια διάχυση επιστημονικής ορολογίας και εννοιών που συνήθως χαρακτηρίζεται από σύγχυση μιας και, σε αρκετές περιπτώσεις, επιτελείται η λανθασμένη χρήση τους από μη ειδικούς. Έτσι, στο παρόν υποκεφάλαιο θα επιχειρήσουμε μια διασάφηση των όρων που απαντώνται στη διεπιστημονική μελέτη των εξαρτήσεων.

Η λέξη *ουσία* ή *φάρμακο* αναφέρεται συνήθως σε οποιαδήποτε ουσία (εκτός του φαγητού) η οποία, χημικά, προκαλεί μεταβολές στη λειτουργία ενός οργανισμού. Ουσίες που παρουσιάζουν φαρμακευτικές λειτουργίες χρησιμοποιούνταν για πολλούς αιώνες, πριν ακόμη συσταθεί ο επίσημος επιστημονικός κλάδος της φαρμακολογίας (Τσόχας, 1988). *Εξαρτησιογόνες ουσίες* ονομάζουμε το σύνολο εκείνο των ουσιών που, ενώ παρουσιάζουν διαφορετική χημική δομή και επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, τροποποιούν ωστόσο την θυμική κατάσταση του ατόμου που τα λαμβάνει και επιφέρουν σωματική ή ψυχική εξάρτηση ποικίλου βαθμού και σοβαρότητας (Λιάππας & Πομίни, 2004).

Η χρήση του όρου *ναρκωτικά* στη καθομιλουμένη δεν γίνεται με δόκιμο τρόπο μιας και όταν τον χρησιμοποιούμε, συνήθως κάνουμε λόγο για όλες τις ουσίες και τα φάρμακα που γίνονται

αντικείμενο κατάχρησης. Φαρμακολογικά ωστόσο, η έννοια περιλαμβάνει μόνο τις ουσίες που ασκούν αναλγητική και καταπραϋντική δράση (δηλαδή οπιοειδή και αναλγητικά). Ο όρος που έχει προταθεί από την Π.Ο.Υ. για να συμπεριλάβει όλες τις ουσίες που γίνονται αντικείμενο κατάχρησής είναι «εξαρτησιογόνες ουσίες». Άλλες ονομασίες που χρησιμοποιούνται συχνά για τις εξαρτησιογόνες ουσίες είναι ψυχοδραστικά ή ψυχοτρόπα. Σ' αυτές υπάγεται κάθε ουσία η οποία, λαμβανόμενη από οποιαδήποτε οδό του σώματος, μεταβάλλει τη σωματοψυχική κατάσταση λειτουργίας του χρήστη, δηλαδή με τη λήψη της παρουσιάζονται μεταβολές στο συναίσθημα, στην αντιληπτική ικανότητα και στην εγκεφαλική λειτουργία (Jaffe, 1995· Λιάππας & Πομίνι, 2004). Κατά τον Λιάππα (1999), οι όροι «εξαρτησιογόνες ουσίες», «ψυχοδραστικά» και «ψυχοτρόπα» θεωρούνται ορθότεροι φαρμακολογικά και πιο πολιτικά ορθοί από τον όρο «ναρκωτικά». Επίσης σ' αυτούς μπορούμε να συμπεριλάβουμε και ουσίες που είναι κοινωνικά αποδεκτές, όπως το τσιγάρο, το αλκοόλ ή τα ηρεμιστικά που χορηγούνται με ιατρική συνταγή.

Κάνοντας λόγο για τον όρο *χρήση*, συνήθως μιλάμε για την περιστασιακή ή δοκιμαστική λήψη εξαρτησιογόνων ουσιών. Η χρήση, ως συμπεριφορά, δεν καταλήγει απαραίτητα στην κατάχρηση ή στην εξάρτηση. Ο πιο εξειδικευμένος όρος *κοινωνική χρήση* προσδιορίζει τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών κατά τη διάρκεια κοινωνικών συναναστροφών και αφορά συνήθως τη χρήση κοινωνικά αποδεκτών ουσιών όπως είναι πχ η νικοτίνη, η καφεΐνη και το αλκοόλ (Μαρσέλος, 2004).

Όταν αναφερόμαστε στον όρο *κατάχρηση*, ουσιαστικά κάνουμε λόγο για τη συνεχή και επίμονη χρήση μιας ουσίας, η οποία γίνεται χωρίς ιατρική σύσταση και αυτοχορηγείται. Η χρήση της δεν συνάδει με τους κοινωνικούς κανόνες και τα πρότυπα του πολιτισμικού πλαισίου εντός του οποίου πραγματοποιείται<sup>2</sup>. Η χρησιμοποίηση του όρου υποδηλώνει έναν δυσπροσαρμοστικό τρόπο χρήσης της ουσίας, χωρίς ωστόσο να υπονοείται ότι οδηγεί απαραίτητα στην εξάρτηση (Jaffe, 1995· Παναγής, 1998).

Η *εξάρτηση* προκαλείται μετά από την επανειλημμένη χρήση μιας ουσίας και αφορά το σύνδρομο κατά το οποίο η χρήση της ουσίας λαμβάνει πρώτη προτεραιότητα στη ζωή του ατόμου, σε σχέση με άλλες του ανάγκες. Τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης είναι διαφορετικά, ανάλογα με την ουσία που καταναλώνεται (Jaffe, 1995· Παναγής, 1998, σ. 72). Ως σύνδρομο, συνδέεται συχνά με την ανάπτυξη *αντοχής* και *σωματικής εξάρτησης*. Η αντοχή παρουσιάζεται όταν, ύστερα από επανειλημμένη χορήγηση συγκεκριμένης δόσης μιας ουσίας, το αποτέλεσμα που προκαλείται είναι μικρότερο. Έτσι, προκειμένου να επιτευχθεί το αποτέλεσμα που παρουσιάστηκε κατά τη λήψη της πρώτης δόσης, είναι απαραίτητο να ληφθούν διαρκώς αυξανόμενες δόσεις. Η φυσική εξάρτηση

---

<sup>2</sup> Η κατάχρηση ως έννοια έχει κοινωνική κυρίως χροιά, καθώς εστιάζει στη κοινωνική αποδοκιμασία και δεν περιγράφει συγκεκριμένα μοντέλα χρήσης ουσιών. Επομένως, το τι θεωρείται κατάχρηση ποικίλλει αρκετά, όχι μόνο από ουσία σε ουσία αλλά και από πολιτισμό σε πολιτισμό, όπως και διαμέσου ιστορικών περιόδων (Jeff, 1995).

γίνεται κατανοητή ως «μια τροποποιημένη οργανική κατάσταση, νευροπροσαρμογή, η οποία δημιουργείται από την επαναλαμβανόμενη χορήγηση της ουσίας και η οποία απαιτεί την εξακολούθηση της χορήγησης για να αποφευχθεί η εμφάνιση χαρακτηριστικού για την κάθε ουσία συνδρόμου στέρησης». Στον Πίνακα 1 (Παράρτημα, σ. 49) μπορούμε να δούμε τα κριτήρια ύπαρξης φυσικής εξάρτησης που καθορίζονται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία.

Από την άλλη, ο *εθισμός* από ψυχοτρόπες ουσίες ορίζεται από τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύνδεσμο ως «μια χρόνια, υποτροπιάζουσα διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από διαρκή ενασχόληση για την εύρεση της εξαρτησιογόνου ουσίας, σφοδρή επιθυμία και καταναγκασμό για τη λήψη της και αδυναμία περιορισμού ή διακοπής της χρήσης, η οποία δεν έχει καμία ιατρική αναγκαιότητα παρά μόνο αρνητικές συνέπειες για το άτομο» (Παναγής & Καστελλάκης, 2001, σ. 93). Ως όρος συνήθως χρησιμοποιείται προκειμένου να προσδώσει έναν τόνο δριμύτητας στην εξάρτηση (Jaffe, 1995).

Στο πρώτο υποκεφάλαιο προσπαθήσαμε να ξεκαθαρίσουμε κάποιες έννοιες οι οποίες χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία που αφορά τις εξαρτήσεις γενικότερα. Αυτή η αποσαφήνιση θα μας βοηθήσει να συγκεκριμενοποιήσουμε πιο αποτελεσματικά, στο επόμενο υποκεφάλαιο, τους τρόπους και τα κριτήρια που αφορούν την κατάχρηση και την εξάρτηση από το αλκοόλ. Πριν περάσουμε όμως σ' αυτό, θα αναφερθούμε σε κάποια βασικά στοιχεία που αφορούν την αιθυλική αλκοόλη και τις άμεσες επιδράσεις της στον ανθρώπινο οργανισμό.

## **β. Αιθυλική Αλκοόλη:**

### **Άμεσες επιδράσεις στον οργανισμό- Εξάρτηση**

Το οινόπνευμα αποτελεί την αντιπροσωπευτικότερη ουσία της κατηγορίας των κατασταλτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ)<sup>3</sup>. Στο σχήμα 1 μπορούμε να δούμε τη χημική δομή του (Παράρτημα, σ. 46) Η φαρμακολογική δράση του αφορά κυρίως το ΚΝΣ και είναι κατασταλτική και όχι διεγερτική. Όπως θα δούμε παρακάτω, σε μεγάλες συγκεντρώσεις το κατασταλτικό αποτέλεσμα είναι εμφανές και παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με εκείνο των αναισθητικών φαρμάκων. Η χρήση της αιθανόλης είναι ευρέως διαδεδομένη ήδη από την αρχαιότητα και στις περισσότερες κοινωνίες, πρωτόγονες ή εκβιομηχανισμένες, παρατηρείται κατανάλωση και κατάχρησή της (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2008· Atkinson et al., 2003· Κουτσελίνης, 2002). Στις μέρες μας υπόκειται σε πολυάριθμους κανονισμούς αλλά είναι νόμιμη και η κατανάλωση της θεωρείται, σε γενικές γραμμές, κοινωνικά αποδεκτή. Είναι υγρή, άχρωμη και εύφλεκτη και, σε πολλούς

<sup>3</sup> Τα κατασταλτικά, όπως υποδηλώνει η ονομασία τους, είναι ουσίες που καταστέλλουν το ΚΝΣ. Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται τα ηρεμιστικά, τα βαρβιτουρικά (υπνωτικά), εισπνεόμενα (πηκτικοί διαλύτες, αεροζόλ) και η αιθυλική αλκοόλη (ή αιθανόλη) η οποία σημειώνει την πιο συχνή χρήση και κατάχρηση (Atkinson et al., 2003). Η κύρια διαφορά της από τα άλλα κατασταλτικά είναι ότι η αιθανόλη χρησιμοποιείται κυρίως για λόγους αναψυχής παρά για ιατρικούς λόγους (Julien, 2003)



πολιτισμούς, η γεύση της θεωρείται ευχάριστη. (Atkinson et al, 2003· Τσόχας, 1988). Το οινόπνευμα μπορεί να παραχθεί με τη ζύμωση διάφορων πρώτων υλών, δηλαδή από δημητριακά, όπως καλαμπόκι, σίκαλη ή σιτάρι, από λαχανικά, όπως πχ πατάτες, ακόμη και από φρούτα όπως πχ σταφύλια ή μήλα (Atkinson et al, 2003).

Η αιθανόλη αποτελείται από σχετικά μικρά μόρια και έτσι η απορρόφησή της από τον ανθρώπινο οργανισμό είναι γρήγορη. Μετά την κατάποση, απορροφάται κυρίως από το βλεννογόνο του στομάχου και από λεπτό έντερο<sup>4</sup>, καθώς σ' αυτά τα μέρη παρουσιάζεται μεγάλη συγκέντρωση μικρών αιμοφόρων αγγείων τα οποία διευκολύνουν την πρόσβαση της αιθανόλης στην αιματική κυκλοφορία. Από τη στιγμή που το αλκοόλ θα απορροφηθεί, παρουσιάζει ομοιόμορφη κατανομή σε όλο τον οργανισμό και μεταβολίζεται από το συκώτι κυρίως (συγκεκριμένα, το συκώτι μεταβολίζει το 95% της ποσότητας της εναπομένουσας ουσίας στον οργανισμό). (Atkinson et al, 2003· Τσόχας, 1988). Η αντίδραση που περιγράφει τη μεταβολική διαδικασία παρουσιάζεται στο σχήμα 2 (Παράρτημα, σελ. 46). Παρά την ομοιόμορφη κατανομή του σε όλο το σώμα, πιο έντονες και ταχείες επιδράσεις σημειώνονται στον εγκέφαλο καθώς, ένα σημαντικό ποσοστό του αίματος κατευθύνεται στον εγκέφαλο και στον λιπώδη ιστό. Επιπλέον, ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός είναι διαπερατός στην αλκοόλη (Atkinson et al, 2003· Julien, 2003).

Κάποιες άμεσες επιδράσεις στη συμπεριφορά, που κλιμακώνονται ανάλογα με τη συγκέντρωση του οινοπνεύματος στο αίμα, είναι οι εξής: Σε συγκεντρώσεις 40mg %<sup>5</sup> παρατηρείται χαλάρωση, απελευθέρωση των αναστολών, ομιλητικότητα, κοινωνικότητα, πιθανή αύξηση της αυτοπεποίθησης καθώς και επιβράδυνση των κινητικών αντιδράσεων. Όσο αυξάνεται η ποσότητα του αλκοόλ στο αίμα, επηρεάζονται εμφανώς οι αισθητηριακές και οι κινητικές λειτουργίες. Παρουσιάζεται εξασθένηση μνήμης και προσοχής, ήπιες διαταραχές λόγου, διαταραχές στην εκτέλεση λεπτών χειρισμών και ελάττωση της αντίδρασης σε αισθητηριακά ερεθίσματα. Κάποιοι επίσης από τους χρήστες γίνονται επιθετικοί, ενώ άλλοι κατηφείς. Σε ποσοστό 150-200 mg το άτομο χάνει πολλές λειτουργίες (σταδιακή θόλωση διάνοιας, κεφαλαλγίες κλπ), ενώ σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις εμφανίζεται η εικόνα βαριάς μέθης και δηλητηρίασης (σύγχυση, λήθαργος και κώμα). Σε σπάνιες περιπτώσεις και όταν η συγκέντρωση φτάσει το 450- 500mg, μπορεί να προκληθεί θάνατος, ο οποίος οφείλεται συνήθως στην παράλυση του κέντρου της αναπνοής (E.K.ΤΕ.Π.Ν., 2008· Atkinson et al, 2003).

Όπως καθίσταται εμφανές από τα παραπάνω, δεν θα έπρεπε να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι η κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζει καταλυτικά την ικανότητα οδήγησης και ότι, τουλάχιστον στο Δυτικό πολιτισμό, τα επιτρεπτά όρια κατανάλωσης καθορίζονται θεσμικά, μιας και έχει παρατηρηθεί άμεση σχέση μεταξύ κατάχρησης και πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων

<sup>4</sup> Συγκριτικά, στο λεπτό έντερο παρατηρείται μεγαλύτερη απορρόφηση.

<sup>5</sup> Για να έχουμε μια εικόνα της κατανάλωσης, για να φτάσουμε σ' αυτά τα ποσοστά η πυκνότητα των 40mg% επιτυγχάνεται πχ με την κατανάλωση 200 γραμμαρίων κρασιού ή 60 γραμμαρίων ούισκι (E.K.ΤΕ.Π.Ν., 2008).

(E.K.ΤΕ.Π.Ν., 2008· Atkinson et al, 2003). Στο Σχήμα 3 (Παράρτημα σ. 47), μπορούμε να δούμε κάποια στοιχεία σχετικά με τη σχέση της συγκέντρωσης οινόπνευματος στο αίμα και της ικανότητας οδήγησης.

Όσον αφορά τη χρήση ορολογίας που σχετίζεται με την κατανάλωση του αλκοόλ θα μπορούσαμε να σημειώσουμε ότι έχει υποστεί πολλές αλλαγές στο πέρασμα του χρόνου. Τα όρια μεταξύ της επικίνδυνης, της επιβλαβούς χρήσης και της εξάρτησης δεν είναι σαφώς καθορισμένα (Μουζάς, 2005). Προσεγγίζοντας πια στις μέρες μας τη χρήση του αλκοόλ από την οπτική γωνία της δημόσιας υγείας, προτιμάμε τον όρο «χρήση χαμηλού κινδύνου» αντί για τους όρους «μη επικίνδυνη χρήση», «απλή χρήση», «ωφέλιμη χρήση» και «μέτρια χρήση». Ο λόγος είναι ότι και η μικρή χρήση αλκοόλ μπορεί να είναι επιβλαβής όταν πχ συνδυαστεί με οδήγηση ή σε άτομα που παίρνουν φάρμακα, σε εγκύους, σε άτομα με χρόνιες παθήσεις και σε άλλες καταστάσεις (Μουζάς, 2005).

Με τον όρο *επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ* έχει οριστεί το επίπεδο ή ο τρόπος κατανάλωσης, τα οποία πιθανολογείται ότι θα οδηγήσουν σε διάφορες βλάβες εάν οι συνήθειες κατανάλωσης συνεχιστούν. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), την ορίζει ως τη μέση ημερήσια κατανάλωση 20 με 40mg αλκοόλης για της γυναίκες και 40 με 60mg για τους άνδρες. Οι επικείμενες βλάβες μπορεί να αφορούν το ίδιο το άτομο ή τρίτους (E.K.ΤΕ.Π.Ν, 2008).

Η *επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ* από ένα άτομο θεωρείται η κατανάλωση που σχετίζεται με την πρόκληση βλάβης στην υγεία του ατόμου, είτε αυτή είναι οργανική (πχ κίρρωση ήπατος), είτε ψυχική (πχ δευτερογενής κατάθλιψη). Ο Π.Ο.Υ., βάσει επιδημιολογικών στοιχείων, έχει καθορίσει ως επιβλαβή την καθημερινή κατανάλωση άνω των 40mg για τις γυναίκες και άνω των 60mg για τους άντρες (E.K.ΤΕ.Π.Ν, 2008).

Η *βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ* (binge drinking). Ο όρος αυτός, εκτός από τη βαριά κατανάλωση περιέχει και την έννοια του περιστασιακού (η κατανάλωση δηλαδή δεν σημειώνεται ημερησίως ή περιοδικά). Η χρήση κατά τη διάρκεια των περιστάσεων βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης οδηγεί συνήθως σε τοξίκωση και αφορά τη χρήση το λιγότερο 60mg αλκοόλης (E.K.ΤΕ.Π.Ν, 2008).

Ως *εξάρτηση από το αλκοόλ* ορίζεται ένα σύνολο από φαινόμενα σε επίπεδο φυσιολογίας, συμπεριφοράς και γνωστικής λειτουργίας που αναπτύσσονται μετά από επανειλημμένη κατανάλωση της ουσίας. Περιλαμβάνουν έντονη επιθυμία (λαχτάρα) για χρήση αλκοόλ, αξιοσημείωτη έλλειψη ελέγχου στην κατανάλωση της ουσίας, αλλαγή στον τρόπο ζωής του ατόμου και επιμονή στη χρήση του παρά τις συνέπειες, απόδοση μεγάλης σημασίας και προτεραιότητας στο ποτό πολύ συχνά σε βάρος άλλων δραστηριοτήτων, αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ και παρουσία συνδρόμου στερήσεως κατά τη διακοπή χρήσης της ουσίας.

Η εξάρτηση έχει τρία βασικά χαρακτηριστικά:

1. ανοχή: με τη συνεχιζόμενη χρήση το άτομο πρέπει να παίρνει ολοένα και μεγαλύτερη δόση για να πετύχει το ίδιο αποτέλεσμα
2. στέρηση: αν η χρήση της ουσίας διακοπεί το άτομο βιώνει δυσάρεστες σωματικές και ψυχικές αντιδράσεις
3. καταναγκαστική χρήση: το άτομο παίρνει μεγαλύτερη δόση από όσο πρέπει, προσπαθεί να ελέγξει τη χρήση αλλά δεν τα καταφέρνει και καταναλώνει μεγάλο χρονικό διάστημα προσπαθώντας να εξασφαλίσει την ουσία.

Η εξάρτηση είναι διαφορετική έννοια από την κατάχρηση, η οποία χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενη χρήση παρ' όλες τις σοβαρές συνέπειες (Atkinson & συν., 2003). Στους πίνακες 2- 5 και 5 (Παράρτημα, σ. 49-51) παρουσιάζουμε λεπτομερέστερα τα διαγνωστικά κριτήρια που αφορούν: την εξάρτηση από το αλκοόλ κατά το DSM-IV-R (Πίνακας 2), την κατάχρηση αλκοόλ σύμφωνα με το DSM-IV-R (Πίνακας 3), την εξάρτηση και την επιβλαβή χρήση αλκοόλ σύμφωνα με το ICD-10 (Πίνακας 4) και τις διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση αλκοόλ, βάσει του DSM-IV-R (Πίνακας 5). Με αυτό τον τρόπο και κατά το δυνατόν, προσπαθούμε να καταστήσουμε κάπως πιο κατανοητές τις διαφορές μεταξύ κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ.

Κατά τη χρόνια κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζεται η σταδιακή ανάπτυξη ανοχής του οργανισμού απέναντι στη συγκεκριμένη ουσία. Όπως προαναφέραμε, όταν παρουσιάζεται ανοχή αυτό σημαίνει ότι για να επιτύχουμε το ίδιο φαρμακολογικό αποτέλεσμα (στην περίπτωση του αλκοόλ ευθυμία ή μέθη), απαιτείται η όλο και μεγαλύτερη κατανάλωση οινοπνεύματος. Η συνεχόμενη αύξηση της ανοχής μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την σταδιακή φυσική εξάρτηση<sup>6</sup>, η οποία σχετίζεται με εκδήλωση στερητικών συμπτωμάτων. Τα δυσάρεστα αυτά συμπτώματα εκδηλώνονται όταν δεν υπάρχουν επαρκή επίπεδα αιθυλικής αλκοόλης στο αίμα και επειδή ένας οργανισμός που κάνει χρόνια χρήση αλκοόλ έχει ανάγκη από όλο και μεγαλύτερη κατανάλωση, σε πολλές περιπτώσεις, τα στερητικά συμπτώματα εκδηλώνονται ακόμη και όταν έχουμε πολύ υψηλά επίπεδα αιθανόλης στο αίμα (πχ 100mg) (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2008· McMicken, 1998).

Το σύνδρομο απόσυρσης από το οινόπνευμα παρουσιάζει μια ευρεία κλινική εικόνα και συνήθως φτάνουμε στη διάγνωση του μέσω αποκλεισμού. Κατά τη διάρκεια του συνδρόμου εμφανίζεται υπέρταση, ταχυκαρδία, τρόμος, ανορεξία, ναυτία, άγχος, προβλήματα στον ύπνο (ζωηρά όνειρα, αϋπνία). Τα συμπτώματα εντείνονται συνήθως σε 24-36 ώρες μετά τη διακοπή και οι περισσότεροι παρουσιάζουν βελτίωση μετά από μερικές μέρες. Ωστόσο, το σύνδρομο σε μια μειοψηφία μπορεί να εκδηλωθεί και με πιο σοβαρές μορφές όπως πχ τρομώδες παραλήρημα<sup>7</sup>,

<sup>6</sup> Ο αλκοολισμός ως όρος δεν θα πρέπει να συγχέεται με τη φυσική εξάρτηση. Με τον όρο αυτό γίνεται αντιληπτή η κατάσταση η οποία περιγράφει τα σύνθετα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο καταναλωτής αλκοόλ στην υγεία του, στην εργασία του, στις κοινωνικές του συναναστροφές και σε προβλήματα που έχουν οικονομικές προεκτάσεις, ανεξάρτητα από το αν έχει αναπτύξει σωματική εξάρτηση από το αλκοόλ (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2008).

<sup>7</sup> Το τρομώδες παραλήρημα χαρακτηρίζεται από σύγχυση και διέγερση και διαταραχές προσανατολισμού. Ταυτόχρονα παρουσιάζεται αυξημένη δραστηριότητα του ΚΝΣ και του ΑΝΣ. Η κλινική εικόνα παρουσιάζει ακατα

ψευδαισθήσεις και σπασμούς (Mc Micken, 1998· Turner et al., 1989).

Στο δεύτερο υποκεφάλαιο αναφερθήκαμε σε κάποια στοιχεία για την αιθυλική αλκοόλη, την απορρόφησή της και τις άμεσες επιδράσεις της στον ανθρώπινο οργανισμό. Εστίασαμε επίσης στην κατάχρηση και στην εξάρτηση και περιγράψαμε την κλινική εικόνα του συνδρόμου απόσυρσης από το αλκοόλ. Στη συνέχεια, θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε τη βιολογική βάση της εξάρτησης.

### **γ. Βιολογική βάση εξάρτησης από το αλκοόλ- φαρμακευτική αντιμετώπισή της**

Ας αρχίσουμε πρώτα από κάποιες ερευνητικές ενδείξεις που αφορούν την εξάρτηση από ουσίες γενικότερα. Βάσει πειραμάτων που έχουν διεξαχθεί σε ζώα, έχει αποδειχθεί ότι ο ηλεκτρικός ερεθισμός κάποιων εγκεφαλικών περιοχών (των λεγόμενων *κέντρων ηδονής*) είναι ιδιαίτερα ενισχυτικός. Έχει παρατηρηθεί ότι είναι πολύ ισχυρή η ανταμοιβή που προκαλείται από τον ενδοκρανιακό αυτοερεθισμό, μιας και μαθαίνεται ταχύτατα από τα πειραματόζωα και προτιμάται από άλλες συμπεριφορές. Ενδείξεις υποδεικνύουν μια σύνδεση μεταξύ των ψυχοτρόπων και του ενδοκρανιακού ερεθισμού, αφού και τα δύο λειτουργούν ως θετικοί ενισχυτές και φαίνεται ότι δρουν και στα ίδια νευρωνικά συστήματα (Παναγής, 1998).

Επιπρόσθετα, οι περισσότερες ουσίες που προκαλούν εθισμό, ασκούν την επίδρασή τους τροποποιώντας κάποιο από τα στάδια της νευροδιαβίβασης. Παρά τις μεταξύ τους διαφορές, πολλές από αυτές αυξάνουν τα εξωκυττάρια επίπεδα της ντοπαμίνης στην περιοχή του επικλινή πυρήνα. Το αλκοόλ συγκεκριμένα, ασκεί την ευφορική και αγχολυτική του δράση μέσω της δράσης του στις κεντρικές συνάψεις του ΚΝΣ. Η ουσία αυτή δρα σε όλους τους γνωστούς υποδοχείς που έχουν εντοπιστεί στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Υπάρχουν πειραματικές παρατηρήσεις που θεωρούν ότι η ντοπαμίνη παίζει ουσιαστικό ρόλο στις οξείες ενισχυτικές ιδιότητες του οινοπνεύματος. Άλλοι νευροδιαβιβαστές που φαίνεται ότι εμπλέκονται στις ενισχυτικές του δράσεις (σεροτονίνη και ενδογενή οπιοειδή), συμμετέχουν στα νευρωνικά κυκλώματα ανταμοιβής (Παναγής & Καστελλάκης, 2001· Μουζάς 2005).

Βιολογικά φαινόμενα χαρακτηριστικά της εξάρτησης από το αλκοόλ, όπως η αντοχή, η φυσική εξάρτηση, το σύνδρομο στέρησης και οι συχνές υποτροπές, εμφανίζονται συνήθως μετά από χρόνια κατανάλωση αλκοόλ, ως αποτέλεσμα της προσαρμογής των κεντρικών συνάψεων του Κ.Ν.Σ. σε αυτή. Αυτό που συμβαίνει στην ουσία είναι η απορρύθμιση των ενδογενών νευρωνικών συστημάτων ανταμοιβής, συστήματα που διεγείρονται κατά τη λήψη ουσιών και προκαλούν ευφορία. Η απορρύθμιση των συστημάτων ανταμοιβής βασίζεται σε προσαρμοστικές αλλαγές του

---

ομιλία, πυρετό, τρόμο, οπτικές ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες κλπ (Mc Micken, 1998· Turner et al., 1989).

εγκεφάλου, οι οποίες αφορούν υποδοχείς φαρμάκων, νευροδιαβιβαστές κλπ και έχουν ως αποτέλεσμα την αντοχή, τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης και τις υποτροπές. Η κεντρική έννοια στο νευροφυσιολογικό μηχανισμό της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι η ενίσχυση τόσο ως πρωτογενής (θετική ή αρνητική) όσο και ως δευτερογενής (Παναγής & Καστελλάκης, 2001· Μουζάς 2005).

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των ασθενών για εξάρτηση από το αλκοόλ είναι η δισουλφιράμη, το καρβαμίδιο του ασβεστίου, η ναλτρεξόνη κ. α. Ειδικότερα, η δισουλφιράμη συνήθως προκαλεί αίσθημα αδιαθεσίας κατά την κατανάλωση αιθανόλης και η λογική της χρήσης της βρίσκεται πίσω από την παραδοχή ότι η απειλή της ανεπιθύμητης αντίδρασης θα οδηγήσει στον περιορισμό της κατανάλωσης. Το καρβαμίδιο ενδέχεται να παρουσιάζει λιγότερες παρενέργειες. Η ναλτρεξόνη συνήθως μειώνει την κατανάλωση σε βαρείς πότες. Η ακαμπροσάτη χρησιμοποιείται για να μειώσει την υπερδιεγερσιμότητα που δημιουργείται από το σύνδρομο στέρησης από το αλκοόλ καθώς και την ακαταμάχητη επιθυμία (Sinacola & συν, 2008· Arana & Hyman, 2003· Julien, 2003). Στον Πίνακα 6 (Παράρτημα, σ. 52) είναι συγκεντρωμένα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη μείωση της κατανάλωσης, της ακαταμάχητης επιθυμίας καθώς και για την πρόληψη υποτροπών.

Σε πλαίσια αποτοξίνωσης χρησιμοποιούνται και οι βενζοδιαζεπίνες. Παρόλ' αυτά δε συνιστάται η χρήση τους για συντήρηση λόγω της πιθανότητας ανάπτυξης της εξάρτησης (Sinacola & συν, 2008). Άλλο ένα φάρμακο που προτάθηκε για την φαρμακευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού είναι το ανθρακικό λίθιο. Η χρήση του υποστηρίχθηκε από αποτελέσματα μελετών που υποδείκνυαν ότι το λίθιο μειώνει την έντονη επιθυμία για οινόπνευμα και την ευφορία που προκαλείται από αυτό. Παρόλ' αυτά, με μια προσεκτικότερη μελέτη της ερευνητικής βιβλιογραφίας πληροφορούμαστε για μελέτες που υποστηρίζουν ότι το λίθιο δεν ωφελεί περισσότερο από το εικονικό φάρμακο. Πλέον συνταγογραφείται όταν γίνει φανερό ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι δευτεροπαθής ή συνυπάρχει με διπολική διαταραχή (Arana & Hyman, 2003).

Περιγράψαμε με λίγα λόγια τι συμβαίνει στο νευρικό σύστημα όταν παρουσιάζεται εξάρτηση από το αλκοόλ και αναφέραμε περιληπτικά τη φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται για να αντιμετωπιστεί τόσο η εξάρτηση, όσο και οι υποτροπές. Στο τελευταίο υποκεφάλαιο του κεφαλαίου θα επιχειρήσουμε μια συνοπτική αναφορά σε κάποιους από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της εξάρτησης από το αλκοόλ.

#### **δ. Αιτιολογικοί παράγοντες εξάρτησης**

Οι συνήθειες απαντήσεις που δίνουμε στο ερώτημα του λόγου για τον οποίο οι άνθρωποι κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών είναι ίσως επειδή η χρήση τους θεωρείται διασκεδαστική και

προκαλεί ευφορία ή λόγω πολιτισμικών συνθηθειών. Όπως σημειώνει ο Μούζας (2005) αυτή ίσως είναι μία απλουστευτική θεώρηση στην οποία είχαν εγκλωβιστεί στο παρελθόν μελετητές κλινικής ιατρικής, ψυχολογίας και κοινωνιολογίας. Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι η άμεση αναζήτηση ευχαρίστησης είναι ο κύριος λόγος χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών για λιγότερο από 20% του συνόλου των χρηστών. (Celder & συν., 2007). Όπως ήδη συμπεραίνουμε από τα προαναφερόμενα, ένας χρόνιος πότης μπορεί να μην λαμβάνει πλέον την ευχαρίστηση που λάμβανε (λόγω της ανάπτυξης ανοχής) και γνωρίζουμε επίσης ότι ένας πολύ σημαντικός λόγος για να μην διακόψει τη λήψη της ουσίας ένας χρήστης, είναι η αποφυγή της εκδήλωσης στερεοτικού συνδρόμου.

Όποτε λοιπόν αναφερόμαστε στην αιτιολογία της εξάρτησης από το αλκοόλ, είθισται να γνωρίζουμε ότι πρόκειται για μία πολύπλοκη παθολογική κατάσταση της οποίας η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική. Δεν υπάρχει ένα μοναδικό και σαφώς καθορισμένο κίνητρο που ωθεί το άτομο στο να πίνει (Μούζας, 2005). Οι σύγχρονες αντιλήψεις περί αλκοολισμού έχουν πια καταλήξει ότι η αιτιολογία της χρήσης του αλκοόλ έχει να κάνει με κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες, με ατομικούς παράγοντες και ατομικές διαφορές (ατομική ευαλωτότητα, γενετικές επιδράσεις, βιολογική προδιάθεση, ψυχολογικοί παράγοντες, ψυχιατρική συνοσηρότητα, εγκεφαλική δυσλειτουργία) (Celder & συν., 2007).

Πιο συγκεκριμένα, κάποιοι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες που πιθανολογείται ότι σχετίζονται με την κατανάλωση ή μη αλκοόλ είναι τα κοινωνικά πρότυπα που αποδίδονται στα φύλα<sup>8</sup>, οι πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις κατά της λήψης αλκοόλ (πχ μουσουλμανική θρησκεία, αραβικά κράτη), η διαθεσιμότητα του αλκοόλ και η κοινωνική προαγωγή της συχνής του χρήσης κλπ. Υπάρχουν κάποια στοιχεία επίσης που συνδέουν την υψηλή κατανάλωση με διάφορα επαγγέλματα<sup>9</sup>. Ψυχολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για υπέρμετρη χρήση αλκοόλ είναι συγκεκριμένα προφίλ προσωπικότητας.<sup>10</sup> Οι σύγχρονες ερμηνείες ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων κάνουν λόγο για την κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών γενικότερα, ως ένα εγχείρημα επανεγκατάστασης της ομοιόστασης, ως μια αντίδραση στον ψυχολογικό πόνο. Οι θεωρίες της μάθησης μιλούν για ένα δυσλειτουργικό συμπεριφορικό πρότυπο που έχει μαθευτεί μέσω κλασικής και συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης (Celder et al., 2007).

Στις γενετικές επιδράσεις βασική θέση λαμβάνει η ύπαρξη εξάρτησης σε συγγενείς πρώτου βαθμού (αλκοολικοί γονείς ή/ και αδέρφια). Μελέτες μάλιστα σε διδύμους και μελέτες υιοθεσίας αφήνουν να εννοηθεί μια συσχέτιση μεταξύ κληρονομικών παραγόντων και αλκοολισμού, ο οποίος συνήθως “κληρονομείται” μαζί με την εμφάνιση αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, σε

<sup>8</sup> Έχει παρατηρηθεί ότι η βαριά κατανάλωση αλκοόλ, καταγράφεται συχνότερα σε άντρες απ' ότι σε γυναίκες.

<sup>9</sup> Πχ ανειδίκευτοι και βιομηχανικοί εργάτες, επαγγέλματα με ευέλικτο ωράριο, με μικρότερη επίβλεψη και με εύκολη πρόσβαση σε αλκοόλ.

<sup>10</sup> Πχ Τύπος 1: χαμηλές βαθμολογίες στην αναζήτηση αλλαγών, υψηλές στην αποφυγή επιβλαβών καταστάσεων και στην εξάρτηση από την επιβράβευση. Τύπος 2: αναζήτηση σωματικών συγκινήσεων, αγνοούν επιβλαβείς συνέπειες και τιμωρητικές απαντήσεις (Celder et. al., 2007).

άνδρες με οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού, παρατηρείται μικρότερη φυσιολογική αντίδραση στο αλκοόλ. Αυτή η μικρότερη ευαισθησία πιθανά να οδηγεί σε μεγαλύτερη κατανάλωση (Celder et al., 2007).

Η παρουσία και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών θεωρείται ένας πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, είναι πιθανότερο να καταστούν επιρρεπή άτομα που πάσχουν από: σχιζοφρένεια, μανιοκατάθλιψη, κλινική κατάθλιψη, κοινωνική φοβία, διαταραχή πανικού, αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας κλπ. Άλλος ένας παράγοντας κινδύνου θεωρείται η αυξημένη νευροψυχολογική λειτουργία<sup>11</sup> (Celder et al., 2007).

Πράγματι, παρατηρούμε ότι είθισται να συνυπάρχουν αρκετοί παράγοντες προκειμένου να οδηγηθεί ένα άτομο στην εξάρτηση μέσω μιας διαδρομής η οποία απαιτεί ένα ικανό χρονικό διάστημα. Αυτοί οι πολυδιάστατοι προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως προαναφέραμε, είναι ποικίλων μορφών. Στο σχήμα 4 (Παράρτημα, σ. 48) μπορούμε να δούμε σχηματικά την πορεία της αιτιοπαθογένειας των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Κατανοώντας τη σύνθετη αιτιολογία της εξάρτησης από το αλκοόλ μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα και τις διαδράσεις και τα επιμέρους προβλήματα που υφίστανται και που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, προκειμένου να στεφθεί με επιτυχία η αντιμετώπιση του σύνθετου αυτού προβλήματος. Εκτός από τους προδιαθεσικούς αιτιολογικούς παράγοντες που συντελούν στην εξάρτηση από το αλκοόλ διακρίνουμε και τους εκλυτικούς παράγοντες (διαστήματα στη ζωή του ατόμου που χαρακτηρίζονται από μεγάλες αλλαγές, τραυματικά γεγονότα) καθώς και αυτούς που συντελούν στη χρονιότητα της χρήσης αλκοόλ (ψυχολογικοί μηχανισμοί άρνησης, κοινωνική και οικογενειακή ανεκτικότητα, νευροβιολογικούς μηχανισμούς εξάρτησης του Κ.Ν.Σ.) (Μουζάς, 2005).

Αφού λοιπόν αναφέραμε περιληπτικά κάποιους από τους παράγοντες που φαίνεται ότι επηρεάζουν την συχνή κατανάλωση και την εξάρτηση από το αλκοόλ, τονίζοντας πάντα τη δυναμική πολυπαραγοντική αιτιότητα του φαινομένου του αλκοολισμού, θα προχωρήσουμε στο επόμενο κεφάλαιο, στο οποίο θα επικεντρωθούμε στα ποικίλα και πολυδιάστατα προβλήματα που προκαλεί συνήθως η εξάρτηση.

---

<sup>11</sup> Μπορεί να προκληθεί από μια μικρή εγκεφαλική βλάβη, διαταραχή προσοχής, μαθησιακές δυσχέρειες, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις κλπ

## Κεφάλαιο 2

### Προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ

Τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ εκτείνονται σε ένα ευρύτατο φάσμα σχετικά με τη βαρύτητα και την ποικιλομορφία τους. Κυμαίνονται από επουσιώδεις περιπλοκές μικρής επιβάρυνσης έως σοβαρότερα προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν βαθύτατα τη ζωή του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Θα μπορούσαμε χοντρικά να κάνουμε λόγο για αρνητικές επιπτώσεις που εκτείνονται από τις πιθανές βλάβες που πιθανολογείται ότι προκαλεί στον ίδιο χρήστη (πχ βλάβες σε ζωτικά όργανα, οικονομικές απώλειες, προβλήματα με τον νόμο) έως εκείνες που επηρεάζουν τον κοινωνικό του περίγυρό του (συναισθηματικός αντίκτυπος που έχει στην οικογένειά του, χαμηλή εργασιακή απόδοση, μακροχρόνιες επιπτώσεις στα παιδιά, πρόκληση ατυχημάτων, πιθανά επεισόδια βίας) (Adams, 1997· Μουζάς, 2005).

Επιπλέον, τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ ποικίλλουν ανάλογα με το είδος της κατανάλωσης (πχ αν πρόκειται για οξεία ή χρόνια κατανάλωση). Η ζωή του ατόμου που πίνει υπερβολικά μεγάλες ποσότητες περιστασιακά θα πληγεί με διαφορετικό τρόπο από εκείνη κάποιου που πίνει την ίδια ποσότητα αλκοόλ διαμοιρασμένη σε διάστημα μιας εβδομάδας, ενός μήνα ή ενός έτους. Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω κατανάλωσης αλκοόλ δεν σημαίνει απαραίτητα ότι αναπτύσσουν εξάρτηση από αυτό. Και οι εξαρτημένοι και οι μη εξαρτημένοι χρήστες, ιδίως αυτοί που εμφανίζουν περιοδικά επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ (binge drinkers) κινδυνεύουν από προβλήματα λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης. Ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται το άτομο κατά τη διάρκεια της τοξίκωσής του (μέθης) είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας στον καθορισμό της φύσης των προβλημάτων που επιφέρει η χρήση και μπορεί να προκαλέσει σημαντικές απώλειες στη ζωή του ατόμου (πχ πρόκληση ατυχήματος κλπ), χωρίς απαραίτητα το συγκεκριμένο άτομο να παρουσιάζει εθισμό (Celder & συν., 2007).

Στην πορεία του κεφαλαίου θα επικεντρωθούμε στα προβλήματα υγείας που προκαλούνται από τη βαριά κατανάλωση αλκοόλ όπως είναι πχ κίρρωση του ήπατος, καρκινογένεση, υψηλή αρτηριακή πίεση, βλάβες στον εγκέφαλο κλπ.<sup>12</sup> Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στα ψυχολογικά προβλήματα που οφείλονται στην κατάχρηση όπως επίσης και σε κάποιες πιθανές κοινωνικές συνέπειες που προκαλούνται από τη χρήση: πχ απώλεια εργασίας, προβλήματα με το νόμο (σύλληψη, φυλάκιση), αύξηση πρόκλησης ατυχημάτων, πιθανές επιθέσεις κατά της ζωής ή της περιουσίας, οικογενειακές συγκρούσεις, διαζύγιο, πιθανές επιπτώσεις στην ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών (Celder & συν., 2007· Καραδήμας, 2005).

---

<sup>12</sup> Πριν προχωρήσουμε, στον Πίνακα 1 (Παράρτημα, σ. 53), μπορούμε να πληροφορηθούμε συνοπτικά, σχετικά με τα πιθανά νοσήματα που μπορεί να πλήξουν ένα χρόνιο χρήστη αλκοόλ.



## **α. Σωματικά προβλήματα**

### *Ηπατική ανεπάρκεια*

Η πλέον γνωστή συνέπεια και η σοβαρότερη σωματική μακροχρόνια επιπλοκή που προκαλεί η κατανάλωση αλκοόλ στην υγεία, είναι η κίρρωση του ήπατος<sup>13</sup> Τα αποτελέσματα επιδημιολογικών μελετών υποδεικνύουν μεγαλύτερες πιθανότητες πρόκλησής της (κατά μέσο όρο 7,5 φορές περισσότερες) στους χρόνιους χρήστες απ' ότι στους μη χρήστες. Η βαρύτητα της βλάβης που προκαλείται, ποικίλλει από άτομο σε άτομο (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2008· Μουζάς, 2005).

Η βλάβη αυτή προκαλεί αύξηση των ηπατικών ένζυμων, όπως η ασπαρτική τρανσιμινάση, η αλανική τρανσιμινάση και η γ-γλουταμινική τρανφεράση που με τη σειρά τους έχουν μεγάλη πρακτική αξία ως διαγνωστικοί δείκτες της εκσεσημασμένης κατανάλωσης αλκοόλ. Η πρώτη εκδήλωση αλκοολικής ηπατοπάθειας είναι η λιπώδης διήθηση του ήπατος. Αν η κατανάλωση συνεχιστεί παρουσιάζεται σοβαρή ίνωση και κίρρωση. (Celder & συν., 2007). Η ηπατική ανεπάρκεια συνεπάγεται με μη αναστρέψιμες μεταβολές τόσο στη λειτουργία όσο και στη δομή του ήπατος και σ' αυτήν οφείλεται το 75% του συνόλου των θανάτων λόγω αλκοολισμού (Julien, 2003).

Η αλκοολική ηπατοπάθεια στις διάφορες μορφές της (λιπώδες ήπαρ, αλκοολική ηπατίτιδα, κίρρωση του ήπατος) είναι μια συχνή νόσος τόσο στις ΗΠΑ, όπου η κίρρωση είναι η έβδομη σε συχνότητα αιτία θανάτου, όσο και στην Ευρώπη. Όλοι οι ασθενείς επιβάλλεται να τροποποιήσουν την συμπεριφορά τους ως προς το αλκοόλ, με οριστική αποχή και ταυτόχρονη μακροχρόνια παρακολούθηση και υποστήριξη. Εκτός όμως από την αποχή από το αλκοόλ, η σωστή διατροφή είναι εξαιρετικά σημαντική στην αντιμετώπιση της ηπατικής ανεπάρκειας που σχετίζεται με την κατανάλωση οινοπνεύματος (Μουζάς, 2005).

### *Πάγκρεας*

Παρόλο που το πάγκρεας, σε αντίθεση με το ήπαρ, δεν συμμετέχει ιδιαίτερα στον μεταβολισμό του αλκοόλ, η βλάβη που μπορεί να υποστεί από αυτό είναι μεγάλη. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις τόσο σε κλινικό όσο και σε εργαστηριακό-πειραματικό επίπεδο ότι η αιθανόλη με άμεσο ή έμμεσο τρόπο προκαλεί στο πάγκρεας εκφυλιστικές βλάβες. Τόσο η οξεία όσο και η χρόνια παγκρεατίτιδα μπορεί να προκληθούν από την κατανάλωση αλκοόλ (Μουζάς, 2005· Julien, 2003). Περίπου 5% των αλκοολικών αναπτύσσουν χρόνια παγκρεατίτιδα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η αιθανόλη προκαλεί βραδεία βλάβη του παγκρέατος, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι η κλινική εικόνα της παγκρεατίτιδας εμφανίζεται σε χρόνιους χρήστες μετά από 10 έως 15 χρόνια κατανάλωσης αλκοόλ (Celder & συν.,

---

<sup>13</sup> Ηπατική κίρρωση ονομάζεται το τελικό στάδιο μιας χρόνιας βλάβης, της αλκοολικής ηπατίτιδας, η οποία είναι συνήθως ασυμπτωματική (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2008).

2007).

Στο δυτικό κόσμο, ο ρόλος του αλκοόλ στην αιτιολογία της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη το αλκοόλ είναι ο αιτιολογικός παράγοντας στο 80% των περιπτώσεων χρόνιας παγκρεατίτιδας. Προσβάλλει κυρίως τους άνδρες οι οποίοι υφίστανται σημαντική θνητότητα και νοσηρότητα. Σε βαριές περιπτώσεις, η οξεία αλκοολική παγκρεατίτιδα μπορεί να καταλήξει ακόμη και στο θάνατο του χρήστη (Μουζάς, 2005).

Η έναρξη λαμβάνει χώρα συνήθως μεταξύ 30 και 40 ετών. Κατά τη διάγνωση της νόσου, υπάρχει ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ τα προηγούμενα 10-12 έτη σε ποσότητες περί τις 8-12 μονάδες (ποτήρια) ημερησίως. Όσο μεγαλύτερη είναι η ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνεται και μακρύτερη η διάρκεια της κατανάλωσης, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να εκδηλωθεί παγκρεατίτιδα. Στην κλινική εικόνα του ασθενούς με χρόνια παγκρεατίτιδα κυριαρχεί πόνος στο επιγάστριο, διάρκειας αρκετών ημερών, με ασυμπτωματικές περιόδους. Κατά την πορεία της νόσου και ενώ προχωρά η ατροφία του παγκρέατος, στην κλινική εικόνα επικρατούν τα σημεία παγκρεατικής ανεπάρκειας: απώλεια βάρους, στεατόρροια, ζαχαρώδης διαβήτης (Celder & συν, 2007· Μουζάς, 2005).

#### *Υποσιτισμός και ανεπάρκεια βιταμινών*

Η αλκοόλη συμπληρώνει θερμίδες και ελαττώνει την όρεξη χωρίς να παρέχει βιταμίνες και αμινοξέα στον ανθρώπινο οργανισμό. Έτσι, ο υποσιτισμός μπορεί να οφείλεται είτε σε ανεπαρκή πρόσληψη τροφής, είτε σε κακή πέψη και δυσσαπορόφηση (δευτερογενής υποσιτισμός). Πέραν της άμεσης τοξικής δράσης του αλκοόλ στους περισσότερους ιστούς του σώματος, τα διατροφικά ελλείμματα φαίνεται να συμβάλλουν σημαντικά στη βλάβη των οργάνων, μέσω της επίδρασής του στη διαδικασία μεταβολισμού των βιταμινών. Για παράδειγμα, πολλοί αλκοολικοί αναπτύσσουν ανεπάρκεια της βιταμίνης B<sub>1</sub>, A, D, B<sub>6</sub>, E με αποτέλεσμα την εμφάνιση ποικίλων βλαβών διαφόρων οργάνων (Celder & συν., 2007· Jaffe, 1995) .

Επιπλέον, ο υποσιτισμός ενισχύει τις χρόνιες αλλοιώσεις των μυών. Οι χρόνιοι χρήστες συχνά παραπονιούνται για άλγος και αδυναμία. Στις χρόνιες καταστάσεις επίσης διαπιστώνεται οίδημα των μυών και μυϊκή ατροφία. Δεν υπάρχει κάποια θεραπεία της οξείας αλκοολικής μυοπάθειας: η μόνη σύσταση είναι η πλήρης αποχή από το αλκοόλ. Αν η αποχή επιτευχθεί, τότε η οξεία μυοπάθεια εξαφανίζεται γρήγορα. (Celder & συν., 2007).

#### *Καρδιά*

Η μυοκαρδιοπάθεια<sup>14</sup> είναι μια από τις πιο γνωστές επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ (Celder &

---

<sup>14</sup> Όταν κάνουμε λόγο για καρδιομυοπάθεια εννοούμε την προοδευτική εξασθένηση του ίδιου του καρδιακού μυός. Όταν ο καρδιακός μυς αδυνατεί πλέον να αντλήσει την αναγκαία ποσότητα αίματος για την ερυθρή λειτουργία

συν., 2007). Ήδη από το 19<sup>ο</sup> αιώνα στη Βαυαρία είχε επινοηθεί ο όρος «καρδία μύρας του Μονάχου», για να χαρακτηρίσει την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια που παρατηρούνταν στις νεκροτομές ατόμων που κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες μύρας. Από το 1960 και μετά, πραγματοποιήθηκαν πολλές μελέτες που καθόρισαν μια νέα νοσολογική οντότητα, την αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια.

Πιο συγκεκριμένα, η κατάχρηση αλκοόλ επί απουσίας άλλων αιτιολογικών παραγόντων μπορεί να οδηγήσει σε καρδιοπάθεια και η εκδήλωσή της παρουσιάζει τα εξής κλινικά σημεία: υπερτροφία αριστερής κοιλίας, μειωμένη βασική καρδιακή παροχή, φλεβική συμφόρηση τόσο στην πνευμονική όσο και στην συστηματική κυκλοφορία (Μουζάς, 2005). Τα κύτταρα του καρδιακού μυός βλάπτονται από τη δράση του αλκοόλ στις αντλίες, στους ιοντικούς διαύλους κ.ο.κ., και η επικείμενη ατροφία τους έχει ως αποτέλεσμα τη διάταση ολόκληρης της καρδιάς. Επιπρόσθετα, η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει μεταξύ άλλων και αρρυθμίες. (Celder & συν., 2007).

Παρόλ' αυτά, τις τελευταίες δεκαετίες συζητείται ευρέως η πιθανή του επίδραση στη στεφανιαία νόσο. Έχει υποστηριχθεί ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ είναι ευεργετική, τουλάχιστον σε μεσήλικες άνδρες (Celder & συν., 2007). Βέβαια, ο τρόπος κατανάλωσης του διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σ' αυτή την ευεργετική δράση, ανοίγοντας έτσι μια συζήτηση στη βιβλιογραφία για το τι θεωρείται *υγιές πρότυπο χρήσης αλκοόλ*. Έχει βρεθεί ότι κατανάλωση τύπου *binge drinking* δεν προστατεύει από τη στεφανιαία νόσο όσο το πρότυπο της καθημερινής, μέτριας χρήσης ενός ποτηριού αλκοόλ (Μουζάς, 2005).

### *Καρκίνος*

Η αιθανόλη δεν θεωρείται από μόνη της καρκινογόνος ουσία, αλλά πιθανότατα, προάγει την ανάπτυξη όγκων. Υπάρχουν στοιχεία στη διεθνή βιβλιογραφία που υποστηρίζουν ότι μέτρια έως υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλης συνδέονται με ορισμένα είδη καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα, το αλκοόλ φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του ανώτερου αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος, δηλαδή τον καρκίνο του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα και του οισοφάγου. (Celder & συν., 2007· Julien, 2003· Jaffe, 1995). Επιπλέον, σχετίζεται και με τον πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος (Celder & συν., 2007). Η κίρρωση εξάλλου θεωρείται προκαρκινωματώδες στάδιο, μιας και σπάνια εμφανίζεται ηπατοκυτταρικός καρκίνος χωρίς να προϋπάρχει κίρρωση. Επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ, χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας και ηπατοκυτταρικού καρκίνου. (Μουζάς, 2005).

Η πιθανή σχέση μεταξύ του αλκοόλ και του καρκίνου του μαστού αποτελεί αντικείμενο

---

του, παρουσιάζεται καρδιακή ανεπάρκεια που επιδεινώνεται συνεχώς. Πέραν της κατανάλωσης αλκοόλ, άλλες αιτίες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της είναι η αθηροσκληρόνωση, η υπέρταση, η υπερτροφική καρδιομυοπάθεια κλπ (Καραδήμας, 2005).

διαφωνιών, μιας και οι υπάρχουσες μελέτες που υποστηρίζουν υψηλή συσχέτιση, δέχθηκαν σημαντική μεθοδολογική κριτική<sup>15</sup> (Celder & συν., 2007· Julien, 2003). Παρόλα αυτά, τρεις πρόσφατες ανεξάρτητες μελέτες με μεγάλο δείγμα ασθενών, υπέδειξαν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Celder & συν., 2007· Jaffe, 1995). Φαίνεται πως ο κυριότερος μηχανισμός μέσω του οποίου το αλκοόλ συμβάλλει στην πρόκληση καρκίνου του μαστού, είναι η σημαντική αύξηση των επιπέδων των ενδογενών οιστρογόνων και ανδρογόνων με πιθανή επιβράδυνση του μεταβολισμού τους (Μουζάς, 2005).

### *Ανοσοποιητικό σύστημα*

Στην κλινική πρακτική είναι γνωστό εδώ και πολλές δεκαετίες ότι άτομα που καταναλώνουν επί μακρόν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ παρουσιάζουν συχνότερα λοιμώξεις. Οι χρόνιοι χρήστες μπορεί να πληγούν από βακτηριακή πνευμονία, φυματίωση και ηπατίτιδα C. Επίσης, εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης λοίμωξης από τον ιό HIV και εξέλιξης του σε πλήρες σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Για την πορεία αυτή δεν ευθύνεται μόνο η μη χρήση προφυλακτικών κατά τη μέθη αλλά και η καταστολή του ανοσολογικού συστήματος που συμβάλλει στην εξέλιξη της λοίμωξης (Μουζάς, 2005).

Στις μέρες μας πλέον γνωρίζουμε ότι το αλκοόλ προκαλεί σημαντικές αλλαγές στην λειτουργία των μηχανισμών άμυνας του οργανισμού. Έχει βρεθεί ότι η αιθανόλη δρα, είτε άμεσα στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος (στην κυτταρική τους μεμβράνη), είτε έμμεσα επιδρώντας στους μηχανισμούς που ελέγχουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και την κυτταρική διαφοροποίηση. Άλλος ένας έμμεσος τρόπος επίδρασης της χρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ στο ανοσοποιητικό σύστημα είναι μέσω της καταστολής των στεροειδών (οιστρογόνα- τεστοστερόνη). Οι ορμόνες αυτές διαδραματίζουν ρυθμιστικό ρόλο στην ανοσολογική λειτουργία και των δύο φύλων. Μέσω της διέγερσης του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-φλοιός επινεφριδίων, το αλκοόλ επιτυγχάνει τη μείωση της ανοσολογικής απόκρισης (Μουζάς, 2005).

### *Εγκέφαλος*

Η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ έχει ως αποτέλεσμα λειτουργικές και δομικές εγκεφαλικές αλλοιώσεις. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται απώλεια λευκής ουσίας, ήπια μείωση όγκου του εγκεφαλικού φλοιού, απώλεια νευρώνων σε πολλές εγκεφαλικές περιοχές<sup>16</sup>, μείωση δενδριτικών αποφύσεων νευρώνων κλπ. Οι παθολογικές καταστάσεις από την χρήση του αλκοόλ στο κεντρικό νευρικό σύστημα διακρίνονται συνήθως σε οξείες και χρόνιες (Celder & συν, 2007· Μουζάς, 2005).

<sup>15</sup> Πιο συγκεκριμένα, οι συγκρινόμενες μελέτες δεν ήταν ομοιογενείς ως προς τον γυναικείο πληθυσμό που μελετήθηκε (Μουζάς, 2005)

<sup>16</sup> Έχει σημειωθεί απώλεια νευρώνων στον άνω μετωπιαίο φλοιό, ενώ στον άνω μετωπιαίο και κινητικό που επιβιώνουν, συρρικνώνονται (Celder & συν. 2007).

Οι χρόνιες βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος, οι οποίες παραμένουν και μετά τη διακοπή κατανάλωσης αλκοόλ είναι η εγκεφαλοπάθεια Wernicke, το σύνδρομο Korsakoff, η παρεγκεφαλιδική και η ηπατοεγκεφαλική εκφύλιση. Πιο σπάνιες διαταραχές που είναι πιθανόν να προκληθούν με την κατάχρηση, είναι το σύνδρομο Marchiafava- Bignami και η κεντρική γεφυρική μυελινόλυση (Celder & συν, 2007).

Στη συνέχεια θα αναφέρουμε συνοπτικά κάποια στοιχεία που αφορούν τις συνηθέστερες διαταραχές που προκαλούνται με την χρόνια κατανάλωση (πρόκειται για την εγκεφαλοπάθεια Wernicke και το σύνδρομο Korsakoff), καθώς και μια άλλη σημαντική διαταραχή που, αν και δεν έχει άμεσες συνέπειες στις νευρολογικές λειτουργίες της χρήστριας, δημιουργεί ωστόσο μη αναστρέψιμες βλάβες στο εμβρύο (πρόκειται για το εμβρυϊκό σύνδρομο από το αλκοόλ).

*i) Εγκεφαλοπάθεια Wernicke:*

Είναι η κλινική εκδήλωση της ανεπάρκειας της θειαμίνης (βιταμίνη B1). Χαρακτηρίζεται από συγχυτική κατάσταση, οφθαλμοκινητικές διαταραχές (νυσταγμός και παράλυση οφθαλμικών μυών) και αταξική βάδιση. Ταυτόχρονα παρουσιάζονται διαταραχές της συνείδησης και σύγχυση (διαταραχή του προσανατολισμού σε χώρο και χρόνο και διαταραχή της προσοχής). Τα κλινικά χαρακτηριστικά της εγκεφαλοπάθειας που αναφέρθηκαν σχετίζονται με την καταστροφή συστημάτων του υποθαλάμου, της παραγκεφαλίδας και του μεσεγκέφαλου. Η βαρύτητα των εκδηλώσεων ποικίλλει και μπορεί να φτάσει μέχρι και σε κώμα (Celder & συν., 2007· Μουζάς, 2005).

*ii) Σύνδρομο Korsakoff:*

Το 80%-90% των αλκοολικών με εγκεφαλοπάθεια Wernicke εκδηλώνουν το αμνησιακό σύνδρομο Korsakoff. Το χρόνιο αυτό νευρολογικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από μόνιμες βλάβες στις λειτουργίες της πρόσφατης και της αναδρομικής μνήμης, απάθεια και διαταραχές της μάθησης. Ασθενείς με ψύχωση Korsakoff ξεχνούν και απογοητεύονται πολύ εύκολα, παρουσιάζουν δυσκολίες στη βάδιση, το συντονισμό των κινήσεων και την επιτέλεση σύνθετων πράξεων. Κυριαρχεί η διανοητική σύγχυση. Ο ασθενής είναι απαθής, δεν συμμετέχει σε απλές σωματικές και πνευματικές δραστηριότητες, η προσοχή και η συγκέντρωσή του είναι έκδηλα διαταραγμένες. Συνήθως το άτομο καλύπτει τα κενά μνήμης με μυθοπλασία (Celder & συν., 2007· Julien, 2003· Μουζάς, 2005).

*iii) Εμβρυϊκό σύνδρομο από το αλκοόλ:*

Το σύνδρομο αυτό περιγράφει ένα πρότυπο σωματικής δυσμορφίας και νοητικής υστέρησης που παρουσιάζεται σε νεογέννητα αλκοολικών μητέρων. Χαρακτηρίζεται από καθυστέρηση της ανάπτυξης που αφορά στο ύψος, το βάρος την περίμετρο της κεφαλής. Επιπλέον οδηγεί σε ανεπαρκή διανοητική και κοινωνική λειτουργικότητα και δομικές ανωμαλίες προσώπου (πχ ασυνήθιστα μεγάλη απόσταση μεταξύ των ματιών). Ως σύνδρομο πλήττει επίσης την καρδιά και τα

άκρα, καθώς και τον εγκέφαλο<sup>17</sup> (Kolb & Whishaw, 2009· Celder & συν., 2007).

Στο πρώτο υποκεφάλαιο επικεντρωθήκαμε στα σωματικά προβλήματα που προκαλούνται από την χρόνια κατανάλωση αλκοόλ. Μιλώντας για διαταραχές και σύνδρομα που πλήττουν ζωτικά όργανα του ανθρώπινου οργανισμού (καρδιά, ήπαρ, εγκέφαλος κλπ), πήραμε μια ιδέα του εύρους και της σοβαρότητας των προβλημάτων που παρουσιάζονται στο σώμα του χρήστη<sup>18</sup>. Στα επόμενα δύο υποκεφάλαια θα επιχειρήσουμε μια συνοπτική αναφορά των ψυχολογικών και των κοινωνικών προβλημάτων που συνοδεύουν την εξάρτηση.

## **β. Ψυχολογικά προβλήματα**

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται εδώ και δεκαετίες η συνύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων και ψυχιατρικών διαταραχών με εξάρτηση από το αλκοόλ. Ο Μέλλος (2009, σ. 72) αναφέρει ότι τα 2/3 ατόμων που κάνουν κατάχρηση, πληρούν τα κριτήρια κάποιας άλλης μείζονος ψυχιατρικής διαταραχής κάποια στιγμή στη ζωή τους. Οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή μπορεί να συνδυάζεται με εξάρτηση από ή κατάχρηση αλκοόλ. Μερικοί συνδυασμοί είναι συχνότεροι όπως: εξάρτηση από ή κατάχρηση άλλης ουσίας (πολυτοξικομανία), διαταραχές συναισθήματος, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, νοητική καθυστέρηση<sup>19</sup> (Μουζιάς, 2005).

Η τοξικοεξάρτηση θεωρείται εξάρτηση από το αλκοόλ που συνοδεύεται και από ταυτόχρονη εξάρτηση από παρόμοιες ουσίες ή ψυχοτρόπα φάρμακα. Η κατάσταση αυτή δεν είναι σπάνια. Ειδικά σε πληθυσμούς που αφορούν νέους αλκοολικούς, οι μισοί περίπου από αυτούς έχουν μικτά προβλήματα που οφείλονται στην κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών. Αντίστροφα, οι μισοί περίπου που παρουσιάζουν εξαρτήσεις από άλλες ουσίες, σαν σύνολο, καταναλώνουν οινόπνευμα παράλληλα. Τέλος, η ταυτόχρονη χρήση και άλλων ουσιών της ίδιας κατηγορίας είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται όλο και πιο συχνά (Μουζιάς, 2005).

Οι εξαρτημένοι από το αλκοόλ χρήστες συχνά εμφανίζουν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης (Μουζιάς, 2005). Πιο συγκεκριμένα, σε διάφορες μελέτες αναφέρεται ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (περίπου 80%) παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ το 1/3 από αυτούς έχει λάβει διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Από το μεγαλύτερο μέρος της σχετικής βιβλιογραφίας συμπεραίνουμε ότι τα 2/3 της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των εξαρτημένων είναι δευτερογενής (δηλαδή επάγεται από το αλκοόλ) (Μέλλος, 2009). Η σχέση

<sup>17</sup> Πχ μικρός εγκέφαλος, μη φυσιολογικές έλικες, μη ομαλή διάταξη κυττάρων στο φλοιό κλπ Τέτοιου τύπου εγκεφαλικές ανωμαλίες έχουν ως αποτέλεσμα τα συμπεριφορικά συμπτώματα που παρουσιάζουν τα παιδιά αυτά (μαθησιακές δυσκολίες, χαμηλές επιδόσεις στις δοκιμασίες νοημοσύνης, υπερκινητικότητα κλπ). (Kolb & Whishaw, 2009).

<sup>18</sup> Στον Πίνακα 2 (Παράρτημα, σ. 53), μπορούμε να δούμε τη διαχρονική πορεία της θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις που σχετίζονται με το αλκοόλ στην Ελλάδα.

<sup>19</sup> Οι καταστάσεις αυτές αναφέρονται γενικά ως *συννοσορότητα* ή ως *διπλή διάγνωση*. Σε περίπτωση συννοσορότητας, αν η εκδήλωση της ψυχικής διαταραχής έπεται χρονικά μετά από μια μεγάλη περίοδο εξάρτησης από το αλκοόλ τότε ονομάζεται δευτερογενής, ενώ η εξάρτηση θεωρείται πρωτογενής διαταραχή (Μουζιάς, 2005).

μεταξύ της κατάθλιψης και της κατανάλωσης αλκοόλ έχει επισημανθεί και στην ελληνική βιβλιογραφία, σε μελέτες που αφορούν κυρίως νεαρούς ενήλικες και εφήβους (Μέλλον, 2001). Επιπλέον, πρώην αλκοολικοί που έχουν αποτοξινωθεί πρόσφατα, παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και διαταραχές σκέψης και μνήμης (Jaffe, 1995). Αξίζει να σημειωθεί ότι περισσότερο του 20% των αλκοολικών επιχειρούν να αυτοκτονήσουν μια ή και περισσότερες φορές και το 15% αυτών των αποπειρών είναι επιτυχές (Celder & συν., 2007).

Η διάγνωση για αγχώδεις διαταραχές που προκαλούνται από το αλκοόλ πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν τα αγχώδη συμπτώματα σχετίζονται με την άμεση φυσιολογική δράση του αλκοόλ (Celder & συν., 2007). Πιο συγκεκριμένα, οι αλκοολικοί είναι πιθανότερο να αναπτύξουν διαταραχές πανικού, ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές και φοβίες συγκριτικά πάντα με τον γενικό πληθυσμό (Μέλλος, 2009). Απ' την άλλη, κάποιος που πάσχει από διαταραχή άγχους μπορεί να κάνει χρήση αλκοόλ για να αντιμετωπίσει την ψυχική οδύνη που προκαλείται απ' τα συμπτώματα της διαταραχής. Το οινόπνευμα διαθέτει ταχύτατη έναρξη δράσης, προκαλεί μια σχετικά προβλέψιμη τροποποίηση στα συναισθήματα και έχει ηρεμιστική δράση, προσφέροντας συνήθως μια θετική και ευχάριστη εμπειρία. Επίσης, είναι προσβάσιμο, φθινό και κοινωνικά αποδεκτό οπότε πολλά άτομα με αγχώδη διαταραχή το χρησιμοποιούν ως ένα μέσο-φάρμακο για να αντιμετωπίσουν το ψυχικό τους πρόβλημα (Μουζιάς, 2005).

Οι πιο συχνές διαταραχές της προσωπικότητας σε άτομα που παρουσιάζουν κατάχρηση αλκοόλ είναι οι διαταραχές αντικοινωνικής και οριακής προσωπικότητας. Επιπλέον, η φαρμακολογική δράση του αλκοόλ στο Κ.Ν.Σ. έχει και δράσεις που μεταβάλλουν τη λειτουργία της προσωπικότητας: ενισχύουν την παρορμητικότητα, την ανυπομονησία και αίρουν τις αναστολές. Ακόμη, εμφανίζεται μειωμένη αντοχή στην απογοήτευση, παθητικότητα, έλλειψη ενσυναίσθησης, αλεξιθυμία, υπερεκτίμηση ή υποτίμηση του εαυτού, διπολικές σκέψεις τύπου «άσπρο-μαύρο» και υπερβολική αντίδραση στα εξωτερικά ερεθίσματα (Μουζιάς, 2005).

Η σύνθετη σχέση της εξάρτησης από το οινόπνευμα και της συνόδου ψυχοπαθολογίας έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών εδώ και χρόνια. Παρολ' αυτά δεν μπορούμε να πούμε ότι έχει διερευνηθεί επαρκώς, καθώς πολλά ζητήματα έχουν παραμείνει αμφιλεγόμενα. Αυτό που τονίζεται πάντως από τον Μέλλον (2009) είναι ότι η συστηματική και μακρόχρονη παρακολούθηση της ψυχοπαθολογίας, ειδικά σε περιόδους αποχής καθίσταται αναγκαία, προκειμένου να σχηματιστεί μια πιο ξεκάθαρη διάγνωση που θα βοηθήσει σε αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η θεραπευτική παρέμβαση που ακολουθείται συνήθως σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι εξειδικευμένα προγράμματα διπλής διάγνωσης, με συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Σ' αυτό το υποκεφάλαιο κάναμε λόγο για τα ψυχολογικά προβλήματα που πιθανά συνυπάρχουν, προϋπάρχουν ή και έπονται της χρόνιας χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ. Στη

συνέχεια θα επικεντρωθούμε στα κοινωνικά προβλήματα που επιφέρει η χρήση του.

### **γ. Κοινωνικά προβλήματα.**

Τα κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν τη βαριά και χρόνια κατανάλωση αλκοόλ είναι πολυάριθμα και πολυεπίπεδα. Κάποια από αυτά έχουν άμεσες συνέπειες στη ζωή και την ευημερία του ατόμου και των γύρω του, κάποια άλλα ασκούν μακροχρόνιες επιπτώσεις σ' αυτόν και άτομα με τα οποία συνάπτει διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ ως κοινωνικό φαινόμενο έχει σοβαρές διαστάσεις για τη δημόσια υγεία (Τερζίδου, 2006· Φωτιάδου & Ηλιοπούλου, 2003).

Οι άμεσες δυσάρεστες συνέπειες που σχετίζονται με την κατανάλωση είναι η πρόκληση και ο τραυματισμός σε τροχαία ατυχήματα, η πρόκληση και ο τραυματισμός σε καυγάδες, οικογενειακή βία, εγκλήματα, ανθρωποκτονίες και αυτοκτονίες (Celder & συν., 2007· Φωτιάδου & Ηλιοπούλου, 2003). Πιο συγκεκριμένα, συμβάλλει στο 10% των θανάτων από τροχαία στην Ελλάδα, ενώ αιφνίδιοι θάνατοι προκαλούνται και από πτώσεις, εσκεμμένους τραυματισμούς ή τυχαίες δηλητηριάσεις που οφείλονται στην κατανάλωση αλκοόλ (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2008). Στον Πίνακα 3 (Παράρτημα, σ. 54), μπορούμε να δούμε ποσοστά των παραπάνω στοιχείων που ισχύουν για την Ελλάδα.

Επιπρόσθετα, η εξάρτηση επιδρά αρνητικά τόσο στην κοινωνική, όσο και στην οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα, οι οικονομικές διαστάσεις σχετίζονται με τις επιπτώσεις που έχει η εξάρτηση στην επαγγελματική δραστηριότητα και στην παραγωγικότητα και τα πιθανά έξοδα που συνήθως προκύπτουν είτε λόγω νομικών ζητημάτων που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας χρήστης, είτε λόγω των ιατρικών εξόδων που είναι απαραίτητα προκειμένου να αντιμετωπίσει τα, ποικίλα, συνεπαγόμενα από τη χρήση, προβλήματα υγείας (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2008).

Σε ότι αφορά την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, έχει παρατηρηθεί ότι η χρόνια κατάχρηση μεταβάλλει τα μοτίβα αλληλεπίδρασης του χρήστη με τον εαυτό του και τους άλλους (Πομίνι, 2007). Έχει παρατηρηθεί ότι οι σύντροφοι των αλκοολικών εμφανίζουν ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα που έχουν άμεση σχέση με τη διαρκή κατάσταση άγχους που βιώνουν λόγω του/της συντρόφου τους. Επίσης, συνήθως εμφανίζονται βίαιες συμπεριφορές εκ μέρους του εξαρτημένου ατόμου προς τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (Ο' Farrell et al., 2004).

Τα παιδιά που μεγαλώνουν με έναν γονιό εξαρτημένο από το αλκοόλ συνήθως υπόκεινται σε συναισθηματική παραμέληση ή/ και κακοποίηση που επιδρά στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. (Adams, 1997). Εκτίθενται συχνότερα σε τραυματικά συμβάντα<sup>20</sup> και, λόγω αυτών, πιθανά να εμφανίσουν μαθησιακές δυσκολίες, υπερκινητικότητα, ελλειμματική προσοχή, αντικοινωνική συμπεριφορά, εξάρτηση από αλκοόλ και άλλες ουσίες, συχνότερη καταθλιπτική

---

<sup>20</sup> Πιο συγκεκριμένα: ενδο-οικογενειακή βία, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, οικονομική ανασφάλεια, μειωμένη ποιότητα ζωής, συγκρουσιακή επικοινωνία μεταξύ του ζεύγους και των μελών της οικογένειας, φτωχότερη συναισθηματική σχέση γονέα- παιδιού, ανασφαλής προσκόλληση κλπ (Πομίνι, 2009).



διάθεση και αγχώδεις διαταραχές (Preuss et al., 2002).

Κάποιες άλλες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν είναι τα αντιφατικά συναισθήματα που μπορεί να τρέφουν για τον εξαρτημένο γονιό, η έλλειψη σταθερής γονικής φροντίδας, η απρόβλεπτη συμπεριφορά του γονιού απέναντί τους, η ανάληψη ενεργού ρόλου στην οικογένεια και η ανάπτυξη συμπεριφορών προστασίας και ελέγχου που δεν αρμόζουν στην ηλικία τους, καθώς η εκμάθηση δυσλειτουργικών συμπεριφορικών προτύπων (Πομίνι, 2009).

Η μελέτη των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ παραμένει πενιχρή συγκριτικά με την υπάρχουσα έρευνα που αφορά την εξάρτηση από το αλκοόλ. Οι λόγοι γι' αυτό είναι αρκετοί· σ' αυτούς συγκαταλέγεται και η εγγενής, μεθοδολογική δυσκολία της ποσοτικοποίησης και της μέτρησης τους. Πάντως, το σύνολο αυτών των επιπλοκών είναι ένα ευρύ πεδίο με σημαντικές επιδράσεις στο γενικό πληθυσμό, τη δημόσια υγεία, την κοινωνική ευημερία κ.ο.κ και δεν αφορά μόνο τους εξαρτημένους και τις οικογένειές τους (Celder & συν., 2007). Σ' αυτό το κεφάλαιο κάναμε μια προσπάθεια να ανασύρουμε και να συστηματοποιήσουμε τα σημαντικότερα στοιχεία που εντοπίσαμε στη βιβλιογραφία, η οποία αφορά αυτές τις επιπλοκές. Στη συνέχεια αυτής της διπλωματικής, θα επικεντρωθούμε σε μια σχετικά νέα, για τα δεδομένα της Ελλάδας τουλάχιστον, και αρκετά ελπιδοφόρα μέθοδο αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων· τη μέθοδο Hudolin.

### Κεφάλαιο 3

Η μέθοδος Hudolin -ονομασία που αποδίδεται στον κροάτη ψυχίατρο και εισηγητή της, Vladimir Hudolin- είναι μια κοινωνική- οικολογική προσέγγιση με συστημικές βάσεις, η οποία εφαρμόζεται στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Όπως θα δούμε παρακάτω, ως μέθοδος εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1964 στο Ζάγκρεμπ, μέσω της λειτουργίας του πρώτου Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ<sup>21</sup>. Εξαπλώθηκε με ταχείς ρυθμούς στην πρώην Γιουγκοσλαβία και την Ιταλία και στις μέρες μας, προσεγγιστικά, έχουν ιδρυθεί Κλαμπ σε πάνω από 34 χώρες (Giuffredi, 2007). Στο τρίτο κεφάλαιο, θα επιχειρήσουμε την παρουσίαση κάποιων στοιχείων από τη βιογραφία του Vladimir Hudolin, μια συνοπτική ανασκόπηση της μεθόδου καθώς και ορισμένες βασικές αναφορές στο θεωρητικό της υπόβαθρο, πριν προχωρήσουμε, στο κεφάλαιο 4 στην περιγραφή του βασικού εργαλείου της μεθόδου: τα Κ.Ο.Π.Α.

#### **α. Βιογραφικά στοιχεία ιδρυτή- Ιστορική ανασκόπηση μεθόδου.**

Ο Vladimir Hudolin (1922- 1996) ήταν ψυχίατρος, κροατικής καταγωγής. Η δουλειά του, ιδιαίτερα από τη δεκαετία του 1950 μέχρι τον θάνατό του, επικεντρώθηκε στη μελέτη των προβλημάτων που προκύπτουν λόγω χρήσης και κατάχρησης του αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών. Καρπός της μακροχρόνιας αυτής εργασίας είναι η εισήγηση της κοινωνικό- οικολογικής προσέγγισης για το αλκοόλ και άλλες εξαρτήσεις. Αυτή η προσέγγιση χαρακτηρίζεται από μια πολυεπίπεδη κατανόηση της ανθρώπινης υπόστασης, των οικογενειακών σχέσεων και των κοινωνικών παραγόντων και τονίζει ότι, απ' τη μια, αυτά τα στοιχεία μπορεί να αποτελούν το υπόβαθρο της κατάχρησης αλλά απ' την άλλη πιθανά να προσφέρουν και τη λύση. Το επίπεδο ανάλυσης οπότε μετατοπίζεται από τον προβληματικό ασθενή, στις οικογενειακές και κοινοτικές σχέσεις, γι' αυτό και βασικός πυρήνας της προσέγγισης θεωρείται η οικογένεια και η κοινότητα. Αυτές εκλαμβάνονται ως οι απαραίτητες βάσεις για την προστασία και την προαγωγή της υγείας (Giuffredi, 2007).

Ο Hudolin επηρεάστηκε καταλυτικά από τον Joshua Bierer και τον Maxwell Jones, ειδικά την περίοδο (αρχές της δεκαετίας του '50) που εργάστηκε μαζί με τον πρώτο σε μικρές θεραπευτικές ομάδες στην Αγγλία και στην Σουηδία, δουλεύοντας παράλληλα και σε μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου εφάρμοσε επίσης τις βασικές αρχές της Θεραπευτικής Κοινότητας, μιας προσέγγισης με κύριο εισηγητή τον Maxwell Jones. Επιπρόσθετα, στις Ηνωμένες Πολιτείες ήρθε σε επαφή με τους Ανώνυμους Αλκοολικούς και ιδιαίτερα με τον Bob S (Palmesino, 2003· Κατσιβαρδά 2010). Όταν επέστρεψε στην Κροατία, διορίστηκε και διατέλεσε διευθυντής, για μια περίοδο περίπου τριάντα χρόνων, της Ψυχιατρικής

---

<sup>21</sup> Εφεξής Κ.Ο.Π.Α.

και Νευρολογικής Κλινικής, Αλκοολογίας και άλλων εξαρτήσεων η οποία έδραζε στο πανεπιστήμιο του Ζάγκρεμπ.<sup>22</sup> Κατά τη διάρκεια της δουλειάς του εκεί, άρχισε να παρατηρεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ειδικά των επειγόντων εισαγωγών αφορούσε ασθενείς που ήταν εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Αυτό που παρατηρούνταν στις περιπτώσεις των εξαρτήσεων από το αλκοόλ ήταν το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας: οι εξαρτημένοι υφίσταντο πολλαπλές εισαγωγές εντός σύντομων χρονικών περιόδων, χωρίς να διαφαίνονται, στις περισσότερες περιπτώσεις, πιθανότητες μακροχρόνιας ανάρρωσης (Palmesino, 2003· Hudolin, 1965).

Έτσι, στην προσπάθεια του να αναπληρώσει την έλλειψη υπηρεσιών για τους εξαρτημένους που παρατηρούνταν στην Κροατία, επινόησε τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Κ.Ο.Π.Α.), τα οποία αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεωρίας του. Σκέφτηκε σταδιακά να απομακρύνει τους χρήστες από το ψυχιατρικό τμήμα και άρχισε να δουλεύει μαζί τους σε ξεχωριστές θεραπευτικές κοινότητες ή σε μικρότερες ομάδες, υπό την παρουσία των οικογενειών και του θεραπευτή, έξω από τις νοσοκομειακές δομές. Το πρώτο κλαμπ λειτούργησε την 1η Απριλίου του 1964. Ο Hudolin επέκτεινε τις δράσεις των Κλαμπ στην Κροατία, σε άλλες δημοκρατίες της πρώην Γιουγκοσλαβίας και, αργότερα, στην Ιταλία. Έως τον θάνατό του συνέχισε να συμμετέχει σε συνέδρια, υποστηρίζοντας τη διεύρυνση της μεθόδου και την εξέλιξη της θεωρητικής της βάσης και συμμετείχε ενεργά σε συζητήσεις που αφορούσαν την αναθεώρηση της προσέγγισης και τη λειτουργία των Κ.Ο.Π.Α. (Adams, 1997).

Τα Κ.Ο.Π.Α. ως θεσμός συνδέονται με την ριζοσπαστικό κίνημα που αναπτύχθηκε στους κόλπους της ψυχιατρικής το 1950 και αφορούσε τις “πολιτικές ανοιχτής πόρτας” (open door policy): άνοιγμα των ψυχιατρικών ασύλων, απαλλαγή από πολλά καταναγκαστικά μέτρα που εφαρμόζονταν στους ασθενείς και εισήγηση των θεραπευτικών κοινοτήτων. Όλα αυτά συνδυάζονταν με ανακαλύψεις στον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας που υπόσχονταν νέους τύπους φαρμακευτικής αγωγής, απαλλαγμένους από τις παρενέργειες των παλιών φαρμάκων. Ο Hudolin, επιστρέφοντας στο Ζάγκρεμπ μετά την παραμονή του στην Αγγλία και στο Λονδίνο, επιχείρησε να εφαρμόσει αυτή την πολιτική στο ψυχιατρικό τμήμα που διεύθυνε. Οι ιδέες του ήταν πρωτόγνωρες και καινοτόμες για την εποχή· αρκετά ψυχιατρικά άσυλα στην Κροατία τις ακολούθησαν, με χαρακτηριστική όμως καθυστέρηση (Palmesino, 2003).

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

---

<sup>22</sup> Υπήρξε επίσης σύμβουλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Giovanni Pitacco και τις επισκέψεις του πρώτου στην Τεργέστη. Το πρώτο σεμινάριο εκπαίδευσης στην Ιταλία πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο της επαρχίας Ούντινε το 1979 και το πρώτο κλαμπ λειτούργησε στην Τριέστη, στο σπίτι του Pitacco και της γυναίκας του (Allamani, 2012· Palmesino, 2003· Adams, 1997). Ο Adams (1997) και ο Allamani (2012) αναφέρουν ότι μέχρι το 1997 τα κλαμπ στην Ιταλία ήταν πάνω από δύομισι χιλιάδες, με πάνω από 20.000 ενεργά μέλη, από τα οποία το 50% περίπου ήταν γυναίκες που τις είχαν παραπέμψει είτε νοσοκομεία και κοινωνικές υπηρεσίες, είτε άλλες οικογένειες που αντιμετώπιζαν προβλήματα με το αλκοόλ.

Ας δούμε όμως το ευρύτερο κοινωνικοιστορικό πλαίσιο εντός του οποίου γεννήθηκε και διαμορφώθηκε η μέθοδος Hudolin. Κατά τη διάρκεια της κομμουνιστικής κυριαρχίας στην Γιουγκοσλαβία (1945- 1991), παρατηρήθηκε μια παροιμιώδης αύξηση στα ποσοστά αλκοολισμού της χώρας. Η αύξηση αυτή, υποκίνησε τη διεξαγωγή ψυχιατρικών ερευνών που επικεντρώνονταν στην αιτιολογία του αλκοολισμού. Ένα σεβαστό μέρος αυτών των μελετών εστίασε στο ρόλο της οικογένειας, του εργασιακού περιβάλλοντος, της κοινωνικής τάξης και των κοινωνικών αλλαγών, ως γενεσιουργών παραγόντων της χρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ. Τελικά, οι ερευνητές συμπεράναν ότι ο αλκοολισμός δεν αφορούσε μόνο το άτομο, αλλά ότι επρόκειτο για μια *κοινωνική ασθένεια*, που οι αιτίες και οι συνέπειές της εκτεινόταν πολύ πιο πέρα από τον εξαρτημένο και τη ζωή του (Savelli, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, στα τότε έντυπα μέσα ενημέρωσης, γινόταν λόγος για *επιδημία αλκοολισμού*, που απειλούσε τον πληθυσμό και την εύρυθμη λειτουργία του κράτους. Η απειλή αυτή φαινόταν αρκετά ρεαλιστική μιας και, ήδη από τις αρχές του 60, ο Hudolin (1969) μιλούσε για ένα ανησυχητικά μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού που νοσηλευόταν στα ψυχιατρεία. Επιπρόσθετα, θεωρούσε ότι αυτά τα ποσοστά δεν αναδείκνυαν τη σοβαρότητα του φαινομένου<sup>23</sup>. Προς υπεράσπιση των λεγομένων του, την δεκαετία του '70 παρατηρήθηκε αύξηση των ποσοστών, που κατα πάσα πιθανότητα οφειλόταν στην αυξημένη ευαισθητοποίηση κοινού και ειδικών. Η ψυχιατρική κοινότητα εκείνη την εποχή άρχισε να αναγνωρίζει και να χρησιμοποιεί στην κλινική της πρακτική τη διαγνωστική κατηγορία του αλκοολισμού, κατατάσσοντας τον ως ασθένεια με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, που είθισται να εντοπίζεται και να θεραπεύεται. Παρά το γεγονός ότι έως τα μέσα της δεκαετίας του '80 ο αλκοολισμός κατατασσόταν στην έβδομη θέση των ασθενειών που αντιμετωπίζονταν θεραπευτικά, τα ποσοστά συνέχισαν να αυξάνονται μέχρι την κατάρρευση της Γιουγκοσλαβίας (Savelli, 2011).

Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο του κοινωνικοπολιτισμικού πλαισίου της εποχής που κατά τη γνώμη μας καθόρισε καταλυτικά την ανάπτυξη και τη θεωρία της οικολογικής κοινωνικής

---

<sup>23</sup> Ο Hudolin (1969, 1965) θεωρούσε ότι πολλοί αλκοολικοί κρύβονταν πίσω από επίσημες διαγνώσεις σωματικών προβλημάτων, πχ κύρρωση ήπατος. Επίσης πίστευε πως οι αλκοολικοί συνήθως υποβάλλονταν σε θεραπεία σε πιο προχωρημένα στάδια της εξάρτησης και ότι στα περισσότερα άτομα τότε, επέλεξαν να κάνουν εισαγωγές ψυχωτικών ασθενών.

προσέγγισης, είναι ο τρόπος με τον οποίο ενσωματώθηκαν οι ιδέες της κοινωνικής Ψυχιατρικής στην κουλτούρα μιας κομμουνιστικής χώρας (όπως ήταν εκείνη την περίοδο η Γιουγκοσλαβία), καθώς και η λογική με την οποία οργανώνονταν οι κοινωνικές υπηρεσίες, βάσει αυτής της κουλτούρας. Οι σοσιαλιστικές κοινωνικές υπηρεσίες, βασιζόνταν στην αρχή της πρόληψης και της κοινωνικής υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα, ο αλκοολισμός θεωρούνταν μια “ασθένεια” που υποδαύλιζε το κοινωνικό σύνολο και που ο σοσιαλισμός θα αντιμετώπιζε με διαφορετικό τρόπο από ότι ο καπιταλισμός. Παράλληλα, οι ειδικοί ψυχικής υγείας πρότειναν μια κοινωνική ψυχιατρική με τα εξής χαρακτηριστικά: α) έμφαση στην προστασία του έθνους ως ολότητας β) η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άτομο και την κοινότητα προτεινόταν ως θεμελιακή αιτία για τη γένεση της ψυχικής ασθένειας γ) υπεράσπιση μιας πιο ανθρωπιστικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση των προβλημάτων συγκριτικά με εκείνη του βιοιατρικού και ασυλιακού μοντέλου. Επιπλέον, λόγω των προαναφερόμενων αυξημένων αντανακλαστικών σχετικά με τα προβλήματα που σχετίζονται από το αλκοόλ, η αλκοολογία αντιπροσώπευε τον πιο ανεπτυγμένο υποκλάδο της κοινωνικής ψυχιατρικής στη Γιουγκοσλαβία και οι εμπειρίες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας θεωρούνταν ότι θα χρησιμοποιηθούν ως βάση για τη θεραπεία και άλλων ομάδων ασθενών (Savelli, 2011).

Αφού επιχειρήσαμε να σκιαγραφήσουμε ένα βιογραφικό σημείωμα του Vladimir Hudolin και να αναδείξουμε κάποια βασικά χαρακτηριστικά του κοινωνικοιστορικού πλαισίου εντός του οποίου γεννήθηκε και διαμορφώθηκε η μέθοδός του, στο επόμενο υποκεφάλαιο θα προχωρήσουμε στην ανάδειξη κάποιων βασικών χαρακτηριστικών των θεωρητικών καταβολών της προσέγγισης.

### **β. Θεωρητικό υπόβαθρο**

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

Προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι προαναφερόμενες αρχές, θα επικεντρωθούμε στη συνέχεια στις θεωρίες που βρίσκονται πίσω από αυτές. Οι θεωρητικές καταβολές εντοπίζονται στην συστημική θεωρία, την οικολογική προσέγγιση, τις ιδέες της κοινωνικής ψυχιατρικής καθώς και στη θεωρία της θεραπευτικής κοινότητας του Maxwell Jones (Savelli, 2011· Giuffredi et al., 2003·

Adams, 1997). Ας δούμε λοιπόν κάποια βασικά στοιχεία των παραπάνω θεωριών, πριν επιχειρήσουμε να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο τις εφάρμοσε ο Hudolin στα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ.

### **i) Συστημική θεωρία**

Πρόκειται για μια σειρά θεωρητικών προσεγγίσεων που καλλιεργήθηκε στους κόλπους της οικογενειακής θεραπείας και δανείζεται πολλά στοιχεία από τη Γενική Θεωρία των Συστημάτων του Γερμανού βιολόγου Ludwig von Bertalanffy. Αυτή η θεωρία αποσκοπεί σε μια πιο ολιστική κατανόηση των φαινομένων και, σύμφωνα με αυτή, τα συστήματα οργανώνονται με σπειροειδή τρόπο. Πιο συγκεκριμένα, κάθε σύστημα αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου συστήματος και αυτά τα δυο βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση. Το άτομο παραδείγματος χάριν, ανήκει στο υπερσύστημα της κοινότητας, η κοινότητα με τη σειρά της περιλαμβάνεται στην κοινωνία και η τελευταία υπάγεται στο υπερσύστημα της ανθρωπότητας (Παπαδιώτη- Αθανασίου, Σόφτα- Nall, 2006).

Η μεταφορά της Γενικής Θεωρίας των Συστημάτων στη δομή και τη λειτουργία των οικογενειακών σχέσεων οδήγησε στην κατανόηση της οικογένειας ως συστήματος. Αυτή η αντίληψη έχει ως βασική αρχή ότι κανείς δεν μπορεί να καταλάβει ένα μέλος της οικογένειας εάν πρώτα δεν παρατηρήσει πως λειτουργούν όλα μαζί τα μέλη της (Παπαδιώτη- Αθανασίου, Σόφτα- Nall, 2006). Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυτή η προσέγγιση, σε γενικές γραμμές, χαρακτηρίζεται από τη θεώρηση του ατόμου ως μέρους ενός συστήματος σχέσεων εντός του οποίου λαμβάνει μέρος ως ενεργός συμμετέχοντας και όχι ως μεμονωμένο άτομο που φέρει συγκεκριμένα, μόνιμα χαρακτηριστικά, όπως πχ συγκεκριμένα στοιχεία ψυχοπαθολογίας ή εθισμού στο αλκοόλ. Με αυτό τον τρόπο, το σημείο αναφοράς απομακρύνεται από την προσωπικότητα, τους νοητικούς και βιολογικούς παράγοντες και εντοπίζεται στο κοινωνικό πλαίσιο, τις οικογενειακές σχέσεις, την κοινότητα και τις πολιτισμικές σημασιοδοτήσεις (Adams, 1997).

### **ii) Οικολογική προσέγγιση**

Στην οικολογική κοινωνική θεωρία αποδίδεται έμφαση στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Το άτομο, η ζωή του και τα προβλήματά του γίνονται κατανοητά μέσα στο πλαίσιο των οικείων και των οικογενειακών του σχέσεων, των σχέσεων που αναπτύσσει με την κοινότητα και με τις πιο διευρυμένες κοινωνικές, πολιτικές και πολιτιστικές πρακτικές εντός στις οποίες ζει. Έτσι, βάσει της οικολογικής προσέγγισης, τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ εκλαμβάνονται ως παρεπόμενο μιας διαταραχής των οικολογικών κοινωνικών συστημάτων. Ο Hudolin τόνιζε ότι τα προβλήματα αυτά συνδέονται άμεσα με την κουλτούρα του ποτού που καλλιεργείται στα εκάστοτε κοινωνικά πλαίσια. Επιπλέον θεωρούσε ότι η πρόληψη ή η απαλλαγή από αυτά είθισται να

συμβαδίζει με θεσμικές αλλά και πολιτισμικές αλλαγές που θα αφορούν στην κατανάλωση του αλκοόλ (Adams, 1997· Κατσιβαρδά, 2010).

Άλλη μια παρατήρηση σχετικά με την οικολογική προσέγγιση είναι ότι έχει θεμελιωθεί και αυτή συστημικά: Καθορίζει τα θέματα που την ενδιαφέρουν με όρους δομών και διαδικασιών και κατευθύνει την έρευνα και την κατανόηση των προβλημάτων στην κοινότητα προς την δυναμική αλληλεπίδραση των ατόμων με το περιβάλλον τους, διαμέσου του χρόνου και του χώρου. Τα κοινωνικά- οικολογικά μοντέλα χρησιμοποιούν “συστημικές μεθοδολογίες” (Lounsbury & Michell, 2009). Πιο συγκεκριμένα, στη θεωρία του Hudolin για το αλκοόλ πραγματοποιείται ένας πολύ δημιουργικός συγκερασμός και των δύο προσεγγίσεων, καθώς η εξάρτηση από το αλκοόλ αποτελεί έκφραση του συστήματος εντός του οποίου εκδηλώνεται (δηλαδή του οικογενειακού συστήματος αλλά και του συστήματος της κοινωνίας) (Adams, 1997).

### **iii) Κοινωνική Ψυχιατρική**

Πρόκειται για έναν κλάδο της ψυχιατρικής που εστιάζει στο πολιτισμικό και διαπροσωπικό πλαίσιο της ψυχικής υγείας και της ασθένειας. Αν και χαρακτηρίζεται από ένα εύρος θεωρητικών προσεγγίσεων που αντλούνται από τις κοινωνικές επιστήμες γενικότερα, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι σε γενικές γραμμές το κύριο μέλημά του κλάδου είναι ο εμπλουτισμός της παραδοσιακής Ψυχιατρικής, με την ενσωμάτωση κοινωνιολογικών και ανθρωπολογικών στοιχείων, τόσο στο θεωρητικό της υπόβαθρο, όσο και στην κλινική πρακτική (Στυλιανίδης, 2008). Απομακρύνεται από το βιοϊατρικό μοντέλο ερμηνείας της ψυχικής ασθένειας το οποίο εστιάζει στη γενετική, στις νευροεπιστήμες και στην ψυχοφαρμακολογία και δίνει έμφαση στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που συντελούν στην πυροδότηση και καλλιέργεια της ψυχοπαθολογίας (Rutz, 2006).

Ήδη από τη δεκαετία του '60 ο Hudolin (1965) άσκησε κριτική στα παραδοσιακά ψυχιατρικά μοντέλα που υπερασπιζόνταν ακόμη ασυλιακές μεθόδους θεραπείας. Τόνιζε ότι δεν είναι δυνατόν να αναφερόμαστε σε θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης, χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που βρίσκονται πίσω από αυτήν και χωρίς να εντάσσουμε ατομικές ή ομαδικές ψυχοθεραπευτικές πρακτικές. Επίσης, πρότεινε ότι είθισται να διατηρούμε τους εξαρτημένους σε επαφή με το οικογενειακό, κοινωνικό και εργασιακό τους περιβάλλον. Αυτές τις ιδέες τις άντλησε μετά τις επαφές του με τον Jones και τον Brierer και από το κίνημα της θεραπευτικής κοινότητας που εισηγήθηκαν, το οποίο άνθισε στα πλαίσια της κοινωνικής ψυχιατρικής (Adams, 1997).

#### **iv) Θεραπευτική κοινότητα**

Οι θεραπευτικές κοινότητες που λειτουργούν σήμερα ανα τον κόσμο, βασίζονται σε δύο μοντέλα: το δημοκρατικό μοντέλο του Maxwell Jones που αναπτύχθηκε στην Ευρώπη και το ιεραρχικό μοντέλο που γεννήθηκε στους κόλπους του κοινοβίου του Synanon και άκμασε κυρίως στην Αμερική (Ζαφειρίδης, 1987). Το πρώτο μοντέλο άντλησε τις θεωρητικές καταβολές του από τις προτάσεις περί κοινωνικής ψυχιατρικής που εισηγήθηκε ο Joshua Brierer. Ο Jones, στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει τα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν στρατιώτες μετά τη συμμετοχή τους στον Β' Παγκόσμιο, δούλεψε με τις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας. Το μοντέλο που ανέπτυξε μέσω αυτής της εργασίας, βασίζεται στην αμφίδρομη και ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και μελών, στο μοίρασμα εξουσιών και στους δύο και στην από κοινού λήψη των αποφάσεων (Ζαφειρίδης, 1987).

Η οπτική του αμφισβητούσε τον ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη φάση της αποκατάστασης. Θεωρούσε ότι η παρουσία των ειδικών ίσως να υπονομεύει τις προσπάθειες των οικογενειών και των κοινοτήτων προς την επίλυση του προβλήματος με τα δικά τους μέσα. Η κύρια υπόθεση πίσω από τη λειτουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι ότι, από τη στιγμή που δίνεται η ευκαιρία και δημιουργούνται τα κατάλληλα υποστηρικτικά δίκτυα, οι περισσότεροι άνθρωποι θα παράγουν τις δικές τους προσεγγίσεις τόσο για το πρόβλημα, όσο και για τους τρόπους επίλυσής του (Adams, 1997).

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάσαμε κάποια βασικά βιογραφικά στοιχεία του εισηγητή της οικολογικής κοινωνικής προσέγγισης των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ: του Vladimir Hudolin. Αυτή η αναφορά σε συνδυασμό με μια συνοπτική περιγραφή του κοινωνικοιστορικού πλαισίου ανάπτυξης της θεωρίας θεωρήθηκαν αναγκαία, προκειμένου να καταστούν περισσότερο κατανοητοί οι λόγοι γέννησης και ανάπτυξης της προσέγγισης καθώς και απέναντι σε ποιες προσεγγίσεις αντιμετώπισης του αλκοολισμού λειτούργησε ως αντίποδας. Στη συνέχεια του κεφαλαίου αναπτύξαμε συνοπτικά τις θεωρητικές καταβολές της μεθόδου, ανάπτυξη που θα μας διευκολύνει στην κατανόηση της βασικής λογικής που βρίσκεται πίσω από τη δημιουργία και τη λειτουργία της τεχνικής αυτής της προσέγγισης: τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ. Στο επόμενο κεφάλαιο λοιπόν, θα επικεντρωθούμε στα Κ.Ο.Π.Α., στον ορισμό τους, τον τρόπο λειτουργίας τους καθώς και σε μελέτες που παρουσιάζουν στοιχεία για την αποτελεσματικότητά τους.



## Κεφάλαιο 4

Ύστερα από την συνοπτική αναφορά στα βασικά σημεία της ιστορική διαδρομής της δημιουργίας της μεθόδου και των θεωρητικών της βάσεων, θα επικεντρωθούμε στο κύριο της εργαλείο: τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Κ.Ο.Π.Α.)<sup>24</sup>. Στο παρόν κεφάλαιο θα περιγράψουμε τους κεντρικούς άξονες λειτουργίας τους και την λογική που τους διέπει, καθώς και κάποιες μελέτες που επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου στην Ιταλία.

### α. Λειτουργία Κ.Ο.Π.Α.

Η εξέλιξη των Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (Κ.Ο.Π.Α.) έχει περάσει από διάφορα στάδια, αλλά η βασική ιδέα έχει παραμείνει αμετάβλητη. Στόχος τους είναι η υποβοήθηση των οικογενειών προκειμένου να κατακτήσουν τη νηφαλιότητα και να επιτύχουν αλλαγές στη συμπεριφορά και στον τρόπο ζωής τους, μέσω της συστημικής οικογενειακής προσέγγισης και της οικολογικής θεωρίας (Palmesino, 2003).

Τα Κ.Ο.Π.Α. αποτελούνται από υποστηρικτικές ομάδες πολλών οικογενειών οι οποίες έχουν στους κόλπους τους μέλη που παρουσιάζουν προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ ή με άλλες εξαρτήσεις. Λειτουργούν σε κοινοτικό επίπεδο και προσφέρουν στα εξαρτημένα άτομα και στις οικογένειές τους ένα τοπικό υποστηρικτικό δίκτυο, προκειμένου να επιτύχουν την μακροχρόνια αποχή από το αλκοόλ και άλλες ουσίες. Τα μέλη του έχουν διττό ρόλο στο κλαμπ: Ως χρήστες των υπηρεσιών του και ως βασικοί συντελεστές του παράλληλα. Έτσι, ενώ θεωρούνται μέρος του προβλήματος, αντιμετωπίζονται επίσης και ως μέρος της λύσης του (Palmesino, 2003· Adams, 1997).

Καθώς η μέθοδος Hudolin βασίζεται στην αρχή ότι τα σχετιζόμενα με το αλκοόλ προβλήματα είναι πολυπαραγοντικά με ποικίλες οργανικές, ψυχολογικές, οικογενειακές αλλά και κοινωνικές πτυχές, τα Κλαμπ λαμβάνουν και κοινωνικό ρόλο στις εκάστοτε κοινότητες που τα φιλοξενούν. Τα μέλη του δεν διατηρούν την ανωνυμία τους (όπως πχ στην αντίστοιχη περίπτωση των Α.Α.) και ένας από τους σκοπούς τους είναι η αφήγηση των εμπειριών τους. Τα κλαμπ ανοίγουν τις πόρτες τους στην τοπική κοινότητα με εκδηλώσεις ευαισθητοποίησης που έχουν ως στόχο τη διάδοση της λειτουργίας τους καθώς και την πρόληψη. Αναπτύσσουν επίσης συνεργασίες με κάθε φορέα που η δράση του επικεντρώνεται στην καταπολέμηση των εξαρτήσεων. Άλλη μια σημαντική παράμετρος των Κλαμπ είναι ο θετικός προσανατολισμός που λαμβάνει η θεραπευτική διαδικασία. Σκοπός των μελών δεν ορίζεται μόνο η αποχή από το αλκοόλ αλλά και μια θετικότερη αλλαγή του τρόπου ζωής τους (Giuffredi et al., 2003· Hudolin, 2001).

---

<sup>24</sup> Τα Κ.Ο.Π.Α. απαντώνται στην αγγλική βιβλιογραφία ως *Clubs of Alcoholics in Treatment* και στην ιταλική ως *Club Degli Alcolisti in Trattamento* (C.A.T).

Στη συνέχεια θα διατυπώσουμε τον βασικό κορμό κανόνων λειτουργίας που έχει εισηγηθεί ο Hudolin (2001). Ένα πρώτο σημείο που καθορίζει είναι ο αριθμός των οικογενειών που συμμετέχουν, οι οποίες κατ' αυτόν είθισται να μην υπερβαίνει τις δώδεκα, λόγω πιθανών δυσχερειών που μπορεί να προκαλέσει η συμμετοχή πολλών οικογενειών στη ρύθμιση των τακτικών συναντήσεων. Οι συναντήσεις είναι εβδομαδιαίες και συνήθως δεν διαρκούν παραπάνω από μία με μιάμιση ώρα, προκειμένου να μην καθίστανται βαρετές για τους συμμετέχοντες. Κατά τη διάρκεια των συναντήσεων ενθαρρύνεται η ενεργός συμμετοχή όλων των μελών.

Κάθε άτομο που συμμετέχει στο Κλαμπ θεωρείται μέλος του και λαμβάνει αρμοδιότητες καθώς και ένα συγκεκριμένο ρόλο. Οι βασικοί ρόλοι του Κλαμπ είναι οι εξής:

*i)Υπηρέτης Δάσκαλος (Servant Teacher):*

Ο ρόλος του υπηρέτη δάσκαλου στο Κλαμπ είναι κεντρικός, παρά το γεγονός ότι η παρουσία τους δεν αφορά τη διεύθυνση, διευκόλυνση ή την ανάληψη συμβουλευτικού- θεραπευτικού ρόλου. Ο ρόλος τους έγκειται στο να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στις οικογένειες και να τις καταστήσουν ικανές στη διεύθυνση του Κλαμπ με τρόπους που θα διευκολύνουν την αλλαγή τους. Επιπλέον, οι υπηρέτες δάσκαλοι παρέχουν την βασική εκπαίδευση που εισάγει τις νέες οικογένειες στη λειτουργία των Κλαμπ. Τα κύρια καθήκοντά τους είναι:

1. Προσεκτική ακρόαση και η προαγωγή αυτής της δεξιότητας στην επικοινωνία των μελών του Κ.Ο.Π.Α.
2. Υποστήριξη των μελών για τη διευκόλυνση των συναντήσεων
3. Σύνδεση με και εισαγωγή νέων μελών στο Κλαμπ
4. Διατήρηση της αίσθησης ασφάλειας όλων όσων είναι παρόντες/ούσες.
5. Παροχή βασικών πληροφοριών σχετικά με την φύση της εξάρτησης από το αλκοόλ και από άλλες ουσίες, στα νέα μέλη.
6. Έκφραση των βασικών στόχων του Κλαμπ στις συναντήσεις.

Η μόνη προϋπόθεση που είθισται να πληρεί ένας υπηρέτης δάσκαλος είναι η παρακολούθηση ενός 50ωρου προγράμματος ευαισθητοποίησης κατά το οποίο διδάσκονται στις βασικές αρχές του Κλαμπ. Μετά το πέρας της εκπαιδευτικής αυτής διαδικασίας συνεχίζουν να ενημερώνονται για ζητήματα σχετικά με το αλκοόλ και τη λειτουργία των Κλαμπ.

*ii)Διαχειριστής (Administrator):*

Ο διαχειριστής διορίζεται ύστερα από μια μη τυπική διαδικασία εκλογής με σκοπό να εποπτεύει κάποια πρακτικά ζητήματα που αφορούν τη λειτουργία του Κ.Ο.Π.Α. (υπεύθυνος για την εύρεση

χώρου συναντήσεων, για το κλείσιμο συναντήσεων με μέλη της τοπικής κοινότητας, για την εκπροσώπηση του Κλαμπ κλπ).

*iii) Γραμματέας (Secretary):*

Διορίζονται για έναν χρόνο με τον ίδιο τρόπο όπως οι διαχειριστές. Τα βασικά τους καθήκοντα είναι να απαντούν στην αλληλογραφία, να διαχειρίζονται τα οικονομικά αρχεία, να διατηρούν τους ρόλους κλπ

*iv) Καταγραφέας (Recorder):*

Είναι υπεύθυνοι για την καταγραφή των πρακτικών των συναντήσεων, των βασικών ζητημάτων και στόχων που εκφράζονται κατά τη διάρκεια της συζήτησης. Διατηρούν τον ρόλο αυτό για μια βδομάδα.

Τα Κλαμπ δεν λειτουργούν με άκαμπτους κανόνες ή τυπικές διαδικασίες. Είθισται να διαπραγματεύονται το δικό τους κώδικα επικοινωνίας. Παρόλ' αυτά, ο υπηρέτης δάσκαλος παρέχει κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες που διευκολύνουν την ομαλή λειτουργία της ομάδας:

1) Τακτικότητα στις συναντήσεις σε συγκεκριμένο, προκαθορισμένο χώρο και χρόνο. Η αργοπορία θεωρείται διασπαστική, μιας και διαταράσσει την ατμόσφαιρα που έχει δημιουργηθεί μεταξύ των μελών.

2) Όχι βία

3) Το κάπνισμα συνήθως δεν επιτρέπεται, καθώς, στη γενικότερη φιλοσοφία των Κλαμπ εντάσσεται η λογική της δημιουργίας ενός περιβάλλοντος καθαρού από εθιστικές ουσίες (drug free)

4) Όχι μέθη

5) Κανόνες που αφορούν τον τρόπο ομιλίας και επικοινωνίας μεταξύ των μελών στις συναντήσεις: Ομιλία σε πρώτο πρόσωπο (*Εγώ πιστεύω, νιώθω...*), στο εδώ και τώρα, αναγνώριση του δικαιώματος ύπαρξης μιας άλλης οπτικής και του δικαιώματος στη διαφωνία, παραχώρηση χρόνου προκειμένου να ολοκληρώσει ο ομιλητής αυτό που λέει.

5) Εμπιστευτικότητα. Αυτά που μοιράζονται τα μέλη μεταξύ τους δεν “βγαίνουν έξω από το δωμάτιο”.

Οι κανόνες δεν είναι αυστηροί. Λόγου χάρη, είναι πιθανόν η παράκληση για αποχώρηση ενός ατόμου που είναι υπό την επήρεια αλκοόλ να γίνει αντικείμενο διαπραγμάτευσης εντός της ομάδας (Hudolin, 2001· Adams, 1997).

Κλαμπ μπορεί να ιδρυθούν σε διάφορα πλαίσια, όπως πχ κέντρα κράτησης, στρατιωτικές μονάδες κλπ. Σε τέτοιου είδους συνθήκες, για την εύρυθμη λειτουργία του Κλαμπ είθισται να

λαμβάνονται αρκετοί παράγοντες υπόψη. Λόγου χάρι, όπως επισημαίνουν οι Carev, Guidoni, Granati & Sacripante (2001), εντός του στρατιωτικού περιβάλλοντος τηρούνται κάποιοι αυστηροί κανόνες και ιεραρχίες οι οποίες διέπουν τόσο τις θεσμικές όσο και τις διαπροσωπικές σχέσεις όλων όσων διαβιών σ' αυτό. Επίσης, στην στρατιωτική πραγματικότητα συναντάμε τη χρήση του αλκοόλ ως μια πολύ διαδεδομένη συνήθεια που σχετίζεται με ποικίλες εκφάνσεις της ζωής μέσα στο ίδρυμα· από τις δοκιμασίες αρρενωπότητας που λαμβάνουν τη μορφή τελετουργιών μύησης ως τη χρήση του σε περιόδους πολεμικών συγκρούσεων και σε περιόδους ξεκούρασης μετά την μάχη ή ύστερα από εξαντλητικές στρατιωτικές εκπαιδεύσεις. Η μέθοδος Hudolin έχει προσφέρει τις υπηρεσίες της σε στρατιωτικά ιδρύματα τόσο στην πρώην Γιουγκοσλαβία, όσο και στην Ιταλία σε όλα τα επίπεδα πρόληψης, λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου πλαισίου.

Επιπρόσθετα, η λογική των Κλαμπ έχει ενταχθεί και στο πλαίσιο των φυλακών. Οι Agus, Alberini, Babic, Bujanovac, Scali & Tatalovic (2001) μας προσφέρουν ένα πλούσιο υλικό από τη δουλειά που έχει διεξαχθεί σε ποικίλα σωφρονιστικά συστήματα. Παρά το γεγονός ότι η λειτουργία των κλαμπ σε περιβάλλον φυλακής χάνει κάποια από τα σημαντικά χαρακτηριστικά της (όπως πχ την άμεση συμμετοχή και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας), ωστόσο έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες προσαρμογής της μεθόδου, ιδίως σε φυλακές όπου έχουν παρατηρηθεί υψηλά ποσοστά ατόμων με προβλήματα αλκοόλ ή επιθετικές συμπεριφορές που οφείλονται σε χρήση.

Άλλη μια σημαντική πτυχή της λειτουργίας των Κλαμπ είναι η παρουσία των παιδιών σ' αυτό. Η Musso (2011) μας παραδίδει πλούσιες αφηγήσεις από τη συμμετοχή των παιδιών σε Κλαμπ πολλών περιοχών της Βόρειας Ιταλίας. Κάποιες από αυτές τις αφηγήσεις μας προσφέρουν μια σαφή εικόνα της θετικής επίδρασης που βίωσαν αρκετά παιδιά με τη συμμετοχή τους στο Κλαμπ. Υπάρχουν αναφορές για καταπολέμηση της ντροπής που ένιωθαν για τον γονιό που έπινε και της συνεπαγόμενης αντίληψης της συμπεριφοράς του ως ένα ζήτημα που μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη βοήθεια όλων των μελών αλλά και με τη συμμετοχή και άλλων οικογενειών με παρόμοια προβλήματα.

Επίσης αναφέρεται ότι το Κλαμπ συνήθως γίνεται αντιληπτό από τα παιδιά σαν ένα θετικό μέρος, στο οποίο, όλα τα μέλη του, συγκεντρώνονται γύρω από ένα σκοπό: την αλληλοβοήθεια και μια κοινή προσπάθεια για την δημιουργία των προϋποθέσεων μιας καλύτερης ζωής, που δεν επικεντρώνεται στο αλκοόλ και στα προβλήματα που επιφέρει. Αυτή η αίσθηση αλληλεγγύης που βιώνουν ως παιδιά και οι βασικές αρχές ουσιαστικού διαλόγου που διέπεται από κανόνες σεβασμού, λειτούργησαν για πολλά από αυτά ως μια μαθησιακή διαδικασία, η οποία έχει βρει καθημερινή εφαρμογή στη ζωή τους, ως ενηλίκων πλέον. Πολλές αφηγήσεις επικεντρώνονται και στη θετική, γιορταστική ατμόσφαιρα των Κλαμπ, κάθε φορά που τα μέλη του μοιράζονταν τις

επιτυχείς προσπάθειες τους αναφορικά με την αποχή αλλά και τα βήματα που οδηγούσαν στην ευτυχέστερη διαβίωσή τους.

Μια επιπρόσθετη προσφορά των Κλαμπ στη ζωή των παιδιών, όπως αυτή αναφέρεται στις ιστορίες τους, είναι ο καθορισμός των ρόλων της οικογένειας, καθορισμός που είχε διαταραχθεί στις περιόδους κατά τις οποίες ο γονιός έκανε κατάχρηση αλκοόλ. Εντός του ασφαλούς χώρου των κλαμπ, οι γονείς που πρότερα έκαναν χρήση, προσπαθούν να επανακτήσουν χαρακτηριστικά του γονεϊκού τους ρόλου και να κερδίσουν ξανά την εμπιστοσύνη των παιδιών τους. Τέλος, κάποια από τα παιδιά που έχουν συμμετάσχει σε κλαμπ, δηλώνουν ότι παρατήρησαν τις θετικές επιδράσεις του σε τομείς της ζωής τους που δεν είχαν άμεση σχέση μ' αυτό όπως: σχολικές επιδόσεις, θετική αυτοεκτίμηση, διευκόλυνση στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και μια γενικότερη θετική στάση ζωής (Musso, 2011).

Στο πρώτο υποκεφάλαιο αναφέραμε ενδεικτικά κάποια πράγματα για τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ, τους κανόνες λειτουργίας τους, διάφορα πλαίσια στα οποία μπορούν να εισαχθούν καθώς και κάποια στοιχεία για τη συμμετοχή των παιδιών σ' αυτά. Στη συνέχεια, θα προσπαθήσουμε να συγκεντρώσουμε κάποιες αναφορές στις λιγοστές έρευνες που έχουν διεξαχθεί σχετικά με την αποτελεσματικότητα των Κλαμπ, στην Ιταλία κυρίως.

### **β. Αποτελεσματικότητα μεθόδου**

Σχετικά πρόσφατες μελέτες που έχουν διεξαχθεί στην Ιταλία υποδεικνύουν τα μακροχρόνια θετικά αποτελέσματα που προκύπτουν από τη συμμετοχή στα Κ.Ο.Π.Α. Η Guiffredi και οι συνεργάτες της (2003), συνέκριναν τη διατήρηση της αποχής και τις οικογενειακές σχέσεις ατόμων με προβλήματα με το αλκοόλ που α) ακολουθούσαν, για ένα χρόνο ψυχο-φαρμακευτικές μεθόδους απόχης και β) ατόμων που συμμετείχαν σε Κλαμπ για ένα χρόνο επίσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση που ακολουθήθηκε στα Κλαμπ επέφερε αποχή από το αλκοόλ σε ποσοστό 79%. Το αντίστοιχο ποσοστό της άλλης ομάδας ήταν 50%. Όπως πληροφορούμαστε από τον Πίνακα 1 (Παράρτημα, σελ. 54) παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά αποχής στις δύο ομάδες. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν παρουσιαστεί και σε προηγούμενες μελέτες (λχ Addolorato et al, 1993).

Ο Palmesino (2003) επισημαίνει ότι οι περισσότερες έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των Κλαμπ ξεκίνησαν από τα ίδια τα μέλη τους, στην ανάγκη τους να αναστοχαστούν σχετικά με τη λειτουργία των Κλαμπ. Η βάση δεδομένων των αποτελεσμάτων από αυτές τις έρευνες βασίζεται στην αυτοαξιολόγηση των ίδιων των συμμετεχόντων και αφορά κυρίως τις αλλαγές που έχουν παρατηρήσει στον τρόπο ζωής τους μετά την είσοδο τους στο Κλαμπ. Όπως λοιπόν υποδεικνύει αυτή η βάση δεδομένων, περισσότερο από το 85% των συμμετεχόντων

επιτυγχάνουν αποχή, με ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς να αναφέρει ότι αυτή η αποχή αφορά όχι μόνο το αλκοόλ αλλά και άλλες παράνομες ουσίες, τσιγάρο ή αυτοχορηγούμενα φάρμακα. Επιπλέον, πολλές οικογένειες δηλώνουν ικανοποιημένες από την αλλαγή του τρόπου ζωής τους που επέλθε της συμμετοχής τους στο Κλαμπ. Στον πίνακα 2 (Παράρτημα, σ. 55), μπορούμε να παρατηρήσουμε τις θετικές αυτοαξιολογήσεις οικογενειών σχετικά με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής τους οι οποίες έχουν σημειωθεί μετά την έναρξη της συμμετοχής τους σε Κλαμπ.

Μια πολύ πρόσφατη, εθνικής εμβέλειας έρευνα που διεξήχθη στην Ιταλία (Curzio et al., 2012) υπέδειξε αρκετά διαφωτιστικά στοιχεία σχετικά με τη λειτουργία των Κλαμπ. Όπως επισημαίνουν οι μελετητές, η αποχή από τις ουσίες και η βελτίωση του τρόπου ζωής σχετίζονται θετικά με τη διάρκεια συμμετοχής. Ειδικότερα, αναφέρεται ότι η παραμονή από τρία χρόνια και πάνω, ελαχιστοποιεί κατά πολύ τις πιθανότητες υποτροπής στην ουσία. Η συγκεκριμένη έρευνα πρόσφερε επίσης στοιχεία που αφορούν τις έμφυλες διαστάσεις της αποχής. Στις γυναίκες των Κλαμπ παρουσιάζονται υψηλότερα ποσοστά μακροχρόνιας αποχής και βελτίωσης της καθημερινότητάς τους. Στον Πίνακα 3 (Παράρτημα, σ. 55) μπορούμε να δούμε τη διατήρηση της αποχής σε αναλογία με τη διάρκεια συμμετοχής στο Κλαμπ.

Σ' αυτό το κεφάλαιο επικεντρωθήκαμε στο βασικό εργαλείο της μεθόδου Hudolin, τα ΚΟΠΑ, στη λειτουργία τους, στα διάφορα πλαίσια που μπορεί να εφαρμοστεί, στις επιδράσεις που έχει στα παιδιά η συμμετοχή τους σ' αυτά καθώς και σε κάποια ερευνητικά στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους. Στη συνέχεια θα επιχειρήσουμε μια αναφορά στην εφαρμογή της μεθόδου στην Ελλάδα.

## Κεφάλαιο 5

Το αλκοόλ είναι βαθύ όσο ένα πηγάδι  
Και προσπαθώ με το σκοινί πριχού βρεθώ στον Άδη.

Στα μέσα της διαδρομής κόβεται το σκοινάκι  
και ενώ στη μέση ήμουνα, βρίσκομαι στο χαντάκι.

Όμως εγώ θα προσπαθώ και δεν το βάζω κάτω  
γιατί με την παρέα σας δεν θα βρεθώ στον πάτο.

Αν η παρέα σας κοπεί, κόβεται το σκοινάκι  
και άθελά μου μοναχός πέφτω μες στο χαντάκι.

Και από κει δεν θα μπορώ μπλιό στον κορφή ν' ανέβω  
γιατί θα έχω στήριγμα μόνο για να κατέβω.

Θέλει αγώνα πιο πολύ, προσπάθεια μεγάλη  
Ν' ανέβω ελπίζω στην κορφή σαν νικητής και πάλι!

Ετούτα τα στιχάκια μου είναι αφιερωμένα  
Στο κλαμπ μου και σ' όλους αυτούς που νοιάστηκαν για μένα.

Μανώλης Τουτουδάκης, μέλος του ΚΟΠΑ Αρκαλοχωρίου

(*Μαντινάδες, ΚΟΠΑ Αρκαλοχωρίου Κρήτης, 2013*)

### Η μέθοδος Hudolin στην Ελλάδα

Στο παρόν κεφάλαιο κρίθηκε απαραίτητο να παρουσιάσουμε τους φορείς και τα Κλαμπ που λειτουργούν στην Ελλάδα με όχημα τη μέθοδο Hudolin. Στόχος μας είναι μια πρώτη καταγραφή των προσπαθειών ένταξης των πολυοικογενειακών κοινοτήτων στο ελληνικό τοπίο και των τρόπων αντιμετώπισης που αυτές υιοθετούν προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις πολυσύνθετες προκλήσεις οι οποίες παρουσιάζονται από τα ποικίλου είδους προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ. Οι πληροφορίες που αφορούν αυτό το κεφάλαιο αντλήθηκαν από τις επίσημες ιστοσελίδες των φορέων και των διάφορων Κ.Ο.Π.Α. ανά την Ελλάδα, καθώς και από 2 τηλεοπτικές εκπομπές που παρουσιάζουν στο ελληνικό τηλεοπτικό κοινό τη μέθοδο.

Οι ιστοσελίδες των φορέων και των Κλαμπ λειτουργούν ως μέσο πληροφόρησης σχετικά με τη μέθοδο αλλά και αναφορικά με ευρύτερα ζητήματα που αφορούν το αλκοόλ. Μέσω αυτών κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να αντλήσει κάποια εισαγωγικά στοιχεία για την προσέγγιση Hudolin, τα βιογραφικά στοιχεία του ιδρυτή και την ιστορική προέλευση της μεθόδου, τη λειτουργία των Κλαμπ και τα διαθέσιμα Κ.Ο.Π.Α. στην Ελλάδα, τις διάφορες ανοιχτές εκδηλώσεις που διοργανώνονται καθώς και ευρύτερα στοιχεία σχετικά με το αλκοόλ και τις εξαρτήσεις. Για παράδειγμα, στην ιστοσελίδα του Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α. βρίσκουμε επιστημονικά άρθρα αλκοολογίας, τις

κατευθυντήριες γραμμές του Π.Ο.Υ. για προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ, Ευρωπαϊκά Σχέδια Δράσης για τα οινοπνευματώδη ποτά, τη Διακήρυξη της Στοκχόλμης για νέους κλπ. Σκοπός των ιστοσελίδων είναι η παροχή πληροφοριών και η ευαισθητοποίηση όσο το δυνατόν περισσότερων αναγνωστών και χρηστών ίντερνετ, σχετικά με τα προβλήματα, τις ιατρικές, νομικές, ψυχολογικές κλπ προκλήσεις που αυτά θέτουν καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης και διαχείρισής τους σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Παρακάτω θα παρουσιαστούν κάποια βασικά στοιχεία για τον Σύλλογο των Κλαμπ και για κάθε Κλαμπ ξεχωριστά. Θα ξεκινήσουμε λοιπόν με τον Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α (Ελληνικός Σύλλογος Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ). Όπως αναφέρεται στην ιστοσελίδα του πρόκειται για “ένα εθελοντικό, μη κερδοσκοπικό σωματείο”, με έτος ίδρυσης το 2010. Η δράση του επικεντρώνεται τόσο σε εθνικό όσο και διεθνές επίπεδο και αφορά τα προβλήματα που επιφέρει η χρήση αλκοόλ. Η μέθοδος που ακολουθεί ο Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α. για να προσεγγίσει τέτοιου είδους ζητήματα, είναι εκείνη του Hudolin και η δράση του εντάσσεται “στην υπηρεσία μιας αλληλέγγυας κοινωνίας” (ΕΣΚΟΠΑ, χ.χ.). Υπό τη σκέπη του Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α. λειτουργούν τα Κ.Ο.Π.Α. Αθήνας, Πειραιά, Πάτρας (όπου αριθμούνται στα 4 και εξυπηρετούνται σ’ αυτό 60-70 άτομα) και Κρήτης (όπου αριθμούνται στα 6), τα οποία συνεργάζονται μεταξύ τους. Σε γενικές γραμμές, η ίδρυση και η λειτουργία των Κλαμπ στην Ελλάδα έχει μια ιστορία πάνω από δέκα χρόνια (Καραγιάννη, 2013· Τριπόλας, 2011)

Ο Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α είναι ενεργό μέλος του Παγκόσμιου Συλλόγου των Κλαμπ<sup>25</sup> και έχει επιτύχει συνεργασίες και με Κλαμπ άλλων χωρών. Σε γενικές γραμμές, τα Κ.Ο.Π.Α. και ο Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α. διοργανώνουν ημερίδες ευαισθητοποίησης, τοπικές αλκοολογικές σχολές, ίντερκλαμπ<sup>26</sup>, σεμινάρια ευαισθητοποίησης στη μέθοδο Hudolin κλπ. Επίσης, μέλη τους έχουν δώσει το παρόν σε σεμινάρια και συνέδρια που αφορούν το αλκοόλ (Κατσιβαρδά, χ.χ.).

Πιο συγκεκριμένα παραδείγματα αυτών των δράσεων είναι η λειτουργία της Σχολής Αλκοολογίας Επιπέδου Ι από τα Κλαμπ της Πάτρας, στα πλαίσια της οποίας διοργανώνονται εκπαιδευτικά σεμινάρια για τα μέλη του (Πάτρα, 2012), διοργάνωση ομιλιών από το Κ.Ο.Π.Α Αττικής, τον Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α. και τους συνανθρώπους Μ.Κ.Ο με θέμα τις συνέπειες της χρήσης αλκοόλ στο άτομο και στην οικογένεια καθώς και σεμινάρια ευαισθητοποίησης στην Οικολογική-Κοινωνική προσέγγιση (Αλκοόλ και Οικογένεια, 2012), συμμετοχή των Κ.Ο.Π.Α. Κρήτης στη διοργάνωση της εβδομάδας πρόληψης από το Αλκοόλ, στο Ηράκλειο (Εβδομάδα Πρόληψης, Ηράκλειο 2012, 2012) κ.ο.κ.

Όπως προαναφέραμε, τα Κλαμπ φροντίζουν να διατηρούν δεσμούς και συνεργασίες σε

---

<sup>25</sup> Wacat: World Association of the Clubs of Alcoholics in Treatment

<sup>26</sup> Πρόκειται για συναντήσεις μεταξύ κλαμπ



ποικίλα επίπεδα με όσο το δυνατόν περισσότερους ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς που ασχολούνται με την αντιμετώπιση προβλημάτων σχετικά με το αλκοόλ. Τα κλαμπ της Πάτρας για παράδειγμα είναι δικτυωμένα με τους εξής φορείς της τοπικής κοινότητας: Γενικό Νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ρίου, Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παίδων, Κέντρο Υγείας Χαλανδρίτσας, κίνηση *Πρόταση*, Κέντρο Πρόληψης Νομού Αχαΐας, Κ.Ε.Θ.Ε.Α.-ΟΞΥΓΟΝΟ, Ο.Κ.Α.Ν.Α.-Γέφυρα, Δήμος Παραλίας, Δήμος Αιγίου, Ενορίες Αγίων Αναργύρων, Αγίου Νικολάου και Αγίας Σοφίας Πατρών, Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Τροχαία Πατρών, Αστυνομικά Τμήματα Γούναρη, Ερμού και Πανεπιστημίου, ιδιώτες ιατρούς κλπ (*Πάτρα*, 2012). Όπως μπορούμε να υποθέσουμε, τέτοιου είδους συνεργασίες προάγουν μια σύσσωμη, πολυδιάστατη αντιμετώπιση όλων των εκφάνσεων των προβλημάτων, τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο.

Στα πλαίσια ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του ελληνικού κοινού, ο Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α. καθώς και τα Κλαμπ συμμετέχουν σε τοπικές, πανελλήνιες αλλά και διεθνείς διοργανώσεις εθελοντισμού. Λόγου χάρη, ο Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α με το περίπτερο ενημέρωσής του συμμετείχε στο Φεστιβάλ Εθελοντισμού Χωρίς Σύνορα: Έλληνας Πολίτης- Ευρωπαίος Πολίτης, το οποίο διεξάχθηκε στην Αθήνα τον Δεκέμβρη του 2012 (*Ο ΕΣΚΟΠΑ συμμετέχει στο Φεστιβάλ Εθελοντισμού Χωρίς Σύνορα*, 2012). Τα Κ.Ο.Π.Α. Πάτρας από την άλλη, μέσω των υπηρετών δασκάλων τους και μελών των Κλαμπ, συμμετείχαν στην 28<sup>η</sup> Πανελλήνια Ανιχνευτική Πολιτιστική Ενημέρωση με σκοπό να ενημερώσουν όποιον ενδιαφερόταν για γενικότερα ζητήματα αλκοολογίας αλλά και για τη λειτουργία των Κλαμπ (*Πάτρα*, 2012).

Μια βασική διάσταση των Κλαμπ είναι η συμμετοχή των μελών τους επώνυμα, προκειμένου να μοιραστούν τις μαρτυρίες τους σχετικά με την παρουσία του αλκοόλ στη ζωή τους αλλά και με την προσπάθειά τους να προσεγγίσουν τη νηφαλιότητα, τόσο με άτομα που ταλαιπωρούνται από τη χρήση, όσο και με ένα ευρύτερο κοινό. Οι μαρτυρίες εμπεριέχονται στην ευρύτερη προσπάθεια των Κλαμπ που στοχεύει στην προαγωγή υγείας και στην πρόληψη, εντός της κοινωνίας στην οποία ζουν και συμμετέχουν τα μέλη του. Υπό αυτή τη λογική, στην ιστοσελίδα που φιλοξενεί τα Κλαμπ Κρήτης, ο καθένας μπορεί να διαβάσει τις συγκινητικές ιστορίες των μελών τους. Παραθέτουμε εδώ ένα μικρό απόσπασμα:

«Πίστεψα ότι δεν μπορώ να αντιμετωπίσω μόνη μου το πρόβλημα με το ποτό. Παντρεύτηκα μικρή, 17 ετών, χώρισα νωρίς. Είπα στον πατέρα μου: Μπαμπά, δεν μπορώ να το κόψω, θέλω βοήθεια. Τώρα είμαι μια χαρά, παίζω τάβλι με τον πατέρα μου, είμαι ήρεμη, δεν έχω νεύρα, μ' αρέσει να φροντίζω τα παιδιά μου και να τα βοηθάω στα μαθήματα τους στο σχολείο. Είδα δύο φορές ένα όνειρο: βαδίζω σε μια στενή γέφυρα και αν περάσω απέναντι ξέρω ότι θα σωθώ. Στηρίζομαι σε

άλλα χέρια και σχεδόν έφτασα απέναντι. Οι οικογένειες στα κλαμπ είναι τα χέρια που με βοήθησαν να γίνω νηφάλια...» Βαγγελιώ Γ. 27 ετών (*Μαρτυρίες από τις οικογένειες*, 2011).

Πολλές τέτοιου είδους μαρτυρίες επίσης μπορούμε να παρακολουθήσουμε στο επεισόδιο *Πάλιν τον καύκον έπιες, πάλιν τον νουν απωλέσας*, της εκπομπής *Ιχνηλατώντας*. Στο συγκεκριμένο επεισόδιο παρακολουθούμε μια συγκινητική ιστορία μέσα από τις διηγήσεις των μελών των Κ.Ο.Π.Α. Πάτρας (από τις πρώτες πόλεις που εφάρμοσαν τη μεθοδολογία Hudolin), των οικογενειών που συμμετέχουν σ' αυτά, των υπηρετών δασκάλων, του ειδικευμένου προσωπικού και των φορέων που συνδέονται με τη δράση τους. Η δουλειά που γίνεται μέσα στα Κλαμπ, προσανατολίζεται προς ένα νηφάλιο, καθαρό τρόπο ζωής και όχι μόνο στην αποφυγή της χρήσης. Τα μέλη που εκφράζονται μέσω της εκπομπής, μιλούν ανοιχτά τόσο για τις επιδράσεις του αλκοόλ στη ζωή τους, όσο και για τη συμμετοχή τους στα Κλαμπ, τα οποία και θεωρούν ως ένα πολύτιμο μέσο διαφυγής από την απομόνωση που ακολουθεί την εξάρτηση. Στα κλαμπ είδαμε να συμμετέχουν πολλά άτομα, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία, η θρησκεία, το φύλο και το χρώμα των μελών. Επιπλέον, η ένταξη των παιδιών σ' αυτά, αν και επιτυγχάνεται δύσκολα κάποιες φορές, θεωρείται αναγκαία προκειμένου να είναι παρόντα στην αλλαγή της οικογένειας και να βοηθηθούν για να ξεπεράσουν τις αρνητικές εμπειρίες.

Στο τελευταίο κεφάλαιο της διπλωματικής επιχειρήσαμε μια συνοπτική αναφορά στη λειτουργία και τις δράσεις του Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α και των Κ.Ο.Π.Α. Ελλάδας. Πιο συγκεκριμένα, εστίασαμε στις προσπάθειες του Συλλόγου και των Κλαμπ που έχουν ως στόχο την ευαισθητοποίηση ενός ευρύτερου κοινού σε ζητήματα που αφορούν το αλκοόλ καθώς και την διαρκή ενημέρωση σχετικά με τη μέθοδο Hudolin, προκειμένου να επιτευχθεί η ίδρυση και διάδοση των Κλαμπ στην Ελλάδα. Επιπλέον αναφερθήκαμε σε παραδείγματα συνεργασιών των Κ.Ο.Π.Α. με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, με σκοπό την πολυπρισματική αντιμετώπιση των προβλημάτων που επιφέρει η κατάχρηση. Σύμμαχοι και ουσιαστικοί δρώντες σ' αυτές τις προσπάθειες είναι τα ίδια τα μέλη των Κλαμπ τα οποία, όπως είδαμε, έχουν ενεργή συμμετοχή στις εβδομαδιαίες τους συναντήσεις, σε αλκοολογικά προγράμματα εκπαίδευσης, στην επιτυχή είσοδο νέων μελών στο Κλαμπ, καθώς και στα σεμινάρια ευαισθητοποίησης, πληροφόρησης και προαγωγής ενός κόσμου απαλλαγμένου από την εξάρτηση.

## Συμπεράσματα- Αντί επιλόγου

Στην παρούσα εργασία προσπαθήσαμε να ιχνηλατήσουμε κάπως τα βήματα μιας θεωρίας και μιας πρακτικής που επικεντρώνεται σε μια, αποκεντρωμένη από τον κυρίαρχο βιοϊατρικό λόγο, προσέγγιση των επιφερόμενων προβλημάτων του αλκοόλ. Προκειμένου να γίνει αυτή η χαρτογράφηση, θεωρήσαμε σκόπιμο να αναφερθούμε σε κάποια εισαγωγικά στοιχεία που σχετίζονται με το αλκοόλ, τη χρήση του, τη διασάφηση των εννοιών που αναφέρονται στη σχετική βιβλιογραφία, καθώς και στον καθορισμό των ποικίλων και πολυδιάστατων προβλημάτων, τα οποία απαντώνται σε πολλές εκφάνσεις της ζωής του ατόμου που έχει κυριεύσει.

Ο κύριος κορμός αυτής της διπλωματικής σχετίζεται με την ίδια τη μέθοδο, τις θεωρητικές της καταβολές και τις πρακτικές της εκφάνσεις. Τέλος, επιχειρήθηκε να δοθεί μια όσο το δυνατόν περιεκτική περιγραφή των φορέων και των οργανισμών που έχουν αναλάβει το δύσκολο έργο να φέρουν εις πέρας την εφαρμογή της στην Ελλάδα.

Τα συμπερασματικά μας σχόλια είναι ποικίλα. Έχοντας άμεση συμμετοχή σ' αυτό το εγχείρημα της εφαρμογής στην Ελλάδα, η παρούσα εργασία μας έδωσε τη δυνατότητα να μελετήσουμε ακόμη πιο εμπεριστατωμένα πολλά στοιχεία που σχετίζονται αφενός με τη θεωρία και αφετέρου με τις πρακτικές της. Τα παραδείγματα καθώς και στοιχεία για την αποτελεσματικότητά της που αντλήσαμε από άλλες χώρες οι οποίες είχαν υιοθετήσει τη μέθοδο πριν από εμάς, προσέφεραν τροφή για σκέψη και ενδυνάμωσαν την πεποίθησή μας για τις πολυδιάστατες δυνατότητες της, εάν και εφόσον μεταφέρεται στην πρακτική με τρόπους που σέβονται και λαμβάνουν υπόψη την ελληνική κουλτούρα και τις ιδιαιτερότητές της.

Προσπαθώντας ωστόσο να φέρουμε εις πέρας την εργασία, συναντήσαμε κάποιες δυσκολίες. Παρά το γεγονός ότι ως μέθοδος είναι αρκετά διαδεδομένη τα τελευταία χρόνια, αυτό που αντιληφθήκαμε προσπαθώντας να βρούμε βιβλιογραφικές πηγές, είναι ότι η επιστημονική αγγλόφωνη βιβλιογραφία, τόσο η θεωρητική, όσο και η ερευνητική είναι αρκετά περιορισμένη, σε αντίθεση με την πλειάδα κειμένων και παρουσιάσεων που συναντήσαμε στο διαδίκτυο. Ίσως αυτό να μαρτυρά μια διάδοση των ιδεών και της μεθοδολογίας του Hudolin σε ένα πιο άτυπο επίπεδο, σε ένα επίπεδο δηλαδή που σχετίζεται περισσότερο με την ανάγκη διάδοσης των τρόπων εφαρμογής της μεθόδου και της συνεπαγόμενης ανάγκης της επιμόρφωσης των μελών των κοινοτήτων που θέλουν να προχωρήσουν τη μέθοδο στον τόπο τους. Μαρτυρά επίσης τον ρόλο που διαδραματίζει η καταγωγή της μεθόδου και των πρώτων εφαρμογών της στη μελέτη της. Υπάρχει δηλαδή, μια πλούσια βιβλιογραφία στα κροατικά (μητρική γλώσσα του Hudolin) και στα ιταλικά (χώρα στην οποία η μέθοδος διαδόθηκε ταχύτατα) η οποία δεν θα μπορούσε να είναι προσβάσιμη από εμάς, γεγονός που ωστόσο δεν αφαιρεί από την ίδια τη μέθοδο την επιστημονική της τεκμηρίωση και εγκυρότητα.

Λόγω των παραπάνω, τα στοιχεία που αποκομίσαμε από έρευνες σχετικά με αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι περιορισμένα· απ' ό,τι φαίνεται εκτεταμένη έρευνα έχει πραγματοποιηθεί μόνο στην Ιταλία, η οποία παρέχει και τον κύριο όγκο πληροφοριών σχετικά με την μέθοδο, την λειτουργία της και την αποτελεσματικότητά της, με ένα μικρό κομμάτι αυτής της πλούσιας ερευνητικής βιβλιογραφίας να μεταφέρεται στην αγγλική γλώσσα. Υποψιαζόμαστε ότι στη γενέτειρά της την Κροατία συντέλεσαν μεταξύ άλλων και πολιτικοί παράγοντες που διέκοψαν απότομα τη διάδοσή της· ο Εμφύλιος πόλεμος παραδείγματος χάριν κι ίσως γι' αυτό να μην καταφέραμε να βρούμε επίσημα στοιχεία σχετικά με την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου στην ιδιαίτερη πατρίδα της. Φανταζόμαστε ότι ο εμπλουτισμός και της αγγλικής επιστημονικής βιβλιογραφίας πάνω σε μια μέθοδο εν εξελίξει θα έχει πολλά να προσφέρει αφενός σε ακαδημαϊκό επίπεδο (γνωριμία της μεθόδου στις επιστημονικές κοινότητες που ασχολούνται με ζητήματα καταχρήσεων και συνεπακόλουθη διερεύνηση από αυτές της αποτελεσματικότητάς της) αλλά και αφετέρου στη διοχέτευση αυτών των ερευνητικών αποτελεσμάτων στην καθημερινή της πρακτική, με σκοπό να εμπλουτιστεί περαιτέρω η διάδοση και η λειτουργία των Κλαμπ ανά τον κόσμο.

Επιπλέον, θα ήταν ενδιαφέρουσα μια διερεύνηση της λειτουργίας, της εφαρμογής και της πρόσληψης της μεθόδου στην Ελλάδα, κάτι που δεν ήταν όμως εφικτό να πραγματοποιηθεί στα περιορισμένα πλαίσια μιας διπλωματικής που έχει ως βάση της τη βιβλιογραφική έρευνα. Μια τέτοιου είδους έρευνα θα μπορούσε να επικεντρωθεί στην ιστορία της ενσωμάτωσης της μεθόδου τόσο σε θεσμικά όσο και σε εξωθεσμικά επίπεδα, στη συνδιαλλαγή της με την ελληνική κουλτούρα και κοινωνία, στην αποδοχή της από τους επίσημους φορείς που σχετίζονται με την καταπολέμηση και τη διαχείριση της υπέρμετρης χρήσης του αλκοόλ στην Ελλάδα καθώς και σε ποιοτικές διαστάσεις της έρευνας που θα αφορούν την καταγραφή και ανάλυση της εμπειρίας των μελών τους.

Μια τέτοιου είδους διερεύνηση θα μπορούσε να επικεντρωθεί επίσης και σε μελλοντικές κατευθύνσεις και προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει μια τέτοιου είδους, κοινωνικά προσανατολισμένη προσέγγιση, τόσο στη θεωρία της, όσο και στις πρακτικές εφαρμογές της, στη σκέπη αυτού που αποκαλείται σήμερα οικονομική κρίση και των άμεσων και έμμεσων συνεπειών της στον ελληνικό πληθυσμό. Όπως επισημαίνει η Μάτσα (2012, σ. 7), “από σχετικές έρευνες αποδεικνύεται ότι η αύξηση κατά 1% της ανεργίας προκαλεί αύξηση κατά 3% των ψυχικών διαταραχών, κατά 5% των αυτοκτονιών, κατά 30% των προβλημάτων που συνδέονται με το αλκοόλ και κατά 30% της εγκληματικότητας”. Λόγω ακριβώς του κοινωνικού και οικολογικού της προσανατολισμού, έχουμε την πεποίθηση ότι μπορεί να λειτουργήσει καταλυτικά στα διευρυμένα πλέον προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, που λόγω της συγκεκριμένης κοινωνικό-ιστορικής συγκυρίας, η αιτιολογική τους βάση συνδέεται πολύ στενά με κοινωνικούς παράγοντες.

Εξάλλου, όπως αναφερθήκαμε εκτενέστερα στο κεφάλαιο που είχε να κάνει με τις θεωρητικές καταβολές της, ως μέθοδος γεννήθηκε από την ανάγκη να αντιμετωπιστεί το αλκοόλ και τα επιφερόμενα προβλήματα ως κάτι που οριζόταν σαν τέτοιο και άρα νοούνταν κατά βάση ως κοινωνικό φαινόμενο.

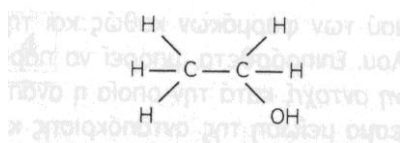
Τέλος, πιστεύουμε ότι θα ήταν πολύ σημαντική μια πολυδιάστατη, διαπολιτισμική ερευνητική προσπάθεια που θα αφορά τόσο την πρόσληψη της θεωρίας από διάφορες χώρες, όσο και τις ειδικές διαστάσεις που λαμβάνει η λειτουργία της σε αυτές. Μια τέτοιου είδους ερευνητική προσπάθεια θα είχε πολλά να προσφέρει αφενός στην βαθύτερη κατανόηση της θεωρίας και αφετέρου στις ποικίλες μορφές που μπορεί να λάβει η εφαρμογή της.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### Κεφάλαιο 1

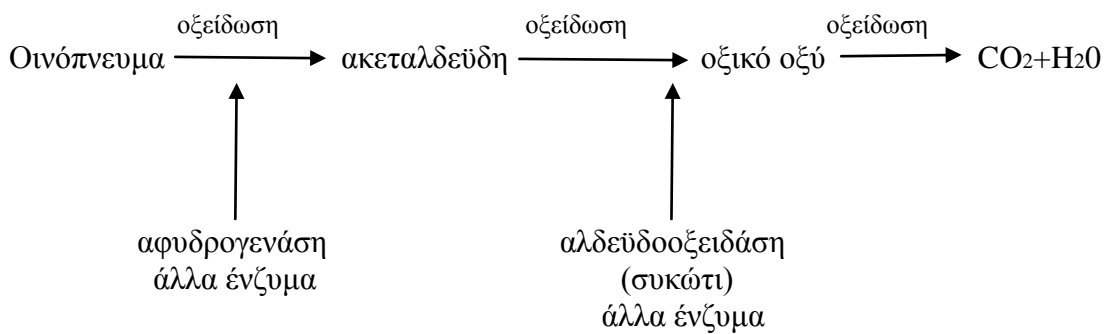
#### Σχήματα:

**Σχήμα 1**  
**Δομή της αιθανόλης**



(Julien, 2003, σ. 104).

**Σχήμα 2**  
**Μεταβολισμός αιθυλικής αλκοόλης**



(Τσόχας, 1988).

**Σχήμα 3**  
**Συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα και ικανότητα οδήγησης**

**ΠΟΤΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΔΥΟ ΩΡΩΝ**  
 (34 κυβικά εκατοστά αλκοόλ περιεκτικότητας 80% ή 341 κυβικά εκατοστά μπίρας)

<b>ΒΑΡΟΣ</b>	50	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	60	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	70	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	80	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	90	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	100	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	110	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	120	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

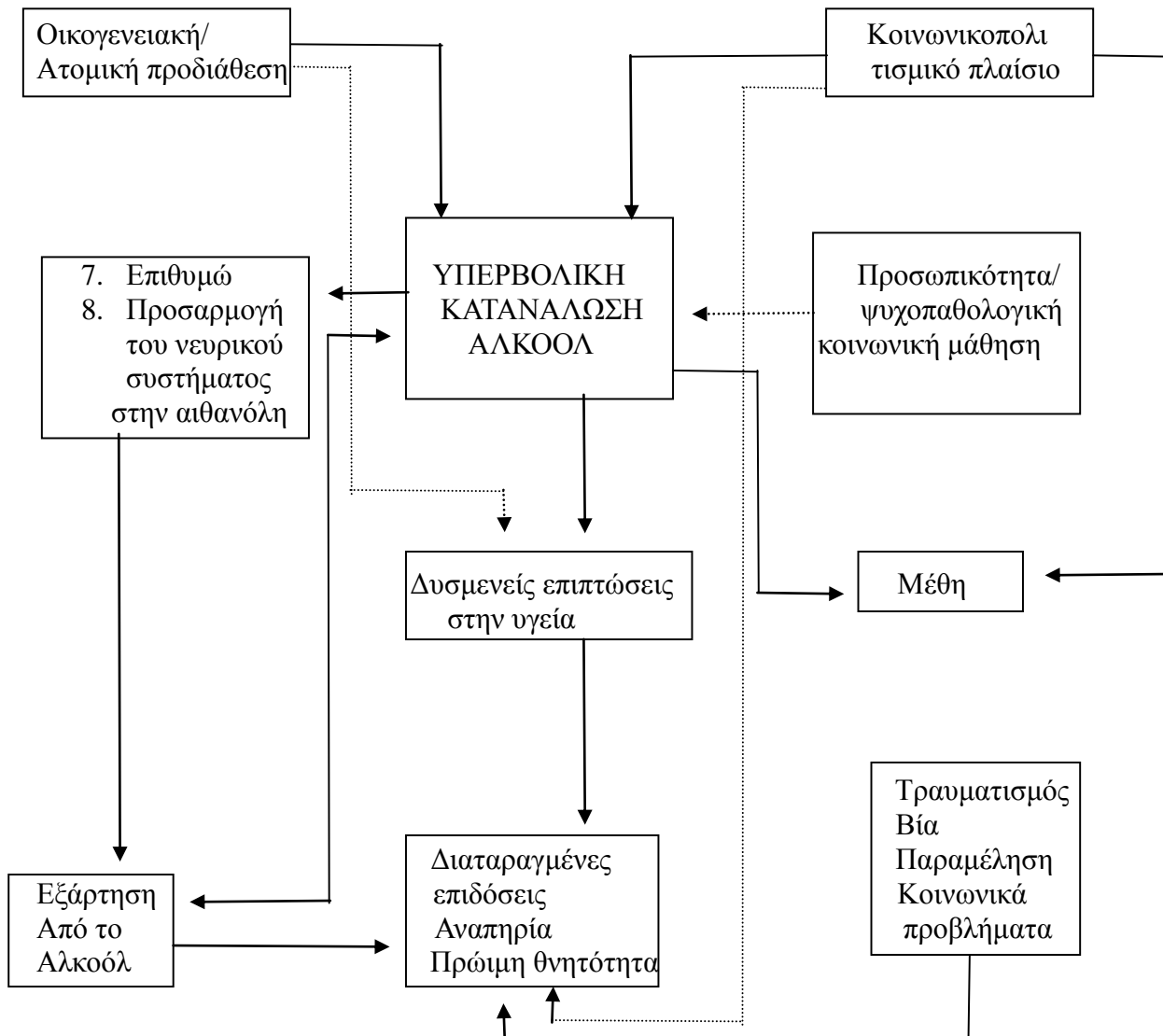
**ΟΔΗΓΕΙΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ**  
Συγκ. οινοπ. στο αίμα 0,05%
**ΑΠΩΛΕΙΑ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ**  
0,05% - 0,09%
**ΜΗΝ ΟΔΗΓΕΙΤΕ**  
0,10% και άνω

**ΣΧΗΜΑ 6-7**

**Η συγκέντρωση του οινοπνεύματος στο αίμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος.** Κατά προσέγγιση τιμές της συγκέντρωσης οινοπνεύματος στο αίμα ως συνάρτηση της κατανάλωσης οινοπνεύματος σε διάστημα 2 ωρών. Για παράδειγμα, αν το βάρος σας είναι 90 κιλά και ήπιατε 4 μπίρες σε 2 ώρες, η συγκέντρωση του οινοπνεύματος στο αίμα σας θα είναι μεταξύ 0,05% και 0,09% ενώ η ικανότητα οδήγησης θα έχει μειωθεί σοβαρά. Έξι μπίρες στο ίδιο διάστημα των δύο ωρών θα δώσουν συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα μεγαλύτερη από 0,10%, επίπεδο που θεωρείται απόδειξη μέθης. (Από τη Διεύθυνση Οδικής Ασφάλειας στους Εθνικούς Αυτοκινητόδρομους).

(Atkinson et al., 2003, σ. 40)

**Σχήμα 4**  
**Αιτιοπαθογένεια προβλημάτων σχετιζόμενων με αλκοόλ**



(Celder et al, 2007, σ. 640)



## Πίνακες:

### Πίνακας 1 Φυσική Εξάρτηση (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία, 1987)

Για την ύπαρξη φυσικής εξάρτησης πρέπει να πληρούνται τρεις τουλάχιστον από τους παρακάτω όρους:

1. λήψη της ουσίας συχνότερα ή σε μεγαλύτερες δόσεις απ' ό,τι θα έπρεπε
2. ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή να ελαττωθεί η χρήση της
3. κατανάλωση σημαντικού χρόνου για την απόκτηση της ουσίας, τη χρήση της και την επάνοδο από την επίρειά της
4. συχνή τοξίκωση ή εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων
5. εγκατάλειψη επαγγελματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων
6. συνεχιζόμενη χρήση παρά τις αρνητικές ψυχολογικές ή φυσικές επιπτώσεις
7. ανάπτυξη ανοχής
8. συχνή χρήση της ουσίας με σκοπό την ανακούφιση από τα στερητικά συμπτώματα

(Jaffe, 1995, σ. 13)

### Πίνακας 2 Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για την εξάρτηση από το αλκοόλ ή άλλη ουσία

#### Εξάρτηση από αλκοόλ

Συνιστά έναν παθολογικό τύπο χρήσης οινόπνευματος που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή δυσφορία και εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα, τα οποία συμβαίνουν οποτεδήποτε σε μία 12μηνη περίοδο:

- 1) Ανοχή:** Ανάγκη για σαφώς αυξημένες ποσότητες αλκοόλ, προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή τοξίκωση, ή σαφώς μειωμένο αποτέλεσμα με τη συνέχιση της χρήσης της ίδιας ποσότητας αλκοόλ.
  - 2) Στέρηση:** Χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για το αλκοόλ, ή λαμβάνεται η ίδια (ή παρόμοια) ουσία για την ανακούφιση ή αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων
  - 3)** Το αλκοόλ συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους παρά την αντίθετη πρόθεση του ατόμου
  - 4)** Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή ελεγχθεί η χρήση του αλκοόλ
  - 5)** Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση, τη χρήση ή την ανάνηψη από την δράση του αλκοόλ
  - 6)** Περιορισμός σημαντικών κοινωνικών επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης του αλκοόλ
  - 7)** Συνέχιση της χρήσης του αλκοόλ παρόλη την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από το αλκοόλ
- Προσδιορίστε αν η εξάρτηση από το αλκοόλ συνυπάρχει:  
με σωματική εξάρτηση: ύπαρξη ανοχής ή στέρησης  
ή χωρίς σωματική εξάρτηση: δεν υπάρχουν ανοχή ή στέρηση

(Παπαρηγόπουλος, Τζαβέλλας & Λιάππας, 2007, σ. 53)

**Πίνακας 3**  
**Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για την κατάχρηση αλκοόλ**

**Κατάχρηση αλκοόλ**

Δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης αλκοόλ που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή δυσφορία, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα, τα οποία συμβαίνουν μέσα σε μια 12μηνη περίοδο:

**1)** Επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ που έχει ως αποτέλεσμα αποτυχία στην εκπλήρωση βασικών υποχρεώσεων του ρόλου στην εργασία, το σχολείο ή το σπίτι

**2)** επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ σε καταστάσεις στις οποίες είναι επικίνδυνο για τη φυσική σωματική υγεία

**3)** επαναλαμβανόμενα προβλήματα εμπλοκής με τον νόμο συνδεδεμένα με το αλκοόλ, συνεχιζόμενη χρήση αλκοόλ παρόλη την ύπαρξη μόνιμων ή υποτροπιαζόντων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιδράσεις του αλκοόλ

(Παπαρηγόπουλος, Τζαβέλλας & Λιάππας, 2007, σ. 54)

**Πίνακας 4**

Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια ICD/10 για εξάρτηση από το αλκοόλ και επιβλαβή χρήση.

**Εξάρτηση.** Απαραίτητα τουλάχιστον 3 κριτήρια.

9. Δυνατή επιθυμία ή αίσθηση ανάγκης για χρήση ουσίας

10. Εμφανής μείωση της ικανότητας για έλεγχο της χρήσης της ουσίας. Η μείωση αυτή της ικανότητας μπορεί να συνιστάται σε δυσκολία ελέγχου της έναρξης της χρήσης, δυσκολία στην διακοπή της χρήσης ή δυσκολία στο να ελεγχθεί το επίπεδο χρήσης.

11. Σύνδρομο στέρησης ή χρήση της ουσίας ώστε να αποφευχθεί (ή να μειωθεί) η συμπτωματολογία του συνδρόμου στέρησης. Στην δεύτερη περίπτωση το άτομο γνωρίζει την αποτελεσματικότητα αυτής της συμπεριφοράς.

12. Παρουσία ανοχής.

13. Προοδευτική αδιαφορία για άλλα ενδιαφέροντα, διασκέδαση.

14. Επιμονή στην χρήση της ουσίας παρόλο που είναι εμφανείς οι βλαβερές συνέπειες.

**Επιβλαβής χρήση** είναι η χρήση μιας ουσίας όταν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι προέκυψαν ενεργές ψυχικές ή φυσικές βλάβες στον χρήστη.

(Μουζάς, 2005)

## Πίνακας 5

### Διαταραχές του DSM-IV-TR που συνδέονται με τη χρήση αλκοόλ

Διαταραχές χρήσης αλκοόλ:

Εξάρτηση από αλκοόλ

Κατάχρηση αλκοόλ

Προκαλούμενες από αλκοόλ διαταραχές:

Τοξίκωση από αλκοόλ

Στέρηση αλκοόλ

Παραλήρημα τοξίκωσης από αλκοόλ

Παραλήρημα στέρησης από αλκοόλ

Προκαλούμενη από αλκοόλ αμνησιακή διαταραχή

Προκαλούμενη από αλκοόλ ψυχωτική διαταραχή, με παραληρητικές ιδέες

Προκαλούμενη από αλκοόλ ψυχωτική διαταραχή, με ψευδαισθήσεις

Προκαλούμενη από αλκοόλ διαταραχή της διάθεσης

Προκαλούμενη από αλκοόλ αγχώδης διαταραχή

Προκαλούμενη από αλκοόλ σεξουαλική δυσλειτουργία

Συνδεόμενη με το αλκοόλ διαταραχή μη αλλιώς προσδιοριζόμενη

Από: Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, text revision 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC American psychiatric association, copyright 2000, κατόπιν αδείας.

(Sadock & συν., 2007)

### Πίνακας 6

Φάρμακα που χορηγούνται για τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλης, τη μείωση της ακαταμάχητης επιθυμίας για αλκοόλη, τη συντήρηση της αποχής ή την πρόληψη της υποτροπής σε εξαρτημένα από αλκοόλη άτομα.

Φάρμακο	Μηχανισμός	Σχόλια
Δισουλφιράμη	Αναστέλλει την αλδεϋδική αφυδρογονάση και επιτρέπει τη συσσώρευση ακεταλδεϋδης	Αμφισβητείται η κλινική αποτελεσματικότητα σε ελεγχόμενες μελέτες. Αποτελεσματική σε συγκεκριμένες καταστάσεις.
Καρβαμίδιο του ασβεστίου	Ίδιος με της δισουλφιράμης	Ενδέχεται να έχει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τη δισουλφιράμη. Διαθέσιμο στον Καναδά και όχι στις ΗΠΑ.
Ναλτρεξόνη	Ανταγωνιστής ενδογενών οπιοειδών	Εγκεκριμένη από τον FDA για τη θεραπεία της αλκοολικής εξάρτησης. Μειώνει την κατανάλωση σε βαρείς πότες.
Ακαμπροσάτη	Ρυθμιστής NMDA και GABA <sub>A</sub> υποδοχέων	Μειώνει τις δυσάρεστες επιδράσεις της αποχής από την αλκοόλη και την ακαταμάχητη επιθυμία. Μπορεί να έχει ανεπιθύμητες ενέργειες στο έμβρυο. Εγκεκριμένο στην Ευρώπη και όχι στις ΗΠΑ.
Φλουοξετίνη και άλλοι ΕΑΕΣ	Αγωνιστές σεροτονίνης μέσω αναστολής της επαναπρόσληψής της	Μειώνει την κατάθλιψη και το άγχος όταν συνυπάρχουν με την αλκοολική εξάρτηση.
Βουσπιρόνη	Αγωνιστής των 5-HT <sub>1A</sub> υποδοχέων της σεροτονίνης	Μικρή αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα που μπορεί να οφείλεται σε ανεπαρκή επίπεδα στο αίμα.
Ονδανσετρόνη, Ριτανσερίνη	Ανταγωνιστές των 5-HT <sub>3</sub> υποδοχέων	Μπορεί να μειώσουν την ακαταμάχητη επιθυμία. Μικρή αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα.
Καρβαμαζεπίνη	Σταθεροποιητικό της διάθεσης, αντιεπιληπτικό	Μπορεί να μειώσει τις δυσάρεστες επιδράσεις της στέρησης.
Γ-υδροξυβουτυρικό	Ανταγωνιστής των NMDA υποδοχέων	Κατασταλτικό-ευφοριογόνο. Μπορεί να ανακουφίσει από τα συμπτώματα στέρησης. Κίνδυνος κατάχρησης.
Βρωμοκρυπτίνη	Ντοπαμινεργικός αγωνιστής	Μπορεί να μειώσει την ακαταμάχητη επιθυμία. Μικρή τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα στη μείωση των υποτροπών.

(Julien, 2003, σ. 131)

## Κεφάλαιο 2

**Πίνακας 1**  
Σχετικός κίνδυνος για διάφορα νοσήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ

	ΓΥΝΑΙΚΕΣ			ΑΝΔΡΕΣ		
	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ			ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ		
	1η	2η	3η	1η	2η	3η
Καρκίνος σπλάγχνα-ρινόφaring	1,45	1,85	5,39	1,45	1,85	5,39
Καρκίνος οισοφάγου	1,80	2,38	4,36	1,80	2,38	4,36
Καρκίνος ήπατος	1,45	3,03	3,60	1,45	3,03	3,60
Επιληψία	1,34	7,22	7,52	1,23	7,52	6,83
Έμφραγμα μυοκαρδίου	0,52	0,64	1,06	0,94	1,33	1,65
Υπέρταση	1,40	2,00	2,00	1,40	2,00	4,10
Εγκεφαλικό επεισόδιο	0,59	0,65	7,98	1,28	2,19	2,38
Κίρρωση ήπατος	1,30	9,50	13,00	1,30	9,50	13,00

Πηγή: WHO Global Status Report on Alcohol 2004, Geneva, WHO, 2004.

1η 0-20gr/ ημέρα για τις γυναίκες και 0-30gr/ ημέρα για τους άνδρες.

2η 20-40gr/ ημέρα για τις γυναίκες και 40-60gr/ ημέρα για τους άνδρες.

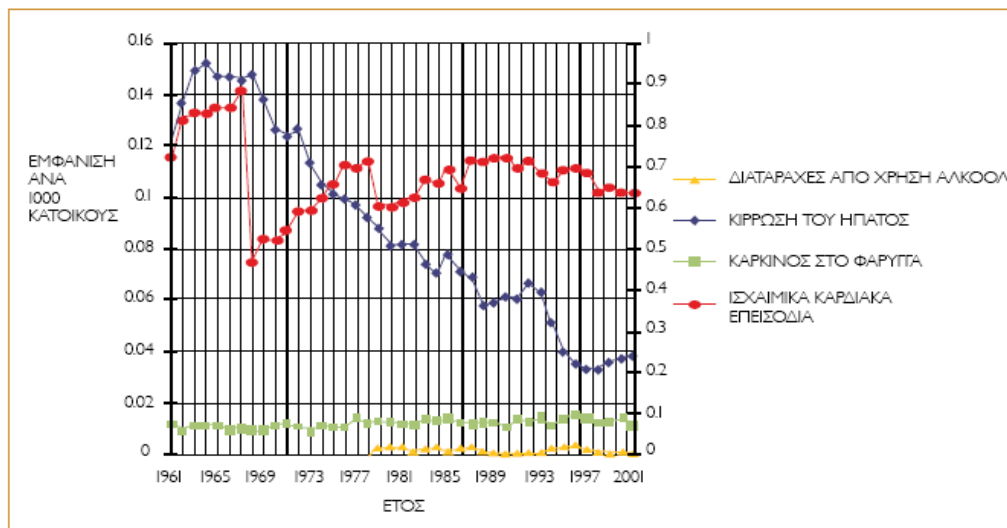
3η Άνω των 40gr/ ημέρα για τις γυναίκες και άνω των 60gr/ ημέρα για τους άνδρες.

Για σύγκριση: Ένα μπουκάλι κρασί περίπου 70gr αλκοόλης.

(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2008, σ. 17).

**Πίνακας 2**

Η διαχρονική πορεία της θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις που σχετίζονται με το αλκοόλ στην Ελλάδα (πρωτογενής ή δευτερογενής παράγοντας θανάτου).

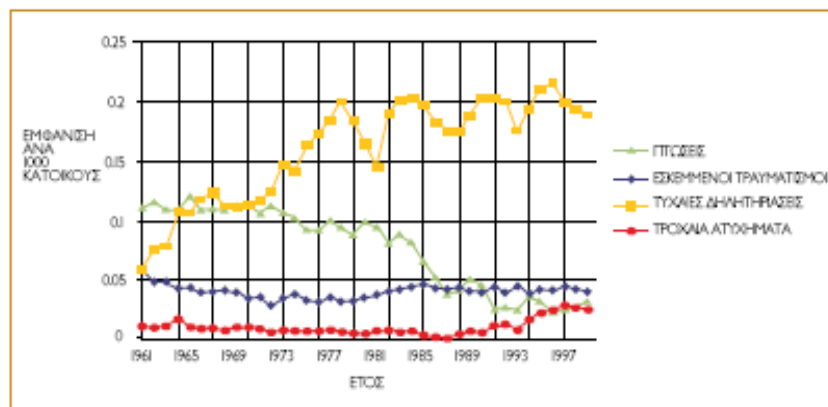


Πηγή: WHO - Global Status Report on Alcohol, 2004.

(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2008, σ. 24).

**Πίνακας 3.**

Η διαχρονική πορεία της θνησιμότητας από οξεία συμβάντα που σχετίζονται με το αλκοόλ στην Ελλάδα (πρωτογενής και δευτερογενής παράγοντας θανάτου).



Πηγή: WHO - Global Status Report on Alcohol - 2004.

(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2008, σ. 22).

## Κεφάλαιο 4:

**Πίνακας 1:**

**Ποσοστά αποχής στις δύο ομάδες**

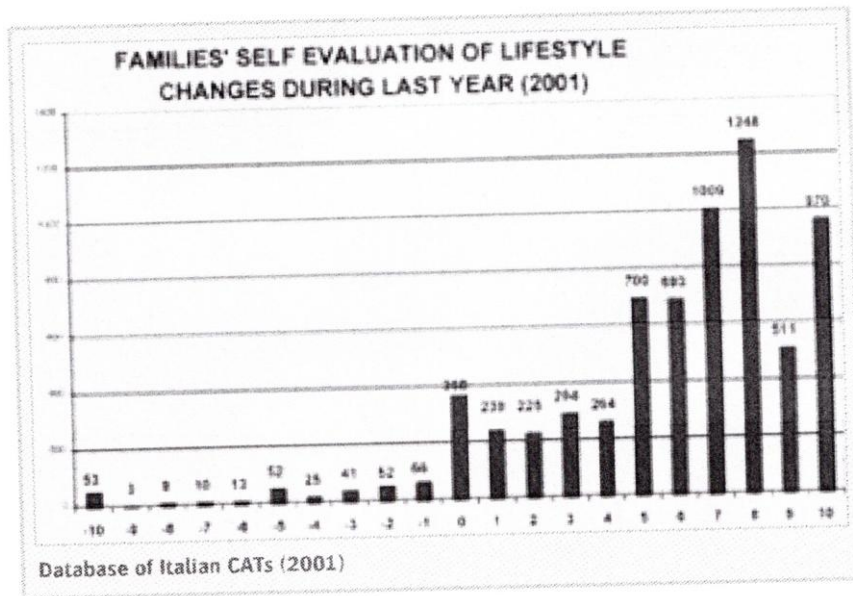
	Start phase					Verification phase		
	Recruited		Excluded patients			Included patients		
	Alcoholics	Relatives	Relapses	Dropout	Total	Alcoholics	Relatives	Total
ALC	24*	48	8	4	12	12 (50%)*	28	40
CAT	76*	108	8	8	16	60 (79%)*	84	144
CTR	66	95	0	0	0	66	95	161

Subjects and their relatives remaining abstinent in the verification phase. \* $p < 0.01$ .

(Guiffredi et al., 2003, p. 226)

**Πίνακας 2:**

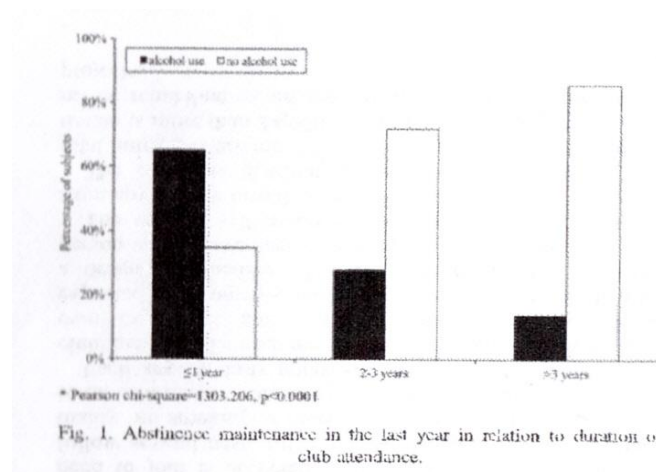
**Αυτοαξιολόγηση οικογενειών σχετικά με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής τους (2001)**



(Palmesino, 2003, p. 15)

**Πίνακας 3:**

**Διατήρηση αποχής από το αλκοόλ συγκριτικά με το χρόνο συμμετοχής στο Κλαμπ**



## Βιβλιογραφία

- Adams P. J. (1997). *Could Italian C.A.T. Clubs be adapted for New Zealand Families affected by alcohol and drug dependence?* Thirty page report circulated widely to alcohol and drug workers, health administrators, policy makers and workers in the field. Based on visits to Italian C.A.T. Clubs in Italy April 1997.
- Adams, P. J. (2008). *Fragmented Intimacy. Addiction in a Social World*. New York: Springer.
- Adollorato G., Viaggi M., Gentilini L. et al. (1993). Alcohol addition: evaluation of the therapeutic effectiveness of a self- managed self-help group in the maintenance of abstinence from alcohol. *Alcologia*, 3, 261-263.
- Agus A., Alberini S., Babic V., Bujanovac M., Scali L. & Tatalovic, R. (2001). Club experience in prisons. In V. Hudolin, P. Gosparini, G. Guidoni, N. Kohl, H. Kolstad, F. Marcomini, F. Piani, G. Pitacco & M. Sforzina (Eds), *Club of treated alcoholics. A guide for the work in the Clubs of treated alcoholics (social- ecological approach) with works of Vladimir Hudolin*. Trieste: European School of Alcology and Ecological Psychiatry.
- Αλκοόλ και Οικογένεια (2012). Ανασύρθηκε από <http://copaathens.wordpress.com/2012/06/28/αλκοόλ-και-οικογένεια-ομιλία-την-κυρι/>
- Allamani, A. (2012). Alcohol consumption policies and the prevention of alcohol consumption-related problems: needs, duties and responsibilities. *Substance use & misuse*, 47: 1252-1259.
- Arana, G. W. & Hyman, S. E. (2003). *Ψυχοφαρμακολογία*. Αθήνα: Λίτσας.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem D. J., Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία του Hilgard*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Barra, S., Franceschi, S., Maccioni, A. & Bidoli, E. (1992). Characteristics of alcoholics attending “Alcoholics in Treatment” Clubs in Northeastern Italy. *European Journal of Epidemiology*, 8 (4): 527- 531.
- Carev V., Granati O., Guidoni G. & Sacripante M. (2001). Club of treated alcoholics in military organisations. In V. Hudolin, P. Gosparini, G. Guidoni, N. Kohl, H. Kolstad, F. Marcomini, F. Piani, G. Pitacco & M. Sforzina (Eds), *Club of treated alcoholics. A guide for the work in the Clubs of treated alcoholics (social- ecological approach) with works of Vladimir Hudolin*. Trieste: European School of Alcology and Ecological Psychiatry.
- Celder, M. C., Lopez-Ibor J. J. & Andreasen, N. (2007). *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική* (Τόμ. 1). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Curzio, O. Tilli, A. Mezzasalma, L. Scalese, M. Fortunato, L. Potente, R. Guidoni, G. & Molinaro, S. (2012). Characteristics of Alcoholics Attending “Clubs of Alcoholics in Treatment” Clubs in Italy: A National Survey. *Alcohol and Alcoholism*, 47 (3): 317- 321.



- Εβδομάδα Πρόληψης, Ηράκλειο, 2012* (2012). Ανασύρθηκε από <http://alkoologia.gr/δίκτυο-αλκοολογίας/εβδομαδα-προληψησ-ηρακλειο-2012/>
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία 2008- 2012 (2008). Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ανασύρθηκε από: <http://www.yyka.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/95-ethnika-sxedia-drashs>.
- ΕΣΚΟΠΑ (χ.χ.). Ανασύρθηκε από <http://www.escopa.gr/where-to-find-us/escopa/>
- Ζαφειρίδης, Φ. (1987). Βασικές θέσεις στο πρόβλημα της χρήσης εξαρτητικών ουσιών. *Εισήγηση στην Πανελλήνια Ενημερωτική Συνάντηση για τα Ναρκωτικά, 3-5/6*, Αθήνα.
- Giuffredi, C. (2007). The social- ecological approach in the treatment of alcohol related problems. *Εισήγηση σε συνάντηση του project Grundtvig- Young people and alcohol*, Μάιος, Θεσσαλονίκη.
- Giuffredi, C., Di Gennaro, C. Montanari, A., Barilli, A. & Vescovi, P. P. (2003). Alcohol addiction: evaluation of alcohol abstinence after a year of psycho- medical- social treatment. *Addiction Biology*, 8: 219- 228.
- Hudolin, V. (1965). The day hospitals in the treatment of alcoholics. *British Journal of Addiction, to Alcohol & Other Drugs* 61: 29- 33.
- Hudolin V. (2001). Organisation of the Clubs of treated alcoholics. Club composition. Offices inside the Clubs. In V. Hudolin, P. Gosparini, G. Guidoni, N. Kohl, H. Kolstad, F. Marcomini, F. Piani, G. Pitacco & M. Sforzina (Eds), *Club of treated alcoholics. A guide for the work in the Clubs of treated alcoholics (social- ecological approach) with works of Vladimir Hudolin*. Trieste: European School of Alcology and Ecological Psychiatry.
- Humphreys, K. (2003). *Circles of recovery. Self- Help Organizations for Addictions*. New York: Cambridge University Press.
- Jaffe, J. H. (1995). *Εθισμός και κατάχρηση τοξικών ουσιών*. Αθήνα: Advance Publishing O. E.
- Julien R. M. (2003). *Βασικές Αρχές Ψυχοφαρμακολογίας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Καραγιάννη, Κ. (2013). Πάλιν τον καυκόν έπιες, πάλιν τον νουν απωλέσας (επεισόδιο τηλεοπτικής εκπομπής). Στο Ε. Παναγοπούλου, *Ιχνηλατώντας*, Αθήνα: White Fox A.E.
- Καραδήμας Ε. Ν. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κατσιβαρδά Κ. (2010). *Μέθοδος Hudolin. Αντιμετώπιση προβλημάτων σχετιζόμενων με το αλκοόλ*. Συμπόσιο «Πρόληψη των υποτροπών στον Αλκοολισμό», Ηράκλειο, Μάιος 2010.
- Κατσιβαρδά, Κ. (χ.χ.). *Πληροφορίες για τα Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ*. Ανασύρθηκε από [http://www.ethelodespatras.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=121:2012-04-19-06-40-00&catid=44:2011-11-17-14-57-43&Itemid=74](http://www.ethelodespatras.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=121:2012-04-19-06-40-00&catid=44:2011-11-17-14-57-43&Itemid=74)

- Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Ξανθάκη Μ., Καναβού Ε. (2011). *Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).
- Kolb, B. & Whishaw, I. Q. (2009). *Εγκέφαλος και Συμπεριφορά*. Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Κουτσελίνης, Α. (2002). *Εξαρτησιογόνες ουσίες*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Lang, B. & J. Srdar (1992). Therapeutic Communities and Aftercare Clubs in Yugoslavia. In H. Klingemann, J-P. Takala & G. Hunt (Eds), *Cure, care or control: alcoholism treatment in sixteen countries*. New York: State University of New York Press.
- Λιάππας, Γ. Α. (1999). *Ναρκωτικά*. Αθήνα: Πατάκης.
- Λιάππας, Ι. Α. & Πομίни, Β. (2004). *Ουσιοεξάρτηση. Σύγχρονα Θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ.
- Lounsbury, D. W. & Mitchell, S. G. (2009). Introduction to Special Issue on Social Ecological Approaches to Community Health Research and Action. *American Journal of Community Psychology*, 44, 213- 220.
- Μαρσέλος, Μ. (2004). *Εξαρτησιογόνες ουσίες. Φαρμακολογία, τοξικολογία, ιστορία, κοινωνιολογία, νομοθεσία*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Μαντινάδες, ΚΟΙΠΑ Αρκαλοχωρίου Κρήτης (2013). Ανασύρθηκε από <http://alkoologia.gr/από-τις-οικογένειες/μαντινάδες-κοπα-αρκαλοχωρίου-κρήτης/>
- Μαρτυρίες από τις οικογένειες (2011). Ανασύρθηκε από <http://alkoologia.gr/από-τις-οικογένειες/μαρτυρίες-από-αλκοολικές-οικογένειες/>
- Μάτσα, Κ (2012). Δραματικές οι επιπτώσεις της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. *Ουτοπία*, 99, 7-9.
- McMicken, D.B. (1998). Alcohol-related disease. In Rosen, P. & Barkin, R. (eds). *Emergency Medicine. Concepts and Clinical Practice*. Missouri: C. V. Mosby.
- Μέλλον, Ρ. (2001). Αλκοολισμός και κατάθλιψη: Συσχέτιση και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Στο Ρήγα, Α- Β. & συν. (Επ.), *Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε οργανισμούς, ομάδες και άτομα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μέλλος, Ε. (2009). Συννοσηρότητα και αλκοόλ. *Εγκέφαλος*, 46 (2): 72- 78.
- Μουζάς, Γ. (2005). *Αλκοολογία για τον κλινικό γιατρό*. Αθήνα:
- Musso L. (2011). *Essere figli*. Turin: Regional Association of the Club of Alcoholics in Treatment in Piedmont.
- Ο ΕΣΚΟΠΑ συμμετέχει στο Φεστιβάλ Εθελοντισμού Χωρίς Σύνορα (2012). Ανασύρθηκε από <http://www.escopa.gr/o-εσκοπα-συμμετέχει-στο-φεστιβάλ-εθελ/>
- O' Farrell, T., Murphy, C. M., Stephan, S. H., Fals- Stewart W., Murphy, M. (2004). Partner

violence before and after couples- based alcoholism treatment for male alcoholics patients: the role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 2: 202- 217.

Palmesino, E. (2003). An Italian success story. *The Globe*, 4: 14-16.

Παναγής, Γ. Θ. (1998). Βιοψυχολογία της ενίσχυσης και του εθισμού. *Ψυχολογία*, 5(1): 71- 83.

Παναγής, Γ. Θ. & Καστελλάκης, Α. Α. (2001). Ο εθισμός ως νόσος του εγκεφάλου. Στο Ρήγα Α.- Β. και συν. (Επιμ.), *Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε οργανισμούς, ομάδες και άτομα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαδιώτη- Αθανασίου, Β. & Σοφτα- Ναι, Λ. (2006). *Οικογενειακή- συστημική θεραπεία. Βασικές προσεγγίσεις, θεωρητικές θέσεις και πρακτική εφαρμογή*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαρηγόπουλος, Θ, Τζαβέλλας, Η. & Λιάππας, Η. (2007). Αλκοολισμός και συν-νοσηρότητα. *Medreview Neurology*, 4: 52- 58.

Πάτρα (2012). Ανασύρθηκε από <http://www.escopa.gr/where-to-find-us/achaia/>

Pinel, J. P. J. (2011). *Βιοψυχολογία*. Αθήνα: Ελλην.

Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Barnow, S., Danko, G. P. (2002). Mood and anxiety symptoms among 140 children from alcoholic and control families. *Drug and Alcohol Dependence*. 67: 235- 242.

Room, R. (1998). Mutual Help Movements for Alcohol Problems in an International Perspective. *Addiction Research*, 6 (2): 131- 145.

Rutz, W. (2006). Social Psychiatry and public mental health: present situation and future objectives. Time of rethinking and renaissance? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113: 95-100.

Sadock, B. J., Sadock, A. V. (2007). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Λίτσας.

Savelli, M. (2011). Diseased, Depraved or just Drunk? The Psychiatric Panic over Alcoholism in Communist Yugoslavia. *Social History of Medicine*.

Sinacola, R. S. & Peters-Strickland, T. (2008). *Βασική ψυχοφαρμακολογία για ψυχολόγους και ψυχοθεραπευτές*. Αθήνα: GOTSIS.

Στυλιανίδης, Σ. (2008). Κοινωνική ψυχιατρική και κουλτούρα. Στο Στυλιανίδης, Σ. & Στυλιανούδη Λ. *Κοινότητα και ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Η εμπειρία της Εύβοιας 1988-2008*. Αθήνα: Τόπος.

Τερζίδου, Μ. (2006). Επιδημιολογικά δεδομένα στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Στο Λιάππας, Ι.Α. & Πομίνι Β. (Επ.), *Κατάχρηση και εξάρτηση από το οινόπνευμα. Προβλήματα και αντιμετώπιση*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ- Ελληνικό τμήμα.

Τριπύλας Κ. (2011). Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ (επεισόδιο τηλεοπτικής εκπομπής). Στο Α. Παπαδούδης, *Με αγάπη*, Αθήνα: ΚΑΠΑ Studios.

Τσόχας, Κ. (1988). *Επίτομη Κλινική Φαρμακολογία*. Αθήνα: Λύχνος.

Turner R.C., Lichstein P.R., Peden J.G. et al (1989). Alcohol withdrawal syndromes: a review of the pathophysiology, clinical presentation and treatment. *Journal of General Internal Medicine*, 4: 432-439.

Φωτιάδου, Α. & Ηλιοπούλου Λ. (2003). Προτάσεις για αντιμετώπιση του Αλκοολισμού σε επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης. *Εγκέφαλος*, 40, 2.

Χαραλαμπίδης, Ε. (2003). *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.- Ο.ΚΑ.ΝΑ).

*Ιστοσελίδες από τις οποίες αντλήθηκαν πληροφορίες σχετικά με τη μέθοδο Hudolin και τους φορείς που δραστηριοποιούνται μέσω αυτής στην Ελλάδα:*

ΕΛ.ΚΕ.Μ.Α.Σ.Α.Π. : Ελληνικό Κέντρο Μελέτης και Αντιμετώπισης των σχετικών με το αλκοόλ προβλημάτων

<http://elkemasap.blogspot.gr/2008/07/hudolin.html>

Ε.Σ.Κ.Ο.Π.Α.: Ελληνικός Σύλλογος Κλαμπ Οικογενειών με Προβλήματα από το Αλκοόλ

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

Κ.Ο.Π.Α. Αθήνας

<http://copaathens.wordpress.com/>

Κ.Ο.Π.Α. Πάτρας

[http://www.ethelodespatras.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=121:2012-04-19-06-40-00&catid=44:2011-11-17-14-57-43&Itemid=74](http://www.ethelodespatras.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=121:2012-04-19-06-40-00&catid=44:2011-11-17-14-57-43&Itemid=74)

Κ.Ο.Π.Α. Κρήτης

<http://alkoologia.gr/category/%CE%BA%CE%BF%CF%80%CE%B1-%CE%B7%CF%81%CE%B1%CE%BA%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%BF%CF%85/>

*Τηλεοπτικές εκπομπές που έχουν ασχοληθεί με την προσφορά και τη λειτουργία των Κ.Ο.Π.Α Ελλάδας:*

1) Με αγάπη:

[http://www.antenna.gr/webtv/watch?cid=17wa\\_eq\\_j\\_bf\\_rs%3D](http://www.antenna.gr/webtv/watch?cid=17wa_eq_j_bf_rs%3D)

2) Ιχνηλατώντας:

<http://www.ert.gr/webtv/et1/item/10576-Palin-ton-kaykon-epies-palin-ton-noyn-apwlesas-27-01-2013#.UQUmHmc1CS0>