

Occupational Therapy and Alcoholism

Εργοθεραπεία & Αλκοολισμός

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:

Αλκοόλ, Αλκοολισμός, Εργοθεραπεία, Εξάρτηση, Εθισμός, Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής/ Transtheoretical Model of Change (TMC), Μοντέλο Ανθρώπινου Έργου/ Model of Human Occupation (MoHo)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται την συμβολή της εργοθεραπείας στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Γίνεται λεπτομερής ανάλυση και επεξήγηση της διαταραχής του αλκοολισμού, της αιτιολογίας του, των διαγνωστικών κριτηρίων καθώς επίσης, και των ψυχοσωματικών και οργανικών νοσημάτων, τα οποία οφείλονται στον αλκοολισμό. Επισημαίνονται μοντέλα παρέμβασης που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπισή του, καθώς και εργοθεραπευτικές προσεγγίσεις με βάση συγκεκριμένα μοντέλα πρακτικής. Το Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής - Transtheoretical Model of Change (TMC) (Roush, 2007) και το Μοντέλο του Ανθρώπινου Έργου - Model of Human Occupation (MoHo) (Kielhofner, 1995)..

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο αλκοολισμός είναι πολύπλοκη, πολυπαραγοντική διαταραχή, η οποία αναπτύσσεται συνήθως σε άτομα που χαρακτηρίζονται από τάση απομόνωσης, μειωμένη αυτοεκτίμηση, απελπισία, μοναξιά, φόβο, αδυναμία ανοχής της ματαίωσης, αισθήματα ανικανοποίητου, δυσπιστία (Πογιατζής, 2005). Είναι χρόνια διαταραχή συμπεριφοράς, ταυτόσημη με την εξάρτηση από το οινόπνευμα. Εκδηλώνεται με επαναλαμβανόμενη λήψη οινοπνευματωδών ποτών σε ποσότητα ασύμβατη με τις διαιτητικές συνθήκες και τα άλλα παραδεκτά όρια του κοινωνικού περιβάλλοντος, συνήθως σε αρκετά μεγάλο βαθμό που επηρεάζει την υγεία του χρήστη ή την επαγγελματική και κοινωνική του λειτουργικότητα (WHO, 2003; WHO, 2004). Είναι μια χρόνια εξελισσόμενη και δυνητικά θανατηφόρος νόσος, η οποία προκαλεί σοβαρές ψυχιατρικές, σωματικές και κοινωνικές επιπλοκές. Αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα των αναπτυγμένων χωρών, ειδικά δε μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο πήρε εκρηκτικές διαστάσεις (Χριστοδούλου, et al., 2000).

Διαγνωστικά κριτήρια εξάρτησης από το αλκοόλ

Το βασικό χαρακτηριστικό της εξάρτησης από ουσίες είναι ένα σύμπλεγμα σωματικών, γνωστικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων, που δείχνουν ότι το άτομο συνεχίζει τη χρήση της ουσίας, παρά την ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων που σχετίζονται με την λήψη της (Patussi, 2003; Ανυφαντάκης, 2003). Ένα πρότυπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, συμβαίνει μέσα σε μία 12μηνη περίοδο, όπως εκδηλώνεται με ένα τουλάχιστον από τα ακόλουθα κριτήρια διάγνωσης κατά το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 2000/2004): 1) Ανοχή, 2) Στέρηση, 3) Λήψη ουσίας σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου, 4) Έμμομη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής ή περιορισμού της χρήσης, 5) Δαπάνη χρόνου σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση του αλκοόλ, 6) Εγκατάλειψη ή μείωση σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, 7) Χρήση αλκοόλ παρά την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος.

Ψυχοσωματικά προβλήματα & Οργανικά νοσήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ

Η χρόνια κατανάωσή του αλκοόλ αυξάνει την ικανότητα του σώματος να μεταβολίζει την ουσία και έτσι χρειάζεται να καταναλωθεί περισσότερη ποσότητα ώστε να υπάρχει το «επιθυμητό» αποτέλεσμα (Shapiro & Aderson, 2005).

Τα ψυχοσωματικά προβλήματα που εμφανίζονται συχνά μετά

τη χρήση αλκοόλ είναι, επιληπτικές κρίσεις, οπτικοακουστικές παραισθήσεις, τρομώδες παραλήρημα, ψυχώσεις (Moyers & Stoffel, 1999; Saunders & Williams, 1983). Συνοδεύονται από άγχος, κατάθλιψη, παραπτωματική ή κοινωνικοφοβική συμπεριφορά, ιδεοψυχαναγκασμούς και διαταραχές μανιακού ή σχι-

ζοφρενικού τύπου. Τέλος, παρουσιάζονται ελλείμματα σχετιζόμενα με την προσοχή, την ομιλία, τη μνήμη, την επίλυση προβλημάτων και την επεξεργασία πληροφοριών (Moyers & Stoffel, 1999).

Χαρακτηριστικό είναι το σύνδρομο στέρσης, το οποίο εκδηλώνεται με ανησυχία, μειωμένη αντίληψη, εριστική συμπεριφορά, άγχος και τρομώδες παραλήρημα, (delirium tremens) (Tarter & Edwards, 1986; Sarin, et al., 1988; Vingilis & Smart, 1981). Χαρακτηρίζεται από νοητική σύγχυση, αστάθεια των αισθήσεων, οπτικές παραισθήσεις, διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και εφίδρωση.

Παράλληλα, παρατηρούνται οργανικές παραισθήσεις που χαρακτηρίζονται από παρανοϊκή ψύχωση και επιθετική συμπεριφορά (Tölle, 1988). Με τον παραπάνω όρο εννοούνται η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke (χαρακτηρίζεται από θόλωση της συνείδησης, οφθαλμοπληγία και αταξία σχετικά με το βάδισμα) και το σύνδρομο Korsakoff (με επιπλοκές της προαναφερόμενης εγ-

κεφαλοπάθειας καθώς και με απώλεια μακρόχρονης μνήμης, η οποία οδηγεί το άτομο στη μυθολογία) (Μάνος, 1988). Το σύνδρομο αυτό, εμφανίζεται μετά από ένα ή περισσότερα επεισόδια τρομώδους παραληρήματος ή παραμένει μετά τη θεραπεία της εγκεφαλοπάθειας.

Το αλκοόλ σε μη ελεγχόμενες ποσότητες προκαλεί σημαντικές οργανικές βλάβες, για αυτό, συνήθως παρατηρείται συνοσηρότητα με κάποια σωματική νόσο, όπως ηπατική κίρρωση, πρόωγη άνοια, βλάβες στο πάγκρεας και στο στομάχι (Λύκουρας, et al., 2009; Sherlock, 1982). Καθότι το ανοσοποιητικό σύστημα υπολειτουργεί, είναι ευάλωτο, ο οργανισμός προσβάλλεται από διάφορα είδη λοιμώξεων (Λιάππας, 1992).

Επιπροσθέτως, οι χρήστες αλκοόλ έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν ακούσιους τραυματισμούς και ατυχήματα με οχήματα, λόγω μειωμένων αντανακλαστικών, εξ' αιτίας της επίδρασης του αλκοόλ (Smith, et al., 1999; Μαρσέλος, 1997; Moyers & Stoffel, 1999; Zador, et al., 2000).

Αιτιολογία αλκοολισμού

Η χρήση του αλκοόλ εμφανίζεται σαν ένα μέσο αποφυγής και δραπετεύσης από δυσάρεστα προσωπικά γεγονότα (Wilson & Byrd, 2004). Σύμφωνα με εμπειρογνώμονες και ερευνητές, είναι γνωστό ότι, το κάθε άτομο μπορεί να γίνει αλκοολικό κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου, επαγγέλματος, μόρφωσης και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Ποταμιανός, 2005; Τσαρουχάς, 2000; Taylor, 1995).

Οι αιτίες του αλκοολισμού είναι πολυπαραγοντικές. Υπεύθυνη για την εξάρτηση δεν είναι μόνο η ουσία, αλλά και ο ίδιος ο ψυχισμός του ανθρώπου (Τσαρουχάς, 2000). Η προβληματική συμπεριφορά επέρχεται, λόγω της ασυνείδητης αντίληψης, η οποία έρχεται σε αντιπαράθεση με την εικόνα του εαυτού και δημιουργείται σύγχυση. Το άτομο συμπεριφέρεται έτσι, ώστε να διατηρεί ομαλά συγκροτημένη την αυτοαντίληψή του, δηλαδή την εικόνα που έχει για τον εαυτό του ως ιδανικό εαυτό (Lindsay, 1983; Rogers, 1959).

Πιο συγκεκριμένα, σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία του αλκοολισμού έχουν βιολογικοί, γενετικοί, ψυχολογικοί, καθώς και κοινωνικοί, πολιτισμικοί παράγοντες. Έρευνες είχαν δείξει ότι οι αλκοολικοί παρουσίαζαν έναν αλλεργικό παράγοντα στη βιολογική τους σύνθεση που ευθύνονταν για την εξάρτησή τους από το αλκοόλ (Robinson & Voegtlin, 1952). Νέες έρευνες, ισχυρίζονταν ότι είναι πιθανό να εκδηλωθεί αλκοολισμός σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς (Hillemand, 2007; Cadoret & Troughton, 1989; Goodwin, et al., 1973; Cloninger, et al., 1984). Ο μηχανισμός με τον οποίο η συνήθεια του ποτού μεταφέρεται από γενιά σε γενιά θεωρείται ότι βασίζεται στον μηχανισμό της ταύτισης (Ανυφαντάκης, 2003). Με

αυτό, τα παιδιά υιοθετούν χαρακτηριστικά και μοντέλα συμπεριφοράς από τα μέλη του περιβάλλοντός τους (Fingarette, 1988). Ο Freud (1905) υποστήριζε, ότι το αλκοόλ παρεμβαίνει στις ενδοψυχικές ισορροπίες ως ένας αντι-αναστολέας των δεσμευμένων ενορμηπτικών τάσεων (Βεργέτης, 2006). Στην περίπτωση αυτή το άτομο επιλέγει την χρήση αλκοόλ ως διέξοδο από τις πιέσεις που αφορούν την ανάληψη ρόλων, καθώς έχει αναπτύξει μία ανώριμη προσωπικότητα, μια «αφύσικη προσκόλληση» στους γονείς (Τσαρουχάς, 2000 ; Kessel & Walton, 1974). Ωστόσο, η χρήση του αλκοόλ δεν γίνεται πάντα συνειδητά από το άτομο. Συνήθως, η ανάγκη του για αποδοχή και ένταξη σε μία ομάδα, εντείνουν τον φόβο της απόρριψης και έτσι στρέφεται προς το αλκοόλ, το οποίο είναι η πιο φτηνή ουσία, η χρήση της δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτή (Λιάππας, 1992; Βεργέτης, 2006; Λύκουρας, 2009).



Θεραπεία του Αλκοολισμού

Η θεραπεία του αλκοολισμού περιλαμβάνει τυπικά δύο στάδια: τη σωματική απεξάρτηση και την ψυχική απεξάρτηση (Μάτσα, 2008; Παπαγεωργίου, 2006). Στο πρώτο στάδιο επιδιώκεται η αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων και στο δεύτερο στάδιο, το οποίο είναι μακροχρόνιο, περιλαμβάνονται όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που απαιτούνται για την διατήρηση του εξαρτημένου ατόμου στην αποχή του από το αλκοόλ (Παπαγεωργίου, 2004). Τα εξαρτημένα άτομα μπορούν πράγματι να τροποποιήσουν την προβληματική συμπεριφορά τους και να πετύχουν σημαντικές αλλαγές στους τομείς της καθημερινής τους ζωής και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Για να συμβεί αυτό, πρέπει να ενταχθούν ενεργά στη θεραπεία και να ενισχύουν συνεχώς τα κίνητρά τους (Λύκουρας, et al., 2009).

Στην θεραπεία απεξάρτησης χρησιμοποιούνται φαρμακολογικές προσεγγίσεις, θεραπεία μέσω χρήσης φαρμάκων, ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, συνδυασμός ατομικής ψυχοθεραπείας, γνωσιακής/ συμπεριφορικής και συστημικής (Πομίνι, 2004). Ακόμη, ατομική ψυχοθεραπεία με ταυτόχρονη παρακολούθηση ομάδων αυτοβοήθειας, όπως είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.) (Galander, et al., 1999). Τέλος, σημαντική είναι η θεραπεία μέσω εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων, με σκοπό την δια βίου τροποποίηση της προβληματικής συμπεριφοράς, μέσω «απελευθέρωσης» της δημιουργικότητας, ώστε να μπορέσει το άτομο να ολοκληρώσει την φυσιολογική του ανάπτυξη και ωρίμανση, να αποσύρει τα εμπόδια και να μπορέσει να συνεχίζει την ζωή του (Lindsay, 1983).

Το Διαθεωρητικό Μοντέλο της Αλλαγής - Transtheoretical Model of Change (TMC)

Η τρέχουσα πρακτική στην θεραπεία για την χρήση ουσιών, που χρησιμοποιούν οι εργοθεραπευτές διεθνώς, στηρίζεται στο Διαθεωρητικό Μοντέλο της Αλλαγής, Transtheoretical Model of Change (TMC), Prochaska και DiClemente 1970 (Roush, 2007). Το TMC περιγράφει 5 ευδιάκριτα στάδια, τα οποία κατηγοριοποιούν την διαδικασία της αλλαγής: 1) Προ-σχεδιασμός/ Προ-στοχασμός, 2) Σχεδιασμός/ Στοχασμός, 3) Προετοιμασία, 4) Δράση, 5) Συντήρηση.

Είναι σημαντικό η θεραπευτική διαδικασία να στηριχτεί στα 5 στάδια που βιώνει το εξαρτημένο άτομο μέχρι την στιγμή που θα αισθανθεί ότι θέλει να κάνει την αλλαγή του τρόπου ζωής του (McConaughy et al., 1989; McConaughy, 1983; Prochaska & DiClemente, 1986; Prochaska et al., 1992; DiClemente et al., 1991).

Στο στάδιο του προ-στοχασμού, το άτομο δεν γνωρίζει ή δεν είναι πρόθυμο να αναγνωρίσει ότι υπάρχει πρόβλημα «απ' όσο μπορώ να καταλάβω δεν έχω κανένα πρόβλημα, εγώ το ελέγχω ο άλλος είναι αλκοολικός, εγώ έχω ένα ελάττωμα». Στο στάδιο του στοχασμού το άτομο αναγνωρίζει ότι το πρόβλημα υπάρχει και εξετάζει τις επιλογές για την αντιμετώπισή του «έχω ένα πρόβλημα, πραγματικά μπορώ να δουλέψω πάνω σε αυτό και ίσως θέλω να αλλάξω κάτι από τον εαυτό μου» (Benjamin, 1987; Stoffel & Moyers, 2001; Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992; Roush, 2007).

Στη συνέχεια, προετοιμάζεται αποφασίζοντας και αναπτύσσοντας στρατηγικές για την αντιμετώπιση του προβλήματος (DiClemente, 1991). Συνεχίζει, θέτοντας το εν λόγω σχέδιο σε δράση, «πραγματικά δουλεύω σκληρά για να αλλάξω», αλλά πρέπει να συνεχίσει να χρησιμοποιεί επιτυχώς μία στρατηγική για τουλάχιστον 3 με 6 μήνες, προκειμένου να επιτευχθεί η συντήρηση «ίσως χρειάζομαι ώθηση για να διατηρήσω τις αλλαγές

που έχω ήδη κάνει» (Stoffel & Moyers, 2001; Prochaska, et al., 1992; Roush, 2007). Τελικά, όταν η αλλαγή έχει πλήρως ενσωματωθεί στον τρόπο ζωής του ατόμου, η διαδικασία θεωρείται ότι έχει ολοκληρωθεί.

Καθώς τα στάδια της αλλαγής περιγράφονται γραμμικά, η διαδικασία είναι κυκλική, με τη δυνατότητα οπισθοδρόμησης σε ένα προηγούμενο στάδιο, οποιαδήποτε στιγμή. Η οπισθοδρόμηση θεωρείται φυσιολογικό μέρος της διαδικασίας, έτσι τα άτομα μπορούν να προχωρούν σε οποιοδήποτε στάδιο, να οπισθοδρομούν σε προηγούμενο και να προχωρούν ξεκινώντας ξανά από αυτό το στάδιο (Prochaska & DiClemente, 1986; Norcross et al., 1989; Norcross & Vangarelli, 1989; DiClemente, et al., 1991; Roush, 2007).



Μοντέλο Ανθρώπινου Έργου - Model of Human Occupation (MoHo)

Το Διαθεωρητικό Μοντέλο της Αλλαγής, μπορεί να προβληθεί μέσα από το φακό του Μοντέλου Ανθρώπινου Έργου (Kielhofner, 1995). Η επιθυμία, οι συνήθειες και οι ικανότητες εκτέλεσης είναι στο επίκεντρο, ώστε να γίνει κατανοητό το ανθρώπινο έργο (Kielhofner, 1995).

Τρεις παράγοντες εμπλέκονται στην επιθυμία: κίνητρα, αξίες και ενδιαφέροντα. Το κίνητρο είναι μια ατομική «αίσθηση ικανότητας και αποτελεσματικότητας», οι αξίες αναφέρονται στα πράγματα που το άτομο «βρίσκει σημαντικά και γεμάτα νόημα να κάνει» ενώ τα ενδιαφέροντα «αναφέρονται σε έργα που το άτομο βρίσκει διασκεδαστικά και ικανοποιητικά» (Kielhofner, 1995).

Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν την επιθυμία για να εξηγήσουν τον κόσμο μέσω της πρόγνωσης, της επιλογής, της εμπειρίας και της ερμηνείας των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (Roush, 2007). Η συνήθεια είναι το προκαθορισμένο μοτίβο απαντήσεων που τα άτομα αναπτύσσουν, για να απαντούν αυτόματα σε επαναλαμβανόμενα μοντέλα χρονικών, φυσικών και κοινωνικών περιβαλλόντων, χωρίς να χρειάζεται να σκεφτούν συνειδητά ή να πάρουν μια νέα απόφαση. Η ικανότητα εκτέλεσης των ατόμων είναι συνδεδεμένη με τους σωματικούς και πνευματικούς πόρους και τις ανάλογες υποκειμενικές εμπειρίες (Kielhofner, 1995; Roush, 2007).

Η χρήση ουσιών μπορεί να ξεκινήσει σαν μία απόπειρα να ικανοποιηθεί μια ανικανοποίητη ανάγκη. Όπως για παράδειγμα, να παρέχουν προσωρινή ανακούφιση από το άγχος, λόγω δυσκολιών ή μπορεί να αποτελεί τεχνητό μέσο, για να επιτευχθεί ευχαρίστηση, επειδή οι ρόλοι και οι ρουτίνες του ατόμου δεν του παρέχουν ικανοποιητικές εμπειρίες απόλαυσης (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999). Το άτομο στρέφεται συστηματικά στις ουσίες για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, οι οποίες δεν έχουν ικανοποιηθεί.

Στην εφαρμογή του Μοντέλου Ανθρώπινου Έργου στο Διαθεωρητικό Μοντέλο της Αλλαγής, ο προ-στοχασμός μπορεί να εκληφθεί ως έλλειψη αποτίμησης της αλλαγής μιας συμπεριφοράς ή ενός έντονου ενδιαφέροντος για να διατηρηθεί η όποια κατάσταση «status quo» (Roush, 2007).

Ένα άτομο που εμπλέκεται με την χρήση ουσιών βρίσκεται στο στάδιο προ-σχεδιασμού, γιατί αυτό το άτομο δεν ενδιαφέρεται καθόλου να σταματήσει, αντίθετα ενδιαφέρεται να συνεχίσει τη χρήση. Η χρήση έχει γίνει συνήθεια και η ικανότητα εκτέλεσης υστερεί, ώστε να αλλάξει συμπεριφορά (Roush, 2007; Prochaska, et al., 1992; Stoffel & Moyers, 2001).

Βοηθώντας το άτομο να αναγνωρίσει ότι η ανικανοποίητη

ανάγκη παραμένει, παρά την χρήση αλκοόλ και ότι υπάρχουν αρνητικές πτυχές στη συμπεριφορά του (δυσκολία στις σχέσεις ή αδυναμία επίτευξης στόχου παρά τη σκληρή προσπάθεια), μπορεί να το διευκολύνει να κινηθεί προς τον στοχασμό.

Ένα άτομο στο στάδιο του στοχασμού αναπτύσσει ενδιαφέρον να σταματήσει, επειδή οι αξίες του αλλάζουν και σκέφτεται το όφελος μιας άλλης στρατηγικής για να καλύψει τις ανικανοποίητες ανάγκες. Παρ' όλα αυτά, το άτομο δεν έχει αναπτύξει αρκετά δυνατά προσωπικά κίνητρα και ικανότητα εκτέλεσης, ώστε να αναλάβει δράση και να «σπάσει» τον εθισμό (Roush, 2007; DiClemente & Prochaska, 1985; Prochaska & DiClemente, 1984). Κατά τη διάρκεια του στοχασμού, ο ασθενής αγωνίζεται να συμβιβαστεί με τις προηγούμενες απόπειρες και να μην παραιτηθεί αντιλαμβάνοντας τις δυσκολίες που πιθανόν θα περιέχει αυτή η επιλογή του (Roush, 2007; Benjamin, 1987; DiClemente, 1991; Prochaska & DiClemente, 1992). Αυτό σημαίνει ότι το άτομο θα πρέπει να λάβει υπόψη του τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία της αλλαγής της συμπεριφοράς του σε σχέση με τα χρονικά, φυσικά και κοινωνικά του περιβάλλοντα. Σε αυτό το στάδιο, ο στόχος της παρέμβασης είναι να αυξήσει το ενδιαφέρον του στην επίτευξη ελέγχου της χρήσης ουσιών, βοηθώντας το να εκτιμήσει την αποχή από αυτές στην υπόλοιπη ζωή του.

Στο στάδιο της προετοιμασίας, το άτομο έχει εσωτερικεύσει την αξία της αποχής, αλλά μπορεί να εξακολουθεί να στερείται προσωπικών κινήτρων. Η χρήση ουσιών είναι ακόμα μία συνήθεια και στερείται της ικανότητας να καλύψει ανικανοποίητες ανάγκες με υγιή τρόπο (DiClemente, et al., 1991). Ο στόχος σε αυτό το στάδιο είναι να αυξηθεί η ικανότητά του ασθενή για δράση.

Όταν το άτομο επιτυγχάνει επαρκή βούληση να πραγματοποιήσει την αναγκαία αλλαγή και να σπάσει την εξάρτηση, χρειάζεται να βελτιώσει τις δεξιότητες εκτέλεσης έργου σε ένα αρκετά υψηλό επίπεδο, ώστε να ξεπεράσει τον εθισμό (Roush, 2007; DiClemente, et al., 1991). Όταν αυτό συμβεί και κατορθώσει να τις διατηρήσει σε σταθερό επίπεδο, μπορεί να διατηρήσει την αποχή, χτίζοντας επιτυχημένες εμπειρίες και αναπτύσσοντας περαιτέρω πόρους, για τη στήριξη της αλλαγής. Ο κάθε ασθενής όμως, παρότι μπορεί να υιοθετήσει μία νέα συμπεριφορά, τα περιβάλλοντα στα οποία ζει και δραστηριοποιείται πιθανόν να θεωρηθούν προκλήσεις. Ο σκοπός και η επιτυχία της θεραπευτικής διαδικασίας για την απεξάρτηση θα επιβεβαιωθούν όταν ο ασθενής θα έχει επαρκείς πόρους, εύκολα διαθέσιμους (Roush, 2007).

Μέθοδοι παρέμβασης της εργοθεραπείας

Οι παρεμβάσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί από την εργοθεραπεία με αλκοολικούς ασθενείς μπορούν να ακολουθούν τα εξής θεωρητικά πλαίσια: 1) Αντιληπτικό-Συμπεριφορικό Μοντέλο, 2) Γνωσιακό-Συμπεριφορικό Μοντέλο, 3) Στρατηγικές Κινητοποίησης, 4) Πρόγραμμα Θεραπείας 12 Βημάτων, 5) Πλήρης Παρέμβαση (Moyers & Stoffel, 1999; Stoffel & Moyers, 2001).

Το Αντιληπτικό-Συμπεριφορικό Μοντέλο, αποδείχτηκε ότι επιδρά στη μείωση των εξαρτήσεων, αλλά όχι στη θεραπεία του εθισμού (Heffner, et al., 2003; Bissett, 2002; Hayes, et al., 2004). Συγκεκριμένα, η μέθοδος αυτή είναι μία ψυχολογική παρέμβαση, η οποία χρησιμοποιεί την αποδοχή (ο ασθενής αναγνωρίζει την κατάσταση της υγείας του και την αποδέχεται) και χρησιμοποιούνται στρατηγικές αλλαγής της συμπεριφοράς, ώστε να αυξηθεί η ψυχολογική του ευελιξία (Hayes, et al., 1999).

Ακόμη, το Γνωσιακό/Συμπεριφορικό Μοντέλο, περιλαμβάνει συνδυασμό από τις αντίστοιχες θεωρίες, με έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ αντιληπτικών πλευρών της συμπεριφοράς, συμπεριλαμβάνοντας αξιολογήσεις και προσδοκίες σχετικά με την θεραπεία της απεξάρτησης και την ουσία (Barry, 1999). Δίνει έμφαση στην ανάπτυξη επιτυχημένων συμπεριφορών και δεξιοτήτων αντιμετώπισης, οι οποίες χρειάζονται ώστε, να μειωθούν οι πιθανότητες υποτροπής. Ιδιαίτερα, στοχεύει στην αλλαγή του τρόπου σκέψης, όταν το άτομο βρίσκεται σε κρίση και ζητάει απεγνωσμένα την ουσία (Abrams, et al., 1991).

Όσον αναφορά, στις Στρατηγικές Κινητοποίησης, περιλαμβάνουν

συνεντεύξεις που σκοπεύουν να κινητοποιήσουν το άτομο με την εξισορρόπηση των αποφάσεών του και να αυξήσουν τα κίνητρά του μέσω επανατροφοδότησης. Αυτό επιτυγχάνεται ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση, την υπευθυνότητα και ένα ολιστικό αίσθημα ικανοποίησης, καθώς αντιλαμβάνεται τη σταδιακή αλλαγή της συμπεριφοράς. Επιπροσθέτως, έμφαση αυτών των στρατηγικών κινητοποίησης δίνεται από τους θεραπευτές, ώστε να εντοπίσουν εάν το άτομο είναι έτοιμο να αλλάξει, ενισχύοντας το κίνητρό του για αλλαγή και επηρεάζοντας την ψυχική του διάθεση για το επόμενο στάδιο (Moyers & Stoffel, 1999).

Τέλος, είναι η μέθοδος των 12 βημάτων, που είναι συναφής με τις αρχές που διέπουν το πρόγραμμα αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α.), για να προωθήσουν και να διατηρήσουν την αποχή από το αλκοόλ. Καθώς αναγνωρίζει τον ασθενή σαν άτομο που έχει επανέλθει από το πρόβλημα του αλκοολισμού και χρειάζεται την υποστήριξη του περιβάλλοντός του. Επίσης, είναι σημαντικό το άτομο να εκτιμά την κάθε μέρα που παραμένει «καθαρό», καθώς και να συμμετέχει σε όλες τις ομάδες αυτοβοήθειας, έχοντας επαφή με κάποιο από τα μέλη των Α.Α., ώστε να έχει πρόσβαση στην υποστήριξη και την καθοδήγηση (Stoffel & Moyers, 2001).

Η τελευταία θεραπευτική μέθοδος είναι η Πλήρης Παρέμβαση, μία διαδικασία όπου το άτομο πείθεται να δεχτεί την τυπική θεραπεία. Σκοπός είναι να αποσαφηνίσει τη διαφορά μεταξύ της παρούσας κατάστασής του, με την προτιμυτέα, ώστε να θέσει στόχους βελτίωσης και επανένταξης (Stoffel & Moyers, 2001).

Αποτελέσματα των μεθόδων παρέμβασης

Σχετικά με τα αποτελέσματα των παραπάνω θεραπευτικών μεθόδων, το ενδιαφέρον του εργοθεραπευτή συγκεντρώνεται κυρίως στις (Stoffel & Moyers, 2001): 1) Γνωσιακή Απόδοση, 2) Διατήρηση Υγείας, 3) Αυτοφροντίδα, Παραγωγικότητα, Ελεύθερος Χρόνος, 4) Ψυχοκοινωνικές Δεξιότητες, 5) Διαπροσωπικές Σχέσεις & Συμμετοχή στην Οικογένεια, 6) Ομάδες Αυτοβοήθειας για την Βελτίωση των Δεξιοτήτων.

Όσον αφορά στη Γνωσιακή Απόδοση, οι προσδοκίες του ασθενή επικεντρώνονται στα πιστεύω γύρω από τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης και στα οφέλη που θα έχει το ίδιο το άτομο, από την αποχή ή τη μείωση της ουσίας. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου ορίζεται σαν την εσωτερική δύναμη και ικανότητα που έχει το άτομο να απέχει από τη χρήση σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου, περιλαμβάνοντας αλλαγές στην διαδικασία της σκέψης (Velicer, et al., 1985; Barry, 1999).

Οι Στρατηγικές Κινήτρου είναι αποτελεσματικές για την ενίσχυση θετικών προσδοκιών και αντιλήψεων σχετικά με τις συνέπειες, που επέρχονται μέσω της αποχής (Saunders, et al., 1995). Το Γνωσιακό/Συμπεριφορικό Μοντέλο και το Πρόγραμμα Θεραπείας των 12 Βημάτων υποστηρίζεται ότι επηρεάζουν θετικά τις

προσδοκίες του ασθενούς, το αίσθημα της αυξημένης εσωτερικής του δύναμης, αλλά και τις δεξιότητες αντιμετώπισης προβλημάτων (Finney, et al., 1998).

Μακροχρόνια διαδικασία και έρευνες έχουν δείξει ότι η μέθοδος της Πλήρους Παρέμβασης έχει περισσότερα επιτυχή αποτελέσματα, όσον αφορά στην διατήρηση της αποχής (Welte, Perry, Longabaugh, Clifford, 1998).

Η μέθοδος των 12 Βημάτων, σχεδιάστηκε για να προωθηθεί η αποκατάσταση και η αποχή από την εξάρτηση με την συμμετοχή του ατόμου στους Α.Α., αλλά και σε όποια δραστηριότητα συνδέεται με αυτούς. Προάγει την διατήρηση της υγείας και μπορεί να διατηρηθεί περισσότερο από δύο χρόνια (Project MATCH Research Group, 1998a).

Σημαντική είναι η συμβολή και η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης μετά την αντιμετώπιση της οξείας φάσης στην κλειστή νοσηλεία, η φάση της επανένταξης, "aftercare", σχετικά με όσους επιλέγουν προγράμματα μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας, για την ομαλή επανένταξή τους, έχοντας αποχή από το αλκοόλ (Quimette, Moos, Finney, 1998).

Συμπέρασμα

Συνοψίζοντας, γίνεται αντιληπτό πως για τη θεραπεία και την ολιστική αποκατάσταση του ατόμου από το αλκοόλ, δεν αρκεί μόνο η αποχή. Για τους εργοθεραπευτές, αποκατάσταση σημαίνει η εμπλοκή του ασθενή σε σημαντικά έργα που υποστηρίζουν την ανάπτυξη μιας ταυτότητας, η οποία δεν σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ. Οι μέθοδοι παρέμβασης και ο συνδυασμός τους είναι ένας σημαντικός τρόπος για να μετρηθεί μακροπρόθεσμα η αποκατάσταση και η πλήρης συμμετοχή στη ζωή.

Τέλος, σημαντική είναι η αλληλεπίδραση των ατόμων αυτών με το περιβάλλον στο οποίο ζουν και οι δραστηριότητες που επιλέγουν, καθώς αυτό είναι το μέσο για την απεξάρτηση, την πλήρη αποκατάσταση αλλά και την πρόληψη υποτροπής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ - Ξένη & Ελληνική

- Abrams D. B., Binkoff J. A., Zwick W. R., Liepman M. R., Nirenberg T. D., Munroe S. M., & Monti P. M., (1991). Alcohol Abusers and Social Drinkers' Responses to Alcohol-Relevant and General Situations. *Journal of Studies on Alcohol*, 52 (5): 409-414.
- American Psychiatric Association [A.P.A.], (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association [A.P.A.], (2004). *DSM-IV Διαγνωστικά Κριτήρια*. Ιατρικές Εκδ., Λίτσας.
- Barry K. L., (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration U.S.
- Benjamin A. (1987). *The Helping Interview*. Boston: Houghton Mifflin.
- Bissett R. T., (2002). *Processes of Change: Acceptance versus 12-Step in Polysubstance - Abusing Methadone Clients*. Dissertation Abstracts International, 63 (02):1014-1020.
- Cadoret R.J. & Troughton E., (1989). *Genetic and Environmental Factors in Alcohol Abuse*. In Kianma K., Tabahoff B., Saito T. Eds. *Genetic Aspects of Alcoholism*, Helsinki: Foundation for Alcohol Studies.
- Cloninger C.R., Kwohring A.L., Sigvardsson S., Bohman M., (1984). *Gene-environment Interaction in the Familial Relationship of Alcoholism, Depression and Anti-Social Personality*. Edwards J.G., Littleton, eds, *Pharmacological Treatments for Alcoholism*, Croom Helm, London, Methuen, New York.
- DiClemente C.C., (1991). *Motivational Interviewing and the Stages of Change*. In W. R. Miller & S. Rollnick, eds. *Motivational interviewing: Preparing People for Change*. New York: Guilford Press.
- DiClemente C.C., Prochaska J.O., (1985). *Processes and Stages of Change, Coping and Competence in Smoking Behavior Change*. In S. Shiffman & T. A. Wills, eds
- Fingarette H., (1988). *The Myth of Alcoholism as a Disease*. University Of California Press.
- Finney J.W., Noyes C.A., Coutts A.I., Moos R.H., (1998). *Evaluating Substance Abuse Treatment Process Models: Changes on Proximal Outcome Variables during 12-Step and Cognitive- Behavioral Treatment*. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(1): 371- 380.
- Goodwin D.W., Schulsinger F., Hermansen L., (1973). *Alcohol Problems in Adoptees Raised Apart From Alcoholic Biological Parents*. *Arch Gen. Psychiat*, 28:238-243.
- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G., (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behaviour Change*. New York: Guilford.
- Heffner M., Eifert G.H., Paeker B.T., Hernande D.H., Sperry J.A., (2003). *Valued Directions: Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Dependence*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10: 378- 383.
- Hillemand B., (2007). *Ο Αλκοολισμός*. Αθήνα: Δαίδαλος/Zaxarόπουλος.
- Kessel N, Walton H., (1974). *Alcoholism*. Harmondsworth: Penguin
- Kielhofner G., (1995). *A Model of Human Occupation Theory and Application*. Baltimore. MD: Williams & Wilkins
- Lindsay W., (1983). *The Role of the Occupational Therapists in the Treatment of Alcoholism*. *American Journal of Occupational Therapy*, 37 (1), 36-43.
- McConaughy E. A., DiClemente C.C., Prochaska J.O. & Velicer W.F. (1989). *Stages of Change in Psychotherapy: A Follow-up Report*. *Psychotherapy*, 26(4): 494-503.
- McConaughy E.A., Prochaska J.O. & Velicer W.F. (1983). *Stages of Change in Psychotherapy: Measurement and Sample Profiles*. *Psychotherapy*, 20, 368-375.
- Moyers P.A., Stoffel V.C., (1999). *Alcohol Dependence in a Client with a Work-related Injury*. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(6): 640- 645.
- Moyers P.A., Stoffel V.C., (1999). *Alcohol Dependence in a Client with a Work-related Injury*. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(6): 640-645.
- Norcross J.C., Ratzin A. C., Payne D., (1989). *Ringin in the New Year: The Change Processes and Reported Outcomes of Resolutions*. *Addictive Behaviours*, 14(2): 205-212.
- Norcross J.C., Vangarelli D.J., (1989). *The Resolution Solution: Longitudinal Examination of New Year's Change Attempts*. *Journal of Substance Abuse*, 1(2): 127-134.
- Patussi V., Marcomini F., (2003). *Alcool, Alcolismo e Problemi Alcolcorrelati*. *Misterium Fidei*. C.R.T. ed, Pistoia.
- Prochaska J. O., DiClemente C.C., (1986). *Toward a Comprehensive Model of Change*. In W. R. Miller & N., Heather eds *Treating Addictive Behaviours: Processes of Change*. New York: Plenum Press.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., (1984). *The Transtheoretical Approach, Crossing Traditional Boundaries of Change*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross C.J., (1992). *In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors*. *American Psychologist*, 47(9): 1102-1114.
- Project MATCH Research Group, (1998a). *Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Treatment Main Effects and Matching Effects on Drinking during Treatment*. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(6): 631- 639.
- Quimette P.C., Moos R.H., & Finney J.W., (1998). *Influence of Outpatient Treatment and 12-Step Group Involvement on One-year Substance Abuse Treatment Outcomes*. *Journal of Studies on Alcohol*, 59: 513-522.
- Robinson M., Voegtlin W., (1952). *Investigations of an Allergic Factor in Alcohol Addiction*. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 13(2): 196-200.
- Rogers C.R, (1959). *A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-Centered Framework*. In Koch, S.ed.
- Roush S., (2007). *Substance Abuse and OT*. *Professional Practice Council of American Academy of Physician Assistants*, 23(13).
- Sarin S.K., Chari S., Sundaram K.R., Ahuja R.K., Anand B.S. & Broor S.L., (1988). *Young versus Adult Cirrhotics: A Prospective, Comparative Analysis of the Clinical Profile, Natural Course and Survival*. *Gut*, 29(1): 101-107.
- Saunders B., Wilkinson C., Phillips M., (1995). *The Impact of a Brief Motivational Intervention with Opiate Users Attending a Methadone Program*. *Addiction*, 90(3): 415- 424.
- Saunders J.B., Williams R., (1983). *The Genetics of Alcoholism: Is there an Inherited Susceptibility to Alcohol-Related Problems?* *Alcohol and Alcoholism* 18(3): 189-217.

Το άρθρο αυτό, στην αρχική του μορφή, αποτέλεσε μέρος της πτυχιακής εργασίας της 1ης συγγραφέως με εισηγήτρια τη 2η συγγραφέα, στο τμήμα Εργοθεραπείας, ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Αθήνας.