



ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ • Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ • ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ
DRUG ADDICTION IN GREECE • INTERNATIONAL EXPERIENCE • FOR THE READERS

Ιδιοκτησία

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
(ΚΕΘΕΑ)
Σορβόλου 24, 116 36 ΑΘΗΝΑ
τηλ.: 210 9241993-6, φαξ: 210 9241986
ηλεκτρονική διεύθυνση: exartisis@kethea.gr
ιστοσελίδα: www.exartiseis.gr

Εκδότης-Διευθυντής

Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ

Αναπληρώτρια Διευθύντρια Έκδοσης

Άννα ΤΣΙΜΠΟΥΚΛΗ

Συντακτική Ομάδα

Σταματία ΑΛΙΦΡΑΓΚΗ, Ρέμος ΑΡΜΑΟΣ,
Ελένη ΑΡΓΥΡΙΑΔΟΥ, Μίρκα ΓΟΝΤΙΚΑ,
Μαρίνα ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ, Ξενοφών ΣΕΛΠΕΣΑΚΗΣ,
Αλεξάνδρα ΤΖΑΛΑ, Κωνσταντίνα ΥΦΑΝΤΗ,
Γεωργία ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ

Σύμβουλος Έκδοσης

Griffith EDWARDS, Εκδότης του *Addiction*

Διεθνής Συμβουλευτική Επιτροπή

David DEITCH, καθηγητής Κλινικής Ψυχιατρικής στο
Πανεπιστήμιο Καλιφόρνια Σαν Ντιέγκο
Δημήτρης ΙΑΤΡΙΔΗΣ, καθηγητής Έρευνας και Κοινωνικής
Πολιτικής στο Boston College
Edward KAUFMAN, καθηγητής Κλινικής Ψυχιατρικής
στο Πανεπιστήμιο Καλιφόρνια, Irvine και εκδότης
του *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*

Επιστημονική Επιτροπή Έκδοσης

Δημοσθένης ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, Παναγιώτης ΓΕΩΡΓΑΚΑΣ,
Δήμητρα ΓΚΕΦΟΥ-ΜΑΔΙΑΝΟΥ, Ανδρέας ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ,
Αθανάσιος ΔΟΥΖΕΝΗΣ, Γιώργος ΚΑΛΑΡΡΥΤΗΣ,
Χάρις ΚΑΤΑΚΗ, Νέστωρ ΚΟΥΡΑΚΗΣ, Άννα ΚΟΚΚΕΒΗ,
Χρήστος ΚΟΚΚΟΡΗΣ, Ευάγγελος ΚΡΟΥΣΤΑΛΑΚΗΣ,
Αχιλλέας ΚΡΥΣΤΑΛΛΗΣ, Ιωάννα ΚΥΡΙΤΣΗ,
Χρήστος ΛΑΣΚΑΡΑΤΟΣ, Ιωάννης ΛΙΑΠΠΑΣ,
Βασίλειος ΜΑΡΚΗΣ, Μάριος ΜΑΡΣΕΛΟΣ,
Κατερίνα ΜΑΤΣΑ, Βενετσάνος ΜΑΥΡΕΑΣ,
Γιώργος ΜΠΑΡΔΑΝΗΣ, Αλίκη ΜΟΣΤΡΙΟΥ,
Δημοσθένης ΜΠΟΥΚΗΣ, Κλήμης ΝΑΥΡΙΔΗΣ,
Γεράσιμος ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΑΤΟΣ,
Νικόλαος ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Βασίλης ΠΑΣΣΑΣ,
Άννα ΠΕΤΡΙΔΟΥ, Πέτρος ΠΟΛΥΧΡΟΝΗΣ,
Χαράλαμπος ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, Χρήστος ΡΟΓΚΟΤΗΣ,
Καλλιόπη ΣΠΙΝΕΛΛΗ, Ιωάννης ΤΣΙΑΝΤΗΣ,
Ανδρέας ΦΑΚΟΣ, Ιάκωβος ΦΑΡΣΕΔΑΚΗΣ,
Μάρθα ΦΩΣΤΕΡΗ

Publishing Body

Therapy Centre for Dependent Individuals
(KETHEA)
24, Sorvolou str., 116 36 ATHENS
tel.: +30 210 9241993-6, fax: +30 210 9241986
e-mail: exartisis@kethea.gr
website: www.exartiseis.gr

Editor in Chief

Gerassimos NOTARAS

Assistant Editor

Anna TSIBOUKLI

Editorial Group

Stamatia ALIFRAGI, Remos ARMAOS,
Eleni ARGYRIADOU, Mirka GONTIKA,
Marina DASKALOPOULOU, Xenofon SELPESAKIS,
Alexandra TZALA, Constantina YFANTI,
Georgia CHRISTOFILI

Consultant Editor

Griffith EDWARDS, Editor in Chief of *Addiction*

International Editorial Advisory Group

David DEITCH, Professor of Clinical Psychiatry,
University of California San Diego
Demetrius IATRIDIS, Professor, Social Policy Planning,
Boston College Graduate School of Social Work
Edward KAUFMAN, Professor of Clinical Psychiatry,
University of California, Irvine and Editor of the
American Journal of Drug and Alcohol Abuse

National Editorial Advisory Group

Dimosthenis AGRAFIOTIS, Panagiotis GEORGAKAS,
Dimitra GEFOU-MADIANOU, Andreas DIMITRIOU,
Athanassios DOUZENIS, Giorgos KALARRYTIS,
Charis KATAKI, Nestor KOURAKIS, Anna KOKKEVI,
Christos KOKKORIS, Evangelos KROUSTALAKIS,
Achilleas KRYSTALLIS, Ioanna KYRITSI,
Christos LASKARATOS, Ioannis LIAPPAS,
Vasileios MARKIS, Marios MARSELOS,
Katerina MATSA, Venetsanos MAVREAS,
Giorgos BARDANIS, Alike MOSTRIOU,
Dimosthenis BOUKIS, Klimis NAVRIDIS,
Gerassimos PAPANASTASATOS,
Nikolaos PARASKEVOPOULOS, Vasilis PASSAS,
Anna PETRIDOU, Petros POLYCHRONIS,
Charalampos POULOPOULOS, Christos ROGOTIS,
Kalliopi SPINELLI, Ioannis TSIADIS,
Andreas FAKOS, Iakovos FARSEDAKIS,
Martha FOSTERI

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α - C O N T E N T S

	Εκδοτικό σημείωμα - Editorial	5
	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ με τη Dr Mary Velasquez INTERVIEW with Dr Mary Velasquez	13
1	ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – DRUG ADDICTION IN GREECE <i>Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών νεαρών παραβατών και των οικογενειών τους και αντιλήψεις γονικής φροντίδας και προστασίας.</i> Σταύρος Κυριακίδης <i>Psychotropic substance abuse of juvenile delinquents and their families' and perceptions of parental care and protection</i> Stavros Kyriakidis	23
2	Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΣΤΟΧΑΣΤΡΟ – TREATMENT PERSPECTIVES <i>Η χρήση τεχνικών διαμεσολάβησης στην ομαδική θεραπεία, με στελέχη του ΚΕΘΕΑ</i> Κλήμης Ναυρίδης <i>Mediation techniques in group therapy, with KETHEA's staff members</i> Klimis Navridis	35
	<i>Αυτοκτονική συμπεριφορά και ουσιοεξάρτηση</i> Ι.Α. Λιάππας, Π.Γ. Θεοδωρόπουλος, Θ. Παπαρρηγόπουλος, Κ.Ρ. Σολδάτος <i>Suicidal behaviour and substance dependence</i> I.A. Liappas, P. Theodoropoulos, T. Paparrigopoulos, C.R. Soldatos	43
3	Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ – INTERNATIONAL EXPERIENCE <i>Η έκθεση στη χρήση μαριχουάνας πριν την γέννηση μπορεί να προβλέψει τη χρήση μαριχουάνας στην ηλικία των 14 ετών</i> <i>Prenatal Marijuana Exposure Contributes to the Prediction of Marijuana Use at Age 14</i> Nancy L. Day, Lidush Goldschmidt, Carrie A. Thomas	55
	<i>Μια τυχαία ελεγχόμενη πιλοτική μελέτη για την Εφαρμογή της Συνέντευξης Κινητοποίησης σε ασθενείς με διαταραχές ψύχωσης και κατάχρησης ουσιών</i> <i>A Randomized Controlled Pilot Study of Motivational Interviewing for Patients with Psychotic and Drug Use Disorders</i> Steve Martino, Kathleen M. Carroll, Charla Nich and Bruce J. Rounsaville	74

4 *Εξαρτήσεις*

4	ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ – ABSTRACTS	
	<i>Αλκοόλ - Alcohol</i>	105
	<i>Ηρωίνη, Κάνναβη και άλλες ουσίες - Heroin, Cannabis and other drugs</i>	110
	<i>Καπνός - Tobacco</i>	115
	<i>Άλλα θέματα - Other issues</i>	118

5	ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ – FOR THE READER	
	<i>Νέα και γεγονότα – News and notes</i>	127
	<i>Οδηγίες προς τους συγγραφείς – Guidance to the authors</i>	132

Για την καλύτερη ενημέρωση των αναγνωστών του περιοδικού τα περιεχόμενα, οι τίτλοι των άρθρων και των περιλήψεων είναι δίγλωσσοι.

Η αναδημοσίευση των πρωτότυπων ελληνικών άρθρων επιτρέπεται μόνο με έγγραφη άδεια από τον εκδότη και θα πρέπει υποχρεωτικά να αναφέρονται η πηγή και οι συγγραφείς. Επίσης, η αναδημοσίευση των μεταφρασμένων άρθρων του περιοδικού επιτρέπεται μόνο με έγγραφη άδεια από τον εκδότη και θα πρέπει υποχρεωτικά να αναφέρονται η πηγή, οι συγγραφείς και το όνομα του μεταφραστή του άρθρου.

For the better information of the readers of this journal the contents, the titles of the articles and of the abstracts are translated into two languages.

Reprint of the original Greek articles is only allowed after the written permission of the editor, and they should always refer the source and the authors. Also reprint of the translated articles is only allowed after the written permission of the editor and they should always refer the source, the authors and the translator.

Εκδοτικό Σημείωμα

ΜΕ ΤΟ ΑΝΑ ΧΕΙΡΑΣ ΤΕΥΧΟΣ οι *Εξαρτήσεις* συμπληρώνουν 5 χρόνια κυκλοφορίας.

Το επιστημονικό αυτό περιοδικό όπως θα θυμούνται οι παλαιότεροι αναγνώστες, ξεκίνησε με πρότυπό του το βρετανικό *Addiction* και με τη γενναιόδωρη προσφορά του να χρησιμοποιούμε κατά βούληση τα δημοσιεύματά του.

Η αφιλοκερδής αυτή επιστημονική ενίσχυση όχι μόνο μας επέτρεψε να ξεκινήσουμε την προσπάθεια, χωρίς να υποστηριζόμαστε από μια επαρκή εγχώρια επιστημονική παραγωγή στον τομέα των εξαρτήσεων, αλλά μας έδωσε την έμπνευση και τη δύναμη να κινητοποιήσουμε δυνάμεις, στο επιστημονικό και εκδοτικό επίπεδο, τις οποίες ούτε καν υποπευόμαστε όταν επιχειρούσαμε την προσπάθεια αυτή ότι υπήρχαν και κυρίως ότι η μικρή μας ομάδα θα ήταν σε θέση για τις δραστηριοποιήσει.

Ακόμα με κάθε νέο τεύχος των *Εξαρτήσεων* και αντλώντας πάντα παραδείγματα από το *Addiction* μάθαμε, ως εκδοτική ομάδα, να βελτιώνουμε την αυστηρότητα των επιστημονικών κριτηρίων μας ώστε η τοπική επιστημονική παραγωγή να πλησιάζει όλο και περισσότερο τα διεθνή standard.

Μεγάλη ήταν επίσης η συμβολή, τόσο στο εκδοτικό επίπεδο όσο και στις επιστημονικές και ηθικές τομές που πρέπει να γίνονται, από τη Συμφωνία του Farmington, στην οποία προσχωρήσαμε, καθώς και από τη συνάντηση του *Addiction* στο Leeds σχετικά με τις εκδοτικές προσπάθειες καθώς και από τις ετήσιες συναντήσεις του ISAJE (Διεθνής Επιτροπή Εκδοτών Περιοδικών για τις Εξαρτήσεις) τις οποίες παρακολουθούμε από το 2002.

Κατά την πενταετία που πέρασε, στα έντεκα τεύχη των *Εξαρτήσεων* που κυκλοφόρησαν δημοσιεύθηκαν 6 συνεντεύξεις, 22 άρθρα γραμμένα από έλληνες επιστήμονες με βάση την επιστημονική έρευνα που πραγματοποιήθηκε, με μια εξαίρεση, στην Ελλάδα, 29 αναδημοσιεύσεις από το *Addiction*, 7 επιστημονικά άρθρα, τα οποία δεν βασίζονται σε πρωτογενή έρευνα, γραμμένα από έλληνες επαγγελματίες οι οποίοι δραστηριοποιούνται στο χώρο των εξαρτήσεων και τέλος 184 εκτενείς περιλήψεις άρθρων που έχουν δημοσιευθεί στο *Addiction*. Σε δύο ακόμη περιπτώσεις ευρύτερες περιλήψεις εστιασμένες όλες στο ίδιο θέμα, αλκοόλ, αποτέλεσαν θεματικά αφιερώματα.

Οι κατηγοριοποιημένοι αυτοί αριθμοί μας επέτρεψαν να δούμε την εξέλιξη των θεματικών επιλογών του περιοδικού αλλά και τη σταδιακή διαμόρφωση της φυσιογνωμίας του. Πάντα στο πλαίσιο της βασικής αρχικής μας επιλογής για την πληροφόρηση, υψηλών προδιαγραφών, των επαγγελματιών του χώρου, κατά κύριο λόγο, για όλα τα είδη των εξαρτήσεων και για όλες τις τάσεις που διαμορφώνονται διεθνώς για την αντιμετώπισή τους. Για ενάμισι χρόνο, τα τρία πρώτα τεύχη, του περιοδικού βασίστηκαν στις δάνειες συμβο-

6 *Εξαρτήσεις*

λές από το περιοδικό *Addiction*. Η παρουσία των ελληνικών συμβολών ήταν μειοψηφική και στις περισσότερες περιπτώσεις από εργασίες που προϋπήρχαν, που δεν έγιναν ειδικά για το περιοδικό. Η σχέση ήταν 15 ξένα μεταφρασμένα άρθρα προς 6 ελληνικά. Από το τέταρτο τεύχος έως και το έβδομο, επέρχεται μια σχετική ισορροπία, 10 προς 7 με υπεροχή ακόμη των ξένων άρθρων. Από το όγδοο μέχρι και το ενδέκατο τεύχος η ισορροπία αυτή αναστρέφεται σε όφελος της εγχώριας «παραγωγής», 9 προς 4.

Οι παραπάνω διαδικασίες μας επιτρέπουν να συμπεράνουμε ότι κερδίστηκε το στοίχημα της κινητοποίησης του εγχώριου επιστημονικού δυναμικού και των επαγγελματιών, που σχετίζονται με το χώρο των εξαρτήσεων. Ή εάν το δούμε από την άλλη όψη, η χώρα είχε ανάγκη ενός επιστημονικού περιοδικού για τις εξαρτήσεις, δια μέσου του οποίου θα μπορούν πλέον να εκφραστούν και να προβληθούν οι επιστήμονες οι οποίοι παράγουν πρωτογενή έρευνα σχετικά με τις εξαρτήσεις.

Της διαπίστωσης αυτής δεδομένης δεν παύουν τα ξένα άρθρα να λειτουργούν εξισορροπευτικά και ενισχυτικά. Εξισορροπευτικά γιατί λόγω της μεγάλης αριθμητικής παραγωγής, έχουμε τη δυνατότητα, σε κάθε τεύχος, να επιλέγουμε ξένα άρθρα που θα μας επιτρέψουν να καλύπτουμε τους τομείς των εξαρτήσεων, που δεν πραγματεύονται οι ελληνικές συμβολές. Ενισχυτικά γιατί με την παράλληλη ή διαδοχική δημοσίευση ξένων συμβολών με την ίδια θεματολογία έχουμε τη δυνατότητα να φωτίσουμε πλευρές ή νέες τάσεις τις οποίες οι ελληνικές συμβολές δεν έχουν καλύψει.

Οι *Εξαρτήσεις* υιοθέτησαν, από το ξεκίνημά τους, την κατά καιρούς δημοσίευση συνεντεύξεων με σημαντικές διεθνείς προσωπικότητες που διαπρέπουν στην παραγωγή γνώσης για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Έτσι στα έντεκα τεύχη των *Εξαρτήσεων* που έχουν κυκλοφορήσει μέχρι σήμερα δημοσιεύθηκαν έξι συνεντεύξεις, κατά σειρά δημοσίευσης με τους: Harold Bridger, Marc Schuckit, Griffith Edwards, George DeLeon, David Deitch και Mary Velasquez.

Ο λόγος για τον οποίο υιοθετήσαμε την πρακτική αυτή είναι ότι σε μια μικρή χώρα, όπως η Ελλάδα όπου ακόμα, ευτυχώς, η «προσωπική επαφή» έχει μια θετική λειτουργία και που σχετικά πρόσφατα η ίδρυση της Ιθάκης, 1983, ξεκίνησε την προσπάθεια συστηματικής επιστημονικής αντιμετώπισης του προβλήματος των εξαρτήσεων, θεωρήσαμε ότι η «επαφή» με προσωπικότητες του διεθνούς κύρους, όπως των παραπάνω, θα λειτουργούσε παραδειγματικά και προωθητικά για όλους τους επαγγελματίες αναγνώστες μας.

Η ευκαιρία για την πραγματοποίηση κάτι τέτοιου προήλθε από το γεγονός ότι το ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) από το ξεκίνημά του ανέπτυξε ένα ευρύ, διεθνές δίκτυο άντλησης τεχνογνωσίας, το οποίο διατηρεί και διευρύνει συνεχώς μέσω των εκπαιδευτικών του προγραμμάτων. Έτσι και η εκδοτική μας ομάδα που προέρχεται από το ΚΕΘΕΑ και προσφέ-

ρει εθελοντικά τις υπηρεσίες της στις *Εξαρτήσεις* είναι σε συνεχή επαφή με προσωπικότητες αυτού του βελινεκούς κα έχει την ευκαιρία να πραγματοποιεί τις συνεντεύξεις αυτές.

Πολύ μας προβληματίσε και μας προβληματίζει ακόμα, τα πέντε αυτά χρόνια, κατά πόσο στις *Εξαρτήσεις* μπορούσαν να δημοσιευτούν άρθρα που δεν βασίζονται αποκλειστικά σε πρωτογενή έρευνα. Τελικά, αποδεχθήκαμε το γεγονός ότι σε μια χώρα όπου δεν κυκλοφορεί άλλο επιστημονικό περιοδικό για τα θέματα των εξαρτήσεων, θα έπρεπε με πολύ φειδώ, από καιρό σε καιρό, να δίνουμε ένα βήμα σε προσωπικότητες του χώρου, για να δημοσιεύσουν την εμπειρία τους, γύρο από πλευρές της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων. Έτσι δημιουργήσαμε τη *ρουμπρίκα* «Θεραπεία στο στόχαστρο», στην οποία έχουν δημοσιευτεί αυτά τα άρθρα.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν πάντα οι περιλήψεις που δημοσιεύουμε σε μετάφραση από το *Addiction*. Σ' αυτές προσπαθούμε να διατηρούμε τη μεγαλύτερη δυνατή ισορροπία στον καταμερισμό της πληροφόρησης μεταξύ των διαφόρων ειδών εξάρτησης και των διαφόρων μεθόδων αντιμετώπισής τους. Θεωρούμε ότι η *ρουμπρίκα* αυτή αποτελεί το «ανοιχτό παράθυρο» προς τη διεθνή επιστημονική «παραγωγή» σε θέματα εξαρτήσεων για όλους τους μη ξενόγλωσσους επαγγελματίες του χώρου.

Ας προσθέσουμε ότι για πρώτη φορά, το τεύχος 10, το αφιερώσαμε ολόκληρο σε μια θεματική ενότητα: χρήση ουσιών και φυλακή. Η κυκλοφορία αφιερωμάτων ήταν κάτι το οποίο μελετούσαμε από καιρό. Τελικά το αποτολμήσαμε και εκτιμούμε ότι το αποτέλεσμα ήταν επιτυχές. Η επιλογή του θέματος βασίστηκε στο γεγονός ότι στους χώρους κράτησης, όπου κρατούνται σήμερα περί τους 10.500 ανθρώπους, εκ των οποίων 600 περίπου γυναίκες, μισοί περίπου κρατούνται για θέματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Στο πλαίσιο λοιπόν του σωφρονιστικού συστήματος υπάρχει η μεγαλύτερη συγκέντρωση εξαρτημένων ατόμων από οπουδήποτε αλλού. Δεύτερος λόγος επιλογής ήταν το γεγονός ότι το ΚΕΘΕΑ από το 1988 πραγματοποιεί παρεμβάσεις στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος. Σήμερα οι παρεμβάσεις αυτές ανέρχονται στον αριθμό των δεκατριών. Ελπίζουμε στο άμεσο μέλλον να επαναλάβουμε το εγχείρημα των «αφιερωμάτων» με άλλες θεματικές ενότητες.

Στο σημείωμα αυτό δεν θα αναφερθούμε στις τεχνικές πλευρές της εκδοτικής παραγωγής και κυκλοφορίας του περιοδικού, θα θέλαμε μόνο να πληροφορήσουμε τους αναγνώστες μας ότι η Υπουργός Παιδείας ενέκρινε αίτημά μας να περιλαμβάνονται οι *Εξαρτήσεις* στα βιβλία που συστήνεται να υπάρχουν στις σχολικές βιβλιοθήκες.

Το σημείωμα αυτό θα επιθυμούσα να κλείσει με δυο ακόμα αναφορές.

Μια προσωπική, ότι σπάνια, σε μια μακριά επαγγελματική και κοινωνική διαδρομή βρέθηκα μεταξύ μιας τόσο αφοσιωμένης στην αποστολή της και με

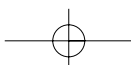
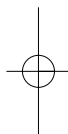
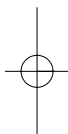


8 Εξαρτήσεις

υψηλό βαθμό επαγγελματισμού ομάδα, όπως η εκδοτική μας ομάδα. Για την τύχη να μοιράζομαι μαζί τους την προσπάθεια επιτυχίας των *Εξαρτήσεων* θέλω να ευχαριστήσω την Άννα Τσιμπουκλή που με «ενέπλεξε» στην προσπάθεια αυτή.

Μια γενική, που εκφράζει το σύνολο της εκδοτικής είναι ένα μεγάλο ευχαριστώ στο *Addiction* για όλα όσα έκανε και συνεχίζει να κάνει για τις *Εξαρτήσεις*. Στον Griffith Edwards και στη Susan Sava θα ήθελα να πω, εκ μέρους όλων μας παραφράζοντας λίγο την τελευταία σκηνή της "Casablanca": Griffith, Susan «νομίζω ότι μια μεγάλη φίλια έχει ξεκινήσει».

Για την Εκδοτική Ομάδα
ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΝΟΤΑΡΑΣ



Editorial

WITH THE CURRENT ISSUE, five years are completed since the first issue of the journal *Exartisis*.

This scientific journal, as many of our first readers may recall, started off with the British journal *Addiction* as its model and whose generous contribution allowed us to use its publications.

This selfless, scientific support prompted us to make our effort without a sufficient national production of research papers in the field of addictions. Furthermore, it inspired and motivated us to find strengths on a scientific and publishing level that we didn't even suspect they existed when we first started, and more importantly, we couldn't have hoped that our small group would be able to activate them.

Moreover, each new issue of *Exartisis*, always looking up to *Addiction*, assisted us to improve our understanding about strict scientific criteria, allowing, thus, the locally produced scientific articles to approach the international standards.

The Farmington Consensus, which we have accepted, *Addiction's* meeting in Leeds about publication efforts, as well as all the annual meetings of ISAJE (International Society of Addiction Journal Editors) which we have been attending since 2002 have also contributed greatly both on an editorial as well as on the scientific and ethical bases.

In the last five years, the eleven issues of *Exartisis* included 6 interviews, 22 articles written by Greek scientists and were based on scientific research conducted in Greece, with only one exclusion, 29 articles selected from *Addiction*, 7 articles that were not based on primary research written by Greek professionals who are active in the field of addictions and 184 abstracts that were published in *Addiction*. In two cases, longer abstracts focusing on the same subject –alcohol- formed part of a special section called let's focus on...

All these categorized numbers allow us to see the evolution of the material selected for the journal, as well as the progressive shaping of its identity. Always, within framework of our first choice, a choice of high standards' information, mainly for the professionals of the field; about all kinds of addictions, and all the worldwide trends regarding their treatment. For a year and a half, the three first issues depended mainly on the material loaned from *Addiction*. The Greek contribution was limited and in the majority of cases they were papers already existing, in other words they were not generated specifically for our journal. The ratio was 15 translated papers to 6 Greek ones. From the fourth issue and until the seventh a balance is barely accomplished, 10 to 7, still in favour of the translated papers. From the eighth issue until the eleventh, this balance is reversed in favour of the Greek contributions, 9 to 4.

10 Εξαοτήσεις

Given the aforementioned we may easily conclude that we won the bet, and motivated the local scientific community and the professionals in the field of drug addiction. Or if we see it from a different angle we may come to the conclusion that Greece needed a scientific journal on addictions where all scientists who conduct primary research on addiction issues will have the opportunity to express and promote their views.

Within this reality, the foreign articles maintain a counterbalancing and amplifying role. Counterbalancing, because due to the considerable production, we have the opportunity in every issue to select foreign articles that cover aspects of addictions not addressed by the Greek contributions. Amplifying, because due to the parallel or subsequent publication of foreign contributions on the same topics, we have the opportunity to shed light on perspectives, or new trends, that the Greek contribution did not cover.

From the very beginning, *Exartisis* has occasionally included interviews from distinguished scientists, who promote knowledge in the field of drug addiction. So in the eleven issues of *Exartisis* that have been published, six interviews have been included until today. In order of publication, interviews with: Harold Bridger, Marc Schuckit, Griffith Edwards, George DeLeon, David Deitch and Mary Velasquez.

The reason why we have adopted this, is that in a small country like Greece –where, luckily enough, “personal contact” still has a positive effect and where the relatively recent creation of ITHAKI (1983) set forward an attempt of coping with the problem of addictions in a systematic and scientific way- we thought that the “contact” with important people of the field, like the aforementioned, worldwide, would serve as an example and would contribute in a positive way for all the professionals, current readers of our journal.

The opportunity to have these interviews is given by the fact that KETHEA (Therapy Center for Dependent Individuals) developed, from the beginning, a broad, international network of “know-how resources”. This network is maintained and continuously expanding through the educational programs organized by KETHEA. As such, our editorial group, that comes from KETHEA and offers its services to *Exartisis* on a voluntary basis, gets in touch with these experts and has the opportunity to carry out these interviews.

We have been very concerned during these five years, and still are, whether *Exartisis* should publish articles that are not based exclusively on primary research. Finally, we have come to accept the fact that in a country with no other scientific journal on issues of addictions we should thriftily give the opportunity –from time to time- to professionals of the field, to publish their experience illustrating different aspects about dealing with the treatment of addictions. Thus, we have created the *rubric* “Treatment Perspectives”, where we have included these articles.

The translated abstracts that we publish from *Addiction* are always of great importance. Until now, we aspire to maintain the best possible balance of the information among the different types of addiction and the various treatment approaches. We consider this *rubric* to be an “open window” for the international, scientific “production” on issues of addiction of interest to all the greek-only speaking professionals in this field.

Let’s add here, that for the first time, a whole issue -No 10- focused on just one thematic: Drug Abuse and Prison. Publishing Special Issues was something we had been thinking about for a long time. Eventually, that effort turned out successful. This thematic was selected based on the fact that in the penitentiary establishments, where approximately 10,500 people are held –almost 600 being women– and half of them are held for issues related to drug use. Within the correctional system, one may find the highest concentration of dependent people than anywhere else. The second reason for this choice was the fact that KETHEA has been carrying out interventions within the penitentiary system, since 1988. Today there are thirteen such interventions. We anticipate that in the near future we will attempt once again a “Special Issue” on a different thematic.

In this editorial we will not mention all the technical aspects of this publication. We would however, like to inform our readers that the Minister of Education has approved our request to include the Journal *Exartisis* in the suggested literature for all the school libraries nationwide.

I would like to conclude this note with two more references.

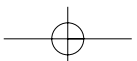
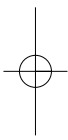
First, a personal one, I would like to say that rarely, in the course of a long professional and social path have I come across such a dedicated to its goal and highly professional group, like our editorial group. For the great opportunity to share with them all the efforts for the success of *Exartisis*, I would like to thank Anna Tsiboukli who got me “involved” in this endeavour.

And a general one, which represents the whole editorial group and that is a great “thank you” to the people of *Addiction* for everything they offered and continue to offer to *Exartisis*. In particular, to Griffith Edwards and Susan Savva I would like to say on behalf of everyone, slightly paraphrasing the last scene of “Casablanca” Griffith, Susan, “I think that this is the beginning of great friendship”.

For the Editorial Group
GERASSIMOS NOTARAS



12 *Εξαοτήσεις*



Εξαρτήσεις, τεύχος 11, 2007

*Συνέντευξη με τη Dr Mary Velasquez
Interview with Dr Mary Velasquez*

*Μετάφραση ΓΕΩΡΓΙΑ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ
Translation GEORGIA CHRISTOFILI*

Τον προηγούμενο Οκτώβριο στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος με θέμα: «Συμβουλευτική στον Τομέα της τοξικοεξάρτησης: οι γνώσεις, οι δεξιότητες και η στάση στην επαγγελματική πρακτική» που συνδιοργανώνεται από το ΚΕΘΕΑ και το Πανεπιστήμιο της California, San Diego συναντήσαμε την καθηγήτρια του Πανεπιστημίου του Texas στο Austin Δρ M.Velasquez. Στη συνέντευξη που μας έδωσε αναφέρεται στις έρευνες που έχει κάνει σε συνεργασία με τον Carlo DiClemente.

Λίγα λόγια για τη Δρ M.Velasquez. Έχει ειδικευθεί στην ανάπτυξη και εφαρμογή παρεμβάσεων που στηρίζονται στο Διαθεωρητικό μοντέλο της Αλλαγής και στη Συνέντευξη Κινητοποίησης. Είναι υπεύθυνη σε ερευνητικό πρόγραμμα που βασίζεται στην ομαδική θεραπεία για απεξάρτηση από την κοκαΐνη, το οποίο επιχορηγήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο για τη Χρήση Ψυχοτρόπων Ουσιών, καθώς και στο πρόγραμμα CHOICES, σε μια μελέτη πρόληψης του συνδρόμου αλκοολικής εμβρυοπάθειας. Στη χώρα μας έχει έρθει και στο παρελθόν με στόχο την εκπαίδευση επαγγελματιών στη μέθοδο της Συνέντευξης Κινητοποίησης και του Διαθεωρητικού Μοντέλου, όπου είναι διεθνώς γνωστή ως εκπαιδεύτρια.

Ακολουθεί η συνέντευξη που παρουσιάζουν η Κωνσταντίνα Υφαντή και η Γεωργία Χριστοφίλη.

Εξαρτήσεις (Ε): Είναι χαρά μας που είστε πάλι μαζί μας. Θα θέλατε να μας πείτε κάποια πράγματα για το πώς ξεκινήσατε να εργάζεστε στο χώρο της τοξικοεξάρτησης;

Mary Velasquez (MV): Όταν ήμουν νεότερη, νέα μητέρα και σε νεαρή ηλικία, κάπνιζα. Μια μέρα που ήμουν άρρωστη, με πονόλαιμο, είχε έρθει η μητέρα μου να με βοηθήσει με τα παιδιά και έτσι είχα χρόνο να κάτσω να χαζέψω μια εφημερίδα. Ήμουν ξαπλωμένη στο κρεβάτι και άνοιξα την πρώτη εφημερίδα που βρήκα. Ήταν μια από αυτές τις εφημερίδες που έχουν μόνο διαφημίσεις και εκεί διάβασα μια αγγελία που έλεγε: «Εάν είστε καπνιστής και δεν θέλετε να κόψετε το κάπνισμα, καλέστε αυτόν τον αριθμό». Μου φάνηκε ενδιαφέρον, οπότε πήρα τηλέφωνο και μου είπαν ότι, εάν με ενδιέφερε να συμμετέχω στην έρευνά τους, θα μου έστελναν να συμπληρώω κάποια ερωτηματολόγια. Τους ξεκαθάρισα ότι εγώ δεν θέλω να κόψω το κάπνισμα και δεν θέλω κανένας να αρχίσει να μου μιλάει γι' αυτό. Μου απάντησαν ότι δεν πρόκειται να γίνει κάτι τέτοιο, απλώς θα μου στέλνουν ερωτηματολόγια. Έτσι συμφώνησα. Μετά από αυτό μετακόμισα στην Καλιφόρνια, όπου εξακολούθησαν να μου στέλνουν τα ερωτηματολόγια. Ο άντρας μου με ρωτούσε για ποιο λόγο κάθομαι και το κάνω αυτό, γιατί συμπληρώνω όλα αυτά τα ερωτηματολόγια και του απαντούσα ότι κάθε φορά που συμπληρώνω ένα μου στέλνουν οκτώ δολάρια. Ωραία, μου είπε τότε θα σου δίνω εγώ οκτώ δολάρια, για

14 *Εξαοτήσεις*

να μην τα συμπληρώνεις, όμως εμένα με ενδιέφεραν οι ερωτήσεις που έκαναν. Έτσι, αργότερα, όταν μεγάλωσαν λίγο τα παιδιά αποφάσισα να επιστρέψω στο πανεπιστήμιο και να πάρω πτυχίο. Ως τότε η έρευνα αυτή είχε τελειώσει. Με το τέλος της έρευνας, παρόλο που δεν είχε πραγματοποιηθεί καμία παρέμβαση σε μένα, εγώ έκοψα το κάπνισμα. Οι συγγραφείς της έρευνας αυτής ήταν ο Dr Carlo DiClemente και ο Dr Jim Prochaska, οι οποίοι μου έστειλαν μια περίληψη της μελέτης αυτής και όλη αυτή η ιδέα για τα «Στάδια της αλλαγής» τράβηξε την προσοχή μου. Αυτή ήταν η αρχή του Διεπιστημονικού μοντέλου και μου είχε φανεί ενδιαφέρον. Έτσι, όταν επέστρεψα στο Πανεπιστήμιο, έγραψα μια εργασία για τα στάδια της αλλαγής σε ένα από τα μαθήματα που παρακολουθούσα. Εκείνη την περίοδο ήθελα να συνεχίσω τις σπουδές μου σε μεταπτυχιακό επίπεδο, ωστόσο, για να γίνω δεκτή σε κάποιο πρόγραμμα, χρειαζόταν να έχω εμπειρία στην έρευνα. Ο καθηγητής του μαθήματος, στο οποίο είχα κάνει την εργασία, μου είπε ότι γνώριζε κάποιον που εργαζόταν στο εργαστήριο του Carlo DiClemente. Τον πήρα λοιπόν τηλέφωνο και με θυμήθηκε από τη μελέτη, έτσι ξεκίνησα να δουλεύω στο εργαστήριό του ως βοηθός ερευνητή. Όταν τελείωσα το μεταπτυχιακό μου, έγινα συντονίστρια του προγράμματος εκεί και λίγα χρόνια αργότερα ξαναγύρισα στις σπουδές μου όπου έκανα διδακτορική διατριβή. Ο Dr DiClemente πήγε στο Πανεπιστήμιο του Maryland, στη Βαλτιμόρη και εγώ μαζί με άλλους δύο συνεργάτες εξακολουθήσαμε να κάνουμε έρευνες και να δημοσιεύουμε στοιχεία, ξεκινήσαμε καινούργιες μελέτες. Με τον Dr DiClemente συνεχίζουμε να συνεργαζόμαστε μέχρι σήμερα ακόμη από το Τμήμα Οικογενειακής Ιατρικής (Family Medicine Department) στο Πανεπιστήμιο του Texas στο Austin, όπου βρίσκομαι εδώ και τρεις μήνες ως καθηγήτρια και Αντιπρόεδρος του Τμήματος. Μεγάλη ιστορία...

E: Η πορεία 20 χρόνων

MV: Ναι, ακριβώς.

E: Θυμάστε κάποιες από τις σημαντικότερες δυσκολίες που αντιμετώπισατε και με ποιον τρόπο τις ξεπεράσατε;

MV: Σε προσωπικό επίπεδο ήταν δύσκολο να συμμετέχω σε έρευνες, να τρέχω προγράμματα και να έχω να μεγαλώσω οικογένεια, ήταν μια μεγάλη πρόκληση...

E: Πόσο δύσκολο ήταν να έχετε οικογένεια;

MV: Ήταν πολύ δύσκολο αλλά είχα σημαντική βοήθεια από τον άντρα μου και τη μητέρα μου. Ο άντρας μου ήταν πολύ υποστηρικτικός. Πήγαινα στα μαθήματα, όταν ήταν και τα παιδιά μου στο σχολείο, γιατί ήθελα να είμαι σπίτι το απόγευμα που γυρνούσαν. Επίσης, ερχόταν η μητέρα μου και μας βοηθούσε. Έτσι, πάντοτε υπήρχε ένας γονιός ή η μητέρα μου στο σπίτι με τα παιδιά. Αυτή λοιπόν ήταν μια δυσκολία. Η άλλη δυσκολία νομίζω ήταν η χρηματοδότηση, η συνεχής αναζήτηση χρημάτων για τις έρευνες. Έπρεπε να ψάχνουμε συνέχεια νέους τρόπους για να βρούμε επιχορήγηση και να μπορούσαμε να υποστηρίξουμε τις έρευνές μας.

E: Και το κίνητρό σας για το μοντέλο της Συνέντευξης Κινητοποίησης ήταν οι συνεντεύξεις που είχατε συμμετάσχει για το κάπνισμα και τη διακοπή του καπνίσματος;

MV: Όταν δούλευα στο εργαστήριο του Carlo DiClemente, ξεκίνησαν μια έρευνα με το όνομα "Project Match" ήταν μια μεγάλη μελέτη για τη θεραπεία του αλκοολισμού και το ταίριασμα των ασθενών με το θεραπευτικό πλαίσιο. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να

εντοπίσει ποια θεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική και για ποιον πελάτη. Μια από τις υπό μελέτη θεραπείες ήταν η Συνέντευξη Κινητοποίησης, εγώ αρχικά ήμουν υπεύθυνη αυτού του τμήματος της έρευνας, και αργότερα ολόκληρου του έργου. Εκπαιδεύτηκα λοιπόν στη Συνέντευξη Κινητοποίησης. Αυτό που με κινητοποίησε αρχικά ήταν ότι γνωρίζαμε για τα στάδια της αλλαγής, την προπερίσκεψη, την περίσκεψη, την προετοιμασία και τη δράση. Μας ήταν γνωστό τι να κάνουμε, όταν οι άνθρωποι ήθελαν να αλλάξουν, όταν δηλαδή ήταν στο στάδιο της δράσης. Όμως δεν ξέραμε πώς να αντιμετωπίσουμε κάποιον ο οποίος βρισκόταν στα προηγούμενα στάδια, όπως είναι η προπερίσκεψη ή η περίσκεψη. Πιστεύω ότι η Συνέντευξη Κινητοποίησης ταιριάζει πολύ καλά σε αυτό και ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια.

Ε: Γνωρίζω ότι έχετε κάνει παρεμβάσεις σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Σε ποιες πληθυσμιακές ομάδες έχετε εφαρμόσει το μοντέλο της κινητοποίησης; Ακόμη θα θέλαμε να μας πείτε για τις διαφορές που υπήρχαν σε αυτούς τους πληθυσμούς.

MV: Καταρχήν, ενσωματώνουμε το διαθεωρητικό μοντέλο (transtheoretical model) σε όλες μας τις έρευνες. Πιστεύω ότι τα στάδια και οι διαδικασίες της αλλαγής έχουν ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση και τη διευκόλυνση της διαφοροποίησης της συμπεριφοράς. Το μοντέλο αυτό αποτέλεσε το πλαίσιο εργασίας σε όλες μας τις μελέτες και χρησιμοποιήσαμε τη Συνέντευξη Κινητοποίησης ως μέθοδο συμβουλευτικής. Παράλληλα όμως, εάν το άτομο ήταν πια έτοιμο να κάνει την αλλαγή, εφαρμόζαμε και άλλες στρατηγικές συμβουλευτικής. Νομίζω, όμως, ότι η Συνέντευξη Κινητοποίησης ταιριάζει πολύ καλά με όλους τους πελάτες ανεξάρτητα σε ποιο στάδιο βρίσκονται. Έχουμε δουλέψει με γυναίκες υψηλού κίνδυνου για ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με παράλληλη χρήση αλκοόλ, με χρήστες κοκαΐνης, με ομοφυλόφιλους οροθετικούς που έκαναν κατάχρηση αλκοόλ, με έγκυες που κάπνιζαν, καθώς και με εξαρτημένους χρήστες ουσιών που έχουν εμπλοκή με το Νόμο.

Ε: Οι περισσότερες παρεμβάσεις αφορούσαν προβλήματα με το αλκοόλ;

MV: Με κοκαΐνη και αλκοόλ, έχουμε δουλέψει όμως και με την άσκηση και τη διατροφή. Εκπαιδεύαμε γιατρούς, φοιτητές ιατρικής που κάνουν πρακτική και νεαρότερους φοιτητές της ιατρικής σε μεθόδους κινητοποίησης των ασθενών τους σχετικά με τη σωστή λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής, το κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ και την άσκηση. Τώρα ολοκληρώνουμε τη συλλογή των στοιχείων για μια μελέτη όπου εφαρμόσαμε το μοντέλο με τα στάδια της αλλαγής σε χρήστες κοκαΐνης.

Ε: Έχετε κάνει μελέτες που έχουν ως επίκεντρο δύο ή περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς;

MV: Πιστεύω ότι πολλές μελέτες έχουν εστιάσει σε δύο ή περισσότερες συμπεριφορές. Για παράδειγμα, μια μελέτη έχει ως κύριο θέμα την πρόληψη μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μέσα από την αλλαγή και τη χρήση των μεθόδων αντισύλληψης, άλλες επικεντρώνονται στην πρόληψη του ιού HIV, εστιάζοντας στη χρήση αλκοόλ και στην ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά.

Οι περισσότερες από αυτές στοχεύουν σε περισσότερες από μία συμπεριφορές. Νομίζω ότι είναι σημαντικό να αφήσεις τον ίδιο τον πελάτη να αποφασίσει ποιες από αυτές τις συμπεριφορές είναι περισσότερο έτοιμος να αλλάξει και να προσαρμοστεί η θεραπεία του σε αυτή τη συμπεριφορά. Αφού τα καταφέρουν με μια αλλαγή, προχωρούν στην επόμενη, πρόκειται, σαφώς, για προσαρμογή της θεραπείας. Είναι απαραίτητο πραγ-

16 *Εξαοτήσεις*

ματικά να ενημερώσεις τον πελάτη ότι υπάρχει περιθώριο για αλλαγή, να του δίνεις ανατροφοδότηση και να τον καθοδηγείς.

E: Από την εμπειρία σας στην εκπαίδευση επαγγελματιών, ποιο είναι το δυσκολότερο με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης;

MV: Αυτό είναι εύκολο! Το πιο δύσκολο πράγμα είναι όταν οι άνθρωποι που συμμετέχουν στα εκπαιδευτικά λένε: «Α, το ξέρω ήδη αυτό, το έμαθα στη σχολή, ξέρω να ακούω τους άλλους, αυτό είναι εύκολο, το κάνω ήδη στη δουλειά μου». Για μένα αυτό είναι το δυσκολότερο από όλα. Γιατί μόλις αρχίζουν να το μαθαίνουν οι άνθρωποι, όπως με αρκετά πράγματα στα οποία εκπαιδεύεται κανείς, είναι αναγκαίες περισσότερες από μία ημέρες για να το αφομοιώσει, χρειάζονται πολλές και πολύπλοκες δεξιότητες.

Χρειάζεται να εκπαιδευτεί κάποιος στη Συνέντευξη Κινητοποίησης περισσότερο από μία φορά για να μάθει να εφαρμόζει τις δεξιότητες αυτές, να συμμετάσχει σε περισσότερα από ένα εργαστήρια.

E: Η δυσκολία έγκειται δηλαδή στο να αντιμετωπιστεί η αντίσταση από τους συμβούλους, σωστά;

MV: Ναι, αν και δεν πρόκειται ακριβώς για αντίσταση, είναι περισσότερο... «το ξέρω αυτό», «ναι, καλό είναι, το εφαρμόζω ήδη», το να πιστεύουν δηλαδή ότι το γνωρίζουν ήδη. Ακόμη μία δυσκολία, ενδεχομένως η μεγαλύτερη, είναι όταν έρχεται ένας οργανισμός και σου ζητά να εκπαιδεύσεις κάποιους και επιθυμούν να γίνει αυτό σε ένα ημερήσιο εργαστήριο, ή σε ένα διήμερο εργαστήριο, και μετά δεν ασχολούνται πλέον. Η επανάληψη είναι πολύ αποτελεσματική. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η μάθηση.

E: Ποιες είναι οι πιο σημαντικές δεξιότητες για ένα σύμβουλο τοξικοεξάρτησης, που δουλεύει με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης και με ποιο τρόπο θα μπορούσε κάποιος να τις αναπτύξει;

MV: Νομίζω πως η πιο σημαντική δεξιότητα είναι το γνήσιο ενδιαφέρον για τον πελάτη. Να ακούς καλά, να έχεις την ικανότητα και την υπομονή να ακούς. Επίσης, να μπορείς να δείξεις ενσυναίσθηση.

E: Πιστεύετε ότι αυτό είναι κάτι που μπορεί να καλλιεργηθεί με κάποιο τρόπο ή είναι έμφυτο;

MV: Αυτή είναι πολύ καλή ερώτηση. Πιστεύω ότι είναι μέρος του προσωπικού ύφους του καθενός, δεν ξέρω αν καταλαβαίνετε τι εννοώ, ένα άτομο δηλαδή που έχει ούτως ή άλλως την τάση να κάνει συμβουλευτική με αυτόν τον τρόπο. Ωστόσο η Συνέντευξη Κινητοποίησης περιλαμβάνει ένα συγκεκριμένο σύνολο δεξιοτήτων, οι οποίες μπορούν να αναπτυχθούν. Νομίζω ότι κάποιοι άνθρωποι τα καταφέρνουν λίγο πιο γρήγορα λόγω της «κλίσης» που μπορεί να έχουν στη συμβουλευτική με ενσυναίσθηση.

E: Από την εμπειρία σας στην εκπαίδευση επαγγελματιών στην Ελλάδα υπάρχει κάτι που θα θέλατε να μοιραστείτε μαζί μας, ενδεχομένως, κάτι που σας έχει εντυπωσιάσει;

MV: Ναι, αυτή είναι η τρίτη μου επίσκεψη με αυτό το σκοπό. Κάτι που με έχει εντυπωσιάσει ιδιαίτερα είναι η έμφαση που δίνουν οι Έλληνες στην οικογένεια. Το γεγονός ότι οι οικογένειες των ατόμων συχνά συμμετέχουν στη θεραπεία τους είναι πολύ σημαντικό, στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν συμβαίνει αυτό. Ένα άλλο χαρακτηριστικό στοιχείο είναι ότι δεν υπάρχει έντονος στιγματισμός που να συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών

στην Ελλάδα. Έχω την εντύπωση ότι οι άνθρωποι δεν το θεωρούν ηθικό παράπτωμα, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες αυτό συμβαίνει συχνά. Το τρίτο είναι, ότι νομίζω πως εσείς δεν έχετε στην ιστορία σας μοντέλα ανταγωνισμού. Αυτά έχω παρατηρήσει.

E: Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι αρετές ενός συμβούλου σε αυτόν το χώρο;

MV: Καταρχήν είναι η ακεραιότητα. Θεωρώ πως η Συνέντευξη Κινητοποίησης έχει τη δυνατότητα να προσαρμόζεται στις διαφορετικές συνθήκες, επίσης οφείλεις να αντιμετωπίζεις του συναδέλφους σου με τον ίδιο σεβασμό που προσδοκός να έχεις και για τους πελάτες σου. Αυτό αφορά το σεβασμό των συναδέλφων σου, το σεβασμό στο προσωπικό ύφος του καθενός και την προσαρμογή, ενδεχομένως, της προσέγγισής μας έτσι, ώστε να ταιριάζει με το ύφος του εκάστοτε συμβούλου.

E: Ας περάσουμε όμως σε κάποιες λίγο πιο προσωπικές ερωτήσεις. Πώς ήταν το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώσατε και πώς σας επηρέασε η οικογένειά σας στις επιλογές που κάνατε;

MV: Μπορώ να πω ότι η μητέρα μου ήταν πάντοτε άνθρωπος που βοηθούσε. Ήταν για παράδειγμα ένας από τους πρώτους ανθρώπους στις Ηνωμένες Πολιτείες που ανέπτυξε πρόγραμμα για παιδιά με νοητική καθυστέρηση. Γύρω στη δεκαετία του '60, τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση συχνά τα κλείδωναν στα σπίτια και δεν τα άφηναν να βγουν έξω. Ήταν πολύ σοβαρό στίγμα να έχεις ένα παιδί με τέτοιου είδους προβλήματα. Η μητέρα μου λοιπόν, ξεκίνησε μια ομάδα προσκόπων, την πρώτη σε ολόκληρη τη χώρα, για κορίτσια που είχαν νοητική καθυστέρηση. Είχε έναν αδερφό που είχε νοητικά προβλήματα και, ενδεχομένως, αυτό την είχε επηρεάσει, έτσι εγώ μεγαλώνοντας έμαθα να ασχολούμαι με ανθρώπους που είχαν παρόμοια προβλήματα. Της μητέρας μου της άρεσε πολύ να βοηθά τους άλλους ανθρώπους και πίστευα πάντοτε ότι με αυτό θα ασχοληθώ κι εγώ τέτοια δουλειά θα έκανα. Πιθανόν να υπάρχει κάποια σύνδεση ανάμεσα στη δουλειά που κάνω με τους ανθρώπους με ψυχικές παθήσεις. Είχα παραδείγματα σε σχέση με το κάπνισμα, είχαμε μέλη της οικογένειας που έπιναν ποσότητες αλκοόλ που θεωρώ πως ήταν μεγάλες, ωστόσο τίποτα εκείνη την εποχή δεν το ονομάζαμε εξάρτηση, καταλαβαίνετε πως ήταν. Είμαι το μικρότερο από τέσσερα παιδιά και νομίζω ότι για κάποιο λόγο υιοθέτησα τη συνέντευξη κινητοποίησης ως μέθοδο έρευνας και ως τρόπο προσέγγισης των ανθρώπων, επειδή ταιριάζει με τη φιλοσοφία μου, μάλλον, λόγω της οικογένειας στην οποία μεγάλωσα.

E: Θα πρέπει να ήταν πολύ δυνατός άνθρωπος η μητέρα σας.

MV: Ναι ήταν! Την έχασα πριν δώδεκα χρόνια, ήταν πολύ-πολύ δυνατός άνθρωπος και νοιαζόταν ιδιαίτερα. Πιστεύω ότι το ύφος της ήταν πολύ αποτελεσματικό. Ο πατέρας μου ήταν περισσότερο άνθρωπος της πειθαρχίας από ό,τι ήταν η μητέρα μου και υπάρχουν επίσης πολλά που μπορούμε να συζητήσουμε για αυτή την προσέγγιση. Η μητέρα μου πάντως ήταν πολύ γενναιόδωρη, της άρεσε να δίνει, πάντοτε να δίνει στους ανθρώπους.

E: Υπήρχαν επιλογές που κάνατε στη διάρκεια της καριέρας σας ή κάποιες αποφάσεις που, ενώ αρχικά φαινόταν λάθος, τελικά αποδείχθηκαν να είναι καλές;

MV: Σίγουρα, το ότι παντρεύτηκα τόσο νέα και το ότι δεν τελείωσα τις σπουδές μου άμεσα, είναι κάτι που δεν θα ήθελα να κάνουν τα παιδιά μου, αντιθέτως, θα προτιμούσα να είναι κάποιος που κατευθείαν στο πανεπιστήμιο. Από την άλλη πλευρά, ωστόσο, μπορεί να είναι

πραγματικά καλό το ότι πήγα αργότερα στο πανεπιστήμιο. Βλέποντας την πορεία μου προς τα πίσω, όλα αυτά που συνέβησαν, δείχνουν να έχουν συμβεί εντελώς κατά τύχη, πιστεύω όμως ότι υπήρχε ένα μεγαλύτερο σχέδιο πίσω από όλα αυτά. Μπορεί να είναι καλύτερο το ότι ολοκλήρωσα τις σπουδές μου όταν ήμουν σε μεγαλύτερη ηλικία.

Ε: Ίσως, να μην είχατε γίνει ποτέ αυτή που είστε σήμερα.

MV.: Νομίζω πως έχετε δίκιο γι' αυτό, απόλυτο δίκιο. Δεν πιστεύω ότι θα το είχα εκτιμήσει με τον ίδιο τρόπο όταν ήμουν νέα. Ναι, νομίζω έχετε δίκιο, δεν θα κάπνιζα, δεν θα διάβαζα αυτή την εφημερίδα και δεν θα είχα κάνει αυτό το τηλεφώνημα.

Ε: Ποιο ρόλο έπαιξε η τωρινή σας οικογένεια;

MV: Ναι, έχω μια υπέροχη οικογένεια, όμως χρειάστηκε πολλή υποστήριξη και πολύ σκληρή δουλειά από όλους μας, από το σύζυγό μου, τη μητέρα μου, τα παιδιά μου, είναι λες και έχουμε όλοι μαζί αυτή την καριέρα.

Ε: Είναι σαν να λέμε ένα θέμα οικογενειακό!

MV: Ναι, ναι οικογενειακό!

Ε: Να περάσουμε σε μια επόμενη ερώτηση, ποιοι είναι οι άνθρωποι που θεωρείτε δασκάλους σας, μέντορές σας, στη δουλειά και στη ζωή σας;

MV: Σίγουρα, σαφώς ο Carlo DiClemente ήταν ο πρώτος. Επηρέασε και συνεχίζει να επηρεάζει την καριέρα μου. Νομίζω έχει να κάνει με τον τρόπο που αλληλεπιδρούσε με τους ανθρώπους. Τον έχετε γνωρίσει τον Carlo, είναι πολύ-πολύ δυνατός και η δουλειά του παρουσιάζει μεγάλη σοβαρότητα. Είναι πάντα πολύ γενναιοδωρος με τους ανθρώπους. Ο Carlo λοιπόν είχε σαφώς τη μεγαλύτερη και σαφέστερη επιρροή στην καριέρα μου. Ένας άλλος άνθρωπος που θαυμάζω είναι ο Joseph Carbonari, καθηγητής και στατιστικολόγος, ο οποίος είναι πολύ καλός δάσκαλος στατιστικής. Επίσης μια μοναχή, η αδερφή Μπελίντα, έχει πεθάνει πια, εκείνη ενίσχυε ιδιαίτερα την εκπαίδευση, έτσι στήριξε και τη δική μου εκπαίδευση. Και φυσικά η οικογένειά μου.

Ε: Ποιες είναι οι δεξιότητες που αναπτύξατε που σας βοήθησαν να γίνετε αυτή που είστε σήμερα;

MV: Μ'αρέσει η ικανότητά μου να αλληλεπιδρώ με ανθρώπους από διαφορετικούς χώρους και διαφορετικούς πολιτισμούς, μου αρέσει πολύ. Μου αρέσουν οι άνθρωποι, αυτό νομίζω είναι το σημαντικότερο. Ακόμη οι δεξιότητες μου στην έρευνα, δηλαδή να ορίζω ένα ερευνητικό ερώτημα, να αναπτύσσω μια υπόθεση και να ανακαλύπτω τρόπους να μετρώ την αλλαγή στη συμπεριφορά. Είναι σημαντικό να μπορείς να ορίζεις ποιες είναι οι μεταβλητές που εμπλέκονται, να βρίσκεις τρόπους να τις μετράς και να παρουσιάζεις τα αποτελέσματα με ακρίβεια. Οι μέντορές μου με βοήθησαν σε όλους αυτούς τους τομείς.

Ε: Πιστεύετε ότι το ταλέντο είναι απαραίτητο/πολύτιμο για να μπορέσει κάποιος να ορίσει ένα καλό ερευνητικό ερώτημα; Ή είναι μόνο θέμα εκπαίδευσης;

MV: Πιστεύω ότι έχει να κάνει και με τα δύο, και με την εκπαίδευση και με το ταλέντο. Δεν πιστεύω ότι όλα τα εκπαιδευτικά προγράμματα διδάσκουν την έρευνα με ένα τρόπο που να μπορούν οι φοιτητές να την αξιοποιήσουν. Και νομίζω ότι στο σημείο αυτό μπορεί να συμβάλλει το ταλέντο, στην αναζήτηση των σωστών πηγών με στόχο τη μάθηση,

να ενισχύσεις δηλαδή τις γνώσεις σου από το σχολείο, να συμπληρώσεις ό,τι δεν σου δίδαξαν οι σπουδές σου. Να βρεις τρόπο να συμπληρώσεις την εκπαίδευσή σου, πιστεύω ότι χρειάζεται ταλέντο για αυτό.

E: Και τέλος, τι θα συμβουλευάτε ένα νεαρό θεραπευτή ή σύμβουλο, ο οποίος ξεκινά τώρα την καριέρα του; Τι συμβουλή θα του δίνετε;

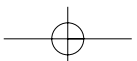
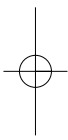
MV: Να παραμένει ενήμερος για τις τρέχουσες επιστημονικές εξελίξεις. Οφείλει να γνωρίζει ότι δεν υπάρχει μόνο μια απάντηση, αλλά πολλές και μετά να αποφασίζει. Οι μαθητές πρέπει να μάθουν να είναι οξυδερκείς με τις έρευνες, όχι απλά να συλλέγουν στοιχεία από το χώρο αλλά να έχουν και κριτική σκέψη, διερευνητική ματιά και να είναι ενήμεροι για τις τελευταίες εξελίξεις στο χώρο.

E: Σας ευχαριστούμε πολύ.

MV: Παρακαλώ, εγώ σας ευχαριστώ για αυτή τη συνέντευξη, είναι τιμή μου. Επίσης, ήταν πολύ οι καλές ερωτήσεις σας, σε βάζουν να σκεφτείς!

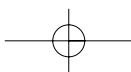
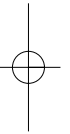
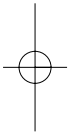
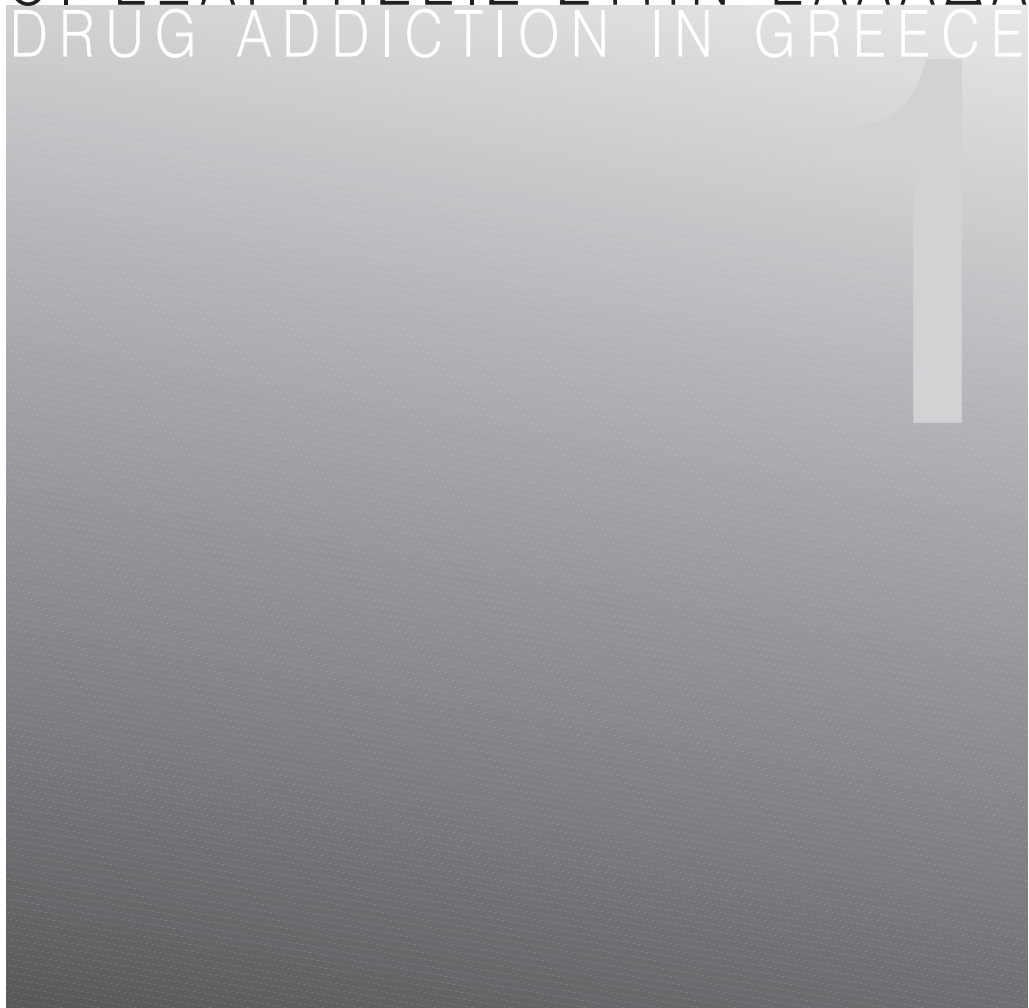


20 *Εξαοτήσεις*



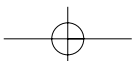
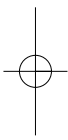


ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ DRUG ADDICTION IN GREECE





22 *Εξαοτήσεις*



Εξαρτήσεις, τόμος 11, 2007

PSYCHOTROPIC SUBSTANCE ABUSE OF JUVENILE DELINQUENTS AND THEIR FAMILIES' AND PERCEPTIONS OF PARENTAL CARE AND PROTECTION

STAVROS KYRIAKIDIS*, UNIVERSITY OF THESSALY, ASPETE

Abstract

Parental substance abuse has been associated with multiple problems of psychosocial development of children and adolescents and has been identified as one of the predictive factors for the initiation and escalation of juvenile delinquency. In a similar manner poor child-rearing practices have been identified as potent predictors of juvenile delinquency. It is expected that substance abuse in the family will be related with poor child-rearing practices in juvenile delinquents. The above issues are examined in a random sample of juvenile delinquents (N=152), whose delinquent behaviour was serious enough for them to be retained in custody. The data collection relied on structured interviews and the juveniles filled in the Parental Bonding Instrument (Parker et al., 1979). The above issues are examined in different categories of juvenile delinquents. In addition the juvenile delinquents' perceptions of child-rearing practices are compared with data of a normative sample of adolescents at school. The implications of the study are that further research is needed for the clarification of the concept of parental protection and its operationalisation, the contribution of child-rearing practices to juvenile delinquency for different types of offenders and that the issues of parental substance abuse and juvenile delinquency could be further examined in females juvenile delinquents.

* Contact address: Kapetanaki 29, 173 42, Agios Dimitrios, Athens, Greece
(e-mail: skyriak@syros.aegean.gr, kiriaks@yahoo.gr).
Tel. +30 2109828455. This article was supported by the State Scholarships Foundation.

Εξαρτήσεις, τόμος 11, 2007

ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΝΕΑΡΩΝ ΠΑΡΑΒΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ.

ΣΤΑΥΡΟΣ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ*, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, ΑΣΠΑΙΤΕ.

Περίληψη

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους γονείς έχει συσχετιστεί με πολλαπλά προβλήματα στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών και εφήβων και έχει καταγραφεί ως ένας παράγοντας προστασίας για την έναρξη και ανάπτυξη της εφηβικής παραβατικότητας. Κατά παρόμοιο τρόπο οι προβληματικές μέθοδοι ανατροφής έχουν εντοπιστεί ως ένας βασικός προβλεπτικός παράγοντας της εφηβικής παραβατικότητας. Αναμένεται ότι οι δύο αυτοί παράγοντες θα παρουσιάζουν συσχέτιση. Τα παραπάνω ζητήματα εξετάζονται σε ένα τυχαίο δείγμα παραβατικών εφήβων (N=152), σε αναμορφωτική δομή. Η συλλογή των δεδομένων βασίστηκε σε δομημένη συνέντευξη και στη συμπλήρωση του "Parental Bonding Instrument" (Parker et al., 1979). Τα ζητήματα αυτά εξετάζονται σε διαφορετικές κατηγορίες παραβατικών και τα δεδομένα του δείγματος συγκρίνονται με δεδομένα εφήβων μαθητών. Τα συμπεράσματα της έρευνας είναι ότι περαιτέρω έρευνα χρειάζεται για την διευκρίνιση της έννοιας γονική προστασία και τον λειτουργικό της ορισμό, τη συμβολή των γονικών μεθόδων ανατροφής στην εφηβική παραβατικότητα διαφορετικών μορφών, και το συσχετισμό της γονικής χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και γονικών μεθόδων ανατροφής σε γυναικείο παραβατικό πληθυσμό.

Λέξεις κλειδιά: Εφηβική παραβατικότητα, γονική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, γονικές μέθοδοι ανατροφής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών στην οικογένεια έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για τη μη ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων (Leukefeld et al., 1998; Stice and Barrera, 1995). Οι West και Prinz (1987) αναφέρουν ότι αγόρια με παραβατική συμπεριφορά είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν έναν αλκοολικό γονέα, παρά το ότι ο γονικός αλκοολισμός συσχετιζόταν με την ύπαρξη άλλων μειονεκτικών καταστάσεων. Επίσης, έχει συσχετισθεί με παρατεταμένες απουσίες από το σχολείο, κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών, ελλιπή γνωστική ανάπτυξη, σωματικά προβλήματα και δυσλειτουργικές οικογενειακές αλληλεπιδράσεις (West και Prinz, 1987). Οι Malo και Tremblay (1997) αναφέρουν ότι αγόρια στην προεφηβική ηλικία με πατέρα αλκοολικό ή μητέρα κοινωνικά αποκλεισμένη είχαν περισσότερα προβλήματα

* Διεύθυνση επικοινωνίας: Καπετανάκη 29, 173 42, Αγ. Δημήτριος, Αθήνα.
(e-mail: skyriak@syros.aegean.gr, kiriaks@yahoo.gr).
τηλ.: 2109828455. Η εργασία αυτή υποστηρίχθηκε από το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών.

συμπεριφοράς σε σχέση με συνομηλικούς τους χωρίς τα παραπάνω χαρακτηριστικά, και αντιλαμβάνονταν τους γονείς τους ως περισσότερο τιμωρητικούς, θέτοντας λιγότερους κανόνες συμπεριφοράς.

Οι οικογενειακές μέθοδοι ανατροφής σε σχέση με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών στην οικογένεια και με τη μορφή και τον τρόπο χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών δεν έχει εξεταστεί επαρκώς σε παραβατικούς εφήβους αν και τόσο οι ανεπαρκείς μέθοδοι ανατροφής (McGee, Wolfe & Olson, 2001; Loeber and Dishion, 1983; McCord, 1979) όσο και η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Farrington, 1995; Loeber and Dishion, 1983; West and Prinz, 1987) αποτελούν παράγοντες πρόγνωσης για την εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς από αγόρια στην εφηβική ηλικία. Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να διερευνήσει τα παραπάνω θέματα σε ένα δείγμα εφήβων με παραβατική συμπεριφορά και επίσης να μελετήσει τις αντιλήψεις τους για τις μεθόδους ανατροφής των γονέων τους σε σύγκριση με τις αντιλήψεις των γονικών μεθόδων ανατροφής εφήβων αγοριών μαθητών. Η συσχέτιση των γονικών μεθόδων ανατροφής με πολλαπλούς δείκτες ψυχοκοινωνικής δυσχέρειας αλλά και η σύγκριση των μέσων όρων του παρόντος δείγματος με πολλαπλά δείγματα μαθητών άλλων ερευνών αναφέρονται σε μια άλλη εργασία (Kiriakidis, 2007). Στην παρούσα εργασία η έμφαση στην παρουσίαση και συζήτηση των αποτελεσμάτων δίνεται κυρίως σε δείκτες ψυχοκοινωνικής δυσχέρειας αναφορικά με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών των εφήβων παραβατών και των οικογενειών τους και τις μεθόδους ανατροφής που οι οικογένειες υιοθέτησαν.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Εκατόν πενήντα δύο νέοι αγόρια τρόφιμοι της μεγαλύτερης αναμορφωτικής δομής για νέους της Σκωτίας, ηλικίας 16-21 ετών επιλέχθηκαν τυχαία και μετείχαν σε δομημένες συνεντεύξεις όπου καταγράφησαν τα χαρακτηριστικά τους όπως: ηλικία, παραβατικό ιστορικό, εκπαιδευτικό ιστορικό, επαγγελματικό ιστορικό, χαρακτηριστικά της οικογένειας τους και θέματα σχετικά με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Επίσης οι έφηβοι συμπλήρωσαν μία συντομευμένη μορφή του ερωτηματολογίου "Parental Bonding Instrument" (Pedersen, 1994) που βασίζεται στο "Parental Bonding Instrument" (Parker, Tupling and Brown, 1979). Η συντομευμένη του μορφή αποτελείται από 10 συμπεριφορικά και γνωστικά ερωτήματα τα πέντε εκ των οποίων μετρούν τη γονική φροντίδα ενώ τα υπόλοιπα τη γονική προστασία. Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από ανάλυση παραγόντων οδηγώντας σε δύο παράγοντες, χαρακτηρίζεται από υψηλή εσωτερική αξιοπιστία και εγκυρότητα (Pedersen, 1994; Parker et al., 1979; Parker, 1989; Lopez and Gover, 1993).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 152 νέους που συμμετείχαν στη συνέντευξη πέντε μόνο δεν ήταν δυνατό να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο σε σχέση με τις μητέρες τους ή ένα μητρικό πρότυπο και δεκατρείς δεν μπορούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο σε σχέση με τους πατέρες τους ή ένα πατρικό πρότυπο. Οι συντελεστές εσωτερικής αξιοπιστίας για τους υποπαράγοντες του ερωτηματολογίου ήταν μητρική φροντίδα .82, πατρική φροντίδα .89, μητρική προστασία .63 και πατρική προστασία .63. Η φροντίδα και η προ-

26 *Εξαρτήσεις*

στασία δεν συσχετιζόνταν και για τους δύο γονείς δείχνοντας έτσι ότι οι δύο παράγοντες - της φροντίδας και της προστασίας - είναι ανεξάρτητοι. Η πατρική φροντίδα και η μητρική φροντίδα παρουσίαζαν ταυτόχρονη μεταβολή στατιστικά σημαντική (.38, $p < .01$) ενώ η μητρική και η πατρική προστασία δεν συσχετιζόνταν.

Η μητρική φροντίδα παρουσίαζε στατιστικά σημαντική αρνητική ταυτόχρονη μεταβολή με την ύπαρξη κατάχρησης αλκοόλ στην οικογένεια (-.23, $p < .01$), θετική ταυτόχρονη μεταβολή με την ηλικία που οι έφηβοι ξεκίνησαν να παίρνουν ναρκωτικά (.26, $p < .01$) και να πίνουν αλκοόλ (.19, $p < .05$), δηλαδή όσο λιγότερη η φροντίδα από τη μητέρα, τόσο μικρότερη η ηλικία που ξεκίνησαν οι έφηβοι την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών. Η πατρική φροντίδα παρουσίαζε στατιστικά σημαντική ταυτόχρονη μεταβολή με την ηλικία που οι έφηβοι ξεκίνησαν την κατανάλωση αλκοόλ (.24, $p < .01$) δηλαδή όσο λιγότερη η πατρική φροντίδα σε τόσο πιο μικρή ηλικία ξεκίνησαν οι έφηβοι την κατανάλωση αλκοόλ.

Οι μέσοι όροι των αντιλήψεων μητρικής και πατρικής φροντίδας και προστασίας των παραβατικών εφήβων της έρευνας συγκρίθηκαν με τους μέσους όρους που αναφέρει ο Pedersen (1994) σε ένα δείγμα εφήβων αγοριών-μαθητών για να εξετάσουμε τον βαθμό στον οποίο υπάρχουν διαφορές μεταξύ παραβατικών εφήβων και εφήβων-μαθητών που δεν είχαν παραβατική συμπεριφορά. Η σύγκριση με τους μέσους όρους της έρευνας του Pedersen (1994) αποφασίστηκε επειδή και στα δύο δείγματα χρησιμοποιήθηκε η ίδια μορφή του ερωτηματολογίου, δηλαδή η συντομευμένη μορφή του Parental Bonding Instrument (Parker et al., 1979).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΓΟΡΙΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ (PEDERSEN, 1994) ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΤΟΥΣ.

	<i>Δείγμα Παραβατικών Εφήβων</i>	<i>Δείγμα Αγοριών Μαθητών (Pedersen, 1994)</i>
	N=152	N=267
	μ, (σ.α.)	μ, (σ.α.)
Μητρική Φροντίδα	15.01 (3.5)	11.4 (2.6)
Μητρική Προστασία	10.97 (2.5)	5.6 (3.0)
Πατρική Φροντίδα	12.12 (4.19)	10.1 (3.1)
Πατρική Προστασία	9.91 (2.7)	4.8 (2.9)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ T-TESTS ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΤΟΥΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΓΟΡΙΩΝ-ΜΑΘΗΤΩΝ (PEDERSEN, 1994).

	<i>Δείγμα Παραβατικών Εφήβων Συγκρινόμενα με Δείγμα Αγοριών Μαθητών (Pedersen, 1994)</i>
Μητρική Φροντίδα	t(146)=12.48*
Μητρική Προστασία	t(146)=25.32*
Πατρική Φροντίδα	t(138)=5.68*
Πατρική Προστασία	t(138)=22.14*

*Note. $p < .001$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Γονική προστασία. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας για τις αντιλήψεις των εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνα σχετικά με τη προστασία από τους γονείς ήταν χαμηλότεροι σε σχέση με τους δείκτες αξιοπιστίας για τις αντιλήψεις τους όσον αφορά στη φροντίδα που είχαν από τους γονείς τους. Το αποτέλεσμα αυτό σε συνδυασμό με παρόμοια αποτελέσματα σε παραβατικούς εφήβους (Biggam and Power, 1998; Chambers et al., 2000) μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο παράγοντας γονική προστασία όπως μετράται από το “Parental Bonding Instrument”, ίσως να μην αποτελεί έναν ομοιογενή παράγοντα. Αν και το ερωτηματολόγιο είναι προϊόν ανάλυσης παραγόντων, ο παράγοντας της γονικής προστασίας είναι πιθανό να αποτελείται από περισσότερους σχετιζόμενους μεταξύ τους υποπαράγοντες. Οι Cubis et al. (1989) εξετάζοντας τη δομή του ερωτηματολογίου με ανάλυση παραγόντων βρήκαν, σε αντίθεση με τους Parker et al. (1979) ότι ο παράγοντας *γονική προστασία* μπορούσε να χωρισθεί σε δύο υποπαράγοντες, *προστασία στον κοινωνικό χώρο* και *προστασία στον προσωπικό χώρο*.

Επίσης θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι η γονική προστασία μπορεί να ερμηνευθεί με δύο τρόπους, είτε να σημαίνει την επίβλεψη των δραστηριοτήτων των παιδιών και των εφήβων είτε την «απαγόρευση» της ψυχολογικής αυτονομίας των εφήβων από τους γονείς. Εάν η προστασία από τους γονείς συνίσταται στην επίβλεψη των δραστηριοτήτων των παιδιών και των εφήβων, αυτό αναμένεται να έχει θετικά αποτελέσματα στη συμπεριφορά των παιδιών, καθώς οι γονείς θα είναι σε θέση να εντοπίσουν και να περιορίσουν πιθανές ευκαιρίες για την εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς, ή/και την εμπλοκή του παιδιού με ομάδα συνομηλίκων που παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά. Με αυτόν τον τρόπο και με τον καθορισμό κανόνων και ορίων ως προς το ποια συμπεριφορά είναι αποδεκτή και ποια όχι, η γονική προστασία αναμένεται να έχει θετικά αποτελέσματα για την ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου ως προς την αποφυγή εκδήλωσης αντικοινωνικής συμπεριφοράς γενικά, και η γονική προστασία αναμένεται να συσχετίζεται αρνητικά με την εφηβική παραβατικότητα.

Ακόμα η γονική προστασία μπορεί να ερμηνευθεί και ως γονική παρέμβαση, με την έννοια της υπερπροστασίας, έτσι ώστε η γονική ενασχόληση με τη συμπεριφορά του εφήβου να μην επιτρέπει την ψυχολογική του αυτονομία. Σε αυτή την περίπτωση είναι πιθανό ο έφηβος να καταφύγει σε «επαναστατικές» πράξεις σε μια προσπάθεια να κερδίσει την αυτονομία του από τους γονείς του, διαδικασία που μπορεί να περιλαμβάνει και παραβατικές πράξεις.

Επιπλέον, είναι πιθανό να υποθέσουμε ότι η γονική προστασία θα μπορούσε να έχει θετικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη του παιδιού όταν αυτό συμβαίνει σε μικρότερες ηλικίες, στη φάση όπου τα παιδιά χρειάζεται να είναι υπό επίβλεψη και αυτό είναι κρίσιμο για την μετέπειτα ανάπτυξή τους. Σε αυτή την περίπτωση η προστασία από τους γονείς θα ήταν αναμενόμενο να συσχετίζεται με τη γονική φροντίδα, καθώς αφήνοντας τα παιδιά χωρίς επίβλεψη και έλεγχο των δραστηριοτήτων τους σε μια ηλικία όπου δεν έχουν αποκτήσει ή αναπτύξει τις σχετικές δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις περιβαλλοντικές προκλήσεις, θα μπορούσε εύκολα να εννοηθεί ως γονική αδιαφορία (McLoyd, 1998).

Παρομοίως, ο ίδιος βαθμός προστασίας του παιδιού από τους γονείς του στην εφηβεία θα

μπορούσε να είναι τόσο επιβλαβής όσο και η έλλειψη προστασίας στα προηγούμενα χρόνια. Απλώς, επειδή η εφηβεία είναι η περίοδος όπου οι εν δυνάμει ενήλικες χρειάζονται να μάθουν καινούριους ρόλους, να αντιμετωπίσουν προκλήσεις και να ωριμάσουν συναισθηματικά, η γονική υπερπροστασία θα μπορούσε να εμποδίσει αυτές τις διαδικασίες και να μην επιτρέψει στον έφηβο την περαιτέρω ανάπτυξη του.

Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ότι η γονική προστασία έχει δύο όψεις, τη μία που εκφράζει έλεγχο και επίβλεψη της συμπεριφοράς και την άλλη που εκφράζει την αναστολή της ψυχολογικής ανεξαρτησίας. Η κάθε μία συμβάλλει με διαφορετικούς τρόπους στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων στις διάφορες φάσεις ανάπτυξης. Υψηλός βαθμός ελέγχου και επίβλεψης θα μπορούσαν να είναι θετικοί παράγοντες στην εξέλιξη του παιδιού σε μικρότερες ηλικίες, καθώς η παράβλεψη των αναγκών προσκόλλησης-δεσμού των παιδιών είναι επιβλαβής στην ανάπτυξή τους (McLoyd, 1998), ενώ προοδευτικές μεταβολές προς λιγότερη επίβλεψη και περισσότερη ψυχολογική αυτονομία στη διάρκεια της εφηβείας αποτελούν θετικούς παράγοντες για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών.

Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών των εφήβων παραβατών και των οικογενειών τους. Η κατάχρηση αλκοόλ στην οικογένεια αναμένεται να σχετίζεται με λιγότερη φροντίδα των παιδιών στην οικογένεια. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν οι Rutherford et al. (1997), ότι αλκοολικοί πατέρες έχουν κριθεί από τους παιδιά τους ως περισσότερο αδιάφοροι σε σύγκριση με όσους δεν έχουν προβλήματα αλκοολισμού.

Παρόλο που οι αντιλήψεις για την πατρική προστασία και φροντίδα των εφήβων της παρούσας έρευνας δεν συσχετιζόνταν με την ύπαρξη προβλημάτων κατάχρησης αλκοόλ στην οικογένεια, εντούτοις η έλλειψη φροντίδας από τον πατέρα παρουσίαζε σημαντική συσχέτιση με την ηλικία χρήσης αλκοόλ από τους εφήβους, δηλαδή όσο νωρίτερα ξεκίνησαν οι έφηβοι τη χρήση αλκοόλ τόσο περισσότερο αδιάφορους αντιλαμβάνονταν τους γονείς τους.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν οι Whipple et al. (1995), όταν εξέτασαν και συνέκριναν με τη μέθοδο της παρατήρησης τις γονικές αλληλεπιδράσεις 17 αλκοολικών και 23 οικογενειών χωρίς προβλήματα αλκοολισμού και των βιολογικών τους υιών. Οι δύο ομάδες οικογενειών δεν διέφεραν σε σχέση με τους μέσους όρους ηλικίας των γονέων και των υιών τους, καθώς και στο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Παρατηρήθηκαν όμως διαφορές όσον αφορά στο ότι οι γονείς χωρίς προβλήματα αλκοολισμού είχαν περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης, ήταν παντρεμένοι για μεγαλύτερο διάστημα και είχαν υψηλότερα εισοδήματα. Αν και τα αποτελέσματα της έρευνας πρέπει να τα ερμηνεύσουμε με κάποια προσοχή λόγω των μικρών δειγμάτων που χρησιμοποιήθηκαν και των σημαντικών διαφορών των δύο ομάδων σε αρκετούς κοινωνικο-δημογραφικούς δείκτες, η αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού, όπως μετρήθηκε από το ερωτηματολόγιο "Dyadic Parent-Child Interaction System" παρουσίασε σημαντικές διαφορές. Κατά τη διάρκεια των συνεδριών οι αλκοολικοί γονείς δεν μπορούσαν να απασχολήσουν τα παιδιά τους αποτελεσματικά και δεν είχαν δυαδικό συγχρονισμό. Γενικότερα, οι αλληλεπιδράσεις των αλκοολικών γονέων και των παιδιών τους χαρακτηρίζονταν από έλλειψη γονικής ζεστασίας. Τα παιδιά τους εξέφραζαν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα ενώ παρατηρήθηκε μία γενικότερη γονική απαίτηση για ανεξάρτητη συμπεριφορά εκ μέρους των παιδιών.

Οι Leukefeld et al. (1998) σε μια εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ερευνών που εξέτασαν το συσχετισμό οικογενειακών μεταβλητών και την κατάχρηση ναρκωτικών στην εφηβεία, αναφέρουν ότι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της κατάχρησης ναρκωτικών στην εφηβεία ήταν η χρήση ναρκωτικών από τους γονείς και τα αδέρφια, οι θετικές στάσεις των γονέων στην κατάχρηση ναρκωτικών και η διαθεσιμότητα των ναρκωτικών στο περιβάλλον του εφήβου. Επιπλέον αναφέρουν ότι οι έφηβοι χρήστες ναρκωτικών περιγράφουν τις οικογένειές τους ως εχθρικές, χωρίς κατανόηση, χωρίς συνοχή, χωρίς συνεργασία και γενικώς ως ένα περιβάλλον με υψηλό βαθμό αποξένωσης.

Διαφορές στις αντιλήψεις μεθόδων ανατροφής μεταξύ εφήβων με παραβατική συμπεριφορά και εφήβων από την κοινότητα. Οι διαφορές στις τιμές των νεαρών με παραβατική συμπεριφορά της έρευνας όσον αφορά στις αντιλήψεις τους για τις γονικές μεθόδους ανατροφής των γονέων τους σε σύγκριση με εκείνες των εφήβων αγοριών του γενικότερου πληθυσμού ήταν σημαντικά υψηλότερες και για τις δύο διαστάσεις που μετρά το ερωτηματολόγιο, φροντίδα και προστασία, και για τους δύο γονείς. Το δείγμα των εφήβων με παραβατική συμπεριφορά αντιλαμβάνονταν και τους δύο γονείς τους ως περισσότερο προστατευτικούς σε σύγκριση με τους έφηβους μαθητές και αυτό το αποτέλεσμα βρίσκεται στην αναμενόμενη κατεύθυνση καθώς έφηβοι που θεωρούν τους γονείς τους υπερπροστατευτικούς έχουν βρεθεί να εμπλέκονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε παραβατική συμπεριφορά σύμφωνα με τα δεδομένα ερευνών που έχουν γίνει στην κοινότητα (Mak, 1994; Pedersen, 1994). Παρά το ότι οι έρευνες αυτές έχουν μετρήσει την παραβατική συμπεριφορά με ερωτηματολόγιο που είναι πιθανό να μην περιλαμβάνει σοβαρές παραβατικές πράξεις και καθώς τα δείγματα τους βασίστηκαν σε σχολικούς πληθυσμούς είναι επίσης πιθανό να μην εκπροσωπούνται εκείνοι οι έφηβοι που εμπλέκονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε παραβατικές πράξεις. Είναι γνωστό ότι οι έφηβοι που εμπλέκονται με μεγαλύτερη συχνότητα και διαπράττουν σοβαρότερα αδικήματα παρουσιάζουν υψηλό βαθμό απουσιών ή/και εγκαταλείπουν την εκπαίδευση (Rutter et al., 1998). Επίσης, παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν και οι Biggam and Power (1998) καθώς και οι Chambers et al. (2000) σε έρευνες με εφήβους σε αναμορφωτικές δομές.

Οι στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές όμως των αντιλήψεων των εφήβων με παραβατική συμπεριφορά για τη γονική φροντίδα σε σύγκριση με το δείγμα των μαθητών βρίσκεται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες σε αναμορφωτικές δομές της Σκωτίας (Biggam and Power, 1998; Chambers et al., 2000) καθώς και με τη γενικότερη βιβλιογραφία, όπου η γονική απόρριψη, η έλλειψη φροντίδας και οι ασταθείς μέθοδοι ανατροφής έχουν βρεθεί μεταξύ των πιο ισχυρών προγνωστικών παραγόντων της εφηβικής παραβατικότητας (Loeber and Dishion, 1983; Liska and Reed, 1985; Loeber and Farrington, 1998; Lytton, 1990; McCord, 1979).

Η ερμηνεία αυτού του αποτελέσματος δεν είναι εύκολη. Μία πιθανή ερμηνεία θα μπορούσε να είναι ότι το μεγάλο ποσοστό με βίαιη-παραβατική συμπεριφορά της έρευνας (52% βρισκόνταν στο ίδρυμα για βίαιες παραβάσεις, 29% για κλοπές, 9% για διακίνηση ναρκωτικών και 9% για άλλες παραβάσεις) που πιθανώς να οδήγησε σε συνολικά υψηλότερες τιμές γονικής φροντίδας. Το θέμα εξετάστηκε περαιτέρω με συγκρίσεις τιμών μεταξύ των εφήβων που καταδικάστηκαν για βίαιες παραβάσεις και εκείνων που καταδικάστηκαν για κλοπές. Αν και δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ούτε στις

αντιλήψεις πατρικής προστασίας ($t(112)=.32$, στατιστικά ασήμαντο) ούτε στις αντιλήψεις μητρικής προστασίας ($t(118)=.29$ στατιστικά ασήμαντο) μεταξύ των δύο ομάδων, οι έφηβοι που είχαν καταδικαστεί για κλοπές αντιλαμβάνονταν τόσο της μητέρας τους ($t(118)=3.78$, $p<.001$) όσο και τους πατέρες τους ($t(112)=2.64$, $p<.01$) ως περισσότερο αδιάφορους, σε σύγκριση με εκείνους που είχαν διαπράξει βίαιες παραβάσεις.

Καθώς η πλειοψηφία των εφήβων του δείγματος ήταν έφηβοι με βίαιη παραβατική συμπεριφορά το γεγονός αυτό είναι πιθανό να εξηγήσει τις υψηλότερες τιμές στη γονική φροντίδα σε σχέση με το μαθητικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά δεν είναι ξεκάθαρο γιατί όσοι είχαν καταδικαστεί για κλοπές αντιλαμβάνονταν τους γονείς τους ως περισσότερο αδιάφορους σε σύγκριση με τους βίαιους παραβάτες. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι το γεγονός ότι οι βίαιοι παραβατικοί έφηβοι ανέφεραν σημαντικά λιγότερη κατάχρηση αλκοόλ στην οικογένειά τους ($t(122)=2.11$, $p<.04$) σε σύγκριση με τους παραβάτες για κλοπές. Τα αποτελέσματα μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι χρειάζεται περισσότερη έρευνα για την εξέταση της σχέσης της ποιότητας των μεθόδων ανατροφής σε διαφορετικές ομάδες παραβατικών εφήβων, καθώς είναι πιθανό διαφορετικοί παράγοντες επικινδυνότητας και προδιαθεσιμότητας να εμπλέκονται στην εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς από διαφορετικές ομάδες εφήβων.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με την εικόνα του οικογενειακού περιβάλλοντος των εφήβων χρηστών ναρκωτικών, όπως παρουσιάστηκε από τους Leukefeld et al. (1998) από έρευνες στο γενικότερο πληθυσμό σε εφήβους και νέους, και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ίδιες συσχετίσεις γενικώς συναντώνται και σε νέους με παραβατική συμπεριφορά, τουλάχιστον σε σχέση με τις αντιλήψεις για τη μητρική φροντίδα και την έναρξη χρήσης ναρκωτικών. Επίσης, φαίνεται ότι χρειάζεται περισσότερη έρευνα για τη μελέτη της δομής της γονικής προστασίας-όπως αυτή μετράται από το "Parental Bonding Instrument". Επίσης περαιτέρω διερεύνηση χρειάζεται η αποσαφήνιση των σχέσεων των μεθόδων ανατροφής της οικογένειας και η συνεισφορά τους σε διαφορετικές κατηγορίες. Τέλος, τα ίδια θέματα αξίζει να μελετηθούν για τα κορίτσια στην εφηβεία που εκδηλώνουν παραβατική συμπεριφορά.

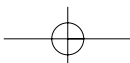
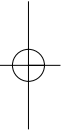
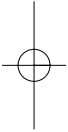
Βιβλιογραφία

- Biggam, F.H. and Power, K.G. (1998). The Quality of Perceived Parenting Experienced by a Group of Scottish Incarcerated Young Offenders. *Journal of Adolescence*, 21, 161-176.
- Chambers, J.A., Power, K.G., Loucks, N. and Swanson, V. (2000). Psychometric Properties of the Parental Bonding Instrument and its Association with Psychological Distress in a Group of Incarcerated Young Offenders in Scotland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 318-325.
- Cubis, J., Lewin, T. and Dawes, F. (1989). Australian Adolescents' Perceptions of their Parents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 35-47.
- Farrington, D. P. (1995). The twelfth Jack Tizard memorial lecture: The development of offending and antisocial behaviour from childhood. Key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 929-964.
- Kiriakidis S. (2007) Perceived Quality of Parenting and it's Relations with Frequency of Offending and Indices of Psychosocial Functioning among Institutionalised Adolescents. *Hellenic Journal of Psychology*, (in press).
- Leukefeld, C.G., Logan, T.K., Clayton, R.R., Martin, C., Zimmerman, R., Cattarello, A., Milich, R. and Lynam, D. (1998). Adolescent Drug Use, Delinquency, and Other Behaviors. In Gullotta, T.P., Adams, G.R. and Montemayor, R. (Eds) *Delinquent and Violent Youth*. London: Sage.
- Liska, A.E. and Reed, M.D. (1985). Ties to Conventional Institutions and Delinquency: Estimating Reciprocal Effects. *American Sociological Review*, 50, 547-560.
- Loeber, R. and Dishion, T. (1983). Early Predictors of Male Delinquency: A Review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99.
- Loeber, R. and Farrington, D.P. (1998b). Never Too Early, Never Too Late: Risk Factors and Successful Interventions for Serious and Violent Juvenile Offenders. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 7, 7-30.
- Lopez, F.G. and Gover, M.R. (1993). Self-Report Measures of Parent-Adolescent Attachment and Separation-Individuation: A Selective Review. *Journal of Counseling and Development*, 71, 560-569.
- Lytton, H. (1990). Child and Parent Effects in Boys' Conduct Disorder: A Reinterpretation. *Development and Psychology*, 26, 683-697.
- Mak, A. (1994). Parental Neglect and Overprotection as Risk Factors in Delinquency. *Australian Journal of Psychology*, 46, 107-111.
- McGee, R., Wolfe, D., & Olson, J. (2001). Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. *Development and Psychopathology*, 13, 827-846.
- Malo, J. and Tremblay, R.E. (1997). The Impact of Parental Alcoholism and Maternal Social Position on Boys' School Adjustment, Physical Maturation and Sexual Behaviour: A Test of Two Competing Hypotheses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 187-197.
- McCord, J. (1979). Some Child-Rearing Antecedents of Criminal Behaviour in Adult Men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1477-14486.
- McLoyd, V.C. (1998). Socioeconomic Disadvantage and Child Development. *American Psychologist*, 53, 185-204.
- Parker, G. (1989). The Parental Bonding Instrument: Psychometric Properties Reviewed. *Psychiatric Developments*, 4, 317-335.
- Parker, G., Tupling, H. and Brown, L.B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pedersen, W. (1994). Parental Relations, Mental Health, and Delinquency in Adolescents. *Adolescence*, 29, 975-990.



32 Εξαοτήσεις

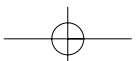
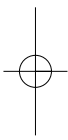
- Rutherford, M.J., Cacciola, J.S., Alterman, A.I., McKay, J.R. and Cook, T.J. (1997). Young Men's Perceived Quality of Parenting Based on Familial History of Alcoholism. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6, 43-56.
- Rutter, M., Giller, H. and Hagell, A. (1998). *Antisocial Behaviour by Young People*. New York: Cambridge University Press.
- West, M.O. and Prinz, R.J. (1987). *Parental Alcoholism and Childhood Psychopathology*, 102, 204-218.
- Whipple, E.E., Fitzgerald, H.E. and Zucker, R.A. (1995). Parent-Child Interactions in Alcoholic and Non-Alcoholic Families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 153-159.





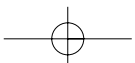
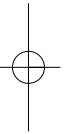
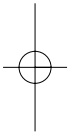
Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΣΤΟΧΑΣΤΡΟ

TREATMENT PERSPECTIVES





34 *Εξαοτήσεις*



Εξαρτήσεις, τόμος 11, 2007

Η ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΜΕ ΣΤΕΛΕΧΗ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ*

ΚΛΗΜΗΣ ΝΑΥΡΙΔΗΣ, ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ,
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ Φ.Π.Ψ. ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Το σχέδιο, η παρουσίαση στην ομάδα προσωπικών αντικειμένων, η δουλειά με φωτογραφίες (Vacheret et al., 2002) και το γενεόγραμμα, είναι μερικές από τις τεχνικές που χρησιμοποιούμε τα τελευταία χρόνια στα εκπαιδευτικά σεμινάρια δυναμικής της ομάδας με στελέχη του ΚΕΘΕΑ. Τις ονομάζουμε τεχνικές *διαμεσολάβησης*, γιατί το κοινό χαρακτηριστικό τους είναι, ότι από ψυχαναλυτική σκοπιά – καθώς δεν χρησιμοποιούνται μόνο υπό το πρίσμα της ψυχανάλυσης, ούτε καν μόνο ψυχοδυναμικά – βασίζονται στις ιδέες της *διαμεσολάβησης* (Kaës, 1983) και της *μεταβατικότητας* (Winnicott, 1971).

Οι τεχνικές *διαμεσολάβησης* αποτελούν τρόπον τινά *τροποποιήσεις* του ομαδικού αναλυτικού πλαισίου (Ναυρίδης, 2005). Εισάγοντας το στοιχείο της *τριαδικότητας* στο κλινικό περιβάλλον της ομάδας, είναι πολύ βοηθητικές σε ό,τι αφορά στις διαδικασίες *συμβολοποίησης*, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Συνακόλουθα, μπορεί να είναι απαραίτητες, όταν στην ομάδα υπάρχουν άτομα με σοβαρά ψυχολογικά ελλείμματα σ' αυτόν τον τομέα¹⁾, άτομα δηλαδή που δεν διαθέτουν μια επαρκή ικανότητα να κάνουν συνειρμούς, να μεταβιβάζουν αυθόρμητα πάνω στον ομαδικό αναλυτή τα πρόσωπα των εσωτερικών τους ομάδων, ή να κατανοούν και να επεξεργάζονται εσωτερικά μια ψυχαναλυτική ερμηνεία.

Οι τεχνικές *διαμεσολάβησης* όμως μπορεί να είναι εξίσου χρήσιμες και σε πλαίσια, στα οποία ο στόχος δεν είναι ακραιφνώς θεραπευτικός, αλλά αποσκοπούν στην ευαισθητοποίηση και βιωματική κατάρτιση, στη δυναμική της ομάδας. Γιατί με αυτές διευκολύνεται η φαντασιακή παραγωγή, καθώς φέρνουν στη σκηνή ένα πλούτο από εικόνες, που επιτρέπουν μια ταχύτερη εμβάθυνση στη διαπροσωπική επικοινωνία και στην ομαδική διεργασία.

Ο όρος *τροποποίηση* που χρησιμοποιούμε εδώ, έχει την έννοια, αφ' ενός, ότι ο ομαδικός αναλυτής δεν βγαίνει από τον αναλυτικό του ρόλο, αλλά ότι τον ασκεί με διαφορετικό τρόπο. Δεν *ερμηνεύει* λ.χ., αλλά κυρίως *εμπεριέχει*, *συγκρατεί* και *συνοδεύει*. Αφετέρου, και η ομάδα δεν λειτουργεί ελεuthερο-συνειρμικά με τον τρόπο που ισχύει στην ομαδική ανάλυση. Είναι περισσότερο καθοδηγούμενη και επικεντρώνεται κάθε φορά στην προσωπική εργασία που κάνει ένα συγκεκριμένο μέλος και στο αντικείμενο πάνω στο οποίο αυτό εργάζεται.

Η δυναμική της ομάδας επιτρέπει έτσι στους συμμετέχοντες να χρησιμοποιούν ασυνείδητα ο ένας τον άλλο, μέσα από ποικίλες προβολές και μετατοπίσεις των επιθυμιών και των αμυνών τους και να μιλούν εκείνοι στη θέση των άλλων ή να αφήνουν τους άλλους να το κάνουν για λογαριασμό τους.

* Το άρθρο παρουσιάστηκε στο συνέδριο της EFTC στην Κρήτη, Μάιος 2005

1 Όπως λ.χ. στις περιπτώσεις *μεταιχμιακού* (borderline) τύπου ψυχικής οργάνωσης.

36 *Εξαοτήσεις*

Επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως λ.χ. στη δουλειά με σχέδια και ζωγραφιές ή με γενεογράμματα, συνήθως, όπως θα πούμε στη συνέχεια, απαιτούνται και αλλαγές στη *διάταξη* (*dispositif*), δηλαδή στον τρόπο με τον οποίο τοποθετείται η ομάδα μέσα στο χώρο.

Θα παρουσιάσουμε εδώ συνοπτικά τρία από αυτά τα πλαίσια: τα *προσωπικά αντικείμενα*, τη δουλειά πάνω σε *φωτογραφίες* και τα *σχέδια – ζωγραφιές*.

(A) ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ

Καλούμε τους συμμετέχοντες να επιλέξουν κάτι, από αυτά που βρίσκονται εκείνη τη στιγμή μέσα στην τσάντα τους, στις τσέπες, ή επάνω τους και να το παρουσιάσουν στην ομάδα, προσθέτοντας οτιδήποτε μπορεί να τους έρχεται στο μυαλό με αφορμή το συγκεκριμένο αντικείμενο. Η διάταξη των καθισμάτων σε κύκλο παραμένει ως έχει και η οδηγία είναι, ότι όταν κάποιος μιλάει, όλοι οι υπόλοιποι ακούμε προσεκτικά, χωρίς να κάνουμε διευκρινιστικές ερωτήσεις ή άλλου είδους σχόλια.

Τα διάφορα μικρο-αντικείμενα που εμφανίζονται τότε στα χέρια των μελών της ομάδας, ένα κομπολόι, ένα ζευγάρι γάντια, ένα πορτοφόλι, ένα μπρελόκ, μια λακ για τα μαλλιά, ένα κινητό κ.ά., ξαφνικά είναι σα να ζωντανεύουν και να αναλαμβάνουν εκείνα να μιλήσουν, εκπροσωπώντας τους κατόχους τους, το καθένα γι' αυτόν που το παρουσιάζει, και όλα μαζί για την ομάδα.

Η ιδιαιτερότητα αυτής της άσκησης είναι ότι, κατά το διάστημα που πραγματοποιείται, οι συμμετέχοντες δεν αλληλεπιδρούν μεγαλοφώνως αναμεταξύ τους. Χαμηλόφωνα όμως, από μέσα του, ο καθένας απ' αυτούς κάνει το προσωπικό εσωτερικό του ταξίδι, διαμέσου των εικόνων που βλέπει να ξετυλίγονται στις αφηγήσεις των άλλων. Ακούγονται φράσεις όπως αυτές: «*Το δακτυλίδι μου με ζεσταίνει*». «*Είναι το δικό μου κλειδί*». «*Ένα ρολόι που με πηγαίνει πίσω*». Ούτε ο εμπυχωτής, όταν δίνει αυτή την άσκηση, σχολιάζει επιτόπου οτιδήποτε. Το αφήνει απλώς να αιωρείται μέσα στη σκέψη του, για να αναφερθεί ενδεχομένως σ' αυτό, σε κάποια επόμενη συνεδρία, συνδέοντάς το με κάτι άλλο.

Η υλικότητα των διαμεσολαβητικών αντικειμένων είναι πολύ ευεργετική και βοηθητική για τους συμμετέχοντες. Δεν περιορίζονται μόνο στο να εξασφαλίζουν για το υποκείμενο και τους υπόλοιπους παρόντες έναν ενδιάμεσο χώρο, κάτι που θα αρκούσε και μόνη της η ομιλία για να το κάνει. Αλλά με το στοιχείο του χειροπιαστού που αυτά κυριολεκτικά διαθέτουν, ή του εν πάση περιπτώσει αντιληπτού δια των αισθήσεων, έχουν ακριβώς την ιδιότητα, ως *μη-Εγώ* αντικείμενα, ζωντανά και νεκρά ταυτόχρονα, που ξεχωρίζουν αλλά και δεν αντιδρούν, να προσφέρουν μια αίσθηση σταθερότητας και ασφάλειας. Χάρη σ' αυτό, τα *προσωπικά αντικείμενα* μπορούν δυναμικά να χρησιμεύσουν και ως *μεταβατικά αντικείμενα* (Winnicott, *op. cit.*), αντικείμενα *στήριξης* για μια ολόκληρη εσωτερική, ψυχική και δια-ψυχική διεργασία, που γίνεται κατά την ώρα της παρουσιάσής τους στην ομάδα.

Άλλωστε, όπως είχε πει κάποτε ο Pichon-Rivière^{2]}, το να μαθαίνεις είναι και μια διαδικασία εργαλειακής, δηλαδή χρηστικής, ιδιοποίησης της πραγματικότητας: για να αλλάζεις εσύ

2 Η αναφορά είναι της Rosa Jaitin, από το κείμενό της *Médiation ludique et pensée scénique*, in Vacheret et al. (2002), σελ. 79.

ο ίδιος, αλλά και για να την αλλάξεις. Η ιδιοποίηση εν προκειμένω ισοδυναμεί με το να παίρνεις το αντικείμενο και να το εσωτερικεύεις, συνδεδεμένος μ' αυτό με ένα δεσμό, που επιτρέπει τη συγκινησιακή ανταλλαγή με τους άλλους, μέσω της συγκίνησης που το αντικείμενο που μοιράζεσαι προκαλεί σε κάθε μέλος της ομάδας.

Τα *προσωπικά αντικείμενα* μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο σημαντικά γι' αυτούς που τα επιλέγουν, σίγουρα όμως έχουν σημασίες, οι οποίες δεν είναι ποσοτικές, ούτε ποσοτικοποιούνται. Εξάλλου, πάνω σ' αυτές οι κάτοχοι δεν δύνανται να έχουν και κανενός είδους έλεγχο. Από κάτοχοι, γίνονται κατεχόμενοι.

Ευρισκόμενες εξ ορισμού υπό την αιγίδα του ασυνείδητου και της παραγνώρισης, οι σημασίες των πραγμάτων έχουν πάντα την ιδιότητα να μας αιφνιδιάζουν. Γι' αυτό και μέσα στις ομάδες, τα αντικείμενα είναι αυτά που...μας διαλέγουν να τα μιλήσουμε και όχι εμείς εκείνα.

Κάθε αντικείμενο, είναι και μια ρωγμή, μέσα από την οποία βλέπεις κάτι από τον άλλο και κάτι από την ομάδα. Για την ακρίβεια, αυτό το κάτι που βλέπεις από τον άλλο, έχει να κάνει και με τη σχέση που εκείνη την ώρα ο ίδιος έχει με την ομάδα. «Όλα αυτά τα αντικείμενα – είχε πει μια συμμετέχουσα – θα μπορούσε να βρίσκονται μέσα στην ίδια τσάντα». Και βέβαια εδώ, αν τα αντικείμενα είναι οι μετωνυμίες των μελών, η τσάντα δεν θα μπορούσε παρά να είναι μια μεταφορά της ομάδας.

(B) ΟΙ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ

Πρόκειται για ένα πλαίσιο ομαδικής εργασίας που βασίζεται στην ιδέα των *προβλητικών δοκιμασιών*. Οι φωτογραφίες (μαυρό-ασπρες) που χρησιμοποιούνται είναι από το υλικό της *Φωτο-γλώσσας (Photolangage)*, μιας μεθόδου που δημιουργήθηκε το 1965 από ψυχολόγους και ψυχοκοινωνιολόγους της Lyon, οι οποίοι τότε δούλευαν με εφήβους (Babin, Béliste, Baptiste, 1972). Με τις φωτογραφίες, οι ίδιοι αρχικά αποσκοπούσαν, κατά τρόπο μάλλον εμπειρικό, να προσφέρουν ένα *στήριγμα* για την ομιλία, σε νέους που αντιμετώπιζαν δυσκολίες στο να εκφράζονται και να μιλάνε στην ομάδα για προσωπικές τους εμπειρίες, ορισμένες από τις οποίες ήταν οδυνηρές.

Αργότερα η χρήση της *Φωτο-γλώσσας* επεκτάθηκε και στο χώρο της βιωματικής κατάρτισης ενηλίκων, με πληθυσμούς από διάφορες κοινωνικές ομάδες. Η *Φωτο-γλώσσα* δεν αποτελεί ένα κλειστό σύστημα αξιολόγησης, όπως τα διάφορα ψυχολογικά tests, επιτρέποντας τόσο την προσθήκη και άλλων φωτογραφιών όσο και το να μη χρησιμοποιούνται υποχρεωτικά όλες.

Όπως και με την προηγούμενη άσκηση, έτσι και σ' αυτήν, η κυκλική διάταξη των καθισμάτων παραμένει ως έχει. Ο εμπυχωτής, αφού τονίσει στην ομάδα τον προσωπικό χαρακτήρα της εργασίας που πρόκειται να γίνει και ότι συνακόλουθα έχει σημασία να ακούνε προσεκτικά εκείνον που κάθε φορά θα μιλάει χωρίς σχόλια ούτε κανενός άλλου είδους παρεμβάσεις, απλώνει στο κέντρο του κύκλου, εντελώς άτακτα, ένα σύνολο από φωτογραφίες.

Ο αριθμός των φωτογραφιών, για μια ομάδα 10-12 ατόμων, είναι περίπου 35-40 και τα θέματά τους ποικίλουν³. Σε άλλες υπάρχουν άνθρωποι, μόνοι ή μαζί με άλλους, σε διάφορες

3 Ο βασικός σχεδιασμός της *Φωτο-γλώσσας* περιλαμβάνει 48 επιφάνειες (planches).

καταστάσεις της καθημερινότητας, σε άλλες όχι. Οι ανθρώπινες φιγούρες είναι κάθε ηλικίας και με διαφορετικές συναισθηματικές εκφράσεις. Σε μερικές, το θέμα είναι διφορούμενο ή αινιγματικό. Σε μια λ.χ., δεν είναι σαφές, αν πρόκειται για σύννεφα ή για χιονισμένο τοπίο, και σε μια άλλη, αν αυτό που απεικονίζεται είναι η πρόσοψη ενός μεγάλου συγκροτήματος κατοικιών ή κάτι άλλο.

Σ' έναν πρώτο χρόνο, οι συμμετέχοντες καλούνται, χωρίς να μιλάνε, να περιεργαστούν αυτές τις φωτογραφίες και να διαλέξουν ο καθένας από μία ή δυο το πολύ. Στη συνέχεια, αφού τις πάρουν στα χέρια τους και τις κοιτάζουν προσεκτικά, να πάρουν το λόγο, όταν αισθανθούν έτοιμοι, και να πουν τι βλέπουν ή ό,τι άλλο σκέφτονται με αφετηρία τη φωτογραφία ή τις φωτογραφίες που επέλεξαν. Σε ό,τι αφορά τη στάση του ομαδικού αναλυτή στο πλαίσιο αυτής της άσκησης, ισχύουν όσα ειπώθηκαν και προηγουμένως.

Καθόλου σπάνια, η ίδια η διαδικασία της επιλογής των φωτογραφιών από τους συμμετέχοντες, σε επίπεδο καθαρά πραγματολογικό, μπορεί να αναδείξει μικρο-γεγονότα και καταστάσεις εξαιρετικής σημασίας, τόσο αναφορικά με συγκεκριμένα μέλη όσο και σχετικά με τη δυναμική της ομάδας. Είναι οι περιπτώσεις, όπου κάποιος λ.χ. μπορεί να πει, ότι άλλη φωτογραφία ήθελε να πάρει και άλλη τελικά πήρε, ή ότι κάποιος άλλος πρόλαβε και πήρε τη φωτογραφία που διάλεξε.

Κυρίως όμως έχει ενδιαφέρον όλο αυτό που προκύπτει από τις αφηγήσεις. Από ουδέτερες και απρόσωπες που ήταν αρχικά, απεικονίζοντας άγνωστους ανθρώπους, σε περιβάλλοντα εντελώς ξένα, στα χέρια των συμμετεχόντων, οι φωτογραφίες ξαφνικά μεταμορφώνονται και γίνονται σχεδόν οικείες. Κάτι σαν αναμνηστικές φωτογραφίες, με αναμνήσεις όμως και από το παρόν. Μεταφέροντας δηλαδή μέσα στην ομάδα κομμάτια από την εσωτερική ζωή και το παιδικό πολλές φορές παρελθόν ενός εκάστου, ταυτόχρονα είναι σα να «φωτογραφίζουν» κι αυτή την ίδια, σ' ένα άλλο όμως επίπεδο, που δε φαίνεται «δια γυμνού οφθαλμού».

Κατά την Claudine Vacheret (Vacheret et. al., op.cit.), το αντικείμενο-φωτογραφία αναλαμβάνει ένα σημαντικότατο έργο. Διαμεσολαβεί και μετασχηματίζει το φανταστικό, συμβάλλοντας στην ενίσχυση της απαρτιωτικής του λειτουργίας, της ικανότητάς του, με άλλα λόγια, να αφομοιώνει καινούρια στοιχεία. Χάρη σ' αυτή τη διαμεσολάβηση, το ασυνείδητο μπορεί να γίνει συνειδητό.

«Το διαμεσολαβητικό αντικείμενο – όπως η ίδια λέει – χρησιμεύει ως βάση, ως *στήριγμα*: αντέχει τις προβολές και υποστηρίζει τις παραγωγές. Ανέχεται τις αντιφάσεις. Δεν είναι ούτε εγώ ούτε ο άλλος, αλλά *στηρίζει* και τα δύο. Είναι το τρίτο, ένα διάμεσο (inter-medium), ανάμεσα στον άλλο και στο εγώ. Βρίσκεται ανάμεσα σε δυο πόλους, ανάμεσα στο υποκείμενο και στο αντικείμενο, στο μέσα και στο έξω. Ανάμεσα σε μια πλευρά του, που εγγράφεται μέσα στην πραγματικότητα και την υλικότητα, και είναι ορατή, απτή και χειραγωγήσιμη, και στην αναπαραστατική πλευρά του, που αποτελεί μεταφορά μιας άλλης πραγματικότητας. (...) Η φωτογραφική εικόνα – γράφει πιο κάτω – γίνεται αντιληπτή με διάφορους τρόπους και μέσα από ποικίλα σενάρια. Από τις δυο αυτές όψεις του που συνυπάρχουν, την *υλικότητα* και την *αναπαραστατικότητα*, γεννιέται η *συμβολικότητα* του αντικειμένου, ως συμβιβασμός και συνθηκόληψη μεταξύ της υλικότητας και της αναπαραστατικότητας (Vacheret et al., op.cit., σελ. 12).

(Γ) ΤΑ ΣΧΕΔΙΑ-ΖΩΓΡΑΦΙΕΣ

Η διαδικασία περιλαμβάνει δυο φάσεις. Η πρώτη φάση αντιστοιχεί στην κατασκευή του υλικού από την ομάδα και είναι μη λεκτική. Διαρκεί, συνήθως, γύρω στα 30 λεπτά. Η δεύτερη φάση, καλύπτει την εργασία που γίνεται στη συνέχεια με βάση αυτό το υλικό, και είναι χρονοβόρα. Σε μια ομάδα 12 ατόμων, απαιτούνται συνήθως γι' αυτή τη φάση τέσσερις τουλάχιστον συνεδρίες των 90 λεπτών.

Η οδηγία για την πρώτη φάση είναι η εξής: Καλούμε τους συμμετέχοντες να πάρει ο καθένας από ένα φύλλο χαρτί και «να παρουσιάσει πάνω σ' αυτό, με μια ζωγραφιά ή με ένα σχέδιο, κάτι από τον εαυτό του» ή «κάτι που να εκφράζει αυτό που αισθάνεται εκείνη τη στιγμή μέσα στην ομάδα». Μπορεί να χρησιμοποιήσει μολύβια, μαρκαδόρους, κηρο-μπογιές, ή δακτυλο-μπογιές διαφόρων χρωμάτων, με οποιοδήποτε τρόπο θέλει. Τονίζουμε επίσης στην ομάδα τον αυστηρά προσωπικό χαρακτήρα αυτής της δουλειάς και ότι είναι σημαντικό να συγκεντρωθεί ο καθένας σ' αυτό που κάνει, χωρίς να παρακολουθεί τους άλλους και χωρίς να μιλάνε μεταξύ τους. Ορίζουμε τέλος κατά προσέγγιση τη διάρκεια της άσκησης, και προσθέτουμε ότι, όταν κάποιος τελειώνει, θα πρέπει να κολλάει το χαρτί του στον τοίχο με σελοτέιπ, αφού πρώτα γράψει επάνω το όνομά του.

Το πλαίσιο διεξαγωγής αυτής της φάσης, με τους συμμετέχοντες καθισμένους σταυροπόδι στο πάτωμα να ζωγραφίζουν «σα μικρά παιδιά», προκαλεί παλινδρόμηση και μια ισχυρή διέγερση του ομαδικού φαντασιακού. Αυτή η διέγερση όμως προκαλεί και αντιστάσεις, οι οποίες συνήθως εκφράζονται μέσα από τη στερεοτυπία και τη συνακόλουθη «κλειστότητα» ορισμένων σχεδίων. Είναι σαν οι κατασκευαστές τους να μην επιθυμούν να «διαβαστεί» το προϊόν τους από την ομάδα.

Από το άλλο μέρος, δεν πρόκειται απλά για την κατασκευή ενός αντικειμένου –της ζωγραφιάς– που προορίζεται για κάτι που θα ακολουθήσει. Η ίδια η κατασκευή του αντικειμένου, ως δημιουργία, ως διαδικασία δηλαδή, κατά την οποία, το υποκείμενο, χρησιμοποιώντας τα χέρια του, επεμβαίνει πάνω στο χαρτί και το αλλάζει, το μουτζουρώνει, του βάζει χρώματα, γραμμές, λέξεις, αντιστοιχεί από μόνη της σε μια εξαιρετικά σημαντική ψυχική διεργασία (Winnicott, 1969). Είναι ένα παιχνίδι.

Ο σύνδεσμος ανάμεσα στην περιοχή της διαμεσολάβησης και στο φαντασιακό συνιστά το συμβολικό χώρο. Αυτός ο σύνδεσμος είναι που επιδίδει στα πράγματα το νόημά τους. Στο παιχνίδι με την κουβαρίστρα (Freud, 1920), ο εγγονός του Freud μεταλλάσσει σε παρουσία την απουσία της μητέρας, με το να εκφράζει μια επώδυνη κατάσταση και με το να δρα πάνω σ' αυτήν αναμορφωτικά. Μέσω αυτής της φαντασιακής στρατηγικής του παιγνιώδους, το παιδί μπορεί να αντιμετωπίσει αλλά και να επουλώσει την ενδοψυχική φαντασίωση. Το διαμεσολαβητικό αντικείμενο –η κουβαρίστρα εν προκειμένω– του επέτρεπε να διεργαστεί το ζήτημα της μεταμόρφωσης, της ενόρμησης, το ζήτημα της σύνδεσης και της αποσύνδεσης, το ζήτημα της μητρικής παρουσίας και της απουσίας και κατά συνέπεια, το ζήτημα της συμβολοποίησης του αντικειμένου, που από την άλλη, είναι και προϋπόθεση για να λειτουργήσει (να χρησιμοποιηθεί) ως παιχνίδι.

Τα σχέδια και οι ζωγραφίες της ομάδας, δεν είναι μόνο ότι εκπονήθηκαν από συγκεκριμένα μέλη της. Δεν αποτελούν μεμονωμένες και ατομικές παραγωγές. Ούτε είναι ανεξάρτητα από το ομαδικό παρόν. Είναι σε πλήρη σύνδεση με το παρόν, αλλά και με την παρουσία της ομάδας. Είναι δηλαδή της ομάδας και μεταφορικά, με την έννοια ότι της

ανήκουν, ότι και η ίδια κατά κάποιο τρόπο βρίσκεται μέσα τους, ότι αντανακλούν βιωμένες ομαδικότητες και ότι, εν μέρει τουλάχιστον, μπορεί και να της απευθύνονται, όπως επίσης μπορεί να απευθύνονται και στον αναλυτή.

Μετά την ολοκλήρωση της πρώτης φάσης, ο εμπυχωτής δίνει στην ομάδα τις οδηγίες για τη συνέχεια. Με άλλα λόγια, παρουσιάζει τη διάταξη και το πλαίσιο, που όπως θα δούμε είναι διαφορετικά απ' ό,τι για τις ασκήσεις πάνω στα *προσωπικά αντικείμενα* και στις *φωτογραφίες*.

Όταν ένα μέλος αποφασίζει να μιλήσει για τη ζωγραφιά του, ολόκληρη η ομάδα μετακινείται προς τα εκεί. Το μέλος που την παρουσιάζει τοποθετείται ακριβώς μπροστά, έχοντας την ομάδα πίσω του και τον ομαδικό αναλυτή στο πλάι του. Αρχικά μιλάει αυτός που την έφτιαξε. Περιγράφει τι βλέπει, τι σκεφτόταν όταν τη ζωγράφιζε, ή οτιδήποτε άλλο του έρχεται στο μυαλό εκείνη την ώρα, με αφορμή το χαρτί του. Στη συνέχεια, παίρνει το λόγο η ομάδα. Η οδηγία είναι να λέει ο καθένας αυτό που εκείνος βλέπει πάνω στο χαρτί, ή και ό,τι άλλο μπορεί να του θυμίζει, χωρίς όμως προσωπικά σχόλια, ούτε αξιολογήσεις. Έπειτα, ξαναπαίρνει το λόγο το υποκείμενο, για να πει τι του έκανε νόημα από αυτά που άκουσε από την ομάδα και τι το έκαναν να σκεφτεί.

Αν στο πρώτο μέρος, η παρεμβολή του αντικειμένου-ζωγραφιά έχει αναμφίβολα ένα *μεταβατικό* χαρακτήρα, σε προσωπικό καθαρά επίπεδο, με την έννοια ότι μέσω της υλικής κατασκευής του, το υποκείμενο διαπραγματεύεται ψυχικά τη θέση του μέσα στην ομάδα, η ομιλιακή *χρήση* του ίδιου αντικειμένου από τους συμμετέχοντες, στο δεύτερο μέρος, όταν αυτό έχει πλέον γίνει θέμα, το εγγράφει και στο πεδίο μιας ενδο-ομαδικής, δια-προσωπικής και δια-ψυχικής διαπραγμάτευσης. Το διαμεσολαβητικό αντικείμενο –η ζωγραφιά– γίνεται η αφορμή και το πρό-σχημα, για να μιλήσουν, αλλά και για να ακουστούν, σε μια άλλη γλώσσα, τόσο το μέλος που συμβαίνει να παρουσιάζει όσο και η υπόλοιπη ομάδα.

Δεν αντιμετωπίζονται όμως ισότιμα όλες οι ζωγραφίες από την ομάδα. Υπάρχουν δηλαδή ζωγραφίες που προκαλούν περισσότερους συνειρμούς από άλλες. Αυτό μπορεί να έχει να κάνει, τόσο με την ίδια τη ζωγραφιά όσο και με τη σχέση που συνδέει την ομάδα με το συγκεκριμένο μέλος που την παρήγαγε.

Εκείνη που παρουσιάζει, λέει: «*Ήθελα να κάνω ένα καράβι. Μετά έβαλα εμένα, εδώ, στο κατάστρωμα. Δίπλα μου, αυτοί οι άνθρωποι είναι η ομάδα και είναι γελαστοί. Όλοι μαζί ταξιδεύουμε. Δεν ξέρω για πού, αλλά ταξιδεύουμε. Αυτό που φαίνεται στη μέση, δεν ξέρω τι είναι. Στην αρχή ήθελα να φτιάξω ένα χριστουγεννιάτικο δέντρο. Έπειτα όμως σκέφτηκα: ένα δέντρο σ' ένα καράβι; Και το χάλασα. Τώρα μου μοιάζει για έμβλημα ή για ξόανο. Είναι το έμβλημα του καραβιού της ομάδας*».

«*Οι άνθρωποι είναι χαρούμενοι, αλλά η θάλασσα ταραγμένη*», λέει κάποιος.

Κι ένας άλλος: «*Αυτό στη μέση, δε φαίνεται για χριστουγεννιάτικο δένδρο. Σαν ψαροκόκαλο είναι. Έχει αγκάθια και τσιμπάει*».

«*Εμένα πάλι δε μου φαίνεται πως είναι καράβι*», λέει μια συμμετέχουσα. «*Μάλλον εξέδρα είναι. Κάτι σαν σκηνή θεάτρου. Απ' αυτές που στήνουν στα πανηγύρια. Και οι άνθρωποι δεν είναι χαρούμενοι. Κάνουν σα να είναι χαρούμενοι, και αυτό είναι που με τρομάζει. Κατά βάθος νομίζω πως είναι θλιμμένοι. Σα να κρύβουν κάτι πολύ τραγικό. Σαν κάποιος να έχει πεθάνει*».

«Και αυτά από κάτω – συμπληρώνει κάποιος άλλος – δεν είναι κύματα. Άνθρωποι είναι, ανθρωπίνα κεφάλια. Είναι το κοινό που τους παρακολουθεί».

«Η γυναικεία φιγούρα στο κέντρο δείχνει δυσανάλογα μεγάλη. Δεν ξέρω...εμένα μου φέρνει στο μυαλό το παραμύθι με τη χιονάτη και τους εφτά νάνου», προσθέτει ένα άλλο μέλος.

Είναι απίστευτα εύστοχα, ανατροφοδοτικά και γεμάτα φαντασία αυτά που μπορεί να ειπωθούν σ' αυτή τη φάση, σε σχέση με τη ζωγραφιά του ενός ή του άλλου. Πολλά βέβαια εξαρτώνται και από τη δουλειά που έχει προηγηθεί. Όσο καλύτερα δουλεμένη δηλαδή είναι μια ομάδα, τόσο πιο δημιουργικά και θεραπευτικά αποδίδει. Και τόσο λιγότερα θα έχει να κάνει ο θεραπευτής.

Η δική του στάση, από το άλλο μέρος, περιλαμβάνει τα εξής: Ως επί το πλείστον, οδηγεί την ομάδα, εγγυάται δια της παρουσίας του τη σταθερότητα του πλαισίου, συγκρατεί και εμπεριέχει. Μερικές φορές, μπορεί επίσης να παρεμβαίνει συνδέοντας κάτι με κάτι άλλο, θυμίζοντας κάτι σχετικό που ειπώθηκε ή έγινε σε προηγούμενη συνεδρία, επισημαίνοντας μια αντίφαση ή για να κάνει μια αναπλαισίωση στο εδώ-και-τώρα. Μπορεί ακόμη, όταν εξαντληθούν οι παρεμβάσεις της ομάδας, να σχολιάσει κι εκείνος κάτι που βλέπει στη ζωγραφιά, αν κρίνει ότι κινδυνεύει να περάσει απαρατήρητο, παρόλο που έχει σημασία. Όλες αυτές οι παρεμβάσεις από την πλευρά του θεραπευτή, έμμεσα, έχουν βεβαίως την έννοια ερμηνευτικών σχολίων. Όπως άλλωστε και πολλά από τα ελεύθερα σχόλια που κάνει η ομάδα σ' αυτή τη φάση. Δεν αποτελούν όμως ερμηνείες με την ακριβή σημασία του όρου.

Δεν αναφέρονται δηλαδή ευθέως στην υποκείμενη ασυνείδητη φαντασίωση.

Αναφορικά λοιπόν με τη στάση του ομαδικού θεραπευτή, όπως παρατηρεί και η Claudine Vacheret, κατά την εφαρμογή των τεχνικών *διαμεσολάβησης* (Vacheret, 2002), «στο ομαδικό πλαίσιο, τα ζητήματα της μεταβίβασης και της ερμηνείας τίθενται διαφορετικά. Αν οι θεραπευτές απέχουν συνήθως από το να ερμηνεύουν, είναι γιατί γνωρίζουν, ότι όλες οι παρεμβάσεις που γίνονται σε επίπεδο δι-υποκειμενικών ανταλλαγών μέσα στην ομάδα έχουν ερμηνευτική αξία. Όταν ένας συμμετέχων ακούει τους άλλους να λένε αυτό που βλέπουν από το διαμεσολαβητικό αντικείμενο που ο ίδιος επέλεξε ή παρήγαγε, αυτομάτως βρίσκεται αντιμέτωπος με το δικό του φαντασιακό, το οποίο εκείνη τη στιγμή συντονίζεται ή δεν συντονίζεται με το φαντασιακό των άλλων» (σελ. 154).

Γενικά, ένα από τα παρελκόμενα πλεονεκτήματα των τεχνικών διαμεσολάβησης, είναι ότι προσφέρουν στο υποκείμενο την ευκαιρία να συναντήσει καινούρια ταυτοποιητικά πρότυπα, μέσα από τα νέα δεδομένα που φέρνει στην ομάδα η παρουσία των άλλων. Από τα πρόσωπα που «ανεβαίνουν στη σκηνή», από τα διάφορα σενάρια και τις εικόνες που εμφανίζονται μέσα στις *ομαδικές συνειρμικές αλυσίδες* (Kaës, 1985), το υποκείμενο κάθε φορά παίρνει, θα λέγαμε, αυτό που του αναλογεί, επανακτώντας έτσι κάτι από την προσωπική του ιστορία, αλλά ταυτόχρονα και κάτι από τη δική του εσωτερική ψυχική ομαδικότητα.

Βιβλιογραφία

Babin P., Béliste C., Baptiste A., 1972, *Photolangage. Valeurs et discussion*, Editions du Chalet, Lyon.

Freud S., 1920, *Jenseits des Lustprinzips*, γαλλ.μετάφρ. (1973), Au-delà du principe de plaisir, in *Essais de psychanalyse*, Ed. Payot, Paris.

Kaës R., 1983, *La catégorie de l'intermédiaire et l'articulation psychosociale*, Bulletin de Psychologie, XXXVI, 360, 587-593.

Kaës R., 1985 (novembre), *La chaîne associative groupale*, in René Kaës et collab., *La Transmission Psychique Intergénérationnelle et Intragroupale. Aspects Pathologiques, Thérapeutiques et Créatifs*, Rapport présenté au Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, 233-284, Lyon.

Ναυρίδης Κ., 2005, *Ψυχολογία των ομάδων. Κλινική Ψυχοδυναμική προσέγγιση*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Vacheret C., et al., 2002, *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*, Ed. Dunod, Paris.

Winnicott D.W., 1969, *The Use of an Object and Relating through Identifications*, International Journal of Psycho-Analysis, 50. Αναδημοσιεύτηκε με μικρές παρεμβάσεις, ως ξεχωριστό κεφάλαιο, in Winnicott D.W., *Playing and Reality*.

Winnicott D.W., 1971, *Playing and Reality*, ελλην.μετάφρ. (1979), Το παιδί, το παιχνίδι και η πραγματικότητα, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Εξαρτήσεις, τόμος 11, 2007

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

Ι.Α. ΛΙΑΠΑΣ¹, Π.Γ.ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ², Θ. ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Κ.Ρ. ΣΟΛΔΑΤΟΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα της δημόσιας υγείας, που απαιτεί πολυπαραγοντική προσέγγιση, ανάλυση και αντιμετώπιση (βιολογική, ψυχολογική, πολιτισμική και κοινωνική). Τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται διεθνώς αύξηση των περιστατικών αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Στις ΗΠΑ αυτοκτονούν κάθε χρόνο περίπου 35.000 άτομα και γενικά στις ανεπτυγμένες χώρες, η ετήσια επίπτωση των αυτοκτονιών ξεπερνά σε ορισμένες περιπτώσεις τους 20/100.000 κατοίκους. Η συσχέτιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς με τις ψυχικές διαταραχές είναι καλά τεκμηριωμένη. Η αυτοκτονία και γενικότερα η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά συνδέεται συχνότερα με την ύπαρξη κάποιας συναισθηματικής διαταραχής, με τη σχιζοφρένεια και την εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες. Ο ακριβής καθορισμός της επίπτωσης της ουσιοεξάρτησης και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, προσκρούει σε σύνθετα προβλήματα που αφορούν τόσο την ταυτοποίηση όσο και την καταμέτρηση των περιστατικών. Η μεν ουσιοεξάρτηση ποικίλλει από την κατάχρηση κάνναβης ως την εξάρτηση από ενδοφλέβια χρήση οπιοειδών, η δε αυτοκτονική συμπεριφορά κυμαίνεται από τον απλό αυτοκτονικό ιδεασμό μέχρι την ολοκληρωμένη πράξη, ενώ, ακόμη δυσχερέστερη φαίνεται να είναι η ταξινόμηση της παρα-αυτοκτονικής συμπεριφοράς (του φάσματος των δυνητικά αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών). Επισημαίνεται ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας στους τοξικομανείς εφήβους είναι τουλάχιστον 5 φορές υψηλότερα από του γενικού πληθυσμού. Ως παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς στα ουσιοεξαρτημένα άτομα θεωρούνται: η συννοσηρότητα με καταθλιπτικές-αγχώδεις διαταραχές, η ύπαρξη τραύματος κατά την παιδική ηλικία, διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οι προηγούμενες απόπειρες, η ταυτόχρονη χρήση οινόπνευματος και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κ.ά. Πολλαπλή κατάχρηση ουσιών, σοβαρά ψυχικά προβλήματα και πτωχή κοινωνική ενσωμάτωση, φαίνεται να συνιστούν τα χαρακτηριστικά μιας ειδικής ομάδας υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και υποσημαίνουν την ανάγκη για πολυδιάστατη (διάγνωση-θεραπεία-επανεξέταση) και συνεχή φροντίδα, των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων.

Λέξεις ευρετηρίου: ανασκόπηση, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αυτοκτονία ουσιοεξάρτηση

Διευθύνσεις αλληλογραφίας:

- 1 Ι.Α.Λιάπας, Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Βασ. Σοφίας 74, 11528 Αθήνα.
- 2 Παναγιώτης Θεοδωρόπουλος, Παπαναστασίου 6, Παλ. Ψυχικό 15452. Ηλεκτρονική διεύθυνση: drtakis@gmail.com

44 *Εξαοτήσεις*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η αυτοκτονία είναι μια σύνθετη και πολυπαραγοντική ανθρώπινη συμπεριφορά, που προκύπτει από την αλληλεπίδραση κοινωνικών και πολιτισμικών μεταβλητών με βιολογικές και ψυχολογικές παραμέτρους.

Σήμερα, η αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελεί ένα παγκόσμια διαδεδομένο φαινόμενο και ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας, με επίπτωση στις αναπτυγμένες χώρες που κυμαίνεται από 8-20/100.000 κατοίκους. Τα τελευταία 45 χρόνια οι δείκτες αυτοκτονίας έχουν αυξηθεί κατά ποσοστό 60% παγκοσμίως. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ, η αυτοκτονία τοποθετείται μεταξύ των οκτώ πρώτων αιτιών θανάτου παγκοσμίως. Σε μερικές χώρες, η αυτοκτονία βρίσκεται μεταξύ των τριών πρώτων αιτιών θανάτου, σε άτομα ηλικίας 15-34 ετών (1,2) ενώ στη Σουηδία η αυτοκτονία αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου μεταξύ των ανδρών ηλικίας 15-44 ετών. Στις ΗΠΑ, τα κέντρα επιδημιολογικού ελέγχου των νόσων, αναφέρουν ότι η αυτοκτονία είναι η όγδοη συχνότερη αιτία θανάτου στο γενικό πληθυσμό και η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στους νέους ηλικίας 15-24 ετών (3). Στην Ευρώπη καταγράφονται 43000 αυτοχειρες κάθε χρόνο και 70000 που αποπειρώνται αυτοκτονία. Αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία βίαιου θανάτου, στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών, μετά τα τροχαία ατυχήματα (4).

Η συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονικής συμπεριφοράς και ψυχιατρικών διαταραχών, είναι καλά τεκμηριωμένη από διάφορες μελέτες (5,6,7). Ας σημειωθεί ότι μόνο μια μικρή αναλογία, που κυμαίνεται από 2-20%, όσων αποπειράθηκαν αυτοκαταστροφή ή αυτοκτόνησαν, ταξινομήθηκαν στην κατηγορία «χωρίς ψυχικές διαταραχές» (8).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές και η κατάχρηση ουσιών ή οινόπνευματος συνιστούν τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με ολοκληρωμένη αυτοκτονία (9,10). Σε Φινλανδική μελέτη (11), αναφέρεται ότι σχεδόν τα 2/3 των συμμετεχόντων ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό είχαν τη διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής, ενώ, η εξάρτηση από το αλκοόλ διαπιστώθηκε σε ποσοστό 43% των θυμάτων. Επίσης, οι διαταραχές της διάθεσης, η κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών, η σχιζοφρένεια και διάφορες διαταραχές της προσωπικότητας σχετίζονται με την ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού ή απόπειρας αυτοκαταστροφής (12). Από μια μελέτη προέκυψε ότι τουλάχιστον το 1/3 από όσους αυτοκτόνησαν και ποσοστό 77% όσων είχαν αποπειραθεί αυτοκτονία παρουσίαζαν διαταραχές της προσωπικότητας (13). Η ύπαρξη κυρίως μεθοριακής διαταραχής της προσωπικότητας φαίνεται να είναι σοβαρός παράγοντας κινδύνου, για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς (14). Εκτός από την ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής, διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας και η κατάσταση της σωματικής υγείας έχουν αναφερθεί ότι σχετίζονται με την αυτοκτονία (15,16). Προηγηθείσα απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα, για μελλοντική, ολοκληρωμένη αυτοκτονία. Μελέτες, που καλύπτουν περίοδο παρατήρησης 3-10 ετών, έχουν δείξει ότι ποσοστό 3-13% όσων αποπειράθηκαν να πεθάνουν, τελικά αυτοκτόνησαν (17,18).

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

Το γεγονός ότι η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και η ουσιοεξάρτηση συνιστούν μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας που αφορά ειδικά τους νέους, καθιστά τη σχέση μεταξύ κατάχρησης ουσιών και αυτοκτονικής συμπεριφοράς ζήτημα συνεχούς ενδιαφέροντος. Τα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν μια παράλληλη αυξητική τάση και των δύο καταστάσεων κατά τις τελευταίες δεκαετίες (19,20). Παρά τον αυξανόμενο αριθμό των σχετικών μελετών, η έρευνα στο πεδίο αυτό φαίνεται ότι πάσχει από διάφορα μεθοδολογικά προβλήματα που αφορούν κυρίως τη δυνατότητα του ακριβούς προσδιορισμού της επίπτωσης των δύο αυτών καταστάσεων, λόγω των δυσκολιών ταυτοποίησης και καταμέτρησής τους. Έτσι, η μεν κατάχρηση ουσιών ποικίλλει από την κατάχρηση κάνναβης μέχρι την εξάρτηση από ενδοφλέβια οπιοειδή, η δε αυτοκτονική συμπεριφορά διαβαθμίζεται από τον απλό αυτοκτονικό ιδεασμό μέχρι την ολοκληρωμένη αυτοκτονία. Είναι, επιπλέον, φανερό ότι υπάρχουν επίσης μεγάλες δυσκολίες στον καθορισμό και στην ταξινόμηση της παρα-αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Εξάλλου, ένας σημαντικός αριθμός όσων επιχειρούν να αυτοκτονήσουν, χωρίς επιτυχία, δεν αναζητούν θεραπεία από υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας και έτσι δεν καταγράφονται.

Διάφορες μελέτες, προερχόμενες από διαφορετικές χώρες, δείχνουν μεγάλη διακύμανση των δεικτών αυτοκτονίας στον πληθυσμό των εξαρτημένων ατόμων. Κατά τον Schmidtke (21) το ποσοστό απόπειρας αυτοκτονίας μεταξύ των εξαρτημένων από οπιοειδή κυμαίνεται μεταξύ 8% και 67%. Άλλη μελέτη (22), έδειξε ότι ποσοστό 23% των εξαρτημένων από οπιοειδή, σε μια μονάδα αποτοξίνωσης και 28% σε πρόγραμμα συντήρησης με κωδεΐνη αντίστοιχα, ανέφεραν προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας. Οι Dekin και Buka (23), επεσήμαναν υψηλό ποσοστό απόπειρας αυτοκτονίας σε δείγμα εφήβων τοξικομανών (28% στους άνδρες και 61% στις γυναίκες). Τα ποσοστά αυτά υπερβαίνουν κατά 5 ως 7 φορές τα αντίστοιχα στο γενικό πληθυσμό. Ο Verthein (24) αναφέρει ποσοστό 44% αυτοκτονικών ατόμων μεταξύ των χρηστών ουσιών, που παρακολουθούν πρόγραμμα μεθαδόνης. Σε άλλη μελέτη (25) ποσοστό 45% των χρηστών ουσιών που παρακολούθησαν επί μία πενταετία, μετά την ολοκλήρωση προγράμματος αποτοξίνωσης και βραχυπρόθεσμης αποκατάστασης, είχαν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν κάποια στιγμή της ζωής τους. Η ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης, το αίσημα απουσίας ενδιαφέροντος για τη ζωή και απελπισίας είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά των τοξικομανών που επιχειρήσαν να αυτοκτονήσουν. Ο Rossow (26) συνέκρινε την επίπτωση της αυτοκτονίας μεταξύ μιας ομάδας τοξικομανών που υπεβλήθη σε θεραπεία για μια περίοδο 30 ετών στη Νορβηγία, με αυτή στο γενικό πληθυσμό. Διαπιστώθηκε ότι το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας ήταν 2,3% ανά έτος και ότι ποσοστό 14,7% των θανόντων είχε πεθάνει αυτοκτονώντας. Η σώρευση (density) της επίπτωσης της αυτοκτονίας ήταν υψηλότερη μεταξύ των τοξικομανών, σε σχέση με του γενικού πληθυσμού, τις γυναίκες, τους νεαρούς τοξικομανείς και για όσους πέθαναν κατά τη δεκαετία του 1970.

Οι Oyefeso (27) και Ghodse (28), εξέτασαν στοιχεία σχετικά με το θάνατο των τοξικομανών για μια περίοδο 25 ετών στο Ηνωμένο Βασίλειο, που ήταν κωδικοποιημένα ως αυτοκτονία ή ως αυτοτραυματισμός. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών στον πληθυσμό των τοξικομανών ήταν σημαντικά υψηλότερο συγκριτικά με αυτό στο γενικό πληθυσμό. Ειδικότερα, το ποσοστό ήταν 4 φορές

υψηλότερο στους άνδρες τοξικομανείς και 11 φορές υψηλότερο στις γυναίκες τοξικομανείς, για ηλικίες μεταξύ 15-54 ετών.

Ο Ravndal (29) μελέτησε την επίπτωση των μη θανατηφόρων περιπτώσεων εκούσιας υπερδοσολογίας και απόπειρας αυτοκτονίας, στη διάρκεια της ζωής τους, καθώς και κατά το χρονικό διάστημα της μετέπειτα παρακολούθησής τους, μια ομάδα τοξικομανών, που απευθύνθηκε για βοήθεια στο Phoenix House του Όσλο. Σε ποσοστό 47% των ατόμων αυτών αναφέρθηκε τουλάχιστον μία απόπειρα αυτοκτονίας πριν την έναρξη της θεραπείας, αλλά διαπιστώθηκε αξιοσημείωτη μείωση των περιστατικών αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της περιόδου παρατήρησης, για όσους συνεργάστηκαν και έλαβαν θεραπεία.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΗ

Στοιχεία προερχόμενα από τις δυτικές βιομηχανοποιημένες χώρες διαπιστώνουν ότι υπάρχει ένα «χάσμα φύλου» στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Το αποκαλούμενο «παράδοξο του φύλου» συνίσταται στο ότι το ποσοστό αυτοκτονίας είναι υψηλότερο στους άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ, αντίθετα, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και απόπειρας αυτοκαταστροφής (30). Έτσι, ο κίνδυνος αυτοκτονίας στη διάρκεια της ζωής είναι περίπου 2-4 φορές υψηλότερος στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες, ενώ, αντίθετα, οι γυναίκες αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν 3-9 φορές συχνότερα από τους άνδρες.

Πολλές υποθέσεις έχουν προταθεί με σκοπό να δοθεί κάποια εξήγηση στο φαινόμενο του «παράδοξου του φύλου». Ο Hawton (31) υποστηρίζει την άποψη ότι κοινωνικοί παράγοντες, που συνδέονται ειδικά με τις αλλαγές στον παραδοσιακό ρόλο των δύο φύλων παίζουν το σημαντικότερο ρόλο. Οι περισσότερες από τις μελέτες της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους τοξικομανείς, επιβεβαιώνουν ότι και στην ομάδα αυτή διαπιστώνονται οι ίδιες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, γεγονός που σημαίνει ότι οι γυναίκες τοξικομανείς πραγματοποιούν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας από ό,τι οι άνδρες (32).

Μολονότι απόπειρες αυτοκτονίας ή ολοκληρωμένη αυτοκτονία μπορεί να συμβούν σε οποιαδήποτε ηλικία στους τοξικομανείς, οι περισσότερες απόπειρες φαίνεται ότι επιχειρούνται στην ηλικία μεταξύ των 20 και 30 ετών. Ο Rossow (33) στη Νορβηγία διαπίστωσε ότι η μέση ηλικία θανάτου σε πληθυσμό τοξικομανών που αυτοκτόνησαν, ήταν 33 ετών, δηλαδή, σχετικά νωρίτερα απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό.

Αναφορικά με τον τρόπο αυτοκτονίας διάφορες άλλες μελέτες διαπιστώνουν ότι η συχνότερη μέθοδος είναι η τοξίκωση με φάρμακα του τύπου των αντικαταθλιπτικών, των βενζοδιαζεπινών, της μεθαδόνης ή των βαρβιτουρικών. Άλλοι τρόποι αυτοκτονίας που χρησιμοποιούνται από τους τοξικομανείς είναι ο απαγχονισμός, η δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα, η διατομή αγγείων, ο πυροβολισμός και ο πνιγμός. Σύμφωνα με τη μελέτη του Oyefeso (34) η υπερδοσολογία βαρβιτουρικών ήταν η κύρια μέθοδος που επέλεξαν κατά τις δεκαετίες 1960 και 1970. Αργότερα, διαπιστώθηκε μείωση στα συμβάντα υπερδοσολογίας βαρβιτουρικών και παρατηρήθηκε μια αυξανόμενη χρήση κυρίως αντικαταθλιπτικών φαρμάκων καθώς και μεθαδόνης. Στη μελέτη του Johnson (35), ποσοστό σχεδόν 50% του δείγματός του, ανέφερε ότι έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει χρησιμοποιώντας ψυχοτρόπα φάρμακα όπως αντικαταθλιπτικά και κατασταλ-

τικά φάρμακα. Η αυξημένη συχνότητα χρήσης των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, για αυτοκτονία στους τοξικομανείς, μπορεί να αντανakλά την υψηλή συχνότητα εμφάνισης καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας, σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα (36). Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τον κίνδυνο που μπορεί να προκύψει από την υπερ-συνταγογράφηση ψυχοτρόπων φαρμάκων όπως τα αντικαταθλιπτικά, τα ελάσσονα ηρεμιστικά ή τη μεθαδόνη, καθώς και την ανάγκη ορθότερης εποπτείας στη χορήγηση αυτών των φαρμάκων από τους ειδικούς (37).

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Κεφαλαιώδους σημασίας είναι η ύπαρξη συννοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές στους αυτοκτονικούς ουσιοεξαρτημένους ασθενείς. Η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας φαίνεται να παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς στα ουσιοεξαρτημένα άτομα (38,39). Ο Johnsson υπογραμμίζει ότι η πλειονότητα των τοξικομανών που έχουν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν αναφέρουν, κατά την περίοδο εκείνη, καταθλιπτική διάθεση, αίσθημα απελπισίας και απουσία ενδιαφέροντος για τη ζωή. Στη μελέτη του Rossow (40), οι απόπειρες αυτοκτονίας ήταν συχνότερες μεταξύ των ατόμων που έπασχαν από καταθλιπτικά ή αγχώδη συμπτώματα, ενώ, στις μελέτες του Roy (41,42), σε δείγμα ατόμων εξαρτημένων από την κοκαΐνη, μεγάλο ποσοστό ανέφερε ιστορικό μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, κατά τη διάρκεια της ζωής του, για το οποίο είχε λάβει αντικαταθλιπτική αγωγή. Ο Dhossche (43) σε μελέτη για τον επιπολασμό και τις συσχετίσεις της συννοσηρότητας καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατάχρησης ουσιών, έδειξε ότι η συννοσηρότητα κατάθλιψης και κατάχρησης ουσιών ήταν η συχνότερη διάγνωση σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και στα δύο φύλα, σε όσους αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν.

Η επίδραση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των τοξικομανών στην εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς, έχει διερευνηθεί σε διάφορες μελέτες. Ο Boyle(44), χρησιμοποιώντας το DSM-III-R και το ερωτηματολόγιο Eysenck, μελέτησε 103 χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σε ομάδα χρηστών ενός θεραπευτικού προγράμματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι άνδρες με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στο νευρωτισμό και σε μεθοριακά χαρακτηριστικά, ενώ, οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στο νευρωτισμό και σε εξαρτητικά, οιστριονικά και μεθοριακά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Σε άλλη πάλι μελέτη (45) μεταξύ ουσιοεξαρτημένων Νορβηγών που απευθύνθηκαν για θεραπεία σε μια θεραπευτική κοινότητα, η ομάδα των αυτοκτονικών ατόμων είχε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στα μεθοριακά αποφευκτικά και παθητικο-επιθετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (κλίμακα Millon Clinical Multiaxial Inventory). Η διαπίστωση του υψηλού επιπολασμού ψυχιατρικών συμπτωμάτων, μεταξύ των τοξικομανών με αυτοκτονική συμπεριφορά, υπογραμμίζει την ανάγκη για περισσότερη προσοχή και φροντίδα στην ψυχική υγεία των ατόμων αυτών.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η επισήμανση των παραγόντων κινδύνου, που σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά στον πληθυσμό των ουσιοεξαρτημένων ατόμων, αποτελεί ένα σημαντικό και σύνθετο

θέμα. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί, ότι οι ίδιοι σχεδόν παράγοντες κινδύνου που έχει διαπιστωθεί ότι σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα στο γενικό πληθυσμό, ισχύουν και για τον πληθυσμό των τοξικομανών. Οι αυτοκτονικές σκέψεις σε συνδυασμό με ιδεασμό σχετικό με το θάνατο ή ευχές θανάτου, μολονότι εξακολουθούν να αποτελούν πολύτιμα προγνωστικά στοιχεία, για την έγκαιρη επισήμανση της πιθανότητας απόπειρας αυτοκτονίας, θα πρέπει να τονισθεί ότι είναι γενικά δείκτης χαμηλής προβλεψιμότητας. Ο Ravndal (46), υπογραμμίζει ότι ο ισχυρότερος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της απόπειρας αυτοκαταστροφής κατά την περίοδο παρατήρησης (η περίοδος μετά την εισαγωγή στη θεραπεία), ήταν οι προηγηθείσες απόπειρες αυτοκτονίας, πριν από την προσέλευση των χρηστών για θεραπεία. Στη μελέτη του Bukstein (47) σε ένα δείγμα εφήβων με κατάχρηση ουσιών που αυτοκτόνησαν, διαπιστώθηκε ότι οι σημαντικότεροι προγνωστικοί παράγοντες αυτοκτονίας ήταν η κατάχρηση ουσιών κατά την περίοδο της αυτοκτονίας, η ύπαρξη κατάθλιψης, το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης και κατάχρησης ουσιών, τα προβλήματα με τη δικαιοσύνη και η ύπαρξη διαθέσιμου όπλου στο σπίτι.

Σε ικανό αριθμό μελετών έχει διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας συσχετίζεται σημαντικά με την ύπαρξη ιστορικού πολλαπλής κατάχρησης ουσιών και με τη βαρύτητα του εθισμού (48,49). Η παράλληλη χρήση αλκοόλ και αντικαταθλιπτικών ή ηρεμιστικών, πολύ συχνά φάρμακα επιλογής για απόπειρες αυτοκτονίας, φαίνεται ότι αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται με την αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ, η κύρια ουσία κατάχρησης ή εξάρτησης φαίνεται ότι παίζει δευτερεύοντα ρόλο. Σε μελέτη πληθυσμού ατόμων με κατάχρηση κοκαΐνης από τον Roy (50) διαπιστώθηκε ότι το οικογενειακό ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, η υψηλότερη συχνότητα τραύματος κατά την παιδική ηλικία και η υψηλότερη βαθμολογία στην εσωστρέφεια, στο νευρωτισμό και στην εχθρότητα, συσχετίζονταν με την αυτοκτονική συμπεριφορά.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

Η υψηλότερη θνησιμότητα των τοξικομανών συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, έχει επισημανθεί από την αρχή της δεκαετίας του 1960 (51) και κλινικά έχουν διερευνηθεί οι διαφορετικές εκδηλώσεις της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς από το 1970 (52,53). Στο πλαίσιο αυτό ο ισχυρισμός του Frederick (54), ότι η κατάχρηση ουσιών μπορεί να αποτελεί μια ειδική μορφή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, συνιστά μια προβληματική και αμφιλεγόμενη άποψη. Διαφορετικές μορφές της αυτοκτονικής συμπεριφοράς αναφέρονται στη σχετική βιβλιογραφία, όπως επεισόδια εκούσιας υπερδοσολογίας, απόπειρες αυτοκτονίας, τροχαία ατυχήματα, επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές ή συμπεριφορές που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για μόλυνση από λοιμώδεις παράγοντες (π.χ ιός Ηπατίτιδας, ιός HIV) κτλ. Διάφορες, συχνά αντικρουόμενες, ερμηνείες ή θεωρίες έχουν προταθεί προκειμένου να κατανοηθούν και να ερμηνευθούν αυτές οι μορφές επικίνδυνων συμπεριφορών. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν την άποψη, ότι υφίσταται κάποια αλληλεπικάλυψη μεταξύ των διαφόρων μορφών της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και θεωρούν ότι «οι εθισμένοι σε ουσίες είναι παγιδευμένοι σε αρνητικούς κύκλους ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς, ισορροπώντας στις παρυφές του θανάτου». Επισημαίνουν, επίσης, ότι υπάρχει μια ειδική υποομάδα του πληθυσμού των τοξικομανών, που εμπλέκεται σε μία ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου απειλητική για τη ζωή τους συμπεριφορά, που χαρακτηρίζεται από πολλαπλή κατάχρηση

ουσιών, σοβαρά ψυχικά προβλήματα και πτωχή κοινωνική λειτουργικότητα. Πιθανά, δηλαδή, να υπάρχουν κοινοί υποκείμενοι παράγοντες μεταξύ απόπειρας αυτοκτονίας και εκούσιας υπερδοσολογίας, όπως η βαρύτητα της κατάχρησης ουσιών και η πτωχή κοινωνική ενσωμάτωση. Άλλοι, πάλι, μελετητές, υποστηρίζουν την άποψη ότι η αυτοκτονία και η εκούσια υπερδοσολογία μπορεί να είναι δύο περιφερικά φαινόμενα, που μπορούν να διαφοροποιηθούν πάνω στη βάση των διαφορετικών ψυχοπαθολογικών και των σχετικών με τις ουσίες, μεταβλητών κινδύνου. Τέλος, ο Farrell (55), πρότεινε την πιθανότητα ύπαρξης ενός συνεχούς (continuum) μεταξύ των μη θανατηφόρων, των τυχαίων και των εσκεμμένων θανατηφόρων υπερδοσολογιών, που αντανακλούν την αυτοκτονική συμπεριφορά.

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το γεγονός ότι οι δείκτες αυτοκτονίας σταθερά αυξάνονται στην πλειοψηφία των ανεπτυγμένων χωρών καθιστά τη μείωσή τους προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία. Έχει διαπιστωθεί ότι οποιαδήποτε μεμονωμένη παρέμβαση είναι αναποτελεσματική για την επίτευξη του στόχου αυτού.

Ο Pirkola (56) κατέγραψε στη Φινλανδία τη χρήση υπηρεσιών υγείας όσων αυτοκτόνησαν με κατάχρηση ουσιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους πριν από το θάνατό τους, τα 2/3 των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων που αυτοκτόνησαν, είχαν έρθει σε επαφή με πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας ή γενικές ιατρικές υπηρεσίες. Στη μεγάλη πλειονότητά τους, διαπιστώθηκε ότι τα θύματα αυτοκτονίας υπέφεραν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή και παρά το γεγονός ότι είχαν δεχθεί ψυχιατρική φροντίδα, μόνο μικρό ποσοστό από αυτούς εξακολουθούσε να παρακολουθείται ψυχιατρικά κατά τη διάρκεια του μήνα πριν από την αυτοκτονία. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό των θυμάτων δεν είχε δεχθεί οιαδήποτε βοήθεια για τα προβλήματα εθισμού του σε ουσίες.

Τα άτομα που υποφέρουν από διαταραχές εθισμού σε ψυχοτρόπες ουσίες είναι γνωστό ότι έχουν ανάγκη από ποικίλες δομές φροντίδας υγείας, όπως ψυχιατρικές μονάδες, εξειδικευμένες μονάδες για παθολογικά προβλήματα (ηπατολογικά ή νευρολογικά), εξειδικευμένα προγράμματα εθισμού σε ουσίες, κ.λπ. Ο διαχωρισμός μεταξύ των ψυχιατρικών θεραπευτικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών αντιμετώπισης της κατάχρησης ουσιών, αποδεικνύεται διασπαστικός και ελάχιστα υποβοηθητικός για τους χρήστες ουσιών. Έρευνες σε διάφορες χώρες έδειξαν ότι μόνο ένας στους τέσσερις ή πέντε χρήστες έρχεται σε επαφή με κάποια υπηρεσία αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης. Προφανώς, οι εξαρτημένοι από ουσίες, οι οποίοι και παρουσιάζουν ποικίλες μορφές αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, είναι από τα λιγότερο κοινωνικά ενσωματωμένα άτομα που δεν έρχονται εύκολα σε επαφή με θεραπευτικές υπηρεσίες. Τα ευρήματα από την παραπάνω Φινλανδική μελέτη υπογραμμίζουν την ανάγκη για μια συνεχή, ολιστική, πολυδιάστατη θεραπευτική φροντίδα για τους εξαρτημένους από ουσίες. Καθώς τα άτομα αυτά ανήκουν στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, αναφορικά με την αυτοκτονική συμπεριφορά, είναι «θεραπευτικά ορθολογικό» να αντιμετωπίζεται κάθε άτομο με κατάχρηση ουσιών ως ένας πιθανός, μελλοντικός αυτόχειρας.

Είναι ξεκάθαρο σε όσους ασχολούνται με το φαινόμενο της αυτοκτονίας, ότι μόνο με το συνδυασμό διαφόρων μέτρων μπορεί να επιτευχθεί ο στόχος της μείωσης των δεικτών

αυτοκτονίας. Στο πλαίσιο αυτό, κεφαλαιώδους σημασίας φαίνεται να είναι η έγκαιρη και ορθή διάγνωση και αντιμετώπιση της συνυπάρχουσας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Επίσης, ο συνεκτικός τρόπος αντιμετώπισης της εξάρτησης, η πλουραλιστική αντιμετώπιση και η ολοκληρωμένη θεραπεία αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με τη μείωση των δεικτών αυτοκτονίας.

Βιβλιογραφία

1. Gould MS, Kramer RA (2001) Youth Suicide Prevention. *Suicide and LifeThreatening Behaviour*, spring;31 Suppl:6-31.
2. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D (2003) Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, apr;42(4):386-405.
3. Suicide rates by age group and sex in the United States, 1998. *JAMA*,2001;285:2701.
4. Diekstra RFW (1993) The Epidemiology of Suicide and Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 371(suppl):9-2
5. Arsenault- Lapierre G, Kim C, Turecki G (2004) Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, nov 4;4:37.
6. Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, Minnai GP, Salis P, Scamonatti L, Masia M, Ghiani C, Mannu P (1999) Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*,60 Suppl 2:63-9; discussion 75-6,113-6.
7. Kontaxakis VP, Christodoulou GN, Mavreas VG, Havaki-Kontaxaki VJ (1988) Attempted Suicide in Psychiatric outpatients with concurrent physical illness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50(4):201-6.
8. Hawton K, Fagg J, McKeown SP (1989) Alcoholism, Alcohol and Attempted suicide. *Alcohol and Alcoholism*; 24(1);3-9.
9. Deykin EY, Buka SL, Zeena TH (1992) Depressive Illness among chemical dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, oct;149(10):1341-7.
10. Berglund M, Ojehagen A (1998) The influence of alcohol drinking and alcohol disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, oct;22(7 Suppl):333S-345S.
11. Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinnen ME, Lonnqvist JK (2000) Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol and Alcoholism*, jan; 35(1):70-5
12. Murphy GE (1983) Problems in studying suicide. *Psychiatric Developments*, winter;1(4):339-50.
13. Gerson J, Stanley B (2002) Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: controversies and treatment directions. *Current Psychiatry Report*, feb;4(1):30-8.
14. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N (2004) Suicidal behaviour in personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, jun; 18(3):226-39.
15. Duberstein PR, Conwell Y, Caine ED (1993) Inerpersonal stressors, substance abuse and suicide. *Journal of Nervous and Mental Disorders*,1993; 181:80.
16. Liappas J, Mellos E, PominiV, Peppas E, Stefanis C (1996) Suicide: Biopsychosocial Approaches, *Book of Abstracts* p.101, Athens, May,1996.

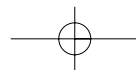
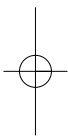
17. Beaumont G, Hetzel W (1992) Patients at risk of suicide and overdose. *Psychopharmacology (Berl)*, 106 Suppl:S123-6.
18. Murphy GE (1983) Problems in studying suicide. *Psychiatric Developments*, winter;1(4):339-50.
19. Kokkevi A., Stefanis C. (1995) Drug Abuse and Psychiatric Comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, sep-oct;36(5):329-37.
20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1999) *National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1997*. Washington, DC: Government Printing Office.
21. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lonnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillipe I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Wasserman D, Fricke S, Weinacker B, Sampaio-Faria JG (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, May;93(5):327-38.
22. Krausz M, Degkwitz P, Haasen C, Verthein U (1996) Opioid Addiction and Suicidality. *Crisis* , 17(4):175-81.
23. Deykin EY, Buka SL (1994) Suicidal Ideation and Attempts among chemical dependent adolescents. *American Journal of Public Health*, april;84(4):634-9.
24. Verthein U, Kalke J, Raschke P (1994) Results of International and Federal German evaluation studies of methadone substitution therapy-an overview. *Psychotherapie, Psychosomatik medizinische Psychologie*, mar-apr;44(3-4):128-36. review.
25. Johnsson E, Fridell M (1997) Suicide Attempts in a cohort of Drug Abusers: a 5-year follow up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nov;96(5):362-6.
26. Rossow I, Amundsen A (1997) Alcohol Abuse and Mortality: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. *Social Science and Medicine*, jan;44(2):261-7.
27. Oyefeso A, Valmana A, Clancy C, Ghodse H, Williams H (2000) Fatal antidepressant overdose among drug abusers and non-drug abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, oct;102(4):295-9.
28. Ghodse H, Oyefeso A, Kilpatrick B (1998) Mortality of drug addicts in the UK, 1967-1993. *International Journal of Epidemiology*, jun;27(3):473-8.
29. Ravndal E, Vaglum P (1999) Overdoses and suicide attempts: different relations to psychopathology and substance abuse? A 5-year prospective study of drug abusers. *European Addiction Research*, jun;5(2):63-70.
30. Martin SE, Bryant K (2001) Gender differences in the association of alcohol intoxication and illicit drug abuse among persons arrested for violent and property offenses. *Journal of Substance Abuse*, 13(4):563-81.
31. Hawton K, Hariss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D (2001) The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychological Medicine*, jul31(5):827-36.
32. Oyefeso A, Valmana A, Clancy C, Ghodse H, Williams H (2000) Fatal antidepressant overdose among drug abusers and non-drug abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, oct;102(4):295-9.
33. Rossow I, Lauritzen G (1999) Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction* , feb;94(2)209-19.
34. Oyefeso A, Valmana A, Clancy C, Ghodse H, Williams H (2000) Fatal antidepressant overdose among drug abusers and non-drug abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, oct;102(4):295-9.
35. Johnsson E, Fridell M (1997) Suicide Attempts in a cohort of Drug Abusers: a 5-year follow up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nov;96(5):362-6.
36. Henry JA (1996) Suicide risk and antidepressant treatment. *Journal of Psychopharmacology*, 1996;10(suppl 1):39.

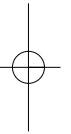
52 *Εξαοτήσεις*

37. Montgomery SA (1997) Suicide and antidepressants. *Annals of New York Academy of Science*, dec 29;836:329-38.
38. Rich CL (1986) Endocrinology and Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, summer16(2):301-11.
39. Krausz M (2000) Addictive behaviour of adolescents and young adults. *European Addiction Research*,sep;6(3):105.
40. Rossow I, Romelsjon A, Leifman H (1999) Alcohol Abuse and suicidal behaviour in young and middle-aged men. Differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction* ,aug;94(8):1199-207.
41. Roy A (2001) Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *American Journal of Psychiatry*, 158(8):1215-9.
42. Roy A, Rylander G, Sarchiapone M (1997) Genetics of suicides. Family studies and molecular genetics. *Annals of the New York Academy of Science*, dec29;836:135-57.review.
43. Dhossche DM, Meloukheia AM, Chakravorty S (2000) The Association of Suicide Attempters and comorbid Depression and Substance Abuse in psychiatric consultation patients. *General Hospital Psychiatry*, jul-aug;22(4):281-8.
44. Boyle PJ, Callahan D (1995) Managed Care in mental health: the ethical issues. *Health Affairs (Millwood)*,fall;14(3):7-22.
45. Rossow I, Romelsjon A, Leifman H (1999) Alcohol Abuse and suicidal behaviour in young and middle-aged men. Differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction* ,aug;94(8):1199-207.
46. Ravndal E, Vaglum P (1992) Different intake procedures. The influence of treatment start and treatment response. A quasi-experimental study. *Journal of Substance Abuse Treatment*,;9(1):53-8.
47. Bukstein OG, Brent DA, Kaminer Y (1989) Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*,sep;146(9): 1131-41.
48. Lester D, Yang B (1992) Social and economic correlates of the elderly suicide rate. *Suicide and Life-Threatening behaviour*, spring;22(1):36-47.review.
49. Heil SH, Badger GJ & Higgins ST (2001) Alcohol dependence among cocaine-dependent outpatients: demographics, drug use, treatment outcome and other characteristics. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 14-22.
50. Roy A (2001) Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *American Journal of Psychiatry*, 158(8):1215-9.
51. Pierce James (1967) Suicide and Mortality amongst heroin addicts in Britain. *British Journal of Addiction to Alcohol and other Drugs*, dec;62(3):391-8.
52. Gossop M, (1976) Drug Dependence and Self-Esteem. *International Journal of Addiction*, 11(5):741-53.
53. Gossop M, (1975) Oral Drug Dependence: intellectual characteristics of patients receiving treatment at a London drug dependence unit. *Drug and Alcohol Dependence*, dec;1(2):89-95.
54. Frederick CJ, (1978) Current trends in suicidal behaviour in the US. *American Journal of Psychotherapy*, apr;32(2):172-200.
55. Farrell M, Strang J, (1990) The lure of masterstrokes. *Drug Legalization*.*British Journal of Addiction*, jan; 85(1):5-7.
56. Pirkola SP, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinnen ME, Marttune MJ, Lonnqvist JK(1999) The treatment received by substance-dependent male and female suicide victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, mar;99(3):207-13.



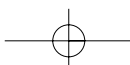
Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ
INTERNATIONAL EXPERIENCE





Αναφορές ή παραπομπές στα άρθρα που δημοσιεύονται μεταφρασμένα στις Εξαρτήσεις πρέπει να αναφέρουν ως πηγή τα στοιχεία του πρωτότυπου ξενόγλωσσου άρθρου, όπως αυτά καταγράφονται στην αρχική σελίδα κάθε άρθρου της παρούσας δημοσίευσης.

References or quotations from the articles published in translation in the Journal Exartisis have to refer as source, the information on the original article, as they are printed on the first page of each article.



Εξαρτήσεις, τεύχος 11, 2007

Η ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑΣ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 14 ΕΤΩΝ¹

NANCY L. DAY², LIDUSH GOLDSCHMIDT, CARRIE A. THOMAS
WESTERN PSYCHIATRIC INSTITUTE AND CLINIC

Περίληψη

Στόχος: Στόχος της μελέτης είναι να αξιολογήσει τις επιδράσεις της Προγεννητικής Έκθεσης στη Μαριχουάνα (PME) στην ηλικία έναρξης και στη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας, αφού ελέγχθηκαν οι αναγνωρισμένοι παράγοντες για την έναρξη της χρήσης μαριχουάνας χωρίς σε παιδιά ηλικίας 14 ετών.

Σχεδιασμός: Σε αυτή τη μακροχρόνια μελέτη κοορτής, συμμετείχαν γυναίκες που βρίσκονταν στον τέταρτο μήνα κύησης. Οι γυναίκες και τα παιδιά παρακολούθηθηκαν κατά τη διάρκεια της περιόδου κύησης και σε πολλές χρονικές στιγμές κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Χώρος και συμμετέχοντες: Οι συμμετέχοντες συγκεντρώθηκαν από μια προγεννητική κλινική νοσοκομείου. Οι γυναίκες που συμμετείχαν ήταν από 18-42 ετών, οι μισές ήταν αφροαμερικανές και οι υπόλοιπες καυκάσιες, ενώ οι περισσότερες ήταν χαμηλού κοινωνιοοικονομικού επιπέδου. Οι γυναίκες έκαναν ελαφριά έως μέτρια χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετέπειτα. Όταν τα παιδιά ήταν 14 ετών, αξιολογήθηκαν 580 από τα 763 ζευγάρια μητέρας-παιδιού (76%). Στην παρούσα ανάλυση συμπεριλήφθηκαν συνολικά 563 ζευγάρια (74%).

Μετρήσεις: Εκτιμήθηκαν κοινωνιοδημογραφικοί, ψυχολογικοί, συμπεριφορικοί, βιολογικοί και αναπτυξιακοί παράγοντες. Τα αποτελέσματα αφορούσαν την ηλικία έναρξης και τη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας στην ηλικία των 14 ετών.

Ευρήματα: Η PME μπορούσε να προβλέψει την ηλικία έναρξης και τη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας στους εφήβους ηλικίας 14 ετών. Αυτό το εύρημα ήταν σημαντικό όταν ελέγχθηκαν άλλες μεταβλητές συμπεριλαμβανομένης της χρήσης αλκοόλ και καπνού από το παιδί, του σταδίου της εφηβείας, της σεξουαλικής δραστηριότητας, της παραβατικότητας, της χρήσης ουσιών από τους ομότιμους, του ιστορικού κατάχρησης ουσιών και των χαρακτηριστικών του οικογενειακού περιβάλλοντος συνυπολογίζοντας τη γονική κατάθλιψη, τη χρήση ουσιών και τη γονική αυστηρότητα/εποπτεία.

Συμπεράσματα: Η έκθεση του γονιού στη μαριχουάνα, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης για τη χρήση μαριχουάνας στην ηλικία των 14 ετών.

Λέξεις κλειδιά: μαριχουάνα προγεννητικά, μαριχουάνα, εφηβεία

1 Τίτλος Πρωτοτύπου: "Prenatal Marijuana Exposure Contributes to the Prediction of Marijuana Use at Age 14", *Addiction*, Vol. 101, No 9, September 2006

2 Διεύθυνση Επικοινωνίας: Nancy L. Day, WPIC, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213-2593, Email: nday@pitt.edu

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση ουσιών στην εφηβεία είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Στη μελέτη Παρακολουθώντας το Μέλλον (Monitoring the Future Study), ένα ποσοστό 16,3% των εφήβων στη δευτέρα λυκείου ανέφεραν ότι έκαναν χρήση μαριχουάνας τουλάχιστον μία φορά (1), ενώ ένα ποσοστό 13% των μαθητών του δημοσίου σχολείου στο Σηάτλ είχαν δοκιμάσει μαριχουάνα μέχρι την ηλικία των 13 ετών (2). Η χρήση ουσιών νωρίς προβλέπει υψηλά ποσοστά αντικοινωνικής συμπεριφοράς και ψυχολογικών προβλημάτων (3), συνέπειες για την υγεία και χρήση ουσιών στην ενήλικη ζωή σε σύγκριση με την έναρξη, ή μη, της χρήσης αργότερα (4-9). Η έκθεση στις ουσίες κατά την εφηβεία μπορεί επίσης να επηρεάσει την ωρίμανση του εγκεφάλου (10). Έτσι, είναι σημαντικό να εντοπιστούν παράγοντες και μεταβλητές που επηρεάζουν την έναρξη της χρήσης νωρίς και να οριστούν τρόποι παρέμβασης.

Ένας χώρος που δεν έχει διερευνηθεί ιδιαίτερα είναι η σχέση ανάμεσα στην έκθεση στις ουσίες προγεννητικά και στη μετέπειτα χρήση ουσιών, παρότι υπάρχουν αρκετές αποδείξεις ότι η έκθεση στις ουσίες προγεννητικά αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης για τη χρήση και την κατάχρηση ουσιών. Στη μελέτη Πρακτικές για την Υγεία από τη Μητέρα και Ανάπτυξη του Παιδιού (Maternal Health Practices and Child Development, MHPCD), η Προγεννητική Έκθεση στον Καπνό (PTE) προέβλεπε τη χρήση καπνού από το παιδί στην ηλικία των 14 ετών (11), όταν ελέγχθηκε άλλου είδους προγεννητική έκθεση και άλλοι σημαντικοί συντελεστές. Παρόμοια ευρήματα για αυτόν το συσχετισμό έχουν αναφερθεί από τον Buka και τους συνεργάτες του (12) και από τον Kandel και τους συνεργάτες του (13), αν και στην τελευταία μελέτη η σχέση φάνηκε να είναι σημαντική μόνο για τις γυναίκες. Οι Porath και Fried (14) ανέφεραν πρόσφατα μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην έκθεση στη μαριχουάνα προγεννητικά (PME) και στην έναρξη της χρήσης μαριχουάνας σε άτομα ηλικίας 16 έως 21 ετών, παρότι διερευνήθηκε μόνο για τους άνδρες, αφού προηγουμένως είχαν ελεγχθεί άλλες προγεννητικές εκθέσεις και προγεννητικοί δημογραφικοί παράγοντες. Ο Baer και οι συνεργάτες του (15) βρήκαν ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στην προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ και στη μετέπειτα χρήση του στην ηλικία των 14 ετών, καθώς και στα προβλήματα με το αλκοόλ στην ηλικία των 21 ετών (16), αφού είχε ελεγχθεί το οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και η PTE.

Υπάρχουν βιολογικές ενδείξεις ότι η PME επηρεάζει άμεσα την ανάπτυξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) τόσο στα ζώα όσο και στους ανθρώπους. Οι υποδοχείς για τα κανναβοειδή εντοπίζονται στον εγκέφαλο του εμβρύου γύρω στη δέκατη τέταρτη εβδομάδα της κύησης (17). Αυτοί οι υποδοχείς αντιδρούν με εξωγενείς ουσίες όπως η ΤετραΥδροΚανναβινόλη (THC) όσο και με τα ενδογενή κανναβοειδή. Όταν η ουσία ΤετραΥδροΚανναβινόλη χορηγηθεί προγεννητικά σε ποντίκια προκαλεί άμεσα αλλαγές στο σύστημα υποδοχέων των κανναβοειδών (18). Αν και ο ρόλος των υποδοχέων αυτών των ουσιών δεν είναι απόλυτα κατανοητός, ωστόσο είναι σαφές ότι επηρεάζει την ανάπτυξη και τη λειτουργικότητα του εγκεφάλου σε διάφορους ζωτικούς τομείς συμπεριλαμβανομένης της αναλγησίας, της νόησης, της μνήμης, της κίνησης, της όρεξης και του ελέγχου του ανοσοποιητικού (19).

Υπάρχουν δεδομένα, από μελέτες που έχουν γίνει με ομάδες που σχηματίστηκαν από τη γέννηση των ατόμων, ότι η PME επηρεάζει την ανάπτυξη του ΚΝΣ. Το πρόγραμμα MHPCD έχει δείξει τις επιδράσεις στις συνήθειες του ύπνου κατά τη γέννηση (20) και

στην ηλικία των 3 ετών (21), αλλά και στη γνωστική ανάπτυξη στην ηλικία των 3 ετών (22). Για παιδιά προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας η ΡΜΕ προέβλεπε χαμηλή επίδοση στα τεστ μνήμης (23), στην προσοχή και στη λειτουργικότητα (24). Στην ηλικία των 10 ετών, το παιδί που είχε εκτεθεί προγεννητικά στην ουσία είχε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους (25, 26). Αυτά τα ευρήματα μοιάζουν με τα ευρήματα από την Προγεννητική Μελέτη Προοπτικής της Οτάβα (Ottawa Prenatal Prospective Study, OPPS) σχετικά με τις ελλείψεις στη γνωστική ανάπτυξη (27), στην προσοχή (28) και στη λειτουργικότητα (29).

Στο οικολογικό μοντέλο (30) το περιβάλλον, οι παράγοντες που αφορούν τους γονείς, το παιδί και οι κοινωνικοί παράγοντες πρέπει όλα να ληφθούν υπόψη για να κατανοηθούν οι τρόποι της χρήσης ουσιών. Οι Dishion, Capaldi και Yoerger (31) εφάρμοσαν αυτό το μοντέλο και εντόπισαν τους εξής παράγοντες: το οικογενειακό περιβάλλον, τις παιδαγωγικές πρακτικές, τη χρήση/κατάχρηση ουσιών από τους γονείς, τα χαρακτηριστικά του παιδιού και το περιβάλλον των ομοτίμων, ως σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης της χρήσης ουσιών. Το ίδιο μοντέλο χρησιμοποιήθηκε στις αναλύσεις με στόχο να αναγνωριστούν και να οργανωθούν οι μεταβλητές που θα συμπεριλαμβάνονταν.

Οι γενετικοί παράγοντες (32), τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (1, 4, 33), το περιβάλλον της οικογένειας και του σπιτιού (31, 34-36) καθώς και η χρήση/κατάχρηση ουσιών από τους γονείς (37-39) αποτελούν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης ή συσχετισμού για τη χρήση ουσιών στην εφηβεία. Στοιχεία που σχετίζονται με το παιδί, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της έναρξης της εφηβείας (40-41), της νοημοσύνης (42-44), των συμπεριφορών εξωτερίκευσης (45-46), της συναναστροφής με ομότιμους που κάνουν χρήση ουσιών (46-48), της επιθετικότητας (43) και της νευρο-συμπεριφορικής άρσης των αναστολών (37) αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την κατανόηση της χρήσης ουσιών.

Αυτή η έρευνα είχε τρεις στόχους: 1) να κατανοήσει εάν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην προγεννητική έκθεση στη μαριχουάνα και στην έναρξη της χρήσης στην ηλικία των 14 ετών, 2) να εντοπίσει παράγοντες πρόβλεψης και συνδέσεις για τη χρήση μαριχουάνας στην ηλικία των 14 ετών και 3) να διερευνήσει εάν η συσχέτιση ανάμεσα στην ΡΜΕ και στη χρήση μαριχουάνας παρέμεινε σημαντική, όταν λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες πρόβλεψης της έναρξης της χρήσης μαριχουάνας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Αυτή η μελέτη ξεκίνησε το 1982, όταν οι μητέρες βρίσκονταν στον τέταρτο μήνα κύησης. Το ερευνητικό πρωτόκολλο εγκρίθηκε από την Επιτροπή Δεοντολογίας για τη Συμμετοχή Ανθρώπων σε Έρευνες της γυναικολογικής κλινικής Magee και του Πανεπιστημίου του Pittsburgh.

Σχεδιασμός της μελέτης. Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για τις αναλύσεις λήφθηκαν από το πρόγραμμα ΜΗΡPCD. Το δείγμα αποτελούνταν από γυναίκες που ήταν τουλάχιστον 18 ετών και βρίσκονταν στον τέταρτο μήνα της κύησης, οι οποίες συγκεντρώθηκαν από μια κλινική προγεννητικής φροντίδας του νοσοκομείου. Πραγματοποιήθηκαν 1360 συνεντεύξεις. Σε αυτό το στάδιο το ποσοστό άρνησης ήταν 15%. Μετά από αυτή τη

συνέντευξη, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Για τη μελέτη της PME επιλέχθηκαν γυναίκες που έκαναν χρήση μαριχουάνας τουλάχιστον δύο φορές το μήνα και μετά επιλέχθηκε η πρώτη γυναίκα που έκανε λιγότερο ή καθόλου χρήση μαριχουάνας (n=564). Ομοίως, για τη μελέτη της Προγεννητικής Έκθεσης στο Αλκοόλ (PAE) επιλέχθηκαν γυναίκες που έπιναν τρία ή περισσότερα ποτά την εβδομάδα το πρώτο τρίμηνο και μετά η πρώτη γυναίκα που έκανε λιγότερο ή καθόλου χρήση αλκοόλ (n=650). Μια συμμετέχουσα θα μπορούσε να είναι μόνο στη μία ή και στις δύο ομάδες. Οι μελέτες ήταν παρόμοιες και οι μέθοδοι και το προσωπικό που συμμετείχε και στις δύο μελέτες ήταν το ίδιο. Για αυτό το άρθρο συνδυάστηκαν και οι δύο ομάδες (n=829).

Οι συνεντεύξεις λήφθηκαν όταν οι γυναίκες βρίσκονταν στον έβδομο μήνα της κύησης. Οι γυναίκες και τα παιδιά τους αξιολογήθηκαν κατά τη γέννηση, στους 8 και 18 μήνες, στα 3, 6, 10 και 14 έτη μετά τη γέννηση. Σε κάθε στάδιο ένα τυποποιημένο πρωτόκολλο αξιολογούσε την ψυχολογική κατάσταση της μητέρας, τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, τη δημογραφική της κατάσταση, τη χρήση ουσιών και τη γνωστική, συμπεριφορική, ψυχολογική και σωματική ανάπτυξη του παιδιού.

Γεννήθηκαν 763 ζωντανά βρέφη από μονές κυήσεις. Στη φάση του follow-up, όταν τα παιδιά ήταν 14 ετών, λήφθηκαν 580 συνεντεύξεις. Η απώλεια ανάμεσα στη γέννηση και σε αυτή τη φάση της μελέτης οφειλόταν στη μετακόμιση ατόμων από την ευρύτερη περιοχή του Pittsburgh (n=49), στην άρνηση της συμμετοχής σε αυτό το στάδιο (n=52), ή επειδή δεν στάθηκε ικανή η παρακολούθηση όλων των συμμετεχόντων στο follow-up (n=69). Επιπλέον 6 παιδιά είχαν πεθάνει και 7 είχαν δοθεί για υιοθεσία ή ήταν σε θετική φροντίδα. Δεν υπήρχαν διαφορές στο εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, στο εισόδημα, στην οικογενειακή κατάσταση, στη χρήση αλκοόλ ή καπνού προγεννητικά ανάμεσα στις γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη follow-up των 14 ετών (n=580) και σε αυτές που δεν συμμετείχαν (n=183). Οι γυναίκες που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις στα 14 έτη ήταν πιθανότερο να είναι αφροαμερικανές και να έκαναν χρήση μαριχουάνας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Από όσες συμμετείχαν στο follow-up των 14 ετών ποσοστό 55% ήταν αφροαμερικανές σε σύγκριση με το 42% όσων δεν συμμετείχαν, ενώ ένα ποσοστό 20% από όσες έδωσαν συνέντευξη μίλησαν για χρήση μαριχουάνας κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης σε σύγκριση με το 11% όσων δεν συμμετείχαν στις συνεντεύξεις και ανέφεραν το ίδιο.

Από αυτές τις αναλύσεις εξαιρέθηκαν οι έφηβοι που είχαν κάποια προβλήματα υγείας, τα οποία εμπόδιζαν τη συμμετοχή τους στη μελέτη, συμπεριλαμβανομένης της εγκεφαλικής παράλυσης (n=2), της ινώδους δυσπλασίας (n=1) και της πνευματικής καθυστέρησης (n=8). Τρεις από τους εφήβους δεν έδωσαν στοιχεία για τη χρήση ουσιών, ενώ για άλλους τρεις, οι οποίοι ανέφεραν ότι δεν έκαναν χρήση μαριχουάνας, ο έλεγχος ούρων ήταν θετικός για την THC. Αυτοί οι συμμετέχοντες αποκλείστηκαν επίσης από τη μελέτη, έτσι καταλήξαμε με δείγμα 563 ζευγαριών μητέρας-παιδιού. Ένας έφηβος με θετική ανάλυση ούρων ανέφερε χρήση στο παρελθόν αλλά όχι εκείνη την περίοδο. Αυτό το περιστατικό συμπεριλήφθηκε στις αναλύσεις που αφορούσαν την έναρξη της χρήσης αλλά εξαιρέθηκε από τη χρήση ουσιών στο παρόν. Κατά τη διάρκεια του follow-up τα παιδιά ήταν 14 και 15 ετών, αλλά για λόγους ευκολίας θα αναφερόμαστε σ'αυτά ως 14χρονοι συμμετέχοντες.

Μετρήσεις: Οι ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία έναρξης, την ποσότητα και τη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας τον προηγούμενο χρόνο ήταν από το Ερωτηματολόγιο για Συμπερι-

φορές που αφορούν την Υγεία (Health Behavior Questionnaire) (49). Οι έφηβοι ήταν χωριστά από τις μητέρες τους, όταν απάντησαν στο αυτοχορηγούμενο ερωτηματολόγιο, ενώ ο ερευνητής παρέμενε στο δωμάτιο για να απαντήσει τυχόν ερωτήσεις. Για τα παιδιά που παρουσίαζαν δυσκολίες στην ανάγνωση, ο ερευνητής διάβαζε δυνατά τις ερωτήσεις και το καθένα συμπλήρωνε την κατάλληλη απάντηση.

Δύο μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν για αυτές τις αναλύσεις: η ηλικία έναρξης της χρήσης μαριχουάνας και η συχνότητα χρήσης της στο παρόν. Η ηλικία έναρξης μετρήθηκε με την ερώτηση: «Πόσων ετών ήσουν όταν δοκίμασες πρώτη φορά μαριχουάνα;». Οι έφηβοι ρωτήθηκαν πόσο συχνά έκαναν χρήση μαριχουάνας: 1) κάθε μέρα, 2) σχεδόν κάθε μέρα, 3) 3-4 φορές την εβδομάδα, 4) 1-2 φορές την εβδομάδα, 5) 2-3 φορές το μήνα, 6) μία φορά το μήνα, 7) 6-11 φορές το χρόνο, 8) 1-5 φορές το χρόνο. Η συχνότητα ταξινομήθηκε σε κατηγορίες: 1) καθόλου χρήση, 2) λιγότερο από 3-4 φορές την εβδομάδα (όχι τακτική) και 3) 3-4 φορές την εβδομάδα (τακτική). Οι τελευταίες κατηγορίες επιλέχθηκαν για να παραλληλιστούν οι ορισμοί από τους Kandel και Chen (50). Ήταν απαραίτητο να μειωθεί ο αριθμός των κατηγοριών για λόγους συμμετρικής κατανομής των δεδομένων. Το Ερωτηματολόγιο για Συμπεριφορές που αφορούν την Υγεία (Health Behavior Questionnaire) έχει παρόμοιες ερωτήσεις για τη χρήση αλκοόλ και ουσιών και αυτά τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν για να κατηγοριοποιηθεί η χρήση αυτών των ουσιών. Οι έφηβοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν τη χρήση ουσιών από την ομάδα των ομοτίμων τους σε μια τετράβαθμη κλίμακα από κανένας έως όλοι, καθώς επίσης και την έγκριση των ομοτίμων τους όσον αφορά τη χρήση ουσιών με μια προκαθορισμένη επιλογή (εγκρίνουν/δεν εγκρίνουν).

Για να ελεγχθεί η αυτό-αναφορά των εφήβων, συμπεριλήφθηκε και μια βιολογική επιβεβαίωση της χρήσης ουσιών. Ζητήθηκε από τους εφήβους να δώσουν ένα δείγμα ούρων και ενημερώθηκαν ότι το δείγμα θα αναλυθεί για χρήση ουσιών. Ο χρόνος ανίχνευσης της THC είναι 48 ώρες. Μεταξύ εκείνων με αρνητικά αποτελέσματα από την εξέταση ούρων, 100 ανέφεραν χρήση μαριχουάνας τον τελευταίο χρόνο. Όταν η αυτό-αναφορά των εφήβων συγκρίθηκε με τα αποτελέσματα από τον έλεγχο των ούρων η πιστότητα για τη χρήση μαριχουάνας ήταν σε ποσοστό 78%.

Η γνωστική ανάπτυξη μετρήθηκε με την Κλίμακα Νοημοσύνης για Παιδιά του Wechsler (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC-III) (51) στην ηλικία των 14 ετών. Η αξιοπιστία της πλήρους κλίμακας IQ για αυτή την ηλικία είναι .95. Τα συμπτώματα κατάθλιψης στην παιδική ηλικία αξιολογήθηκαν με αυτό-αναφορά βάσει του Ερωτηματολογίου για την Παιδική Κατάθλιψη (Children's Depression Inventory, CDI) (52), μια μέτρηση που έχει αξιοπιστία έλεγχου-επανελέγχου .82 και εσωτερική συνέπεια .86. Η Αναθεωρημένη Έκδοση της Κλίμακας Μέτρησης του Άγχους για τα Παιδιά (The Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS) (53) μέτρησε τις αυτό-αναφορές για το άγχος. Η αξιοπιστία αυτής της κλίμακας είναι .85.

Το Εργαλείο Ελέγχου της Συμπεριφοράς του Παιδιού (Child Behavior Checklist, CBCL) (54), που συμπληρώθηκε από τη μητέρα χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει τα προβλήματα προσοχής και την επιθετικότητα. Αυτές οι μετρήσεις είχαν αξιοπιστία έλεγχου-επανελέγχου .90 και .91 αντίστοιχα. Η παραβατικότητα εκτιμήθηκε με την Κλίμακα Αυτό-αναφοράς για την Παραβατικότητα (Self-Report Delinquency Scale, SRD) (55). Οι συγγραφείς του SRD έχουν εντοπίσει τέσσερις υποκλίμακες: ζημία, κλοπή, βία και διάφορες παραβάσεις που αφορούν τους ανηλίκους. Οι συντελεστές αξιοπιστίας για

αυτές τις υποκλίμακες κυμαίνονταν από .45 έως .52. Για αυτές τις αναλύσεις οι υποκλίμακες συνδυάστηκαν σε μια συνοπτική βαθμολογία.

Με στόχο να μετρηθεί το στάδιο ανάπτυξης της εφηβείας χρησιμοποιήθηκε μια ερώτηση από την Κλίμακα Ανάπτυξης του Petersen (Petersen Development Scale) (56), «Πιστεύεις ότι η ανάπτυξή σου είναι πιο γρήγορη από αυτή των άλλων παιδιών της ηλικίας σου;». Το ερώτημα έχει πέντε κατηγορίες βαθμολογημένες από το 1 (πολύ πιο γρήγορη) έως το 5 (πολύ πιο αργή). Η χαμηλή βαθμολογία υποδεικνύει πρόωρη ωρίμανση.

Η σύντομη έκδοση του εργαλείου για τη Μέτρηση του Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Home Observation for Measurement of the Environment-Short Form, HOME) (57) χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθεί η γνωστική διέγερση και η συναισθηματική υποστήριξη που παρεχόταν από την οικογένεια του εφήβου. Αυτό το εργαλείο χορηγήθηκε στις μητέρες. Ο συντελεστής αξιοπιστίας ήταν .92. Όλες οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου (ναι/όχι) ή με μια 4-5βαθμη κλίμακα αξιολόγησης και συμπεριλάμβαναν ερωτήσεις όπως: «Παίρνετε εφημερίδα στην οικογένειά σας καθημερινά;» και «Πόσο συχνά μαζεύεται ολόκληρη η οικογένεια με φίλους ή συγγενείς;». Γινόταν επίσης αναφορά στη μεταβλητή για την παρουσία ενήλικου άντρα στο σπίτι. Οι πρακτικές των γονιών μελετήθηκαν με το εργαλείο οι Γονείς μου (My Parents) (58), το οποίο αξιολογούσε τις αντιλήψεις των εφήβων σχετικά με τις συμπεριφορές των γονιών τους σε τρεις διαστάσεις, αποδοχή/εμπλοκή, αυστηρότητα/εποπτεία και την ψυχολογική αυτονομία. Τα άλφα σε αυτές τις κλίμακες ήταν .72, .76 και .82, αντίστοιχα.

Οι δημογραφικές μεταβλητές περιλάμβαναν το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, την εργασιακή κατάσταση, την ηλικία και την φυλή/εθνικότητα. Το επίπεδο του άγχους της μητέρας μετρήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης του Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (59) ενώ τα συμπτώματα κατάθλιψης εκτιμήθηκαν με την Κλίμακα για την Κατάθλιψη του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, CES-D) (60). Ένα ποσοστό 11% των εφήβων δεν ζούσαν με τη βιολογική τους μητέρα στην ηλικία των 14 ετών: σε αυτές τις περιπτώσεις, στη συνέχεια συμμετείχε ο κηδεμόνας του παιδιού. Για λόγους απλοποίησης θα αναφέρουμε και τους κηδεμόνες ως μητέρες.

Οι μετρήσεις της χρήσης ουσιών από τη μητέρα πραγματοποιήθηκαν όπως και στο Πρόγραμμα ΜΗΡPCD (61). Η χρήση μαριχουάνας και αλκοόλ μετρήθηκε για το διάστημα ενός χρόνου πριν την εγκυμοσύνη, κάθε μήνα για το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, και συγκεντρωτικά για τους τρεις μήνες στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο, ομοίως και για τον προηγούμενο χρόνο σε διαδοχικές φάσεις. Η συνηθισμένη μέγιστη και ελάχιστη ποσότητα και συχνότητα μετρήθηκαν για τη μαριχουάνα και για πέντε αλκοολούχα ποτά (κρασί, μπύρα, αλκοόλ, αναψυκτικός οίνος και αναψυκτικό μπύρας). Οι γυναίκες ανέφεραν τη χρήση μαριχουάνας σε τρεις χρονικές στιγμές κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, από τη σύλληψη μέχρι τη στιγμή που συνειδητοποίησαν την εγκυμοσύνη, από τη στιγμή που συνειδητοποίησαν την εγκυμοσύνη μέχρι τη στιγμή που επιβεβαιώθηκε και από τη στιγμή που επιβεβαιώθηκε μέχρι το τέλος του πρώτου τριμήνου. Η μέτρηση για τη χρήση του πρώτου τριμήνου σταθμίστηκε από τη διάρκεια της χρήσης στην κάθε περίοδο και έπειτα συνοψίστηκε για όλο το πρώτο τρίμηνο. Καθώς η χρήση εμφάνισε φθίνουσα μορφή μέσα στο πρώτο τρίμηνο, αυτή η μέθοδος παρείχε μια ακριβή εκτίμηση (62). Η χρήση μαριχουάνας προέκυψε από το μέ-

σο όρο (M.O.) των τσιγάρων μαριχουάνας ανά ημέρα (ADJ, M.O. τσιγάρων μαριχουάνας ημερησίως) και του αλκοόλ από το M.O. ποτών ανά ημέρα (ADV, M.O. ποτών ημερησίως). Η χρήση καπνού εκφράστηκε ως ο αριθμός των τσιγάρων ανά ημέρα. Καθώς λίγες γυναίκες εξακολούθησαν τη χρήση μαριχουάνας μετά το πρώτο τρίμηνο, για τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε η χρήση μαριχουάνας, αλκοόλ και καπνού στο πρώτο τρίμηνο.

Δύο διχότομες μεταβλητές περιέγραψαν το οικογενειακό ιστορικό χρήσης: 1) εάν οι συγγενείς από την οικογένεια της μητέρας ή του πατέρα είχαν ιστορικό χρήσης αλκοόλ και 2) εάν κάποιος συγγενείς είχε ιστορικό χρήσης ουσιών.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι μεταβλητές οργανώθηκαν και ελέγχθηκαν στις ακόλουθες κατηγορίες: 1) έκθεση στις ουσίες λόγω της χρήσης ουσιών των γονέων και οικογενειακό ιστορικό χρήσης αλκοόλ και ουσιών, 2) πρόσφατη χρήση ουσιών από τη μητέρα (κατά τη follow up στα 14 χρόνια), τα δημογραφικά στοιχεία και η ψυχολογική κατάσταση της μητέρας, 3) περιβάλλον στο σπίτι και γονικές πρακτικές, 4) φύλο, φυλή, στάδιο της εφηβείας, ψυχολογική κατάσταση, προβλήματα προσοχής και λειτουργικότητα του εφήβου και 5) παραβατικότητα, επιθετικότητα, χρήση από τους ομότιμους, αποδοχή της χρήσης από τους ομότιμους, σεξουαλική δράση από τον έφηβο, χρήση αλκοόλ και καπνού στην ηλικία των 14 ετών. Οι συσχετισμοί διερευνήθηκαν μέσω των αναλύσεων ανάμεσα στα αποτελέσματα και στις μεταβλητές μέσα σε κάθε κατηγορία. Έπειτα οι σημαντικές μεταβλητές από τις κατηγορίες 1 έως 4 εντάχθηκαν στην ανάλυση σε στάδια. Στη συνέχεια, οι σημαντικές μεταβλητές από την κατηγορία 5 προστέθηκαν στο μοντέλο, για να διερευνηθεί εάν οι παράγοντες κινδύνου που εντοπίστηκαν από το προηγούμενο στάδιο παρέμειναν σημαντικοί μετά τον έλεγχο των τωρινών συμπεριφορών των εφήβων.

Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο παλινδρόμησης Cox proportional hazards για να εντοπιστούν οι προηγούμενοι και οι συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ηλικία έναρξης της χρήσης μαριχουάνας. Στο μοντέλο αυτό, κατά την αξιολόγηση η ηλικία ενσωματώνεται ως χρόνος επιβίωσης έτσι δεν εξετάζεται χωριστά. Χρησιμοποιήθηκε μια κατηγορική, πολυσταδιακή λογαριθμική, παλινδρόμηση, για να εντοπιστούν οι παράγοντες που μπορούσαν να προβλέψουν τη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας. Αυτή η μέθοδος είναι μια επέκταση της λογαριθμικής παλινδρόμησης για κατηγορικές απαντήσεις. Περιγράφει ταυτόχρονα τις επιδράσεις των επεξηγηματικών μεταβλητών για τα αθροιστικά logit, βελτιώνοντας την οικονομία της έρευνας και την ισχύ της. Οι συντελεστές που βγαίνουν από αυτή είναι ανά μονάδα μέτρησης, οι αναλογίες πιθανοτήτων αντιπροσωπεύουν την πιθανότητα να ανήκει κάποιος σε μια υψηλότερη κατηγορία χρήσης.

Επίσης, ελέγξαμε τις δύο συσχετίσεις που υποστηρίζονται από τη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με την πρώτη, ελέγξαμε εάν η επιρροή της χρήσης από τους ομότιμους διέφερε για τη χρήση μαριχουάνας του εφήβου ανάλογα με τη φυλή. Μια δεύτερη συσχέτιση αξιολόγησε εάν υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα σχετικά με την κατάθλιψη και τη χρήση μαριχουάνας, ενώ η κάθε μία ελέγχθηκε ξεχωριστά.

62 *Εξαοτήσεις*

Για την προσαρμογή από την απώλεια του δείγματος, επαναλάβαμε τις αναλύσεις σταθμίζοντας τες έτσι, ώστε να φανούν οι υπόλοιπες απώλειες ανά φυλή και ανά τρίτο τρίμηνο ΡΜΕ. Οι συντελεστές στάθμισης ορίστηκαν με βάση την αντίστροφη πιθανότητα για κάθε φυλή και για κάθε ομάδα έκθεσης στο τρίτο τρίμηνο. Τα αποτελέσματα δεν διαφοροποιήθηκαν από τα αντίστοιχα μη-σταθμισμένα, έτσι εμείς επιλέξαμε να παρουσιάσουμε αυτά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χρήση ουσιών από τη μητέρα και τον έφηβο. Το πρώτο τρίμηνο, το 41,6% των γυναικών που συμμετείχαν έκαναν χρήση μαριχουάνας. Αυτό το ποσοστό μειώθηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό, φτάνοντας σε ένα ποσοστό χρήσης από τις μητέρες 15,1% στην αξιολόγηση των δεκατεσσάρων χρόνων (Πίνακας 1). Ο Μ.Ο. χρήσης μαριχουάνας από τους εφήβους μειώθηκε από 1,02 τσιγάρα/ημέρα το πρώτο τρίμηνο σε 0,38 τσιγάρα/ημέρα στα δεκατέσσερα χρόνια. Η χρήση αλκοόλ μειώθηκε επίσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, από το 64,1% στο πρώτο τρίμηνο στο 31,8% στο τρίτο, αλλά εμφάνισε αύξηση μετά τον τοκετό φτάνοντας στο 75%. Αντίθετα, τα ποσοστά χρήσης καπνού παρέμειναν περίπου στο 50% κατά τη διάρκεια όλης της εγκυμοσύνης και μέχρι τα 14 χρόνια μετά τον τοκετό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

<i>Ουσία</i>	<i>Χρήση μητέρας</i>				<i>Χρήση εφήβου</i>
	<i>Πρώτο τρίμηνο</i>	<i>Δεύτερο τρίμηνο</i>	<i>Τρίτο τρίμηνο</i>	<i>14 χρόνια</i>	<i>14 ετών</i>
Μαριχουάνα					
% Χρηστών	41,6	24,1	20,1	15,1	30%
Μ.Ο. χρήσης (τσιγάρα/ημέρα) ^α	1,02	0,67	0,88	0,38	0,55
Εύρος	0,002-8,8	0,01-6,5	0,01-9,4	0,002-5,0	0,001-8,0
Αλκοόλ					
% Χρηστών	64,1	36,5	31,8	75,1	37%
Μ.Ο. χρήσης (ποτά/ημέρα) ^α	0,89	0,32	0,5	1,1	0,37
Εύρος	0,006-19,6	0,01-6,7	0,02-24,7	0,005-13,7	0,005-7,03
Καπνός					
% Χρηστών	53,5	52,8	51,3	53,4	21%
Μ.Ο. χρήσης (τσιγάρα/ημέρα) ^α	14,7	15,7	17,3	14,6	5,5
Εύρος	0,5-50	0,5-70	0,5-70	0,5-60	0,005-45,0

α. Υπολογισμός του Μ.Ο. χρήσης περιλάμβανε μόνο τους χρήστες.

Ένα ποσοστό 30% από τους εφήβους ανέφεραν χρήση μαριχουάνας τον περασμένο χρόνο και 7,5% έκαναν τακτική χρήση μαριχουάνας (τουλάχιστον 3-4 φορές την εβδομάδα). Επιπλέον, δεκατρείς έφηβοι ξεκίνησαν τη χρήση μαριχουάνας αλλά δεν ανέφεραν χρήση τον περασμένο χρόνο. Χρήση αλκοόλ αναφέρθηκε από το 37% των εφήβων, ενώ χρή-

ση καπνού από το 21% (Πίνακας 1). Η νεαρότερη ηλικία έναρξης χρήσης μαριχουάνας ήταν τα εννέα έτη και το ποσοστό επικράτησης (νέες ενάρξεις/πληθυσμός σε κίνδυνο) σε αυτή την ηλικία ήταν 0,4%. Η επικράτηση αυξήθηκε μέχρι την ηλικία των 14 ετών, όπου το 13% ξεκίνησε τη χρήση (Πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΧΡΗΣΗΣ ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑΣ

Ηλικία	Ποσοστό επικράτησης ^a	n/N ^b
9-9.9	0,4	2/563
10-10.9	0,5	3/561
11-11.9	1,6	9/558
12-12.9	5,5	30/549
13-13.9	12,7	66/519
14-14.9	13,0	59/453
15- ^γ	3,3	13/394

a. Υπολογίστηκε ως το ποσοστό των εφήβων που ξεκίνησαν τη χρήση κατά τη διάρκεια του διαστήματος, σε σχέση με όσους δεν είχαν ξεκινήσει χρήση στην έναρξη του συγκεκριμένου διαστήματος.

β. Αριθμός που ξεκίνησε τη χρήση (n)/Αριθμός σε κίνδυνο (N)

γ. Ορισμένοι από τους συμμετέχοντες συμμετείχαν σε συνέντευξη στην ηλικία των 15 ετών.

Κατηγορία 1 (Πίνακας 3), οι μεταβλητές του προγεννητικού και του οικογενειακού ιστορικού αποτελούσαν παράγοντες που προέβλεπαν τη χρήση μαριχουάνας από νωρίς. Όταν λήφθηκαν υπόψη όλες οι μεταβλητές από αυτήν την κατηγορία η PME αποτελούσε σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης τόσο για την ηλικία έναρξης όσο και για τη συχνότητα χρήσης από τους εφήβους. Η PTE προέβλεπε την ηλικία έναρξης και τη συχνότητα χρήσης, ενώ η PAE και το οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ δεν σχετίστηκαν με τη χρήση μαριχουάνας από τους εφήβους. Το οικογενειακό ιστορικό προβλημάτων με τις ουσίες προέβλεπε την ηλικία έναρξης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑΣ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 14 ΕΤΩΝ

	Καθόλου χρήση N=393	Μη τακτική ^a N=127	Τακτική ^b N=42	Επίπεδο ^c σημαντικότητας	
				Ηλικία έναρξης ^d	Συχνότητα χρήσης ^e
Κατηγορία 1. Προγεννητικό και Οικογενειακό Ιστορικό					
Αρ. τσιγάρων μαριχουάνας/ημέρα προγεννητικά (ADJ)	,35	,58	,69	,02	,02
Αρ. ποτών/ημέρα προγεννητικά (ADV)	,51	,53	1,26	,11	,41
Αρ. τσιγάρων/ημέρα προγεννητικά	6,9	10,3	9,8	,05	,006
Οικογενειακό ιστορικό χρήσης ουσιών (%)	43,8	50,8	50,0	,02	,16
Οικογενειακό ιστορικό χρήσης αλκοόλ (%)	67,9	65,1	71,4	,26	,78
Κατηγορία 2. Σημερινά Χαρακτηριστικά της μητέρας					
Ηλικία κηδεμόνα	39,1	39,6	39,7	,45	,56
Εκπαίδευση (σε χρόνια)	12,5	12,3	12,3	,06	,20
Εργασιακή κατάσταση (% εργασίας)	78,1	69,8	69,0	,10	,08
Κατάθλιψη	37,5	39,2	39,6	,02	,15
Εχθρικότητα	15,7	16,6	16,5	,40	,09
Άγχος	16,2	17,1	16,3	,77	,28
Σημερινός Αρ. ποτών/ημέρα	,79	,89	,94	,60	,70
Σημερινός Αρ. τσιγάρων/ημέρα	7,0	9,7	10,0	,13	,005
Σημερινή χρήση μαριχουάνας (% χρήσης)	12,6	23,0	14,6	,11	,06
Σημερινή χρήση κοκαΐνης (% χρήσης)	3,4	4,8	2,4	,94	,74
Κατηγορία 3. Περιβάλλον στο σπίτι					
Περιβάλλον στο σπίτι (HOME)	11,7	10,5	9,9	,000	,000
Παρουσία άντρα στο σπίτι (%)	54,2	53,2	35,7	,65	,72
Αυτονομία γονιών	23,6	22,6	23,2	,99	,37
Αυστηρότητα/Εποπτεία από γονείς	20,7	19,2	18,3	,0001	,000
Εμπλοκή των γονιών	30,3	30,4	28,8	,85	,61
Κατηγορία 4. Χαρακτηριστικά του παιδιού στην ηλικία των 14 ετών					
Φύλο (% άνδρες)	47,6	49,6	47,6	,21	,33
Φυλή (% Λευκοί)	46,3	49,6	33,3	,14	,10
IQ (Πλήρης κλίμακα WISC)	89,1	89,7	83,6	,25	,52
Κατάθλιψη (CDI)	6,7	9,2	13,7	,000	,000
Άγχος (RCMAS)	6,7	8,1	10,3	,09	,13
Στάδιο εφηβείας ^{στ}	2,9	2,8	2,6	,001	,006
Προσοχή (CBCL)	54,2	55,4	60,8	,12	,03
Κατηγορία 5. Συμπεριφορά στην ηλικία των 14 ετών					
Παραβατικότητα (SRD)	4,0	7,4	11,3	,08	,007
Επιθετικότητα (CBCL)	54,5	57,2	61,4	,84	,87
Χρήση ομοτίμων (1=κανένας, 4=όλοι)	1,5	2,4	3,1	,000	,000
Αποδοχή από ομότιμους (% αποδοχής)	8,7	23,6	26,2	,24	,22
Σεξουαλικά ενεργός (% ενεργών)	13,8	56,0	76,2	,000	,000
Χρήση αλκοόλ εφήβου (% χρήσης)	21,7	60,6	78,6	,000	,000
Χρήση καπνού εφήβου (% χρήσης)	9,7	42,5	61,9	,000	,000
<p>a. Μη τακτική: λιγότερο από 3 φορές/εβδομάδα b. Τακτική: 3 ή περισσότερες φορές/εβδομάδα γ. Ελέγχοντας άλλες μεταβλητές από την κατηγορία δ. Παλινδρόμηση Cox Proportional Hazard ε. Κατηγορική πολυσταδιακή λογαριθμική παλινδρόμηση στ. Κωδικοποιήθηκε σε 5-βαθμη κλίμακα, από πολύ νωρίς σχετικά με τους ομότιμους (1) έως πολύ αργότερα από τους ομότιμους (5).</p>					

Η τρέχουσα χρήση καπνού από τη μητέρα συνδεόταν σημαντικά με τη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας από τον έφηβο (Πίνακας 3, Κατηγορία 2), η τρέχουσα χρήση μαριχουάνας από τη μητέρα συνδεόταν οριακά με τη συχνότητα χρήσης, ενώ η τρέχουσα χρήση αλκοόλ και κοκαΐνης από τη μητέρα δεν συνδεόταν καθόλου ούτε με την ηλικία έναρξης ούτε με τη συχνότητα χρήσης. Η κατάθλιψη της μητέρας συνδεόταν σημαντικά με τη νεαρότερη ηλικία έναρξης της χρήσης από το παιδί. Άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες της μητέρας, καθώς και η εργασία της μητέρας ή η συνέχιση της εκπαίδευσής της δεν ήταν σημαντικοί. Η ποιότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος συνδεόταν σημαντικά και με την ηλικία έναρξης της χρήσης και με τη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας, όπως επίσης και η αυστηρότητα/εποπτεία από τους γονείς (Πίνακας 3, Κατηγορία 3). Άλλες μετρήσεις που σχετιζόνταν με το περιβάλλον δεν ήταν σημαντικές.

Το φύλο, η φυλή και το IQ του παιδιού δεν μπορούσαν να προβλέψουν την ηλικία έναρξης ή τη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας στην ηλικία των 14 ετών (Πίνακας 3, Κατηγορία 4). Επίσης, η ηλικία που πραγματοποιήθηκε η αξιολόγηση δεν διέφερε στις διαφορετικές ομάδες συχνότητων. Ο Μ.Ο. ηλικίας των μη-χρηστών, των μη-τακτικών χρηστών και των τακτικών χρηστών κατά τις αξιολογήσεις ήταν 14,8, 14,9 και 14,9 αντίστοιχα. Η πρώιμη ωρίμανση στην εφηβεία σχετιζόταν με τη νεαρότερη ηλικία έναρξης και την υψηλότερη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας. Τα προβλήματα προσοχής συνδεόταν σημαντικά με τη συχνότητα χρήσης, αλλά όχι με την ηλικία έναρξης. Περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης μπορούσαν να προβλέψουν μεγαλύτερη συχνότητα της χρήσης καθώς και νεαρότερη ηλικία έναρξης. Η σχέση του φύλου με την κατάθλιψη δεν ήταν σημαντική.

Αξιολογήσαμε επίσης τη συμπεριφορά του εφήβου στην ηλικία των 14 ετών (Πίνακας 3, Κατηγορία 5). Η χρήση από τους ομότιμους, η σεξουαλική δραστηριοποίηση, η τρέχουσα χρήση αλκοόλ και καπνού συνδεόταν σημαντικά με την ηλικία έναρξης της χρήσης. Αυτές οι μεταβλητές καθώς και η παραβατικότητα συσχετιζόταν σημαντικά και με τη συχνότητα χρήσης. Η επιθετικότητα και η αποδοχή της χρήσης από τους ομότιμους δεν συνδεόταν με κανένα αποτέλεσμα μετά τον έλεγχο άλλων παραγόντων από την κατηγορία, ενώ επίσης δεν φάνηκε να υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στη χρήση από τους ομότιμους και τη φυλή που ανήκει.

Ηλικία έναρξης της χρήσης μαριχουάνας, μοντέλα πολλαπλών μεταβλητών. Οι μεταβλητές από τις τέσσερις πρώτες κατηγορίες που σχετιζόνταν σημαντικά με την ηλικία έναρξης της χρήσης εντάχθηκαν σε μια ανάλυση παλινδρόμησης σε στάδια Cox proportional hazards (Πίνακας 4α). Στον Πίνακα 4 φαίνονται οι συντελεστές σχετικά με τον κίνδυνο, τα ποσοστά του και η σημαντικότητα αυτών των μεταβλητών. Οι θετικοί συντελεστές υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο έναρξης της χρήσης, ενώ οι αρνητικοί συντελεστές υποδηλώνουν μια αντίστροφη ή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή και στο αποτέλεσμα. Η PME προέβλεπε σημαντικά την ηλικία έναρξης της χρήσης μαριχουάνας. Για κάθε ημερήσια έκθεση σε τσιγάρα μαριχουάνας στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, το ποσοστό έναρξης της χρήσης μαριχουάνας για τα άτομα με PME αυξανόταν κατά 1,14, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν εκτεθεί στη χρήση της, όταν ελέγχθηκαν άλλοι σημαντικοί παράγοντες. Αυτοί ήταν το οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών, η ποιότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος, η αυστηρότητα/εποπτεία από τους γονείς, τα συμπτώματα κατάθλιψης στο παιδί και το στάδιο ανάπτυξης της εφηβείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ (ΜΟΝΤΕΛΟ COX PROPORTIONAL HAZARDS)

	Συντελεστής	Σημαντικότητα (p)	Ποσοστό κινδύνου
4α. Αποτελέσματα με εξαίρεση την τρέχουσα συμπεριφορά και τη χρήση από τους ομότιμους			
Κατάθλιψη (CDI) ^α	0,06	,000	1,06
Οικογενειακό περιβάλλον ^β	-,13	,000	0,88
Αυστηρότητα/Εποπτεία από γονείς ^γ	-,07	,001	0,93
Στάδιο εφηβείας ^δ	-,25	,003	0,78
Προγεννητική έκθεση στη μαριχουάνα ^ε	0,13	,04	1,14
Οικογενειακό ιστορικό χρήσης ουσιών ^{στ}	0,31	,04	1,36
4β. Η τρέχουσα συμπεριφορά και η χρήση από τους ομότιμους περιλαμβάνεται			
Κατάθλιψη ^α	,01	,27	1,01
Οικογενειακό περιβάλλον ^β	-,07	,03	0,93
Αυστηρότητα/Εποπτεία από γονείς ^γ	-,05	,07	0,95
Στάδιο ανάπτυξης της εφηβείας ^δ	-,16	,054	0,85
Χρήση μαριχουάνας προγεννητικά ^ε	,11	,07	1,12
Οικογενειακό ιστορικό χρήσης ουσιών ^{στ}	,34	,03	1,40
Χρήση καπνού εφήβου ^η	,82	,000	2,27
Χρήση αλκοόλ εφήβου ^η	,71	,000	2,04
Σεξουαλικά ενεργός ^η	,51	,004	1,67

α. Ύψος από 0-40, η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα,
 β. Ύψος από 2-18, η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει καλύτερο οικογενειακό περιβάλλον,
 γ. Ύψος από 6-30, η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει περισσότερη εποπτεία/αυστηρότητα,
 δ. Κωδικοποιήθηκε σε 5-βαθμη κλίμακα: 1) ανάπτυξη πολύ νωρίς σε σχέση με τους ομότιμους, έως 5) πολύ αργότερα από τους ομότιμους,
 ε. Τσιγάρα μαριχουάνας ημερησίως,
 στ. 0=χωρίς ιστορικό, 1=με ιστορικό
 ζ. Ύψος 1-4, 0=κανένας, 4=όλοι
 η. 0=όχι, 1=ναι

Όταν προστέθηκαν σημαντικά χαρακτηριστικά του παιδιού από την κατηγορία 5 (Πίνακας 3), η PME σχετιζόταν οριακά ($p=.07$) με την ηλικία έναρξης της χρήσης (Πίνακας 4β). Η χρήση καπνού και αλκοόλ από τον έφηβο, η χρήση από τους ομότιμους και η ύπαρξη ή όχι σεξουαλικής δραστηριότητας από τον έφηβο, καθώς και οι μετρήσεις από το οικογενειακό περιβάλλον και το οικογενειακό ιστορικό χρήσης ουσιών παρέμειναν στο τελικό μοντέλο. Η αυστηρότητα/εποπτεία των γονέων ήταν οριακά σημαντική ($p=.07$).

Συχνότητα χρήσης μαριχουάνας, μοντέλα πολλαπλών μεταβλητών. Όταν οι σημαντικές μεταβλητές από τις κατηγορίες 1 έως 4 εισήχθηκαν στο μοντέλο, η PME προέβλεπε σημαντικά τη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες περιλάμβαναν το οικογενειακό περιβάλλον, την αυστηρότητα/εποπτεία από τους γονείς, τα συμπτώματα κατάθλιψης του παιδιού, το στάδιο ανάπτυξης της εφηβείας και τα προβλήματα προσοχής (Πίνακας 5α).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ORDINAL POLYTOMOUS LOGISTIC MODEL)

	Συντελεστής	Σημαντικότητα (p)	Συνολικός λόγος πιθανοτήτων
5α. Με εξαίρεση την τρέχουσα συμπεριφορά και τη χρήση από τους ομότιμους			
Κατάθλιψη (CDI) ^α	0,09	,000	1,1
Οικογενειακό περιβάλλον ^β	-,15	,000	0,86
Αυστηρότητα/Εποπτεία από γονείς ^γ	-,08	,003	0,92
Στάδιο ανάπτυξης εφηβείας ^δ	-,30	,008	0,74
Προβλήματα προσοχής ^ε	0,03	,02	1,03
Προγεννητική έκθεση στη μαριχουάνα ^{στ}	0,19	,05	1,2
5β. Η τρέχουσα συμπεριφορά και η χρήση από τους ομότιμους περιλαμβάνεται			
Κατάθλιψη ^α	,02	,36	1,0
Οικογενειακό περιβάλλον ^β	-,12	,02	0,89
Αυστηρότητα/Εποπτεία από γονείς ^γ	,002	,95	1,0
Στάδιο ανάπτυξης εφηβείας ^δ	-,15	,28	,86
Προβλήματα προσοχής ^ε	,005	,78	1,0
Προγεννητική χρήση μαριχουάνας ^{στ}	0,25	,02	1,3
Σεξουαλικά ενεργός ^ζ	1,26	,000	3,5
Χρήση από ομότιμους ^η	1,19	,000	3,3
Χρήση καπνού εφήβου ^θ	1,1	,000	3,0
Χρήση αλκοόλ εφήβου ^θ	1,2	,000	3,3
Παραβατικότητα ^ι	0,06	,04	1,1
<p>α. Εύρος από 0-40, η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, β. Εύρος από 2-18, η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει καλύτερο οικογενειακό περιβάλλον, γ. Εύρος από 6-30, η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει περισσότερη εποπτεία/αυστηρότητα, δ. Κωδικοποιήθηκε σε 5-βαθμη κλίμακα: 1) ανάπτυξη πολύ νωρίς σε σχέση με τους ομότιμους, έως 5) πολύ αργότερα από τους ομότιμους, ε. Εύρος από 50-86, η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει περισσότερα προβλήματα προσοχής, στ. Τσιγάρα μαριχουάνας ημερησίως, ζ. 0=όχι, 1=ναι η. Εύρος 1-4, 0=κανένας, 4=όλοι θ. Εύρος από 0-35, η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει περισσότερη παραβατικότητα.</p>			

Όταν ενσωματώθηκαν στην ανάλυση τα τρέχοντα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του εφήβου, η PME διατήρησε σημαντική συσχέτιση με τη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας. Οι πιθανότητες να υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης ήταν 1,3 φορές υψηλότερες για τους εφήβους που είχαν εκτεθεί σε ένα τσιγάρο μαριχουάνας την ανά ημέρα, σε σύγκριση με όσους δεν είχαν εκτεθεί προγεννητικά στη μαριχουάνα, αφού προηγουμένως είχαν ελεγχθεί οι υπόλοιποι παράγοντες. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες ήταν η ποιότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος, η σεξουαλική δραστηριότητα, η χρήση από τους ομότιμους, η χρήση καπνού και αλκοόλ από τον έφηβο και η παραβατικότητα (Πίνακας 5β).

Στην τελική ανάλυση αξιολογήσαμε εάν η επίδραση της PME ήταν συγκεκριμένη. Πραγματοποιήσαμε παράλληλες αναλύσεις με τα τελικά μοντέλα (Πίνακες 4 και 5) με στόχο να βρούμε εάν η PME προέβλεπε την ηλικία έναρξης χρήσης ή τη συχνότητα χρήσης αλ-

κοόλ και καπνού από τον έφηβο. Η PME δεν μπορούσε να προβλέψει την ηλικία έναρξης της χρήσης ή τη συχνότητά της ούτε για το αλκοόλ ούτε για τον καπνό.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Εντοπίσαμε μια οριακά σημαντική σχέση ανάμεσα στην PME και στην ηλικία έναρξης και μια σημαντική σχέση ανάμεσα στην έκθεση στη μαριχουάνα κατά τη διάρκεια της κύησης και στη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας στην ηλικία των 14 ετών. Οι έφηβοι με PME ξεκινούν τη χρήση μαριχουάνας νωρίτερα, ενώ κάνουν συχνότερα χρήση μαριχουάνας σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν εκτεθεί στην ουσία. Μια άλλη αναφορά καταγράφει συσχέτιση ανάμεσα στην PME και τη χρήση μαριχουάνας (14), αν και οι συγκεκριμένοι συγγραφείς έλεγξαν μόνο το προγεννητικό περιβάλλον.

Υπήρχαν τρεις μηχανισμοί με τους οποίους η PME μπορούσε να προβλέψει τη χρήση μαριχουάνας στην ηλικία των 14 ετών. Αυτή η συσχέτιση μπορούσε να προέρχεται από: 1) γενετικούς ή οικογενειακούς παράγοντες, 2) χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος σήμερα και 3) έκθεση κατά την εγκυμοσύνη. Ελέγξαμε για οικογενειακό ιστορικό χρήσης αλκοόλ και ουσιών και την τρέχουσα χρήση ουσιών από τη μητέρα. Αν και το οικογενειακό ιστορικό χρήσης ουσιών ήταν σημαντικός παράγοντας για την έναρξη της χρήσης μαριχουάνας, δεν μπορούσε όμως να εξηγήσει την επίδραση της PME. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και από τον Baer και τους συνεργάτες του (15, 16) για την προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ. Στο μοντέλο, εντοπίστηκαν και μελετήθηκαν σημαντικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες. Έτσι, ενώ αυτά τα αποτελέσματα πρέπει να αναπαραχθούν, τα ευρήματά μας δείχνουν ότι η PME προβλέπει τη μελλοντική χρήση μαριχουάνας, όταν ελεγχθούν οι οικογενειακοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Υπάρχουν δύο τρόποι με τους οποίους μπορεί να υπάρχουν προγεννητικές επιδράσεις. Καταρχήν, άλλοι όπως και εγώ έχουμε αποδείξει ότι η PME είναι τερατογόνος* που επηρεάζει το ΚΝΣ και την ανάπτυξη λειτουργιών όπως τις συνήθειες του ύπνου, τη μνήμη, την προσοχή, τη λειτουργικότητα και τη διάθεση. Αυτές οι αλλαγές στο ΚΝΣ μπορεί να οδηγήσουν σε συμπεριφορές όπως η χρήση ουσιών αρκετά νωρίς και στην αυξημένη συχνότητα χρήσης μαριχουάνας. Μια επιπλέον υπόθεση είναι ότι η μάθηση κατά τη διάρκεια της κύησης ή το πρώτο διάστημα μετά τη γέννηση οδήγησε σε αυξημένη χρήση μαριχουάνας από νωρίς. Το έμβρυο και το βρέφος είναι σε θέση να ξεχωρίσουν μυρωδιές (63), και στοιχεία σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει με ζώα για τη χρήση αλκοόλ δείχνουν ότι η μάθηση από νωρίς μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη αντίδραση στο αλκοόλ στη μετέπειτα ζωή (64). Οι μαθημένες αντιδράσεις πρέπει να είναι συγκεκριμένες για την έκθεση, και έχουμε βρει ότι οι επιδράσεις της PME αφορούσαν συγκεκριμένα τη χρήση μαριχουάνας στη νεαρή εφηβεία. Έτσι, είναι πιθανό οι δύο μηχανισμοί να αποτελούν παράγοντες που προβλέπουν τη χρήση μαριχουάνας από νωρίς και σε υψηλά επίπεδα.

Τα αποτελέσματα συμφωνούν με άλλες αναφορές που έχουν εντοπίσει την επικράτηση των στοιχείων που αφορούν το παιδί ως παράγοντες πρόβλεψης της έναρξης χρήσης ου-

* ΣτΜ. Τερατογόνος: Κάθε μη γενετικός παράγοντας που μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην ανάπτυξη του εμβρύου (Σύντομο Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχολογικών Όρων, Α. Χουντουμάδη, Λ. Πατεράκη)

σιών νωρίς (37, 65). Βρήκαμε επίσης σημαντικές επιδράσεις του περιβάλλοντος, των γονιών και της χρήσης από τους ομότιμους τα οποία είναι παρόμοια με αρκετές άλλες μελέτες (39, 66-69). Αυτά τα ευρήματα διαφέρουν από τα αποτελέσματα του White και των συνεργατών του (69) που αναφέρουν ότι οι κοινωνικές και περιβαλλοντικές μεταβλητές ήταν πιο σημαντικές όσον αφορά την έναρξη της χρήσης, ενώ οι ψυχικοί και βιογενετικοί παράγοντες ήταν πιο σημαντικοί για την πρόβλεψη της αλλαγής της τακτικής ή της συχνής χρήσης ουσιών. Αυτοί οι διαφορετικοί συσχετισμοί, ωστόσο, μπορεί να οφείλονται στο νεαρό της ηλικίας της ομάδας μας και στο γεγονός ότι μόνο λίγοι από τα παιδιά-συμμετέχοντες είχαν καθιερωμένο τρόπο χρήσης ή προβλήματα χρήσης.

Η τρέχουσα ψυχολογική κατάσταση και η χρήση ουσιών της μητέρας δεν είχαν σημαντική συσχέτιση με τη χρήση μαριχουάνας στα ευρήματά μας, αντίθετα με τις άλλες μελέτες (37, 39). Ωστόσο, οι επιδράσεις αυτών των παραγόντων μπορεί να επηρεάζονται από άλλες μεταβλητές που υπήρχαν στο τελικό μοντέλο, όπως είναι η κατάθλιψη του παιδιού και το περιβάλλον στο σπίτι. Επιπλέον, οι γυναίκες της ομάδας μας γενικά έκαναν μέτρια χρήση μαριχουάνας και με την πάροδο του χρόνου τη μείωσαν, ενώ διατήρησαν μέτρια επίπεδα χρήσης αλκοόλ και καπνού, καθώς οι περισσότεροι συσχετισμοί έγιναν με γονείς οι οποίοι είχαν διαταραχές από τη χρήση ουσιών.

Υπάρχουν περιορισμοί σε αυτές τις αναλύσεις. Η ομάδα επιλέχθηκε για να μελετηθεί η χρήση ουσιών από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρότι οι περισσότερες γυναίκες έκαναν μικρή έως μέτρια χρήση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη. Ωστόσο τα στοιχεία δεν μπορούσαν να γενικευτούν καθώς η ομάδα ήταν σταθμισμένη για γυναίκες που έκαναν κατάχρηση ουσιών. Πλεονέκτημα, παρόλα αυτά αποτελούσε το ότι είχαμε επαρκή αριθμό γυναικών που έκαναν χρήση μαριχουάνας προγεννητικά, και έτσι μπορούσαμε να εκτιμήσουμε τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της PME και των άλλων σημαντικών παραγόντων τόσο στο προγεννητικό περιβάλλον όσο και στο περιβάλλον μετά τη γέννηση. Οι γυναίκες στην προγεννητική κλινική ήταν χαμηλού εισοδήματος και ήταν χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου από το γενικό πληθυσμό. Ενώ η ομάδα μας ήταν αρκετά αντιπροσωπευτική για τους πληθυσμούς χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, δεν είναι όμως αντιπροσωπευτική για το γενικότερο πληθυσμό εγκύων γυναικών.

Όπως έχει αναφερθεί και από άλλες μελέτες, τόσο η έναρξη όσο και η συχνότητα της χρήσης μαριχουάνας στην ηλικία των 14 ετών σχετίζονται με περιβαλλοντικές, οικογενειακές και γονικές μετρήσεις, με τη χρήση ουσιών από τη μητέρα και με παράγοντες που αφορούν το παιδί και την ομάδα των ομοτίμων. Το νέο εύρημα από αυτές τις μελέτες ήταν ότι η προγεννητική έκθεση στη μαριχουάνα προέβλεπε την ηλικία έναρξης της χρήσης μαριχουάνας και τη συχνότητα χρήσης της, ακόμη και μετά τον έλεγχο άλλων σημαντικών, δραστικών παραγόντων που υπήρχαν στο μοντέλο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αυτή η έρευνα υποστηρίχθηκε με επιχορηγήσεις από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ουσιών (NIDA) (DA03874; N. Day, Principal Investigator) και το Εθνικό Ινστιτούτο για τον Αλκοολισμό και την Κατάχρηση Αλκοόλ (AA06666; N. Day, Principal Investigator).

Βιβλιογραφία

1. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2004. Volume I: Secondary school students. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2005, NIH Publication No.: 05-5727.
2. Kosterman R, Hawkins JD, Guo J, Catalano RF, Abbott RD. The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health*. 2000; 90:360-6.
3. Fergusson DM, Horwood LJ. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*. 1997; 92:279-96.
4. Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ, Saner H. Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. *Prev Med*. 2004; 39:976-84.
5. Fergusson DM, Lynskey MT. Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. *Pediatrics*. 1996; 98:91-6.
6. Kalant H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog Neuropsychopharm Biol Psych*. 2004; 28:849-63.
7. Tennant FS, Detels R. Relationship of alcohol, cigarette, and drug abuse in adulthood with alcohol, cigarette, and coffee consumption in childhood. *Prev Med*. 1976; 5:70-7.
8. Wu TC, Tashkin DP, Djahed B, Rose JE. Pulmonary hazards of marijuana as compared with tobacco. *N Engl J Med*. 1988; 318:347-51.
9. Yu J, Williford WR. The age of alcohol onset and alcohol, cigarette, and marijuana use patterns: An analysis of drug use progression of young adults in New York State. *Int J Addict*. 1992; 27:1313-23.
10. Ehrenreich H, Rinn T, Kunert HJ, Moeller MR, Poser W, Schilling L, et al. Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology*. 1999; 142:295-301.
11. Cornelius MD, Leech SL, Goldschmidt L, Day NL. Is prenatal tobacco exposure a risk factor for early adolescent smoking? A follow-up study. *Neurotoxicol Teratol*. 2005; 27:667-76.
12. Buka SL, Shenassa ED, Niaura R. Elevated risk of tobacco dependence among offspring of mothers who smoked during pregnancy: a 30-year prospective study. *Am J Psychiat*. 2003; 160:1978-84.
13. Kandel DB, Wu P, Davies M. Maternal smoking during pregnancy and smoking by adolescent daughters. *Am J Public Health*. 1994; 84:1407-13.
14. Porath AM, Fried PA. Effects of prenatal cigarette and marijuana exposure on drug use among offspring. *Neurotoxicol Teratol*. 2005; 27:267-77.
15. Baer JS, Barr JM, Bookstein FL, Sampson PD, Streissguth AP. Prenatal alcohol exposure and family history of alcoholism in the etiology of adolescent alcohol problems. *J Stud Alcohol*. 1998; 59:533-43.
16. Baer JS, Sampson PD, Barr HM, O'Connor PD, Streissguth AP. A 21-year longitudinal analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on young adult drinking. *Arch Gen Psychiat*. 2003; 60:377-85.
17. Biegón A, Kerman HA. Autoradiographic study of pre- and postnatal distribution of cannabinoid receptors in human brain. *Neuroimage*. 2001; 14:1463-68.
18. Fride E, Mechoulam R. Developmental aspects of anandamide: ontogeny of response and prenatal exposure. *Psychoneuroendocrin*. 1996; 21:157-72.
19. Kumar RN, Chambers WA, Pertwee RG. Pharmacological actions and therapeutic uses of cannabis and cannabinoids. *Anesthesia*. 2001; 56:1059-68.
20. Scher M, Richardson G, Coble P, Day N, Stoffer D. The effects of prenatal alcohol and marijuana exposure: Disturbances in neonatal sleep cycling and arousal. *Pediatr Res*. 1988; 24:101-5.
21. Dahl RE, Scher MS, Williamson DE, Robles N, Day N. A longitudinal study of prenatal marijuana use: Effects on sleep and arousal at age 3 years. *Arch Pediat Adolesc Med*. 1995; 149:145-50.

22. Day N, Richardson G, Goldschmidt L, Robles N, Taylor P, Stoffer D, et al. The effect of prenatal marijuana exposure on cognitive development at age three. *Neurotoxicol Teratol.* 1994; 16:169-75.
23. Richardson G, Ryan C, Willford J, Day N, Goldschmidt L. Prenatal alcohol and marijuana exposure: Effects on neuropsychological outcomes at 10 years. *Neurotoxicol Teratol.* 2002; 24:309-20.
24. Willford JA, Richardson GA, Leech SL, Day NL. Prenatal alcohol or marijuana exposure differentially affects executive functions in adolescents. *Neurotoxicol Teratol.* 2001; 23:286.
25. Gray KA, Day NL, Leech S, Richardson GA. Prenatal marijuana exposure: effect on child depressive symptoms at ten years of age. *Neurotoxicol Teratol.* 2005; 27:439-48.
26. Leech SL, Larkby CA, Day R, Day NL. Predictors of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. *J Am Acad Child Psy.* in press.
27. Fried PA, Watkinson B. 36- and 48-month neurobehavioral follow-up of children prenatally exposed to marihuana, cigarettes and alcohol. *Dev Behav Pediat.* 1990; 11:49-58.
28. Fried PA, Watkinson B. Differential effects on facets of attention in adolescents prenatally exposed to cigarettes and marihuana. *Neurotoxicol Teratol.* 2001; 55:421-30.
29. Fried PA, Watkinson B, Gray R. Differential effects on cognitive functioning in 9- to 12-year-olds prenatally exposed to cigarettes and marihuana. *Neurotoxicol Teratol.* 1998; 20:293-306.
30. Bronfenbrenner U. Ecological systems theory. In: Vasta R, editor. *Six theories of child development: Revised formulations and current issues.* Greenwich CT:JAI Press; 1989. p. 187-249
31. Dishion TJ, Capaldi DM, Yoerger K. Middle childhood antecedents to progressions in male adolescent substance use: An ecological analysis of risk and protection. *J Adolesc Res.* 1999; 14:175-205.
32. Lynskey MT, Heath AC, Nelson EC, Bucholz KK, Madden PAF, Slutske WS. et al. Genetic and environmental contributions to cannabis dependence in a national young adult twin sample. *Psychol Med.* 2002; 32:195-207.
33. Goodman E, Huang B. Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Arch Pediat Adol Med.* 2002; 156:448-53.
34. Baumrind D. Familial antecedents of adolescent drug use: A developmental perspective. In: Jones CL, Battjes RJ, editors. *Etiology of drug abuse: Implications for prevention.* NIDA Research Monograph. Rockville, MD: National Institutes on Drug Abuse. 1985; 56: 13-44.
35. Kandel DB, Kessler RC, Margulies RZ. Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. In: Kandel DB, editor. *Longitudinal research on drug use: empirical findings and methodological issues.* Washington DC: Hemisphere. 1978; p. 73-99.
36. Vicary J, Lerner J. Parental attributes and adolescent drug use. *J Adol.* 1986; 9:115-22.
37. Clark D B, Cornelius JR, Kirisci L, Tarter RE. Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 77:13-21.
38. Li C, Pentz MA, Chou C-P. Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk. *Addiction.* 2002; 97:1537-50.
39. Von Sydow K, Lich R, Pfister H, Hofler M, Wittchen H-U. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend.* 2002; 68:49-64.
40. Lanza ST, Collins LM. Pubertal timing and the onset of substance use in females during early adolescence. *Prev Sci.* 2002; 3:69-82.
41. Tschann JM, Adler NE, Irwin CE, Millstein SG, Turner RA, Kegeles SM. Initiation of substance use in early adolescence: The roles of pubertal timing and emotional distress. *Health Psychol.* 1994; 13:326-3.

72 *Εξαοτήσεις*

42. Fergusson DM, Lynskey MT. Adolescent resiliency to family adversity. *J Child Psychol Psychiatr Allied Disciplines*. 1996; 37:281-92.
43. Fleming JP, Kellam SG, Brown CH. Early predictors of age at first use of alcohol, marijuana, and cigarettes. *Drug Alcohol Depend*. 1982; 9:285-303.
44. Kellam SG, Ensminger ME, Simon MB. Mental health in first grade and teenage drug, alcohol, and cigarette use. *Drug Alcohol Depend*. 1980; 5(4): 273-304.
45. King SM, Iacono W, McGue M. Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*. 2004; 99:1548-59.
46. Molina BSG, Pelham WE. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol*. 2003; 112:497-507.
47. Brook JS, Brook DW, Gordon AS, Whiteman M, Cohen P. The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*. 1990; 116:111-65.
48. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*. 2002; 97:1123-35.
49. Jessor R, Donovan JE, Costa FM. *Health Behavior Questionnaire*. Boulder CO: University of Colorado; 1989.
50. Kandel DB, Chen K. Types of marijuana users by longitudinal course. *J Stud Alcohol*. 2000; 61: 367-78.
51. Wechsler D. *Wechsler Intelligence Scale for children-third edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1991.
52. Kovacs M. *The Children's Depression Inventory*. North Tonawanda NY: Multi-Health Systems Inc; 1992.
53. Reynolds CR, Richmond BO. What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *J Abnorm Child Psychol*. 1978; 6:271-80.
54. Achenbach T. (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
55. Loeber R, Stouthamer-Loeber M, van Kammen W, Farrington D. Development of a new measure of self-reported antisocial behavior for young children: Prevalence and reliability. In: Klein MW, editor. *Cross-national research and self-reported crime and delinquency*. Dordrecht Netherlands: Kluwer-Nijhoff; 1989. p. 203-225.
56. Petersen A, Crockett L, Richards M, Boxer A. A self-report measure of pubertal status: Reliability, validity, and initial norms. *J Youth Adolesc*. 1988; 17:117-33.
57. Baker P, Mott F. *National Longitudinal Study of Youth - Child handbook*. Columbus, OH: State University Center for Human Resource Research; 1989.
58. Steinberg L, Lamborn S, Dornbusch S, Darling N. Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school-involvement, and encouragement to success. *Child Dev*. 1992; 63:1266-81.
59. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
60. Radloff L. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement*. 1977; 1:385-401.
61. Day N, Robles N. Methodological issues in the measurement of substance use. *Ann N Y Acad Sci*. 1989; 562:8-13.
62. Day N, Wagener D, Taylor P. Measurement of substance use during pregnancy: Methodologic issues. In: Pinkert TM, editor. *Prenatal drug exposure and consequences of maternal drug use*. NIDA Research Monograph. Washington DC: US Government Printing Office. 1985; 59:36-40.

63. Menella JA, Beauchamp GK. The early development of flavor preferences. In: Capaldi ED, editor. *Why we eat what we eat: The psychology of eating*. Washington, DC: American Psychological Association. 1996; p. 83-112.
64. Spear NE, Molina JC. Fetal or infantile exposure to ethanol promotes ethanol ingestion in adolescence and adulthood: A theoretical review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29:909-29.
65. Dobkin PL, Tremblay RE, Masse LC, Vitaro F. Individual and peer characteristics in predicting boys' early onset of substance abuse: a seven-year longitudinal study. *Child Dev*. 1995; 66: 1198-214.
66. Agarwal A, Neale MC, Prescott CA, Kendler KS. A twin study of early cannabis use and subsequent use and abuse/dependence of other illicit drugs. *Psychol Med*. 2004; 34:1227-37.
67. Brook J, Nomura C, Chen P. Prenatal, perinatal, and early childhood risk factors and drug involvement in adolescence. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*. 1989; 15: 221-41.
68. Ellickson PL, Hays RD. Antecedents of drinking among young adolescents with different alcohol use histories. *J Stud Alcohol*. 1991; 52:398-408.
69. White HR, Xie M, Thompson W, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories. *Psychol Addict Behav*. 2001; 15:210-8.

Εξαρτήσεις, τόμος 11, 2007

ΜΙΑ ΤΥΧΑΙΑ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΨΥΧΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ¹

STEVE MARTINO², PH.D., KATHLEEN M. CARROLL, PH.D., CHARLA NICH, M.S. AND
BRUCE J. ROUNSAVILLE, M.D.
YALE PSYCHOSOCIAL SUBSTANCE ABUSE RESEARCH CENTER AND YALE UNIVERSITY SCHOOL
OF MEDICINE

Περίληψη

Στόχοι: Αυτή η πιλοτική μελέτη εξέτασε την αποτελεσματικότητα δύο συνεδριών Συνέντευξης Κινητοποίησης προσαρμοσμένης για ασθενείς με διπλή διάγνωση, ψύχωσης και διαταραχών που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (Motivational Interview for Dually Diagnosed patients, DDMI) σε σύγκριση με δύο συνεδρίες της Συνηθισμένης Ψυχιατρικής Συνέντευξης (Standard Psychiatric Interview, SI).

Σχεδιασμός: Μελέτη τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής. Οι συμμετέχοντες έλαβαν είτε DDMI είτε SI και αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη, στις 4, στις 8 και στις 12 εβδομάδες. Η βασική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε για τη διερεύνηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας στην πορεία του χρόνου ήταν ένα μοντέλο παλινδρόμησης τυχαίας επίδρασης.

Χώρος: Τόσο οι συνεντεύξεις DDMI όσο και οι SI εφαρμόστηκαν ως παρεμβάσεις πριν την ένταξη των ατόμων σε βοηθητικό πρόγραμμα ημι-νοσηλείας ή εντατικής εξωτερικής παρακολούθησης για ασθενείς με διπλή διάγνωση.

Συμμετέχοντες: Σαράντα τέσσερα άτομα με αίτημα για θεραπεία (DDMI=24, SI=20) που εμφάνιζαν παράλληλα ψυχωτικά συμπτώματα και διαταραχές από τη χρήση ουσιών, εντάχθηκαν τυχαία στις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Μετρήσεις: Τα πρώτα αποτελέσματα αφορούσαν τις ημέρες χρήσης της κύριας και της δευτερεύουσας ουσίας κατάχρησης, τη χρήση αλκοόλ και τη συμμόρφωση στην ψυχοτρόπο φαρμακευτική αγωγή, το ποσοστό των συμμετεχόντων που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα και τις ημέρες παραμονής τους.

Ευρήματα και συμπεράσματα: Και οι δύο συνεντεύξεις, η DDMI και η SI, οδήγησαν σε βελτιωμένα αποτελέσματα στη θεραπεία, ωστόσο δεν υπάρχουν σημαντικές επιδράσεις στο σύνολο του δείγματος. Ξεχωριστός έλεγχος που πραγματοποιήθηκε ωστόσο στις υποομάδες του δείγματός μας που είχαν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη και ως κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα αντίστοιχα, έδειξε ότι η DDMI είχε καλύτερα

1 Τίτλος Πρωτοτύπου: A Randomized Controlled Pilot Study of Motivational Interviewing for Patients with Psychotic and Drug Use Disorders, Addiction, Vol, 101, No 10, October 2006.

2 Διεύθυνση επικοινωνίας: Steve Martino Ph.D., Yale Psychosocial Substance Abuse Research Center, VA Connecticut Healthcare System, 950 Campbell Avenue (151-D), West Haven, Connecticut 06516 USA. E-mail: steve.martino@yale.edu

αποτελέσματα στη θεραπεία των ατόμων με κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη, ενώ η SI είχε καλύτερα αποτελέσματα για όσους η κύρια ουσία κατάχρησης ήταν η μαριχουάνα. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η Συνέντευξη Κινητοποίησης δεν έχει εξίσου καλά αποτελέσματα για όλων των ειδών τις ψυχωτικές διαταραχές σε ασθενείς με διπλή διάγνωση και ότι εναλλακτικές προσεγγίσεις μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματικές και να επιφέρουν καλά θεραπευτικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της χρήσης για τις υπο-ομάδες αυτών των ατόμων.

Λέξεις κλειδιά: συνέντευξη κινητοποίησης, διπλή διάγνωση, ψύχωση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Συνέντευξη Κινητοποίησης¹(MI) έχει επιδείξει, με συνέπεια, καλή αποτελεσματικότητα στη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων σε πελάτες με προβλήματα με το αλκοόλ και τις ουσίες καθώς και στην εμπλοκή και παραμονή των ατόμων αυτών στη θεραπεία²⁻⁴. Αυτές οι αποδείξεις σε συνδυασμό με το υποστηρικτικό και συνεργατικό ύφος που χρησιμοποιείται στην προσέγγιση αυτή, καθώς επίσης και λόγω του ότι εστιάζει στα πρώτα στάδια της αλλαγής, οδηγεί πολλούς επαγγελματίες να προτείνουν την MI για άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή παράλληλα με διαταραχή της χρήσης ουσιών. Επίσης, οι ίδιοι προτείνουν μοντέλα ενσωμάτωσης της MI στη θεραπεία των περιπτώσεων διπλής διάγνωσης⁵⁻¹⁰. Γενικά, αυτές οι προσεγγίσεις (1) επεκτείνουν τους συμπεριφορικούς στόχους της MI πέρα από την κατάχρηση ουσιών και σε άλλους πολύπλοκους παράγοντες που σχετίζονται με σοβαρές ψυχικές παθήσεις (π.χ. ψυχιατρικές και ψυχοκοινωνικές ανησυχίες), (2) τονίζουν ότι πρέπει να κατανοήσουμε πως τα δύο μέρη αυτού του προβλήματος επηρεάζουν το ένα το άλλο και (3) περιγράφουν στρατηγικές για τη φροντίδα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και των νευρογνωσιακών ελλείψεων των ασθενών. Η ένταξη της MI ως απαραίτητο μέρος για τη θεραπεία της διπλής διάγνωσης¹¹ ενισχύει όλες αυτές τις προσπάθειες.

Οι αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της MI σε ασθενείς με διπλή διάγνωση είναι περιορισμένες. Ο Swanson και οι συνεργάτες του¹² χώρισαν τυχαία μια ανομοιογενή ομάδα από 93 ασθενείς που νοσηλεύονταν με ψυχιατρικά και άλλα προβλήματα σχετικά με τη χρήση ουσιών και παρείχαν είτε τη συνηθισμένη θεραπεία είτε τη συνηθισμένη θεραπεία και επιπλέον μία συνεδρία MI. Βρήκαν ότι η παρέμβαση της MI αύξησε σημαντικά τα ποσοστά των ατόμων που έκλεισαν το πρώτο ραντεβού μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, σε σύγκριση με τους ασθενείς οι οποίοι έλαβαν μόνο τη συνήθη θεραπεία. Αντίθετα ο Baker κ.ά.^{13,14} σε μία τυχαία ελεγχόμενη δοκιμή βρήκαν ότι μία μόνο συνεδρία MI σε σύγκριση με μια εκπαιδευτική παρέμβαση σε μια μικτή ομάδα ασθενών με διπλή διάγνωση (n=160) δεν έδειξε να βελτιώνει τα ποσοστά παρακολούθησης του προγράμματος μεταθεραπευτικής φροντίδας, αν και οδήγησε σε μια αμελητέα τάση μείωσης της πολυφαρμακίας στο follow-up των τριών μηνών.

Όταν οι Zeidonis και Fischer¹⁵ το δοκίμασαν σε πλαίσια εξωτερικής παρακολούθησης υποστήριξαν ότι η προσθήκη της MI σε ένα εντατικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης για ασθενείς με διπλή διάγνωση, βελτίωνε τη συμμετοχή τους στην ατομική και ομαδική θεραπεία και οδήγούσε στη μείωση της χρήσης κοκαΐνης. Ο Daley και οι συνεργάτες του¹⁶ σε μια μη-τυχαιοποιημένη πιλοτική μελέτη 23 ατόμων με κατάθλιψη, οι οποίοι ήταν εξαρτημένοι από την κοκαΐνη, βρήκαν ότι μια εντατική παρέμβαση MI (πέντε ατομικές και τέσ-

σερις ομαδικές συνεδρίες) σε σύγκριση με τη συνηθισμένη φροντίδα εξωτερικής παρακολούθησης, οδήγησε σε αύξηση των ποσοστών παρακολούθησης του προγράμματος, μείωση των επισκέψεων στο νοσοκομείο καθώς και μείωση των ημερών παραμονής στο νοσοκομείο. Ομοίως, σε μια τυχαίοποιημένη πιλοτική μελέτη (n=23) ο Martino κ.ά.¹⁷ έδειξαν ότι μία συνεδρία MI σε σύγκριση με το σύνηθες πρόγραμμα εισαγωγής στο νοσοκομείο μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά παρακολούθησης του προγράμματος εισαγωγής και τη συμμετοχή σε μια ομάδα ασθενών με διαταραχές διάθεσης και ψυχωτικές διαταραχές οι οποίοι αντιμετώπιζαν παράλληλα και προβλήματα χρήσης ουσιών.

Ο Graeber κ.ά.¹⁸ έδειξαν ότι 36 βετεράνοι πολέμου που δεν είχαν αίτημα για θεραπεία, και είχαν διάγνωση σχιζοφρένειας και παράλληλη εξάρτηση από το αλκοόλ περιόρισαν σημαντικά τις ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και την ημερήσια κατανάλωσή του μετά από τρεις συνεδρίες MI αντί της ίσης διάρκειας ψυχο-εκπαιδευτικής παρέμβασης. Πιο πρόσφατα, σε μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με 78 ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια, ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και εξάρτηση από τον καπνό, ο Steinberg κ.ά.¹⁹ ανέφεραν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων, που έλαβαν μία συνεδρία MI, απευθύνθηκαν σε κάποιον για θεραπεία και είχαν παρακολουθήσει ήδη μία θεραπευτική συνεδρία τον πρώτο μήνα του follow up σε σύγκριση με όσους έλαβαν μόνο τη συνήθη ψυχο-εκπαιδευτική συμβουλευτική.

Σε όλες αυτές τις μελέτες ωστόσο, η έλλειψη μεθοδολογικής ισχύος έχει καταστήσει την ερμηνεία αυτών των ευρημάτων ασαφή. Η μη-τυχαία επιλογή του δείγματος, οι ανεπαρκείς ή μη ικανοποιητικά ορισμένες ομάδες ελέγχου, το ανομοιογενές δείγμα των ψυχιατρικών παθήσεων, η παρουσία μόνο ενός, ή δύο, θεραπευτών και η αδυναμία επιβεβαίωσης της πιστής εφαρμογή του μοντέλου από το θεραπευτή, αποτελούν μερικές από τις αδυναμίες που συναντιούνται συχνότερα στο σχεδιασμό των μελετών. Προσπαθήσαμε να αντιμετωπίσουμε όλες αυτές τις ελλείψεις με μια τυχαία ελεγχόμενη πιλοτική μελέτη που περιλάμβανε 2 συνεδρίες MI τροποποιημένης για ασθενείς που έχουν παράλληλα διαταραχές ψύχωσης και χρήσης ουσιών (DDMI). Οι συναντήσεις DDMI πραγματοποιήθηκαν πριν από την εισαγωγή τους σε βοηθητικό πρόγραμμα για τη διπλή διάγνωση. Υποθέσαμε ότι σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έλαβαν SI ίσης διάρκειας, οι συμμετέχοντες που έλαβαν την παρέμβαση DDMI θα εμφάνιζαν μείωση των ημερών χρήσης ουσιών, βελτιωμένη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή που τους χορηγείται για την ψυχιατρική πάθηση και μεγαλύτερη δέσμευση με τη θεραπεία. Αναμέναμε ότι θα καταλήγαμε σ'αυτά τα συμπεράσματα και ότι θα φαινόταν από την εισαγωγή στο θεραπευτικό πρόγραμμα και τις ημέρες παραμονής τους (τομείς στους οποίους εστίασε η παρέμβαση DDMI). Μια δευτερεύουσα υπόθεση προέβλεπε ότι η παρέμβαση DDMI θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη σοβαρότητα των προβλημάτων από τη χρήση ουσιών, στην ένταση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, στην ετοιμότητα για αλλαγή της χρήσης ουσιών και των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και στις εμπειρίες από τη συνέντευξη (θεραπευτική σχέση και ικανοποίηση) σε σύγκριση με την SI.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Διαγνωστικός έλεγχος και κριτήρια συμμετοχής

Συγκεντρώσαμε τους συμμετέχοντες από διάφορα προγράμματα ενηλίκων εσωτερικής νοσηλείας και εξωτερικής παρακολούθησης από την ευρύτερη περιοχή του New Haven, του

Connecticut, οι οποίοι είχαν παραπεμφθεί με το συνηθισμένο σύστημα παραπομπών στο πρόγραμμα για ασθενείς με διπλή διάγνωση. Όπως ορίστηκε από τους ερευνητές οι συμμετέχοντες στη μελέτη θα έπρεπε: (1) να πληρούν τα κριτήρια του DSM-IV για μια διαταραχή ψύχωσης [Σχιζοφρένεια, Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς] παράλληλα με διαταραχή κατάχρησης ή εξάρτησης ουσιών, βάσει της Δομημένης Θεραπευτικής Συνέντευξης DSM-IV²⁰ (SCID), (2) να αναφέρουν τουλάχιστον μία ημέρα χρήσης της κύριας ουσίας τις τελευταίες 8 εβδομάδες, (3) να λαμβάνουν συνταγογραφημένη φαρμακευτική αγωγή με ψυχοτρόπες ουσίες από μη-προγραμματισμένη επίσκεψη στο γιατρό, (4) να έχουν εκφράσει ενδιαφέρον να συμμετάσχουν στο βοηθητικό πρόγραμμα διάγνωσης της διπλής διάγνωσης²¹ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου New Haven στο Yale, του Connecticut και (5) να μπορούν να διαβάσουν και να εκφραστούν στα αγγλικά σε ικανοποιητικό βαθμό, ώστε να μπορούν να λάβουν μέρος στις αξιολογήσεις. Απορρίφθηκε η συμμετοχή ατόμων στο πρόγραμμα οι οποίοι χρειαζόντουσαν αποτοξίνωση, ή επειγούσα νοσοκομειακή περίθαλψη σε ψυχιατρική κλινική. Όλοι οι συμμετέχοντες υπέγραψαν το έντυπο συγκατάθεσης, που είχε εγκριθεί από την Επιτροπή Δεοντολογίας για τη συμμετοχή ανθρώπων σε έρευνες της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Yale. Από τους 50 ασθενείς που εξετάστηκαν, 2 δεν πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια συμμετοχής (τα συμπτώματα ψύχωσης ήταν αποτέλεσμα της χρήσης ουσιών) ενώ 4 ασθενείς δεν είχαν εκφράσει αρχικά ενδιαφέρον να συμμετέχουν στο βοηθητικό πρόγραμμα. Οι υπόλοιποι 44 ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια και συμφώνησαν να συμπεριληφθούν στη μελέτη.

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Εντάξαμε τυχαία τους συμμετέχοντες και έλαβαν είτε δύο συνεδρίες Συνέντευξης Κινητοποίησης για Διπλή Διάγνωση (DDMI) ή τη Συνήθη Ψυχιατρική Συνέντευξη (SI) ως προκαταρκτική διαδικασία για την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα διπλής διάγνωσης. Για να διασφαλίσουμε την ισοτιμία των ομάδων σε σχέση με τις συγκεκριμένες μεταβλητές (ηλικία, φύλο, φυλή) πραγματοποιήσαμε μια διαδικασία τυχαίας επιλογής²². Μετά την τυχαία ένταξη τους σε ομάδες προγραμματίστηκαν οι συνεδρίες για τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων. Όπως είχε προγραμματιστεί, οι συνεντεύξεις διήρκεσαν μία ώρα και πραγματοποιήθηκαν μέσα σε μία εβδομάδα από την ένταξη των ατόμων στις ομάδες, ώστε να μην καθυστερήσει η εισαγωγή τους στο πρόγραμμα.

Συνέντευξη Κινητοποίησης για Διπλή Διάγνωση (DDMI). Περιγράψαμε νωρίτερα, με λεπτομέρειες, πως τροποποιήσαμε τη Συνέντευξη Κινητοποίησης (MI) ώστε να καλύπτει τα ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με διπλή διάγνωση⁹. Η DDMI είναι μια προσέγγιση βάσει εγχειριδίου που εστιάζει στη χρήση ουσιών και στις προβληματικές ψυχιατρικές περιοχές και προσαρμόζει τις στρατηγικές και τις τεχνικές της MI, για να καλύψει τα θέματα που αφορούν τη διαταραγμένη σκέψη και τις γνωσιακές βλάβες. Η πρώτη συνεδρία εστίαζε κυρίως στη διερεύνηση των προβληματικών περιοχών του ασθενή με διπλή διάγνωση και μέσω μιας διαδικασίας στάθμισης της απόφασης ενίσχυε το κίνητρο για αλλαγή. Στη δεύτερη συνεδρία, οι θεραπευτές συνήθως έδιναν προσωπική ανατροφοδότηση στον ασθενή για τη διπλή διαταραχή και για τη σχετική θεραπεία, συμπεριλαμβάνοντας ένα σχέδιο που ανέπτυσαν μαζί, για την αλλαγή της χρήσης ουσιών και των ψυχιατρικών προβλημάτων.

Συνήθης Ψυχιατρική Συνέντευξη (SI). Χρησιμοποιήσαμε δύο συνεδρίες της συνήθους ψυχιατρικής συνέντευξης, βάσει εγχειριδίου, για τη διαδικασία αξιολόγησης κατά την εισαγωγή σε πρόγραμμα διπλής διάγνωσης. Στην πρώτη συνέντευξη οι θεραπευτές αξιολόγησαν το στάδιο της εισαγωγής και συγκέντρωσαν τα δημογραφικά στοιχεία του ατόμου, τα υπάρχοντα προβλήματα, το ιστορικό συμπτωμάτων και θεραπείας τόσο για τη χρήση ουσιών όσο και για τα ψυχιατρικά συμπτώματα, την ψυχοκοινωνική ενημέρωση και την τρέχουσα ψυχική του κατάσταση. Η δεύτερη συνεδρία της SI περιλάμβανε τη λεπτομερή περιγραφή του προγράμματος εξωτερικής παρακολούθησης για τη διπλή διάγνωση και ολοκληρωνόταν με την καταγραφή του ιατρικού αρχείου του ατόμου. Οι θεραπευτές πραγματοποίησαν τις συνεδρίες της SI με κατευθυντικό τόνο και γενικότερα έλεγχαν την κατεύθυνση της συνέντευξης, για να πραγματοποιήσουν τη διάγνωση και το θεραπευτικό σχεδιασμό.

Οι θεραπευτές που συντόνιζαν τις συνεδρίες ήταν επαγγελματίες ψυχικής υγείας με εμπειρία στη θεραπεία της διπλής διάγνωσης. Ο ένας θεραπευτής είχε διδακτορικό στην ψυχολογία, δύο θεραπευτές είχαν μεταπτυχιακούς τίτλους στην κοινωνική εργασία και ένας είχε πτυχίο πανεπιστημίου στην ψυχολογία. Όλοι τους εφάρμοσαν και τις δύο παρεμβάσεις, ώστε να ελεγχθεί η πιθανή επίδραση του θεραπευτή. Ο βασικός μελετητής εκπαίδευσε τους θεραπευτές και στους δύο τρόπους συνέντευξης, βάσει μιας προσέγγισης για κλινικές δοκιμές²³ που περιλάμβανε εργαστήρια, περιστατικά για πρακτική, με στόχο τη διασφάλιση της πιστής εφαρμογής της παρέμβασης και τη διαρκή εποπτεία μετά τις θεραπευτικές συνεδρίες. Όλες οι συνεδρίες βιντεοσκοπήθηκαν και εκτιμήθηκαν ανεξάρτητα, μέσω ενός εργαλείου αξιολόγησης 22 ερωτήσεων, που αφορούσαν την τήρηση του μοντέλου και την ικανότητα του θεραπευτή. Το εργαλείο αυτό είχε σχεδιαστεί ειδικά για τη συγκεκριμένη μελέτη και στηρίχθηκε σε ένα γενικό σύστημα αξιολόγησης της συνέπειας των θεραπειών σε σχέση με το θεραπευτικό μοντέλο που αναπτύχθηκε από την ερευνητική μας ομάδα²⁴. Οι μετρήσεις περιλάμβαναν στρατηγικές σύμφωνα με την DDMI (π.χ. αντανakλαστική ακρόαση), στρατηγικές σύμφωνα με την SI (π.χ. κλειστές διαγνωστικές ερωτήσεις) και γενικές ερωτήσεις που συμφωνούν και με τις δύο προσεγγίσεις (π.χ. δίνοντας έμφαση στη διπλή διάγνωση). Κάθε ερώτηση αξιολογήθηκε όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης (δηλ. συνέπεια) και τη δεξιότητα με την οποία εφαρμόστηκε (δηλ. ικανότητα) σε μια επτάβαθμη κλίμακα Likert, στην οποία οι υψηλότερες βαθμολογίες ήταν ενδεικτικές για υψηλότερα επίπεδα συνέπειας και ικανότητας. Οι διακατηγοριακοί δείκτες συνάφειας (ICC) εκτιμήθηκαν με το Shrout και Fleiss²⁵ χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο τυχαίας επίδρασης με δείγμα από 6 βιντεοκασέτες που επιλέχθηκαν τυχαία και αξιολογήθηκαν από 5 ανεξάρτητους αξιολογητές ($n=30$) και κυμάνθηκαν από .50 έως .99, με μέση τιμή το .87 ($sd=.15$) για τις ερωτήσεις σχετικά με την τήρηση του μοντέλου και μέση τιμή .84 ($sd=.13$) για τις ερωτήσεις σχετικά με τις δεξιότητες του θεραπευτή.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Αξιολογήσαμε τους συμμετέχοντες ακριβώς πριν την ένταξή τους στις ομάδες, αμέσως μετά την ολοκλήρωση της 2ης συνέντευξης, στις 4, 8 και 12 εβδομάδες την περίοδο του follow-up. Πριν την ένταξή τους στις ομάδες πραγματοποίησαν μία δίωρη αρχική αξιολόγηση, για την υλοποίηση της οποίας, μετά τη συνέντευξη και στα follow-up, χρειάζονταν 30 και 90 λεπτά, αντίστοιχα. Οι συμμετέχοντες έλαβαν το ποσό των \$50,00

για κάθε αξιολόγηση στην οποία συμμετείχαν και \$75,00 για το follow-up των 12 εβδομάδων. Η κάθε μία έγινε σε μία μόνο συνεδρία. Μετά από εντατική εκπαίδευση, δύο από τους ερευνητές έκαναν την αξιολόγηση γνωρίζοντας την παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε. Η αξιοπιστία μεταξύ των κριτών δεν μπορούσε να διασφαλιστεί.

Τα πρωταρχικά αποτελέσματα κάλυπταν τρεις σημαντικούς τομείς στους οποίους εστιάζει και η Συνέντευξη Κινητοποίησης για Διπλή Διάγνωση (DDMI): (1) τις ημέρες χρήσης ουσιών (κύρια ουσία κατάχρησης, δευτερεύουσα ουσία κατάχρησης και χρήση αλκοόλ τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες), (2) τις ημέρες συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή με ψυχοτρόπες ουσίες τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες και (3) τη συμμόρφωση στη θεραπεία όπως φάνηκε από την εισαγωγή στο πρόγραμμα και τις ημέρες παραμονής. Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα ήταν: (1) η σοβαρότητα του προβλήματος της χρήσης ουσιών, (2) η σοβαρότητα των ψυχιατρικών προβλημάτων, (3) η ετοιμότητα για αλλαγή της συμπεριφοράς χρήσης ουσιών και της ψυχιατρικής κατάστασης και (4) οι εμπειρίες από τη συνέντευξη (θεραπευτική συμμαχία, ικανοποίηση από τη συνεδρία).

Χρήση ουσιών και Σοβαρότητα. Με στόχο την αξιολόγηση της χρήσης ουσιών σε καθημερινή βάση για το διάστημα των τεσσάρων προηγούμενων εβδομάδων, χρησιμοποιήσαμε ένα Ημερολόγιο Χρήσης Ουσιών βασισμένο στο Form-90²⁶ και στις διαδικασίες λήψης ιστορικού (Timeline Followback interview²⁷). Για να εκτιμήσουμε την ακρίβεια της αυτό-αξιολόγησης, πραγματοποιούσαμε ελέγχους ούρων υπό επιτήρηση χρησιμοποιώντας το OnTrak TesTiks (Roche Diagnostics Corp, Indianapolis, Ind.) κάθε εβδομάδα. Από τους 222 ελέγχους ούρων που συγκεντρώθηκαν από τους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια του follow-up, το 87% επαλήθευε τα λεγόμενα των συμμετεχόντων σχετικά με τη χρήση της κύριας ουσίας κατάχρησης που οι ίδιοι είχαν δηλώσει. Επίσης, το 90% επαλήθευε τη χρήση της δευτερεύουσας ουσίας κατάχρησης, που είχαν δηλώσει οι ίδιοι. Σχεδόν όλοι οι έλεγχοι ούρων που δεν επιβεβαίωσαν τα λεγόμενα των συμμετεχόντων (95%) έδειξαν χρήση κάποιας ουσίας ενώ οι ίδιοι είχαν πει ότι δεν υπήρχε. Για να μετρήσουμε τη σοβαρότητα της κατάχρησης ουσιών, χρησιμοποιήσαμε το Δείκτη Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI, Addiction Severity Index²⁸) (συνθετική βαθμολογία για την κύρια ουσία κατάχρησης, τη δευτερεύουσα ουσία κατάχρησης και τη χρήση αλκοόλ).

Συμμόρφωση στη Φαρμακευτική Αγωγή. Η ερευνητική ομάδα επαλήθευσε τη φαρμακευτική αγωγή που ανέφεραν οι συμμετέχοντες, επικοινωνώντας με τους παροχείς της ιατρικής φροντίδας. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν καθημερινά στο Ημερολόγιο Χρήσης Ουσιών (Substance Use Calendar) τη συμμόρφωσή τους στη φαρμακευτική αγωγή που τους είχε δοθεί για όλο το διάστημα των προηγούμενων 4 εβδομάδων με τον ίδιο τρόπο που παρακολουθούνταν και η κατάχρηση ουσιών. Οποιαδήποτε αυτό-αναφορά μη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή κωδικοποιούνταν ως «μη-συμμόρφωση». Για να εκτιμήσουμε την ακρίβεια των αυτο-αναφορών, πραγματοποιήσαμε παράλληλες επαφές, με την έγκριση των συμμετεχόντων. Καταφέραμε με επιτυχία να επικοινωνήσουμε τουλάχιστον μία φορά με κάποιον για τη διασταύρωση των στοιχείων, που μας είχαν δώσει στο 70% των περιπτώσεων, και οι πληροφορίες που συγκεντρώσαμε αφορούσαν το 35% των αντίστοιχων ημερών. Η συμφωνία μεταξύ όσων ανέφερε ο συμμετέχων και η «παράλληλη επαφή» ήταν σε καλό επίπεδο ενώ η τιμή Kappa ήταν στο .80 ($p < .001$). Τέλος, οι πελάτες αξιολόγησαν τη σοβαρότητα των παρενεργειών από τη φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια τη προηγούμενης εβδομάδας χρησιμοποιώντας μια δεκάβαθμη κλίμακα του Likert (1=καθόλου παρενέργειες, έως 10=πολλές παρενέργειες).

Συμμόρφωση στη Θεραπεία. Η εισαγωγή των συμμετεχόντων στο βοηθητικό πρόγραμμα διπλής διάγνωσης, το επίπεδο της φροντίδας (ημι-νοσηλεία ή εντατικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης) και οι ημέρες παρακολούθησης του προγράμματος προσδιορίστηκαν από τα αρχεία του προγράμματος που πραγματοποιούν καθημερινή καταγραφή αυτών των στοιχείων.

Σοβαρότητα Ψυχιατρικών Προβλημάτων. Για να αξιολογήσουμε τη σοβαρότητα των θετικών-αρνητικών και γενικότερων συμπτωμάτων της ψύχωσης, χρησιμοποιήσαμε την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale²⁹). Επίσης, χορηγήσαμε το Ερωτηματολόγιο του Beck για την Κατάθλιψη του (BDI, Beck Depression Inventory³⁰) για να αξιολογήσουμε τη σοβαρότητα της κατάθλιψης και τις συνθετικές βαθμολογίες του ASI για την ψυχική κατάσταση²⁷, για να παρακολουθήσουμε τις γενικότερες ψυχολογικές βλάβες. Τέλος, χρησιμοποιήσαμε την Κλίμακα Γενικής Αξιολόγησης (GAS, Global Assessment Scale³¹) με στόχο να έχουμε μόνο μια συνολική εκτίμηση της ψυχιατρικής λειτουργικότητας.

Ετοιμότητα για αλλαγή (RTC). Μετρήσαμε την ετοιμότητα για αλλαγή χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Αξιολόγησης της Αλλαγής του Πανεπιστημίου του Rhode Island [University of Rhode Island Change Assessment Scale³² (URICA)] σε δύο διαφορετικές εκδόσεις, μία για τη χρήση της κύριας ουσίας και μία για την ψυχιατρική κατάσταση. Η κλίμακα URICA έχει δοκιμαστεί και επικυρωθεί σε πληθυσμούς χρηστών ουσιών³³⁻³⁵ και σε ασθενείς με διπλή διάγνωση³⁶. Όπως και στο Πρόγραμμα MATCH³⁷ χρησιμοποιήσαμε ένα γραμμικό συνδυασμό των τεσσάρων μέσων όρων των υποκλιμάκων προσθέτοντας το μέσο όρο των πρωτογενών δεδομένων του URICA για την Περίσκεψη, τη Δράση και τη Συντήρηση και αφαιρώντας το μέσο όρο των πρωτογενών δεδομένων για την Προπερίσκεψη³⁸, ώστε να βρεθεί ο βαθμός της ετοιμότητας για αλλαγή που αφορά την κύρια ουσία κατάχρησης και την ψυχιατρική κατάσταση.

Κοινωνιοδημογραφικά στοιχεία και χρήση των υπηρεσιών. Συμπεριλάβαμε ένα έντυπο που έχει δημιουργηθεί από τον ερευνητή για να συγκεντρώσουμε τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων κατά την έναρξη. Επίσης, χρησιμοποιήσαμε την Αναφορά από το Θεραπευτή²⁸ με στόχο να αξιολογήσουμε τη χρήση μεθόδων θεραπείας και υπηρεσιών που δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, κατά την έναρξη και το follow-up, οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα πρωταρχικά αποτελέσματα της μελέτης (π.χ. νοσηλεία, συμβουλευτικές υπηρεσίες, συναντήσεις αυτοβοήθειας).

Εμπειρία από τη Συνέντευξη. Χρησιμοποιήσαμε το Ερωτηματολόγιο για τη Θεραπευτική Σχέση (Working Alliance Inventory³⁹ WAI) με στόχο να αξιολογήσουμε την εμπειρία των συμμετεχόντων από τη θεραπευτική συμμαχία (δηλ. το θεραπευτικό σύμβολο μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή σχετικά με τις θεραπευτικές δράσεις, τους στόχους και το βαθμό ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης) λαμβάνοντας υπόψη την καλή αξιοπιστία που παρουσιάζει σε διαφορετικού τύπου ψυχοθεραπείες για χρήστες ουσιών⁴⁰. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν επίσης το έντυπο Αναφοράς του Πελάτη για τη Συνεδρία (Client Session Report⁴¹) για να εκτιμηθεί η ικανοποίησή τους από τη συνέντευξη.

Ανάλυση των στοιχείων

Η κύρια ανάλυση της επίδρασης των συνθηκών κατά τη συνέντευξη στην πορεία του χρόνου, πραγματοποιήθηκε με βάση το μοντέλο παλινδρόμησης τυχαίας επίδρασης για τις με-

ταβλητές των πρωταρχικών αποτελεσμάτων (τις ημέρες χρήσης της κύριας ουσίας κατάχρησης και τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή). Το ίδιο ισχύει για τα δευτερεύοντα αποτελέσματα, που περιλάμβαναν τα δεδομένα συνεχών μεταβλητών από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις προκειμένου να χρησιμοποιηθούν όλα τα διαθέσιμα στοιχεία και να αντιμετωπιστεί η έλλειψη στοιχείων από κάποιους συμμετέχοντες κατά το follow-up εκτιμώντας την ατομική πορεία αλλαγής^{42,43}. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν τυχαίες αναλύσεις λογαριθμικής παλινδρόμησης, πιθανότητες χ^2 , ανεξάρτητα t-test και αναλύσεις της διακύμανσης με στόχο την αξιολόγηση των πρωταρχικών αποτελεσμάτων σχετικά με τη συμμόρφωση στη θεραπεία και των διαφορών ανάμεσα στις ομάδες των συνεντευχθέντων, που αφορούσαν τόσο τα χαρακτηριστικά κατά την έναρξη όσο και τις αντιδράσεις από τις συνθήκες κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε τρία δείγματα: όλοι οι συμμετέχοντες με τυχαία επιλογή (π.χ. δείγμα με αίτημα για θεραπεία, n=44), όλοι όσοι συμμετείχαν σε τουλάχιστον μία συνέντευξη (n=40) και όλοι όσοι συμμετείχαν και στις δύο συνεντεύξεις (n=39). Καθώς τα αποτελέσματα είναι κοινά για όλα τα δείγματα, θα ασχοληθούμε με τα αποτελέσματα από την ομάδα με αίτημα για θεραπεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον Πίνακα 1 φαίνονται συνοπτικά τα χαρακτηριστικά των 44 συμμετεχόντων οι οποίοι χωρίστηκαν τυχαία για να λάβουν DDMI (n=24) ή SI (n=20). Οι συμμετέχοντες ήταν σχετικά νεαρής ηλικίας (με μέση ηλικία τα 32 έτη), ανύπαντροι (73%), άντρες (73%), εθνικών μειονοτήτων (68%), άνεργοι (84%), χωρίς απολυτήριο λυκείου (61%) και έπαιρναν το επίδομα ανικανότητας Medicare ή Medicaid (84%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια SCID για τουλάχιστον δύο διαταραχές από το DSM-IV σε σχέση με τις ουσίες, με πιο συνηθισμένη εξάρτηση ή κατάχρηση κοκαΐνης, μαριχουάνας, ή αλκοόλ. Οι δύο σημαντικότερες υποομάδες δείγματος περιλάμβαναν συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη (57%) ή τη μαριχουάνα (29,5%). Όλα τα προβλήματα, που αφορούσαν την κύρια ουσία, τα οποία εκφράστηκαν στις αυτό-αναφορές είχαν σχέση με τη διάγνωση όπως ορίζεται από το SCID για αυτή την κατηγορία των ουσιών. Κατά την έναρξη της μελέτης, οι συμμετέχοντες ανέφεραν χρήση της κύριας ουσίας κατάχρησης περίπου 7-8 ημέρες, χρήση της δευτερεύουσας ουσίας περίπου 2 ημέρες και χρήση αλκοόλ περίπου 4 ημέρες κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων. Αυτή η συχνότητα χρήσης την ίδια χρονική περίοδο εμφανίζει συγκρίσιμα στοιχεία με άλλες μελέτες MI διπλής διάγνωσης, όπου οι ημέρες χρήσης αλκοόλ είναι περίπου οι μισές από ό,τι αναφέρεται σε προηγούμενες έρευνες^{13,18} δεδομένης της εστίασης αυτής της μελέτης στους ασθενείς που έκαναν κατάχρηση ουσιών. Η μέση ημερήσια χρήση ουσιών αναφέρεται στον Πίνακα 1. Οι συνθετικές βαθμολογίες από το ASI υποδεικνύουν ότι οι συμμετέχοντες αντιμετώπισαν περισσότερα προβλήματα με την κύρια ουσία κατάχρησης και όχι με τη δευτερεύουσα ή το αλκοόλ. Αν και αυτό δεν φάνηκε άμεσα από τη βαθμολογία σχετικά με την ετοιμότητά τους για αλλαγή (RTC) στο URICA, οι περισσότεροι είχαν ένα προφίλ στο URICA παρόμοιο με ένα δείγμα συμμετεχόντων³¹ που χαρακτηριζόταν από σχετικά χαμηλότερη βαθμολογία στην προπερίσκεψη από ό,τι στην περίσκεψη, στη δράση και στη συντήρηση, κάτι που σημαίνει ότι, ως ομάδα, από την έναρξη ακόμη είχαν εστίασει στην αλλαγή της κύριας ουσίας κατάχρησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ/ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

	Σύνολο (n=44)	DDMI (n=24)	SI (n=20)
Δημογραφικά (% , n)			
Φύλο			
Άντρες	72.7% (32)	75.0% (18)	70.0% (14)
Γυναίκες	27.3% (12)	25.0% (6)	30.0% (6)
Φυλή			
Λευκοί	31.8% (14)	20.8% (5)	45.0% (9)
Αφροαμερικανοί	54.5% (24)	66.7% (16)	40.0% (8)
Ισπανόφωνοι	11.4% (5)	8.3% (2)	15.0% (3)
Άλλο	2.3% (1)	4.2% (1)	0.0% (0)
Εργασία			
Ανεργία	84.1% (37)	87.5% (21)	80.0% (16)
Πλήρης	4.5% (2)	4.2% (1)	5.0% (1)
Μερική	11.4% (5)	8.3% (2)	15.0% (3)
Εκπαίδευση			
Ολοκλήρωσαν το Λύκειο	38.6% (17)	37.5% (9)	40.0% (8)
Δεν ολοκλήρωσαν το Λύκειο	61.4% (27)	62.5% (15)	60.0% (12)
Οικογενειακή κατάσταση			
Ανύπαντροι	72.7% (32)	75.0% (18)	70.0% (14)
Παντρεμένοι/σε συμβίωση	27.3% (12)	25.0% (6)	30.0% (6)
Ασφαλιστική κατάσταση			
Βασική Medicare	77.3% (34)	79.2% (19)	75.0% (15)
Βασική Medicaid	6.8% (3)	8.3% (2)	5.0% (1)
Γενική	11.4% (5)	8.3% (2)	15.0% (3)
Ιδιωτική ασφάλιση	4.5% (2)	4.2% (1)	5.0% (1)
Μέση ηλικία (SD)	31.70 (10.54)	29.71 (9.46)	34.10 (11.48)
M.O. ημερών που ήταν άστεγος/τις τελευταίες 28 ημέρες (SD)	1.93 (6.07)	2.25 (6.76)	1.55 (5.29)
M.O. ημερών εμπλοκής με το νόμο ^a	1.25 (3.64)	.08 (.28)	2.65 (5.10)
Χρήση ουσιών			
Διάγνωση του DSM-IV (ικανοποίηση των κριτηρίων τον τελευταίο μήνα)			
Κοκαΐνη εξάρτηση/κατάχρηση	54.5% (24)	50.0% (12)	60.0% (12)
Μαριχουάνα εξάρτηση/κατάχρηση	50.0% (22)	45.8% (11)	55.0% (11)
Ηρωίνη εξάρτηση/κατάχρηση	9.1% (4)	8.3% (2)	10.0% (2)
Illy/Ecstasy εξάρτηση/κατάχρηση	18.2% (8)	20.8% (5)	15.0% (3)
Αλκοόλ εξάρτηση/κατάχρηση	47.7% (21)	41.7% (10)	70.0% (14)
Μέσος αριθμός διαταραχών χρήσης ουσιών (SD)	1.96 (1.08)	1.79 (1.18)	2.15 (.93)
Κύρια ουσία κατάχρησης (% ,n)			
Κοκαΐνη	56.8% (25)	50.0% (12)	65.0% (13)
Μαριχουάνα	29.5% (13)	29.2% (7)	30.0% (6)
Ηρωίνη	4.5% (2)	8.3% (2)	0.0% (0)
Illy/Ecstasy	9.1% (4)	12.5% (3)	5.0% (1)
M.O. ημερών χρήσης κύριας ουσίας κατάχρησης/τις τελευταίες 28 ημέρες (SD)	7.70 (7.47)	7.13 (7.02)	8.40 (8.11)
M.O. ημερών χρήσης δευτερεύουσας ουσίας κατάχρησης/τις τελευταίες 28 ημέρες (SD)	2.20 (5.02)	1.71 (4.77)	2.80 (5.38)
M.O. κατανάλωσης αλκοόλ/τις τελευταίες 28 ημέρες (SD)	4.07 (6.56)	3.04 (5.82)	5.30 (7.31)

συνέχεια →

M.O. ημερήσιας κατανάλωσης κοκαΐνης σε γραμ. (SD)	.93 (.91)	.68 (.54)	1.16 (1.12)
M.O. ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων μαριχουάνας (SD)	1.44 (1.04)	1.41 (1.20)	1.46 (.91)
M.O. ημερήσιας κατανάλωσης δόσεων ηρωΐνης (SD)	3.56 (3.82)	5.12 (5.83)	2.00 (.00)
M.O. ημερήσιας κατανάλωσης δόσεων illy/ecstasy (SD) ^β	3.86 (2.45)	2.33 (1.53)	5.38 (2.38)
M.O. ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ (SD)	6.50 (6.63)	4.33 (3.87)	7.94 (7.73)
M.O. συνθετικής βαθμολογίας ASI της πρωταρχικής ουσίας (SD)	.44 (.24)	.44 (.20)	.44 (.28)
M.O. συνθετικής βαθμολογίας ASI της δευτερεύουσας ουσίας (SD)	.07 (.10)	.05 (.08)	.11 (.12)
M.O. συνθετικής βαθμολογίας ASI για το αλκοόλ (SD)*	.18 (.21)	.12 (.15)	.25 (.24)
M.O. βαθμολογίας RTC για την κύρια ουσία κατάχρησης (SD)	74.49 (17.91)	71.96 (17.44)	77.68 (18.44)

Ψυχιατρική κατάσταση

Διάγνωση DSM-IV

(κάλυψη των κριτηρίων τον προηγούμενο μήνα)

Σχιζοφρένεια	43.2% (19)	41.7% (10)	45.0% (9)
Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή	34.1% (15)	37.5% (9)	30.0% (6)
Διαταραχή Ψύχωσης NOS	22.7% (10)	20.8% (5)	25.0% (5)
M.O. βαθμολογίας ψυχωτικών συμπτωμάτων από το PANSS (SD)			
Θετικό	15.52 (4.71)	15.13 (4.95)	16.00 (4.50)
Αρνητικό	14.27 (5.32)	13.12 (4.32)	15.65 (6.16)
Γενικό	29.48 (5.62)	28.68 (4.91)	30.35 (6.31)
M.O. συνολικής βαθμολογίας BDI (SD)	20.66 (11.58)	22.04 (10.28)	19.00 (13.04)
M.O. σύνθετης βαθμολογίας ASI για την ψυχολογική κατάσταση	.53 (.22)	.52 (.21)	.55 (.25)
M.O. βαθμολογίας GAF (SD)	44.12 (11.37)	44.17 (12.69)	44.05 (9.86)
M.O. βαθμολογίας RTC για τα ψυχιατρικά προβλήματα (SD)	73.20 (19.86)	70.92 (19.25)	77.95 (20.73)
Κατηγορία φαρμάκων/φαρμακευτικής αγωγής (% , n)			
Αντιψυχωτικά φάρμακα	100.0% (44)	100.0 % (24)	100.0% (20)
Σταθεροποιητές διάθεσης	43.2% (19)	45.8% (11)	40.0% (8)
Αντικαταθλιπτικά	29.5% (13)	29.2% (7)	30.0% (6)
Αγχολυτικά	20.5% (9)	16.7% (4)	25.0% (5)
Αντιχολινεργικά	34.1% (15)	37.5% (9)	30.0% (6)
M.O. συνταγογραφημένων φαρμάκων (SD)	2.50 (1.02)	2.63 (1.01)	2.35 (1.04)
M.O. αξιολόγησης των παρενεργειών από τη φαρμ. αγωγή (SD)	4.15 (4.02)	3.65 (3.77)	4.78 (4.33)
M.O. ημερών συμμόρφωσης με τη φαρμ. αγωγή/ τις τελευταίες 28 ημέρες (SD) ^α	18.33 (9.66)	20.46 (9.21)	15.50 (9.78)
M.O. ημερών νοσηλείας/τις τελευταίες 28 ημέρες (SD)	6.50 (8.34)	7.33 (9.11)	5.50 (7.43)
M.O. ημερών που δέχτηκε συμβουλευτική/ τις τελευταίες 28 ημέρες (SD)	8.57 (9.03)	9.21 (10.27)	7.80 (7.45)

* $p < .05$ για τις συγκρίσεις των ομάδων.

α ο αριθμός εμπλοκής με το νόμο τις τελευταίες 28 ημέρες αναφέρεται στο πόσες φορές ο συμμετέχοντας είχε κρατηθεί από την αστυνομία, είχε φυλακιστεί, είχε παρουσιαστεί στο δικαστήριο ή είχε συναντηθεί με νομικό σύμβουλο.

β Μια δόση από την ουσία illy ήταν ίδια με ένα τσιγάρο μαριχουάνας εμποτισμένο σε φορμαλδεΐδη ή ένα χάπι ecstasy και οι δύο ουσίες έχουν παραισθησιογόνες ιδιότητες και έτσι τις έχουμε εντάξει στην ίδια κατηγορία.

γ Επί συνόλου 42 συμμετεχόντων, 2 συμμετέχοντες δεν είχαν ξεκινήσει τη φαρμακευτική αγωγή μέχρι λίγο πριν την έναρξη τους στις ομάδες, έτσι δεν είχαν αρχικές μετρήσεις για τη συμμόρφωσή τους στη φαρμακευτική αγωγή.

Σε σχέση με την ψυχιατρική τους κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια του SCID για σχιζοφρένεια (43%) ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (34%). Μια σημαντική μειονότητα (23%) πληρούσε τα κριτήρια ψυχωτικής διαταραχής, μη προσδιοριζόμενης αλλιώς, καθώς δεν είχε προηγούμενο ιστορικό ψυχωτικής διαταραχής, ωστόσο τα συμπτώματα ψύχωσης που εξακολουθούσαν να υφίστανται, υπερέβαιναν τη συμπτωματολογία που αποδίδεται στη χρήση ουσιών. Η ίδια ομάδα ανέφερε μέτριο βαθμό ψυχωτικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων και γενικότερων ψυχολογικών προβλημάτων. Η ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα παρουσίαζε σοβαρές βλάβες. Αυτό το επίπεδο σοβαρότητας των συμπτωμάτων ταιριάζει με τα ευρήματα για τη MI διπλής διάγνωσης άλλων ερευνών^{18,44}. Όπως και με τη χρήση ουσιών, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν ένα προφίλ URICA που εμφάνιζε, κατά την έναρξη, σχετικά υψηλές βαθμολογίες στην κινητοποίηση για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών προβλημάτων. Όλοι οι συμμετέχοντες έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή με αντιψυχωτικά φάρμακα (κυρίως άτυπα) συνήθως σε συνδυασμό με άλλες ουσίες (σταθεροποιητές διάθεσης, αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά και αντιχολινεργικά). Ένα ποσοστό 64%, κατά μέσο όρο, ανέφεραν κατά την έναρξη ότι συμμορφώνονταν στη φαρμακευτική αγωγή τις 18 από τις 28 τελευταίες ημέρες (64%) με μέτρια επίπεδα παρενεργειών από τη φαρμακευτική αγωγή.

Οι ομάδες DDMI και SI δεν διέφεραν σημαντικά στα χαρακτηριστικά κατά την έναρξη εκτός από τη συνθετική βαθμολογία του ASI που αφορούσε στο αλκοόλ και στον αριθμό των εμπλοκών με το νόμο, όπου οι SI συμμετέχοντες ανέφεραν περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ ($t(42)=2.38, p=.02$) και συχνότερη εμπλοκή με το νόμο ($t(42)=2.47, p=.02$) από ό,τι οι DDMI συμμετέχοντες. Καθώς αυτές οι μεταβλητές δεν σχετιζόνταν ιδιαίτερα με τα πρωτογενή ή δευτερογενή αποτελέσματα για τις ουσίες δεν τα συμπεριλάβαμε ως συμμεταβλητές στην ανάλυσή μας. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι ομάδες DDMI και SI δεν εμφάνισαν διαφορές στη χρήση των υπηρεσιών κατά τη διάρκεια του follow-up οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα.

Ποσοστά follow-up και απώλεια (δείγματος)

Από τους 44 τυχαία επιλεγμένους συμμετέχοντες, οι 40 συμμετείχαν σε μια συνέντευξη μετά την ένταξή τους, ενώ τριάντα εννέα πραγματοποίησαν και τις δύο συνεντεύξεις. Ένα άτομο νοσηλεύτηκε για οξύ ψυχωτικό επεισόδιο μεταξύ των δύο συνεντεύξεων, έτσι πραγματοποίησε μόνο τη μία. Προσπαθήσαμε να κρατήσουμε την επικοινωνία για επανέλεγχο (follow-up) και με τους 44 συμμετέχοντες. Πραγματοποιήσαμε τουλάχιστον μία συνάντηση follow-up με τριάντα οκτώ συμμετέχοντες (86%), δύο συναντήσεις follow-up με τριάντα επτά συμμετέχοντες (84%), ενώ και τις τρεις προγραμματισμένες συναντήσεις follow-up πραγματοποίησαν τριάντα τέσσερις συμμετέχοντες (77%). Δεν φάνηκαν ιδιαίτερες στατιστικές διαφορές στις ομάδες των συνεντεύξεων όσον αφορά τον αριθμό των συμμετεχόντων που πραγματοποίησαν τουλάχιστον μία συνάντηση follow-up. Επιπλέον, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν στο follow-up και αυτών που δεν εντοπίστηκαν.

ΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση επιβεβαίωσης των παραγόντων με στόχο να πιστοποιήσουμε την τήρηση του μοντέλου θεραπείας για τις δύο προβλεπόμενες από την κλίμακα διαστά-

σεις. Ο πρώτος παράγοντας (συμμόρφωση με την DDMI) περιλάμβανε όλα τα στοιχεία που σχετίζονται με την DDMI (π.χ., ύψος συνέντευξης κινητοποίησης, αντανάκλαστική ακρόαση). Ο δεύτερος παράγοντας (συμμόρφωση με την SI) περιλάμβανε όλα τα στοιχεία που σχετίζονται με την SI (π.χ., ύψος συνηθισμένης συνέντευξης, διαγνωστικές ερωτήσεις). Συνολικά είχαμε 76 βιντεοσκοπημένες συνεδρίες που αξιολογήθηκαν ανεξάρτητα. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2, η επικράτηση αρκετών δεικτών^{45,46} επιβεβαίωσε σε μεγάλο βαθμό τους εκ των προτέρων καθορισμένους ανεξάρτητους παράγοντες της DDMI και της SI, όταν το μοντέλο εφαρμόστηκε σε όλες τις συνεδρίες συγκεντρωτικά ή ξεχωριστά στην πρώτη και στη δεύτερη συνεδρία. Όπως ήταν αναμενόμενο, δεδομένου ότι οι προσεγγίσεις είχαν προγραμματιστεί έτσι, ώστε να έχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ τους, ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ανάμεσα στη συμμόρφωση στην DDMI και την SI ήταν διαφορετικός και αρνητικός ($r=-.88$, $p<.01$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΛΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΙΣΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΟΠΩΣ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΙΣΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ) N=76 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

Κλίμακα	Στατιστικά μοντέλα*							
	# ερωτήσεις	χ^2	df	p	χ^2/df	GFI	IFI	RMSEA
DDMI πιστή εφαρμογή								
Και οι δύο συνεδρίες	5	9.32	5	.10	1.86	.95	.95	.11
Συνεδρία 1	5	7.78	5	.17	1.56	.92	.98	.12
Συνεδρία 2	5	7.11	5	.21	4.42	.92	.98	.11
SI πιστή εφαρμογή								
Και οι δύο συνεδρίες	4	6.35	2	.04	3.18	.96	.95	.17
Συνεδρία 1	4	1.45	2	.49	.72	.98	1.01	.00
Συνεδρία 2	4	.22	2	.90	.11	.99	1.20	.00

* Στην ανάλυση επιβεβαίωσης των παραγόντων η καλή εφαρμογή από κάποιον προέβλεπε την λανθάνουσα δομή και καθοριζόταν από την επικράτηση αρκετών δεικτών που υποδήλωναν ένα καλά ταιριασμένο μοντέλο. Αυτοί οι δείκτες «εφαρμογής» συμπεριλαμβάνουν μια μη-σημαντική τιμή του χ^2 , χ^2 βαθμό ελευθερίας μικρότερο από 2, ένα δείκτη καλής εφαρμογής (GFI) και τον δείκτη αυξητικής εφαρμογής (IFI) που υπερέβαινε το.90, και δείκτη RMSEA (root mean square error of approximation) μικρότερο από.05 βαθμούς ελευθερίας.^{45,46}

Έπειτα υπολογίσαμε τη μέση συμμόρφωση και πιστότητα στο μοντέλο DDMI και SI από τα ερωτήματα που αφορούσαν τους παράγοντες και πραγματοποιήσαμε ανεξάρτητα t-tests με τις συνθήκες των συνεντεύξεων ως ανεξάρτητη μεταβλητή και τις αντίστοιχες βαθμολογίες πιστότητας ως εξαρτημένες μεταβλητές (Βλέπε Πίνακα 3). Οι συνεντεύξεις DDMI χαρακτηρίζονταν από ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά πιστής εφαρμογής ($t(74)=17.14$, $p<.001$) και δεξιότητας ($t(72)=11.58$, $p<.001$) του μοντέλου DDMI από ό,τι εκείνο του SI. Ομοίως οι συνεντεύξεις SI χαρακτηρίστηκαν από σημαντικά υψηλότερα ποσοστά πιστής εφαρμογής ($t(74)=13.72$, $p<.001$) και δεξιότητας ($t(74)=4.62$, $p<.001$) του μοντέλου SI από ό,τι DDMI. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συνθήκες των συνεντεύξεων ήταν διαφορετικές για την κάθε κατηγορία σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Μ.Ο. ΠΙΣΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ DDMI ΚΑΙ ΤΗΣ SI ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ*

	Θεραπευτική ομάδα	
	DDMI	SI
DDMI πιστή εφαρμογή	5.01 (.46)	2.23 (.48) ^a
DDMI ικανότητα	5.47 (.39)	3.36 (.76) ^a
SI πιστή εφαρμογή	2.34 (.34)	4.73 (.42) ^a
SI ικανότητα	4.09 (.44)	4.81 (.55) ^a

* όλες οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν με μια επτάβαθμη κλίμακα του Likert, όπου οι υψηλότερες τιμές υποδήλωναν υψηλότερα επίπεδα πιστής εφαρμογής και ικανότητας.
^a $p < .001$, υποδηλώνει ότι υφίσταται μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαφορετικές συνεντεύξεις που έλαβαν οι ομάδες για την αντίστοιχη πιστή εφαρμογή και την ικανότητα.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΥΟΝΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Αποτελέσματα από τη χρήση ουσιών. Τα αποτελέσματα από τις αναλύσεις τυχαίας παλινδρόμησης (Πίνακας 4) αποκαλύπτουν ότι και από τις δύο ομάδες που πραγματοποίησαν τις συνεντεύξεις, οι συμμετέχοντες με την πάροδο του χρόνου μείωσαν τη συχνότητα χρήσης της κύριας ουσίας κατάχρησης ($Z = -1.56$, $p < .01$), της χρήσης άλλων ουσιών ($Z = -2.05$, $p = .04$) και τη χρήση αλκοόλ ($Z = -2.37$, $p = .02$). Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες που συμμετείχαν στις διαφορετικές συνεντεύξεις ανάλογα με το χρόνο αλληλεπίδρασης. Από την έναρξη έως το follow-up των 12 εβδομάδων και στις δύο ομάδες, μειώθηκαν οι ημέρες χρήσης της κύριας ουσίας κατάχρησης κατά 44.4% (μέση τιμή από 7.70 έως 4.28), η χρήση άλλων ουσιών κατά 40% (μέση τιμή από 2.20 έως 1.32) και η χρήση αλκοόλ κατά 37% (μέση τιμή από 4.07 έως 2.56). Η επίδραση μεγέθους μεταξύ των συνθηκών για την κύρια ουσίας κατάχρησης προσαρμοσμένη για την επίδραση μικρού δείγματος⁴⁷ από την έναρξη μέχρι το follow-up των 12 εβδομάδων ήταν .47 για την DDMI και .44 για την SI.

Προχωρήσαμε σε παρόμοιες αναλύσεις τυχαίας παλινδρόμησης, για να διερευνήσουμε εάν οι επιδράσεις της ομάδας μπορεί να υφίστανται ανάμεσα στους συμμετέχοντες βάσει του προβλήματος της κύριας ουσίας κατάχρησης. Καθώς η υποομάδα του δείγματος με κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη και τις ουσίες illy/ecstasy ήταν πολύ μικρή ($n_s = 2$ και 4, αντίστοιχα), πραγματοποιήσαμε αναλύσεις μόνο για όσους ανέφεραν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη και τη μαριχουάνα. Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, για τα άτομα με κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα ήταν στο μεγαλύτερο ποσοστό άνδρες (92% vs 64%, $p = .04$), νεαρής ηλικίας (μέση ηλικία, 24.85 vs 36.92, $p < .001$) και είχαν μικρότερο κίνητρο για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα με την κύρια ουσία κατάχρησης (μέσο όρος βαθμολογιών RTC, 63.00 vs 78.40, $p = .01$) από ό,τι οι χρήστες με κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη. Για τους συμμετέχοντες οι οποίοι αναγνώρισαν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη ($n = 25$), εντοπίσαμε ότι με την πάροδο του χρόνου οι συμμετέχοντες αυτοί μείωσαν τη συχνότητα της χρήσης κοκαΐνης, της δευτερεύουσας ουσίας κατάχρησης και της χρήσης αλκοόλ. Επίσης, όσοι συμμετείχαν σε συνέντευξη DDMI μείωσαν τη χρήση κοκαΐνης σημαντικά περισσότερο με την πάροδο του χρόνου από όσους έλαβαν μέρος σε συνέντευξη SI ($Z = -2.62$, $p = .01$). Από την έναρξη έως το follow-up των 12 εβδομάδων, οι

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ FOLLOW-UP ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΥΟ ΥΠΟ-ΟΜΑΔΕΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΤΥΧΑΙΑΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

	Διαφορά		Χρόνος		Ομάδα ανά χρόνο			
	Z	p	Z	p	Z	p	Z	p
Συνολικό δείγμα (n=44)								
Ημέρες χρήσης (τελευταίες 28 ημέρες)								
Κύρια ουσία	7.01	.00	-1.56	.00	-0.52	.61	.20	.84
Δευτερεύουσα ουσία	3.91	.00	-2.05	.04	-1.10	.27	7.84	.07
Αλκοόλ	4.64	.00	-2.37	.02	-1.30	.19	-0.73	.46
Ημέρες συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή (τελευταίες 28 ημέρες)*								
	13.01	.00	2.84	.00	1.51	.13	-1.06	.29
Χρήστες με κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη (n=25)								
Ημέρες χρήσης (τελευταίες 28 ημέρες)								
Κύρια ουσία	5.85	.00	-4.13	.00	0.61	.54	-2.62	.01
Δευτερεύουσα ουσία	3.08	.00	-2.07	.04	-0.57	.57	1.08	.28
Αλκοόλ	4.35	.00	-3.05	.00	0.55	.58	-1.65	.10
Ημέρες συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή (τελευταίες 28 ημέρες) ^a								
	13.10	.00	3.76	.00	0.63	.53	0.65	.52
Χρήστες με κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα (n=13)								
Ημέρες χρήσης (τελευταίες 28 ημέρες)								
Κύρια ουσία	4.04	.00	-2.06	.04	-0.46	.65	2.69	.01
Δευτερεύουσα ουσία	3.82	.00	-2.90	.00	-3.89	.00	3.09	.00
Αλκοόλ	2.76	.01	-0.94	.35	-2.25	.02	1.47	.14
Ημέρες συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή (τελευταίες 28 ημέρες)								
	5.13	.00	0.91	.36	1.20	.23	-1.65	.10

* Αυτή η ανάλυση στηρίχθηκε σε n=42 καθώς σε δύο από τους συμμετέχοντες δεν χορηγήθηκε ψυχοτρόπος φαρμακευτική αγωγή κατά την έναρξη

a Αυτή η ανάλυση στηρίχθηκε σε n=24 καθώς σε έναν συμμετέχοντα δεν χορηγήθηκε ψυχοτρόπος φαρμακευτική αγωγή κατά την έναρξη.

χρήστες με κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη που έλαβαν DDMI εμφάνισαν 80% μείωση στις ημέρες χρήσης κοκαΐνης (μέση τιμή από 8.25 έως 1.64) σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες με κύρια ουσία κατάχρησης που έλαβαν SI οι οποίοι μείωσαν τη χρήση κατά 24.5% (μέση τιμή από 6.77 έως 5.11). Η επίδραση του δείγματος μεταξύ της θεραπείας DDMI προσαρμοσμένη για επιδράσεις λόγω μικρού δείγματος ήταν .50. Στην ομάδα των ατόμων με κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά στοιχεία, στην κλινική κατάσταση κατά την έναρξη, ή στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στις συνθήκες κατά το follow-up.

Για την ομάδα που είχε ως κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα (n=13), οι συμμετέχοντες και στις δύο περιπτώσεις μείωσαν τη συχνότητα χρήσης της αλλά και της δευτερεύουσας ουσίας κατάχρησης, ενώ αυτό δε συνέβη για τη χρήση αλκοόλ. Ωστόσο, τα άτομα με κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα που έλαβαν SI μείωσαν τη χρήση μαριχουάνας και τη δευτερεύουσα ουσία κατάχρησης σημαντικά περισσότερο από ό,τι οι συμμετέχοντες που έλαβαν DDMI (Z=2.69, p=.01; Z=3.09, p=.00, αντίστοιχα).

Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας από όσους έλαβαν DDMI με κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα δεν είχε κάνει χρήση της δευτερεύουσας ουσίας κατά τη διάρκεια της έναρξης της μελέτης και όσοι έκαναν χρήση αλκοόλ αυτό έγινε μία ή δύο ημέρες πριν τον τυχαίο διαχωρισμό. Αφήνοντας έτσι πολύ μικρό περιθώριο στην DDMI να αναδείξει διαφορές μεταξύ των ομάδων τόσο όσον αφορά στη χρήση της δευτερεύουσας ουσίας κατάχρησης όσο και της χρήσης αλκοόλ. Συνεπώς, σε όλες τις φάσεις της αξιολόγησης με την ομάδα των χρηστών με κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα, οι συμμετέχοντες της SI σε σύγκριση με αυτούς της DDMI εμφάνιζαν πολύ περισσότερες ημέρες χρήσης της δευτερεύουσας ουσίας κατάχρησης ($Z=-3.89$, $p=.00$) και χρήσης αλκοόλ ($Z=-2.25$, $p=.02$). Η σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της ομάδας και του χρόνου δείχνει ότι από την έναρξη μέχρι και τη 12η εβδομάδα follow-up, οι συμμετέχοντες της SI μείωσαν τις ημέρες χρήσης μαριχουάνας κατά 92.1% (μέση τιμή από 9.50 έως .75) και τη χρήση της δευτερεύουσας ουσίας κατάχρησης κατά 100% (μέση τιμή από 2.83 έως 0.00). Αντίθετα, οι συμμετέχοντες στην DDMI, ως ομάδα, δεν εμφάνισαν μείωση των ημερών χρήσης μαριχουάνας (ή χρήση άλλων ουσιών). Το μέγεθος αυτής της επίδρασης της SI μεταξύ των ομάδων προσαρμοσμένο για επιρροές λόγω μικρού δείγματος ήταν 1.11. Η ανάλυση των δημογραφικών και των κλινικών χαρακτηριστικών κατά την έναρξη και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας στο follow-up αποκάλυψε ότι όσοι είχαν ως κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα και έλαβαν SI σε σύγκριση με αυτούς που έλαβαν DDMI ήταν πιο πιθανό να πληρούν τα κριτήρια για διαταραχή χρήσης αλκοόλ τον περασμένο μήνα (83% vs 14%, $p=.03$), να έχουν υψηλότερες συνθετικές βαθμολογίες του ASI για άλλες ουσίες (.17 vs .03, $p=.02$), και περισσότερη εμπλοκή με το νόμο κατά την έναρξη (4.33 vs .14, $p=.05$). Χρειάζεται να αναφερθεί ότι δεν συγκεντρώσαμε πληροφορίες για τη θεραπεία που είχε επιβληθεί από δικαστήριο.

Αποτελέσματα συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή. Δύο από τους συμμετέχοντες δεν είχαν ξεκινήσει φαρμακευτική αγωγή μέχρι λίγο πριν την τυχαιοποίηση. Αυτούς τους εξαιρέσαμε από την ανάλυση της συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή καθώς δεν υπήρχαν αρχικές μετρήσεις για τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή. Η ανάλυση παλινδρόμησης τυχαίας επίδρασης (Πίνακας 4) αποκάλυψε ότι με την πάροδο του χρόνου οι συμμετέχοντες βελτίωσαν τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή με ψυχοτρόπες ουσίες και στις δύο ομάδες ($Z=2.84$, $p<.01$). Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ή στην ομάδα ανάλογα με το χρόνο αλληλεπίδρασης. Από την έναρξη της μελέτης έως το follow-up των 12 εβδομάδων και στις δύο ομάδες οι συμμετέχοντες αύξησαν τις ημέρες συμμόρφωσής τους με τη φαρμακευτική αγωγή κατά 18.8% (μέση τιμή από 18.33 έως 21.77). Μέσα στην ομάδα το μέγεθος επίδρασης προσαρμοσμένο για επιρροές λόγω μικρού δείγματος από την έναρξη έως το follow-up των 12 εβδομάδων ήταν .17 για την DDMI και .51 για την SI. Η επανεξέταση των στοιχείων των υπο-ομάδων αναφορικά με την κύρια ουσία κατάχρησης αποκάλυψε ότι ανεξάρτητα σε ποια ομάδα παρέμβασης ήταν ενταγμένοι, οι συμμετέχοντες που είχαν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη, με την πάροδο του χρόνου, βελτίωσαν τον αριθμό των ημερών συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή, ενώ αυτό δεν συνέβη για τους συμμετέχοντες με κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα ($Z=3.76$, $p<.01$).

Αποτελέσματα για τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Οι συμμετέχοντες στην DDMI και την SI δεν διέφεραν σημαντικά σε παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέ-

σματα σχετικά με τη συμμόρφωση στη θεραπεία (δηλ., πηγή παραπομπής: εσωτερική νοσηλεία=43%, εξωτερικής παρακολούθησης=57%, επίπεδο φροντίδας που έλαβε: νοσοκομείο=40%, εντατική εξωτερικής παρακολούθησης=60%, ή κύρια ασφάλιση: Medicare=77.3%, Medicaid=6.8%, Γενικής Βοήθειας=11.4%, ιδιωτική=4.5%). Η ανάλυση χ^2 που πραγματοποιήθηκε δεν έδειξε διαφορές μεταξύ των ομάδων στο ποσοστό των συμμετεχόντων που έγιναν δεκτοί στο πρόγραμμα, αν και φάνηκε μια μεγαλύτερη τάση της DDMI έναντι της SI (79% vs 55%, $p=.09$). Δεν υπήρχαν διαφορές στις ημέρες συμμετοχής στο πρόγραμμα ανάμεσα στην DDMI και στην SI όταν εξετάστηκαν μόνο όσοι εντάχθηκαν στο πρόγραμμα (μέσος αριθμός ημερών=19.16 vs 19.09, αντίστοιχα, $p=.66$) ή για ολόκληρο το δείγμα που είχε «πρόθεση για θεραπεία» (15.17 vs 10.50 αντίστοιχα, $p=.33$). Κανείς από τους συμμετέχοντες δεν παρέμεινε στο πρόγραμμα μέχρι τη 12η εβδομάδα του follow-up. Η επανεξέταση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη συμμόρφωση στη θεραπεία για τα αντίστοιχα δείγματα κύριας ουσίας κατάχρησης δεν άλλαξε αυτά τα αποτελέσματα.

ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Συνεχίσαμε με δευτερεύουσες αναλύσεις για να κατανοήσουμε καλύτερα τα αποτελέσματα αυτής της ποιοτικής μελέτης. Αυτές οι αναλύσεις έχουν διερευνητικό χαρακτήρα και περιορίζονται από το μικρό δείγμα της μελέτης.

Χρήση ουσιών και σοβαρότητα. Σε όλους τους συμμετέχοντες για τους οποίους είχαμε πλήρη στοιχεία σχετικά με τη χρήση ουσιών ($n=37$), πραγματοποιήσαμε μια σειρά ανεξάρτητα *t*-tests για να διερευνήσουμε τις διαφορές στο μέγιστο αριθμό ημερών συνεχιζόμενης αποχής και ημερών της πρώτης χρήσης της κύριας ουσίας κατάχρησης του συμμετέχοντα, της δευτερεύουσας και της χρήσης αλκοόλ. Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ της DDMI και της SI για καμία εξαρτημένη μεταβλητή σε όλες τις κατηγορίες ουσιών. Κατά μέσο όρο, οι ερωτώμενοι πέτυχαν 50.11 ($sd=28.89$) αποχής από την κύρια ουσία κατάχρησης και δεν έκαναν χρήση τις πρώτες 16 ημέρες ($sd=22.83$) του follow-up. Συνέχισαν την αποχή από τη δευτερεύουσα ουσία κατάχρησης και από το αλκοόλ κατά μέσο όρο 67.84 ($sd=24.46$) και 65.35 ($sd=25.86$) ημέρες αντίστοιχα. Έκαναν χρήση της δευτερεύουσας ουσίας κατάχρησης την ένατη ημέρα ($sd=16.56$) και αλκοόλ τη δέκατη έβδομη ημέρα ($sd=25.84$) του follow-up. Η επανεξέταση αυτών των στοιχείων για την κύρια ουσία κατάχρησης δεν άλλαξε τη μορφή των αποτελεσμάτων.

Εκτιμήσαμε επίσης την αλλαγή μέσα στο χρόνο για τις συνθετικές βαθμολογίες του ASI σχετικά με τη χρήση ουσιών με αναλύσεις τυχαίας παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα από αυτές τις αναλύσεις έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες συνολικά ανέφεραν μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κύρια ουσία κατάχρησης ($Z=2.87$, $p<.01$), με τη δευτερεύουσα ουσία κατάχρησης ($Z=2.52$, $p=.01$) και με τη χρήση αλκοόλ ($Z=-2.05$, $p=.04$). Ωστόσο, μια σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και χρόνου, όσον αφορά τις συνθετικές βαθμολογίες του ASI για τη δευτερεύουσα ουσία κατάχρησης έδειξε ότι για όσους έλαβαν μέρος σε συνέντευξη DDMI τα προβλήματα με τη χρήση της δευτερεύουσας ουσίας κατάχρησης αυξήθηκαν με το χρόνο, ενώ μειώθηκαν για εκείνους που έλαβαν SI ($Z=3.34$, $p<.01$).

Σοβαρότητα Ψυχιατρικών Συμπτωμάτων. Εξετάσαμε την αλλαγή μέσα στο χρόνο με τις συνθετικές βαθμολογίες του ASI για την ψυχολογική κατάσταση, τις υπο-βαθμολογίες

PANSS και με τυχαίες αναλύσεις παλινδρόμησης του BDI και του GAS. Αυτές οι αναλύσεις έδειξαν ότι οι ερωτηθέντες συνολικά ανέφεραν μείωση στα ψυχικά προβλήματα (μέσες τιμές της συνθετικής βαθμολογίας του ASI για τον ψυχικό παράγοντα, $Z=-5.67$, $p<.01$), μέσες τιμές από το PANSS θετικών ($Z=-3.63$, $p<.01$), αρνητικών ($Z=-2.95$, $p<.01$) και γενικών ($Z=-4.30$, $p<.01$) ψυχωτικών συμπτωμάτων, και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (μέση βαθμολογία BDI, $Z=-4.07$, $p<.01$) και αύξηση του γενικού επιπέδου λειτουργικότητας (μέση βαθμολογία GAS, $Z=2.37$, $p=.01$). Επιπλέον, μια σημαντική αλληλεπίδραση ομάδας και χρόνου ($Z=2.21$, $p=.03$) για τη βαθμολογία της αρνητικής υποκλίμακας του PANSS έδειξε ότι οι συμμετέχοντες που έλαβαν DDMI είχαν πιο αργή επιστροφή των αρνητικών συμπτωμάτων στο χρόνο από ό,τι οι συμμετέχοντες σε SI.

Ετοιμότητα για αλλαγή (RTC). Εξετάσαμε την επίδραση των συνεντεύξεων στην κινητοποίηση των συμμετεχόντων για αλλαγή από τις βαθμολογίες της ετοιμότητας για αλλαγή που μας έδωσε το URICA. Τόσο για την κύρια ουσία κατάχρησης όσο και για τα ψυχιατρικά προβλήματα, ωστόσο, δεν εμφανίστηκαν σημαντικές διαφορές μέσα στο χρόνο, ανάμεσα στις ομάδες, ή από την αλληλεπίδραση ομάδας-χρόνου. Έχοντας στόχο να διερευνήσουμε εάν η ετοιμότητα για αλλαγή μπορεί να μετρηθεί μεταξύ των συμμετεχόντων που ξεκίνησαν με χαμηλότερα επίπεδα κινητοποίησης για αλλαγή (δηλ. μείωση της επίδρασης των υψηλών ορίων) και στις δύο προβληματικές περιοχές, εφαρμόσαμε μια δεύτερη σειρά αναλύσεων στο υψηλότερο 20% των αντίστοιχων δειγμάτων στην ετοιμότητα για αλλαγή. Ωστόσο, δεν εμφανίστηκε καμία διαφοροποίηση στα αποτελέσματα.

Εμπειρίες από τη συνέντευξη. Ανεξάρτητα t-tests με τις υπο-κλίμακες αξιολόγησης από τους ασθενείς και οι βαθμολογίες ικανοποίησής τους, όπως εκτιμήθηκαν με το έντυπο Αναφοράς του Πελάτη για τη Συνεδρία σχετικά με τις συνθήκες των συνεντεύξεων έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες δεν εμφάνισαν διαφορές όσον αφορά την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας ή την ικανοποίηση από τις συνεδρίες. Οι συμμετέχοντες και από τις δύο ομάδες αξιολόγησαν τις συνεδρίες θετικά.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αυτή η πιλοτική μελέτη παρουσιάζει μια μεικτή εικόνα σχετικά με την εν δυνάμει αποτελεσματικότητα της Συνέντευξης Κινητοποίησης (MI) όταν εφαρμόζεται σε ασθενείς με διάγνωση ψύχωσης που παράλληλα εμπλέκονται με χρήση ουσιών. Συνολικά, τα αποτελέσματα δεν υποστηρίζουν την ανωτερότητα της DDMI έναντι της συνηθισμένης διαδικασίας ψυχιατρικής εκτίμησης, όταν εφαρμόζεται σε μια ανομοιογενή ομάδα ασθενών με διπλή διάγνωση. Δεν εντοπίσαμε σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες των ασθενών που έλαβαν DDMI ή SI όσον αφορά την κύρια ουσία κατάχρησης, τη δευτερεύουσα ουσία κατάχρησης, τη χρήση αλκοόλ, τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και τη θεραπεία. Αυτά τα ευρήματα έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων προηγούμενων τυχαίοποιημένων, ελεγχόμενων, πιλοτικών μελετών που έχουν δείξει ότι η Συνέντευξη Κινητοποίησης (MI), μείωσε σημαντικά τις ημέρες κατάλυσης αλκοόλ και τα ποσοστά αποχής¹⁸ και βελτίωσε τη δέσμευση και την εμπλοκή των ασθενών με διπλή διάγνωση σε προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης ή σε βοηθητικά προγράμματα^{13,17,19}.

Από την άλλη, όσοι συμμετείχαν και στις δύο ομάδες έδειξαν σημαντική βελτίωση μέσα στο χρόνο όσον αφορά τη χρήση ουσιών, τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, τη συμπτωματολογία και τη λειτουργικότητα. Στις δύο ομάδες, κατά τη διάρκεια των 12 εβδομάδων follow-up, οι συμμετέχοντες περιόρισαν τις ημέρες χρήσης της κύριας ουσίας κατάχρησης, της δευτερεύουσας ουσίας κατάχρησης και της χρήσης αλκοόλ κατά περίπου 40%, παρουσιάζοντας μέτριο μέγεθος επίδρασης για τα αποτελέσματα της χρήσης της κύριας ουσίας κατάχρησης ($DDMI=.47$, $SI=.44$). Ανέφεραν επίσης, μείωση της σοβαρότητας της χρήσης ουσιών, αύξηση των ημερών συμμόρφωσης στη φαρμακευτική τους αγωγή και περιορισμό στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων με συνεπακόλουθη βελτίωση στην ψυχολογική και γενικότερη λειτουργικότητα. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η SI περιλάμβανε τη χρήση σαφούς στρατηγικής για τη λήψη της συνέντευξης, καθώς επίσης και θεραπευτική εκπαίδευση και εποπτεία, αποτελούσε μια διαδικασία εισαγωγής που βασίζεται στην καλή πίστη η οποία έθετε πολύ υψηλά όρια σύγκρισης για την αποτελεσματικότητα της DDMI. Υπό αυτή την οπτική, αντί αυτή η μελέτη να δείξει ότι η DDMI δεν επηρέασε τα πρωταρχικά και τα δευτερεύοντα αποτελέσματα, έδειξε ότι συνολικά και οι δύο μπορεί να ήταν αποτελεσματικές, παρόλο που η έλλειψη ομάδας ελέγχου, καθιστά αυτό το ενδεχόμενο μια απλή υπόθεση. Γενικά, οι διάφορες προσαρμογές της Συνέντευξης Κινητοποίησης δεν έδειξαν ιδιαίτερα αποτελέσματα όταν συγκρίθηκαν με άλλες διαθέσιμες θεραπείες^{2,4}.

Καθώς δεν είναι πάντοτε εμφανές ποιοι ασθενείς αντιδρούν στις θεραπείες που τώρα αναπτύσσονται ή προσαρμόζονται⁴⁸ εξετάσαμε τη διαφορετική επίδραση της DDMI και της SI σε ομοιογενείς υπο-ομάδες ασθενών με διπλή διάγνωση βάσει της κύριας ουσίας κατάχρησης. Παρά τη χρήση μικρού μεγέθους δείγματος προέκυψε ένα απροσδόκητο εύρημα. Ασθενείς με ψύχωση που είχαν κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη, είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη θεραπεία ανεξάρτητής τους από την κοκαΐνη όταν έλαβαν DDMI αντί για SI. Το μέγεθος επίδρασης μεταξύ των θεραπειών ήταν .50, όμοιο με το μέτριο μέγεθος επίδρασης που απαντάται συνήθως στις παρεμβάσεις της Συνέντευξης Κινητοποίησης^{2,4}. Ωστόσο, όταν εξετάσαμε την υπο-ομάδα του δείγματος ασθενών με ψύχωση που είχαν ως κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα, τα αποτελέσματα έδειξαν ακριβώς την αντίθετη επίδραση. Οι συμμετέχοντες αυτοί είχαν καλύτερα αποτελέσματα στη θεραπεία ανεξάρτητής τους από τη μαριχουάνα, όταν έλαβαν SI αντί για DDMI, μείωσαν τον αριθμό των ημερών χρήσης μαριχουάνας κατά 92% και πέτυχαν μεγάλη επίδραση μεταξύ των θεραπειών στο 1.11. Αυτό το εύρημα είναι ακόμη πιο ενδιαφέρον, καθώς η ετοιμότητα για αλλαγή της χρήσης μαριχουάνας από την ομάδα χρηστών μαριχουάνας κατά την έναρξη, ήταν πολύ μικρότερη από ό,τι η ετοιμότητα για αλλαγή της χρήσης κοκαΐνης από τη ομάδα χρηστών κοκαΐνης. Οι ασθενείς με χαμηλότερα επίπεδα κινητοποίησης για αλλαγή συνήθως έχουν καλύτερα αποτελέσματα με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης, από ό,τι οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα κινητοποίησης κατά την έναρξη^{49,50}. Για ποιο λόγο όμως οι ασθενείς με διπλή διάγνωση με κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη αντιδρούν καλύτερα στη DDMI ενώ οι λιγότερο κινητοποιημένοι με κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα έχουν καλύτερα αποτελέσματα με την SI;

Τα στοιχεία μας δεν έχουν σαφείς απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση, ωστόσο μας ωθούν προς μια κατεύθυνση. Αντίθετα με τους χρήστες κοκαΐνης που συμμετείχαν στη μελέτη, είχαν παρόμοια δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά και έλαβαν DDMI και SI, οι χρήστες μαριχουάνας που έλαβαν SI ήταν πιθανότερο να έχουν διαταραχή της χρή-

σης αλκοόλ, περισσότερα προβλήματα που σχετίζονταν με τη δευτερεύουσα ουσία κατάχρησης και μεγαλύτερη εμπλοκή με το νόμο. Παρότι οι δύο πρώτες διαφορές που σχετίζονται με την ουσία κατάχρησης μπορεί να εμποδίζουν την επιτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης, δεδομένων των εμποδίων που δημιουργούνται από την παράλληλη χρήση ουσιών, η τελευταία διαφορά που σχετιζόταν με τη νομική κατάσταση ασκούσε περισσότερη εξωγενή πίεση στους συμμετέχοντες να αλλάξουν τη χρήση μαριχουάνας και άλλων ουσιών, παρά το γεγονός ότι η ομάδα των χρηστών μαριχουάνας είχε χαμηλότερα επίπεδα κινητοποίησης για να αλλάξουν τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Μπορεί απλά όσοι έλαβαν SI να είχαν πιο άμεσους λόγους (ήτοι, νομικές εκκρεμότητες) να αλλάξουν τη χρήση ουσιών από ό,τι οι συμμετέχοντες με κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα που έλαβαν DDMI.

Υπάρχει ωστόσο η πιθανότητα, οι παρεμβάσεις της DDMI και της SI να ωφέλησαν με διαφορετικό τρόπο τις αντίστοιχες ομάδες με κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη και τη μαριχουάνα, για λόγους που δεν σχετίζονταν με τις διαφορές των ομάδων στο επίπεδο εμπλοκής τους με το νόμο. Δεδομένου ότι τα ευρήματά μας έρχονται σε αντίθεση με παλαιότερες ενδείξεις ότι οι χρήστες μαριχουάνας, που δεν έχουν προβλήματα ψύχωσης, μειώνουν σημαντικά τη χρήση μαριχουάνας όταν δέχονται σύντομες παρεμβάσεις Συνέντευξης Κινητοποίησης^{51,52}, ακόμη και όταν το δείγμα αποτελείται μόνο από άτομα που κάνουν κατάχρηση μαριχουάνας, οι οποίοι έχουν έρθει με νομική παραπομπή⁵³, πρέπει να αναλογιστούμε πώς οι επιπτώσεις από τα συμπτώματα ψύχωσης επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της Συνέντευξης Κινητοποίησης, όταν εφαρμόζεται σε χρήστες μαριχουάνας αλλά όχι σε χρήστες κοκαΐνης.

Οι επιδράσεις που έχει η χρήση κοκαΐνης και μαριχουάνας στους ασθενείς με διαταραχές ψύχωσης μπορεί να είναι ένας επιπλέον παράγοντας που πρέπει να λάβουμε υπόψη μας, για να κατανοήσουμε τα αποτελέσματα που βρήκαμε. Οι ασθενείς με ψύχωση αναφέρουν ότι αισθάνονται μικρότερη δυσφορία και περισσότερη ενεργητικότητα υπό την επήρεια, βιώνουν συμπτώματα ψύχωσης και υπνηλία λόγω της φαρμακευτικής αγωγής⁵⁴ αλλά επίσης βιώνουν πιο έντονα συμπτώματα (π.χ., αυξημένες ακουστικές ψευδαισθήσεις, παρανοϊκά παραληρήματα) που συχνά αποσταθεροποιούν σε μεγάλο βαθμό τη ζωή τους μετά τη διακοπή, ιδιαίτερα εάν η χρήση κοκαΐνης συνυπάρχει με μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή⁵⁵. Αντίθετα, ασθενείς με ψύχωση οι οποίοι κάνουν χρήση μαριχουάνας συνήθως τονίζουν ότι τη χρησιμοποιούν για να νιώσουν πιο έντονα συναισθήματα και για να χαλαρώσουν^{14,56} ενώ μπορεί να μη βιώνουν σημαντικές αλλαγές στα συμπτώματα της ψύχωσης, όταν δεν κάνουν χρήση, παρόλο που η επαναλαμβανόμενη χρήση μαριχουάνας είναι πιθανό να επιδεινώσει την ψύχωση μέσα στο χρόνο⁵⁷. Έτσι, οι ασθενείς με διπλή διάγνωση ενδέχεται να μπορούν να διακρίνουν πιο εύκολα τη σαφή διαφορά ανάμεσα στο αυξημένο κόστος και στα περιορισμένα οφέλη από τη χρήση κοκαΐνης, καθώς, επηρεάζει τη λειτουργικότητά τους, σε σύγκριση με την ανάλυση της στάθμισης της απόφασης που εμπεριέχεται στη χρήση μαριχουάνας. Η συνέντευξη DDMI μπορεί να ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματική με τους ασθενείς με ψύχωση που κάνουν χρήση κοκαΐνης λόγω της εφαρμογής των τεχνικών στάθμισης της απόφασης, με στόχο την αναγνώριση του προβλήματος και την επίλυση της αμφιθυμίας προς όφελος της αλλαγής. Δυστυχώς, οι βαθμολογίες από την URICA και το RTC σε αυτή τη μελέτη δεν μας επιτρέπουν να εξετάσουμε άμεσα εάν η μεταβολή της στάθμισης της απόφασης επηρέασε τα αποτελέσματα σχετικά με την κύρια ουσία κατάχρησης. Μελλοντικές έρευνες με ασθενείς με διπλή διάγνωση θα

πρέπει να περιλαμβάνουν μετρήσεις που να εκτιμούν συγκεκριμένα τους λόγους για τους οποίους κάνουν χρήση οι ασθενείς και καταγράφουν με λεπτομέρειες το κόστος και το όφελος που βιώνουν κατά την έναρξη και μετά το τέλος της θεραπείας.

Ένας ακόμη παράγοντας που πιθανόν επηρέασε τα ευρήματά μας ήταν η υψηλή κινητοποίηση που είχαν οι συμμετέχοντες, κατά την έναρξη, να αντιμετωπίσουν τη χρήση ουσιών και την ψυχιατρική τους κατάσταση. Η βαθμολογία του δείκτη ετοιμότητας για αλλαγή και η διερεύνηση του προφίλ URICA υποδηλώνουν ότι οι ερωτώμενοι ήταν έτοιμοι να αναλάβουν δράση στις προβληματικές περιοχές³¹. Αυτή η υψηλή βαθμολογία ίσως περιορίσει τη δύναμη της DDMI να επηρεάσει τα πρωταρχικά αποτελέσματα μέσω διεργασιών ενίσχυσης της κινητοποίησης, καθώς δεν υπήρχε μεγάλο περιθώριο βελτίωσής της. Στην πραγματικότητα, το επίπεδο κινητοποίησής τους σχετικά με την κύρια ουσία κατάχρησης και τα ψυχιατρικά προβλήματα δεν μεταβλήθηκε καθόλου κατά τη διάρκεια της μελέτης. Από την έναρξη, πολλοί από τους συμμετέχοντες ήταν ήδη έτοιμοι να μειώσουν ή να διακόψουν τη χρήση ουσιών, να ακολουθήσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή και να συμμετέχουν σε βοηθητικό πρόγραμμα για ασθενείς με διπλή διάγνωση. Με βάση τα δικά μας κριτήρια για τη συμμετοχή στη μελέτη είχαν ζητήσει θεραπεία. Παρότι, η επικρατούσα αντίληψη ευνοούσε τη συνέντευξη DDMI για την εμπλοκή αυτών των ασθενών στο πρόγραμμα, οι διαφορές δεν ήταν ιδιαίτερα σημαντικές από τη στιγμή που εντάχθηκαν. Και στις δύο περιπτώσεις, οι συμμετέχοντες παρέμειναν στο πρόγραμμα το ίδιο χρονικό διάστημα (19 ημέρες) και πιθανόν το αξιοποίησαν με παρόμοιο τρόπο για να πετύχουν τους θεραπευτικούς τους στόχους. Έτσι, όσοι έλαβαν μέρος σε DDMI και SI μπορεί να είχαν κοινό κίνητρο να χρησιμοποιήσουν τις παρεμβάσεις που διέθετε το πρόγραμμα, για να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τη διπλή διαταραχή. Είναι πιθανόν τα οφέλη από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα να άσκησαν πιο έντονη επιρροή στη συμπεριφορά των ασθενών από ό,τι οι δύο συνεδρίες που έλαβαν πριν από την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα. Αυτοί μπορεί να είναι οι λόγοι για τους οποίους δεν είχαμε τα ίδια αποτελέσματα για τη Συνέντευξη Κινητοποίησης, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου και με τη συνήθη θεραπεία, ενώ είναι πιο αποτελεσματική όταν προστεθεί σε ένα πιο εντατικό πρόγραμμα θεραπείας²⁴. Μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες θα πρέπει να εστιάζουν στην επίδραση της Συνέντευξης Κινητοποίησης σε ασθενείς με διπλή διάγνωση που δεν είναι ιδιαίτερα κινητοποιημένοι για θεραπεία.

Όλοι οι συμμετέχοντες πραγματοποίησαν μια δώρη αξιολόγηση κατά την έναρξη της μελέτης. Παρότι ήταν σχετικά σύντομη βάσει των συνηθισμένων κλινικών ερευνών^{58,59} η αξιολόγηση ήταν ίσης διάρκειας με τις συνεντεύξεις πριν την εισαγωγή και μπορεί να άσκησε ανεξάρτητη επίδραση στη συμπεριφορά των συμμετεχόντων, περιορίζοντας και πάλι τη διαφορική ισχύ της DDMI και της SI. Παρά το ότι θα μπορούσαμε να αξιολογήσουμε τους ασθενείς λιγότερο διεξοδικά κατά την έναρξη, ωστόσο έτσι θα περιορίζαμε τη δυνατότητά συγκέντρωσης σημαντικών πληροφοριών και δεν θα ήταν εφικτό να δώσουμε ανατροφοδότηση στους ασθενείς μας από τις αξιολογήσεις κατά τη διάρκεια των συνεδριών της DDMI. Εναλλακτικά, θα μπορούσαμε να αυξήσουμε τις παρεμβάσεις και να αντιμετωπίσουμε πιο εντατικά τα πολύπλοκα προβλήματα των ασθενών με διπλή διάγνωση¹³. Για παράδειγμα, οι παρεμβάσεις με τρεις συνεδρίες Συνέντευξης Κινητοποίησης σε βετεράνους πολέμου με σχιζοφρένεια, με προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ¹⁸ και οι παρεμβάσεις με εννέα συνεδρίες Συνέντευξης Κινητοποίησης για ασθενείς που κάνουν κατάχρηση ουσιών και έχουν κατάθλιψη¹⁶, οδήγη-

σαν σε θετικά αποτελέσματα της Συνέντευξης Κινητοποίησης στο follow-up. Επιπλέον, η καθημερινή φροντίδα ασθενών με σχιζοφρένεια που έκαναν κατάχρηση ουσιών, η οποία περιλάμβανε τεχνικές Συνέντευξης Κινητοποίησης, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και θεραπευτική εξωτερική παρακολούθηση σε 29 οικογενειακές συνεδρίες, οδήγησε σε σημαντική βελτίωση τη γενική λειτουργικότητα των ατόμων και στην αύξηση των ημερών αποχής από ουσίες, για το διάστημα της 12-μηνιαίας μελέτης⁴⁴. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς με διαταραχές ψύχωσης πιθανόν να χρειάζονται πιο παρατεταμένες παρεμβάσεις ενίσχυσης της κινητοποίησης, σε συνδυασμό με άλλες αποτελεσματικές θεραπείες, για να έχουν σημαντικές και με μεγάλη διάρκεια αλλαγές στη συμπεριφορά.

Ένα εύρημα της μελέτης που μπορεί να φαίνεται περίεργο είναι ότι οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την ικανοποίησή τους από τις συνεδρίες και τη θεραπευτική συμμαχία εξίσου θετικά σε όλες τις ομάδες. Η ανάλυση που κάναμε για την τήρηση του θεραπευτικού μοντέλου από τους θεραπευτές και η δεξιότητα με την οποία πραγματοποιούνταν οι παρεμβάσεις έδειξαν ότι ήταν από άποψη τεχνικής τελειώς διαφορετικές για την κάθε ομάδα και εφαρμόστηκαν στρατηγικές αντίθετες μεταξύ τους. Η SI καθοδηγούνταν από τον ειδικό, ο οποίος έκανε ερωτήσεις και έδινε την κατεύθυνση, ενώ στη Συνέντευξη Κινητοποίησης ο ερευνητής έδειχνε ενσυναίσθηση, ενίσχυε τη συνεργασία και ήταν υποστηρικτικός. Οι συμμετέχοντες δεν έδειχναν να καταλαβαίνουν αυτές τις διαφορές, τουλάχιστον όχι με τον τρόπο που τους ζητήσαμε να αξιολογήσουν τις συνεδρίες. Αυτά τα ευρήματα τονίζουν ότι παρεμβάσεις όπως η SI που χρησιμοποιεί τεχνικές που δεν ταιριάζουν με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης (π.χ., παρέχοντας σαφείς συμβουλές και καθοδήγηση που δεν έχουν ζητηθεί, καθαρά δομημένη-κατευθυντική συνέντευξη) μπορούν να διευκολύνουν την ανάπτυξη συμμαχίας με ασθενείς διπλής διάγνωσης, όπως συμβαίνει με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης όταν πραγματοποιείται με εμφανές ενδιαφέρον και ειλικρίνεια⁶⁰. Εναλλακτικά, είναι δυνατόν οι γνωσιακές, συναισθηματικές και κοινωνικές αδυναμίες πολλών ασθενών με διαταραχές ψύχωσης να τους καθιστούν λιγότερο ευαίσθητους στις διαφορετικές θεραπευτικές τεχνικές, οι οποίες υπό κανονικές συνθήκες θα επηρέαζαν την ικανοποίηση του ασθενή, τον τρόπο που βιώνει τις συνεδρίες και τα αποτελέσματα της θεραπείας⁶¹. Εάν ισχύει αυτό, τότε το θεραπευτικό στυλ ή η φιλοσοφία εφαρμογής της Συνέντευξης κινητοποίησης, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε προσέγγισης, μπορεί να μην επηρεάζουν τόσο πολύ τη συμπεριφορά των ασθενών με διπλή διάγνωση, όπως έχει φανεί σε πληθυσμούς με προβλήματα κατάχρησης ουσιών.

Ωστόσο, εντοπίσαμε και αρκετούς περιορισμούς σε αυτή την πιλοτική μελέτη. Σε αυτούς περιλαμβάνονται το μικρό μέγεθος του δείγματος, η παρουσία ερευνητών που γνώριζαν την παρέμβαση που πραγματοποιούνταν κάθε φορά, οι σύντομες παρεμβάσεις και η μακροσκελής διαδικασία αξιολόγησης, οι διαφορές ανάμεσα στις υπο-ομάδες του δείγματος κατά την έναρξη στην ομάδα χρηστών με κύρια ουσία κατάχρησης τη μαριχουάνα, το περιορισμένο εύρος κινητοποίησης και η απουσία ομάδας ελέγχου που δεν λάμβανε θεραπεία. Επίσης, το διάστημα των δώδεκα εβδομάδων follow-up ήταν μικρή περίοδος και μας εμπόδισε να εκτιμήσουμε τη διάρκεια των αποτελεσμάτων της θεραπείας^{62,63}. Μελλοντικές τυχαία ελεγχόμενες δοκιμές της Συνέντευξης Κινητοποίησης για ασθενείς με διπλή διάγνωση θα πρέπει να διορθώσουν αυτούς τους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας πιο εκτεταμένων παρεμβάσεων κινητοποίησης ή άλλων που στοχεύουν στην

αντιμετώπιση της χρήσης μαριχουάνας από ψυχικά ασθενείς (π.χ., η διαχείριση του απρόοπτου⁶⁴) δεδομένης της αναποτελεσματικότητας της DDMI και άλλων σύντομων προσαρμογών της Συνέντευξης Κινητοποίησης^{13,14} για αυτή την ομάδα ασθενών.

Εν συντομία, τα ευρήματά μας τονίζουν πως δεν έχει ξεκαθαριστεί η εικόνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της Συνέντευξης Κινητοποίησης, όταν εφαρμόζεται ευρέως σε ανομοιογενείς ομάδες ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα που κάνουν κατάχρηση ουσιών. Η συνολική προσέγγιση ότι η Συνέντευξη Κινητοποίησης είναι η καλύτερη πρακτική μέσα σε μια συνολική θεραπευτική αντιμετώπιση για τη διπλή διάγνωση¹¹ μπορεί να χρειάζεται αναθεώρηση. Τα στοιχεία που έχουμε υποδηλώνουν ότι η Συνέντευξη Κινητοποίησης μπορεί να μη λειτουργεί καλά για όλους τους τύπους ασθενών με ψύχωση που κάνουν κατάχρηση ουσιών καθώς και ότι εναλλακτικές πρακτικές, όταν εφαρμόζονται με πιστότητα, μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματικές. Θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η κύρια ουσία κατάχρησης του πελάτη, οι νομικές ή άλλες εξωτερικές πιέσεις για αλλαγή, οι γνωστικές του ικανότητες καθώς και η ετοιμότητα για αλλαγή στους διαφορετικούς τομείς της συμπεριφοράς. Όλοι αυτοί οι παράγοντες είναι σημαντικοί και υποστηρίζουν την ανάγκη για τροποποιήσεις στις πρακτικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης που θα βελτιώσουν την αποτελεσματικότητά της για το συγκεκριμένο πληθυσμό.

Ευχαριστίες

Αυτή η έρευνα υποστηρίχθηκε με επιχορήγηση από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ουσιών (NIDA, P50DA09241). Οι συγγραφείς θέλουν να ευχαριστήσουν ιδιαίτερα την ομάδα που βοήθησε στη μελέτη (Theresa Babuscio, Declan Barry, Demetrios Kostas, Mark Lawless, Philip Markovich, and Jennifer Perkins) καθώς και το προσωπικό από τη Μονάδα Διπλής Διάγνωσης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου του Yale, New Haven, των οποίων η δέσμευση σε αυτό το πρόγραμμα κατέστησε δυνατή την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

Παραπομπές

1. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
2. Burke BL, Arkowitz, H, Menchola, M. The efficacy motivational interviewing: a meta-analysis of controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003;71:843-61.
3. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*. 2001;96:1725-42.
4. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005;1:91-111.
5. Bellack AS, DiClemente CC. Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 1999;50:75-80.
6. Carey KB. Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: a collaborative, motivational, harm reduction approach. *Community Mental Health Journal*. 1996;32:291-306.
7. Carey KB, Purnine DM, Maisto SA, Carey MP. Enhancing readiness-to-change substance abuse in persons with schizophrenia. *Behavior Modification*. 2001;25:331-84.
8. Handmaker N, Packard M, Conforti K. Motivational interviewing in the treatment of dual disorders. In: MillerWR., Rollnick S, editors. *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002. p. 362-76.
9. Martino S, Carroll K, Kostas D, Perkins J, Rounsaville B. Dual diagnosis motivational interviewing: a modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2002;23:297-308.
10. Zeidonis DM, Trudeau K. Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. *Schizophrenia Bulletin*. 1997;23:229-238.
11. Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*. 2001;52:469-76.
12. Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatrically and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999;187:630-35.
13. Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garret R, et al. Brief intervention for substance use within psychiatric inpatient services: findings from a randomized controlled trial. *Addiction*. 2002;97:1329-37.
14. Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garret R, et al. Integration of substance use treatment within psychiatric inpatient services indicated: findings from a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106:233-40.
15. Ziedonis DM, Fischer W. Motivation-based assessment and treatment of substance abuse in patients with schizophrenia. *New Directions in Psychiatry*. 1996;16:1-8.
16. Daley DC, Salloum IM, Zuckoff A, Kirisci L, Thase ME.. Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155:1611-13.
17. Martino S, Carroll KM, O'Malley SS, Rounsaville BJ. (2000). Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *American Journal on Addictions*. 9, 88-91.
18. Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal*. 2003;9:189-202.

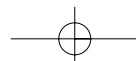
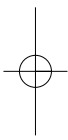
19. Steinberg ML, Zeidonis DM, Krejci JA, Brandon TH. Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72:723-28.
20. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders. Patient edition. New York: Biometrics Research Department; 1995.
21. Martino S, McCance-Katz E, Workman J, Boozang J. The development of a dual diagnosis partial hospital program. *Continuum*. 1995;2:145-65.
22. Stout RL, Wirtz PW, Carbonari JP, Del Boca FK. Ensuring balanced distribution of prognostic factors in treatment outcome research. In: Mattson ME, Donovan DM, editors. *Alcoholism treatment matching research: methodological and clinical approaches*. Piscataway, NJ: Rutgers Center on Alcohol Studies; 1994. p. 70-5.
23. Carroll KM, Kadden RM, Donovan DM, Zweben A, Rounsaville BJ. Implementing treatment and protecting the validity of the independent variable in treatment matching studies. *Journal of Studies on Alcohol – Supplement*. 1994;12:149-55.
24. Carroll KM, Nich C, Sifry R, Frankforter T, Nuro K F, Ball SA, et al. A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug and Alcohol Dependence*. 2000;57:225-38.
25. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*. 1979;86:420-9.
26. Miller WR, DelBoca FK. Measurement of drinking behavior using the Form 90 family of instruments. *Journal of Studies on Alcohol*. 1994;12, 112-7.
27. Sobell LC, Sobell MB. Timeline Followback: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In: Allen J, editor. *Psychosocial and biological methods*. Totowa, NJ: Humana Press; 1992. p. 41-72.
28. McLellan TA, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The 5th edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1992;9:199-213.
29. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. *A Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc; 1992.
30. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961;4:461-71.
31. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*. 1978;35:837-44.
32. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 1983;20:368-75.
33. Carbonari JP, DiClemente CC. Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68:810-17.
34. DiClemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*. 1990;2:217-35.
35. Pantalon MV, Nich C, Frankforter T, Carroll KM. The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2002;16:299-307.
36. Pantalon MV, Swanson AJ. Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change psychiatric and dually diagnosed individuals. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2003;17:91-7.
37. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*. 1997;58:7-29.

38. DiClemente CC, Carbonari JP, Zweben A, Morrel T, Lee RE. Motivation hypothesis causal chain Project MATCH hypotheses: results and causal chain analyses. Project MATCH Monograph Series, Vol. 8. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2001. p. 206-22.
39. Horvath AO, Greenberg L. The development of the Working Alliance Inventory. In: Greenberg LS, Pinosof WM, editors. The psychotherapeutic process: a research handbook. New York: Guilford Press; 1986. p. 529-56.
40. Fenton LR, Cecero JJ, Nich C, Frankforter TL, Carroll KM. Perspective is everything: the predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 2001;10:262-8.
41. Orlinsky DE, Howard KI. Varieties of psychotherapeutic experience. New York: Columbia Teachers College Press; 1975.
42. Hedeker DH. MIXREG. A fortran program for mixed-effects linear regression models (computer program). Rockville, MD: NIMH Division of Services Research; 1993.
43. Bryk KT, Raudenbush SW. Hierarchical linear models: applications and data analysis methods 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage Publications, 2002.
44. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis S, Moring J, O'Brien R., et al. Randomised controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158:1706-13.
45. Marsh HW, Balla JR, McDonald RP. Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: the effect of sample size. *Psychological Bulletin*. 1998;103:391-410.
46. Yadama GN, Pandey S. Effect of sample size on goodness-of-fit indices in structural equation models. *Journal of Social Service Research*. 1995;20:49-70.
47. Hedges LV, Olkin I. *Statistical Methods for Meta-analysis*. San Diego, CA: Academic Press; 1985.
48. Rounsaville BJ, Carroll KM, Onken LS. A stage model of behavioral therapies research: getting started and moving on from stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2001;8:133-142.
49. Heather N, Rollnick S, Bell A, Richmond R. Effects of brief counseling among heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*. 1996;15:29-38.
50. Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM, Grabowski J. Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: A pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 858-62.
51. Marijuana Treatment Project Research Group. (2004). Brief treatment for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2001;72:455-66.
52. Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001;68:898-908.
53. Sinha R, Easton C, Renee-Aubin L, Carroll KM. Engaging young probation-referred marijuana-abusing individuals in treatment: a pilot trial. *American Journal on Addictions*. 2003;12:314-23.
54. Dixon L, Hass G, Weiden P J, Sweeney J, Frances A J. Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patient self-reports. *Schizophrenia Bulletin*. 1990;16:69-77.
55. Owens RR, Fischer EP, Booth BM, Cuffel BJ. Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 1996;47:853-8.
56. Dixon L, Hass G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148:224-30.
57. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction*. 2005;100:354-66.

58. Connors GJ, Allen JP, Cooney NL, DiClemente CC, Tonigan JS, Anton RF. Assessment issues and strategies in alcoholism treatment matching research. *Journal of Studies on Alcohol – Supplement*. 1994;12:92-100.
59. The COMBINE Study Research Group. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence: rationale and methods. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2003;27:1107-22.
60. Moyers TB, MillerWR, Hendrickson SML. How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill as a predictor of client behavior within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73:590-8.
61. Miller WR, Benefield RG, Tonigan, JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61:455-61.
62. Haddock G, Barrowclough C, Tarrrier N, Moring J, O'Brien R, Schofield N, et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse 18-month outcomes of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2003;183:418-426.
63. Hulse GK, Tait RJ. Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Addiction*. 2003;98:1061-8.
64. Helmus TC, Saules K, Schoener EP, Roll JM. Reinforcement of counseling attendance and alcohol abstinence in a community-based dual-diagnosis treatment program: a feasibility study. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2003;17:249-51.



100 Εξαοτήσεις



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΡΘΡΩΝ
ABSTRACTS

4

Θ Ε Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Α

ΑΛΚΟΟΛ - ALCOHOL

Οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ και κανονισμοί για το αλκοόλ: Πότε θα μάθουν οι κυβερνήσεις;

Drink driving, and the regulates of drinking: when will governments learn?

Ross Homel [σ. 105]

Με πόσα ποτά αισθάνεσαι ότι μέθυσες; Τάσεις και παράγοντες πρόβλεψης της έννοιας της μέθης

How many drinks does it take you to feel drunk? Trends and predictors for subjective drunkenness

William C. Kerr, Thomas K. Greenfield and Lorraine T. Midanik [σ. 107]

Μια ανάλυση χρονοσειράς της επίδρασης που έχει η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ στους θανάτους από ανθρωποκτονίες και αυτοκτονίες στη Ρωσία για το χρονικό διάστημα 1956-2002

A time-series analysis of the impact of heavy drinking on homicide and suicide mortality in Russia, 1956-2002

William Alex Pridemore & Mitchell B. Chamlin [σ. 108]

Η κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ και η απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας

Per capita alcohol consumption and sickness absence

Thor Norström [σ. 109]

ΗΡΩΙΝΗ, ΚΑΝΝΑΒΗ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ- HEROIN, CANNABIS AND OTHER DRUGS

Η επιλεκτική προσοχή, σε ερεθίσματα που σχετίζονται με την ηρωίνη, προβλέπει την υποτροπή στη χρήση ηρωίνης μετά τη θεραπεία

Attentional bias predicts heroin relapse following treatment

Marlies A.E. Marissen, Ingmar H.A. Franken, Andrew J. Waters, Peter Blanken, Wim van den Brink, Vincent M. Hendriks [σ. 110]

Παράλληλη χρήση και επιλογή για τη σειρά χρήσης της κοκαΐνης και του αλκοόλ: Συμπεριφορικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους χρήστες κοκαΐνης κρακ και κοκαΐνης σε σκόνη

Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder

Michael Gossop, Victoria Manning, Gayle Ridge [σ. 111]

Τα διεγερτικά αποτελέσματα της MDMA 75mg και της μεθυλικής φαινουδάτης 20mg στην οδήγηση κατά την τοξίκωση και το στερητικό σύνδρομο

Stimulant effects of MDMA 75mg and methylphenidate 20mg on actual driving during intoxication and withdrawal

Ramaekers JG, Kuypers KPC, Samyn N [σ. 112]

Μια ομαδική μελέτη προοπτικής για την υποκατάσταση χορηγούμενης ηρωίνης από το στόμα σε άτομα με σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης από τα οπιοειδή
A prospective cohort study on orally administered heroin substitution for severely addicted opioid users

Ulrich Frick, Jürgen Rehm, Susanne Kovacic, Jeannine Ammann, Ambros Uchtenhagen [σ. 113]

Το κρακ στον Καναδά: Συγκρίνοντας χρήστες κρακ με άτομα που δεν κάνουν χρήση αυτής της ουσίας σε μια ομάδα από χρήστες παράνομων οπιούχων σε διαφορετικές πόλεις του Καναδά

Crack across Canada: Comparing crack users and non-crack users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users

Benedikt Fischer, Jürgen Rehm, Jayadeep Patra, Kate Kalousek, Emma Haydon, Mark Tyndall, Nady El-Guebaly [σ. 114]

Συγκριτική μελέτη καρδιακής παθολογίας ανάμεσα σε θανάτους που οφείλονται στην τοξικότητα από κοκαΐνη, οπιοειδή αλλά και ανεξάρτητες από τα ναρκωτικά ουσίες

Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug related causes

Shane Darke, Sharlene Kaye & Johan Duflou [σ. 115]

ΚΑΠΝΟΣ - TOBACCO

Η έρευνα «ATTEMPT»: Μια πολυεθνική, διαχρονική μελέτη για τους παράγοντες πρόβλεψης, τα πρότυπα και τις συνέπειες στη διακοπή του καπνίσματος: Εισαγωγή και αξιολόγηση των μεθόδων συγκέντρωσης συμμετεχόντων και δεδομένων μέσω του διαδικτύου

The ATTEMPT cohort: A multinational longitudinal study of predictors, patterns, and consequences of smoking cessation: Introduction and evaluation of internet recruitment and data collection methods

Robert West, Alicia Gilsean, Florence Coste, Xiaolei Zhou, Remi Brouard, James Nonnemaker, Sue Curry & Sean D Sullivan [σ. 115]

Οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος μπορούν να μειώσουν με επιτυχία το κάπνισμα στους μεγαλύτερους σε ηλικία ενήλικες

Cessation of smoking interventions can successfully reduce smoking in older adults

RJ Tait, GK. Hulse, A Waterreus, L Flicker, NT Lautenschlager, K Jamrozik, OP Almeida [σ. 117]

ΑΛΛΑ ΘΕΜΑΤΑ - OTHER ISSUES

Η πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία σε σχέση με τη Μεθαδόνη στους εξαρτημένους από οπιοειδή ασθενείς
Methadone- associated Torsades de Pointes in opioid-dependent patients
Dan Justo, Amir Gal-Oz, Yael Paran, Yelena Goldin, David Zeltser [σ. 118]

Η επικράτηση ψυχωτικών συμπτωμάτων σε χρήστες μεθαμφεταμινών
The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users
Rebecca McKetin, Jennifer McLaren, Dan Lubman, and Leanne Hides [σ. 119]

Περιστατικά και παράγοντες κινδύνου για την ορομετατροπή της Ηπατίτιδας C σε ενδοφλέβιους χρήστες στην Αυστραλία
Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in injecting drug users in Australia
Maher Lisa, Jalaludin Bin, Chant Kerry G, Jayasuriya Rohan, Sladden Tim, Kaldor John M, Sargent Penny L. [σ. 120]

Η χρήση αναβολικών στον αθλητισμό: Εκτίμηση για τον αριθμό των περιπτώσεων που υποκρύπτονται και η πιθανότητα χρήσης αναβολικών ανά άτομο
Doping in fitness sports: Estimated number of unreported cases and individual probability of doping
Perikles Simon, Heiko Striegel, Fabian Aust, Klaus Dietz, Rolf Ulrich [σ. 121]

Ενδοφλέβια χρήση και χρήση συριγγών, σε περιβάλλον κινδύνου για μόλυνση από τον ιό HIV, στα σωφρονιστικά ιδρύματα της Ρωσίας: Ποσοτική έρευνα
Drug injecting and syringe use in the HIV risk environment of Russian penitentiary institutions: Qualitative study
Anya Sarang, Tim Rhodes, Lucy Platt, Evgeniya Koshkina, Olga Mikhailova, Venyamin Volnov, Dmitri Blagovo, Andrei Rylkov [σ. 122]

Συμβάλλει η παρέμβαση CARE-SHAKTI στη διατήρηση της περιορισμένης εξάπλωσης του ιού HIV στους ενδοφλέβιους χρήστες στην Ντάκα του Μπαγκλαντές; Could the CARE-SHAKTI intervention for injecting drug users be maintaining the low HIV prevalence in Dhaka, Bangladesh?
Anna Foss, Charlotte Watts, Peter Vickerman, Tasnim Azim, Lorna Guinness, Munir Ahmed, Andrea Rodericks and Smarajit Jana [σ. 122]

Διατροφικές διαταραχές και κατάχρηση ουσιών στο γυναικείο πληθυσμό του Καναδά: Μια εθνική μελέτη
Eating Disorders and Substance Abuse in Canadian women: A National Study
Piran & Gadalla [σ. 123]

ΑΛΚΟΟΛ - ALCOHOL

*Οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ και κανονισμοί για το αλκοόλ:
Πότε θα μάθουν οι κυβερνήσεις;*

Ross HOMEL*

*Μετάφραση Μαρία Σταϊκοπούλου
Translation Maria Staikourou*

Είχα την αίσθηση της επανάληψης μιας εμπειρίας καθώς διάβαζα το άρθρο των Chikritzhs & Stockwell^[1], που παρουσιάζεται σε αυτό το τεύχος του περιοδικού Addiction. Σχεδόν πριν από 20 χρόνια έκανα μαζί με τον Paul Wilson από το Ινστιτούτο Εγκληματολογίας της Αυστραλίας, μια αξιολόγηση των στοιχείων αναφορικά με τον τρόπο μείωσης των τροχαίων ατυχημάτων με τη θέσπιση και επιβολή των νόμων^[2,3] για λογαριασμό της Ομοσπονδιακής Υπηρεσίας για την Ασφάλεια των Δρόμων στην Αυστραλία. Η αξιολόγηση ήταν αναλυτική και διερευνούσε τα πρόσφατα μοντέλα αποτροπής των τροχαίων ατυχημάτων όπως επίσης και την αυξανόμενη βιβλιογραφία για τη σχέση μεταξύ της διαθεσιμότητας του αλκοόλ και των τροχαίων ατυχημάτων. Εκείνη την εποχή διέπρεπε η ερευνητική κοινότητα της Δυτικής Αυστραλίας και τα άρθρα του Ian Smith ήταν από τα πιο ενδιαφέροντα.

Σε μια από τις πρώτες μελέτες του, ο Smith^[4] αξιολόγησε τα αποτελέσματα που είχε ο νόμος της 7ης Ιουλίου 1970, που νομιμοποίησε την πώληση και διάθεση αλκοόλ τις Κυριακές στην ευρύτερη περιοχή του Περθ, στα θανατηφόρα τροχαία και τους τραυματισμούς από τροχαία ατυχήματα. Ευτυχώς, για το πιλοτικό στάδιο της έρευνας, η πώληση και διάθεση αλκοόλ τις Κυριακές** πραγματοποιούνταν και στην υπόλοιπη Δυτική Αυστραλία κατά τη διάρκεια της έρευνας (3 χρόνια πριν και μετά το νόμο). Τα ατυχήματα που συνέβαιναν τις υπόλοιπες 6 ημέρες της εβδομάδας χρησιμοποιούνταν επίσης ως ομάδα ελέγχου για παράγοντες όπως η πυκνότητα της κυκλοφορίας. Ο Smith συμπέρανε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν σύμφωνα, αλλά δεν αποδείκνυαν, την υπόθεση ότι η καθιέρωση της πώλησης και της διάθεσης αλκοόλ τις Κυριακές στην περιοχή του Περθ είχε αρνητικά αποτελέσματα στην οδική ασφάλεια. Μια σειρά από μετέπειτα έρευνες που διεξήγαγε ο Smith με παρόμοια πειράματα μέσω παρατήρησης σε διάφορα μέρη της Αυστραλίας οδήγησαν στα ίδια συμπεράσματα αν και η προτίμησή του για τα απλά πριν-και-μετά τεστ χρησιμοποιώντας αναλύσεις χ^2 παρά μεθόδους χρονοσειράς που ελέγχουν καλύτερα την ιστορική και τυχαία μεταβλητότητα, περιόρισαν τον επιστημονικό αντίκτυπο των ευρημάτων του.

Οι Chikritzhs & Stockwell^[1] αναφέρουν τις έρευνες του Smith και τις επικρίνουν σωστά για τους μεθοδολογικούς τους περιορισμούς. Το άρθρο τους με την προσεκτική ανάλυση των κινδύνων για την εσωτερική εγκυρότητα με τη χρήση μεθόδων χρονοσειράς που

* Key Centre for Ethics, Law, Justice and Governance, Mt Gravatt Campus, Griffith University, 170 Kessels Road, Nathan, QLD 41111 Australia
Email: r.homel@griffith.edu.au

** ΣτΜ. Μέχρι την ψήφιση του νόμου της 7ης Ιουλίου 1970, η πώληση και διάθεση αλκοόλ στην Αυστραλία επιτρεπόταν μόνο Δευτέρα έως Σάββατο και ώρες 10:00-18:00

περιλαμβάνουν στοιχεία από την αστυνομία σχετικά με το τελευταίο σημείο που ήπιαν οι οδηγοί, οι οποίοι ενεπλάκησαν σε κάποιο τροχαίο ατύχημα και την ξεχωριστή ανάλυση των στοιχείων από την αγορά οινοπνευματωδών ποτών από τα ξενοδοχεία, δείχνει σημαντική πρόοδο της δουλειάς του Smith και παρουσιάζεται, στις περισσότερες δημοσιευμένες μελέτες που αναφέρουν το θέμα της διαθεσιμότητας του αλκοόλ. Ωστόσο, πρέπει να σημειώσουμε ότι τα συμπεράσματα των Chikritzhs & Stockwell δεν διαφέρουν πολύ από τα συμπεράσματα του Smith.

Η εμπιστοσύνη που έχουμε στα αποτελέσματα είναι τώρα μεγαλύτερη, ωστόσο το ουσιαστικό μήνυμα είναι το ίδιο: η απελευθέρωση της κατανάλωσης αλκοόλ που κέρδιζε έδαφος το τελευταίο τέταρτο του αιώνα στο όνομα της οικονομικής αποδοτικότητας και η ανταγωνιστική αγορά είχαν αρνητικά αποτελέσματα για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια. Αυτό είναι ένα μήνυμα που οι περισσότεροι πολιτικοί δεν θέλουν να ακούσουν και όσοι έχουν εκπαιδευτεί στα οικονομικά και επιβάλλουν τους νόμους για τον ανταγωνισμό και την αποδοτικότητα δεν το πιστεύουν.

Ένας από τους σύγχρονους συγγραφείς, ο Tim Stockwell^[5], συντόνισε και έγραψε το μεγαλύτερο μέρος μιας από τις μεγαλύτερες και πιο έγκυρες έρευνες του ρυθμιστικού πλαισίου για το αλκοόλ των τελευταίων χρόνων. Πιστεύω ότι ο Tim θα συμφωνούσε πως τη δεκαετία που ακολούθησε, τα περισσότερα από τα στοιχεία αυτής της έρευνας αγνοήθηκαν από τις αρμόδιες υπηρεσίες. Οι αρμόδιοι κατάφεραν να κρυφτούν, σε κάποιο βαθμό, πίσω από τους απόλυτα αιτιολογημένους περιορισμούς και προφυλάξεις βάσει των οποίων γράφονται όλα τα επιστημονικά άρθρα, αν και οι νέες έρευνες που παρουσιάζονται σε αυτό το άρθρο θα κάνουν δυσκολότερη τη διαδικασία στο μέλλον. Ωστόσο, αυτό δεν αποτελεί την ουσία του προβλήματος. Το πραγματικό πρόβλημα είναι ότι δεν έχουμε ένα κοινό θεωρητικό πλαίσιο για το διάλογο.

Ίσως, η μεγαλύτερη ανάγκη για περαιτέρω έρευνα έχει σχεδιαστεί με στόχο τη δημιουργία αυτού του πιο συνεκτικού θεωρητικού πλαισίου, που αφορά την ανάλυση των ρυθμιστικών διαδικασιών, συμπεριλαμβάνοντας σαφείς συνδέσεις με την αυξανόμενη βιβλιογραφία για τη ρύθμιση του εμπορίου. Συγκεκριμένα, η γνωστή αντιπαράθεση μεταξύ των υποστηρικτών της απελευθέρωσης στο όνομα της οικονομικής αποδοτικότητας και των υποστηρικτών της εκ νέου ρύθμισης για το κοινό συμφέρον, που αποτελεί θέμα στο βιβλίο του Stockwell και σε πολλές άλλες μελέτες, πρέπει να εξεταστεί υπό το πρίσμα εννοιών όπως η θεμελιώδης προσέγγιση του Shearing. Από αυτήν την άποψη δεν υπάρχει διαφυγή από την αναγκαιότητα για ρύθμιση, αλλά ο «ρυθμιστικός χώρος» ως σύνολο θα πρέπει να αποτελέσει το κύριο θέμα της πολιτικής. Το κράτος δεν είναι ο βασικός παίκτης σε αυτήν την προσέγγιση, αλλά μοιράζεται το χώρο με πολλά ρυθμιστικά συστήματα που λειτουργούν ταυτόχρονα. Οι βασικοί παράγοντες είναι ο ιδιωτικός τομέας και οι ομάδες δημόσιου συμφέροντος [7] όπου ή κάθε μία πλευρά κατέχει κάποιο είδος νομιμότητας και νομικής υπόστασης. Το πιο σημαντικό από όλα είναι ότι η θεμελιώδης προσέγγιση της ρύθμισης αποτελεί ξεκάθαρα μια δημιουργική δραστηριότητα που προωθεί ορισμένα αποτελέσματα, αντί να επικεντρώνεται στη συμμόρφωση με τους κανονισμούς και φαίνεται ότι παρεμβαίνει με τις παραγωγικές δυνάμεις της αγοράς, χαρακτηριστικό γνώρισμα του νομικίστικου ή του μοντέλου ελέγχου που ακόμα κυριαρχεί στον τομέα του αλκοόλ.

Ποια αποτελέσματα θα επιθυμούσαν όλοι οι παίκτες που ρυθμίζουν το παιχνίδι του αλκοόλ; Σίγουρα το πιο βασικό είναι η προσέγγιση του κοινού, ότι όλοι πρέπει να περνούν κα-

λά, το προϊόν είναι η διασκέδαση. Ένα άλλο βασικό αποτέλεσμα θα είναι το κέρδος, που αποτελεί την προσέγγιση της βιομηχανίας, και ολοένα και περισσότερο της κυβέρνησης. Τέλος, ένα αποτέλεσμα με το οποίο όλοι θα συμφωνήσουν, θεωρητικά, είναι ότι κανένας δεν πρέπει να τραυματιστεί, κάτι που αποτελεί βασικό στοιχείο προσέγγισης της δημόσιας υγείας. Το πρόβλημα είναι η δημιουργία ενός συστήματος ρύθμισης που να επιτυγχάνει και τα τρία αποτελέσματα και έτσι να συνεισφέρει στην παραγωγικότητα και στην υγεία της χώρας.

Το άρθρο των Chikritzhs & Stockwell [1], με το να αναφέρει πειστικά στοιχεία για τις συνέπειες στη δημόσια υγεία από την αυξημένη διαθεσιμότητα του αλκοόλ μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά σε αυτό το στόχο.

Παραπομπές

1. Chikritzhs T., Stockwell T. The impact of later trading hours for hotels on levels of impaired driver road crashes and driver breath alcohol levels. *Addiction* 2006; 101: 1254-1264.
2. Homel R., Wilson P. *Death and injury on the road: Critical issues for legislative action and law enforcement*. Canberra: Australian Institute of Criminology; 1987.
3. Homel R., Wilson P. Law and road safety: strategies for modifying the social environment, with particular reference to alcohol control *policies*. *Aust NZ J Criminol* 1988; 21: 104-16.
4. Smith D.I. Before and after comparisons of the introduction of Sunday sessions in the Perth Metropolitan Area from the viewpoint of traffic safety. Perth, Western Australia; Research and Statistics Division, Road Traffic Authority; 1976.
5. Stockwell T., editor. *An examination of the appropriateness and Efficacy of Liquor-Licensing Laws Across Australia*. Canberra: Australian Government Publishing Service; 1994.
6. Shearing C. a constitutive conception of regulation. In: Grabosky P., Braithwaite J., editors. *Business regulation and Australia's future*. Canberra: Australian Institute of Criminology; 1993, p. 67-80.
7. Ayres I., Braithwaite J. *Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate*. New York: Oxford University Press; 1992.

"Drink driving, and the regulates of drinking: when will governments learn?"
Addiction, Vol. 101, No 9, September 2006

Με πόσα ποτά αισθάνεσαι ότι μέθυσες; Τάσεις και παράγοντες πρόβλεψης της έννοιας της μέθης

WILLIAM C. KERR, THOMAS K. GREENFIELD AND LORRAINE T. MIDANIK

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη
Translation Georgia Christofili

Στόχοι: Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψει και να υποδείξει τις πηγές της διαφορετικής ερμηνείας αλλά και τις τάσεις που επικρατούν σχετικά με την έννοια της μέθης.

Σχεδιασμός: Ανάλυση των τάσεων σε τρεις συγχρονικές μελέτες.

Χώρος: Γενικός πληθυσμός στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Συμμετέχοντες: Όσοι ανέφεραν ότι είχαν μεθύσει τον προηγούμενο χρόνο, στις Εθνικές Έρευνες για το Αλκοόλ το 1979, το 1995 και το 2000.

Μετρήσεις: Ο αριθμός των ποτών σύμφωνα με τον οποίο το άτομο εκτιμούσε ότι είχε μεθύσει (εξαρτημένη μεταβλητή), μετρήσεις της κατανάλωσης αλκοόλ τον περασμένο χρόνο, ποτό προτίμησης, όριο περιεκτικότητας του αίματος σε αλκοόλ ανά πολιτεία και δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Ευρήματα: Η μέση αναφερθείσα ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ μέχρι την εκτίμηση της μέθης είχε μεγάλη απόκλιση από έρευνα σε έρευνα, ενώ ήταν σημαντικά χαμηλότερη για τις γυναίκες. Επίσης, σημαντικές διαφοροποιήσεις εντοπίστηκαν και μέσα στις ίδιες έρευνες, κάτι που εξηγήθηκε ως ένα βαθμό από τις διαθέσιμες μεταβλητές. Η ποσότητα του αλκοόλ και η σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ εμφάνισαν θετική συσχέτιση με τον αριθμό των ποτών μέχρι να εκτιμηθεί η κατάσταση μέθης. Οι καλές ακαδημαϊκές επιδόσεις, όπως επίσης η κατανάλωση κρασιού, η προχωρημένη ηλικία, η αφροαμερικάνικη καταγωγή και η περίσταση μέθης συχνότερα από μια φορά το μήνα εμφάνισαν αρνητική συσχέτιση. Η διαβίωση σε μια πολιτεία, όπου το όριο περιεκτικότητας του αίματος σε αλκοόλ κατ' άτομο ήταν 0,08%, εμφάνισε αρνητική συσχέτιση για τους άνδρες.

Συμπεράσματα: Μια σημαντική μεταβολή προς τα κάτω, όσον αφορά την έννοια της μέθης, σημειώθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες ανάμεσα στο 1979 και το 2000. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί, εν μέρει, από τη βελτίωση των ακαδημαϊκών επιτευγμάτων, την ωρίμανση του πληθυσμού, την απόκλιση της κατά κεφαλήν κατανάλωσης αλκοόλ και τις αλλαγές τις πολιτικής για το αλκοόλ προς ένα χαμηλότερο όριο στην περιεκτικότητα του αίματος σε αλκοόλ κατά την οδήγηση σε συνδυασμό με αυστηρότερες ποινές, επιβολή και ενημέρωση.

Λέξεις κλειδιά: μέθη, τάσεις, Quantile Regression, χρήση αλκοόλ, οδήγηση σε κατάσταση μέθης

"How many drinks does it take you to feel drunk? Trends and predictors for subjective drunkenness"
Addiction Vol. 101, No 10, October 2006

Μια ανάλυση χρονοσειράς της επίδρασης που έχει η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ στους θανάτους από ανθρωποκτονίες και αυτοκτονίες στη Ρωσία για το χρονικό διάστημα 1956-2002

WILLIAM ALEX PRIDEMORE & MITCHELL B. CHAMLIN

Μετάφραση Μαρία Σταϊκοπούλου
Translation Maria Staikourou

Στόχος: Η μελέτη της επίδρασης που έχει η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ στους θανάτους από ανθρωποκτονίες και αυτοκτονίες στη Ρωσία για το χρονικό διάστημα 1956-2002.

Μετρήσεις και Σχεδιασμός: Η θνησιμότητα που σχετίζεται με το αλκοόλ χρησιμοποιήθηκε ως δείκτης της μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ. Χρησιμοποιήσαμε τεχνικές ανάλυσης χρονοσειράς ARIMA, για να διαμορφώσουμε συνολικούς και ανάλογα με το φύλο συσχετισμούς για το

αλκοόλ και τις ανθρωποκτονίες και για το αλκοόλ και τις αυτοκτονίες στο γενικό πληθυσμό.

Ευρήματα: Βρήκαμε ότι υπάρχει μια θετική και σημαντική σχέση τόσο μεταξύ του αλκοόλ και των ανθρωποκτονιών όσο και μεταξύ του αλκοόλ και των αυτοκτονιών. Ωστόσο, στις μεταβλητές αυτές δεν παρατηρήθηκε κάποια αυτοσυσχέτιση. Αυτά τα αποτελέσματα ίσχυαν για τους συνολικούς αλλά και τους συσχετισμούς ανάλογα με το φύλο.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα προσέφεραν συγκλίνουσα εγκυρότητα της σχέσης αλκοόλ-αυτοκτονιών στη Ρωσία με τα αποτελέσματα του Nemtsov^[1] και της σχέσης αλκοόλ-ανθρωποκτονιών που βρέθηκαν σε συγχρονικές αναλύσεις στη Ρωσία. Τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ, των ανθρωποκτονιών και των αυτοκτονιών στη Ρωσία είναι από τα υψηλότερα στον κόσμο και τα περισσότερα στοιχεία για τα αρνητικά αποτελέσματα της κατανάλωσης, στον κοινωνικό ιστό της χώρας, αποκαλύπτουν την ανάγκη για παρέμβαση σε πολλαπλά επίπεδα.

Λέξεις κλειδιά: αλκοόλ, μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, ανθρωποκτονίες, αυτοκτονίες, Ρωσία

"A time-series analysis of the impact of heavy drinking on homicide and suicide mortality in Russia, 1956-2002"
Addiction, Vol. 101, No 12, December 2006

Η κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ και η απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας

THOR NORSTRÖM

Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation Alexandra Tzala

Στόχος: Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν ο προσδιορισμός της σχέσης μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας στη Σουηδία.

Δεδομένα και μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκαν δυο δείκτες για την απουσία από την εργασία, ο ένας βασίζεται σε στοιχεία για την ασθένεια από τους ασφαλιστικούς φορείς και ο άλλος σε δεδομένα ερευνών που έγιναν στο εργατικό δυναμικό. Η κατανάλωση αλκοόλ μετρήθηκε από τις πωλήσεις καθαρού αλκοόλ ανά κάτοικο άνω των 15 ετών. Συμπεριλήφθηκαν δυο μακροοικονομικοί δείκτες ως ελεγχόμενες μεταβλητές: η ανεργία και οι καθαρές μισθολογικές αποδοχές, αφού οι αλλαγές στην οικονομία μπορεί να επηρεάσουν την κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και την απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μεταξύ 1935-2002. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο Box-Jenkins για αναλύσεις χρονοσειράς.

Ευρήματα: Η αύξηση ανά λίτρο στη συνολική κατανάλωση αλκοόλ σχετίστηκε με 13% αύξηση των απουσιών σε ποσοστό 13% από την εργασία λόγω ασθένειας στους άνδρες ($p < 0.05$). Η σχέση αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική για τις γυναίκες.

Συμπεράσματα: Προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι η συνολική κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με ένα μεγάλο αριθμό δεικτών βλάβης, όπως η κίρρωση του ήπατος και η θνησιμότητα λόγω ατυχήματος. Τα παρόντα ευρήματα προσθέτουν έναν ακόμη δείκτη στη λίστα.

"Per capita alcohol consumption and sickness absence"
Addiction, Vol. 101, No. 10, October 2006

ΗΡΩΙΝΗ, KANNABH ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ - HEROIN, CANNABIS AND OTHER DRUGS

Η επιλεκτική προσοχή, σε ερεθίσματα που σχετίζονται με την ηρωίνη, προβλέπει την υποτροπή στη χρήση ηρωίνης μετά τη θεραπεία

MARLIES A.E. MARISSSEN, INGMAR H.A. FRANKEN, ANDREW J. WATERS, PETER BLANKEN,
WIM VAN DEN BRINK, VINCENT M. HENDRIKS

Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα
Translation Alexandra Tzala

Στόχοι: Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι, τα άτομα με εξάρτηση από την ηρωίνη, που απέχουν από τη χρήση, παρουσιάζουν επιλεκτική προσοχή σε ερεθίσματα που σχετίζονται με την ηρωίνη. Έχει αναφερθεί ότι η επιλεκτική προσοχή μπορεί να εκφράζει τη ροπή προς την υποτροπή χρήσης ουσιών. Στην παρούσα μελέτη, εξετάστηκε η αξία που έχει η πρόγνωση της επιλεκτικής προσοχής σε ερεθίσματα που σχετίζονται με την ηρωίνη, πριν από τη θεραπεία, για την υποτροπή σε έναν πληθυσμό από άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη που απέχουν από τη χρήση. Στη συνέχεια, εξετάστηκε η επίδραση της Θεραπείας Έκθεσης στα Ερεθίσματα (CET) στην επιλεκτική προσοχή.

Σχεδιασμός: Οι συμμετέχοντες τοποθετήθηκαν τυχαία, για να παρακολουθήσουν εννιά συνεδρίες Θεραπείας Έκθεσης στο Ερέθισμα ή εικονικής ψυχοθεραπείας.

Χώρος: Ένα θεραπευτικό πλαίσιο διαμονής για την κατάχρηση ουσιών.

Συμμετέχοντες: Άτομα με εξάρτηση από την ηρωίνη που απέχουν από τη χρήση.

Μετρήσεις: Οι συμμετέχοντες πραγματοποίησαν το Τεστ του "Stroop" για τα συναισθήματα πριν και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους.

Ευρήματα: Η επιλεκτική προσοχή πριν από τη θεραπεία προέβλεψε την υποτροπή στους τρεις μήνες της συνεχιζόμενης έρευνας μετά τη θεραπεία, ακόμα και μετά τον έλεγχο όσων αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες για έντονη επιθυμία χρήσης κατά τη δοκιμαστική συνεδρία. Επιπλέον, η επιλεκτική προσοχή μειώθηκε και στις δυο ομάδες μετά τη θεραπεία, ανεξάρτητα από τις συνθήκες της θεραπείας.

Συμπεράσματα: Η επιλεκτική προσοχή μπορεί να αποτελεί σημαντικό στοιχείο της εξάρτησης από ουσίες, καθώς είναι παράγοντας πρόβλεψης για την υποτροπή σε οπιούχα. Ωστόσο, η Θεραπεία της Έκθεσης στο Ερέθισμα δεν μειώνει την επιλεκτική προσοχή.

Λέξεις κλειδιά: εξάρτηση, επιλεκτική προσοχή, ηρωίνη, υποτροπή, το Τεστ του "Stroop"

"Attentional bias predicts heroin relapse following treatment"
Addiction, Vol. 101, No. 9, September 2006

Παράλληλη χρήση και επιλογή για τη σειρά χρήσης της κοκαΐνης και του αλκοόλ: συμπεριφορικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους χρήστες κοκαΐνης κρακ και κοκαΐνης σε σκόνη

MICHAEL GOSSOP, VICTORIA MANNING, GAYLE RIDGE

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη

Translation Georgia Christofili

Στόχοι: Η μελέτη διερευνά τους τρόπους χρήσης κοκαΐνης και αλκοόλ, όταν οι ουσίες χρησιμοποιούνταν ξεχωριστά, τη σειρά χρήσης αλκοόλ και κοκαΐνης, όταν οι δυο ουσίες λαμβάνονταν παράλληλα και την τροποποίηση των δόσεων, όταν οι δυο ουσίες λαμβάνονταν παράλληλα. Ακόμη, διερευνά σε βάθος τις διαφορές στη συνδυαστική χρήση των δύο ουσιών των χρηστών κοκαΐνης σε σκόνη και κοκαΐνης κρακ.

Σχεδιασμός: Τα κριτήρια για συμμετοχή στη μελέτη ήταν η χρήση αλκοόλ και κοκαΐνης (τις τελευταίες 30 ημέρες). Οι συμμετέχοντες στη μελέτη (n=102) εντοπίστηκαν τόσο μέσα από κλινικές όσο και εκτός. Τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν με ατομικές συνεντεύξεις.

Ευρήματα: Οι χρήστες κοκαΐνης σε σκόνη και κοκαΐνης κρακ δήλωσαν διαφορετικούς τρόπους συνδυασμού της χρήσης κοκαΐνης και αλκοόλ. Οι χρήστες κοκαΐνης σε σκόνη είχαν την τάση να λαμβάνουν αυξημένες δόσεις τόσο αλκοόλ όσο και κοκαΐνης, όταν έκαναν συνδυασμό των ουσιών. Κατά τη διάρκεια επεισοδίων μεγάλης δόσης οι χρήστες κρακ έκαναν χρήση μικρότερων ποσοτήτων αλκοόλ από ό,τι συνήθως. Οι χρήστες κοκαΐνης σε σκόνη έκαναν συνήθως παράλληλα χρήση κοκαΐνης και αλκοόλ, ενώ οι χρήστες κοκαΐνης κρακ έκαναν συνήθως χρήση αλκοόλ μετά τη χρήση κρακ.

Συμπεράσματα: Οι παρατηρηθείσες διαφορές δεν μπορούν να κατανοηθούν πλήρως, ωστόσο, είναι πιθανόν να επηρεάζονται από τις ποικίλες επιδράσεις, λόγω του διαφορετικού τρόπου χρήσης της ουσίας, στην απορρόφηση, τη βιοδιαθεσιμότητα και την ισορροπία των συναισθημάτων ευφορίας/δυσφορίας. Οι ερευνητικές μελέτες για τη συνδυασμένη χρήση κοκαΐνης και αλκοόλ θα πρέπει να διαχωρίζουν σαφώς τους διαφορετικούς τρόπους χρήσης της κοκαΐνης, κάτι που θα πρέπει να διευκρινίζεται στην περιγραφή του δείγματος των συμμετεχόντων.

Λέξεις κλειδιά: κοκαΐνη, αλκοόλ, παράλληλη χρήση, τρόπος χρήσης, κοκαΐνη/αλκοόλ

"Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder"
Addiction, Vol. 101, No 9, September 2006

Τα διεγερτικά αποτελέσματα της MDMA 75mg και της μεθυλικής φαινοδάτης 20mg στην οδήγηση κατά την τοξίκωση και το στερητικό σύνδρομο

RAMAEKERS JG, KUYPERS KPC, SAMYN N

Μετάφραση Μαρία Σταϊκοπούλου

Translation Maria Staikoroulou

Ιστορικό: Η 3,4-μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA) αποτελεί σήμερα ένα από τα πιο δημοφιλή ναρκωτικά στην Ευρώπη. Η αυξημένη χρήση της κατά την τελευταία δεκαετία έχει προκαλέσει ανησυχία για τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις στην οδήγηση. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση των έντονων επιδράσεων της MDMA στη συμπεριφορά στην οδήγηση κατά τις φάσεις της τοξίκωσης και του στερητικού συνδρόμου.

Μέθοδος: Συμμετείχαν δεκαοκτώ χρήστες MDMA που έκαναν χρήση για ψυχαγωγικούς λόγους (9 άντρες, 9 γυναίκες) ηλικίας 21-39 ετών, όπου κανείς συμμετέχοντας δεν γνώριζε σε ποια ομάδα ανήκε, είτε στην ομάδα ελέγχου είτε στην πειραματική, διασταυρούμενη με τρεις τρόπους, ελεγχόμενου εικονικού φαρμάκου έρευνα. Την Πρώτη Ημέρα της θεραπείας (φάση τοξίκωσης) χορηγήθηκαν 75mg MDMA, 20mg μεθυλική φαινοδάτη και εικονικά φάρμακα. Πραγματοποιήθηκαν εξετάσεις οδήγησης σε διάστημα 3-5 ωρών μετά τη λήψη του ναρκωτικού. Οι συμμετέχοντες επέστρεψαν την επόμενη ημέρα για επανάληψη της εξέτασης οδήγησης, σε διάστημα 27-29 ωρών μετά τη λήψη του ναρκωτικού (φάση στερητικού συνδρόμου). Η εξέταση οδήγησης περιλάμβανε την Εξέταση Εντοπισμού Πορείας και την Εξέταση Ακολουθίας Αυτοκινήτου. Οι κύριες παράμετροι ήταν η σταθερή απόκλιση της πλευρικής θέσης (SDLP), η προσαρμογή χρόνου και επιτάχυνσης (TSA), ο χρόνος αντίδρασης πέδησης (BRT) και το αποτέλεσμα.

Ευρήματα: Οι ουσίες MDMA και μεθυλική φαινοδάτη μείωσαν σημαντικά την απόκλιση της πλευρικής θέσης στην Εξέταση Εντοπισμού Πορείας κατά 2 εκατοστά περίπου σε σχέση με τα εικονικά φάρμακα (φάση τοξίκωσης). Επιπλέον, η τοξίκωση από MDMA μείωσε την απόδοση στην Εξέταση Ακολουθίας Αυτοκινήτου, όπως έδειξε η σημαντική αύξηση των λαθών στις αντιδράσεις των συμμετεχόντων κατά τη μείωση της ταχύτητας του προπορευόμενου οχήματος. Η οδηγική απόδοση δεν επηρεάστηκε από τις θεραπείες κατά τη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου τη Δεύτερη Ημέρα.

Συμπέρασμα: Συγκεντρωτικά, αυτά τα στοιχεία δείχνουν ότι η MDMA αποτελεί μια διεγερτική ουσία που μπορεί να βελτιώσει την απόδοση σε ορισμένες φάσεις της εξέτασης στην οδήγηση, όπως στον εντοπισμό της πορείας, αλλά μπορεί να μειώσει την απόδοση σε άλλα σημεία, όπως στην ακρίβεια της προσαρμογής της ταχύτητας όταν υπάρχει προπορευόμενο όχημα.

Λέξεις κλειδιά: MDMA, μεθυλική φαινοδάτη, διεγερτικές ουσίες, οδήγηση

"Stimulant effects of MDMA 75mg and methylphenidate 20mg on actual driving during intoxication and withdrawal"
Addiction, Vol. 101, No. 11, November 2006

Μια ομαδική μελέτη προοπτικής για την υποκατάσταση χορηγούμενης ηρωίνης από το στόμα σε άτομα με σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης από τα οπιοειδή.

ULRICH FRICK, JÜRGEN REHM, SUSANNE KOVACIC, JEANNINE AMMANN,
AMBROS UCHTENHAGEN

Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα
Translation Alexandra Tzala

Στόχοι: Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας στη χορηγούμενη ηρωίνη (διακετυλομορφίνη DAM) σε μορφή χαπιού για τη θεραπεία υποκατάστασης σε άτομα με σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης από τα οπιοειδή.

Σχεδιασμός: Μια ανοιχτή, ομαδική μελέτη προοπτικής με δυο ομάδες που χωρίστηκαν με βάση τις διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και μια ομάδα ιστορικού ελέγχου: ομάδα χορήγησης χαπιών DAM έναντι της ομάδας χορήγησης χαπιών DAM σε συνδυασμό με την ενδοφλέβια χορήγηση DAM και/ή άλλων οπιοειδών. Περίοδος παρατήρησης ενός έτους.

Χώρος: Εικοσιένα ανοιχτά θεραπευτικά κέντρα του ελβετικού προγράμματος για τη θεραπεία της εξάρτησης από την ηρωίνη.

Συμμετέχοντες: 128 ασθενείς έλαβαν μόνο χάπια DAM, 237 ασθενείς έλαβαν χάπια DAM μαζί με ενδοφλέβια χρήση DAM και άλλων οπιοειδών.

Μετρήσεις: Υπολογίστηκε το ποσοστό συντήρησης μετά από ένα χρόνο, ο αριθμός των δύσκολων περιστατικών, η δοσολογία DAM στη διάρκεια του χρόνου, η υποκειμενική ανοχή στη φαρμακευτική αγωγή της μελέτης.

Ευρήματα: Στην Ανάλυση Πρόθεσης για Θεραπεία, τα ποσοστά συντήρησης ενός έτους μετά από ένα χρόνο στην ομάδα χορήγησης μόνο χαπιών DAM (0.804, 95%-C.I.=0.735-0.873), καθώς και στην ομάδα χορήγησης του συνδυασμού χαπιών και της ενδοφλέβιας χορήγησης ή άλλων οπιοειδών (0.843, 95%-C.I.=0.797-0.889), ήταν υψηλότερα σε σχέση με την ομάδα ιστορικού ελέγχου (ομάδα Ελβετών ασθενών που έκανε υποκατάσταση με ενδοφλέβια χορήγηση DAM, ποσοστό συντήρησης ενός έτους=0.70). Τα ποσοστά των πολύ δύσκολων περιστατικών κατά τη φαρμακευτική αγωγή (μόνο χάπια=0,038 ανά έτος χρήσης, χάπια σε συνδυασμό=0,028 ανά έτος χρήσης) ήταν συγκρίσιμα με τα ποσοστά της ομάδας του ελέγχου του ιστορικού των Ελβετών που έκαναν θεραπεία για τη χρήση ηρωίνης (0,043).

Συμπεράσματα: Τα χάπια DAM φαίνεται να είναι αποτελεσματικά και ασφαλή ως μέθοδος χρήσης στη θεραπεία υποκατάστασης της ηρωίνης. Είναι απαραίτητες οι τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές για τη σχετική αποτελεσματικότητά τους σε σύγκριση με άλλες ουσίες.

Λέξεις κλειδιά: εξάρτηση οπιοειδών, θεραπεία υποκατάστασης για ηρωίνη, χορήγηση από το στόμα, ανοιχτή, ομαδική, προοπτική μελέτη

"A prospective cohort study on orally administered heroin substitution for severely addicted opioid users"

Addiction, Vol. 101, No. 11, November 2006

Το κρακ στον Καναδά: Συγκρίνοντας χρήστες κρακ με άτομα που δεν κάνουν χρήση αυτής της ουσίας σε μια ομάδα από χρήστες παράνομων οπιούχων σε διαφορετικές πόλεις του Καναδά

BENEDIKT FISCHER, JÜRGEN REHM, JAYADEEP PATRA, KATE KALOUSEK, EMMA HAYDON, MARK TYNDALL, NADY EL-GUEBALY

Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα
Translation Alexandra Tzala

Στόχοι: Η εξέταση των πιθανών διαφορών ανάμεσα σε χρήστες κρακ και χρήστες που δεν κάνουν χρήση αυτής της ουσίας στον Καναδά.

Σχεδιασμός: Ομαδική μελέτη για τους χρήστες παράνομων οπιούχων και άλλων ουσιών σε πέντε πολιτείες του Καναδά.

Χώρος: Βανκούβερ, Εντμοντόν, Τορόντο, Μόντρεαλ και Κεμπέκ, Καναδάς.

Συμμετέχοντες: Τακτικοί χρήστες παράνομων οπιούχων και άλλων χρηστών παράνομων ουσιών που δεν βρίσκονται σε θεραπεία κατά το διάστημα της αξιολόγησης.

Μετρήσεις: Οι συμμετέχοντες (N=677) εξετάστηκαν κατά το αρχικό στάδιο (το έτος 2002) με ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στη διάρκεια της συνέντευξης, ένα εργαλείο ψυχιατρικής διάγνωσης (CIDI) και έλεγχο ύπαρξης αντισωμάτων στο σίελο για μολυσματικές ασθένειες.

Ευρήματα: Περίπου το μισό δείγμα χρηστών είχε κάνει χρήση κρακ τις τελευταίες 30 ημέρες, παρότι στα κυρίαρχα ποσοστά υπήρχαν πολλές διαφορές ανάμεσα στις πόλεις. Όταν οι χρήστες κρακ εξετάστηκαν στον πληθυσμό της έρευνας με τη διακριτή ανάλυση ήταν πιο πιθανό να: μην έχουν μόνιμη κατοικία, έχουν παράνομο εισόδημα και εισοδήματα από σεξουαλική εργασία, έχουν προβλήματα υγείας και αντισώματα Ηπατίτιδας C, χρησιμοποιούν κέντρα ημερήσιας φροντίδας, κάνουν χρήση ηρωίνης καθώς και να έχουν συλληφθεί και φυλακιστεί (κατά τον προηγούμενο χρόνο). Επίσης, ανέφεραν λιγότερο συχνά συμπτώματα κατάθλιψης και χρήσης Dilaudid (υδρομορφίνης) και αλκοόλ.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι χρήστες κρακ βιώνουν έντονη κοινωνική περιθωριοποίηση (και αυτό εκφράζεται μέσα από τα προβλήματα έλλειψης στέγης και μεγάλης εμπλοκής σε παράνομες δραστηριότητες) καθώς και σοβαρά προβλήματα υγείας σε σχέση με όσους δεν κάνουν χρήση κρακ στον Καναδά. Είναι επιτακτική η ανάγκη για την ανάπτυξη στοχοθετημένων παρεμβάσεων εξετάζοντας τη δυναμική της κοινωνικής περιθωριοποίησης αυτού του πληθυσμού.

Λέξεις κλειδιά: Καναδάς, χρήση Κρακ, περιθωριοποιημένοι πληθυσμοί, πρόληψη, Δημόσια Υγεία, κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες

"Crack across Canada: Comparing crack users and non-crack users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users"

Addiction, Vol. 101, No 12, December 2006

Συγκριτική μελέτη καρδιακής παθολογίας ανάμεσα σε θανάτους που οφείλονται στην τοξικότητα από κοκαΐνη, οπιοειδή αλλά και ανεξάρτητες από τα ναρκωτικά ουσίες

SHANE DARKE, SHARLENE KAYE & JOHAN DUFLOU

Μετάφραση Μαρία Σταϊκοπούλου

Translation Maria Staikopoulou

Στόχος: Η σύγκριση μεταξύ καρδιακής και εγκεφαλοαγγειακής παθολογίας για θανάτους που οφείλονται στην τοξικότητα από κοκαΐνη, στην τοξικότητα από οπιοειδή και στους θανάτους από απαγχονισμό, οι οποίοι ήταν τοξικολογικά αρνητικοί για κοκαΐνη/οπιοειδή.

Σχεδιασμός: Περίπτωση ελέγχου.

Ευρήματα: Η ομάδα της κοκαΐνης είχε σημαντικά μεγαλύτερες αναλογίες αριστερής κοιλιακής υπερτροφίας και ισχαιμικής καρδιακής πάθησης από τις ομάδες σύγκρισης. Παρατηρήθηκε επίσης αθηρωσκλήρωση της στεφανιαίας αρτηρίας σε σημαντικά μεγαλύτερες αναλογίες στους χρήστες κοκαΐνης από τις ομάδες σύγκρισης. Η ομάδα της κοκαΐνης ήταν πιθανότερο σε σχέση με τις ομάδες σύγκρισης να έχει αθηρωσκλήρωση στην αριστερή πρόσθια κατιούσα στεφανιαία αρτηρία, τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία και την περιστερωμένη αρτηρία. Μόνο στην αριστερή, πρόσθια, κατιούσα στεφανιαία αρτηρία η ομάδα της κοκαΐνης παρουσίασε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα μέτριας-μεγάλης αθηρωσκλήρωσης. Τα περιστατικά της κοκαΐνης είχαν επίσης σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εγκεφαλοαγγειακής αθηρωσκλήρωσης σε σχέση με τις ομάδες σύγκρισης.

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα της καρδιακής και εγκεφαλοαγγειακής παθολογίας ήταν υψηλότερα ανάμεσα στους χρήστες κοκαΐνης από τις ομάδες σύγκρισης. Τα υψηλά επίπεδα καρδιακής και εγκεφαλοαγγειακής παθολογίας στις περιπτώσεις κοκαΐνης δεν φαίνεται πως είναι προϊόντα ενός τρόπου ζωής βασισμένου στη χρήση ουσιών, αλλά συνδέονται συγκεκριμένα με την κοκαΐνη.

*“Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug related causes”
Addiction, Vol. 101, No 12, December 2006*

ΚΑΠΝΟΣ - TOBACCO

Η έρευνα “ATTEMPT”: Μια πολυεθνική, Διαχρονική μελέτη για τους Παράγοντες Πρόβλεψης, τα Πρότυπα και τις Συνέπειες στη Διακοπή του Καπνίσματος: Εισαγωγή και Αξιολόγηση των Μεθόδων Συγκέντρωσης Συμμετεχόντων και Δεδομένων μέσω του Διαδικτύου

ROBERT WEST, PHD, ALICIA GILSENAN, PHD, FLORENCE COSTE, MS, XIAOLEI ZHOU, MS, REMI BROUARD, MD, JAMES NONNEMAKER, PHD, SUE CURRY PHD, SEAN D SULLIVAN, PHD

Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation Alexandra Tzala

Στόχοι: Η έρευνα “ATTEMPT” οργανώθηκε με στόχο να σχεδιάσει το ιστορικό της διακοπής του καπνίσματος και των βραχύχρονων επιπτώσεων στην υγεία, καθώς και τα αποτε-

λέσματα στη χρήση ιατρικών μέσων από μια ομάδα ατόμων σε διαφορετικές χώρες. Αυτό το άρθρο περιγράφει τις μεθόδους συγκέντρωσης τη μετέπειτα παρακολούθησης, τα αρχικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού καθώς και τα ποσοστά απαντήσεων για το διάστημα ενός έτους.

Σχεδιασμός: “ATTEMPT” είναι μια συνεχιζόμενη, πολυεθνική, προοπτική, ομαδική μελέτη, που χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για τη συγκέντρωση συμμετεχόντων και τις αξιολογήσεις, με άμεση σύνδεση κάθε 3 μήνες για 2,5 χρόνια.

Χώρος: Οι συμμετέχοντες συγκεντρώθηκαν μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου από τους ήδη υπάρχοντες καταλόγους του διαδικτύου (Καναδάς [n=208], Γαλλία [n=201], Ηνωμένο Βασίλειο [n=200] και Η.Π.Α. [n=1400]).

Συμμετέχοντες: Στη μελέτη είχαν δικαίωμα συμμετοχής τα μέλη του καταλόγου ηλικίας 35 με 65 ετών, που κάπνιζαν τουλάχιστον 5 τσιγάρα την ημέρα και οι οποίοι στην αρχή ανέφεραν πως έχουν την πρόθεση να διακόψουν το κάπνισμα μέσα στους επόμενους τρεις μήνες.

Μετρήσεις: Οι μετρήσεις περιλάμβαναν: τις προσπάθειες για διακοπή, το βαθμό χρήσης καπνού, το ιστορικό καπνίσματος, την εξάρτηση από νικοτίνη και την επιθυμία για κάπνισμα, τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για τη διακοπή του καπνίσματος, τους λόγους για τη διακοπή ή την αποτυχία διακοπής, τις βραχύχρονες επιπτώσεις στην υγεία, τη χρήση ιατρικών μέσων, την ευημερία, την ανησυχία για την απόκτηση υπερβολικού βάρους, την πεποίθηση ότι δε θα πάρουν υπερβολικό βάρος, το σωματικό βάρος και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Επιπλέον, έγιναν αξιολογήσεις στο σπίτι από το προσωπικό σχετικά με το βάρος σε ένα τυχαίο δείγμα συμμετεχόντων από τις Η.Π.Α.

Ευρήματα: Η συγκέντρωση των στοιχείων ολοκληρώθηκε για κάθε χώρα ξεχωριστά σε διάστημα 17 ημερών. Από τη μέθοδο συγκέντρωσης δημιουργήθηκε ένα δείγμα με γενικά χαρακτηριστικά παρόμοια με εκείνα που βρέθηκαν στις εθνικές εκτιμήσεις για τους καπνιστές, εκτός από αυτά στα οποία υπερισχύει η παχυσαρκία σε δείγματα από τις Η.Π.Α. και τον Καναδά των υψηλότερων μορφωτικών επιπέδων. Στο τέλος του πρώτου έτους, το ποσοστό απαντήσεων ήταν 52%, ενώ υπήρχαν λίγα στοιχεία για διαφορικές απώλειες κατά τη συνεχιζόμενη παρακολούθηση βάσει των κύριων χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Οι αναφορές της μελέτης για το βάρος βρέθηκαν να έχουν υψηλό συσχετισμό με τις μετρήσεις βάρους κατά τη διάρκεια των κατ’ οίκον επισκέψεων.

Συμπεράσματα: Αυτό το άρθρο δείχνει την ευκολία εγγραφής και παρακολούθησης μιας πολύμορφης ομάδας καπνιστών με αναφορές των ιδίων στην υγεία και στις μετρήσεις της συμπεριφοράς μέσω του διαδικτύου.

Λέξεις κλειδιά: διακοπή καπνίσματος, διαχρονική μελέτη, επιπτώσεις στην υγεία, διαδίκτυο, οικονομικά

*“The ATTEMPT Cohort: A multinational longitudinal study of predictors, patterns, and consequences of smoking cessation: Introduction and evaluation of internet recruitment and data collection methods”
Addiction, Vol. 101, No. 9, September 2006*

Οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος μπορούν να μειώσουν με επιτυχία το κάπνισμα στους μεγαλύτερους σε ηλικία ενήλικες

RJ TAIT, GK HULSE, A WATERREUS, L FLICKER, NT LAUTENSCHLAGER, K JAMROZIK, OP ALMEIDA

Μετάφραση Μαρία Σταϊκοπούλου

Translation Maria Staikopoulou

Στόχος: Στόχος είναι: α) η αναγνώριση των χαρακτηριστικών των μεγάλων σε ηλικία καπνιστών που σκέφτονται να διακόψουν το κάπνισμα, β) η αξιολόγηση μιας παρέμβασης διακοπής του καπνίσματος και η πρόσβαση σε θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης (NRT), γ) η αναγνώριση των στοιχείων πρόβλεψης για τα άτομα που θα διακόψουν με επιτυχία και δ) η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης σε άτομα ≥ 75 ετών.

Σχεδιασμός: Προσωπική επιλογή: α) πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ή β) συνέχιση καπνίσματος.

Τόπος: Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Περθ, Δυτική Αυστραλία.

Συμμετέχοντες: Μία μεγαλύτερη μελέτη συμπεριέλαβε καπνιστές και άτομα που δεν έχουν καπνίσει ποτέ: από αυτή τη μελέτη έλαβαν μέρος 215 άτομα που ζούσαν στην τοπική κοινότητα (≥ 5 τσιγάρα/ημέρα), ≥ 68 ετών (171 άντρες).

Παρέμβαση: Βραχεία παρέμβαση με τηλεφωνική υποστήριξη και πρόσβαση σε NRT σε αντίθεση με την απουσία παρέμβασης.

Μετρήσεις: Οι μετρήσεις αφορούσαν: α) το προφίλ των μεγαλύτερων ενηλίκων που σχεδιάζουν να διακόψουν το κάπνισμα σε σύγκριση με τους «Κατ' Εξακολούθηση Καπνιστές», β) τη διακοπή για διάστημα έξι μηνών που προσδιορίστηκε από το σημείο επικράτησης των 30 ημερών το οποίο ελέγχεται μέσω του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα γ) τους παράγοντες που προβλέπουν την επιτυχημένη διακοπή.

Ευρήματα: Συμμετείχαν 165 άτομα. Σε σύγκριση με τους 50 «Κατ' Εξακολούθηση Καπνιστές», όσοι συμμετείχαν στην παρέμβαση ήταν νεότεροι και κάπνιζαν τακτικά για λιγότερα χρόνια, έκαναν περισσότερες προσπάθειες διακοπής στο παρελθόν και είχαν μεγαλύτερη εξάρτηση από τη νικοτίνη. Σε έξι μήνες το σημείο επικράτησης για τους πρώην καπνιστές ήταν 25% (n=42) με το 20% (n=33) να μην καπνίζει σε όλη τη διάρκεια της έρευνας. Κανένας «Κατ' Εξακολούθηση Καπνιστής» δεν διέκοψε το κάπνισμα. Στην ομάδα παρέμβασης, η λογαριθμική παλινδρόμηση έδειξε ότι ήταν πιθανότερο να διακόψουν με επιτυχία όσοι χρησιμοποίησαν NRT (OR 4.36), ήταν άντρες (OR 3.17), είχαν περισσότερο άγχος (OR 1.67), ή δεν δέχονταν ότι τα «περισσότερα κρουολογήματα και ο βήχας» ήταν λόγος διακοπής (OR 2.91). Από αυτούς που ήταν ≥ 75 ετών (n=77) το 25% πληρούσε τα κριτήρια διακοπής.

Συμπεράσματα: Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία καπνιστές μπορούν να συμμετάσχουν με επιτυχία σε μια βραχεία παρέμβαση και σε NRT για υποστήριξη στη διακοπή του καπνίσματος. Η παρέμβαση ήταν επίσης αποτελεσματική στην υποομάδα των μεγαλύτερων συμμετεχόντων. Οι κοινωνικοί παράγοντες είναι πιθανόν να προσφέρουν πρόσθετα κίνητρα στους μεγαλύτερους σε ηλικία καπνιστές για να διακόψουν.

Λέξεις κλειδιά: ηλικιωμένοι, διακοπή καπνίσματος, βραχεία παρέμβαση, τηλεφωνική υποστήριξη, θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης

*“Cessation of smoking interventions can successfully reduce smoking in older adults”
Addiction, Vol. 102, No 1, January 2007*

ΑΛΛΑ ΘΕΜΑΤΑ - OTHER ISSUES

Η Πολύμορφη Κοιλιακή Ταχυκαρδία σε σχέση με τη Μεθαδόνη στους εξαρτημένους από οπιοειδή ασθενείς

DAN JUSTO, AMIR GAL-OZ, YAEL PARAN, YELENA GOLDIN, DAVID ZELTSER

Μετάφραση Μαρία Σταϊκοπούλου

Translation Maria Staikouliou

Στόχος: Μελετήσαμε όλες τις δημοσιεύσεις αναφορικά με την Πολύμορφη Κοιλιακή Ταχυκαρδία (Torsades de Pointes - TdP) σε σχέση με τη μεθαδόνη στους εξαρτημένους από οπιοειδή ασθενείς με στόχο τον εντοπισμό των κλινικών συνθηκών που οδηγούν σε αυτή τη σοβαρή επιπλοκή.

Μέθοδοι: Η βιβλιογραφική αναζήτηση απέφερε 14 αναφορές από 40 ασθενείς με TdP που σχετίζονται με τη μεθαδόνη. Ανάμεσα σε άλλες κλινικές απόψεις, συγκεντρώσαμε και καταγράψαμε τους παράγοντες κινδύνου για την TdP που παρουσιάζονται σε αυτές τις αναφορές.

Αποτελέσματα: Οι πιο διαδεδομένοι παράγοντες κινδύνου για την TdP ήταν η μεγάλη δόση μεθαδόνης (n=39, 97.5%) και η επακόλουθη χρήση άλλων ουσιών που αυξάνουν τα επίπεδα μεθαδόνης στον ορό ή ενεργοποιούν την TdP (n=22, 55%). Επίσης αναφέρθηκαν η μόλυνση από τον ιό HIV (n=16), η υποκαλιαιμία (n=14), το γυναικείο φύλο (n=13), η κίρρωση του ήπατος ή η νεφρική ανεπάρκεια (n=11) και οι καρδιακές παθήσεις (n=9). Όλοι οι ασθενείς είχαν τουλάχιστον έναν και οι 34 ασθενείς (85%) είχαν δύο ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου για TdP κατά τη διάρκεια της θεραπείας με μεθαδόνη.

Συμπεράσματα: Θα θέλαμε να διευρύνουμε την ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου της TdP στους γιατρούς που εργάζονται σε κλινικές θεραπείας από την ηρωίνη οι οποίοι συχνά χορηγούν μεθαδόνη.

Λέξεις κλειδιά: μεθαδόνη, Torsades de Pointes

"Methadone- associated Torsades de Pointes in opioid-dependent patients"
Addiction, Vol. 101, No. 9, September 2006

Η επικράτηση ψυχωτικών συμπτωμάτων σε χρήστες μεθαμφεταμινών

REBECCA MCKETIN, JENNIFER MCLAREN, DAN LUBMAN AND LEANNE HIDES

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη

Translation Georgia Christofili

Στόχοι: Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει την επικράτηση ψυχωτικών συμπτωμάτων σε χρόνιους χρήστες μεθαμφεταμινών.

Σχεδιασμός: Συγχρονική επισκόπηση.

Χώρος: Οι συμμετέχοντες συγκεντρώθηκαν στην πόλη Σύδνεϋ της Αυστραλίας μέσα από διαφημίσεις σε εφημερίδες που διανέμονταν δωρεάν, φυλλάδια και με διάδοση από στόμα σε στόμα.

Συμμετέχοντες: Χρήστες μεθαμφεταμινών (n=309) ηλικίας 16 ετών ή περισσότερο που έκαναν χρήση της ουσίας τουλάχιστον μία φορά το μήνα τον προηγούμενο χρόνο.

Μετρήσεις: Για να αξιολογηθεί η χρήση ουσιών, τα δημογραφικά στοιχεία και τα συμπτώματα ψύχωσης τον τελευταίο χρόνο πραγματοποιήθηκαν δομημένες, ατομικές συνεντεύξεις. Η μέτρηση της ψύχωσης περιλάμβανε: (α) ένα εργαλείο ελέγχου για ψυχώσεις, που προέκυψε από το Διεθνές Εγχειρίδιο Διαγνωστικής Συνέντευξης και (β) τις υποκλίμακες Καχυποψίας, Ασυνήθιστου Περιεχομένου Σκέψεων και Ψευδαισθήσεων της Βραχείας Κλίμακας Ψυχιατρικής Αξιολόγησης (Brief Psychiatric Rating Scale). Η εξάρτηση από τις αμφεταμίνες εκτιμήθηκε με την κλίμακα Αξιολόγησης της Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI).

Ευρήματα: Το 13% των συμμετεχόντων διαγνώστηκε θετικά για ψύχωση και το 23% είχε βιώσει ένα κλινικά σοβαρό σύμπτωμα καχυποψίας, ασυνήθιστου περιεχομένου σκέψεων ή ψευδαισθήσεων τον προηγούμενο χρόνο. Οι εξαρτημένοι χρήστες μεθαμφεταμινών είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν συμπτώματα ψύχωσης από ό,τι οι μη-εξαρτημένοι ομότιμοί τους, ακόμη και μετά την προσαρμογή για ιστορικό σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών διαταραχών.

Συμπεράσματα: Η επικράτηση των ψυχώσεων στο δείγμα χρηστών μεθαμφεταμινών ήταν 11 φορές υψηλότερο από ό,τι στο γενικό πληθυσμό στην Αυστραλία. Οι εξαρτημένοι χρήστες μεθαμφεταμινών είναι μια ομάδα ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ψύχωσης.

Λέξεις κλειδιά: μεθαμφεταμίνη, ψύχωση, χρήση ουσιών, συννοσηρότητα, σχιζοφρένεια

"The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users"
Addiction, Vol. 101, No 10, October 2006

Περιστατικά και παράγοντες κινδύνου για την ορομετατροπή της Ηπατίτιδας C σε ενδοφλέβιους χρήστες στην Αυστραλία

MAHER LISA, JALALUDIN BIN, CHANT KERRY G, JAYASURIYA ROHAN, SLADDEN TIM, KALDOR JOHN M, SARGENT PENNY L.

Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα
Translation Alexandra Tzala

Στόχοι: Ο προσδιορισμός των περιστατικών μόλυνσης από Ηπατίτιδα C και η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για ορομετατροπή.

Σχεδιασμός: Ομαδική μελέτη προοπτικής. Οι συμμετέχοντες συγκεντρώθηκαν με άμεσες προσεγγίσεις, εκτός δομής, από κλινικές μεθαδόνης και προγράμματα σεξουαλικής υγείας καθώς και από Προγράμματα Ανταλλαγής Βελόνων και Συριγγιών.

Χώρος: Αστικές, περιφερειακές και αγροτικές περιοχές στη Νότια Νέα Ουαλία της Αυστραλίας.

Συμμετέχοντες: Εξετάστηκαν ενδοφλέβιοι χρήστες (n=584) για έκθεση στον ιό της Ηπατίτιδας C. Στο διάστημα μεταξύ 1999 και 2002 κατατάχθηκαν και παρακολουθούνταν ανά 3-6 μήνες ενδοφλέβιοι χρήστες ουσιών με Ηπατίτιδα C αρνητικό, μέχρι την ορομετατροπή τους ή την ολοκλήρωση της έρευνας.

Μετρήσεις: Τα ερωτηματολόγια της συνέντευξης, που δόθηκαν κατά το αρχικό στάδιο και την μετέπειτα παρακολούθηση, περιείχαν 131 ερωτήσεις και περιλάμβαναν τα δημογραφικά στοιχεία, τη χρήση ουσιών και την επικίνδυνη συμπεριφορά. Σε κάθε εξέταση αίματος συλλέγονταν περίπου δέκα κ.ε. αίματος. Τα δείγματα αποθηκεύονταν στους -70°C και στη συνέχεια γινόταν οροθετικός έλεγχος με τη χρήση ενός ή δύο τεστ τρίτης γενιάς Ανοσοπροσοφητικών Αναλύσεων Στερεάς Φάσης με Σύνδεση Ενζύμου και Αλυσιδωτή Αντίδραση Πολυμεράσης.

Ευρήματα: Παρατηρήθηκαν 68 ορομετατροπές και τα περιστατικά ήταν 30.8 ανά 100 ανθρώπινα έτη, με περιστατικά <1 έτος 133 ανά ανθρώπινα έτη σε ενδοφλέβιους χρήστες. Ανεξάρτητοι παράγοντες πρόβλεψης της ορομετατροπής αποτελούσαν το γυναικείο φύλο, η διάρκεια της χρήσης, η χρήση ενέσιμης κοκαΐνης, η κοινή χρήση φίλτρων και η μέθοδος συγκέντρωσης των ατόμων.

Συμπεράσματα: Οι γυναίκες, οι νέοι χρήστες και οι ενδοφλέβιοι χρήστες ουσιών, που συγκεντρώθηκαν από χώρους εκτός δομής, φαίνεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τη σημασία της ενέσιμης χρήσης κοκαΐνης ως παράγοντα κινδύνου και αποτελούν τις πρώτες αποδείξεις για τη σχέση ανάμεσα στην κοινή χρήση των σκευών προετοιμασίας για χρήση και τα περιστατικά μόλυνσης από τον ιό της Ηπατίτιδας C εκτός της Βορείου Αμερικής. Οι προσπάθειες για πρόληψη είναι απαραίτητο να εστιάζουν στη σωστή ενημέρωση για τους κινδύνους που σχετίζονται με την κοινή χρήση ουσιών και συγκεκριμένα το ρόλο των πιθανά μολυσμένων συριγγιών για τη μετάδοση του ιού της Ηπατίτιδας C.

Λέξεις κλειδιά: Ηπατίτιδα C, ενδοφλέβια χρήση ουσιών, παράγοντες κινδύνου, ορομετατροπή, πρόληψη

*"Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion
in injecting drug users in Australia"
Addiction, Vol. 101, No 10, October 2006*

Η χρήση αναβολικών στον αθλητισμό: Εκτίμηση για τον αριθμό των περιπτώσεων που υποκρύπτονται και η πιθανότητα χρήσης αναβολικών ανά άτομο

PERIKLES SIMON*, MD, PHD, HEIKO STRIEGEL*, MD, FABIAN AUST, KLAUS DIETZ, PHD, ROLF ULRICH, PHD

Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation Alexandra Tzala

Στόχοι: Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι γίνεται συχνά χρήση αναβολικών και συγκεκριμένα των ανδρογόνων στεροειδών από τους πελάτες των αθλητικών κέντρων. Στις μελέτες αυτές χρησιμοποιήθηκαν άμεσες τεχνικές συνέντευξης και ερωτηματολόγια για την εκτίμηση του αριθμού των περιπτώσεων χρήσης αναβολικών που υποκρύπτονται. Αυτές οι τεχνικές υπόκεινται σε σφάλματα στις αποκρίσεις του πληθυσμού.

Σε αυτή τη μελέτη εφαρμόσαμε μια εναλλακτική τεχνική συνέντευξης για την ακριβέστερη εκτίμηση των περιπτώσεων χρήσης αναβολικών που υποκρύπτονται στα αθλητικά κέντρα.

Σχεδιασμός και Συμμετέχοντες: Στην παρούσα έρευνα εφαρμόστηκε η τεχνική των τυχαιοποιημένων απαντήσεων για τη μείωση των σφαλμάτων στις αποκρίσεις. Στην έρευνα συμμετείχαν 500 άτομα από 49 αθλητικά κέντρα.

Ευρήματα: Η τεχνική των τυχαιοποιημένων απαντήσεων έδειξε μεγάλη διάδοση της χρήσης αναβολικών (12,5%). Στη συνέχεια, η παρούσα μελέτη με τη συγκεκριμένη τεχνική των τυχαιοποιημένων απαντήσεων έδειξε μία ανησυχητικά μεγάλη διάδοση της χρήσης παράνομων ουσιών και συγκεκριμένα της χρήσης κοκαΐνης, γεγονός που είχε υποτιμηθεί σε προηγούμενες μελέτες.

Συμπεράσματα: Η τεχνική των τυχαιοποιημένων απαντήσεων επιβεβαίωσε τα ποσοστά της χρήσης ανδρογόνων στεροειδών που είχαν υπολογιστεί πρωτίτερα από τις τεχνικές άμεσης συνέντευξης και την εθελοντική συμπλήρωση ερωτηματολογίων, αλλά αποκάλυψε ένα πολύ υψηλότερο ποσοστό χρήσης παράνομων ουσιών στους πελάτες των αθλητικών κέντρων. Το αποτέλεσμα αυτό μας έδωσε τη δυνατότητα να κατασκευάσουμε μια κλίμακα «πιθανοτήτων» για τη χρήση αναβολικών ουσιών από τους πελάτες των αθλητικών κέντρων. Δεδομένης της μεγάλης διάδοσης και της κυρίαρχης χρήσης των ανδρογόνων στεροειδών, η χρήση αναβολικών από τους πελάτες των αθλητικών κέντρων είναι ένα θέμα που αφορά άμεσα το σύστημα υγείας. Η μελέτη μας μπορεί να βοηθήσει στην περαιτέρω κατηγοριοποίηση των ατόμων που κάνουν χρήση αναβολικών ουσιών και συγκεκριμένα στην ανάπτυξη και στην εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης για τα άτομα υψηλού κινδύνου.

Λέξεις κλειδιά: χρήση αναβολικών, αθλητισμός, τεχνική τυχαιοποιημένων απαντήσεων, πρόληψη

"Doping in fitness sports: Estimated number of unreported cases and individual probability of doping"

Addiction, Vol. 101, No. 11, November 2006

* Και οι δύο συγγραφείς συνέβαλλαν εξίσου

Ενδοφλέβια χρήση και χρήση συριγγών, σε περιβάλλον κινδύνου για μόλυνση από τον ιό HIV, στα σωφρονιστικά ιδρύματα της Ρωσίας: Ποσοτική Έρευνα

ANYA SARANG, TIM RHODES, LUCY PLATT, EVGENIYA KOSHKINA, OLGA MIKHAILOVA, VENYAMIN VOLNOV, DMITRI BLAGOVO, ANDREI RYLKOV

Μετάφραση Μαρία Σταϊκοπούλου

Translation Maria Staikopoulou

Ιστορικό: Τα στοιχεία παρουσιάζουν τη φυλακή ως ένα περιβάλλον υψηλού κινδύνου για τη μετάδοση του ιού HIV και της Ηπατίτιδας C (HCV) μέσω της ενδοφλέβιας χρήσης.

Μέθοδος: Ποιοτική έρευνα σε 209 ενδοφλέβιους χρήστες ουσιών (IDUs) σε τρεις πόλεις της Ρωσίας: τη Μόσχα (n=56), το Βόλγκογκραντ (n=83) και το Μπαρναούλ στη δυτική Σιβηρία (n=70).

Αποτελέσματα: Πάνω από τα τρία τέταρτα (77%) ανέφεραν ότι είχαν συλληφθεί από την αστυνομία για χρήση ουσιών ενώ το 35% (το 55% των ανδρών) είχαν ιστορικό φυλάκισης ή προφυλάκισης. Τα αποτελέσματα τονίζουν το σημαντικό ρόλο που μπορεί να έχουν τα σωφρονιστικά ιδρύματα ως βασικό παράγοντα στην εξάπλωση του ιού HIV μέσω της ενδοφλέβιας χρήσης στη Ρώσικη Ομοσπονδία. Ενώ είχε παρατηρηθεί πως τα ναρκωτικά ήταν γενικά διαθέσιμα στα σωφρονιστικά ιδρύματα, οι αποστειρωμένες βελόνες και σύριγγες ήταν λιγοστές με συνέπεια να τις μοιράζονται, συνεχώς, όλο και μεγαλύτερος αριθμός ατόμων. Οι προσπάθειες να απολυμάνουν τις βελόνες ή τις σύριγγες που είχαν δανειστεί ήταν ανεπαρκείς και η μείωση του κινδύνου ήταν περιορισμένη εξαιτίας της έλλειψης από βελόνες και σύριγγες και της επιβολής τιμωρίας για την κατοχή τους. Βρέθηκε επίσης πως οι αντιλήψεις για την ασφάλεια σχετίζονται με τις υποθέσεις για τη μη ύπαρξη του ιού HIV, λόγω του ότι όλοι οι κρατούμενοι ελέγχονται για τον ιό HIV κατά την είσοδό τους και αυτοί που είναι οροθετικοί απομονώνονται.

Συμπέρασμα: Η μελέτη δείχνει την άμεση ανάγκη για παρεμβάσεις πρόληψης της μετάδοσης του ιού HIV στο ρωσικό σωφρονιστικό σύστημα.

Λέξεις κλειδιά: ενδοφλέβια χρήση, φυλακές, κρατούμενοι, μείωση βλάβης, Ρωσία, περιβάλλον κινδύνου

"Drug injecting and syringe use in the HIV risk environment of Russian penitentiary institutions: Qualitative study"
Addiction, Vol. 101, No 12, December 2006

Συμβάλλει η παρέμβαση CARE-SHAKTI στη διατήρηση της περιορισμένης εξάπλωσης του ιού HIV στους ενδοφλέβιους χρήστες στην Ντάκα του Μπαγκλαντές;

ANNA FOSS, CHARLOTTE WATTS, PETER VICKERMAN, TASNIM AZIM, LORNA GUINNESS, MUNIR AHMED, ANDREA RODERICKS AND SMARAJIT JANA

Μετάφραση Μαρία Σταϊκοπούλου

Translation Maria Staikopoulou

Στόχος: Διερευνάται εάν η περιορισμένη εξάπλωση του ιού HIV, που παρατηρείται στο Μπαγκλαντές οφείλεται στη λειτουργία προγραμμάτων πρόληψης. Αυτή η έρευνα χρησι-

μποιεί μαθηματικά μοντέλα για τον υπολογισμό της απήχησης της παρέμβασης ανταλλαγής βελόνων/συριγγών στους ενδοφλέβιους χρήστες ουσιών (IDUs) στην Ντάκα του Μπαγκλαντές.

Σχεδιασμός: Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία επιδημιολογικά, συμπεριφορικά καθώς και δεδομένα από την παρέμβαση, για να οριστούν οι παράμετροι ενός δυναμικού μαθηματικού μοντέλου και να ενταχθεί στα εθνικά δεδομένα παρακολούθησης του ιού HIV στους ενδοφλέβιους χρήστες ουσιών (2000-2002). Το μοντέλο χρησιμοποιήθηκε με στόχο να εκτιμηθεί η επίδραση της παρέμβασης για τη μετάδοση του ιού HIV στους ενδοφλέβιους χρήστες και στους ερωτικούς συντρόφους τους.

Ευρήματα: Το μοντέλο προέβλεψε τη μείωση των περιστατικών μόλυνσης από τον ιό HIV κατά 90% (95% CI 74-94%) στους ενδοφλέβιους χρήστες, εξαιτίας των παρεμβάσεων πρόληψης με αποτέλεσμα οκτώ χρόνια μετά η εξάπλωση του ιού HIV στους ενδοφλέβιους χρήστες να είναι 10% (95% CI 4-19%) αντί 42% (95% CI 30-47%) που θα ήταν, εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα προγράμματα αυτά.

Συμπεράσματα: Η ανάλυση τονίζει την προοπτική για τη γρήγορη εξάπλωση του ιού HIV στους ενδοφλέβιους χρήστες ουσιών στην Ντάκα και αναφέρει ότι η παρέμβαση μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της μετάδοσης του ιού HIV μέσω της ενδοφλέβιας χρήσης. Ωστόσο, δεν πρέπει να εφησυχάζουμε. Είναι σημαντική η συνέχιση και η αύξηση της χρηματοδότησης για παρεμβάσεις στην Ντάκα και σε άλλες περιοχές του Μπαγκλαντές για τη διατήρηση της περιορισμένης εξάπλωσης του ιού HIV.

Λέξεις κλειδιά: πρόληψη για την εξάπλωση του ιού HIV, ενδοφλέβιοι χρήστες ουσιών, μείωση βλάβης, προβολές μαθηματικού μοντέλου, Μπαγκλαντές

*“Could the CARE-SHAKTI intervention for injecting drug users be maintaining the low HIV prevalence in Dhaka, Bangladesh?”
Addiction, Vol. 102, No 1, January 2007*

Διατροφικές διαταραχές και κατάχρηση ουσιών στο γυναικείο πληθυσμό του Καναδά:

Μια Εθνική Μελέτη

PIRAN & GADALLA

Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation Alexandra Tzala

Στόχοι: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συννοσηρότητας μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της χρήσης ουσιών σε ένα μεγάλο, αντιπροσωπευτικό δείγμα από ενήλικες γυναίκες στον Καναδά. Χρησιμοποιήθηκαν πρόσφατες καθώς και δια βίου μετρήσεις για τη χρήση ουσιών.

Σχεδιασμός: Η μελέτη βασίστηκε στη δευτερογενή ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν με τη χρήση ενός δείγματος πιθανοτήτων, πολλαπλών βαθμίδων διαστρωμάτωσης από τα Στατιστικά Δεδομένα του Καναδά για την Ψυχική Υγεία και την Ευημερία μέτρο 1.2 της Κοινωνικής Υγείας του Καναδά.

Μετρήσεις: Το Τεστ για τη Διατροφική Συμπεριφορά (EAT-26) χρησιμοποιήθηκε στη μέτρηση του κινδύνου ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Έγιναν μετρήσεις για τη χρήση,

124 *Εξαρτήσεις*

την εξάρτηση και την παρέμβαση που σχετίζεται με το αλκοόλ και τις παράνομες ουσίες χρησιμοποιώντας τις σχετικές ενότητες από το σύντομο τεστ της Σύνθετης, Διεθνούς, Διαγνωστικής Συνέντευξης (CIDI-SF).

Συμμετέχοντες: Στη μελέτη, αναλύθηκαν στοιχεία από ένα εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα ενηλίκων γυναικών του Καναδά, το οποίο χωρίστηκε σε τρεις ηλικιακές ομάδες.

Ευρήματα: Η εξάρτηση και οι παρεμβάσεις από το αλκοόλ σχετίστηκαν σημαντικά με τον κίνδυνο διατροφικής διαταραχής στις τρεις ηλικιακές ομάδες ενηλίκων. Σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν επίσης ανάμεσα στον κίνδυνο διατροφικής διαταραχής και στη διαβίωση κατάχρησης και εξάρτησης από παράνομες ουσίες και για τις τρεις ηλικιακές ομάδες. Τα δεδομένα έδειξαν ότι υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις στις ηλικιακές ομάδες 15-24 και 25-44, όταν εφαρμόστηκε σε χρονικό πλαίσιο 12 μηνών.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της μελέτης υποστηρίζουν την ανάγκη ανάπτυξης συνοπτικών εργαλείων ελέγχου που απευθύνονται σε ενήλικες γυναίκες με διατροφικές διαταραχές και κατάχρηση ουσιών, όπως επίσης και την ανάπτυξη θεραπευτικής στρατηγικής για τη συννοσηρότητα των διατροφικών διαταραχών και την κατάχρηση ουσιών.

Λέξεις κλειδιά: διατροφικές διαταραχές, κατάχρηση ουσιών, εξάρτηση, συννοσηρότητα

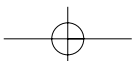
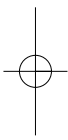
"Eating Disorders and Substance Abuse in Canadian women: A National Study"
Addiction, Vol. 102, No. 1, January 2007

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ
FOR THE READER

5



126 Εξαοτήσεις



ΝΕΑ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ

ΑΠΟ ΤΟ ΡΕΜΟ ΑΡΜΑΟ, ΤΗ ΜΑΡΙΝΑ ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ, ΤΟΝ ΞΕΝΟΦΩΝΤΑ ΣΕΛΠΕΣΑΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΥΦΑΝΤΗ
BY REMOS ARMAOS, MARINA DASKALOPOULOU, XENOFON SELPESAKIS AND KONSTANTINA IFANTI

Στα Νέα και γεγονότα αυτού του τεύχους μπορείτε να διαβάσετε για:

- ✓ την Ετήσια Έκθεση για το 2006 της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών και τα σημαντικότερα σημεία της,
- ✓ τα αποτελέσματα μιας ημερίδας για την απεξάρτηση στο σωφρονιστικό σύστημα,
- ✓ συνέδρια σχετικά με τις εξαρτήσεις που θα πραγματοποιηθούν τους προσεχείς μήνες τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό
- ✓ βιβλιοπαρουσιάσεις δύο βιβλίων του C.Rogers από τις εκδόσεις «Ερευνητές»

ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: Η ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η «μη ελεγχόμενη» αγορά ναρκωτικών ουσιών και η κατάχρηση ανορεκτικών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων ήταν τα κύρια θέματα που ανέδειξε φέτος την άνοιξη με την Ετήσια Έκθεσή της για το 2006 η Διεθνής Επιτροπή του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (International Narcotics Control Board- INCB). Την Έκθεση παρουσίασε και φέτος στην Αθήνα το ΚΕΘΕΑ, ειδικός σύμβουλος οργανισμός του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου του ΟΗΕ, ταυτόχρονα με την ανακοίνωσή της από την Επιτροπή στη Βιέννη.

Σύμφωνα με την Επιτροπή, το φαινόμενο της «μη ελεγχόμενης» αγοράς συνδέεται με το μείζον πρόβλημα των απομιμήσεων φαρμάκων, το οποίο πρωτοεμφανίστηκε στα μέσα της δεκαετίας του '80 και τα τελευταία χρόνια έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις. Σύμφωνα με υπολογισμούς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 20% με 50% των φαρμάκων στις αναπτυσσόμενες χώρες και τουλάχιστον το 10% των φαρμάκων σε όλο τον κόσμο είναι απομιμήσεις.

Η Επιτροπή συνδέει την κατάχρηση των ανορεκτικών φαρμάκων σε αρκετές χώρες με τα πρότυπα ομορφιάς που κυριαρχούν στις σύγχρονες κοινωνίες και προτείνει αυστηρότερα μέτρα ελέγχου. Τα ανορεκτικά φάρμακα είναι ουσίες που συνταγογραφούνται εναντίον της παθολογικής παχυσαρκίας και για τη θεραπεία της ναρκοληψίας και της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής. Η χρήση τους μπορεί να προκαλέσει εθισμό και η λήψη υπερβολική δόσης μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνη και ενίοτε να οδηγήσει σε θάνατο.

Ως χαρακτηριστικό παράδειγμα της αυξανόμενης κατάχρησης συνταγογραφούμενων ουσιών η Επιτροπή αναφέρει τις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο αριθμός των Αμερικανών που κάνουν κατάχρηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων (παισιπόνων, κατασταλτικών και ηρεμιστικών) σχεδόν διπλασιάστηκε, από 7,8 εκατομμύρια σε 15,1 εκατομμύρια, μεταξύ 1992 και 2003. Στις ΗΠΑ τα συνταγογραφούμενα έχουν καταστεί η δεύτερη πιο χρησιμοποιούμενη κατηγορία ουσιών μετά την κάνναβη.

Τόσο η εξάπλωση των απομιμήσεων φαρμάκων όσο και των συνταγογραφούμενων σχετίζεται και με την αυξανόμενη χρήση του Διαδικτύου ως παγκόσμιας αγοράς

Το πλήρες κείμενο της Έκθεσης βρίσκεται στα αγγλικά, γαλλικά και ισπανικά στην ιστοσελίδα της Επιτροπής www.incb.org. Εκεί, μεταξύ άλλων, υπάρχει παγκόσμια ανασκόπηση του φαινομένου ανά γεωγραφική περιοχή και ιδιαίτερη ενότητα αφιερωμένη στο Αφγανιστάν, όπου η παραγωγή οπίου άγγιξε κατά το 2006 επίπεδα ρεκόρ. Τα σχετικά δελτία Τύπου που εξέδωσε η Επιτροπή υπάρχουν μεταφρασμένα στα ελληνικά από το ΚΕΘΕΑ στην ιστοσελίδα του www.kethea.gr (στήλη ΝΕΑ).

ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ποιες είναι οι ιδιαιτερότητες, τα προβλήματα και οι προοπτικές της απεξάρτησης στο πλαίσιο του συστήματος απονομής ποινικής δικαιοσύνης;

Πώς αξιολογείται η μέχρι τώρα λειτουργία προγραμμάτων συμβουλευτικής και θεραπείας του ΚΕΘΕΑ που λειτουργούν σε σωφρονιστικά καταστήματα της χώρας μας;

Τα δύο αυτά κεντρικά ερωτήματα απασχόλησαν την ημερίδα που διοργάνωσε το Μάρτιο στην Αθήνα το Εργαστήριο Ποινικών και Εγκληματολογικών Ερευνών της Νομικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το ΚΕΘΕΑ με τίτλο: «Η απεξάρτηση στο πλαίσιο του Σωφρονιστικού Συστήματος». Νομικοί, εγκληματολόγοι, δικηγόροι, πανεπιστημιακοί και εκπρόσωποι του ΚΕΘΕΑ μίλησαν για το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο στη χώρα μας, που επιτρέπει τη συμβουλευτική και θεραπευτική υποστήριξη των κρατούμενων χρηστών. Επισήμαναν, ωστόσο, την ανάγκη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των δικαστικών αρχών, ώστε αυτό να αξιοποιείται περισσότερο.

Στη διάρκεια της ημερίδας παρουσιάστηκαν επίσης τα αποτελέσματα των πρόσφατων αξιολογήσεων, από το Εργαστήριο Ποινικών και Εγκληματολογικών Ερευνών, του προγράμματος ΚΕΘΕΑ-ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ και των Ομάδων Συμβουλευτικής και Αυτοβοήθειας του ΚΕΘΕΑ-ΣΤΡΟΦΗ στο Ειδικό Κατάστημα Κράτησης Νέων Αυλώνα.

Οι συμμετέχοντες και στα δύο προγράμματα εκφράζουν ιδιαίτερα υψηλό βαθμό ικανοποίησης για τις υπηρεσίες θεραπείας και εκπαίδευσης που λαμβάνουν και την καταλληλότητα του ανθρώπινου δυναμικού. Δεν φαίνονται ικανοποιημένοι σε ό,τι αφορά την υλικοτεχνική υποδομή του προγράμματος, η οποία εξαρτάται από τη φυλακή, ενώ κοινό είναι το αίτημα για «περισσότερο πρόγραμμα». Μάλιστα οι συμμετέχοντες στις Ομάδες του Αυλώνα ζητούν τη δημιουργία εικοσιτετράωρης θεραπευτικής κοινότητας, μέσα στο χώρο της φυλακής, όπου θα μπορούν να αφοσιωθούν στη θεραπεία και να προετοιμαστούν για την κοινωνική τους επανένταξη. Η αξιολόγηση του ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ (που διαθέτει θεραπευτική κοινότητα απεξάρτησης στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού και Κέντρο Υποδοχής αποφυλακισμένων στην Αθήνα) καταλήγει ότι το πρόγραμμα αποτελεί καινοτόμο εγχείρημα «που ανταποκρίνεται σε πραγματική και βαθιά ανάγκη της κοινωνικής ζωής» και «ενδείκνυται να χρησιμεύσει ως πρότυπο για άλλες φυλακές της χώρας».

Υπενθυμίζουμε ότι έρευνες και άρθρα σχετικά με την απεξάρτηση και το σωφρονιστικό σύστημα μπορείτε να διαβάσετε στο προηγούμενο τεύχος των *Εξαρτήσεων*, με το ειδικό αφιέρωμα «Χρήση ουσιών και φυλακή».

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

3° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το 3° Πανελλήνιο Συνέδριο του Κλάδου Κλινικής Ψυχολογίας και Ψυχολογίας της Υγείας με τίτλο «Σύγχρονες εξελίξεις στην εμπειρικά τεκμηριωμένη Κλινική Ψυχολογία και Ψυχολογία της Υγείας» θα πραγματοποιηθεί στη Θεσσαλονίκη στις 9 – 11 Νοεμβρίου 2007. Στόχος του συνεδρίου είναι να καλύψει θέματα σχετικά με την εμπειρική τεκμηρίωση. Το συνέδριο διοργανώνεται από την Ελληνική Ψυχολογική Εταιρεία (ΕΛΨΕ) σε συνεργασία με το Τμήμα Ψυχολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Πληροφορίες: <http://www.clinicalhealthpsychology.gr>

2° ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ

Το 2° Διεθνές Συνέδριο για θέματα Υγείας Κρατουμένων θα πραγματοποιηθεί στη Βάρνα της Βουλγαρίας στις 24 και 25 Σεπτεμβρίου 2007 και διοργανώνεται από το Πανεπιστήμιο UCE Birmingham. Το διήμερο αυτό συνέδριο θα ασχοληθεί με τα βασικά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι και θα εξετάσει καλές πρακτικές που μπορούν να εφαρμόσουν οι υπηρεσίες υγείας για τη συγκεκριμένη ομάδα. Το συνέδριο απευθύνεται σε ακαδημαϊκούς, προσωπικό φυλακών, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες του χώρου.

Πληροφορίες: <http://www.uce.ac.uk/crq/conference/>

50° ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

Το 50° Διεθνές Συνέδριο για τις Εξαρτήσεις θα πραγματοποιηθεί στις 10-15 Ιουνίου 2007 στη Στοκχόλμη (Σουηδία). Το συνέδριο διοργανώνεται από το International Council on Alcohol and Addiction (ICAA). Το συνέδριο θα ασχοληθεί με την πρόοδο σε διάφορους τομείς της πρακτικής και της έρευνας στον τομέα της τοξικοεξάρτησης και θα αποτελέσει βήμα διαλόγου και ανταλλαγής για επιστήμονες, επαγγελματίες και άτομα που χαράσσουν πολιτική από όλο τον κόσμο.

Πληροφορίες: <http://www.icaaconference.se>

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ**ΤΟ ΓΙΓΝΕΣΘΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ**

ΤΟΥ CARL R. ROGERS

Εκδόσεις ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, σελ.371

Στο βιβλίο αυτό, που εκδόθηκε για πρώτη φορά στα αγγλικά το 1961, ο Rogers παρουσιάζει εκλαϊκευμένα τις βασικές απόψεις για τη συμβουλευτική και τη σχέση ασθενή και θεραπευτή. Με βάση τη θετική θεώρηση του Rogers για τον άνθρωπο και τη μοναδικότητά του, η συμβουλευτική γίνεται αντιληπτή ως η διευκόλυνση της ανάπτυξης του πελάτη σε Πρόσωπο, χωρίς επεμβάσεις, με στόχο την επίλυση των ζητημάτων που τον απασχολούν και με πυξίδα τις εμπειρίες και τους συμβολισμούς του ίδιου του πελάτη, όπως εκείνος τους αντιλαμβάνεται. Όχι μόνον δεν μετατρέπει τον πελάτη σε αντικείμενο, αλλά τοποθετεί, επιπλέον, το σύμβουλο δίπλα του ως συνοδοιπόρο, που και ο ίδιος υπόκειται σε διαδικασίες αυτογνωσίας και αλλαγής δημιουργεί, με άλλα λόγια, συνθήκες συνύπαρξης και αμοιβαίας «συνάντησης», μέσα από τις οποίες συντελείται το «γίγνεσθαι του Προσώπου» και για τα δύο μέλη της.

Με την έκδοση αυτού του βιβλίου επήλθε η καταξίωση και η αναγνώριση για τον Rogers, όχι μόνον στις ΗΠΑ, αλλά και σε πολλές άλλες χώρες, καθώς επιστήμονες και το ευρύ κοινό αγκάλιασαν τις ιδέες του.

Ο ίδιος ο Rogers θέλοντας να δώσει το στίγμα του βιβλίου γράφει: «Το βιβλίο μου αφορά την οδύνη και την ελπίδα, το άγχος και την ικανοποίηση, με τα οποία γεμίζει κάθε γραφείο θεραπευτή. Αναφέρεται στη μοναδικότητα της σχέσης που κάθε θεραπευτής διαμορφώνει με κάθε πελάτη, καθώς και στα κοινά στοιχεία που ανακαλύπτουμε σε κάθε τέτοια σχέση. Το βιβλίο αφορά τις πολύ προσωπικές εμπειρίες του καθενός από εμάς. Αφορά έναν πελάτη μου που κάθεται στη γωνία του γραφείου μου, κι αγωνίζεται να είναι ο εαυτός του, αν και φοβάται θανάσιμα να γίνει ο εαυτός του- πασχίζοντας να δει την εμπειρία του όπως είναι, θέλοντας να είναι η εμπειρία του, αν και βαθύτατα φοβάται κάτι τέτοιο. Το βιβλίο αφορά εμένα, καθώς κάθομαι με τον πελάτη αυτόν, τον αντιμετωπίζω, συμμετέχω στον αγώνα σε όσο μεγαλύτερο βάθος και με όσο περισσότερη ευαισθησία μπορώ. Αφορά εμένα, καθώς προσπαθώ να αντιληφθώ την εμπειρία του, το νόημα, το συναίσθημα, τη γεύση και το άρωμα που έχει για εκείνον. [...] Το βιβλίο αφορά, πιστεύω, τη ζωή καθώς ξεκάθαρα αποκαλύπτει τον εαυτό της μέσα στη θεραπευτική διαδικασία- με την τυφλή δύναμή της και την τεράστια ικανότητά της για καταστροφή, αλλά και με την περισσότερο βαρύνουσα τάση της για ανάπτυξη, αν παρέχεται τέτοια ευκαιρία».

ΕΝΑΣ ΤΡΟΠΟΣ ΝΑ ΥΠΑΡΧΟΥΜΕ

ΤΟΥ CARL R. ROGERS

Εκδόσεις ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, σελ.285

Στο βιβλίο αυτό, που εκδόθηκε για πρώτη φορά στα αγγλικά το 1980, ο Rogers προτείνει την εφαρμογή της προσωποκεντρικής προσέγγισης και σε άλλους τομείς της κοινωνικής ζωής, όπως είναι η εκπαίδευση, η οικογένεια, οι επιχειρήσεις κ.ά. Πρόκειται για έργο κλασικό, διαχρονικό και με ιδιαίτερο νόημα για τις ανθρώπινες σχέσεις, και αυτό γιατί ζούμε στην εποχή της πολυπολιτισμικότητας, της διακινδύνευσης, της αβεβαιότητας για το καινούριο αλλά και του «φόβου» για το άλλο, το διαφορετικό.

Για τον Rogers, η αναγνώριση μιας και μοναδικής πραγματικότητας αξιών οδηγεί το Δυτικό πολιτισμό στα πρόθυρα της καταστροφής. Ο εμπνευστής της προσωποκεντρικής προσέγγισης αξιοποιεί τις συμβουλευτικές συνεδρίες με πελάτες και αντλεί από αυτήν του την εμπειρία. Προτείνει ως ρεαλιστικό προσανατολισμό στη ζωή, τον πλουραλισμό των αντιλήψεων και των πραγματικοτήτων.

Μέσα από αυτό το βιβλίο, επαναπροσεγγίζεται η προσωποκεντρική θεωρία ως προς την εξέλιξη της και απαντώνται οι επικρίσεις που δέχθηκε για μονομερή επικέντρωση στο άτομο έτσι, αναδεικνύεται η κεντρική παρουσία της σχέσης και της κοινωνικότητας για το ανθρώπινο ον. Επιπλέον, η χρήση απλής γλώσσας από το συγγραφέα, το προσωπικό ύφος γραφής, η πρωτοτυπία και οι δυνατότητες εφαρμογής των ιδεών, αλλά και η δομή και η ακολουθία (ροή των περιεχομένων) του βιβλίου, το καθιστούν εύκολα αναγνώσιμο, εκτός από καινοτόμο πηγή.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Το προσωπικό της ομάδας σύνταξης σας ευχαριστεί εκ των προτέρων για τη βοήθειά σας στα ακόλουθα ζητήματα. Παρακαλείστε να διαβάσετε προσεκτικά τις οδηγίες που ακολουθούν όταν προετοιμάζετε το άρθρο και την περίληψή σας για υποβολή στο περιοδικό. Οι οδηγίες αυτές ακολουθούνται από όλα τα περιοδικά τα οποία συμμετέχουν στο ISAJE (Διεθνής Επιτροπή των Εκδοτών Περιοδικών για τις Εξαρτήσεις).

ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Στόχος του περιοδικού «Εξαρτήσεις» είναι να υπηρετήσει την διεθνή διεπιστημονική επικοινωνία ανάμεσα σε ακαδημαϊκούς και κλινικούς, να ενδυναμώσει τους δεσμούς μεταξύ επιστήμης και πολιτικής, να ενισχύσει και να εμπλουτίσει την ποιότητα των απόψεων. Βιβλία και σημαντικές αναφορές μπορούν να υποβληθούν για ανασκόπηση. Θα πρέπει ωστόσο να σας ενημερώσουμε εκ των προτέρων πως τα κείμενα δεν επιστρέφονται.

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Τα άρθρα γίνονται αποδεκτά με την προϋπόθεση πως υπόκεινται σε έλεγχο από την συντακτική επιτροπή. Όλα τα υποβληθέντα άρθρα πρέπει απαραίτητως να συνοδεύονται από δήλωση υπογεγραμμένη από όλους τους συγγραφείς στην οποία θα αναφέρεται ότι:

(α) το υλικό που συμπεριλαμβάνεται στο άρθρο δεν έχει δημοσιευθεί εξ ολοκλήρου ή τμηματικά σε άλλο έντυπο,

(β) το κείμενο που υποβάλλεται για δημοσίευση δεν βρίσκεται ήδη υπό έκδοση,

(γ) όλοι οι συγγραφείς που υπογράφουν το άρθρο έχουν συμμετάσχει προσωπικά στη διαδικασία συγγραφής του και αναλαμβάνουν εξίσου την ευθύνη για το περιεχόμενό του,

(δ) έχουν τηρηθεί όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας που αφορούν στην προστασία των πελατών ή των συμμετεχόντων στις έρευνες, και στα πειράματα με ζώα. Στη δήλωση πρέπει επίσης να αναφέρονται ρητώς οι πηγές χρηματοδότησης, άμεσης και έμμεσης, καθώς και οποιαδήποτε σχέση με φαρμακευτικές βιομηχανίες, καπνοβιομηχανίες και βιομηχανίες παραγωγής αλκοόλ. Σχετικά με τα σημεία (α) και (β): εάν στοιχεία από τη συγκεκριμέ-

νη έρευνα παρουσιάζονται σε περισσότερες από μία δημοσιεύσεις, αυτό θα πρέπει να αναφερθεί στο άρθρο και/ή σε επιστολή προς τον εκδότη με σαφή επεξήγηση των διαφορών που υπάρχουν στο άρθρο και με συνημμένα αντίτυπα όλων των κειμένων στα οποία αναφέρεται η συγκεκριμένη έρευνα. Εάν, σε οποιοδήποτε στάδιο, οι συγγραφείς αποφασίσουν να αποσύρουν το άρθρο τους, καλούνται να ενημερώσουν εγκαίρως τον εκδότη.

ΕΚΤΑΣΗ

Οι συγγραφείς πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο συνοπτικοί και στην περίπτωση που ο περιορισμός του άρθρου κριθεί σκόπιμος για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας, το θέμα θα συζητηθεί με τον εκδότη. Η ανάλυση περιστατικών είναι αποδεκτή αλλά δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να υπερβαίνει τις έξι σελίδες. Οι επιστολές δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τις δύο σελίδες.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΗ

Η υποβολή των εγγράφων πρέπει να γίνεται σε ηλεκτρονική μορφή ή δισκέτα. Θα πρέπει να είναι με διπλό διάστημα και περιθώρια τουλάχιστον 25 mm. Στην πρώτη σελίδα θα πρέπει να αναγράφεται ο τίτλος του άρθρου, ο οποίος δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 45 χαρακτήρες, τα ονόματα των συγγραφέων, ο χώρος και η διεύθυνση διεξαγωγής της εργασίας και η πλήρης ταχυδρομική διεύθυνση του συγγραφέα, στον οποίο θα αποσταλούν τα σχόλια, η σχετική αλληλογραφία και τα αντίτυπα της έκδοσης. Στη δεύτερη σελίδα θα αναγράφονται μόνο ο τίτλος και τα ονόματα των συγγραφέων και η περίληψη. Παρακαλήστε να αποστείλετε ένα επιπλέον αντίγραφο της περίληψης μαζί με το υποβληθέν άρθρο. Ολόκληρο το άρθρο, συμπεριλαμβανομένων παραπομπών, πινάκων, στοιχείων,

και λοιπού υλικού, θα πρέπει να έχει συνεχή αρίθμηση από την πρώτη σελίδα του τίτλου ως το τέλος. Στο κάτω μέρος της σελίδας του τίτλου παρακαλήστε να αναφέρεται τον συνολικό αριθμό σελίδων του άρθρου. Επίσης είναι σκόπιμο να αποφεύγονται οι υποσημειώσεις, όπου είναι δυνατόν.

Παρακαλήστε να αποστέλλεται τα άρθρα στην ακόλουθη διεύθυνση:

Για το Περιοδικό Εξαρτήσεις
ΚΕΘΕΑ

Σορβόλου 24, 116 36 Αθήνα

είτε με email: exartisis@kethea.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όταν πρόκειται για περιγραφές ερευνών, οι περιλήψεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν τις ακόλουθες κατηγορίες: Στόχοι, Σχεδιασμός, Πλαίσιο, Συμμετέχοντες, Παρέμβαση (για τις πειραματικές δοκιμές μόνο), Μετρήσεις, Ευρήματα, και Συμπεράσματα. Τα Συμπεράσματα πρέπει να αναφέρονται με σαφήνεια, επειδή αυτά θα καθορίσουν σε μεγάλο μέρος την απόφαση του εκδότη. Κάθε εύρημα θα αποτιμηθεί σύμφωνα με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Όσον αφορά άλλου είδους κείμενα, δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι κανόνες για τη δομή των περιλήψεων, αλλά πρέπει να είναι εμφανή τα συμπεράσματα της αποτίμησης καθώς αυτά θα αποτελέσουν κεντρικό θέμα στη διαδικασία του σχολιασμού. Οι περιλήψεις κυμαίνονται συνήθως στις 250 λέξεις.

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Οι παραπομπές μπορούν να γίνονται είτε με το σύστημα Harvard είτε με το σύστημα Vancouver. Όταν ακολουθείται το σύστημα Harvard στις παραπομπές πρέπει να τηρούνται τα ακόλουθα: πρώτο το όνομα του συγγραφέα, ακολουθεί η χρονολογία δημοσίευσης σε παρένθεση π.χ. Smith (1984). Εάν οι συγγραφείς είναι έως τρεις π.χ. Smith, Green & Jones (1984), τότε στην πρώτη παραπομπή αναφέρονται και οι τρεις ενώ στις υπόλοιπες αναφέρεται Smith et.al. (1984). Στην περίπτωση που οι συγγραφείς είναι περισσότεροι από τρεις, τότε σε όλες τις παραπομπές αναγράφεται: Smith et.al. (1984). Εάν υπάρχουν πολλές δημοσιεύσεις από τους ίδιους συγγραφείς μέσα στο ίδιο έτος, οι πα-

ραπομπές πρέπει να περιέχουν (α) (β) (γ) κ.λπ. μετά τη χρονολογία δημοσίευσης. Οι παραπομπές παρατίθενται μετά το τέλος του άρθρου με αλφαβητική σειρά, π.χ:

Abrams, D.B. & Wilson, G.T. (1979) Effects of alcohol on social anxiety... 88, 161-173.

Blane, H.T. & Leonard, K.E. (1987)

Psychological Theories.... (New York Guildford Press).

Όταν ακολουθείται το σύστημα Vancouver οι παραπομπές αριθμούνται σύμφωνα με τη σειρά που απαντώνται στο κείμενο. Σημειώστε τις παραπομπές στο κείμενο, στους πίνακες, στις λεζάντες βάζοντας διαδοχική αρίθμηση εντός παρενθέσεως (1, 2, 3, κ.λπ.). Οι παραπομπές που βρίσκονται μόνο μέσα σε πίνακες, ή λεζάντες σχημάτων θα πρέπει να αριθμούνται σύμφωνα με τη σειρά που απαντώνται στο κείμενο.

Η αριθμητική απαρίθμηση των παραπομπών πρέπει να παρατίθεται στο τέλος του άρθρου, παράδειγμα:

1. Cotton, N. (1987) The familial incidence of Alcoholism, *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 89-116.
2. Merikangas, K.R. (1989) Genetics of alcoholism: a review of Human studies...

Ανεξάρτητα από το ποιο από τα δύο συστήματα θα επιλέξετε, για τους τίτλους των εφημερίδων, των περιοδικών και λοιπών εντύπων δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συντομογραφίες. Δεν είναι απαραίτητο να αναφέρεται ο αριθμός του τεύχους ή του τόμου, θα πρέπει όμως να αναφέρονται οπωσδήποτε όλοι οι συγγραφείς. Ο κατάλογος των παραπομπών δεν πρέπει να είναι ασκόπως μακροσκελής και πρέπει να περιλαμβάνει μόνο βιβλία και έντυπα στα οποία είναι δυνατή η πρόσβαση διά μέσου των συνηθισμένων βιβλιογραφικών πηγών. Όταν πρόκειται για ξενόγλωσσα άρθρα, ή βιβλία, θα πρέπει να δίνεται ο τίτλος και στα ελληνικά σε παρένθεση μετά τον πρωτότυπο τίτλο.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ

Οι απεικονίσεις δεν πρέπει να είναι ενταγμένες στο κείμενο αλλά θα πρέπει να κατατεθούν χωριστά στο τέλος με το όνομα του συγγραφέα και

134 *Εξαρτήσεις*

σχετική αρίθμηση. Όλες οι απεικονίσεις θα πρέπει να είναι διπλάσιες από το τελικό τους μέγεθος. Όλες οι φωτογραφίες, τα γραφήματα, και τα διαγράμματα θα αναφέρονται ως «σχήματα» και θα πρέπει να έχουν διαδοχική καταχώρηση στο κείμενο με αριθμούς (π.χ. Σχήμα 1, Σχήμα 2). Η θέση των σχημάτων μέσα στο κείμενο θα πρέπει να υποδεικνύεται σαφώς. Οι τίτλοι για όλα τα σχήματα θα πρέπει να αναγράφονται σε χωριστή σελίδα και να εξηγούνται χωρίς αναφορά στο κείμενο. Στους τίτλους θα πρέπει επίσης να συμπεριλαμβάνονται και επεξηγήσεις για όλα τα σύμβολα που χρησιμοποιούνται.

ΠΙΝΑΚΕΣ

Οι πίνακες θα πρέπει να εκτυπώνονται σε χωριστή σελίδα, και η θέση τους στο κείμενο πρέπει να υποδεικνύεται σαφώς. Οι μονάδες πρέπει να αναγράφονται εντός παρενθέσεως στην πρώτη γραμμή της εκάστοτε στήλης και όχι στο κυρίως σώμα του πίνακα. Οι λέξεις ή οι αριθμοί πρέπει να επαναλαμβάνονται σε όλες τις γραμμές, ενώ τα ομοιωματικά, και λέξεις όπως: ομοίως, βλέπε, ως άνω κ.λπ. δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται. Ακόμη οι πίνακες δεν θα πρέπει να έχουν διαγράμμιση.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

Η επιμέλεια γίνεται για έλεγχο και διευκόλυνση κάποιων βασικών διορθώσεων, όχι για γενική αναθεώρηση ή μετατροπή. Τα σχόλια επιμέλειας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να επιστρέφεται το διορθωμένο κείμενο στον εκδότη μέσα σε τρεις ημέρες από την παραλαβή τους.

ΑΝΑΤΥΠΑ

Ένα αντίτυπο του περιοδικού, που περιέχει το άρθρο σας, θα σας αποσταλεί περίπου τρεις εβδομάδες μετά την έκδοση του τεύχους.

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

Τα άρθρα αποστέλλονται από τον εκδότη στον αναπληρωτή της έκδοσης για αναθεώρηση. Ο τελευταίος αφού συμβουλευτεί τη συντακτική επιτροπή στέλνει τις προτάσεις του στον εκδότη. Ο εκδότης λαμβάνει την τελική απόφαση και επικοινωνεί με τους συγγραφείς. Τέλος, ο εκδότης και ο αναπληρωτής διατηρούν το δικαίωμα να επιστρέψουν κάποιο άρθρο πριν ακόμη φτάσει στους σχολιαστές, εάν κρίνουν πως το περιεχόμενό του δεν είναι κατάλληλο για το περιοδικό εξαιτίας μεθοδολογικών περιορισμών, θεματολογίας ή προβλημάτων στην παρουσίαση των στοιχείων.

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

Είναι όρος της παρούσας έκδοσης οι συγγραφείς να διατηρούν τα πνευματικά δικαιώματα από τα άρθρα που προσκομίζουν. Αυτό παρέχει κάθε δικαίωμα στον οργανισμό, για πλήρη δημοσίευση και διάδοση του άρθρου και του περιοδικού σε όσο το δυνατόν ευρύτερο αναγνωστικό κοινό, τόσο σε έντυπη όσο και σε ηλεκτρονική μορφή. Φυσικά, οι συγγραφείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν αλλού το άρθρο μετά από τη δημοσίευσή του από το περιοδικό και χωρίς να ζητηθεί έγκριση, υπό τον όρο πως θα αναφερθεί ως πρωτότυπη πηγή της δημοσίευσης το παρόν περιοδικό. Οι συγγραφείς ευθύνονται αποκλειστικά για την παραχώρηση των δικαιωμάτων αναπαραγωγής στοιχείων που βρήκαν από άλλες πηγές.

ΟΣΟΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΝΑΓΝΩΣΤΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΟΥΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ, ΝΕΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ, ΕΡΕΥΝΕΣ Η ΑΛΛΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΦΟΡΟΥΝ ΘΕΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ, ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΤΙΣ ΑΠΟΣΤΕΙΛΟΥΝ ΣΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ.

ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

Το περιοδικό υιοθετεί πλήρως τη "Συμφωνία του Farmington" (*Addiction*, 1997, 92, 1617-1618).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

SUBMISSION

For submissions by email and Letters to the Editor, please send at exartisis@kethea.gr. Please read below for further details on submitting your paper.

SUBMISSION GUIDELINES

The Journal fully supports the [Farmington Consensus](#).

The editorial staff would be most grateful for your assistance in relation to the matters listed below. Please follow these guidelines carefully when preparing a submission.

ETHICAL STANDARDS

Manuscripts are accepted on the understanding that they may be subject to editorial revision. Submissions must be accompanied by a signed statement from all authors saying that:

- (a) the material has not been published in whole or in part elsewhere;
- (b) the paper is not currently being considered for publication elsewhere;
- (c) all authors have been personally and actively involved in substantive work leading to the report, and will hold themselves jointly and individually responsible for its content;
- (d) all relevant ethical safeguards have been met in relation to patient or subject protection, or animal experimentation.

This statement must also declare sources of funding, direct or indirect, and any connection with the tobacco, alcohol or pharmaceutical industries. With regard to points (a) and (b): if data from the same study are reported in more than one publication, this should be stated in the manuscript and/or covering letter to the Editor, along with a clear explanation as to how the submitted manuscript differs, and copies of closely related manuscripts reporting these data should be enclosed. If at any stage during the handling of their submission, authors decide to withdraw it, we ask them to notify the Editor.

LENGTH

We ask authors to be as concise as possible and will negotiate with you personally and sympathetically if we feel shortening would improve communication. Case reports are welcomed but should not be more than 6 pages long. Letters should not be more than 2 pages long.

LANGUAGE

Exartiseis' expectation is that when the authors of a paper do not have Greek as a first language, they will have their text checked before submission. *Exartiseis* welcomes submissions from all parts of the world and may on occasion assist with language editing.

SUBMISSION AND LAYOUT

Exartiseis welcomes submissions in either hard copy or electronic form. For hard-copy submissions, please send two paper copies plus a Word disk version. They should be typed on one side of the paper, double spaced, with margins of at least 25 mm. The first sheet should contain the title of the paper, a short title not exceeding 45 characters, a total page and word count, names of authors, the address where the work was carried out, and the full postal and e-mail addresses of the author who will check proofs and receive correspondence and off-prints. Any Conflict of Interest declaration should be included on this page. The second sheet should contain only the title, names of authors and an abstract. Please state any sources of funding in the Acknowledgments section. The entire manuscript, including all references, tables, figures and any other material, should be numbered in one sequence from the title page onwards. Footnotes to the text should be avoided where possible.

ELECTRONIC SUBMISSIONS

When sending a final, revised version of an *accepted* article, it is essential that the hard copy exactly matches the material on disk. Save all files on a standard 3.5 inch high-density disk. We prefer

to receive disks in Microsoft Word in a PC format, but can translate from most other common word-processing programs. Please specify which program you have used. Do not save your files as 'text only' or 'read only'.

ABSTRACT

In the case of research reports, abstracts should use the following headings: Aims, Design, Setting, Participants, Intervention (experimental trials only), Measurements, Findings and Conclusions. The findings should be clearly listed because it is these that will form the main basis for the editorial decision. Abstracts should normally be no more than 250 words long. Please include keywords.

REFERENCES

The reference list should not be needlessly profligate and should include only items that are retrievable through standard bibliographic sources. Either the Harvard or the Vancouver reference system should be followed.

When following the Harvard system, references should be indicated in the typescript by giving the authors name, with the year of publication in parentheses, e.g. Smith (1984); if there are three authors Smith, Green & Jones (1984) on the first citation and Smith *et al.* (1984) subsequently; or if there are more than three authors Smith *et al.* (1984) throughout. If several papers from the same authors and from the same year are cited, (a), (b), (c), etc. should be put after the year of publication. References should be listed at the end of the paper in alphabetical order.

When following the Vancouver system, references should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Identify references in text, tables and legends using bracketed arabic numerals. References cited only in tables or in legends to figures should be numbered in accordance with a sequence established by the first mention in the text of the particular table or figure. Please include the references in the main text rather than embedding them as footnotes.

All authors should be included. Journal titles

should not be abbreviated. Please include first and last pages of book chapters. Where foreign language papers or books are cited, the title in English needs to be included in brackets after the foreign language version. Examples are:

Harvard

Abrams, D. B. & Wilson, G. T. (1979) Effects of alcohol on social anxiety in women: cognitive versus physiological processes. *Journal of Abnormal Psychology*, **88**, 161-173.

Blane, H. T. & Leonard, K. E. (1987) *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford Press.

Vancouver

1. Cotton, N. (1987) The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, **40**, 89-116.
2. Merikangas, K. R. (1989) Genetics of alcoholism: a review of human studies. In: Wetterberg, I., ed. *Genetics of Neuropsychiatric Diseases*, pp. 21-28. London: Macmillan.

ILLUSTRATIONS

These should not be inserted in the text but each provided separately and numbered on the back with Figure numbers, title of paper and name of author. All photographs, graphs and diagrams should be referred to as Figures in the text and should be numbered consecutively in Arabic numerals (e.g. Fig. 3). A list of legends for the figures should be submitted on a separate sheet; legends should include keys to any symbols.

ELECTRONIC ARTWORK

We would like to receive your artwork in electronic form. Please save graphics in any format embedded within the body of the text file. Always enclose a hard copy of digitally supplied figures.

TABLES

These should be typed on separate sheets and should be cited in the text. Words or numerals should be repeated on successive lines. Tables should not be ruled.

REFEREEING POLICY

Papers will normally be sent by the Editor for review to an Assistant Editor, who will solicit referees reports and make a recommendation to the Editor. The Editor will make a decision on the paper and communicate this with the authors. The Editor or the Assistant Editor may return a paper unrefereed if in their judgement it is not suitable for the Journal.

COPYRIGHT

It is a condition of publication that authors vest copyright in their articles, including abstracts, in the Society for the Study of Addiction to Alcohol

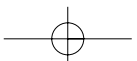
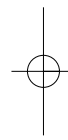
and Other Drugs. Authors are themselves responsible for obtaining permission to reproduce copyright material from other sources. Authors will be required to assign copyright in their paper to the Journal Title. Copyright assignment is a condition of publication and papers will not be passed to the publisher for production unless copyright has been assigned. To assist authors an appropriate copyright assignment form will be supplied by the editorial office.

OFFPRINTS

Corresponding authors will receive a free copy of the issue in which their article appears.



138 *Εξαρθήσεις*

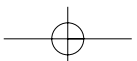
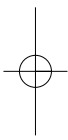


ΤΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ ΤΕΥΧΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ
ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΤΟ ΜΑΪΟ ΤΟΥ 2007
ΣΕ 700 ΑΝΤΙΤΥΠΑ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ
ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
(ΚΕΘΕΑ)
ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ

<i>Εποπτεία Έκδοσης</i> Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ	<i>Editing supervision</i> Gerassimos NOTARAS
<i>Αρχικός Καλλιτεχνικός Σχεδιασμός Έκδοσης</i> Βουβούλα ΣΚΟΥΡΑ	<i>Initial Layout</i> Vounoula SKOURA
<i>Πληκτρολόγηση Κειμένων</i> Τομέας Εκπαίδευσης ΚΕΘΕΑ	<i>Typing</i> KETHEA Department of Education
<i>Γλωσσική επιμέλεια - Διορθώσεις</i> Κωνσταντίνα ΥΦΑΝΤΗ	<i>Proofreading</i> Konstantina YFANTI
<i>Τυπογραφική επιμέλεια</i> Γεωργία ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ	<i>Print editing</i> Georgia CHRISTOFILI
<i>Σχεδιασμός Λογότυπου</i> Τέτη ΚΑΜΟΥΤΣΗ	<i>Logo</i> Teti KAMOUTSI
<i>Ηλεκτρονική Επεξεργασία - Σελιδοποίηση</i> Σταύρος ΜΠΕΛΕΣΑΚΟΣ	<i>Typeset - Layout</i> Stavros BELESSAKOS
<i>Εκτύπωση - Βιβλιοδεσία</i> ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ	<i>Publication - Binding</i> SCHEMA AND CHROMA



140 Εξαορθήσεις



Δελτίο Παραγγελίας

Θα ήθελα συνδρομή στο περιοδικό *Εξαορτήσεις* (ISSN 1109-5350) για το έτος 200.... (2 τεύχη)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση:

.....

Πόλη: Τ.Κ.: Χώρα:

Τηλέφωνο: Fax: E-mail:

ΕΙΔΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ

Ετήσια ατομική συνδρομή € 15,00

Ετήσια συνδρομή φορέων € 20,00

Ετήσια φοιτητική συνδρομή € 10,00

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Με ταχυδρομική επιταγή

Με τραπεζική επιταγή στο όνομα ΚΕΘΕΑ

Με τραπεζική κατάθεση στο λογαριασμό 117/296000-12 της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος, όπου θα σημειώνεται η ένδειξη «για Εξαορτήσεις». Αντίγραφο της κατάθεσης όπου θα φαίνεται ευκρινώς το όνομα του καταθέτη, θα πρέπει να αποσταλεί μαζί με το παρόν δελτίο παραγγελίας στη διεύθυνση του περιοδικού.

Με κάρτα πληρωμής

Όνοματεπώνυμο:

Επιλέξτε τύπο κάρτας:

Mastercard VISA

Αριθμός κάρτας: Ημερομηνία λήξης:

Υπογραφή

Όσοι επιθυμείτε την έκδοση τιμολογίου παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο:

ΑΦΜ: ΔΟΥ:

Διεύθυνση:

Πόλη: Τ.Κ.: Χώρα:

Τηλέφωνο:

Το παρόν έντυπο καθώς και το αποδεικτικό πληρωμής θα πρέπει να σταλούν στην παρακάτω διεύθυνση: ΚΕΘΕΑ, Σορβόλου 24, Αθήνα, 116 36

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθυνθείτε στο τηλέφωνο 210 9241993-6 εσωτερικό 238, να στέλνετε φαξ στο 210 9241986, ή email στο exartisis@kethea.gr

Order Form

Please enter my subscription to Exartisis (ISSN 1109-5350) for 200..... (2 issues)

SUBSCRIBER DETAILS (PLEASE WRITE IN CAPITALS)

Name:

Address:

City/Town: Postal Code: Country:

Telephone: Fax: E-mail:

ORDER DETAILS

Annual Personal Subscription € 15.00

Annual Agency/Organisation Subscription € 20.00

Annual Student Subscription € 10.00

PAYMENT DETAILS

Payment enclosed by cheque, made payable to KETHEA.

Remit the amount to our account 117/296000-12 with the National Bank of Greece, SWIFT CODE: **ETHNGRAA** IBAN: **GR4801101170000011729600012**.

Pay by credit card

Please fill in the following details in capitals:

Name:

Select card type:

Mastercard VISA

Card Number: Expiry Date:

Signature:

If you wish for an invoice to be sent to you please fill in the following information:

Name:

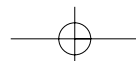
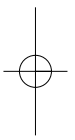
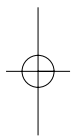
Address:

City/Town: Postal Code: Country:

Telephone:

This order form as well as the receipt from the bank have to be sent to the following address:
KETHEA - Exartisis, 24, Sorvolou str., Athens 116 36, Hellas

For any additional information you can call at +30 210 9241993-6 (int. 238), send a fax at +30 210 9241986, or email: exartisis@kethea.gr





144 Εξαορθήσεις

