



ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

ΑΘΗΝΑ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ
2002

2

ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ • Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ • ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ



ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

ΑΘΗΝΑ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ
2002

2

ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ • Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ • ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ

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

Εκδότης-Διευθυντής Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ

Αναπληρώτρια Διευθύντρια Έκδοσης Άννα ΤΣΙΜΠΟΥΚΛΗ

Συντακτική Ομάδα Σταματία ΑΛΙΦΡΑΓΚΗ, Ελένη ΑΡΓΥΡΙΑΔΟΥ, Μίρκα ΓΟΝΤΙΚΑ, Μαρίνα ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ,
Κατερίνα ΚΑΡΑΒΕΛΗ, Ειρήνη ΚΑΤΣΑΜΑ, 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
του 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, 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

Εποπτεία Έκδοσης Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ

Πληκτρολόγηση Κειμένων Τομέας Εκπαίδευσης ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Επιμέλεια Κειμένων - Διορθώσεις Όλγα ΣΕΛΛΑ

Καλλιτεχνική Επιμέλεια Έκδοσης Βουβούλα ΣΚΟΥΡΑ

Σχεδιασμός Λογότυπου Τέτη ΚΑΜΟΥΤΣΗ

Ηλεκτρονική Επεξεργασία - Σελιδοποίηση Σταύρος ΜΠΕΛΕΣΑΚΟΣ

Εκτύπωση - Βιβλιοδεσία ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ

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

Εκδοτικό σημείωμα - Editorial	5
Συνέντευξη με τον Harold Bridger - An interview with Harold Bridger	7
ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - DRUG ADDICTION IN GREECE	
Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. - Συνοπτική θεώρηση της ερευνητικής μελέτης Δημοσθένης Αγραφιώτης Ειρήνη Καμπριάνη <i>Evaluation of the effectiveness of KETHEA's therapeutic services</i> - Overview of the research study D. Agrafiotis and E. Kampriani	13
Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ - THE INTERNATIONAL EXPERIENCE	
Χαρακτηριστικά χρηστών κοκαΐνης και παραμονή στη θεραπεία. Νίκος Σπηλιόπουλος, Dr Luke Mitcheson & Dr Michael Kelleher <i>Characteristics of clients attending a stimulant clinic: factors that influence engagement & retention in treatment.</i> Nikos Spiliopoulos, Dr Luke Mitcheson & Dr Michael Kelleher	43
Χρήση ουσιών των εφήβων στην Ευρώπη: ο ρόλος της οικογενειακής δομής, της οικογενειακής λειτουργίας και του φύλου. <i>European adolescent substance use; the roles of family structure, function and gender.</i> Paul McArdle, Auke Wieggersma, Eilish Gilvarry, Birgitta Kolte, Steven McCarthy, Michael Fitzgerald, Aoife Brinkley, Maria Blom, Ingo Stoeckel, Anna Pierolini, Ingo Michels, Rob Johnson & Stephan Quensel	62
Τα αποτελέσματα της πρόληψης για την κατάχρηση ουσιών στο σχολείο: το πρόγραμμα «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά». <i>The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project.</i> Pim Cuijpers, Ruud Jonkers, Inge de Weerd & Anco de Jong	76
Η χρήση και κατάχρηση ηρεμιστικών στις Ηνωμένες Πολιτείες <i>Sedative use and misuse in the United States</i> Renee D. Goodwin & Deborah S. Hasin	86
Ένα μοντέλο σταδιακής ένταξης για τον προβληματικό και παθολογικό «τζόγο» <i>A pathways model of problem and pathological gambling</i> Alex Blaszczyński & Lia Nower	100

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ - ABSTRACTS

<i>Αλκοόλ- Alcohol</i>	127
<i>Ηρωίνη, Κάνναβη και άλλες ουσίες - Heroin, Cannabis and other drugs</i>	132
<i>Καπνός - Tobacco</i>	136
<i>Άλλα Θέματα- Other issues</i>	138

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ - FOR THE READERS

<i>Νέα και γεγονότα - News and notes</i>	149
<i>Βιβλιοπαρουσίαση- Book reviews</i>	152
<i>Οδηγίες προς τους συγγραφείς- Guidance to the authors</i>	153

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.

Εκδοτικό Σημείωμα

Η ΣΥΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ για το δεύτερο τεύχος ενός επιστημονικού περιοδικού δημιουργεί στον εκδότη ένα αίσθημα αμηχανίας.

Δεν μπορεί, από τη μία πλευρά, να επαναλάβει προθέσεις και προγραμματικές διακηρύξεις όπως στο πρώτο τεύχος, αλλά κι από την άλλη είναι πολύ νωρίς για να δημοσιοποιήσει αποτελέσματα, ποιοτικά και ποσοτικά, από το εγχείρημα της νέας αυτής έκδοσης.

Θα περιοριστώ λοιπόν στο να περιγράψω τη δουλειά της συντακτικής επιτροπής στην ολοκλήρωση του παρόντος τεύχους, τόσο από άποψη διαδικασιών όσο και από άποψη περιεχομένου.

Η ομάδα που ασχολείται με τις *Εξαρτήσεις* κατάφερε σε μεγάλο βαθμό να πετύχει ένα ορθολογικότερο καταμερισμό της εργασίας της, ώστε να μειώσει στο ελάχιστο τις αλληλοεπικαλύψεις και με τον τρόπο αυτό να εξοικονομήσει σημαντικό αριθμό ανθρωποωρών.

Στην περίοδο που μεσολάβησε από την κυκλοφορία του πρώτου τεύχους μέχρι το σημερινό, ετοιμάστηκε το σχέδιο για την προώθηση της διάθεσης του περιοδικού και ευελπιστούμε ότι με την κυκλοφορία του παρόντος τεύχους θα τεθεί σε εφαρμογή και θα έχει θετικά αποτελέσματα.

Διαπιστώσαμε επίσης ότι θα πρέπει στο μέλλον να λάβουμε ειδική μέριμνα στον προγραμματισμό μας ώστε να μειωθούν, όσο είναι δυνατόν, οι νεκροί χρόνοι, αφού φιλοδοξία μας είναι να κάνουμε σύντομα το περιοδικό μας τριμηνιαίο.

Σε ότι αφορά στο περιεχόμενο. Στο τεύχος αυτό εκτός των μεταφρασμένων άρθρων και περιλήψεων, δανείων από το ομότεχο *Addiction*, που στην επιλογή τους έγινε ιδιαίτερη προσπάθεια να καλυφθεί μια θεματολογία ευρέως φάσματος σε ότι αφορά τις εξαρτήσεις και τις επιπτώσεις τους, και τα οποία αναφέρονται στην οικογένεια, το σχολείο, τα ηρεμιστικά και τον «τζόγο», υπάρχουν ενδιαφέρουσες πρωτογενείς συμβολές.

Έτσι στο παρόν τεύχος δημοσιεύουμε:

Μία ενδιαφέρουσα συνέντευξη που έλαβε ο διευθυντής του ΚΕΘΕΑ Μπάμπης Πουλόπουλος από το βετεράνο Harold Bridger, ιδρυτικό μέλος του Tavistock Institute of Human Relations και παλαιό συνεργάτη του ΚΕΘΕΑ, μέλος της διεθνούς επιτροπής αξιολόγησης του οργανισμού αυτού.

Άρθρο του Δημοσθένη Αγραφιώτη, καθηγητή κοινωνιολογίας στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, και της Ειρήνης Καμπριάνη, ανθρωπολόγου και ερευνήτριας της ίδιας Σχολής, το οποίο αποτελεί μια συνοπτική παρουσίαση της *αποτίμησης αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ*. Η έρευνα στην οποία βασίστηκε το άρθρο αυτό διεξήχθη το 1999-2000 σε ένα δείγμα-

στόχο 561 ατόμων που δέχθηκαν τις υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ στη διετία 1994-1995.

Η τρίτη πρωτογενής συμβολή είναι το άρθρο των Νίκου Σπηλιόπουλου (Msc), Dr. Luke Mitcheson και Dr. Michael Kelleher με θέμα *Χαρακτηριστικά χρηστών κοκαΐνης και παραμονή στη θεραπεία*. Η έρευνα διενεργήθηκε στην Αγγλία στη διάρκεια ενός έτους (2001/2002) στην κοινότητα ναρκωτικών και αλκοόλ Marina House που ανήκει στο εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας.

Από το τεύχος αυτό, όπως θα διαπιστώσει ο αναγνώστης, ο πίνακας περιεχομένων κάθε τεύχους θα είναι δίγλωσσος, για να εξυπηρετεί τόσο βιβλιοθηκονομικούς σκοπούς όσο και τις ανάγκες των μη ελληνόγλωσσων αποδεκτών οι οποίοι θα ήθελαν ενδεχομένως να παρακολουθήσουν τη δημοσιευμένη αρθρογραφία. Για τον ίδιο σκοπό τα άρθρα τα οποία δημοσιεύονται για πρώτη φορά στο περιοδικό μας φροντίζουμε να συνοδεύονται από μία αγγλική περίληψη.

Κλείνοντας το προλογικό αυτό σημείωμα θα ήθελα να αναφέρω ότι στο τελευταίο τεύχος του βρετανικού *Addiction* δημοσιεύεται ένα καλωσόρισμα των *Εξαρτήσεων* στη χορεία των επιστημονικών περιοδικών που ασχολούνται με τις εξαρτήσεις. Στο θέμα αυτό θα επανέλθουμε στο επόμενο τεύχος δημοσιεύοντας το πλήρες κείμενο του καλωσορίσματος.

Για την εκδοτική ομάδα

ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΝΟΤΑΡΑΣ

Συνέντευξη με τον Harold Bridger

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ

- Χ.Π. Θα θέλαμε να μας μιλήσετε για τα πρώτα χρόνια των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Αγγλία και ιδιαίτερα για την εμπειρία σας στο “κλαμπ” του νοσοκομείου Northfield.
- Η.Β. “Το κλαμπ του νοσοκομείου, ήταν το σημείο συνάντησης όπου όλοι οι άνθρωποι, όχι μόνο οι γιατροί, μπορούσαν να έρθουν και να αναζητήσουν μια ανθρώπινη σχέση. Παίρναμε συνεντεύξεις από τους ανθρώπους, για να δούμε τι θα μπορούσαν να κάνουν, μερικές φορές ήταν πολύ άρρωστοι για να κάνουν οτιδήποτε, αλλά αργότερα επέστρεφαν και ζητούσαν να ασχοληθούν με κάτι. Κάποιοι ενδιαφέρονταν για την κηπουρική, άλλοι ήθελαν να ασχοληθούν με άλλες δραστηριότητες, αλλά μερικές φορές αυτά που ήθελαν να κάνουν ήταν ανέφικτα. Υπήρχαν προβλήματα συνεχώς. Τότε, ξεκίνησα τις ομάδες, διαφόρων τύπων. Πρόσεξα ότι έφτιαχναν παιχνίδια και έτσι είπα σε όσους πήγαιναν στο εργαστήριο παιχνιδιών, “γιατί δεν φτιάχνουμε παιχνίδια για τον έξω κόσμο”; Έτσι άρχισαν να συμβαίνουν ένα σωρό πράγματα. Γνώριζα τότε έναν ψυχαναλυτή που εργαζόταν σε μια κλινική καθοδήγησης παιδιών, αλλά δεν είχαν κανένα παιχνίδι για τα παιδιά. Έτσι κατασκευάσαμε παιχνίδια γι’ αυτή την κλινική από τη Νότια Αγγλία και αυτή ήταν η πρώτη δουλειά που πήραμε. Μετά πήγα με μια ομάδα σε ένα πολυκατάστημα στο Μπέρμινγχαμ και η ομάδα αποφάσισε να φτιάξει εκεί ένα μικρό μέρος όπου θα μπορούσαν να έρχονται οι άνθρωποι που θέλουν να επιδιορθώσουν τα παιχνίδια τους, τα οποία παίρναμε στο νοσοκομείο, τα επιδιορθώναμε και τα στέλναμε πίσω. Και έτσι αυτή έγινε μια γωνιά επιδιόρθωσης παιχνιδιών. Μετά μια άλλη ομάδα πήγε στα σχολεία της περιοχής, όπου δεν υπήρχε κανείς για να επιδιορθώσει τα θρανία τους ή οτιδήποτε άλλο χρειαζόταν” αυτό ήταν πολύ καλό για την ομάδα, ότι δηλαδή πήγαν στα σχολεία, γνώρισαν τα παιδιά και η κοινωνική θεραπεία δεν ήταν μόνο η κατασκευή πραγμάτων ή μια δραστηριότητα αλλά η συνεχής εξυπηρέτηση της κοινότητας, η σχέση με τον εξωτερικό κόσμο. Γι’ αυτό λοιπόν ονομάζω αυτό το σύστημα ανοιχτό, αρκετά διαφορετικό από του Maxwell Jones, συνολικά ένα τελείως διαφορετικό σύστημα. Έτσι λοιπόν υπήρχε το κλαμπ το οποίο είχε σχέσεις με την κοινότητα, ήταν σα μια σχέση γειτονική και την ίδια στιγμή γίνονταν πράγματα στο εξωτερικό περιβάλλον. Αυτό ήταν στη πράξη το πείραμα του Northfield. Όταν ήρθε ο Thomas Main το βρήκε πολύ ενδιαφέρον και το υποστήριξε. Έτσι ο Main ήρθε όταν είχαν όλα ξεκινήσει και φυσικά τα υποστήριξε. Δυστυχώς κατά μια έννοια ο χρόνος μου εκεί έληξε, γιατί την ίδια περίοδο ο πόλεμος τελείωνε και οι αιχμάλωτοι πολέμου γύριζαν πίσω.

Χιλιάδες αιχμάλωτοι πολέμου επέστρεφαν και η ιδέα ήταν να αναπτυχθούν παρόμοιες κοινότητες σε όλη τη χώρα. Έτσι ξαφνικά στήθηκαν 18 κοινότητες και η ιδέα ήταν να αναπτυχθούν αυτές οι κοινότητες για τους αιχμαλώτους πολέμου που επέστρεφαν στη χώρα“ αντί να γυρίσουν αμέσως στο σπίτι τους η ιδέα ήταν να έρθουν στην κοινότητα, να γνωρίσουν κόσμο εκεί, να βρουν τι θέλουν -γιατί πολλοί από αυτούς ήταν 18, 19 όταν πήγαν στο πόλεμο, 20-21 χωρίς δουλειά, χωρίς τίποτα και γύρισαν πίσω άντρες. Έτσι η ιδέα ήταν τι θα μπορούσαμε να κάνουμε για να βοηθήσουμε στην εξέλιξη αυτών των ανθρώπων.

Χ.Π. Ήταν λοιπόν μια μεταβατική φάση ανάμεσα στον πόλεμο και στο σπίτι.

Η.Β. “Ακριβώς. Ενώ ότι το πρόβλημα ήταν να υπάρχει μια μεταβατική περίοδος ανάμεσα στην επιστροφή στο σπίτι και στο στρατόπεδο συγκέντρωσης. Φυσικά μπορούσαν να πάνε σπίτι αν ήθελαν, κανείς δεν μπορούσε να τους σταματήσει, αλλά αν ήθελαν μπορούσαν να δεχτούν επισκέψεις, έκαναν διαπραγματεύσεις με το Υπουργείο Εργασίας, σκέφτονταν τι επάγγελμα θ’ ακολουθήσουν. Ήταν μια άλλου είδους θεραπευτική κοινότητα. Μετά έπρεπε να αφήσω το Northfield και να εκπαιδεύσω ανθρώπους γι’ αυτού του είδους την εργασία. Πήγα στα κεντρικά και οργανώσαμε τη λειτουργία 18 κέντρων επανεγκατάστασης, τα οποία δεν αποκαλούσαμε θεραπευτικές κοινότητες, όμως στην πράξη ήταν θεραπευτικές.

Χ.Π. Είναι γνωστή η εμπλοκή του Main και του Bion στο νοσοκομείο του Northfield και γι’ αυτό θα θέλαμε να ξέρουμε το ρόλο των ψυχιάτρων σ’ αυτή την προσπάθεια.

Η.Β. “Λοιπόν, όπως ξέρετε είχαμε ψυχιάτρους σε όλες τις μονάδες επανεγκατάστασης γιατί υπήρχαν πολλοί που ήρθαν από τα στρατόπεδα συγκέντρωσης με πάρα πολλά προβλήματα. Η ψυχιατρική μονάδα ήταν ένα μικρό γραφείο όπου οι άνθρωποι μπορούσαν να έρθουν και να συζητήσουν κάποια προβλήματα. Γιατί δεν ήταν άρρωστοι με την συνηθισμένη έννοια, αλλά αρκετοί ήταν αιχμάλωτοι πολέμου για τρία ή τέσσερα χρόνια. Το βασικό στοιχείο σ’ αυτή τη δουλειά δεν ήταν απλώς οι δραστηριότητες στις οποίες έπαιρναν μέρος οι άνθρωποι, αλλά αυτό που πολλοί δεν καταλάβαιναν ήταν η ανάγκη συνεισφοράς στην κοινωνικοποίηση των ανθρώπων αυτών, στην ανάγκη να κατανοήσουν τη σχέση τους με τους άλλους. Η ιδέα ήταν να βεβαιωθούμε ότι ενώ μπορούσαν να είναι δημιουργικοί, μπορούσαν επίσης να κοινωνικοποιηθούν σε σχέση με άλλα άτομα. Η όλη ιδέα του κλαμπ ήταν να φέρει τα άτομα κοντά. Αυτό είναι πέρα από το να είσαι απλώς ενεργός, να είσαι καλός και να δημιουργήσεις μια ωραία οικογενειακή ατμόσφαιρα, έπρεπε να έχεις αυτό που αποκαλούμε ανοιχτό είδος επικοινωνίας. Όχι απλώς τις δραστηριότητες

μέσα στο σύστημα, όχι απλώς την κοινότητα“ σ’ αυτό το σημείο νομίζω οι άνθρωποι δυσκολεύονται να κατανοήσουν τη διαφορά ανάμεσα σε μια κουλτούρα και σε αυτό που συνέβη στο Synanon. Το Synanon ήταν μια κοινότητα στην οποία οι άνθρωποι είπαν “δεν θέλουμε να μπλέξουμε με το εξωτερικό περιβάλλον, θέλουμε να ζήσουμε με συγκεκριμένο τρόπο και να ζήσουμε μαζί ευτυχισμένοι”. Αυτό δεν με ενδιαφέρει. Η ιδέα μιας κοινότητας, μιας καλής κοινότητας δεν με ενδιέφερε, αυτό που με ενδιέφερε ήταν πώς την αναπτύσσεις σαν ένα ανοιχτό σύστημα με το εξωτερικό περιβάλλον να συμμετέχει όσο και ο εσωτερικός κόσμος. Αυτός ήταν σημαντικός παράγοντας και αυτό ήταν κάτι που ο Μαϊν δεν μπορούσε να κατανοήσει. Αυτό που συνεχώς με ενδιέφερε ήταν το “ανοιχτό σύστημα του κλαμπ”, που σημαίνει ότι το εξωτερικό περιβάλλον ήταν τόσο σημαντικό όσο το εσωτερικό. Και για το λόγο αυτό δεν συμφωνούσε με τον Βιον. Αν είναι να κάνω κάτι πρέπει να αφορά όλο το νοσοκομείο. Όλο το νοσοκομείο πρέπει να το γνωρίζει και να το δει, πρέπει να είναι ενήμερο και να το επηρεάζει.

“Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι αυτό το ανοιχτό σύστημα δεν διαχωρίζει το μέσα και το έξω, τα βλέπει μαζί”. Η παράδοση του Synanon είχε να κάνει πολύ με το πού έμεναν οι άνθρωποι. Είναι σα να λει κάποιος “δεν μου αρέσει ο εξωτερικός κόσμος και έτσι θα ζήσω ευτυχισμένος με τον εαυτό μου”. Το ίδιο ισχύει και για τις κοινότητες και σήμερα υπάρχει μια τέτοια τάση, κλειδώνουμε τις πόρτες, τα κλειδώνουμε όλα αλλά αν θέλουμε να δημιουργήσουμε ανθρώπους πρέπει να δημιουργήσουμε το ανοιχτό σύστημα. Οι οργανισμοί πρέπει να δουλέψουν στο ανοιχτό σύστημα όχι στο κλειστό. Φυσικά δεν μπορείς να σταματήσεις να είσαι ανοιχτός”.

- X.Π. Υπάρχει μια φράση που χρησιμοποιήσατε πολλές φορές, αυτή είναι “άρρωστος όχι με τη συνηθισμένη έννοια”. Τι εννοείτε;
- H.B. “Δεν είναι ιατρικά άρρωστοι ή συναισθηματικά άρρωστοι. Ο Juan Corelli κάνει μια παράφραση και λει ότι ‘δεν είναι άρρωστοι, απλώς πρέπει να μεγαλώσουν’. Αυτό δεν είναι ακριβώς σωστό, γιατί κατά μια έννοια είναι ώριμοι, αλλά αυτός είναι ένας καλός τρόπος για να το θέσουμε. Αυτό που συνήθως λει είναι ότι δεν είναι άρρωστοι, έχουν απλώς μια δεύτερη ευκαιρία. Είναι ένα αναπτυξιακό θέμα, μια μεταβατική περίοδος. Τη σκέφτομαι από πλευράς μετάβασης, ανάπτυξης, γι’ αυτό μας αρέσει τόσο η λέξη ανάπτυξη. Γιατί αυτό που θέλουμε είναι να έχει κάποιος μια δεύτερη ευκαιρία, μια άλλη ευκαιρία να κάνει κάτι που δεν έκανε πριν σωστά. Αυτό πραγματικά εννοώ”.

ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF KETHEA'S THERAPEUTIC SERVICES - OVERVIEW OF THE RESEARCH STUDY

D. AGRAFIOTIS* AND E. KAMPRIANI**

Abstract

The research study on the evaluation of the effectiveness of therapeutic services provided by KETHEA (Therapy Center for Dependent Individuals) was contacted by the Department of Sociology, National School of Public Health, in collaboration with KETHEA, between 1999 and 2002. The aim of the study was a) to determine the degree of effectiveness of treatment programmes for substance abuse, and b) assess the Center's role and contribution to the strategic plans and actions to deal with the phenomenon of drug addiction in Greece.

This article gives an overview of the theoretical and methodological approaches adopted in this study, certain key points of the follow-up research project, and the evaluation results. The main axes of analysis include: a) estimation of the changes in the interviewees' condition before and after the therapeutic experience, b) assessment of the contribution of therapy in the changes observed c) identification of the differential effects of individual characteristics, therapeutic interventions and external influences, in the construction of people's life-course following the therapeutic incidence under study.

The results of the evaluation study provide explicit indications for the effectiveness of treatment in therapeutic communities, within the Greek context. The therapeutic services provided by KETHEA seem to contribute substantially to the reduction in substance use and the individual and social consequences of drug-addiction. The length of time spent in treatment comprises a determining factor for the success of substance abuse treatment, and the therapeutic incidence is related to positive results, at all aspects, in the long term.

* Professor of Sociology, National School of Public Health

** Social Anthropologist - Researcher, Scientific Collaborator of the Dept. of Sociology, National School of Public Health

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ*, ΕΙΡΗΝΗ ΚΑΜΠΡΙΑΝΗ**

Π ε ρ ί λ η ψ η

Η μελέτη για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε από τον Τομέα Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), στο χρονικό διάστημα μεταξύ 1999-2002. Σκοπός της μελέτης ήταν α) ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και β) η εκτίμηση της συμβολής του Κέντρου στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα.

Σε αυτό το κείμενο παρουσιάζονται συνοπτικά οι γενικοί προσανατολισμοί του ερευνητικού εγχειρήματος, οι μεθοδολογικές επιλογές και ορισμένα βασικά σημεία της αναδρομικής έρευνας για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς και τα αποτελέσματα της αποτίμησης. Οι κεντρικοί άξονες της έρευνας αφορούν α) την εκτίμηση για την αλλαγή της κατάστασης των ερωτώμενων πριν και μετά τη θεραπευτική εμπειρία β) τη συμβολή της θεραπευτικής παρέμβασης στην αλλαγή της κατάστασης γ) τον εντοπισμό της επίδρασης των ατομικών χαρακτηριστικών, των θεραπευτικών στόχων και των εξωγενών παραγόντων και συνθηκών, στη διαμόρφωση της πορείας ζωής των ατόμων μετά τη θεραπεία.

Τα αποτελέσματα της μελέτης παρέχουν σαφείς ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων στις ελληνικές συνθήκες. Η θεραπεία στο πλαίσιο των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. φαίνεται να συμβάλλει στην ταυτόχρονη αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών και των προσωπικών και κοινωνικών επιπτώσεών της. Ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επίτευξη των στόχων της θεραπείας απεξάρτησης, ενώ η επαφή με το θεραπευτικό πλαίσιο σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα, μακροχρόνια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Η αξιολόγηση (review), στάθμιση (assessment) και αποτίμηση (evaluation) οργανισμών/ οργανώσεων και παρεμβάσεων στο χώρο της Δημόσιας Υγείας και της Κοινωνικής Φροντίδας αποτελούν σήμερα ζητήματα ευρύτερου επιστημονικού - πολιτικού - κοινωνικού διαλόγου. Στο επίκεντρο του προβληματισμού βρίσκονται θέματα που αφορούν την επιστημονικότητα, τη βιωσιμότητα και την ανάπτυξη των παρεμβάσεων, την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, την καλύτερη αντιστοίχιση κόστους - αποδοτικότητας, και τέλος, την υπόσταση και το ρόλο των θεσμών σε σχέση με πολλαπλές ανακατατάξεις του συλλογικού βίου.

* Καθηγητής Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

** Κοινωνική Ανθρωπολόγος - Ερευνήτρια, Επιστημονικός Συνεργάτης του Τομέα Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Αλληλογραφία: Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Λ. Αλεξάνδρας 196, 115 21 Αθήνα, Ελλάδα. Τηλ.: 210 6466243, 6450958, e-mail: agraf@compulink.gr

Ειδικότερα όσον αφορά το πεδίο της τοξικοεξάρτησης, οι διαδικασίες αξιολόγησης - αποτίμησης ως εργαλεία ελέγχου και ανάπτυξης των θεραπευτικών προγραμμάτων, προβάλλονται ως προτεραιότητα για να διαμορφωθεί εστιασμένη πολιτική, ώστε να ανατροφοδοτήσει τοπικές εμπειρίες και πρακτικές, να διαμορφωθούν κατευθυντήριες γραμμές για το σχεδιασμό παρεμβάσεων, να δημιουργηθούν συγκρίσιμους δείκτες για την αποτελεσματικότητα των εφαρμοζόμενων πολιτικών, την ορθολογιστική κατανομή των πόρων (οικονομικών, ανθρώπινων), την καλύτερη αντιμετώπιση του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης (Weil et al 1999, EC 1999). Στην Αμερική, η συσσωρευμένη γνώση και ερευνητική εμπειρία σε αυτό το πεδίο έχει συμβάλει στην καταγραφή και αποσαφήνιση των διαστάσεων της απεξάρτησης, καθώς και των παραγόντων που επιδρούν στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας, σε σχέση με διαφορετικούς τύπους θεραπευτικών προγραμμάτων και διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού (εθνικές, κοινωνικές). Αντίστοιχα, η ευρωπαϊκή πολιτική για το θέμα αναγνωρίζει τη ζωτική σημασία αυτών των ενεργειών/διαδικασιών ως “αναπόσπαστο μέρος της προσέγγισης για την καταπολέμηση των ναρκωτικών” (EC 1999). Σε αυτό το πλαίσιο, οι δράσεις που αναπτύσσονται για την αξιολόγηση και την αποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών έχουν ενταθεί την τελευταία δεκαετία και έχουν συμβάλει στη διαμόρφωση προτύπων μελέτης και σχεδίων έρευνας σε αυτό το πεδίο (WHO 1999, EMCDDA 1999 & 2000).

Στη χώρα μας δεν υπάρχει αντίστοιχη επιστημονική παράδοση και τεχνογνωσία σε αυτά τα θέματα και οι έννοιες της αξιολόγησης και της αποτίμησης των υπηρεσιών απεξάρτησης αποκτούν καίρια σημασία μόλις προσφάτως - και στο πλαίσιο της εναρμόνισης με τις προτεραιότητες που θέτει η ευρωπαϊκή πολιτική. Προβάλλεται τώρα το αίτημα η αξιολόγηση/αποτίμηση να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εφαρμογής ενός προγράμματος και προϋπόθεση για τη χρηματοδότησή του (ΕΚΤΕΠΝ 2002), και υπογραμμίζεται ο ρόλος της αξιολόγησης για την αποτελεσματικότερη εφαρμογή της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά (Υπουργείο Υγείας 2001).

Σε αυτό το πλαίσιο, η υλοποίηση της μελέτης αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. αποτελεί πρώτη απόπειρα στη χώρα μας να αποτιμηθεί συνολικά ένας οργανισμός, σε τέτοιο βάθος και εύρος, και σύμφωνα με τα διεθνή επιστημονικά πρότυπα, και συμβάλλει έτσι στη δοκιμή κριτηρίων μεθοδολογίας και στη διαμόρφωση νέων μηχανισμών και τεχνογνωσίας. Ένα τέτοιο εγχείρημα προϋποθέτει καταρχήν την αποσαφήνιση του αναλυτικού και ερμηνευτικού περιεχομένου των εννοιών/διαδικασιών που δοκιμάζονται ως εργαλεία έρευνας και κοινωνικής πολιτικής. Ειδικότερα, η έννοια της αποτίμησης αναφέρεται στην “εξέταση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος δράσης/παρέμβασης, μέσα από ένα σύνολο ενεργειών-πρακτικών που διερευνούν τη σχέση μεταξύ πόρων, στόχων και αποτελεσμάτων, καθώς και την καταλληλότητα των επιλογών και στρατηγικών σε σχέση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες του πληθυσμού - στόχου και τις επιταγές και συνθήκες του κοινωνικο-πολιτιστικού περιβάλλοντος” (Αγραφιώτης 2000, Αγραφιώτης και Μάντη 1999).

Τα βασικά ερωτήματα που θέτει η μελέτη της αποτίμησης αφορούν στο ποια ήταν τα αποτελέσματα της θεραπείας, πόσο καλά οργανωμένο είναι ένα πρόγραμμα δράσης, σε ποιο βαθμό ανταποκρίνεται στις ανάγκες τις οποίες στοχεύει να καλύψει, ποια είναι τα δυνατό/ισχυρά στοιχεία της παρέμβασης που συμβάλλουν στην επιτυχία της θεραπείας, πώς η επένδυση (οικονομική, κοινωνική, σε ανθρώπινο δυναμικό) οδηγεί στα

προσδοκώμενα αποτελέσματα και τις επιθυμητές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις (EU 1999, WHO 1999, Ovretveit 1998). Ωστόσο σε μία μελέτη αποτίμησης δεν είναι δυνατόν να απαντηθούν όλα τα ερωτήματα που σχετίζονται με την οργάνωση, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Η επιλογή των επιμέρους στόχων/ερωτημάτων, τα οποία καλείται να εξετάσει η αποτίμηση, συναρτάται με τη θεωρητική προσέγγιση, τα διαθέσιμα στοιχεία και τις πληροφορίες που θα χρησιμοποιηθούν για την έρευνα, τη χρήση που αναμένεται να έχουν τα αποτελέσματα της μελέτης, καθώς και τη φάση ανέλιξης του θεσμού, σε σχέση με τα σύγχρονα κοινωνικά και πολιτιστικά αιτήματα.

Ο στόχος της αποτίμησης αφορά τη βελτίωση των υπηρεσιών, τον εντοπισμό των επιπτώσεων από την εφαρμογή ενός προγράμματος στην κοινωνία, την παροχή τεκμηριωμένης πληροφόρησης στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων ώστε να διευκολυνθούν για να αποδώσουν αξία / ποιότητα στο πρόγραμμα και το σχεδιασμό στρατηγικής, με στόχο τα προσδοκώμενα αποτελέσματα (Πουλόπουλος 2000, Ovretveit 1998). Με αυτή την έννοια η αποτίμηση μπορεί να προσφέρει μία έγκυρη βάση πληροφοριών και το πλαίσιο διαλόγου σχετικά με την επίδοση και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, λειτουργώντας ανατροφοδοτικά για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής αλλά και τους εμπλεκόμενους κοινωνικούς πρωταγωνιστές.

1. Η ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Η μελέτη για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε με προοπτική να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητα, η θεραπευτική παρέμβαση, η ανάπτυξη και η βελτίωση των υπηρεσιών απεξάρτησης¹. Η πρώτη φάση της μελέτης περιελάμβανε α) τη συστηματική εξέταση της εξέλιξης του φαινομένου της χρήσης ουσιών στην Ελλάδα και την εκτίμηση της συμβολής του ΚΕΘΕΑ, ως φορέα δράσης / παρέμβασης αλλά και ως κοινωνικο-πολιτιστικού καταλύτη, στην προσπάθεια αντιμετώπισής του, και β) τη διαμόρφωση του θεωρητικού πλαισίου της αποτίμησης και το μεθοδολογικό σχεδιασμό της έρευνας αποτελεσματικότητας².

Η αναδρομική έρευνα αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ. πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο του 2000 μέχρι και τον Ιούνιο του 2001³. Σε αυτό το κείμενο θα γίνει μία συνοπτική παρουσίαση του ερευνητικού σχεδίου και των αποτελεσμάτων της έρευνας αποτελεσματικότητας.

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ

Σύμφωνα με το θεωρητικό υπόβαθρο της μελέτης, η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α.:

1 Ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και η διαμόρφωση των αποτελεσμάτων της έρευνας αποτελούν προϊόν της συλλογικής εργασίας των συμβαλλόμενων φορέων - του Τομέα Κοινωνιολογίας, της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) και του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.). Επιπλέον, για επιμέρους εργασίες ή μεμονωμένες φάσεις της έρευνας συμμετείχαν ένας αριθμός συνεργατών των δύο φορέων, που συνέβαλαν σημαντικά στη συλλογή των δεδομένων και την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων, και την ανάλυση των δεδομένων. Η καταχώρηση των δεδομένων από τις συνεντεύξεις έγι-

- Εκτιμά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε σχέση με την κατάσταση των ατόμων σε τομείς που αφορούν όχι μόνο τη χρήση ουσιών αλλά και άλλες διαστάσεις της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Με αφετηρία τη σύγχρονη θεώρηση της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες ως πολυδιάστατο ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο με πολλαπλές διαστάσεις, η θεραπεία απεξάρτησης έχει κοινωνικοποιητικό χαρακτήρα (Μάτσα 2001α), με στόχο τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της ζωής του ατόμου. Από αυτή την άποψη, η αποτίμηση υιοθετεί μία πολυεστιακή προσέγγιση, εξετάζει τις αλλαγές στην κατάσταση των ατόμων σε διάφορους τομείς, με τρόπο που να προσδιορίζει το βαθμό στον οποίο η θεραπευτική διαδικασία έχει προκαλέσει ή έχει συμβάλει σε αυτές τις αλλαγές (WHO 1999).
- Ξεκινάει με την παραδοχή / υπόθεση εργασίας ότι η θεραπεία απεξάρτησης στο πλαίσιο των ελληνικών θεραπευτικών κοινοτήτων είναι αποτελεσματική, στο βαθμό που στηρίζεται σε ένα διεθνώς αναγνωρισμένο και επιστημονικά τεκμηριωμένο μοντέλο θεραπείας ως προς την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων και σε σχέση με άλλα θεραπευτικά συστήματα (Knight 2002, SAMSHA 1997, Gerstein & Harwood 1990). Τα κρίρια ερωτήματα που θέτει η αποτίμηση αφορούν περισσότερο στο πώς λειτουργεί η θεραπεία ως συνολική πρακτική, για ποιον είναι αποτελεσματική, πώς μπορεί να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αξιοποιώντας με τον καλύτερο τρόπο τους διαθέσιμους πόρους (Knight 2002).
- Επιχειρεί να σκιαγραφήσει τις ροές των ατόμων που εισέρχονται (και κάποιες φορές επανεισέρχονται) σε κάποια στιγμή της ζωής τους στο θεραπευτικό σύστημα και ακολουθούν διαφορετικές διαδρομές μετά την απομάκρυνσή τους από αυτό. Δεδομένου ότι η θεραπεία απεξάρτησης είναι μία χρόνια διαδικασία και αποτελείται από πολλαπλές φάσεις ή παρεμβάσεις στο πλαίσιο του ίδιου θεραπευτικού προγράμματος ή και άλλων φορέων, είναι σημαντικό να διερευνηθεί ο βαθμός επίδρασης της συγκεκριμένης παρέμβασης που μελετάται (ΕΚΤΕΠΝ 2002). Από την άλλη πλευρά, θα πρέπει να σταθμιστεί η συμβολή κάθε παρέμβασης στην πορεία ζωής του εξαρτημένου, στο βαθμό που η επαφή και μόνο με το θεραπευτικό σύστημα δύναται να θέσει τις προϋποθέσεις ή να ενισχύσει τα κίνητρα για αλλαγή της εξαρτητικής συμπεριφοράς (Πουλόπουλος 1995).
- Διερευνά την αλληλεπίδραση μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών και επιλογών και των εξωγενών παραγόντων (συνθήκες / καταστάσεις του περιβάλλοντος), σε σχέση και πέρα από την επίδραση της θεραπείας, τη διαμόρφωση της πορείας των ατόμων ως προς την εξάρτηση / απεξάρτηση μετά τη θεραπευτική εμπειρία. Δεδομένου ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι έννοια πολυσήμαντη και πολυπαραγοντική και εξαρτάται από μία σειρά παραγόντων (Μάτσα 2001, Donovan 1999), η αποτίμηση επιχειρεί να αξιολογήσει το βαθμό επίδρασης / επίπτωσης της θεραπευτικής εμπειρίας στην οργάνωση της καθημερινής ζωής των ατόμων και τις δεξιότητές τους να αντιμετωπίζουν δυσκολίες, εμπόδια, προκλήσεις, μετά την απομάκρυνσή τους από το Θεραπευτικό Πρόγραμμα.

νε από την εταιρεία ICAP και η πολυμεταβλητή ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων έγινε σε συνεργασία με το στατιστικό Δρ. Α. Σπινάκη, και την εταιρεία QUANTOS SARL.

- 2 Τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας εμπεριέχονται στο κείμενο "Πρόταση για την αναδρομική έρευνα της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α." (Αγραφιώτης και Μάντη 1999).
- 3 Τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας εμπεριέχονται στο κείμενο "Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Αγραφιώτης και Καμπριάνη 2002)

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ

Η έρευνα αποτελεσματικότητας σχεδιάστηκε σύμφωνα με την τεχνική της επανεξέτασης των ατόμων που εντάχθηκαν σε θεραπευτικό πλαίσιο, η οποία αποτελεί, όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία, έναν από τους πιο έγκυρους μηχανισμούς επανελέγχου (WHO 1999, EMCDDA 1999, Ovretveit 1998). Η κρίσιμη αυτή επιλογή σχετίζεται και με τους πόρους και τα διαθέσιμα στοιχεία, καθώς και με την απουσία προηγούμενων ερευνών στο χώρο της αποτίμησης στη χώρα μας, τόσο στο πεδίο της απεξάρτησης όσο και άλλους τομείς παροχής υπηρεσιών.

Στόχος της έρευνας είναι να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α., εξετάζοντας την κατάσταση των ατόμων 5 χρόνια⁴ μετά την εισαγωγή τους σε κάποια από τις θεραπευτικές κοινότητες. Για να προσδιοριστεί η κατάσταση των ατόμων, ελέγχεται η χρήση ουσιών, η παραβατική συμπεριφορά, η επαγγελματική κατάσταση, οι οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, η κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας και άλλοι τομείς της ζωής τους. Για τους σκοπούς της έρευνας, επιλέχθηκαν για κάθε πεδίο συγκεκριμένες μεταβλητές που εξετάστηκαν, τέτοιες που να επιτρέπουν την πολυδιάστατη προσέγγιση της κατάστασης των ερωτωμένων. Άλλωστε, η μελέτη της αποτίμησης επιχειρεί ακριβώς τη συνεκτίμηση βασικών χαρακτηριστικών που περιγράφουν την κατάσταση του ερωτώμενου στα υπό εξέταση πεδία, και όχι αποκλειστικά την εμβάθυνση σε κάποιο από αυτά (WHO 1999).

Η βασική προσέγγιση περιελάμβανε τη συγκέντρωση συγκρίσιμων ποσοτικών πληροφοριών σε δύο χρονικά σημεία, πριν (από τη στιγμή της εισαγωγής σε θεραπευτική κοινότητα το 1994-95) και μετά (τη στιγμή της επανεξέτασης το 2000-2001). Παράλληλα πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονη ποιοτική μελέτη, με δύο στόχους: τη διερεύνηση όψεων και διαστάσεων της κατάστασης των ερωτωμένων, που δεν ήταν δυνατό να εξεταστούν ή να ερμηνευτούν με βάση τα ποσοτικά δεδομένα, και της αντίληψης των ερωτωμένων για τη θεραπεία στο ΚΕ.Θ.Ε.Α., καθώς και τη δοκιμή ποιοτικών προσεγγίσεων και αντίστοιχων εργαλείων.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Η μεθοδολογία της έρευνας περιελάμβανε, ανάλογα με την κάθε επιμέρους φάση (εντοπισμός των ατόμων του δείγματος, έρευνα πεδίου, αξιολόγηση της διαδικασίας της συνέντευξης), μία σειρά ερευνητικών εργαλείων, ποσοτικών και ποιοτικών. Στη φάση της έρευνας πεδίου χρησιμοποιήθηκαν:

1. ημι-δομημένη συνέντευξη, βασισμένη στο σταθμισμένο ερωτηματολόγιο EurorASI⁵, που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση του βαθμού σοβαρότητας της κατάστασης του

4 Το διάστημα των 5 χρόνων υπολογίζεται κατά προσέγγιση, ουσιαστικά αντιστοιχεί στην περίοδο από την ημέρα εισαγωγής στη θεραπεία μέχρι την ημέρα επανεξέτασης.

5 Στην έρευνα αποτελεσματικότητας χρησιμοποιήθηκε η πέμπτη έκδοση του ερωτηματολογίου ASI (Addiction Severity Index) για την εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης των εξαρτημένων (McLellan 1992, 1983, 1980). Η προσαρμογή του στην αναδρομική μελέτη της πενταετίας έγινε υπό την εποπτεία και με τη συνεργασία του καθηγητή McLellan του Τμήματος Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια.

ατόμου, όπως προσαρμόστηκε στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας για επανεξέταση 5 χρόνια μετά τη θεραπευτική εμπειρία, και

2. ανοικτή συνέντευξη εστιασμένη α) στη διερεύνηση των σημαντικών γεγονότων ζωής και στη διαχείριση της κρίσης στη διάρκεια των 5 ετών, καθώς και β) στη διερεύνηση της αντίληψης του ατόμου για τη θεραπεία και το βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που δέχτηκε. Το ποιοτικό εργαλείο κατασκευάστηκε και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε αυτή την έρευνα, σε πειραματική εφαρμογή.

ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από την 1/1/1994 έως και την 31/12/1995 στις έξι θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ που λειτουργούσαν εκείνη την περίοδο (ΣΤΡΟΦΗ, ΙΘΑΚΗ, ΕΞΟΔΟΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ, ΝΟΣΤΟΣ) εισήχθησαν 766 άτομα (650 άντρες και 116 γυναίκες). Η επιλογή του δείγματος βασίστηκε στην τεχνική της τυχαίας μη αναλογικής στρωματοποιημένης δειγματοληψίας, με κριτήρια την αντιμετώπιση της υπο-εκπροσώπησης των γυναικών στο συνολικό πληθυσμό και την ισάριθμη εκπροσώπηση των μελών κάθε θεραπευτικού προγράμματος. Τα άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκαν ανεξάρτητα από το χρόνο παραμονής τους στη θεραπευτική κοινότητα (συμπεριελήφθησαν και άτομα που έμειναν στη θεραπευτική κοινότητα έστω και για μία ημέρα).

Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελείται από 551 άτομα (445 άνδρες και 116 γυναίκες), και από αυτά πραγματοποιήθηκαν 388 συνεντεύξεις (ποσοστό 70,4%)⁶, από τις οποίες 307 έγιναν κατά πρόσωπο και 81 τηλεφωνικές συνεντεύξεις.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε στάδια και περιελάμβανε περιγραφική στατιστική ανάλυση, έλεγχο στατιστικών υποθέσεων, πολυμεταβλητή ανάλυση. Στην ποσοτική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα από 359 συνεντεύξεις, με κριτήριο την πληρότητα των δεδομένων για την πρώτη φάση (πριν) και τη στιγμή της επανεξέτασης (μετά). Η επιλογή των διαφορετικών μεθόδων ανάλυσης θεωρήθηκε ως η πλέον κατάλληλη για τη διαχείριση δεδομένων μεγάλου εύρους και πολυπλοκότητας. Τα στάδια της στατιστικής ανάλυσης αφορούν:

- περιγραφική ανάλυση για τη διερεύνηση βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος και έλεγχος στατιστικών υποθέσεων για τη συγκριτική εξέταση δεικτών αποτελεσματικότητας (χρήση ουσιών, παραβατικότητα, εργασία), πριν και μετά τη θεραπευτική εμπειρία.
- Πολυδιάστατη / πολυμεταβλητή ανάλυση για την ταυτόχρονη αποτύπωση των χαρακτηριστικών των ερωτωμένων, κατά κατηγορίες μεταβλητών ή σύμφωνα με επιλεγμένα κριτήρια. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση (factor analysis), με σκοπό να αποδώσει το εύρος και τη διάσταση των χαρακτηριστικών του δείγματος και τη διασπορά / κατανομή τους στο συνολικό πληθυσμό.

6 Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία σε ανάλογες αναδρομικές έρευνες αποτίμησης της θεραπείας απεξάρτησης, ο δείκτης ανταπόκρισης στην έρευνα αποτελεσματικότητας θα πρέπει να είναι πάνω από 70% των ατόμων του δείγματος που έχουν εντοπιστεί, για τη διασφάλιση της υψηλότερης αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων της έρευνας (Papanastasiatos 2000).

Η επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων έγινε σύμφωνα με την τεχνική της θεματικής ανάλυσης. Το δείγμα της ποιοτικής ανάλυσης αποτελούν 149 άτομα (75 άντρες και 74 γυναίκες), που επιλέχθηκαν τυχαία από το σύνολο των ερωτωμένων που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις επανεξέτασης.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στη συνέχεια παρουσιάζονται ενδεικτικά ορισμένα αποτελέσματα από την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων της έρευνας. Ειδικότερα, παρουσιάζονται οι βασικοί δείκτες αποτελεσματικότητας, τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων με βάση τον ορισμό του απεξαρτημένου, τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης, καθώς και τα ευρήματα της ποιοτικής προσέγγισης. Η παρουσίαση των ευρημάτων από κάθε στάδιο / επίπεδο ανάλυσης περιλαμβάνει τρεις περιοχές: α) μεθοδολογική προσέγγιση β) παρουσίαση των αποτελεσμάτων γ) συζήτηση. Η δομή αυτή θεωρήθηκε ότι διευκολύνει στη ροή και τη συνοχή του κειμένου.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, κυρίως για λόγους οικονομίας του κειμένου και παρουσίασης μίας συνολικής εικόνας των ευρημάτων της αποτίμησης, τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται δεν εξαντλούν το εύρος των αναλύσεων και αποτελεσμάτων που διαμορφώθηκαν με βάση τα ερευνητικά ευρήματα.

ΒΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

I. Δείκτες Μέτρησης του Θεραπευτικού Αποτελέσματος

Η εκτίμηση του βαθμού στον οποίο επιτυγχάνονται τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης διερευνάται με την εξέταση δεικτών μέτρησης του αποτελέσματος, που σχετίζονται με τρία πεδία: τη μείωση ή την αποχή από τη χρήση ουσιών, τη βελτίωση της ατομικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και ευημερίας των ατόμων, τη μείωση του κινδύνου για την ατομική ασφάλεια και τη δημόσια υγεία (WHO 1999). Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, η μείωση της προβληματικής χρήσης, της παραβατικότητας και της ανεργίας αποτελούν βασικούς δείκτες που χρησιμοποιούνται στις αναδρομικές έρευνες αποτελεσματικότητας.

Ο χρόνος παραμονής αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία της θεραπείας. Ειδικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι ο ελάχιστος ικανός χρόνος για την ένταξη / προσαρμογή στο θεραπευτικό σύστημα, είναι οι 3 μήνες, ενώ όσο αυξάνει ο χρόνος παραμονής βελτιώνεται το προσδόκιμο επίτευξης / διατήρησης του επιδιωκόμενου αποτελέσματος της θεραπείας (Pouliopoulos 1998, Knight 2002). Στην παρούσα μελέτη γίνεται μια συγκριτική μελέτη των μεταβλητών σε δύο περιόδους, πριν και μετά τη θεραπεία, και ως προς τις κατηγορίες του χρόνου παραμονής των ερωτωμένων στη θεραπεία - σε διαστήματα των 1-90 ημερών, 91-270 ημερών, 271-360 ημερών και πάνω από 1 χρόνο.

II. Αποτελέσματα

Η εξέταση των μεταβλητών που αποτελούν βασικούς δείκτες αποτελεσματικότητας αναδεικνύει τις αλλαγές στην κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα τη στιγμή της επανεξέτασης (μετά) συγκριτικά με την στιγμή ένταξης τους στη θεραπεία (πριν). Συγκε-

κριμένα, μετά τη θεραπεία σημειώνεται μείωση σε ποσοστό 40% για τη χρήση ηρωίνης και 41% για την εναίσιμη χρήση ουσιών, μείωση της τάξης του 54% στις καταδίκες και 56% στις φυλακίσεις, ενώ η ανεργία μειώνεται σε ποσοστό 44% (Πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟΥΣ ΒΑΣΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ (ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ: ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΚΕ.Θ.Ε.Α.)

Δείκτες	Πριν	Μετά
Χρήση Ηρωίνης*	96%	58%
Ενέσιμη Χρήση*	90%	53%
Καταδίκες*	37%	17%
Φυλακίσεις*	32%	14%
Ανεργία*	64%	36%

* $p < 0,001$

Σε μία προσπάθεια εκτίμησης της συνολικής εικόνας για την κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα και της επίδρασης διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, παρουσιάζεται η συγκριτική ανάλυση βασικών δεικτών αποτελεσματικότητας ανάλογα με τις κατηγορίες του χρόνου παραμονής στη θεραπεία (Πίνακας 2). Οι μεταβλητές που εξετάζονται αφορούν την αποχή από τη χρήση ουσιών, την αποχή από παραβατικές δραστηριότητες, τη συνήθη επαγγελματική κατάσταση (να είναι πλήρης απασχόληση), για το διάστημα των 5 χρόνων και των τελευταίων 30 ημερών, πριν από τη συνέντευξη επανεξέτασης, καθώς και η επανένταξη σε θεραπευτικό πλαίσιο -σits θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. ή σε άλλες δομές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟΥΣ ΒΑΣΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ: ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΚΕ.Θ.Ε.Α.)

Δείκτες	Χρόνος Παραμονής (σε ημέρες)			
	1-90	91-270	271-360	361+
Δεν έχει κάνει χρήση ηρωίνης τα τελευταία 5 χρόνια	16%	34%	50%	77%
Δεν είχε καμία εμπλοκή με το νόμο τα τελευταία 5 χρόνια	33%	47%	55%	73%
Συνήθης επαγγελματική κατάσταση τα τελευταία 5 χρόνια:				
Πλήρης Απασχόληση	56%	71%	65%	76%
Έχει επόμενη θεραπευτική εμπειρία	76%	68%	45%	19%
Δεν έχει κάνει χρήση καμίας παράνομης ουσίας τις τελευταίες 30 ημέρες	59%	76%	80%	87%
Δεν έχει κάνει παράνομες δραστηριότητες για να βγάλει χρήματα τις τελευταίες 30 ημέρες	87%	95%	95%	100%
Εργάστηκε τουλάχιστον 20 από τις τελευταίες 30 ημέρες	50%	64%	60%	72%

Ο παραπάνω πίνακας επιτρέπει την εκτίμηση μεμονωμένων μεταβλητών ανάλογα με τις κατηγορίες του χρόνου παραμονής στη θεραπεία και τον έλεγχο υποθέσεων εργασίας, και έχει πολλούς τρόπους ανάγνωσης. Εδώ επιχειρείται η εξέταση των διαφορών που πα-

ρατηρούνται στην κατάσταση των ερωτώμενων ανάλογα με τις κατηγορίες του χρόνου παραμονής στη θεραπεία, για κάθε μεταβλητή, και η εκτίμηση του βαθμού στον οποίο η αλλαγή στην κατάσταση των ερωτώμενων διαμεσολαβείται από την ύπαρξη επόμενης θεραπευτικής εμπειρίας. Ειδικότερα, παρατηρούμε ότι:

- Για τους ερωτώμενους που παρέμειναν στη θεραπεία από 1-90 ημέρες, το 16% δεν έχει κάνει χρήση ηρωίνης τα τελευταία 5 χρόνια, το 33% δεν είχε εμπλοκή με το νόμο ενώ για το 56% η συνήθης επαγγελματική κατάσταση ήταν πλήρης απασχόληση. Το 76% των ατόμων αυτής της ομάδας έχει επόμενη θεραπευτική εμπειρία. Όσον αφορά στις τελευταίες 30 ημέρες, το 59% δεν έχει κάνει χρήση καμίας παράνομης ουσίας, το 87% δεν έχει λάβει μέρος σε παράνομες δραστηριότητες για να βγάλει χρήματα, ενώ το 50% εργάστηκε 20 από τις τελευταίες 30 ημέρες.
- Στην ομάδα των ερωτωμένων με χρόνο παραμονής από 91-270 ημέρες, παρατηρούμε ότι το 34% δεν έχει κάνει χρήση ηρωίνης τα τελευταία 5 χρόνια, το 47% δεν είχε εμπλοκή με το νόμο ενώ για το 73% η συνήθης επαγγελματική κατάσταση ήταν πλήρης απασχόληση. Το 68% των ατόμων αυτής της ομάδας έχει επόμενη θεραπευτική εμπειρία. Όσον αφορά στις τελευταίες 30 ημέρες, το 76% δεν έχει κάνει χρήση καμίας παράνομης ουσίας, το 95% δεν έχει λάβει μέρος σε παράνομες δραστηριότητες για να βγάλει χρήματα, ενώ το 64% εργάστηκε 20 από τις τελευταίες 30 ημέρες.
- Όσον αφορά στα άτομα που παρέμειναν στη θεραπευτική κοινότητα από 271-360 ημέρες, το 50% δεν έχει κάνει χρήση ηρωίνης τα τελευταία 5 χρόνια, το 55% δεν είχε εμπλοκή με το νόμο ενώ για το 65% η συνήθης επαγγελματική κατάσταση ήταν πλήρης απασχόληση. Το 45% των ατόμων αυτής της ομάδας έχει επόμενη θεραπευτική εμπειρία. Όσον αφορά στις τελευταίες 30 ημέρες, το 80% δεν έχει κάνει χρήση καμίας παράνομης ουσίας, το 95% δεν έχει λάβει μέρος σε παράνομες δραστηριότητες για να βγάλει χρήματα, ενώ το 60% εργάστηκε 20 από τις τελευταίες 30 ημέρες.
- Για την ομάδα που παρέμεινε στη θεραπεία πάνω από 1 χρόνο, το 77% δεν έχει κάνει χρήση ηρωίνης τα τελευταία 5 χρόνια, το 73% δεν είχε εμπλοκή με το νόμο ενώ για το 76% η συνήθης επαγγελματική κατάσταση ήταν πλήρης απασχόληση. Ένα ποσοστό 19% των ατόμων αυτής της ομάδας έχει επόμενη θεραπευτική εμπειρία. Όσον αφορά στις τελευταίες 30 ημέρες, το 87% δεν έχει κάνει χρήση καμίας παράνομης ουσίας, το 100% δεν έχει λάβει μέρος σε παράνομες δραστηριότητες για να βγάλει χρήματα, ενώ το 72% εργάστηκε 20 από τις τελευταίες 30 ημέρες.

Συνοψίζοντας, παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία τόσο αυξάνονται τα ποσοστά αποχής από τη χρήση και την παραβατικότητα και τα ποσοστά πλήρους / σταθερής εργασιακής απασχόλησης, ως αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης, κατά την εξεταζόμενη περίοδο (1994-95). Παράλληλα, διαπιστώνουμε ότι η επαφή με το θεραπευτικό πλαίσιο οδήγησε ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτωμένων σε επόμενη θεραπευτική εμπειρία, και οι διαδοχικές προσπάθειες ένταξης στο θεραπευτικό σύστημα συνέβαλαν στη βελτίωση της κατάστασης των ατόμων (για όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές).

III. Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των βασικών δεικτών αποτελεσματικότητας, τα οποία επιβεβαιώνουν προηγούμενες έρευνες που έχουν γίνει διεθνώς, οδηγούν στις ακόλουθες παρατηρήσεις:

- σημειώνεται σημαντική μείωση της χρήσης οποιασδήποτε παράνομης ουσίας μετά τη θεραπευτική εμπειρία, σε συνάρτηση με το χρόνο παραμονής στη θεραπεία. Τα άτομα που παραμένουν στο θεραπευτικό πλαίσιο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά μείωσης / αποχής από τη χρήση (SAMSHA 1997, Simpson 1979).
- η θεραπευτική εμπειρία φαίνεται να έχει θετικό αποτέλεσμα στην επαγγελματική κατάσταση των ατόμων, μειώνοντας σημαντικά τα ποσοστά ανεργίας, η οποία συνδέεται με τη χρήση ουσιών και αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα της υποτροπής. Αντίστοιχη βελτίωση παρατηρείται στις μεταβολές της κατάστασης των ερωτωμένων σε σχέση με την παραβατικότητα.
- η επαφή με το θεραπευτικό πλαίσιο, οποιασδήποτε διάρκειας, σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα μακροχρόνια, στον τομέα της χρήσης ουσιών, και σε σχέση με την παραβατικότητα και την εργασία. Η διαπίστωση ότι ωφελήθηκαν από τη θεραπεία όχι μόνο όσοι ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα αλλά και αυτοί που παρέμειναν για μικρό χρονικό διάστημα ενισχύει την αναγκαιότητα για “κοινωνική επένδυση” στη θεραπεία και το ρόλο των θεραπευτικών κοινοτήτων στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης (Gerstein & Harwood 1990).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΑΠΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥ

1. Ορισμός του Απεξαρτημένου

Σύμφωνα με τη θεωρητική και μεθοδολογική προσέγγιση της μελέτης αποτίμησης, η απεξάρτηση δεν ορίζεται αποκλειστικά και μόνο σε σχέση με τη χρήση ή μη ψυχοτρόπων ουσιών, αλλά λαμβάνει υπόψη και μία σειρά άλλων διαστάσεων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την κοινωνική υπόσταση των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, η αποτίμηση επιχειρεί να διερευνήσει ζητήματα όπως: ποιος είναι ο/ η απεξαρτημένος/ -η, ποια είναι η πορεία του/ της από τη στιγμή της ένταξης σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα και 5 χρόνια μετά, ποιοι είναι οι παράγοντες που ενισχύουν ή δυσχεραίνουν την επίτευξη και διατήρηση της αποχής από τις ουσίες, και πώς οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες από το ΚΕ.Θ.Ε.Α. Η ανάλυση τέτοιων ερωτημάτων παραπέμπει στην επιδημιολογική πορεία της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα, τα χαρακτηριστικά των ατόμων που εντάσσονται σε θεραπευτικές δομές, τις ιδιαίτερες κοινωνικές - πολιτικές - πολιτιστικές παραμέτρους που σχετίζονται με την εξέλιξη του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης στη χώρα μας.

Σε αυτό το πλαίσιο, και στην προσπάθεια οργάνωσης και ερμηνείας των δεδομένων ως προς την επίτευξη του στόχου της απεξάρτησης των θεραπευομένων, διαμορφώθηκε ένας ορισμός για την κατάσταση του απεξαρτημένου, που αποτελεί συνδυασμό βασικών δεικτών / μεταβλητών. Ο ορισμός αυτός απέχει από τη διαμόρφωση νέας θεωρίας ή μεθοδολογίας, αλλά συνιστά ένα λειτουργικό εργαλείο επεξεργασίας των ευρημάτων της έρευνας. Άλλωστε αυτή η μεθοδολογική προσέγγιση χρησιμοποιείται για τη μελέτη και άλλων χρόνιων καταστάσεων και πολυπαραγοντικών φαινομένων (Agrafiotis et al 1996), για την καλύτερη απεικόνιση της κατάστασης του εξεταζόμενου πληθυσμού.

Η επιλογή συγκεκριμένων μεταβλητών που συνθέτουν τον ορισμό του απεξαρτημένου, βασίστηκε στα διαθέσιμα δεδομένα για την κοινωνική επιδημιολογία των ναρκωτικών στη χώρα μας (ΕΚΤΕΠΝ 2000, 2001, 2002) καθώς και τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηρι-

στικά των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2000, 2002). Συγκεκριμένα, επιλέχτηκαν στοιχεία που χαρακτηρίζουν την πλειοψηφία των Ελλήνων χρηστών, και τα οποία παραμένουν σχετικά σταθερά στο εξεταζόμενο διάστημα της πενταετίας (από το 1994-95 μέχρι και 2000-2001)⁷. Τέτοια χαρακτηριστικά αφορούν την ευρεία διάδοση της χρήσης ηρωίνης ως κύριας ουσίας κατάχρησης και της ενέσιμης χρήσης οπιούχων, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και την εξάρτηση (οικονομική και άλλη) από την γονεϊκή οικογένεια, καθώς επίσης τα υψηλά ποσοστά εμπλοκής με το νόμο. Αυτά τα στοιχεία συνιστούν μεταβλητές που ελέγχουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρηστών, στο βαθμό που η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στην ενίσχυση της ατομικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και παραγωγικότητας και τη διευκόλυνση της κοινωνικής ένταξης των εξαρτημένων ατόμων.

Με βάση τα παραπάνω, διαμορφώθηκε ένα συνδυασμός ποσοτικών μεταβλητών (όπως περιλαμβάνονται στα εργαλεία της έρευνας) για το χαρακτηρισμό των απεξαρτημένων και τη διάκριση αυτών με τους μη απεξαρτημένους, που εμφανίζεται ακολούθως.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥ - ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

ΧΡΗΣΗ	Καμία χρήση ηρωίνης ή ενέσιμη χρήση από την ημέρα εισαγωγής του/ της στη θεραπευτική κοινότητα μέχρι και την ημέρα της συνέντευξης.
ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Καμία φυλάκιση ή σύλληψη / κατηγορία για σοβαρά αδικήματα (εμπορία/ χρήση ναρκωτικών, φθορά ξένης περιουσίας, εγκλήματα βίας) μετά την εισαγωγή στη θεραπευτική κοινότητα.
ΕΡΓΑΣΙΑ	Συνήθης επαγγελματική κατάσταση τα τελευταία 5 χρόνια να είναι εργασία, πλήρους/ μερικής απασχόλησης, τακτική ή περιστασιακή (ή φοιτητής ή στρατιώτης ή σε σύνταξη/ αναπηρία).

II. Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τον ορισμό του απεξαρτημένου, το 38,44% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα αποτελεσματικότητας εμφανίζεται να έχει απεξαρτηθεί, σε σχέση με ένα ποσοστό 61,56% που δεν ανταποκρίνεται στα κριτήρια / προϋποθέσεις του προτεινόμενου ορισμού.

Εξετάζοντας τις προτεινόμενες μεταβλητές σε σχέση με το φύλο, παρατηρούμε ότι το 36% των ανδρών και το 46% των γυναικών που είχαν ενταχθεί σε θεραπευτική κοινότητα την περίοδο 1994-95 έχουν απεξαρτηθεί.

Ως προς την ηλικία (τη στιγμή της επανεξέτασης) παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων από κάθε ηλικιακή κατηγορία έχει απεξαρτηθεί. Ειδικότερα, ως απεξαρτημένοι

7 Παρά τον μεταβαλλόμενο επιδημιολογικό χάρτη της κατάστασης για τα ναρκωτικά στη χώρα μας, κάποια στοιχεία που συνθέτουν το προφίλ των Ελλήνων χρηστών παραμένουν σταθερά. Για παράδειγμα, η ηρωίνη εξακολουθεί να αναφέρεται ως κύρια ουσία κατάχρησης, αν και τα ποσοστά χρήσης εμφανίζουν ελαφρά μείωση τα τελευταία χρόνια. Αντίστοιχα, ο κύριος τρόπος χρήσης ηρωίνης είναι η ενδοφλέβια ένεση, και εδώ παρατηρείται επίσης τάση μείωσης και αντικατάστασης με άλλους πιο ασφαλείς τρόπους χρήσης (ΕΚΤΕΠΝ 2001, ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2000).

μπορούν να χαρακτηριστούν το 39% των ατόμων ηλικίας 20-25 ετών, το 42% ατόμων ηλικίας 26-30, το 39% των ερωτωμένων με ηλικία 31-35 ετών, το 34% και το 35% ατόμων ηλικίας 36-40 και πάνω από 40 ετών αντίστοιχα.

Σε σχέση με το χρόνο παραμονής, παρατηρούμε ότι το 73,4% των ατόμων που παρέμειναν στην θεραπευτική κοινότητα περισσότερες από 360 μέρες έχουν απεξαρτηθεί, ενώ ως απεξαρτημένοι μπορούν να χαρακτηριστούν, σύμφωνα με τον προτεινόμενο ορισμό, το 33,3% των ατόμων που παρέμειναν στη θεραπεία 90-360 ημέρες και το 11,3% των ατόμων με διάρκεια παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα μέχρι 90 ημέρες.

III. Συζήτηση

Με βάση τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το προφίλ των απεξαρτημένων ως προς το φύλο, την ηλικία, το χρόνο παραμονής, παρατηρούμε ότι:

- το ποσοστό απεξάρτησης κυμαίνεται στο 38%, όπως αναφέρεται και στα αποτελέσματα ερευνών αποτίμησης των θεραπευτικών κοινοτήτων σε άλλες χώρες (Knight 2002, Condelli & Hubbard 1994, De Leon 1985). Σύμφωνα με μία "ρεαλιστική προσέγγιση" των αποτελεσμάτων της θεραπείας απεξάρτησης, το ένα τρίτο των θεραπευομένων επιτυγχάνουν αποχή από τη χρήση και απεξάρτηση, το ένα τρίτο παρουσιάζει βελτίωση της κατάστασής του, και το ένα τρίτο των ατόμων δεν σημειώνουν σημαντικές αλλαγές στην κατάστασή τους πριν και μετά τη θεραπεία (EMCDDA 1999).
- οι γυναίκες εμφανίζονται να έχουν περισσότερες πιθανότητες να απεξαρτηθούν σε σχέση με τους άντρες. Αυτή η παρατήρηση προκύπτει και από τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου συχνά διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες, εφόσον ενταχθούν και παραμείνουν στο θεραπευτικό πρόγραμμα, τείνουν να ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία (Σφηκάκη 2001, Μάτσα 2001β, Stocco et al 2000).
- διαπιστώνεται επίσης ότι οι νεαρότερες ηλικίες έχουν καλύτερη πρόγνωση ως προς την απεξάρτηση. Αυτό το εύρημα αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα συσχετιζόμενο με την έναρξη της χρήσης σε μικρότερες ηλικίες (σύμφωνα με τα διαθέσιμα επιδημιολογικά στοιχεία για τη χώρα μας), η οποία συνεπάγεται και γρηγορότερη εμφάνιση των συνεπειών της κατάχρησης σε αντίστοιχα μικρότερη ηλικία.
- ως προς τη διάρκεια παραμονής στη θεραπεία, τα αποτελέσματα που αναδεικνύουν σημαντική αύξηση των ποσοστών απεξάρτησης σε σχέση με την αύξηση της διάρκειας του χρόνου παραμονής.

ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

I. Παραγοντική ανάλυση

Στο πλαίσιο της πολυμεταβλητής ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της παραγοντικής ανάλυσης (factor analysis), η οποία επιχειρεί να περιγράψει τις σχέσεις (ή "αντιστοιχίες") μεταξύ μεγάλων συνόλων μεταβλητών και επιτρέπει την ταυτόχρονη παρουσίαση στο επίπεδο των τάσεων, ομοιοτήτων και αντιθέσεων μεταξύ των μεταβλητών σε σχέση με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού (Lebart, Salem & Berry 1998, Lebart, Morrineau & Piron 1995, Anderson 1984). Σκοπός αυτής της μεθόδου ανάλυσης είναι ο περιορισμός του εύρους και της πολυπλοκότητας των δεδομένων μέσα από τη δημιουργία συνθετικών μεταβλητών, οι οποίες αποτελούν τους άξο-

νες που απεικονίζουν τους συσχετισμούς μεταξύ του συνόλου των διαθέσιμων μεταβλητών. Οι παραγοντικοί άξονες ιεραρχούνται κατά φθίνουσα σειρά, με βάση το ποσοστό της αρχικής διασποράς του δείγματος που αποδίδεται σε αυτούς, ώστε οι πρώτοι άξονες έχουν μεγαλύτερη σημαντικότητα για την ερμηνεία του εξεταζόμενου φαινομένου (σε αυτή την περίπτωση, της θεραπείας απεξάρτησης)⁸.

II. Αποτελέσματα

Η παραγοντική ανάλυση δημιούργησε τρεις κύριους άξονες, δηλαδή τρεις νέες σύνθετες μεταβλητές, με βάση τα ποσοτικά δεδομένα της αναδρομικής έρευνας αποτελεσματικότητας. Το φορτίο (ιδιοτιμή) καθώς και το ποσοστό πληροφορίας του αρχικού πίνακα δεδομένων που ερμηνεύει ο κάθε παραγοντικός άξονας εμφανίζονται στον πίνακα 3. Οι δύο πρώτοι άξονες είναι ιδιαίτερα σημαντικοί, καθώς αποδίδεται σε αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής διασποράς του δείγματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ ΙΔΙΟΤΙΜΩΝ (ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ: QUANTOS SARL)

Άξονας	Ιδιοτιμή Άξονα	Ποσοστό Ερμηνείας	Αθροιστικά Ποσοστά	
1	0.3074	13.43	13.43	*****
2	0.2196	9.59	23.02	*****
3	0.1922	8.39	31.41	*****
4	0.1751	7.65	39.06	*****
5	0.1650	7.21	46.27	*****
6	0.1595	6.97	53.24	*****
7	0.1434	6.26	59.50	*****
8	0.1348	5.89	65.39	*****
9	0.1291	5.64	71.03	*****
10	0.1259	5.50	76.53	*****
11	0.1201	5.25	81.78	*****
12	0.1136	4.96	86.74	*****
13	0.0980	4.28	91.02	*****
14	0.0939	4.10	95.12	*****
15	0.0817	3.57	98.69	*****
16	0.0266	1.16	99.85	*****

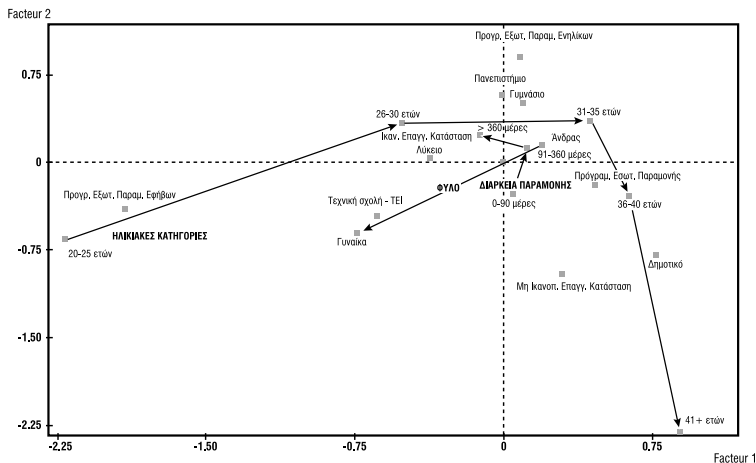
2+1 παραγοντικοί Άξονες

Οι δύο κύριοι άξονες που σχηματίστηκαν από την ταυτόχρονη ανάλυση του συνόλου των ποσοτικών δεδομένων ερμηνεύουν ένα μεγάλο ποσοστό της συνολικής πληροφορίας που υπάρχει διάχυτη στον πληθυσμό των ερωτημένων (Γράφημα 1). Παρατηρούμε ότι ο πρώτος παραγοντικός άξονας δημιουργείται από τις αντιθέσεις που διαμορφώνονται κυρίως από την μεταβλητή της ηλικίας. Αυτός ο πρώτος άξονας εξηγεί το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής διασποράς, γεγονός ενδεικτικό της βαρύτητας που φαίνεται να έχει η ηλικία στη διαμόρφωση του προφίλ των χρηστών, και η αντιστοίχιση αυτών των χαρακτηριστικών με τον τύπο θεραπευτικού προγράμματος. Ο δεύτερος άξονας είναι επίσης ηλικιακός, με συμπληρωματικά στοιχεία από την επαγγελματική, οικονομική και οικογενειακή κατάσταση των ατόμων.

8 Η επιλογή των διαδοχικών αξόνων γίνεται μέχρι το αθροιστικό ποσοστό (της συνολικής διασποράς που αποδίδεται σ' αυτούς) να φτάσει το επίπεδο του 75%-85%. Το ποσοστό ερμηνείας της μεταβλητότητας κάθε παραγοντικού άξονα υπολογίζεται από τον τύπο $p(\lambda) = (\frac{s}{s-1})^2 (\lambda - \frac{1}{s})^2$, όπου λ είναι οι ιδιοτιμές και το s αναπαριστά τον αριθμό των "active" ερωτήσεων που αποτέλεσαν τη βάση για τη δημιουργία των συγκεκριμένων αξόνων (Benzucrí 1977). Ωστόσο, πέρα από τα μαθηματικά και τα στατιστικά, η τελική επιλογή των αξόνων λαμβάνει υπόψη και την αναλυτική / ερμηνευτική σημαντικότητα της πληροφορίας που περιγράφει καθένας από αυτούς.

Πιο συγκεκριμένα, από τη μία πλευρά του πρώτου παραγοντικού άξονα υπάρχουν άτομα ηλικίας 20-25 ετών, κατά κύριο λόγο γυναίκες με πτυχίο Λυκείου και τεχνικής σχολής. Οι συγκεκριμένες κατηγορίες έρχονται σε αντίθεση με άτομα 31-40 ετών, κυρίως άνδρες, απόφοιτους δημοτικού, που είχαν θεραπευτική εμπειρία σε στεγνό πρόγραμμα εσωτερικής παραμονής. Στον δεύτερο παραγοντικό άξονα αντιπαραβάλλονται άτομα 26-35 ετών, στην πλειοψηφία τους άνδρες, απόφοιτοι Λυκείου ή Πανεπιστημίου, οι οποίοι έχουν ικανοποιητική επαγγελματική / οικονομική κατάσταση, και εντάχθηκαν σε πρόγραμμα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων, με άτομα μεγαλύτερα των 41 ετών, κυρίως γυναίκες, απόφοιτους δημοτικού, που δεν έχουν σταθερή απασχόληση, δεν είναι οικονομικά ανεξάρτητα, έχουν θεραπευτική εμπειρία σε στεγνά προγράμματα εσωτερικής παραμονής και παρέμειναν στη θεραπευτική κοινότητα λιγότερο από 90 μέρες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΥ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΑΞΟΝΑ (ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ: QUANTOS SARL)⁹



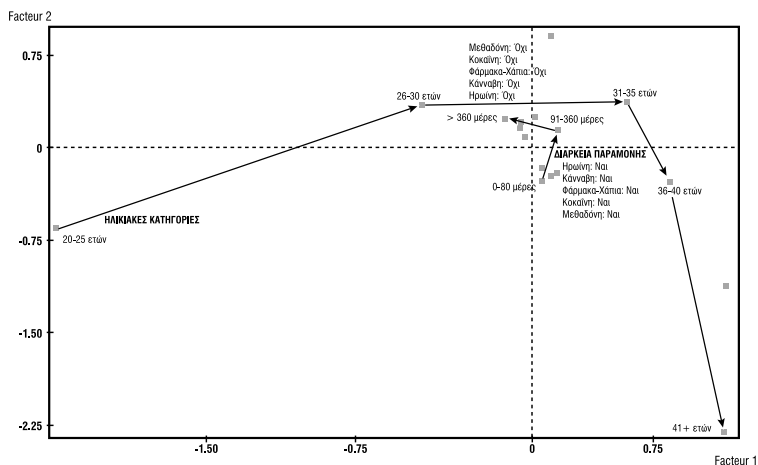
Για την καλύτερη απεικόνιση των χαρακτηριστικών των ερωτωμένων, και σε σχέση με τους σκοπούς της μελέτης και τους δείκτες αποτελεσματικότητας, προβλήθηκαν στο επίπεδο των δύο πρώτων παραγοντικών αξόνων επεξηγηματικές μεταβλητές που αφορούν τη χρήση ουσιών και την εμπλοκή με το νόμο.

Αναφορικά με τη χρήση ουσιών (Γράφημα 2) παρατηρούμε ότι υπάρχει μία σαφής τάση διαχωρισμού των ερωτωμένων ανάλογα με τη χρήση ή την αποχή από τη χρήση διαφόρων ουσιών σε σχέση με το χρόνο παραμονής στη θεραπεία -οι δύο ομάδες αποτυπώνονται πάνω στο δεύτερο παραγοντικό άξονα και συμπληρώνουν τα χαρακτηριστικά που περιγράφηκαν παραπάνω γι' αυτή την κατηγορία ερωτωμένων. Οι βασικές αντιθέσεις διαγράφονται ανάμεσα σε αυτούς που παρέμειναν στη θεραπευτική κοινότητα για διάστημα μικρότερο των 3 μηνών και κάνουν χρήση ηρωίνης, κοκαΐνης, κάν-

9 Ο όρος που εμφανίζεται ως "ικανοποιητική κατάσταση" αναφέρεται στους ερωτώμενους για τους οποίους συνήθως απασχόληση τα τελευταία 5 χρόνια είναι εργασία με πλήρη ή μερική απασχόληση, τακτική ή περιστασιακή, κύρια πηγή εισοδήματος είναι η εργασία, και δεν εξαρτώνται οικονομικά από άλλα άτομα. Αντίστοιχα η "μη ικανοποιητική κατάσταση" χαρακτηρίζεται από τις αντίθετες συνθήκες.

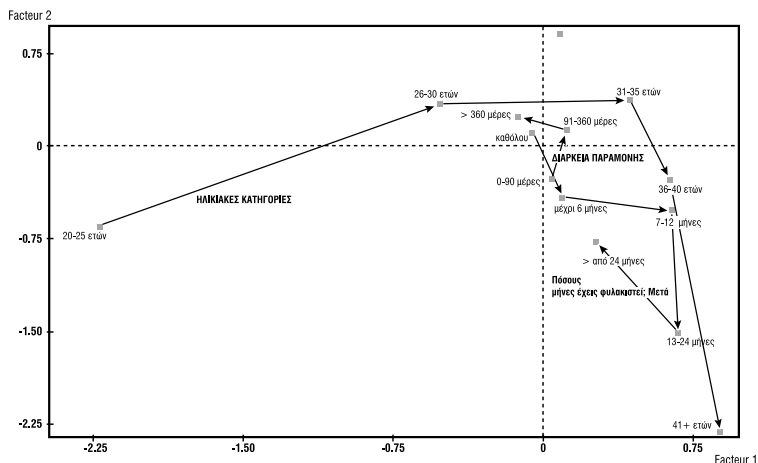
ναβης, φαρμάκων / χαπιών και μεθαδόνης, και αυτούς που παρέμειναν στη θεραπευτική κοινότητα περισσότερο από ένα χρόνο και απέχουν από τη χρήση οποιασδήποτε ουσίας μετά τη θεραπεία.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2: ΠΡΟΒΟΛΗ ΕΠΕΞΗΓΗΜΑΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ - ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ (ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ: QUANTOS SARL)



Όσον αφορά την εμπλοκή των ερωτωμένων με το νόμο και τη φυλάκισή τους ή όχι μετά τη θεραπευτική εμπειρία (στο διάστημα από 1994-95 μέχρι την επανεξέταση το 2000-01), παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που έχουν φυλακιστεί είναι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (από 36 ετών και πάνω) και τα οποία στην πλειοψηφία τους παρέμειναν στη θεραπευτική κοινότητα για διάστημα μικρότερο των 3 μηνών. Αντίθετα, άτομα που παρέμειναν στη θεραπεία πάνω από ένα χρόνο δεν είχαν εμπειρία φυλάκισης στο διάστημα των πέντε χρόνων (Γράφημα 3).

ΓΡΑΦΗΜΑ 3: ΠΡΟΒΟΛΗ ΕΠΕΞΗΓΗΜΑΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ - ΦΥΛΑΚΙΣΗ (ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ: QUANTOS SARL)



III. Συζήτηση

Οι εικόνες που προέκυψαν από την πολυμεταβλητή ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων της έρευνας, απεικονίζουν τη δομή των υπηρεσιών του φορέα. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η κατανομή των ηλικιών σε σχέση με τον τύπο θεραπευτικού προγράμματος είναι ένας πρώτος άξονας αυτής της δομής. Από την άλλη πλευρά, το γεγονός ότι ο ένας άξονας αφορά το χρόνο παραμονής στη θεραπεία, ενισχύει τόσο την επιλογή της μεθοδολογικής προσέγγισης στο πλαίσιο αυτής της έρευνας, όσο και την αντιστοίχιση των ευρημάτων αυτών σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία. Αναλόγως, η διαφοροποίηση ως προς το φύλο φαίνεται να αντανακλά τις ιδιαιτερότητες του εξεταζόμενου πληθυσμού και τις διαφορετικές εμπειρίες / καταστάσεις / συνθήκες διαμέσου των οποίων διαμορφώνεται η εξαρτητική συμπεριφορά για τα δύο φύλα.

Αυτές οι τάσεις, σε συνδυασμό με προηγούμενα ευρήματα από την εξέταση των δεικτών αποτελεσματικότητας και τον έλεγχο υποθέσεων, αποτυπώνουν μία τεκμηριωμένη εικόνα που επιβεβαιώνει την καταλληλότητα της στρατηγικής και του σχεδιασμού των υπηρεσιών, όσον αφορά τη δομή και την οργάνωση, και αποτελεί ισχυρή ένδειξη της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, η οργάνωση των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α παρουσιάζει μία σαφή δομή στους άξονες αντιστοίχισης διαφορετικών τύπων θεραπευτικών προγραμμάτων, ηλικιών, φύλου, χρόνου παραμονής. Προκύπτει έτσι ότι το φαινόμενο της θεραπείας απεξάρτησης, στο πλαίσιο του ΚΕ.Θ.Ε.Α., έχει συνοχή, συνέπεια, αλληλουχία ως προς την κατανομή των ατόμων σε σχέση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους και τα χαρακτηριστικά των διαφορετικών θεραπευτικών προγραμμάτων. Ως εκ τούτου, υπάρχουν βασικές ενδείξεις για την “ωριμότητα” του φορέα τόσο σε σχέση με το σχεδιασμό και τις επιλογές δράσης όσο και με την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών υπηρεσιών.

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

I. Διαχείριση καταστάσεων κρίσης

Το πρώτο μέρος της ποιοτικής μελέτης αναφέρεται στη διαχείριση της κρίσης και σχεδιάστηκε στη βάση μίας συνδυαστικής προσέγγισης, σύμφωνα με τη θεωρία της κρίσης (Turner 1974)¹⁰, και τη θεωρία πρόληψης της υποτροπής (Marlatt & Gordon 1985, Cummings, Gordon & Marlatt 1980)¹¹. Συνθέτοντας τις δύο θεωρητικές κατευθύνσεις θεωρήθηκε ότι είναι δυνατό να περιγραφεί η πορεία που διανύει κάποιος από τη στιγμή της θεραπευτικής του εμπειρίας μέχρι τη στιγμή που επανεξετάζεται, σε ό,τι αφο-

10 Η θεωρία της κρίσης (Turner 1974) ξεκινάει από την υπόθεση ότι όλα τα άτομα αντιμετωπίζουν εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις στη ζωή τους, θεωρείται ότι αυτές οι πιέσεις ανάλογα με τις περιστάσεις, τις συνθήκες, το ίδιο το άτομο, το δίκτυο υποστήριξης που διαθέτει και άλλους ενδογενείς ή εξωγενείς παράγοντες, μπορεί να γίνουν αιτίες αποδιοργάνωσης που με τη σειρά τους ενδέχεται να οδηγήσουν σε καταστάσεις κρίσης. Υπό αυτή την ερμηνεία η κρίση αποτελεί και πρόκληση και ευκαιρία για άτομο, το οποίο ενεργοποιεί τις ικανότητες και δεξιότητες που διαθέτει, για να αντιδράσει στη νέα κατάσταση.

11 Σύμφωνα με τη θεωρία για την πρόληψη της υποτροπής, η υποτροπή είναι μία κατάσταση στην οποία διάφορα γεγονότα που συμβαίνουν μπορεί - ή όχι - να έπονται μίας επιστροφής στην κατάσταση συμπεριφοράς που είχε κάποιος κατά την έναρξη της θεραπείας του (Marlatt & Gordon 1985). Αυτά τα γεγονότα ορίζονται ως καταστάσεις κινδύνου και κατηγοριοποιούνται σε τρεις ενότητες: αρνητική συναισθηματική κατάσταση, διαπροσωπικές συγκρούσεις και κοινωνική πίεση (Cummings, Gordon & Marlatt 1980).

ρά τα σημαντικότερα από τον ίδιο γεγονός / σταθμούς αυτής της πορείας. Πιο συγκεκριμένα, συνδέοντας την κρίση με την υποτροπή -τη δύσκολη κατάσταση που προκαλεί αποδιοργάνωση με την πιθανότητα υποτροπής και την ισχυροποίηση των παραγόντων πρόληψης της υποτροπής- νομιμοποιείται η υπόθεση ότι μετά τη θεραπεία για εξάρτηση ένας πρώην εξαρτημένος θα βρεθεί μπροστά σε γεγονότα που θα τον φέρουν σε δύσκολη κατάσταση στην οποία θα αντιδράσει με κάποιον τρόπο.

Σε αυτό το πλαίσιο, η διερεύνηση περιελάμβανε τρεις άξονες: πρόβλημα, κατάσταση δυσκολίας που επιφέρει, τρόπος αντιμετώπισης. Στόχος ήταν α) ο εντοπισμός των σημαντικών / κρίσιμων γεγονότων (όπως τα όριζαν κάθε φορά οι ερωτώμενοι) που συνέβησαν έπειτα από την έξοδο των ερωτωμένων από το θεραπευτικό πρόγραμμα, β) η περιγραφή της κατάστασης στην οποία οδηγήθηκαν τα άτομα, τα συναισθήματα, οι σκέψεις ή συμπεριφορές που ανέπτυξαν σε σχέση με αυτά τα γεγονότα, γ) ο εντοπισμός των τρόπων με τους οποίους τα άτομα αντέδρασαν και αντιμετώπισαν αυτές τις καταστάσεις, και πώς χρησιμοποίησαν ικανότητες, δεξιότητες και εμπειρίες που απέκτησαν στη διάρκεια της θεραπείας.

II. Αποτελέσματα

Η ανάλυση των δεδομένων από αυτό το μέρος της συνέντευξης στόχευε α) στο διαχωρισμό των ερωτωμένων ως προς τη χρήση ουσιών ή την αποχή και ως προς το χρόνο παραμονής στη θεραπεία, β) την κατηγοριοποίηση των καταστάσεων κρίσης, γ) τον εντοπισμό των ομοιοτήτων και διαφορών ανάμεσα στις ομάδες των ερωτωμένων ως προς τον τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισης κρίσιμων καταστάσεων (Τσιμπουκλή 2002).

Σε σχέση με τη χρήση ουσιών, διακρίθηκαν οκτώ κατηγορίες ερωτωμένων: συνεχής αποχή από τη χρήση από την ημέρα εξόδου από τη θεραπεία, αποχή από τη χρήση έπειτα από επόμενη θεραπευτική εμπειρία, αποχή έπειτα από ολισθήματα στη χρήση ουσιών, αποχή έπειτα από ολισθήματα στην κύρια ουσία χρήσης, άτομα που βρίσκονταν σε θεραπευτική σχέση (σε ψυχίατρο / ψυχολόγο), άτομα που βρίσκονταν σε θεραπεία στο πλαίσιο θεραπευτικής κοινότητας, υποτροπή στην κύρια ουσία χρήσης, υποτροπή στη χρήση με αλλαγή της κύριας ουσίας.

Οι καταστάσεις κρίσης που εντοπίστηκαν αφορούν: ανεπιθύμητα γεγονότα (κακοποίηση, ατυχήματα), μεταβατικές καταστάσεις (φυλάκιση, μετανάστευση), αναπτυξιακές μεταβολές (γέννηση ενός παιδιού), γνωστικές / συναισθηματικές καταστάσεις (προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλαγή της επαγγελματικής ή οικογενειακής κατάστασης), επικίνδυνες καταστάσεις (ολίσθηση στην κύρια ουσία χρήσης πριν από τη θεραπεία, αλλαγή της εξάρτησης). Οι καταστάσεις που αναφέρθηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα από τους ερωτώμενους, περιλαμβάνουν: επαγγελματικά προβλήματα, δυσκολίες διαχείρισης του γονικού ρόλου, καταστάσεις όπως θάνατος, διαζύγιο ή αλλαγή κατοικίας, και οικογενειακά προβλήματα.

Όσον αφορά τις ομοιότητες και τις διαφορές στη διαχείριση κρίσεων, αναφέρουμε ενδεικτικά ότι η ομάδα των ερωτωμένων που υποτροπίασαν στο διάστημα των πέντε χρόνων ανέφεραν ως κρίσιμα γεγονότα που τους οδήγησαν στην υποτροπή, την εμπειρία σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης από πρόσωπο του οικογενειακού περιβάλλοντος, φυλάκιση, πρόωρη διακοπή της θεραπείας, και τη λαχτάρα για τις ουσίες (craving).

Όσοι απέχουν από τη χρήση σε όλη τη διάρκεια των πέντε χρόνων, και στην πλειοψηφία τους είναι άτομα που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (στην οποία είχαν ενταχθεί κατά την εξεταζόμενη περίοδο 1994-95), αναφέρθηκαν σε αισθήματα φόβου σε σχέση με την πιθανότητα υποτροπής. Παράλληλα έδωσαν έμφαση στην προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη μετά τη θεραπεία, την επαγγελματική εξέλιξη, καθώς και τη βελτίωση στις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις, στοιχεία που λειτούργησαν ενισχυτικά στη διαδικασία κοινωνικής επανένταξης και αλλαγής του τρόπου ζωής τους, ενώ η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου αναφέρθηκε ως καθοριστικός παράγοντας που συνέβαλε στη διαχείριση κρίσιμων γεγονότων και την αντιμετώπιση προβλημάτων.

III. Συζήτηση

Από τα πρώτα ευρήματα της ποιοτικής ανάλυσης, παρατηρούμε:

- Την ομοιότητα των καταστάσεων κρίσης που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν οι (πρώην) χρήστες μετά τη θεραπευτική εμπειρία. Αυτές οι καταστάσεις, όπως και η αντίστοιχη δυσκολία στην αντιμετώπισή τους που τις κάνει να θεωρούνται καταστάσεις κρίσης, συσχετίζονται (ως ένα βαθμό) με τις συνθήκες και τον τρόπο ζωής στην εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες, όσο και τις συνέπειες της εξαρτητικής συμπεριφοράς.
- Την ανάγκη εστίασης της θεραπευτικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων κρίσης (όπως εμφανίζονται όμοιες μεταξύ των ερωτώμενων), από τα πρώτα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας, ώστε να ενδυναμώνονται και τα άτομα που παραμένουν στη θεραπευτική κοινότητα για μικρότερο διάστημα από τον προβλεπόμενο χρόνο θεραπείας.
- Την συνάρτηση της ευκολίας / δυσκολίας στην αντιμετώπιση δύσκολων / κρίσιμων καταστάσεων με το χρόνο παραμονής στη θεραπεία. Ο χρόνος παραμονής αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επίτευξη των στόχων της θεραπείας, και συγκεκριμένα στην προκειμένη περίπτωση την υιοθέτηση νέων προτύπων συμπεριφοράς, τη μεταβολή των στάσεων και πεποιθήσεων, την διαμόρφωση νέας αντίληψης για τη ζωή, τη γενικότερη ενδυνάμωση των ατόμων (κοινωνική, ψυχολογική).
- Το σημαντικό ρόλο που φάνηκε να διαδραματίζει το υποστηρικτικό δίκτυο και η οργάνωση της καθημερινής ζωής στην αντιμετώπιση κρίσιμων γεγονότων.

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

1. Αντίληψη των Θεραπευομένων για το Θεραπευτικό Σύστημα

Το δεύτερο μέρος της ποιοτικής συνέντευξης αφορούσε τη διερεύνηση της αντίληψης των ερωτώμενων για τη θεραπευτική τους εμπειρία (το 1994-95). Στόχος της μελέτης ήταν ο εντοπισμός των στοιχείων που συγκροτούν τη θεραπευτική εμπειρία στο πλαίσιο της θεραπευτικής κοινότητας, με έμφαση σε συγκεκριμένες όψεις / εμπειρίες από τη ζωή στην κοινότητα, οι οποίες αποτελούν κρίσιμα σημεία τόσο για τους χρήστες όσο και για το θεραπευτικό πρόγραμμα γενικότερα -για παράδειγμα το ζήτημα της παραμονής ή πρόωρης διακοπής από τη θεραπεία. Ο σχεδιασμός αυτού του μέρους της συνέντευξης βασίστηκε στην υπόθεση ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας συναρτάται και με το βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες, ενώ επίσης η αξιολόγηση και η αποτίμηση είναι διαδικασίες στις οποίες δύναται να συμμετέχουν και τα ίδια τα

άτομα που γίνονται αποδέκτες των υπηρεσιών (ώστε τα άτομα είναι ταυτόχρονα αντικείμενα - υποκείμενα της μελέτης) (Ιατρίδης και Παπαναστασάτος 2002, Ιατρίδης 2000, WHO 1999).

Οι άξονες της ποιοτικής διερεύνησης αφορούσαν: δυσκολίες που αντιμετώπισαν τα άτομα μέσα στο θεραπευτικό πρόγραμμα, λόγους πρόωρης διακοπής της θεραπείας, κίνητρα παραμονής στη θεραπεία, γνώσεις / δεξιότητες που απέκτησαν στη διάρκεια της θεραπευτικής εμπειρίας που μπορεί και να αξιοποιήσαν μετά, προτάσεις για βελτίωση του προγράμματος, και υπόδειξη στοιχείων / όψεων της θεραπείας που θεωρούν ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικά. Επιπλέον, ποια θεωρούν οι ερωτώμενοι ως την πιο κρίσιμη περίοδο της ζωής τους και αντίστοιχα ως την πιο κρίσιμη συμπεριφορά μετά τη θεραπεία, ποιες ήταν οι προσδοκίες τους από τη θεραπεία πριν από την ένταξη στο θεραπευτικό πρόγραμμα και τι εντύπωση τους έδωσε η θεραπευτική κοινότητα, αν διατηρούν επαφή με το θεραπευτικό πρόγραμμα μετά τη θεραπεία και τι γνώμη έχουν γι' αυτό τη στιγμή της επανεξέτασης.

II. Αποτελέσματα

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων περιελάμβανε την επεξεργασία των στοιχείων από επιλεγμένες ερωτήσεις, και πραγματοποιήθηκε με άξονες το φύλο των ερωτωμένων και το χρόνο παραμονής στη θεραπεία (Φωστήρη 2002). Μερικά από τα ευρήματα της ανάλυσης περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- Σχετικά με τους λόγους παραμονής στο πρόγραμμα, οι άνδρες αναφέρθηκαν περισσότερο στον "κοινό στόχο" με τους ομοτίμους τους, την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια που τους παρείχε το θεραπευτικό πλαίσιο. Επιπλέον, για τους άντρες με μικρό χρόνο παραμονής η εμπλοκή με το νόμο αποτέλεσε κίνητρο για ένταξη και παραμονή στο θεραπευτικό πλαίσιο. Οι απαντήσεις των γυναικών εστίασαν περισσότερο σε προσωπικά χαρακτηριστικά (πίσυμα) και το ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια στην παραμονή τους στο πρόγραμμα.
- Και τα δύο φύλα αναφέρθηκαν στη σπουδαιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, ως ενισχυτικό παράγοντα για την παραμονή τους στο πρόγραμμα, αλλά από διαφορετική οπτική. Οι άνδρες πρόβαλαν στην εμπειρία της ομαδικότητας και τις σχέσεις με τους ομοτίμους, ενώ οι γυναίκες στις σχέσεις τους με το προσωπικό.
- Όσον αφορά στους λόγους πρόωρης διακοπής από τη θεραπεία, οι άντρες ανέφεραν με μεγάλη συχνότητα τη χρήση ουσιών ενώ οι γυναίκες τη σύναψη ερωτικής σχέσης με άλλο μέλος του προγράμματος. Οι άνδρες με μικρό χρόνο παραμονής στη θεραπεία δήλωσαν επίσης ως λόγο διακοπής την πεποίθηση ότι μπορούσαν να τα καταφέρουν μόνοι τους.
- Η φιλοσοφία της αυτοβοήθειας και το σύστημα αξιών στο πλαίσιο των θεραπευτικών κοινοτήτων φάνηκε να έχει ιδιαίτερη βαρύτητα κυρίως για τους άνδρες, τόσο ως κίνητρο για την παραμονή τους στο πρόγραμμα όσο και ως δεξιότητα / εφόδιο για την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων στη ζωή τους. Ειδικότερα, οι άνδρες αξιολόγησαν ως ιδιαίτερα σημαντική δεξιότητα που απέκτησαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα τη δυνατότητα να αναγνωρίζουν και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Η οργάνωση της ζωής αναφέρθηκε και από τα δύο φύλα ως στοιχείο που συμβάλλει στην αλλαγή του τρόπου ζωής και τη διαχείριση προβλημάτων, μετά τη θεραπεία.

- Όσον αφορά στις προτάσεις των ερωτωμένων για βελτίωση του θεραπευτικού προγράμματος, διατυπώθηκε η αναγκαιότητα συνδυασμού της ομαδικής και με ατομική θεραπεία, και ειδικότερα οι γυναίκες έδωσαν έμφαση στις θεραπευτικές ομάδες ατόμων με κοινά χαρακτηριστικά (όπως φύλο, ηλικία), εστιασμένες σε ιδιαίτερες ανάγκες για θεραπεία.

III. Συζήτηση

Συνοψίζοντας, παρατηρούμε ότι τα ευρήματα αυτής της ανάλυσης ανέδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις όσον αφορά την αντίληψη των ερωτωμένων για το θεραπευτικό σύστημα, τους λόγους ένταξης, διακοπής ή παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα, καθώς και τις ιδιαίτερες ανάγκες για θεραπεία. Το φύλο των ερωτωμένων και ο χρόνος παραμονής τους στη θεραπεία φάνηκε να αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες που διαφοροποιούν τις απαντήσεις των ερωτωμένων σε αυτά τα πεδία. Από την άλλη πλευρά, διαπιστώθηκε ότι ο βαθμός κινητοποίησης των ατόμων και η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, και μετά από αυτήν, συμβάλλουν στην επιτυχία και τη διατήρηση των στόχων της θεραπευτικής παρέμβασης.

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ

Τα συμπεράσματα της αποτίμησης διαμορφώθηκαν με άξονα: α) τα αποτελέσματα / ευρήματα εκείνα που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως “ισχυρά σημεία” και συνιστούν θέματα / ζητήματα που εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα και για τα οποία υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις σε πολλαπλά επίπεδα ανάλυσης, όπως για παράδειγμα η σχέση αλληλεξάρτησης ανάμεσα στο χρόνο παραμονής στη θεραπευτική κοινότητας και τα αποτελέσματα της θεραπείας, και β) ευρήματα που προέκυψαν σε επιμέρους σημεία της ανάλυσης των δεδομένων και τα οποία είναι χρήσιμα ως ενδείξεις, που ωστόσο χρίζουν περαιτέρω διερεύνησης. Τέτοια σημεία / ενδείξεις αναδύονται με μικρότερη συχνότητα / ισχύ, και έχουν περισσότερο κλινική σημαντικότητα¹², όπως είναι ο εντοπισμός των τρόπων αντιμετώπισης καταστάσεων κρίσης.

Η μετάβαση από τα ερευνητικά ευρήματα και τα αποτελέσματα της ανάλυσης σε συμπεράσματα έγινε με άξονα τους βασικούς στόχους και τα κεντρικά ερωτήματα της ευρύτερης μελέτης της αποτίμησης. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της συνολικής μελέτης αποτίμησης¹³, όπως συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Τα αποτελέσματα της αναδρομικής έρευνας δίνουν τεκμηριωμένες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων, σε σχέση με την

12 Η έννοια της κλινικής σημαντικότητας (clinical significance) αναφέρεται στην ικανότητα των αποτελεσμάτων της θεραπείας να ανταποκρίνονται στις ουσιαστικές ανάγκες των ατόμων και να συμβάλλουν, για παράδειγμα, στην καλύτερη κοινωνική ένταξη των θεραπευομένων (see: C. Robson (1999) “Real World Research”).

13 Παρατίθενται τα συμπεράσματα που σχετίζονται άμεσα με τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν σε αυτό το άρθρο, καθώς και γενικότερα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη συνολική μελέτη της αποτίμησης. Η επιλογή αυτή στοχεύει στο να αποτυπώσει μία συνολική εικόνα των πορισμάτων της αποτίμησης, δεδομένου ότι το παρόν άρθρο αποτελεί μία πρώτη δημοσίευση για τη συγκεκριμένη μελέτη, με βάση και αφορμή την οποία θα ακολουθήσουν μία σειρά άλλων, περισσότερο εστιασμένων μελετών και δημοσιεύσεων.

απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη των χρηστών. Συγκεκριμένα, η θεραπεία στο πλαίσιο των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. φαίνεται να συμβάλλει στην ταυτόχρονη αντιμετώπιση της χρήσης και άλλων όψεων της κατάστασης των εξαρτημένου, όπως η παραβατικότητα και η εργασία.

- Η οργάνωση των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α παρουσιάζει σαφή δομή στους άξονες αντιστοίχισης διαφορετικών τύπων θεραπευτικών προγραμμάτων, ηλικιών, φύλου, χρόνου παραμονής, και παρέχει ισχυρές ενδείξεις για την καταλληλότητα του σχεδιασμού των υπηρεσιών και τις επιλογές δράσης του φορέα.. Το φαινόμενο της θεραπείας απεξάρτησης, στο πλαίσιο του ΚΕ.Θ.Ε.Α., εμφανίζει συνοχή, συνέπεια, αλληλουχία στην κατανομή των ατόμων σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των διαφορετικών θεραπευτικών προγραμμάτων.
- Ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία φαίνεται να αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα κριτήρια αποτελεσματικότητας της θεραπείας απεξάρτησης. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας αποτελεσματικότητας, η διάρκεια παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα συμβάλλει στη σημαντική βελτίωση της κατάστασης των ατόμων, σε όλα τα επίπεδα που αφορούν τη χρήση ουσιών και τις συνέπειες αυτής. Ωστόσο ένα σημείο που παραμένει ανοικτό, και δεν εντοπίζεται στα ευρήματα αυτής της μελέτης είναι το κρίσιμο και άριστο εκείνο σημείο στη διάρκεια της θεραπευτικής εμπειρίας όπου οι θεραπευόμενοι έχουν αποκομίσει τα μέγιστα οφέλη της θεραπείας. Ο απαιτούμενος χρόνος παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα για την ολοκλήρωση της θεραπείας δύναται να αποτελέσει ζήτημα εκτενέστερης μελέτης και ανάλυσης.

Σημαντικό κριτήριο αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η μείωση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και η σταδιακή αποχή από αυτή. Τα ερευνητικά ευρήματα αποδεικνύουν ότι τα άτομα που ολοκληρώνουν επιτυχώς τη θεραπεία έχουν στη συντριπτική πλειοψηφία τους απεξαρτηθεί, ενώ σημαντική μείωση της χρήσης παρατηρείται και στην ομάδα αυτών που παραμένουν στη θεραπευτική κοινότητα για μικρότερα χρονικά διαστήματα.

- Η πλειοψηφία των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τις θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. παρουσιάζουν μείωση της εμπλοκής τους με το νομικό σύστημα ή αποχή από την παραβατικότητα, μετά τη θεραπευτική εμπειρία. Η βελτίωση της νομικής κατάστασης των χρηστών ενισχύεται από την ικανότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων να αναπτύσσουν υπηρεσίες και μηχανισμούς αντιμετώπισης των νομικών προβλημάτων και εκκρεμοτήτων των μελών τους, ώστε να διευκολύνουν την ομαλότερη κοινωνική επανένταξή τους.
- Η επαγγελματική απασχόληση αποτελεί ένα ακόμα κριτήριο αποτελεσματικότητας της θεραπείας απεξάρτησης, στο βαθμό που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την κοινωνική επανένταξη των χρηστών. Η βελτίωση της επαγγελματικής κατάστασης όλων των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τις θεραπευτικές κοινότητες συνδέεται με το γεγονός ότι τα προγράμματα δίνουν έμφαση στον τομέα της εργασίας, μέσα από προγράμματα εκπαίδευσης, κατάρτισης, επαγγελματικού προσανατολισμού, και με την ανάπτυξη μηχανισμών προώθησης στην απασχόληση.
- Η καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία ατόμων νεαρότερης ηλικίας αποτελεί ένα ισχυρό εύρημα της παρούσας μελέτης. Αυτό, σε συνάρτηση με τον μεταβαλλόμενο επιδημιολογικό χάρτη της τοξικοεξάρτησης στη χώρα μας και τα αυξανόμενα ποσο-

στά εφήβων και νέων χρηστών, επισημαίνει την αναγκαιότητα για έγκαιρη παρέμβαση σε αυτή την ομάδα.

- Ο παράγοντας του φύλου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της εμπειρίας και των ιδιαίτερων συνθηκών που χαρακτηρίζουν την κατάσταση της εξάρτησης και την προσπάθεια απεξάρτησης. Η ανάπτυξη υπηρεσιών που ενσωματώνουν την οπτική του φύλου και είναι κατάλληλα προσαρμοσμένες στις ιδιαιτερότητες διαφορετικών ομάδων είναι μείζονος σημασίας.
- Η ευελιξία και η ικανότητα των υπηρεσιών να αναπροσαρμόζουν στοιχεία της παρέμβασης στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού - στόχου αποτελούν κριτήρια για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η ιστορία των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχει επιδείξει τέτοιες προσπάθειες για την ενίσχυση της βιωσιμότητας και προσαρμοστικότητας των υπηρεσιών του. Οι υποδείξεις των ατόμων που δέχτηκαν τις υπηρεσίες του ΚΕ.Θ.Ε.Α., σε συνδυασμό με ενδείξεις που υπάρχουν στα ευρήματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν ως πεδία πιθανού επαναπροσδιορισμού όψεων του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων.
- Η ποικιλομορφία και τα μεταβαλλόμενα χαρακτηριστικά του πληθυσμού των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών υποδεικνύουν την αναγκαιότητα για συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών που στελεχώνουν τα θεραπευτικά προγράμματα, με στόχο την ανάπτυξη των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, ώστε να ανταποκρίνονται στις νέες ανάγκες των ατόμων και τις κοινωνικο-πολιτιστικές προκλήσεις που επηρεάζουν τη θεραπεία απεξάρτησης, και σε τομείς που παρουσιάζουν αυξημένες ανάγκες παρέμβασης.
- Η έρευνα και η τεκμηρίωση, αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των χρηστών, τις συνθήκες και επιπτώσεις της εξάρτησης, καθώς και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο για την καταγραφή και ανάλυση των διαστάσεων της εξάρτησης και απεξάρτησης και τη δυνατότητα σχεδιασμού τεκμηριωμένης στρατηγικής. Οι προσπάθειες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. συμβάλλουν προς αυτή την κατεύθυνση, και η περαιτέρω ανάπτυξη συλλογικών δράσεων (από όλους τους σχετικούς φορείς) αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την ολοκληρωμένη - ομοιογενή καταγραφή και την παρακολούθηση της κατάστασης για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα.

4. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Επιχειρώντας μια αξιολόγηση της μελέτης αποτίμησης των θεραπευτικών υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α., διαπιστώνεται ότι η επιλογή της θεωρητικής και μεθοδολογικής προσέγγισης που δοκιμάστηκαν λειτούργησαν αποτελεσματικά, στο βαθμό που ανέδειξαν τις αλλαγές στην κατάσταση των ερωτωμένων πριν και μετά τη θεραπεία, τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν καθοριστικά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, τα “δυνατά / ισχυρά σημεία” της θεραπευτικής παρέμβασης. Από αυτή την άποψη το μεθοδολογικό σχέδιο που εφαρμόστηκε λειτούργησε αρκετά καλά, χωρίς ωστόσο να στερείται των σχετικών δυσκολιών / περιορισμών που προέκυψαν από (και σε σχέση με) την ερευνητική διαδικασία (Παπαναστασάτος 2002, Papanastatos 2000). Ενδεικτικά, τέτοιες δυσκολίες / περιορισμοί αφορούν στα παρακάτω:

- Δεν υπήρχε προηγούμενη συστηματοποιημένη γνώση / εμπειρία από ανάλογες προσπάθειες αποτίμησης της αποτελεσματικότητας προγραμμάτων απεξάρτησης στη χώ-

ρα μας. Αυτό το κενό οδήγησε στην ανάπτυξη μεθοδολογικών εργαλείων και κριτηρίων αποτελεσματικότητας που προτάθηκαν και δοκιμάστηκαν για τους σκοπούς της μελέτης αποτίμησης και χρίζουν περαιτέρω ανάλυσης και ελέγχου στο πλαίσιο μελλοντικών ερευνών σε αυτό το πεδίο.

- Η εφαρμογή του συγκριτικού ερευνητικού σχεδίου πριν και μετά τη θεραπεία ενέχει δυσκολίες, και ειδικότερα όσον αφορά στη στάθμιση του χρόνου και του κόστους της έρευνας πεδίου. Ενδεικτικά, η πενταετής οπτική της αναδρομικής μελέτης περιελάμβανε δυσκολίες στην εύρεση των ατόμων και συνέβαλε στην παράταση της έρευνας πεδίου για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από το αρχικά προβλεπόμενο χρονοδιάγραμμα.
- Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ανταποκρίθηκαν στους βασικούς στόχους της μελέτης και συνέβαλαν στον εντοπισμό κεντρικών σημείων για τη διαδικασία απεξάρτησης. Μία επαναληπτική ή νέα έρευνα σε αυτό το πεδίο δύναται να εστιάσει σε μία ποιοτική μελέτη σε βάθος, αξιοποιώντας ευρήματα από τη δοκιμή της ποιοτικής προσέγγισης στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας και με στόχο την τεκμηρίωση και την αποσαφήνιση των όψεων / διαστάσεων της κατάστασης της εξάρτησης και απεξάρτησης, καθώς και των παραμέτρων που αλληλεπιδρούν στη διαμόρφωση της πορείας των ατόμων μετά τη θεραπευτική εμπειρία.
- Η συνδυαστική προσέγγιση της έρευνας, μέσα από την ποσοτική και την ποιοτική μελέτη, και η συγκέντρωση μεγάλου όγκου πληροφοριών περιελάμβανε δυσκολίες και περιορισμούς για την ανάλυση όλου του εύρους των δεδομένων (ποσοτικών και ποιοτικών) με τέτοιο τρόπο που να επιτρέπει μία συνολική θεώρηση σε όλα τα επίπεδα. Από αυτή την άποψη, η εφαρμογή περίπλοκων μεθόδων επεξεργασίας των δεδομένων και η διατύπωση υποθέσεων εργασίας στοχεύουν σε μία πρώτη σύζευξη και σύνθεση των ευρημάτων, η οποία δεν εξαντλείται στα αποτελέσματα και συμπεράσματα της συγκεκριμένης μελέτης, αλλά δύναται να αποτελέσει πεδίο προβληματισμού και ανάπτυξης νέων μελετών.
- Η ανάλυση των αποτελεσμάτων μίας μελέτης αποτίμησης τέτοιου εύρους συνιστά μία συνεχή και μακροχρόνια διαδικασία. Τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν σε αυτό το κείμενο αποτελούν πρώτες ισχυρές ενδείξεις για συγκεκριμένα ερωτήματα της αποτίμησης. Ωστόσο, εντοπίζονται ανοικτά σημεία (όπως για παράδειγμα η διερεύνηση του προφίλ των ατόμων που δεν δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα) τα οποία αποτελούν πεδίο μελλοντικής επεξεργασίας και διερεύνησης.

ΕΠΙΜΕΤΡΟ

Είναι σαφές ότι μία μελέτη αποτίμησης δεν είναι ικανή να αποδώσει μία πλήρη - εξαντλητική εικόνα που να αποσαφηνίζει και να απαντά σε όλα τα ερωτήματα που ανακύπτουν σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματα της έρευνας και τα συμπεράσματα της μελέτης στοχεύουν να αναδείξουν σημαντικά στοιχεία που ενισχύουν περισσότερο ή λιγότερο την επιτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης.

Τα συμπεράσματα της αποτίμησης δεν οδηγούν σε τελικές / οριστικές και ισχυρά τεκμηριωμένες προτάσεις για συγκεκριμένες δράσεις, δηλαδή αποτελούν περισσότερο εναύ-

σματα για την διαμόρφωση πολιτικής και θέτουν τις απαρχές για περαιτέρω επεξεργασία, μελέτη, ανάληψη δράσης (WHO 1999, Onretveit 1998). Για τη σύνδεση / αντιστοίχιση των συμπερασμάτων της μελέτης αποτίμησης με στρατηγικές δράσης, χρειάζεται περαιτέρω ανάλυση από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, και σε δι-επιστημονικό ή πολυ-επιστημονικό επίπεδο, με σκοπό τη στάθμιση και συσχέτιση των συμπερασμάτων με τη δυναμική του φαινομένου της εξάρτησης / απεξάρτησης στο πλαίσιο των θεραπευτικών κοινοτήτων. Αυτή η διαδικασία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την μετατροπή των αποτελεσμάτων / συμπερασμάτων της έρευνας (results) σε αποτελέσματα που αποτελούν την απαρχή για τη διαμόρφωση μιας νέας πολιτικής (outcomes).

Συνοψίζοντας, τα κυριότερα συμπεράσματα που εντοπίστηκαν στην παρούσα εργασία αποτίμησης (results), και τα οποία σηματοδοτούν τις καίριες περιοχές για μελλοντική μελέτη / δράση (outcomes), όχι μόνο από το ΚΕ.Θ.Ε.Α. αλλά στο πλαίσιο του ευρύτερου συστήματος αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης στη χώρα μας, περιλαμβάνουν τα παρακάτω ζητήματα:

- Μελέτη των διαστημάτων του χρόνου παραμονής στη θεραπεία με γνώμονα την μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβασης
- Ανάπτυξη προγραμμάτων έγκαιρης παρέμβασης στην εφηβεία
- Κινητοποίηση και αξιοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου
- Σχεδιασμός υπηρεσιών που ενσωματώνουν την οπτική του φύλου

Βιβλιογραφία

- Αγραφιώτης, Δ. (2000) "Το Ζήτημα της Αποτίμησης: Θεωρίες και Πρακτικές". Κοινωνική Εργασία, τεύχος 57
- Agrafiotis D., Pantzou P., Tselepi Ch., Metallinou O. (1996) Constraints and Modes of Adaptation of HIV carriers in everyday life. Research Monograph No 14, Sociology of Health and Illness Series, Department of Sociology, National School of Public Health
- Αγραφιώτης Δ. & Π. Μάντη, (1999) Πρόταση για την αναδρομική έρευνα της αποτελεσματικότητας του ΚΕΘΕΑ. Ερευνητική Μονογραφία Νο 15, Σειρά Επιστήμη - Τεχνολογία - Κοινωνία. Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα
- Αγραφιώτης Δ. & Ε. Καμπριάνη, (2002) Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Ερευνητική Μονογραφία Νο 17, Σειρά Επιστήμη - Τεχνολογία - Κοινωνία. Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα
- Anderson T.W. (1984). "An Introduction to Multivariate Statistical Analysis", (second Edition), J. Wiley, New York.
- Benzecri J-P. (1977). 'Analyse discriminante et analyse factorielle', Les Cahiers de l' Analyse de Donnees, II, 4, 369-406.
- Condelli W. S. & Hubbard R. L. (1994) "Client Outcomes from Therapeutic Communities", in Tims F. M., De Leon G. & Jainchill N. (eds) Therapeutic Community: Advances in research and application. National Institute on Drug Abuse (NIDA), Research Monograph No 144, US Rockville, NIH Publications
- Cummings C., Gordon J. & Marlatt G. A. (1980) "Relapse: Strategies of prevention and prediction", in W. R. Miller (ed) The Addictive Behaviours. Oxford: Pergamon Press

- De Leon, G. (1985) "The therapeutic Community. Status and Evolution". *The International Journal of Addictions*, Vol. 20 (6 & 7)
- Donovan D.M. (1999) "Assessment Strategies and measures in Addictive Behaviours", in McCrady B.S. & Epstein E.E. (eds) *Addictions. A comprehensive guidebook*. Oxford University Press
- ΕΚΤΕΠΝ - Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2000) Ετήσια έκθεση για την κατάσταση στην Ελλάδα το έτος 1999 Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
- ΕΚΤΕΠΝ - Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2001) Ετήσια έκθεση για την κατάσταση στην Ελλάδα το έτος 2000 Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
- ΕΚΤΕΠΝ - Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2002) Ετήσια έκθεση για την κατάσταση στην Ελλάδα το έτος 2001 Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
- EC - Council of the European Union (1999) *European Union Drugs Strategy (2000-2004)*. European Union, Brussels
- EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1999) *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union. Scientific Monograph Series, No 3*, Luxembourg
- EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2000) *Understanding and responding to drug-use: the role of qualitative research. Scientific Monograph Series, No 4*, Luxembourg
- EU - European Commission (1997) *Evaluating Expenditure Programmes - A Guide: Ex Post and Intermediate Evaluation*. (1st ed.) European Union, Luxembourg
- Gerstein D. R. & H. J. Harwood (1990) *Treating Drug Problems. Volume 1 A study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems*. National Academy Press, Washington
- Ιατρίδης Δ. (2000) "Αξιολόγηση Υπηρεσιών από τους Πελάτες και την Κοινότητα: Επιπτώσεις στην πολιτική" *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 57
- Ιατρίδης Δ. & Γ. Παπαναστασάτος (2002) "Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων: επιπτώσεις στη χάραξη πολιτικής για οργανισμούς υγείας και πρόνοιας", *Εξαρτήσεις*, τεύχος 1, σελ. 11-26
- ΚΕ.Θ.Ε.Α. - Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (2000) *Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. από το 1995 έως το 1999 - Διαχρονική Μελέτη*. ΚΕ.Θ.Ε.Α., Αθήνα
- ΚΕ.Θ.Ε.Α. - Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (2002) *Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. το 2000 και το 2001*. ΚΕ.Θ.Ε.Α., Αθήνα
- Knight (2002) "Όσα γνωρίζουμε για τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης". Ημερίδα "Αποτελεσματικότητα της θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης". ΚΕ.Θ.Ε.Α., Αθήνα 4 Φεβρουαρίου
- Lebart, L., Morineau, A. and Piron M. (1995). "Statistique exploratoire multidimensionnelle" DUNOD.
- Lebart, L., Salem A. and Berry, L. (1998). "Exploring Textual Data", Kluwer Academic Publishers.
- Marlatt G. A. & Gordon R. J. (1985) *Relapse prevention, maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: The Guilford Press
- Mc Lellan T. et al. (1980) "An improved diagnostic Instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index". *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 10, No 1

- Mc Lellan, A. T. et al. (1983) "Increased Effectiveness of Substance Abuse Treatment: A prospective study of Patient - treatment "matching". The journal of nervous and mental disease, vol. 171, no 10, pp. 597-605
- Mc Lellan T. et al. (1992) "The fifth edition of the addiction severity Index". Journal of Substance Abuse Treatment. Vol. 9
- Μάτσα Κ. (2001α) Ψάξαμε Ανθρώπους και Βρήκαμε Σκιές: Το αίνιγμα της τοξικομανίας. Αθήνα, εκδ. 'Αγρα
- Μάτσα Κ. (2001β) "Γυναίκα Τοξικομανής. Χειραφέτηση και Κοινωνική Επανάταξη". Τετράδια Ψυχιατρικής, Οκτ. - Δεκ., No 76
- Onretveit J. (1998) Evaluating Health Interventions. Buckingham, Open University Press
- Papanastasatos G. (2000) "Methodological Issues and problems conducting five years follow-up study in six Greek TCs". Proceedings of the 29th World Federation of Therapeutic Communities Conference, San Francisco
- Παπαναστασάτος Γ. (2002) "Πενταετής Αναδρομική Έρευνα: Μεθοδολογικά Θέματα" Ημερίδα Αποτελεσματικότητα της θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης. ΚΕ.Θ.Ε.Α., Αθήνα 4 Φεβρουαρίου
- Πουλόπουλος Χ. (1995) "Διακοπές από τις θεραπευτικές κοινότητες για εξαρτημένους χρήστες ουσιών: Μεθοδολογικά θέματα έρευνας". Πρακτικά του 2ου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου Η Ευρώπη κατά της χρήσης ουσιών. ΚΕ.Θ.Ε.Α. - Θεσσαλονίκη
- Pouliopoulos Ch, (1998) Dropout from Therapeutic Communities for Substance Abusers in Greece: A quantitative and qualitative analysis of why clients drop out from rehabilitative programmes for drug users in Greece. PhD Dissertation. University of Bradford, Department of Applied Social Studies
- Πουλόπουλος, Χ. (2000) "Αξιολόγηση Οργανισμών Θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης". Κοινωνική Εργασία, τεύχος 57
- Σφηκάκη Μ. (2001) "Σεξουαλική κακοποίηση: η σχέση της με την τοξικομανία". Τετράδια Ψυχιατρικής, Οκτ. - Δεκ., No 76
- SAMSHA (1997) Services Research Outcome Study (SROS), SAMSHA, Office of Applied Studies
- Simpson D. (1979) "The relation of time-spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome", American Journal of Psychiatry, Vol. 136, No 11
- Stocco P. et al. (2000) Women Drug Abuse in Europe: gender Identity. IREFREA & European Commission, Venezia
- Turner J. F. (ed) (1974) Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches. London: The Free Press
- Τσιμπουκλή Α. (2002) "Αποτελέσματα ποιοτικής μελέτης για τη διαχείριση της κρίσης". Ημερίδα Αποτελεσματικότητα της θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης. ΚΕ.Θ.Ε.Α., Αθήνα 4 Φεβρουαρίου
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2001) Πρόταση για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τις ουσίες. Αθήνα
- Φωστήρη Μ. (2002) "Αντίληψη των θεραπευομένων για το θεραπευτικό σύστημα" Ημερίδα Αποτελεσματικότητα της θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης. ΚΕ.Θ.Ε.Α., Αθήνα 4 Φεβρουαρίου
- Weil P., McKee M., Brodin M., Oberle D. (1999) Priorities for public health action in the European Union. European Commission
- WHO - World Health Organization (1999) Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, WHO / UNDCP / EMCDDA

Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ



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.

CHARACTERISTICS OF CLIENTS ATTENDING A STIMULANT CLINIC: FACTORS THAT INFLUENCE ENGAGEMENT & RETENTION IN TREATMENT.

NIKOS SPILIOPOULOS, DR LUKE MITCHESON & DR MICHAEL KELLEHER
INSTITUTE OF PSYCHIATRY, MARINA HOUSE, STIMULANT CLINIC. SLAM, NHS-TRUST, KING'S
COLLEGE LONDON

Abstract

Aims The current study aims to explore the role of cocaine abuser's characteristics in predicting engagement and retention in treatment.

Design A Retrospective Case Notes analysis design was used to examine the characteristics of cocaine abusers allocated for treatment, during one-year period (2001/2002). The patient's files were reviewed and data was extracted including: age, gender, ethnicity, parental status, forensic status, patterns of substance abuse, co-morbid physical and mental illness, injecting and sharing behaviour, source of referral, previous treatment received and time between initial assessment and treatment offered. Descriptive statistics, non-parametric statistical methods, Simple & Multiple Logistic regression analysis models were used to describe and analyse the data as well as to estimate the significance of the relationship between patients characteristics and engagement/retention in treatment.

Setting It was carried out at a dedicated Stimulant clinic in the NHS, provided at Marina House community drug and alcohol treatment service since 1998 in South London for the treatment of patients with stimulant dependence.

Participants All-patients (n=130) allocated for treatment within the one year period examined (2001/2002). Patients whose primary substance of abuse was other than crack or powder cocaine and clients of other clinics at Marina House were excluded. Case series of (n=108) patients' notes were finally reviewed.

Measurements The data collected and examined was self-reported during an initial assessment prior starting treatment.

Findings From the total number of patients allocated to the clinic for treatment the year period examined the (70.4%) engaged with treatment, but only (25%) attended more than 2 treatment sessions. The majority of the sample were male, white, in their 30's, with average 10 years of illicit drug use history. The (61.1%) were self-referred for first time in treatment (50.9%); smoking £100 crack cocaine every two days during the past month. Most of them they didn't have children, nor medical, mental or legal problems. The only significant predictor for engagement with treatment was the type of cocaine reported as main drug of abuse (crack cocaine vs. powder cocaine) (OR=0.178, p-value=0.034, CI 95%=0.036, 0.875). None of the other patient's characteristics were found to significantly predict retention in treatment.

Conclusions Patients who reported crack cocaine as their main substance of abuse were less likely to engage in treatment, independent from age, gender and ethnicity, than those reported powder cocaine use. Further study with wider resources and perspectives is needed to explore this area in greater depth. Additional findings as well as implications for research and treatment delivery are discussed.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΧΡΗΣΤΩΝ ΚΟΚΑΪΝΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

ΝΙΚΟΣ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ MSc¹, DR LUKE MITCHESON² & DR MICHAEL KELLEHER³
INSTITUTE OF PSYCHIATRY, MARINA HOUSE, STIMULANT CLINIC. SLAM, NHS-TRUST, KING'S
COLLEGE LONDON

Π ε ρ ί λ η ψ η

Στόχοι Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η αποσαφήνιση του ρόλου που συντελούν τα χαρακτηριστικά του χρήστη κοκαΐνης, έτσι ώστε να προβλεφθεί η εμπλοκή και η παραμονή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Σχεδιασμός Χρησιμοποιήθηκε ο σχεδιασμός Αναδρομικών Σημειώσεων Περιστατικού για να εξεταστούν τα χαρακτηριστικά των χρηστών κοκαΐνης που υποβλήθηκαν σε θεραπευτική αγωγή, στη διάρκεια ενός έτους (2001/2002). Εξετάστηκαν τα αρχεία των ασθενών και αποσπάστηκαν στοιχεία που περιλάμβαναν: ηλικία, φύλο, εθνικότητα, γονική κατάσταση, δικανική κατάσταση, τρόπους χρήσης ουσιών, συ-νοσηρές σωματικές και ψυχικές ασθένειες, συμπεριφορά χρήσης και μοιράσματος, πηγή παραπομπής, προηγούμενη θεραπεία και χρονική διάρκεια μεταξύ της αρχικής αξιολόγησης και της θεραπείας που προσφέρθηκε. Χρησιμοποιήθηκαν τα μοντέλα των περιγραφικών στατιστικών, των μη παραμετρικών στατιστικών μεθόδων και της Απλής & Πολλαπλής Λογαριθμικής Παλινδρόμησης για την περιγραφή και την ανάλυση των στοιχείων καθώς και για να εκτιμηθεί η σημασία της σχέσης ανάμεσα στα χαρακτηριστικά των ασθενών και στην εμπλοκή/ παραμονή στο πρόγραμμα θεραπείας.

Χώρος Η έρευνα διενεργήθηκε σε μια εξειδικευμένη κλινική διεγερτικών ουσιών, που εντάσσεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας, και η οποία ανήκει στην κοινότητα ναρκωτικών και αλκοόλ Marina House από το 1998, στο Νότιο Λονδίνο, όπου θεραπεύονται ασθενείς με εξάρτηση στα διεγερτικά.

Συμμετέχοντες Στο πρόγραμμα συμμετείχαν ασθενείς (n=130) που ακολούθησαν θεραπεία στη διάρκεια του χρόνου που πραγματοποιήθηκε η μελέτη (2001/2002). Δεν συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με κύρια ουσία κατάχρησης άλλη εκτός του κρακ ή της κοκαΐνης σε σκόνη ή ασθενείς άλλων κλινικών του Marina House. Τέλος, εξετάστηκαν σημειώσεις των ασθενών (n=108).

Μετρήσεις Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν και εξετάστηκαν, αναφέρθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς στη φάση της αρχικής αξιολόγησης, πριν ξεκινήσει η θεραπεία.

Ευρήματα Από τον συνολικό αριθμό των ασθενών που εισήλθαν στην κλινική για θεραπεία στη διάρκεια του ενός έτους που εξετάσαμε, το (70,4%) δεσμεύτηκε για θεραπεία, αλλά μόνο το (25%) προσήλθε σε περισσότερες από 2 θεραπευτικές συνεδρίες. Η πλειοψηφία του δείγματος είναι λευκοί άντρες, περίπου 30 χρόνων, με μέσο όρο 10ετούς χρήσης παράνομων ναρκωτικών ουσιών. Το (61,1%) προσήλθε με δική του

1 Νίκος Σπηλιόπουλος MSc, ΚΕ.Θ.Ε.Α. Σορβόλου 24, Αθήνα, Ελλάδα

2 Dr Luke Mitcheson, Κλινικός Ψυχολόγος, MAUDSLEY, NHS TRUST

3 Dr Michael Kelleher, Κλινικός Εκπαιδευτικός Συνεργάτης

πρωτοβουλία για πρώτη φορά στη θεραπεία, ενώ το (50,9%) κάπνιζε κρακ αξίας £100 κάθε δύο μέρες στη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Οι περισσότεροι δεν είχαν παιδιά, ούτε ιατρικά, διανοητικά ή νομικά προβλήματα. Ο μόνος σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για την εμπλοκή στη θεραπεία ήταν ο τύπος της κοκαΐνης που αναφέρθηκε ως κύρια ουσία κατάχρησης (κρακ και κοκαΐνη σε σκόνη) (OR=0,178, αξία $p=0,034$, ΔΕ 95%=0,036, 0,875). Κανένα από τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των ασθενών δεν θεωρήθηκε σημαντικός παράγοντας ικανός να προβλέψει την παραμονή στη θεραπεία.

Συμπεράσματα Οι ασθενείς που ανέφεραν το κρακ ως κύρια ουσία κατάχρησης είχαν λιγότερες πιθανότητες να δεσμευτούν για θεραπεία, ανεξαρτήτως από ηλικία, φύλο και εθνικότητα, απ' όσους ανέφεραν χρήση κοκαΐνης σε σκόνη. Χρειάζεται να διενεργηθούν περαιτέρω έρευνες, με ευρύτερες πηγές και προοπτικές, για να εξερευνηθεί αυτός ο τομέας περισσότερο διεξοδικά. Αναλύονται επιπρόσθετα ευρήματα καθώς και επιπτώσεις στην έρευνα και την προσφορά θεραπείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη έχει στόχο να εξετάσει τα χαρακτηριστικά που οι ασθενείς ανέφεραν κατά τη διάρκεια της αρχικής αξιολόγησης, καθώς και την προγνωστική τους αξία σχετικά με την εμπλοκή και τη συνέχιση της θεραπείας σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για χρήστες κοκαΐνης στο Ηνωμένο Βασίλειο (UK). Οι περισσότερες μελέτες που αφορούν στην πρόβλεψη της εμπλοκής/ παραμονής στη θεραπεία διενεργήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και τα ευρήματα ήταν αντιφατικά. Ωστόσο, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν την ύπαρξη συνδέσμων μεταξύ του δημογραφικού, ψυχιατρικού, κοινωνικού προφίλ και του προφίλ χρήσης ουσιών του ασθενή και της εμπλοκής/ παραμονής στη θεραπείας. Μελέτες που διεξήχθησαν στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν μας έχουν δώσει ακόμη πλήρη απάντηση σ' αυτό το ερώτημα (αν και μερικές είχαν καλά αποτελέσματα) -το οποίο αφορά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την πορεία της- καταγράφοντας μόνο περιοδικές πληροφορίες. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση στο επιστημονικό και κλινικό ενδιαφέρον γι' αυτόν τον συγκεκριμένο τομέα θεραπείας από την κατάχρηση ουσιών, καθώς η κατάχρηση κοκαΐνης αποτελεί ένα ολοένα αυξανόμενο πρόβλημα σ' αυτή τη χώρα.

ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Τα διεγερτικά, όπως είναι η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες και η 3-4 μεθυλενδοξυμεταμφεταμίνη (MDMA) αποτελούν τη δεύτερη περισσότερο διαδεδομένη παράνομη ναρκωτική ουσία, μετά την κάνναβη, σε διεθνές επίπεδο. Η διάδοση της χρήσης κοκαΐνης στο 0,2% του παγκόσμιου πληθυσμού είναι παρόμοια με το αντίστοιχο ποσοστό των οπιοειδών που επίσης αγγίζει το 0,2% (Global Illicit Drug Trends, 2002). Η κατάχρηση κοκαΐνης έχει μειωθεί στις ΗΠΑ, αλλά αυξήθηκε στην Ευρώπη κατά την περίοδο 1998-2000 (Global Illicit Drug Trends 2002).

ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, πληροφορίες από την τελευταία Βρετανική Εγκληματολογική Έρευνα (2001), αναφέρουν τα διεγερτικά ως την δεύτερη περισσότερο διαδεδομένη παράνο-

μη ναρκωτική ουσία μετά την κάνναβη και τεκμηριώνουν τη σημαντική διάδοση και την αυξανόμενη αναλογία χρήσης της στον πληθυσμό, μελετώντας τις παγκόσμιες και ευρωπαϊκές τάσεις στη χρήση ναρκωτικών. Συγκρίνοντας τα στοιχεία της τελευταίας έρευνας με στοιχεία από τις προηγούμενες Βρετανικές Εγκληματολογικές Έρευνες (1994, 1996 και 1998), διαπιστώνουμε ότι η χρήση κοκαΐνης σε σκόνη αυξήθηκε από ποσοστό 0,5% το 1994 σε 1,7% το 2000, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το κρακ αυξήθηκε αντίστοιχα από 0,0% σε 0,3% (Home Office, 2001).

ΖΗΤΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αναφορικά με τη ζήτηση για θεραπεία στο Ηνωμένο Βασίλειο, στατιστικές από τις Βάσεις Δεδομένων Κατάχρησης Ναρκωτικών σε Τοπικό Επίπεδο του Υπουργείου Υγείας αναφέρουν ότι, μέχρι τα τέλη Μαρτίου του 2001, 7% των ατόμων που προσέρχονταν για θεραπεία αποτελούσαν προβληματικούς χρήστες με την κοκαΐνη ως κύρια ουσία κατάχρησης, ποσοστό που αυξήθηκε από το αντίστοιχο 3% του 1993 (Υπουργείο Υγείας, 2002). Φαίνεται ότι η ζήτηση για θεραπεία στην κατάχρηση κοκαΐνης αυξάνεται αναλογικά με την κατάχρηση της συγκεκριμένης ουσίας στο Ηνωμένο Βασίλειο.

ΚΟΚΑΪΝΗ

Φαρμακολογικές επιδράσεις

Η κοκαΐνη ήταν η πρώτη τοπική αναισθητική ουσία που ανακαλύφθηκε. Η σημαντικότερη κλινική ενέργεια της κοκαΐνης συνίσταται στην ικανότητά της να διακόπτει την έναρξη ή τη μεταφορά των ερεθισμάτων των νευρώνων, έπειτα από τοπική εφαρμογή (Mark et al., 1997). Σε μικρή συγκέντρωση στο αίμα η κοκαΐνη προκαλεί ταχυκαρδία και πιθανά αρρυθμία ενώ σε μεγαλύτερη συγκέντρωση επιβραδύνει την αγωγιμότητα της καρδιάς και παρεμποδίζει τη συσταλτικότητα, συμβάλλοντας πιθανώς σε αιφνίδιο θάνατο (Kalra, et al, 1998). Η κοκαΐνη επίσης μιμείται τις ενέργειες των συμπαθομιμητικών ουσιών και ασκεί την κλινική της δράση διακόπτοντας την επαναρρόφηση της νοραδρεναλίνης (νορεπινεφρίνη), της σεροτονίνης (5- Υδροξυτρυπταμίνη, 5-HT) και της ντοπαμίνης. Εμποδίζοντας την επαναρρόφηση των παραπάνω νευροδιαβιβαστών, προκαλεί οξεία αύξηση των επιπέδων τους στις συνάψεις και είναι αυτή η επίδραση της κοκαΐνης, ιδιαίτερα στους συνδέσμους του μεσοεγκεφάλου (μεσοστεφανιαία και μεσοφλοιώδη νευρικά δεμάτια), που σχετίζεται με τις ευφορικές επιδράσεις της (Benowitz, 1993).

Τρόποι χορήγησης

Η κοκαΐνη μπορεί να ληφθεί με πολλές διαφορετικές μορφές (σκόνη ή κρακ) και με διαφορετικές μεθόδους όπως: κατάποση, ενδοφλέβια, καπνιστή ή με εισπνοή. Οι διαφορετικές μέθοδοι χορήγησης της ουσίας στο σώμα έχουν και διαφορετικές συνέπειες στις επιδράσεις της, στον κίνδυνο εξάρτησης και στις βλάβες στην υγεία (Edwards, 1983). Η απορρόφηση, η βιο-διαθεσιμότητα, ο χρόνος εκδήλωσης και η επίδραση της ουσίας παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις, ανάλογα με τον τρόπο χορήγησης. Όταν η κοκαΐνη λαμβάνεται από το στόμα ή με εισπνοή, η βιο-διαθεσιμότητά της κυμαίνεται στο ποσοστό του 20-30%, αυξάνεται στο 100% με την ενδοφλέβια χρήση, και με το κάπνισμα κυμαίνεται στο 6-32%. Η στοματική χορήγηση της κοκαΐνης προκαλεί μέγιστες

ψυχοδιεγερτικές επιδράσεις έπειτα από 1 ώρα, όταν εισπνέεται επιδρά σε 30 λεπτά και διαρκεί 20-40 λεπτά, η ενδοφλέβια χορήγηση επιδρά σε 30-45 δευτερόλεπτα και διαρκεί 10-20 λεπτά και με το κάπνισμα επιδρά σε 8-10 δευτερόλεπτα και διαρκεί 10-15 λεπτά. Οι ψυχοδιεγερτικές επιδράσεις της κοκαΐνης εμφανίζονται γρηγορότερα και εντονότερα στην ενδοφλέβια χρήση ή όταν η ουσία καπνίζεται, προκαλώντας τότε μεγαλύτερη πιθανότητα εξάρτησης σε σχέση με τους στοματικούς και εισπνεόμενους τρόπους χρήσης. Το κρακ είναι μια “βάση” μορφής κοκαΐνης που έχει υποστεί χημική μετάλλαξη, προκειμένου να έχει χαμηλότερο σημείο τήξης από την κοκαΐνη σε σκόνη και να μπορεί να καπνιστεί. (Verebey & Gold, 1988, Strang, et al, 1998)

ΧΡΗΣΗ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Η κοκαΐνη χρησιμοποιείται συχνά σε συνδυασμό με άλλες ναρκωτικές ουσίες, όπως είναι το αλκοόλ, τα οπιοειδή, οι βενζοδιαζεπίνες και η κάνναβη, ως ναρκωτική ουσία δευτερεύουσας ή κύριας επιλογής. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η συνδυαστική χρήση, διαδοχική ή ταυτόχρονη, του αλκοόλ με την κοκαΐνη. Η κοκαΐνη μειώνει τις καταπραϋντικές ιδιότητες του αλκοόλ και το αλκοόλ καταπολεμά τα προβλήματα αϋπνίας και άγχους που προκαλεί η χρήση κοκαΐνης. Η χρήση και των δύο ουσιών προκαλεί στεφανιαία αγγειοσυστολή και καταστέλλει τη μυοκαρδιακή λειτουργία, ενώ θεωρείται ότι οι δύο ουσίες συνδυάζονται στο σώμα και σχηματίζουν αλκένιο κοκαΐνης (cocsaethylene). Έρευνες για την παραπάνω ουσία βρίσκονται ακόμη σε πρώιμο στάδιο, αλλά θεωρείται ότι είναι περισσότερο άμεσα τοξική προς τη καρδιά απ’ ό,τι η κοκαΐνη ή το αλκοόλ ξεχωριστά, ενώ παρατείνει την αύξηση της πίεσης του αίματος, περιπλέκοντας ακόμη περισσότερο τον κίνδυνο: το αλκοόλ άλλωστε ανιχνεύεται στους περισσότερους θανάτους λόγω των καρδιακών επεισοδίων που προκαλούνται από την κοκαΐνη (McCance-Katz, et al, 1993). Άλλοι κίνδυνοι για την υγεία είναι οι: καρδιακή προσβολή, ηπατικές βλάβες, σπασμοί, σύνδρομο στέρησης, επιθετικότητα ψυχωτικές διαταραχές και τραυματισμοί.

Ψυχολογικές επιδράσεις και σύνδρομο στέρησης

Έχει αναφερθεί ότι η κοκαΐνη δεν προκαλεί σωματική εξάρτηση, ωστόσο η ψυχολογική εξάρτηση στους ασθενείς με διαταραχές στη χρήση κοκαΐνης μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα (Gawin & Ellinwood, 1988, 1989). Δεδομένης της βιολογικής βάσης των συναισθημάτων, ο διαχωρισμός μεταξύ φυσιολογικού και ψυχολογικού μπορεί να είναι ψευδής. Σίγουρα, ένα μεγάλο φάσμα συμπτωμάτων στέρησης έχει ήδη περιγραφεί στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Η γνωστότερη περιγραφή του συνδρόμου στέρησης δίνεται από τους Gawin και Kleber (1986), εντοπίζοντας τρεις ξεχωριστές φάσεις: την κατάρρευση, τη στέρηση και το στάδιο εξάλειψης.

Ωστόσο, η στερητική αντίδραση και η εμπειρία των τριών αυτών φάσεων φαίνεται ότι διαφέρει ανάμεσα στα άτομα, και ποικίλλει ξεκινώντας από σοβαρές μορφές δυσφορίας και καταλήγοντας στην παντελή απουσία στερητικών συμπτωμάτων, ενώ έχει αποδειχθεί ότι τα ερεθίσματα από το περιβάλλον εξαρτώνται εξαιρετικά από τα στοιχεία υπόδειξης (Weddington et al 1990).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΚΟΚΑΪΝΗΣ

Σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στη θεραπεία μεθαδόνης για τους χρήστες ηρωίνης, στη θεραπεία για την κατάχρηση κοκαΐνης δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την χρήση υποκατάστατης ουσίας (Donmall, et al, 1995, Seivewright N., 2000). Από την άλλη μεριά, τα τελευταία χρόνια εξετάζονται φαρμακολογικά μέσα που αφορούν την έναρξη της αποχής, τη συνέχιση της θεραπείας και τη συντήρηση της αποχής στους εξαρτημένους στην κοκαΐνη (McCance, 1997). Έχει επίσης εξεταστεί το ενδεχόμενο δημιουργίας θεραπευτικού εμβολίου για τη θεραπεία της εξάρτησης από την κοκαΐνη (Fox, B., 1997). Παρότι αρκετές μελέτες έχουν δείξει πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα, προς το παρόν δεν υπάρχουν αποδείξεις που να τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε φαρμακευτικής θεραπείας στην εξάρτηση από την κοκαΐνη (Cochran review, 2002).

Στη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι οι ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι αποτελεσματικές στην κατάχρηση κοκαΐνης και στην εξάρτηση από αυτήν (Crits-Christoph et al., 1997; Carroll, et al, 1991).

ΕΜΠΛΟΚΗ & ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, έχει διαπιστωθεί ότι οι χρήστες κοκαΐνης που εισάγονται σε θεραπευτικά προγράμματα δύσκολα δεσμεύονται και παραμένουν στη θεραπεία. Έξι μελέτες ασθενών με εξάρτηση από την κοκαΐνη εξετάστηκαν από τον Gainey κ.ά. (1993) καταδεικνύοντας ότι σε ποσοστό 55,74%, οι ασθενείς που ξεκίνησαν τη θεραπεία, αποχώρησαν πριν από την πέμπτη συνεδρία.

Χαρακτηριστικά ασθενή & παραμονή

Στη διαθέσιμη βιβλιογραφία έχουν εξεταστεί αρκετά χαρακτηριστικά με αντικείμενο την εμπλοκή και την παραμονή στη θεραπεία. Η εξέταση των παρακάτω μεταβλητών έχει οδηγήσει σε αντιφατικά αποτελέσματα: τα δημογραφικά του ασθενή, όπως είναι το φύλο, η ηλικία και η φυλή, αναφέρεται ότι σχετίζονται σημαντικά με καλύτερα ποσοστά παραμονής στη θεραπεία σε μερικές μελέτες (Kleinman κ.ά., 1992 και Carroll κ.ά., 1994 Siqueland κ.ά., 2002) ενώ το αντίθετο αναφέρεται από άλλες έρευνες (Gawin κ.ά., 1989- Carroll κ.ά., 1991 και Hoffman κ.ά., 1994). Επίσης, σε αρκετές μελέτες έχει αναφερθεί ότι η σοβαρότητα της χρήσης κοκαΐνης σχετίζεται με τα ποσοστά παραμονής (Gainey κ.ά., 1993, Simpson κ.ά., 1997b, Siqueland κ.ά. 1998, Simpson, κ.ά., 1999 Siqueland κ.ά., 2002), ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν το ακριβώς αντίθετο (Carroll κ.ά., 1991 και Carroll κ.ά., 1994).

Χαρακτηριστικά προγραμμάτων & παραμονή

Οι μεταβλητές συστήματος που βρίσκονται υπό τον έλεγχο της κλινικής, όπως είναι η καθυστερημένη τοποθέτηση στο αρχικό στάδιο της θεραπείας, αναφέρθηκε ότι σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τα αρχικά ποσοστά παρουσίας, αντίθετα με τις δημογραφικές μεταβλητές των ασθενών. Ασχέτως από αυτό όμως, τα παραπάνω στοιχεία δεν επηρεάζουν τον συνολικό αριθμό των θεραπευτικών συνεδριών στις οποίες παρευρέθησαν οι ασθενείς (Festinger, κ.ά., 1995, Festinger κ.ά., 1996).

Σκοπός της παρούσας μελέτης

Οι κύριοι στόχοι της παρούσας μελέτης είναι οι εξής:

- Η αναθεωρητική αναγνώριση των χαρακτηριστικών ενός πληθυσμού με κύριους χρήστες κοκαΐνης που επισκέφτηκαν για θεραπεία μια Κλινική Διεγερτικών Ουσιών στο Νότιο Λονδίνο, κατά τη διάρκεια ενός έτους την περίοδο 2001/2002, τα οποία ενδέχεται να επηρεάζουν την εμπλοκή και την παραμονή τους στη θεραπεία. Τα χαρακτηριστικά που εξετάστηκαν περιλαμβάνουν όσα συγκεντρώθηκαν κατά την αρχική διαδικασία αξιολόγησης, όπως είναι: προφίλ κατάχρησης ουσιών, χρήση αλκοόλ, προηγούμενες θεραπείες, κοινωνική, δημογραφική, ιατρική, διανοητική, δικανική κατάσταση και συμπεριφορά χρήσης.

Οι δευτερεύοντες στόχοι είναι οι εξής:

- Η περιγραφή του βαθμού στον οποίο η συγκεκριμένη θεραπευτική υπηρεσία επιτυγχάνει την εμπλοκή των ασθενών και την παραμονή τους στο πρόγραμμα.
- Η χρήση των πληροφοριών αυτών για να καταγραφούν οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να βελτιωθεί η υπηρεσία ώστε να καλύπτει καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Χώρος

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε στην Κλινική Διεγερτικών Ουσιών της Marina House, που αποτελεί τμήμα των Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας του Νότιου Λονδίνου και Maudsley - TRUST. Η Κλινική Διεγερτικών Ουσιών ιδρύθηκε το 1998 ως εξειδικευμένη κλινική για χρήστες διεγερτικών ουσιών εντός των ΕΣΥ. Οι ασθενείς τοποθετήθηκαν στην Κλινική Διεγερτικών Ουσιών χρησιμοποιώντας μια βραχεία δομημένη συνέντευξη αξιολόγησης, μέσω μιας διαδικασίας άμεσης πρόσβασης.

Σχεδιασμός

Χρησιμοποιήθηκε ο σχεδιασμός μιας αναδρομικής μελέτης με σημειώσεις περιστατικών ώστε να αναγνωριστούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών με διαταραχές σχετικές με την κατάχρηση κοκαΐνης. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για θεραπεία σε εξωτερική κλινική κατά τη διάρκεια του έτους 2001/2002, και ενδέχεται να σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τα παρακάτω δύο ξεχωριστά αποτελέσματα:

Εμπλοκή στη θεραπεία - θεωρείται ως έναρξη της θεραπείας

Η παραμονή στη θεραπεία, θεωρείται αρχικά ως ο συνολικός αριθμός των θεραπευτικών συνεδριών στις οποίες προσήλθε ο ασθενής και έπειτα ως παρακολούθηση τριών ή περισσότερων θεραπευτικών συνεδριών.

Με βάση τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν κατά την αρχική διαδικασία παρακολούθησης, εξετάστηκαν 9 κατηγορίες κύριων χαρακτηριστικών:

1. Δημογραφικά: Ηλικία, Φύλο και Εθνικότητα.
2. Κοινωνικά χαρακτηριστικά: Πηγή παραπομπής, Γονική κατάσταση.
3. Προφίλ κατάχρησης ουσιών: Κύρια ουσία κατάχρησης, Τρόπος χορήγησης του ναρκωτικού, Μέσες ημέρες χρήσης τον τελευταίο μήνα, Μέση ποσότητα χρήσης ανά ημέ-

ρα τον περασμένο μήνα, Μέσες ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ τον περασμένο μήνα, Χρήση πολλαπλών ναρκωτικών ουσιών τον περασμένο μήνα.

4. Χρόνια χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών.
5. Συμπεριφορά στην εναίσιμη χρήση και μοίρασμα εργαλείων χρήσης.
6. Θεραπευτικό προφίλ: Προηγούμενες θεραπείες, Ημέρες μεταξύ της αρχικής παρακολούθησης και της πρώτης θεραπευτικής συνεδρίας.
7. Ιατρική κατάσταση.
8. Ψυχική κατάσταση.
9. Δικανικό ιστορικό.

ΔΕΙΓΜΑ

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης επιλέχθηκαν οι φάκελοι όλων των ασθενών (N=130) που παρακολούθηθηκαν και τοποθετήθηκαν για θεραπεία στην Κλινική Διεγερτικών Ουσιών, το διάστημα 2001-2002. Από αυτούς, τελικά συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (n=108).

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν μόνο οι πρώτες εισαγωγές στο σύστημα της Κλινικής Διεγερτικών Ουσιών κατά τη διάρκεια της ορισμένης χρονικής περιόδου 2001/2002.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ

Όλοι οι ασθενείς που παραπέμφθηκαν στην κλινική από την υπηρεσία καταπολέμησης των εξαρτήσεων (π.χ. από την κλινική συντήρησης μεθαδόνης), με το σκεπτικό ότι τα θέματα εμπλοκής και παραμονής στη θεραπεία είναι πιθανό να επηρεαστούν σε μεγάλο βαθμό από τη συμμετοχή των ασθενών σε άλλα, εσωτερικά προγράμματα.

Όλοι οι ασθενείς με χρήση άλλης διεγερτικής ουσίας, όπως είναι οι αμφεταμίνες, η κεταμίνη και η MDMA αντί άλλης μορφής κοκαΐνης, ως κύρια ουσία χρήσης, και για την οποία ζητούν θεραπεία ή άλλοι ασθενείς χωρίς χρήση διεγερτικών ουσιών που παραπέμφθηκαν στην κλινική, π.χ. κύριοι χρήστες κάνναβης.

ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

Αρχική εξέταση

Στην τρέχουσα κλινική, η διαδικασία παρακολούθησης των πιθανών ασθενών συνίσταται σε μια σύντομη, δομημένη συνέντευξη με χρονική διάρκεια 15-30 λεπτών. Κατά τη διάρκεια αυτής της συνέντευξης, που ονομάζεται "σύντομη αξιολόγηση", συλλέγονται οι βασικές, απαραίτητες πληροφορίες για τον ασθενή σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, που επιτρέπει να διαγνωστούν τα πρώτα προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Εμπλοκή

Η εμπλοκή στη θεραπεία θεωρείται έναρξη της θεραπείας με την παρουσία του ασθενή στην πρώτη θεραπευτική συνεδρία.

Παραμονή

Η παραμονή θεωρείται ο συνολικός αριθμός θεραπευτικών συνεδριών στις οποίες παρευρίσκονται οι ασθενείς που παρακολουθούνται για θεραπεία στην Κλινική Διεγερτικών Ουσιών. Για στατιστικούς λόγους, η συνέχιση αναλύθηκε με δυο διαφορετικούς τρόπους. Πρώτα κωδικοποιήθηκε ως συνεχής μεταβλητή, για να παρατηρηθούν τα συνολικά ποσοστά παραμονής κι έπειτα μεταφέρθηκε σε μια διχοτόμο μεταβλητή που ορίστηκε ως “παραμονή / μη παραμονή” για περαιτέρω ανάλυση. Χρησιμοποιήσαμε την παρουσία σε τουλάχιστον τρεις συνεδρίες ως όριο, επειδή, αρχικά, οι μεγαλύτερες αναλογίες διακοπής-αποχώρησης εμφανίστηκαν πριν από την τρίτη συνεδρία. Επίσης, θεωρήσαμε σωστότερο να πούμε ότι το άτομο παρέμεινε στη θεραπεία, όταν έχει προσέλθει σε τουλάχιστον τρεις θεραπευτικές συνεδρίες.

Χαρακτηριστικά ασθενών

Τα χαρακτηριστικά των ασθενών κωδικοποιήθηκαν σε συνεχείς, διχοτόμους και ονομαστικές μεταβλητές, σύμφωνα με τη φύση και την ποιότητα των διαθέσιμων στοιχείων.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η πρόσβαση στα αρχεία των ασθενών κανονίστηκε σε συνεργασία με τους συμβούλους της κλινικής. Η ηθική έγκριση από την επιτροπή ηθικής του Ινστιτούτου Ψυχιατρικής -και του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Maudsley του Λονδίνου (αρ.083/02). Εξετάστηκαν όλα τα ζητήματα εμπιστευτικότητας και ασφάλειας των στοιχείων.

Συλλογή στοιχείων

Τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν από τα αρχεία όλων των ασθενών που εξετάστηκαν για θεραπεία στην Κλινική Διεγερτικών Ουσιών κατά την ετήσια περίοδο 2001/2002.

Στατιστική ανάλυση στοιχείων

Το πρώτο βήμα στη διαδικασία δημιουργίας μοντέλου ανάλυσης ήταν η διερεύνηση των στοιχείων μας αναφορικά με τα παραμετρικά χαρακτηριστικά τους και η περιγραφή της διανομής όλων των εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών, καθώς επίσης και οι κεντρικές τάσεις στον πληθυσμό. Επειδή τα στοιχεία μας δεν ικανοποιούσαν τις παραμετρικές υποθέσεις, το δεύτερο βήμα ήταν η μεταφορά της εξαρτημένης μεταβλητής “παραμονή” από συνεχή σε διχοτόμο μεταβλητή, ούτως ώστε να είναι συμβατή για περαιτέρω στατιστική ανάλυση με μη παραμετρικές μεθόδους και ανάλυση Λογαριθμικής Παλινδρόμησης. Για να εντοπιστεί σε αρχικό επίπεδο ποια από τα χαρακτηριστικά των ασθενών είχαν σημαντική στατιστική σχέση με την εμπλοκή στη θεραπεία και την παραμονή, χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι, συμπεριλαμβανομένων της στατιστικής του χ τετραγώνου και των τεστ Fisher Exact για τις κατηγορικά ανεξάρτητες μεταβλητές και των τεστ Mann-Whitney U για τις συνεχείς. Στο τέταρτο βήμα της ανάλυσης μας, χρησιμοποιήσαμε έναν πίνακα συσχετισμών Spearman για να ελέγξουμε τα στοιχεία σχετικά με ζητήματα συγγραμικότητας μεταξύ των ανεξάρτη-

των μεταβλητών. Στο πέμπτο βήμα, καταχωρίσαμε όλα τα χαρακτηριστικά των ασθενών, ως ανεξάρτητες μεταβλητές, σε ξεχωριστά μοντέλα ανάλυσης απλής Λογαριθμικής Παλινδρόμησης, τόσο για τα αποτελέσματα εμπλοκής στη θεραπεία όσο και για τα αποτελέσματα παραμονής σε αυτήν. Τα μοντέλα αυτά μας επέτρεψαν να εντοπίσουμε τις ανεξάρτητες μεταβλητές που ενδέχεται να είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα, την αναλογία πιθανοτήτων και την προγνωστική τους αξία. Ολοκληρώνοντας την ανάλυσή μας, εκτελέσαμε δύο μοντέλα ανάλυσης πολλαπλής Λογαριθμικής Παλινδρόμησης, ένα για κάθε εξαρτημένη μεταβλητή. Σε αυτά τα μοντέλα, καταχωρίσαμε τις μεταβλητές που παρουσιάστηκαν ως στατιστικά σημαντικές στα προηγούμενα μοντέλα ανάλυσης απλής Λογαριθμικής Παλινδρόμησης, σε συνδυασμό με τις δημογραφικές μεταβλητές ηλικίας, φύλου και εθνικότητας. Τα τελευταία μοντέλα μάς επέτρεψαν να εκτιμήσουμε ποια από τα σημαντικά χαρακτηριστικά των ασθενών ενδέχεται να διατηρήσουν την επίδρασή τους στα αποτελέσματα, ανεξαρτήτως από την επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των ασθενών (n=130) που τοποθετήθηκαν για πρώτη εισαγωγή σε θεραπεία στην Κλινική Διεγερτικών Ουσιών κατά την ετήσια περίοδο 2001/2002, οι 22 κάλυπταν τα κριτήρια εξαίρεσης. Από αυτούς, οι 21 κάλυπταν τα κριτήρια εξαίρεσης επειδή έκαναν χρήση κύριας ουσίας, άλλης από την κοκαΐνη, ενώ ένας κάλυπτε το κριτήριο εξαίρεσης επειδή ήταν ασθενής και της Κλινικής Συντήρησης με Μεθαδόνη. Εκατόν οκτώ άτομα συμπεριλήφθηκαν τελικά στη μελέτη.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ

Τα συνολικά ποσοστά παραμονής στο πρόγραμμα της Κλινικής Διεγερτικών Ουσιών από τον πληθυσμό της μελέτης, αναλύονται ως εξής: Οι ασθενείς που εξετάστηκαν για θεραπεία στην Κλινική Διεγερτικών Ουσιών κατά το έτος 2001/2002 παρευρέθηκαν σε συνολικά 272 θεραπευτικές συνεδρίες. Ο μέσος όρος των συνεδριών στις οποίες παρευρέθηκαν ήταν τρεις (ΣΑ=5-εύρος=0-29). Από τους 108 ασθενείς που εξετάστηκαν για θεραπεία, οι 32 (29,6%) αποχώρησαν μετά την αρχική παρακολούθηση. Οι υπόλοιποι 76 (70,4%) ενεπλάκην στη θεραπεία και παρευρέθηκαν στην πρώτη θεραπευτική συνεδρία. Από τους 76 που ενεπλάκην στην θεραπεία, οι 29 (26,9%) αποχώρησαν μετά την πρώτη θεραπευτική συνεδρία και οι 47 (43,5%) παρευρέθηκαν και σε δεύτερη θεραπευτική συνεδρία. Από αυτούς τους 47 ασθενείς που παρευρέθηκαν σε 2η θεραπευτική συνεδρία, οι 20 (18,5%) αποχώρησαν μετά τη συνεδρία και οι υπόλοιποι 27 (25 %) παρέμειναν και παρευρέθηκαν και σε 3η θεραπευτική συνεδρία ή περισσότερες. Άρα, τα τρία τέταρτα (81) του συνόλου των 108 ασθενών που εξετάστηκαν για θεραπεία στην Κλινική Διεγερτικών Ουσιών αποχώρησαν πριν από την τρίτη θεραπευτική συνεδρία και μόνο το ένα τέταρτο παρέμεινε στη θεραπεία και μετά τη δεύτερη θεραπευτική συνεδρία. Με δεδομένα τα ποσοστά διακοπής αποχωρήσεων σε κάθε στάδιο, τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίστηκαν στην περίοδο μεταξύ της παρακολούθησης και της 3ης θεραπευτικής συνεδρίας, ενώ το υψηλότερο ποσοστό εμφανίστηκε μετά τη 2η θεραπευτική συνεδρία (Πίνακας 1). Έτσι, τα μεγαλύτερα ποσοστά και οι μεγαλύτερες αναλογίες διακοπής αποχώρησης παρατηρήθηκαν κατά την περίοδο μεταξύ της παρακολούθησης και της 3ης θεραπευτικής συνεδρίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΠΟΣΟΣΤΑ ΔΙΑΚΟΠΩΝ ΑΠΟΧΩΡΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Αποχωρήσεις	N αποχωρήσεων	%	N ασθενών που παρευρέθηκαν	%
Μετά την παρακολούθηση	32	29,6	108	100
Μετά την 1η θεραπευτική συνεδρία	29	38,2	76	100
Μετά τη 2η θεραπευτική συνεδρία	20	42,6	47	100
Μετά την 3η θεραπευτική συνεδρία	7	25,9	27	100

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ*Δημογραφικά*

Ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού του δείγματος ήταν τα 30,8 έτη ($\Sigma A=7,89$ -εύρος= 18-57) ενώ σε 2 περιστατικά απουσίαζαν τα αντίστοιχα στοιχεία. Από τον συνολικό πληθυσμό, οι 84 (78%) ασθενείς ήταν άντρες και οι 24 (22%) γυναίκες. Η πλειοψηφία των ασθενών, δηλαδή 58 άτομα (53,7%) προερχόταν από το Ηνωμένο Βασίλειο/ την Ευρώπη, ενώ 39 (36,1%) ασθενείς είχαν προέλευση από την Καραϊβική/ Αφρική και 8 (7,4%) ομαδοποιήθηκαν στην κατηγορία “Άλλοι” λόγω των μικρών μεγεθών των δειγμάτων. Σε τρία περιστατικά (2,8%) απουσίαζαν τα στοιχεία.

Κοινωνικά

Επειδή η κλινική ακολουθεί το ανοικτό πρότυπο, στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς προσήλθαν με δική τους πρωτοβουλία σε ποσοστό (61,1 %), ενώ ακολουθούν οι παραπομπές από Ψυχιατρικές υπηρεσίες σε 13 ασθενείς (12%), οι παραπομπές από γενικούς παθολόγους σε 12 ασθενείς (11,1%) και τέλος οι παραπομπές από Μη Κυβερνητικές υπηρεσίες σε 4 ασθενείς (3,7%). Σε 3 (12%) περιστατικά απουσίαζαν τα στοιχεία. Αναφορικά με τη γονική τους κατάσταση, 33 (30,6%) ασθενείς είχαν παιδιά ενώ στο ποσοστό περιλαμβάνεται και 1 περιστατικό εγκύου γυναίκας, ενώ σε 18 (16,7%) περιστατικά απουσίαζαν τα στοιχεία.

Προφίλ κατάχρησης ουσιών

Ως συχνότερη κύρια ουσία κατάχρησης εντοπίστηκε το κρακ μέσω προσωπικής αναφοράς, όπως δηλώθηκε από 85 (78,7%) ασθενείς. Αμέσως μετά ακολουθεί η κοκαΐνη σε σκόνη με χρήση από 21 (19,4%) ασθενείς αντίστοιχα ενώ σε 2 (1,9%) περιστατικά απουσίαζαν τα στοιχεία. Όσον αφορά τον τρόπο χορήγησης της κύριας ουσίας κατάχρησης, οι 87 (80,6%) ασθενείς κάπνιζαν την ουσία, οι 19 (17,6%) την εισέπνεαν και σε 2 (1,9%) περιστατικά απουσίαζαν τα στοιχεία. Το μέσο κόστος και η μέση ποσότητα της κύριας ναρκωτικής ουσίας που αναφέρθηκε ανά ημέρα κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα ήταν £109,61 περίπου 2 γραμμάρια ($Sd=\pounds 98,96$ -εύρος= $\pounds 5 /0,100gr.$ - $\pounds 500 /10 gr.$) ενώ σε 23 περιστατικά απουσίαζαν τα στοιχεία. Ο μέσος αριθμός ημερών χρήσης της κύριας ουσίας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της συνεδρίας παρακολούθησης αναφέρθηκε στις 17 ημέρες ($Sd= 10,331$ -εύρος= 0-30). Λαμβάνοντας ως δεδομένη διάρκεια κάθε μήνα τις 30 ημέρες, σε 21 περιστατικά απουσίαζαν στοιχεία. Η μέση διάρκεια ετών κατά την οποία κάθε ασθενής έκανε χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών από την πρώτη φορά στη ζωή του μέχρι και την ημερομηνία της συνεδρίας παρακολούθησης, ορίστηκε στα 10,95 χρόνια ($Sd= 7,733$ -εύρος=1-36)

ενώ σε 32 περιστατικά απουσίαζαν στοιχεία. Εκτός από την χρήση της κύριας ουσίας, κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, 49 ασθενείς (45,3%) ανέφεραν χρήση τουλάχιστον μίας ακόμη παράνομης ναρκωτικής ουσίας. Σχετικά με το αλκοόλ, ο μέσος όρος ημερών κατανάλωσης που αναφέρθηκε για το διάστημα του τελευταίου μήνα ήταν 9,64 (Sd=10,95-εύρος=0-30). Από το σύνολο 108 ασθενών, μόνο οι 59 (54,7%) ανέφεραν ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Σε δεκαεπτά περιστατικά (15,7%) απουσίαζαν τα στοιχεία.

Σωματική & ψυχική υγεία

Σχετικά με την κατάσταση της σωματικής τους υγείας, 64 (59,3%) ασθενείς δεν ανέφεραν σημαντικά προβλήματα, ενώ σε 18 (16,7%) περιστατικά απουσίαζαν τα στοιχεία. Αναφορικά με την κατάσταση της ψυχικής υγείας, 55 (50,9%) ασθενείς δεν ανέφεραν καμία ψυχική διαταραχή, 35 (32,4%) ανέφεραν και σε 18 (16,7%) περιστατικά απουσίαζαν τα στοιχεία.

Θεραπευτικό προφίλ

Όσον αφορά το θεραπευτικό ιστορικό, 35 (32,4%) ασθενείς είχαν δεχθεί προηγούμενη θεραπεία για τα προβλήματα κατάχρησης ουσιών που αντιμετώπιζαν και σε 55 (50,9%) ασθενείς, αυτή η απόπειρα ένταξης σε θεραπεία ήταν και η πρώτη στη ζωή τους. Σε 18 (16,7%) περιστατικά απουσίαζαν στοιχεία. Στην τρέχουσα απόπειρα για ένταξη σε θεραπεία, ο μέσος όρος του χρονικού διαστήματος μεταξύ της αρχικής αξιολόγησης και της πρώτης θεραπευτικής συνεδρίας που ορίστηκε αναφέρθηκε στις 7,45 ημέρες (Sd=3,92-εύρος=0-24). Σε 4 περιστατικά απουσίαζαν τα στοιχεία.

ΔΙΚΑΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ & ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΡΗΣΗΣ ΕΝΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΜΟΙΡΑΣΜΑΤΟΣ

Είκοσι επτά ασθενείς (25%) ανέφεραν δικανικό ιστορικό ενώ σε 18(16,7) περιστατικά απουσίαζαν τα στοιχεία. Όσον αφορά στη συμπεριφορά εναίσιμης χρήσης, μόνο 10 (9,3%) ασθενείς ανέφεραν εναίσιμη χρήση ναρκωτικών στη ζωή τους και οι υπόλοιποι 80 (74,1%) ανέφεραν ότι δεν έκαναν τέτοιου είδους χρήση. Σε 18 (16,7%) περιστατικά απουσίαζαν τα στοιχεία. Τέλος, όσον αφορά τον συνολικό πληθυσμό του δείγματος, μόνο 4 ασθενείς (3,7%) είχαν χρησιμοποιήσει σύριγγες που μοιράζονταν με άλλους, οι 86 (79,6%) δεν είχαν και σε 18 (16,7%) περιστατικά απουσίαζαν τα στοιχεία.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΠΛΟΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από την ανάλυσή μας, μόνο η μεταβλητή της κύριας ουσίας χρήσης βρέθηκε ότι παρουσιάζει στατιστικά σημαντικό συσχετισμό με την εμπλοκή στη θεραπεία ($\chi^2 \leq 5,306$, $df=1$, αξία $p=0,031$). Όσο για τους ασθενείς που έκαναν χρήση κρακ, το ποσοστό τους που ενεπλάκη στη θεραπεία, ήταν μικρότερο απ' όσους έκαναν χρήση κοκαΐνης σε σκόνη. (Πίνακας 2)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΛΕΓΧΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΜΠΛΟΚΗ.***Σημαντική αξία $p < 0,05$

Μεταβλητή	Μη εμπλοκή		Εμπλοκή		Εμπλοκή Στατιστικός έλεγχος	N	Τιμή p	
	Μέσος όρος	Sd	Μέσος όρος	Sd				
Ηλικία	29,84	7,68	31,32	7,99	Mann- Whitney U =	107	0,502	
Ημέρες αναμονής	7,24	3,40	7,53	4,12	Mann- Whitney U	104	0,728	
Ημερήσια ποσότητα χρήσης	103	74,5	106	105	Mann- Whitney U	85	0,743	
Ημέρες χρήσης τον τελευταίο μήνα	19	11	17	10	Mann- Whitney U	87	0,396	
Χρόνια χρήσης παράνομων ναρκωτικών ουσιών	9,79	6,962	11,39	8,01	Mann- Whitney U	76	0,498	
Ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ	7	10	11	11	Mann- Whitney U	91	0,182	
	N	%	N	%		df		
Φύλο					* ≤	108	1	1,000
Άντρες	25	29,8	59	70,2		84		
Γυναίκες	7	29,2	17	70,8		14		
					* ≤	106	1	0,031*
Κοκαΐνη σκόνη	2	9,5	19	90,5		21		
Κρακ	30	35,3	55	64,7		85		
Τρόπος χορήγησης					* ≤	106	1	0,053
Εισπνοή	2	10,5	17	89,5		19		
Κάπνισμα	30	34,5	57	65,5		87		
Χρήση πολλαπλών ουσιών					* ≤	90	1	1,000
Καμία χρήση	12	29,3	29	70,7		41		
Χρήση	14	28,6	35	71,4		49		
Γονική κατάσταση					* ≤	90	1	0,094
Άτεκνος/έγκυος	21	36,8	36	63,2		57		
Με τέκνα/έγκυος	6	18,2	27	81,8		33		
Κατάσταση σωματικής υγείας					* ≤	90	1	1,000
Χωρίς προβλήματα	19	29,7	45	70,3		64		
Με προβλήματα	8	30,8	18	69,2		26		
Κατάσταση ψυχικής υγείας					* ≤	90	1	1,000
Χωρίς ιστορικό	17	30,9	38	69,1		55		
Με ιστορικό	10	28,6	25	71,4		35		
Προηγούμενες θεραπείες					* ≤	90	1	0,345
Καμία	14	25,5	41	74,5		55		
Θεραπείες	13	37,1	22	62,9		35		
Δικανικό ιστορικό					* ≤	90	1	0,626
Χωρίς ιστορικό	20	31,7	43	68,3		63		
Με ιστορικό	7	25,9	20	74,1		27		
Συμπεριφορά χρήσης ενέσεων					Fisher's Exact	90		0,159
Χωρίς ιστορικό	22	27,5	58	72,5		80		
Με ιστορικό	5	50	5	50		10		
Συμπεριφορά μοιράσματος					Fisher's Exact	90		1,000
Χωρίς ιστορικό	26	30,2	60	69,8		86		
Με ιστορικό	1	25	3	75		4		
Εθνικότητα					Fisher's Exact	105		1,000
Αγγλική / Ευρωπαϊκή	17	29,3	41	70,7		58		
Αφρικάνικη / Καραϊβική	12	30,8	27	69,2		39		
Άλλη	2	25	6	75		8		
Πηγή παραπομπής					Fisher's Exact	95		0,660
Ιδ. πρωτοβουλία	23	34,8	43	65,2		66		
Παθολόγος	2	16,7	10	83,3		12		
Ψυχίατρος	3	23,1	10	76,9		13		
Μη Νομοθετική	1	25	3	75		4		

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ & ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΕΜΠΛΟΚΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην πρώτη εξαρτημένη μεταβλητή της εμπλοκής, έπειτα από μια σειρά αναλύσεων Λειτουργικής Παλινδρόμησης, βρήκαμε ότι μόνο τα χαρακτηριστικά του ασθενή που αφορούν τον τύπο της κοκαΐνης που αναφέρθηκε ως κύρια ουσία χρήσης, είχαν στατιστικά σημαντικό συσχετισμό (OR=0,193, αξία $p=0,034$, ΔΕ 95%=0,042, 0,885) με εμπλοκή. (Πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΠΛΗΣ ΛΟΓΑΡΙΘΜΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΠΛΟΚΗ.

Μεταβλητή	Απλή Λογαριθμική Παλινδρόμηση			αξία p
	OR	95% ΔΕ		
Ηλικία	1,025	0,970	1,083	0,375
Φύλο	1,029	0,380	2,788	0,955
Βασική εθνικότητα	df 2			0,947
Εθν. (1) Αγγλική / Ευρωπαϊκή	0,804	0,147	4,389	0,801
Εθν. (2) Αφρικανική / Καραϊβική	0,750	0,132	4,268	0,746
Κύρια ουσία χρήσης	0,193	0,042	0,885	0,034*
Ημερήσια ποσότητα	1,000	0,995	1,000	0,898
Ημέρες χρήσης προηγ. μήνα	0,979	0,935	1,024	0,349
Χρόνια χρήσης παρ. var. ους.	1,032	0,960	1,110	0,389
Ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ	1,035	0,988	1,083	0,145
Ημέρες αναμονής	1,020	0,912	1,140	0,732
Βασική πηγή παραπομπής	df 1			0,575
Π. παραπομπής (1)ιδ. πρωτοβ.	0,623	0,061	6,336	0,689
Π. παραπομπής (2) παθολόγος	1,666	0,109	25,428	0,713
Π. παραπομπής (3) ψυχίατρος	1,111	0,082	15,036	0,937
Τρόπος χορήγησης	0,224	0,048	1,033	0,055
Χρήση πολλαπλών ουσιών	1,034	0,414	2,582	0,942
Γονική κατάσταση	2,625	0,932	7,392	0,068
Σωματική υγεία	0,950	0,353	2,558	0,919
Ψυχική υγεία	1,118	0,441	2,835	0,814
Προηγούμενες θεραπείες	0,578	0,231	1,444	0,240
Δικανικό ιστορικό	1,329	0,483	3,653	0,581
Ιστορικό εναίσιμης χρήσης	0,379	0,100	1,439	0,154
Ιστορικό μοιράσματος	1,300	0,129	13,090	0,824

* Σημαντική αξία $p < 0,05$.

ΚΥΡΙΑ ΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ, ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΓΙΑ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ & ΤΗΝ ΕΜΠΛΟΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δημιουργήθηκε ένα μοντέλο Πολλαπλής Λογαριθμικής Παλινδρόμησης για την περαιτέρω εξέταση της σταθερότητας της επίδρασης της ανεξάρτητης μεταβλητής “κύρια ουσία κατάχρησης” στην εξαρτημένη μεταβλητή “εμπλοκή”. Μετά την προσαρμογή για τις δημογραφικές μεταβλητές, η μεταβλητή “κύρια ουσία κατάχρησης” διατήρησε τη σημασία της επίδρασής της στην εξαρτημένη μεταβλητή (OR=0,178, αξία $p=0,034$, ΔΕ 95%=0,036, 0,875). Το τελευταίο μοντέλο μας είχε μια προγνωστική αξία για την τελική εμπλοκή, που έδειξε ότι οι ασθενείς που έκαναν χρήση κρακ ως κύρια ουσία κα-

τάχρησης, είναι κατά 0,178 φορές λιγότερο πιθανό να εμπλακούν στην θεραπεία, ανεξαρτήτως από την ηλικία, το φύλο και την εθνικότητά τους, από αυτούς που κάνουν χρήση κοκαΐνης σε σκόνη (Πίνακας 4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΛΟΓΑΡΙΘΜΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΠΛΟΚΗ.

Μεταβλητή	Πολλαπλή Λογαριθμική Παλινδρόμηση			αξία p
	Προσαρμοσμένη OR	ΔΕ 95%		
Ηλικία	1,023	0,965	1,085	0,443
Φύλο	1,100	0,388	3,121	0,858
Βασική εθνικότητα	df 2			0,654
Εθν. (1) Αγγλική / Ευρωπαϊκή	0,615	0,106	3,586	0,589
Εθν. (2) Αφρικάνικη / Καραϊβική	0,929	0,152	5,685	0,937
Κύρια ουσία χρήσης	0,178	0,036	0,875	0,034*

*Σημαντική αξία $p < 0,05$.

Κανένα από τα χαρακτηριστικά των ασθενών που εξετάστηκαν δεν αποδείχθηκε ότι προβλέπει τη συνέχιση της θεραπείας.

ΑΝΑΛΥΣΗ

Χαρακτηριστικά ασθενούς & εμπλοκή

Από τη στατιστική μας ανάλυση, το μοναδικό χαρακτηριστικό που αποδείχθηκε στατιστικά σημαντικό στην πρόβλεψη της εμπλοκής στη θεραπεία, ανεξαρτήτως από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, ήταν η μορφή της κοκαΐνης που χρησιμοποιείται (σκόνη ή κρακ). Σε όλα τα βήματα της ανάλυσής μας, η μεταβλητή αυτή παρέμεινε σημαντικά σχετιζόμενη με την εμπλοκή στη θεραπεία. Απ' αυτό το στοιχείο μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι ασθενείς που ανέφεραν το κρακ ως κύρια ουσία κατάχρησης, έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμπλακούν στη θεραπεία (OR=0,178-95% ΔΕ=0,036-0,875) ασχέτως από την ηλικία, το φύλο και τον εθνικό προσανατολισμό τους, αντίθετα με όσους ανέφεραν ως κύρια ουσία χρήσης την κοκαΐνη σε σκόνη και είναι 5,5 φορές πιθανότερο να εμπλακούν στη θεραπεία.

Σε άλλες μελέτες που εξετάζουν την “εμπλοκή” και την “παραμονή” στη θεραπεία, οι ορισμοί των μεταβλητών αυτών διαφέρουν, ιδιαίτερα όταν θεωρείται ότι περιγράφουν το ίδιο αντικείμενο. Η εμπλοκή συχνά περιλαμβάνεται στο σύνολο της παραμονής, ως μέρος ή βαθμός αυτής. Επίσης, ο διαχωρισμός μεταξύ κρακ και κοκαΐνης σε σκόνη, σπάνια λαμβάνεται υπόψη. Έχοντας αυτά ως δεδομένα, θα χρησιμοποιήσουμε μελέτες που απευθύνονται σε τουλάχιστον έναν από τους παραπάνω διαχωρισμούς ως σημείο αναφοράς για την παρακάτω ανάλυσή μας.

Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν στη μελέτη που διεξήγαγαν οι Rowan-Szal κ.ά., (2000). Οι ερευνητές που εξέτασαν χρήστες κοκαΐνης (n=900) από 13 διαφορετικά μακροχρόνια κλειστά προγράμματα, ασχολήθηκαν με τη διαφορά μεταξύ της χρήσης του κρακ και της κοκαΐνης σε σκόνη. Οι χρήστες κρακ είχαν χαμηλότερα ποσοστά παραμονής από τους υπόλοιπους χρήστες. Το στοιχείο αυτό μπορεί να εξηγηθεί, αν υποθέσουμε ότι το κρακ σχετίζεται με περισσότερο χαώδεις τρόπους ζωής από τη χρήση κοκαΐνης σε

σκόνη και ότι αυτό αντικατοπτρίζεται και στη θεραπεία. Η μελέτη των Kleinman κ.ά., (1992) ωστόσο, εξέτασε την παραμονή σε χρήστες κοκαΐνης (n=148) σε εξωτερικό ψυχοθεραπευτικό κέντρο και δεν ανέφερε συσχέτισμο μεταξύ των χρηστών κρακ / κοκαΐνης σε σκόνη και των αποτελεσμάτων στην παραμονή στη θεραπεία. Οι διαφορές αυτές αιτιολογούνται από τους σχεδιασμούς των μελετών (όπως είναι οι διαφορετικοί χώροι θεραπείας στους οποίους διενεργήθηκε κάθε μελέτη), που μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα των μελετών. Άλλες πολιτισμικές, εκπαιδευτικές, κοινωνικές, οικονομικές και λοιπές παράμετροι που μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των πληθυσμών των δειγμάτων, πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη. Οι ομοιότητες μπορούν να εξηγηθούν σύμφωνα με τις χρονολογικές περιόδους στις οποίες διενεργήθηκαν οι μελέτες, καθώς οι τάσεις για κατάχρηση ουσιών κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων ενδέχεται να μοιάζουν κι αυτό να αντικατοπτρίζεται στη θεραπεία. Μπορεί επίσης να σημειωθεί ότι στις δύο τελευταίες μελέτες, η χρήση κρακ αναφέρεται αρνητικά σχετιζόμενη με την παραμονή στη θεραπεία στη μελέτη του Rowan-Szal's και με την εμπλοκή στη δική μας μελέτη.

Από τα παραπάνω προκύπτουν αρκετά ενδιαφέροντα ερωτήματα. Καλύπτουν οι θεραπευτικές υπηρεσίες επαρκώς τους χρήστες κρακ; Ποιοι άλλοι παράγοντες (κίνητρα, κοινωνικοί, οικονομικοί, εργασιακοί, πολιτισμικοί) ενδέχεται να σχετίζονται με τους χρήστες κρακ και την αντίδρασή τους στη θεραπεία; Σίγουρα αυτές οι ερωτήσεις θα εξεταστούν σε επόμενες μελέτες, καθώς η διαθεσιμότητα του κρακ και η χρήση του εμφανίζουν αυξητικές τάσεις στο Ηνωμένο Βασίλειο, με σημαντικά ποσοστά επιπλοκών στο άτομο και στη κοινωνία, που περιλαμβάνουν ιατρικά και ψυχιατρικά προβλήματα, θανάτους, ανωμαλίες σε παιδιά που γεννιούνται από μητέρες που κάνουν χρήση κρακ και βίαια εγκλήματα (Strang, κ.ά., 1993 - Withers, κ.ά., 1995 - Donmall κ.ά., 1995). Από τη μελέτη μας προκύπτει ο αρνητικός συσχέτισμός μεταξύ της χρήσης κρακ και της εμπλοκής στη θεραπεία, ως μια νέα, προβληματική όψη στο χώρο της θεραπείας.

ΕΜΠΛΟΚΗ & ΠΑΡΑΜΟΝΗ

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, τα συνολικά ποσοστά παραμονής που εμφανίστηκαν στη μελέτη μας, μοιάζουν με αυτά που αναφέρθηκαν από άλλες μελέτες, καθώς το 75% του δείγματος αποχώρησε από τα πρώτα ακόμη στάδια της θεραπείας και μόνο το 25% συνέχισαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Kleinman κ.ά., 1992, Hoffman κ.ά., 1994, Siqueland κ.ά., 1998, 2002). Τα ποσοστά παραμονής στη θεραπεία εμφανίζονται ελαφρώς διαφορετικά στη μελέτη μας και αφορούν το 70,4% των ασθενών που ενεπλάκησαν στη θεραπεία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό που αναφέρθηκε στη μελέτη του Kleinman's, κ.ά., 1992, δεν ξεπερνάει το 58%. Στη μελέτη του Siqueland's, κ.ά., 2002, μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 50% αναφέρει ότι παρευρέθηκε στην πρώτη συνεδρία.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δύσκολα γενικοποιούνται σε ολόκληρο τον πληθυσμό που κάνει κατάχρηση κοκαΐνης στο Ηνωμένο Βασίλειο, ή ακόμη και σε αυτούς τους χρήστες που αποζητούν θεραπεία. Αυτό συμβαίνει επειδή το δείγμα δεν επιλέχθηκε τυχαία από τον συνολικό πληθυσμό των χρηστών κοκαΐνης στο Ηνωμένο Βασίλειο ή από όλους τους χρήστες κοκαΐνης που ζητούν θεραπεία. Παρότι ο σχεδιασμός

της μελέτης μας και η στατιστική μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είχαν ως στόχο να αποφευχθούν ζητήματα στατιστικής απόκλισης επιλογής και σφαλμάτων τύπου II, θα πρέπει να συνυπολογιστεί ο περίπλοκος ρόλος παραγόντων των ασθενών όπως είναι η εργασία, η κατάσταση ζωής και τα κίνητρά τους (στοιχεία που δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη) καθώς επίσης και ζητήματα ποιότητας των στοιχείων που μπορεί να συνέβαλαν σε στατιστικές αποκλίσεις πληροφοριών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το εύρημα της παρούσας μελέτης, σύμφωνα με το οποίο οι χρήστες κρακ έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμπλακούν στη θεραπεία καθώς παρατηρούνται μεγαλύτερα ποσοστά αποχωρήσεων στα αρχικά στάδια της αγωγής, μπορεί να δηλώνει ότι οι υπάρχουσες υπηρεσίες που παρέχονται δεν ικανοποιούν και δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών. Τα θέματα αυτά θα πρέπει να αναλυθούν σε επόμενες έρευνες με εναλλακτικούς σχεδιασμούς, όπως είναι δηλαδή οι μελέτες προοπτικής και οι ποιοτικές, συμπεριλαμβάνοντας ένα ευρύτερο φάσμα παραγόντων και μεγαλύτερο δείγμα από διάφορες πηγές.

Προτείνεται ένας αριθμός παρεμβάσεων σχετικά με τη βελτίωση των παρεχόμενων σήμερα υπηρεσιών. Στις παρεμβάσεις αυτές μπορούν να περιληφθούν η αύξηση της συχνότητας των θεραπευτικών συνεδριών που παρέχονται στα αρχικά στάδια (Hoffman, κ.ά., 1994), η απασχόληση εξειδικευμένου προσωπικού (Siqueland, κ.ά., 1998) η επιλεκτική συνταγογράφηση φαρμάκων (Gawin, κ.ά., 1989, Carrol, κ.ά., 1994), η εμπλοκή των συντρόφων των χρηστών στη θεραπεία, η χρήση ευρύτερης ποικιλίας ψυχοθεραπευτικών στοιχείων και εναλλακτικών αγωγών (Higgins, κ.ά., 1994). Η εφαρμογή μιας περισσότερο εκλεκτικής θεραπευτικής προσέγγισης ενδέχεται να επηρεάσει θετικά τα αρχικά συνολικά ποσοστά παραμονής, ενισχύοντας την ικανότητα να αντιμετωπίζονται διαφορετικά περιστατικά και να ικανοποιούνται συγκεκριμένες ανάγκες του κάθε ασθενή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στη διεθνή βιβλιογραφία, τα χαρακτηριστικά του χρήστη κοκαΐνης εμφανίζονται να διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην εμπλοκή και στην παραμονή στη θεραπεία. Στη μελέτη μας διαπιστώσαμε ότι οι χρήστες κρακ έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμπλακούν στη θεραπεία απ' ό,τι οι χρήστες κοκαΐνης σε σκόνη, ασχέτως από την ηλικία, το φύλο και την εθνικότητά τους. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να εξεταστεί αυτό το θέμα, αναλύοντας θέματα της θεραπείας και ατομικά χαρακτηριστικά που δεν συμπεριλήφθηκαν στη συγκεκριμένη μελέτη, καθώς επίσης και ένα μεγαλύτερο δείγμα από μια επιλογή πηγών, που να περιλαμβάνει όσους δεν ήρθαν σε επαφή με την υπηρεσία. Η θεραπεία της κατάχρησης κοκαΐνης και της εξάρτησης από αυτήν προβάλλει σαν δύσκολη προσπάθεια, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις υπηρεσίες. Μεγάλοι αριθμοί αποχωρήσεων αναφέρονται διεθνώς, ειδικά στα πρώτα στάδια της θεραπείας. Επίσης, δεν υπάρχει κάποια ισχύουσα φαρμακολογική αγωγή για την κατάχρηση κοκαΐνης. Έτσι, οι υπηρεσίες πρέπει να χρησιμοποιούν επιλεκτικά όλες τις διαθέσιμες εναλλακτικές λύσεις που τους προσφέρονται, για να ενισχύουν την εμπλοκή και την παραμονή των ασθενών στη θεραπεία.

Αναφορές

- BENOWITZ, N. (1993). Clinical pharmacology and toxicology of cocaine. *Pharmacological Toxicology*, 72, 3-12. Cited in: Kalpana, I. Nathan, William H. Bresnik & Steven L. Batki. Cocaine abuse and Dependence: Approaches to Management. *CNS Drugs*.1998, 10 (1), 43-59.
- CARROLL, K.M., ROUNSAVILLE, B.J., & GAWIN, F.H. (1991) A Comparative Trial of Psychotherapies for Ambulatory Cocaine Abusers: Relapse Prevention and Interpersonal Psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17,229-247.
- CARROLL, K.M., ROUNSAVILLE, B.J., GORDON, L.T., NICH, C., JATLOW, P., BISIGHINI, R.M. & GAWIN, F.H., (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.
- CRITS-CHRISTOPH, P., SIQUELAND, L., BLAINE, J., FRANK, A., LUBORSKY, L., ONKEN, L., MUENZ, L., THASE, M., WEISS, R., GASTFRIEND, D., WOODY, G., BARBER, J., BUTLER, S., DALEY, D., SALLOUM, I.M., BISHOP, S., LIS, J., MERCER, D., NAJAVITS, L., BECK, A. and MORAS, K., 1997. The NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study: rationale and methods. *Archives of General Psychiatry*, 54, 721-726.
- DEPARTMENT OF HEALTH UK. Statistics from the Regional Drug Misuse Databases for six months ending March 2001, *Statistical Bulletin 2002/07*. London: Department of Health, 2002) Table: 3a, 3b, 4, 5, 6.
- DONMALL, M., SEIVEWRIGHT, N., DOUGLAS, J., DRAYCOTT, T. & MILLAR, T. (1995) The Effectiveness of Treatments Offered to Cocaine/Crack Users. National Cocaine Treatment Study. Report to the Task Force. University of Manchester Drug Misuse Research Unit & Community Health, Sheffield NHS Trust. <http://www.medicine.man.ac.uk/epidem/dmru/>
- EDWARDS, G. (1983). Drugs and drug dependence. In: EDWARDS, G., ASIF, A. & JAFFE, J., eds. *Drug use and misuse: cultural perspectives*, Beckenham, Kent: Croom Helm, 7-17. Cited in: STRANG J. et al. (1998). Route of drug use and its implications for drug effect, risk of dependence and health consequences, *Review. Drug and Alcohol Review*, 17, 197-211.
- FESTINGER, D.S., LAMB, R.J., KIRBY, K.C. & MARLOWE, D.B., (1996). The accelerated intake: a method of increasing initial attendance to outpatient cocaine treatment. *Journal of Applied Behavioural Analysis*. 29 , 387-389.
- FESTINGER, D.S., LAMB, R.J., KOUNTZ, M.R. & KIRBY, K.C., (1995). Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. *Addictive Behaviour*, 20 , 111-115.
- FOX, S.B. (1997). Development of a therapeutic vaccine for the treatment of cocaine addiction. *Drug and Alcohol Dependence*,48, 153-158.
- GAINEY, R.R., WELLS, E.A., HAWKINS, J.D., & CATALANO, R.F. (1993) Predicting treatment retention among cocaine users. *International Journal of Addiction*, 28,487-505.
- GAWIN, F. H., & ELLINWOOD, E.H. (1988). Cocaine and other stimulants: Actions abuse and treatment. *New England Journal of Medicine*.318, 1173-1182 Cited in: McCance, E.F., *NIDA Research Monograph*, 1997,175:36-72.
- GAWIN, F.H., KLEBER, H.D., BYCK, R., ROUNSAVILLE, B.J., KOSTEN, T.R., JATLOW, P.I. & MORGAN, C., (1989). Desipramine facilitation of initial cocaine abstinence. *Archives of General Psychiatry*. 46, 117-121.
- GAWIN, F.H., & KLEBER HD (1986) Abstinence symptomatology and psychiatric diagnoses in cocaine abusers:clinical observations. *Archives of General Psychiatry*, 43, 107-113.
- GAWIN, F. H., & ELLINWOOD, E.H. (1989). Cocaine dependence. *Annual Review in Medicine*.40:149-161. Cited in: McCance, E.F., *NIDA Research Monograph*, 1997,175,36-72.
- HIGGINS, S.T., BUDNEY, A.J., BICKEL, W.K., FOERG, F.E., DONHAM, R. & BADGER, G.J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioural treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-76.

- HOFFMAN, J.A., CAUDILL, B.D., KOMAN, J.J., LUCKEY, J.W., FLYNN, P.M., A & HUBBARD, R.L. (1994). Comparative Cocaine Abuse Treatment Strategies: Enhancing Client Retention and Treatment Exposure. *Journal of Addictive Disorders*, 13,115-128.
- KALPANA, I., NATHAN, WILLIAM, H. BRESNIK & STEVEN L. BATKI. (1998) Cocaine abuse and Dependence: Approaches to Management. *CNS Drugs*. 10 (1), 43-59).
- KLEINMAN, P.H., KANG, S., LIPTON, D.S., WOODY, G.E., KEMP, J., & MILLMAN, R.B. (1992). Retention of Cocaine Abusers In Outpatient Psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18, 29-43.
- LIMA, M.S., REISSER A.A.P., SOARES, B.G.O., FARRELL, M. (2002) Antidepressants for cocaine dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3 2002. Oxford: Update Software.
- LIMA, M.S., REISSER A.A.P., SOARES, B.G.O., FARRELL, M. (2002) Carbamazepine for cocaine dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3 2002. Oxford: Update Software.
- LIMA, M.S., REISSER A.A.P., SOARES, B.G.O., FARRELL, M. (2002) Dopamine agonists for cocaine dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3 2002. Oxford: Update Software.
- MARK, S. COLD & NORMAN, S. MILLER. Cocaine (and Crack): Neurobiology. In: Lowinson, H. Joyce, et al.: *Substance Abuse*, 3rd edition, Baltimore, Maryland USA. Williams & Wilkins, 1997: 166-181)
- MCCANCE-KATZ, E.F.,PRICE,L.H., KOSTEN, T.R., HAMEEDI, F., ROSEN, M.I, & JATLOW, P.I.(1993). Pharmacology, physiology and behavioral effects of cocaethylene in humans ACNP Annual Meeting Abstracts, 237
- MCCANCE, E. F. (1997). Overview of potential treatment medications for cocaine dependence., NIDA Research Monograph, 175,36-72.
- RAMSAY, M., BAKER, P., GOULDEN, C., CLARE SHARP, C., & SONDHI, A., (2001). Drug misuse declared in 2000:results from the British Crime Survey. Home Office Research Study 224,Home Office Research, Development and Statistics Directorate, September:(p16-35)
<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors224.pdf>
- ROWAN-SZAL, G. A., JOE, G. W., & SIMPSON, D. D. (2000). Treatment retention of crack and cocaine users in a national sample of long term residential clients. *Addiction Research*, 8, 51-64.
- SEIVEWRIGHT, N. (2000). *Community treatment of drug misuse: more than methadone*, Cambridge University Press, Cambridge UK, 121-122.
- SIQUELAND, L., CRITS-CHRISTOPH, P., FRANK, A., DALEY, D., WEISS, R., CHITTAMS, J., BLAINE, J. & LUBORSKY, L. (1998). Predictors of Dropout from Psychosocial Treatment of Cocaine Dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 52, 1-13.
- SIQUELAND, L., CRITS-CHRISTOPH, P., GALLOP, B., GASTFRIEND, D., LIS, J., FRANK, A., GRIFFIN, M., BLAINE, J. & LUBORSKY, L. (2002). Who starts treatment: engagement in the NIDA collaborative cocaine treatment study. *American Journal on Addictions*., 11, 10-23.
- STRANG, J., BEARN, J., FARRELL, M., FINCH, E., GOSSOP, M., GRIFFITHS, P., MARSDEN, J. & WOLFF, K. (1998). Route of Drug Use and its Implications for Drug Effect, risk of Dependence and Health Consequences. *Drug and Alcohol Reviews*., 17 (2), p.197-211.
- STRANG, J., JOHNS, A. & CAAN, W. (1993). Cocaine in the UK - 1991. *British Journal of Psychiatry*, 162, 1-13
- UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND DRUG PREVENTION, *Global Illicit Drug Trends 2002*. United Nations International Drug Control Program, New York,2002.
http://www.undcp.org/adhoc/report_2002-06-26_1/report_2002-06-26_1.pdf.
- VEREBY, K. & GOLD, M. (1988). From coca leaves to crack: the effects of dose and routes of administration in abuse liability. *Psychiatry Annals*, 18, 513-520.
- WEDDINGTON, W.W., BROWN, B.S., HAERTZEN, C.A., CONE, E.J., DAX, E.M., HERNING, R.I. & MICHAELSON, B.S. (1990). Changes in Mood, Craving, and Sleep During Short-term Abstinence Reported by Male Cocaine Addicts. *Archives of General Psychiatry* 47, 861-868.
- WITHERS, N.W., PULVIRENTI, L., KOOB, G.F. & GILLIN, J.C. (1995). Cocaine Abuse and Dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 15, 63-78.

ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ, ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ

PAUL McARDLE, AUKE WIEGERSMA, EILISH GILVARRY, BIRGITTA KOLTE, STEVEN MCCARTHY, MICHAEL FITZGERALD, AOIFE BRINKLEY, MARIA BLOM, INGO STOECKEL, ANNA PIEROLINI, INGO MICHELS, ROB JOHNSON & STEPHAN QUENSEL
FLEMING NUFFIELD UNIT (ANNEXE), NORTHERN COUNTIES SCHOOL FOR THE DEAF, NEWCASTLE UPON TYNE, UK

Μετάφραση ΓΕΩΡΓΙΑ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ

Π ε ρ ί λ η ψ η

Στόχοι ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν αφενός να διερευνήσει τη δομή της οικογένειας και να υπολογίσει τη λειτουργικότητά της αναφορικά με τη χρήση ουσιών από τους εφήβους και αφετέρου να αποδείξει εάν αυτές οι σχέσεις διέφεραν ανάλογα με το φύλο ή ανάλογα με την πόλη απ' όπου κατάγεται το δείγμα.

Σχεδιασμός, χώρος, συμμετέχοντες η μελέτη αυτή πραγματοποιήσε επισκόπηση αντιπροσωπευτικού δείγματος μαθητών ηλικίας 14-15 ετών από πέντε ευρωπαϊκές πόλεις: Νιούκασλ στον Tyne, Δουβλίνο, Ρώμη, Βρέμη και Groningen. Τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν από 3.984 συμμετέχοντες αναφορικά με τη χρήση ουσιών που έκαναν, τη διαβίωση και με τους δυο βιολογικούς γονείς, την εκμυστήρευση σε γονείς και παππούδες και την επίβλεψη καθώς και άλλες μεταβλητές που αφορούσαν στην παραβατικότητα, την κοινωνική τάξη και τη διαθεσιμότητα των ουσιών.

Αποτελέσματα η διαβίωση και με τους δύο βιολογικούς γονείς σχετιζόταν με χαμηλά επίπεδα χρήσης ουσιών στις τέσσερις πόλεις, αλλά όχι στο Δουβλίνο, ίσως εξαιτίας της μεγάλης διαθεσιμότητας από ομότιμους που υπάρχει σε αυτή την πόλη. Δεν σχετιζόταν με χαμηλά επίπεδα τακτικής πόσης. Η εκμυστήρευση στη μητέρα είχε εμφανή επιρροή σε όλες τις πόλεις και γενικότερα αναφορικά με τη χρήση ουσιών. Όταν, παρόλα αυτά, προστίθετο μια μεταβλητή παραβατικότητας στις λογαριθμικές παλινδρομήσεις, η σημασία της σε σχέση με την πολυτοξικομανία χανόταν. Η επίβλεψη ήταν αρκετά σημαντικότερος παράγοντας για τους άντρες από ό,τι για τις γυναίκες.

Συμπέρασμα η διαβίωση και με τους δύο γονείς είναι ένα λιγότερο σημαντικό εμπόδιο για τη χρήση ουσιών από ό,τι οι ποιοτικές πλευρές της οικογενειακής ζωής, και ιδιαίτερα η προσκόλληση με τη μητέρα. Το τελευταίο αποτελεί σημαντική αναστολή για τη χρήση ουσιών ανεξάρτητα από τις τοπικές ιδιαιτερότητες διαθεσιμότητας των ουσιών, η οποία αποδυναμώνεται μόνο με την ύπαρξη γενικότερων προβληματικών συμπεριφορών. Ίσως λόγω της μεγαλύτερης τάσης των ανδρών να εκτίθενται σε επικίνδυνες συμπεριφορές ή να παραβιάζουν κανόνες, η επίβλεψη δείχνει να είναι σημαντικότερη για τη χρήση ουσιών από άντρες από ό,τι για γυναίκες. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν το ρόλο όλης της οικογένειας, και ιδιαίτερα της μητέρας, στη ρύθμιση συμπεριφορών χρήσης από τους νέους ανθρώπους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει πως έχει αρχίσει να εξαπλώνεται η χρήση ουσιών στους πληθυσμούς των νέων στην Ευρώπη (Miller & Plant 1996; Hibbell κ.ά. 1997). Αυτό το

φαινόμενο δείχνει να συνεισφέρει στην εγκληματικότητα, (Wichstrom, Skogen & Ola 1996), τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία και τέλος συμβάλλει στην υιοθέτηση επικίνδυνων συμπεριφορών ακόμη και αυτοκτονιών (Gould κ.ά. 1996; Gilvarry 2000; Ramrakha κ.ά. 2000). Ανάλογα στοιχεία υποδεικνύουν ένα φάσμα παραγόντων που υποβόσκουν στη χρήση ουσιών, όπως για παράδειγμα επιρροές γενετικής φύσης (Maes κ.ά. 1999) και επιρροές από την ομάδα ομοτίμων (Parker κ.ά. 1998), η μεγάλη διαθεσιμότητα (Hofler κ.ά. 1999) και η γεωγραφική τοποθεσία (Miller & Plant 1996). Τα ίδια περίπου ισχύουν για τους ανήλικους που κάνουν χρήση αλκοόλ“ υπάρχει η πεποίθηση πως έχουν μια κοινή προδιάθεση για χρήση ουσιών (Lynskey, Fergusson & Horwood 1998).

Καθώς η οικογένεια αποτελεί το πρώτο κοινωνικό περιβάλλον, και την πρωταρχική πηγή κύριων προσκολλησεων για το παιδί ή το νεαρό άτομο, είναι αναμενόμενο να επηρεάζει ιδιαίτερα και τη χρήση ουσιών που κάνει. Παρόλα αυτά, δεν είναι ξεκάθαρο ποια είναι αυτά τα στοιχεία από την οικογένεια που όντως επηρεάζουν τη χρήση ουσιών στους νέους. Οι Hope, Power & Rogers (1998), για παράδειγμα, υπογραμμίζουν την οικογενειακή δομή, υποστήριξαν πως η απώλεια ενός γονιού λόγω διαζυγίου μακροπρόθεσμα συμβάλλει περισσότερο στη χρήση ουσιών από ό,τι η απώλεια ενός γονιού λόγω θανάτου. Άλλοι έχουν αναφέρει σχέσεις ανάμεσα στο χωρισμό των γονιών και την πιο σοβαρή χρήση ουσιών από νέους (Nurco κ.ά. 1996a, 1996b). Ο Hess (1995), εντούτοις, υποστηρίζει πως ο χωρισμός των γονιών μπορεί να αποτελέσει και παράγοντα προστασίας για μερικά νεαρά άτομα, καθώς μπορεί να επιφέρει πρόωρη ανεξαρτησία και ωρίμανση στο άτομο. Όντως, σε μία από τις λίγες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και εξέτασαν ανεξάρτητους παράγοντες που επηρεάζουν τη δομή της οικογένειας σε σχέση με άλλες πιο συχνά αναφερόμενες μεταβλητές, ο Miller (1997) υποστήριξε πως η δομή της οικογένειας στατιστικά δεν αποτελεί ανεξάρτητη επιρροή για τη χρήση ουσιών. Ένα σχετικό θέμα αφορά το ρόλο του πατέρα και το πόσο μπορεί να επηρεάσει τη χρήση ουσιών του παιδιού του“ λίγα είναι τα στοιχεία που υπάρχουν, αν και οι Farrell & White (1998) έχουν αναφέρει πως η χρήση ουσιών είναι πιθανότερο να εμφανιστεί λόγω απουσίας του φυσικού ή ενός θετού πατέρα.

Άλλοι έχουν προσπαθήσει να δώσουν έμφαση στη σημασία των ποιοτικών στοιχείων στις οικογενειακές σχέσεις (Bahr, Marcos & Maughan 1995“ Farrell & White 1998). Ο Bahr κ.ά. (1995) ανέφεραν πως οι οικογενειακές σχέσεις, ή οι οικογενειακοί δεσμοί, “τα συναισθήματα εγγύτητας και οικειότητας η αντιληπτή παρακολούθηση, η επικοινωνία και οι κοινές δραστηριότητες”, έχουν αρνητική συσχέτιση με τη χρήση ουσιών, ακόμη και αν λάβουμε υπόψη την επιρροή από τους ομοτίμους. Όντως, έρευνες στον τομέα ψυχικής υγείας του παιδιού τείνουν προς την άποψη πως οι αντιθέσεις πριν από το χωρισμό των γονιών, όπως οι συγκρούσεις του ζευγαριού, αποτελούν τον σημαντικότερο παράγοντα πρόβλεψης της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, κι όχι ο ίδιος ο χωρισμός, (Hetherington & Stanley-Hagan 1999 “ Nicholson, Fergusson & Horwood 1999 O’Connor κ.ά. 1999).

Επιπλέον είναι πιθανό, οι οικογενειακοί παράγοντες να επιδρούν διαφορετικά στα αρσενικά και στα θηλυκά παιδιά. Ο Bahr κ.ά. (1995) για παράδειγμα, ανέφεραν πως οι αρνητικοί συσχετισμοί μεταξύ των οικογενειακών σχέσεων και της χρήσης ουσιών ήταν περισσότεροι για τις γυναίκες από ό,τι για τους άντρες, αυτό το εύρημα ταυτίζεται με τα ευρήματα των Brook κ.ά. (1998) και των Farrell & White 1998). Αυτά τα ευρήματα

υποδηλώνουν μια πολύ μικρή αλληλεπίδραση μεταξύ των μεταβλητών της οικογένειας και του φύλου όσον αφορά τα ποσοστά χρήσης ουσιών αλλά και πως υπό ορισμένες συνθήκες, παρά την τάση που επικρατεί για εξίσωση στα συνολικά ποσοστά της χρήσης ουσιών (Parker κ.ά. 1998), το φύλο μπορεί να έχει κάποια σημαντική επιρροή.

Τέλος, από πρόσφατες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ευρώπη έχουν παρατηρηθεί αξιοσημείωτες διεθνείς και τοπικές διαφορές στα ποσοστά χρήσης από νέους (Hibbell κ.ά. 1997; Miller 1997). Αυτές οι μεταβολές δεν ανταποκρίνονται στα επίπεδα παραγόντων κινδύνου όπως η κοινωνική τάξη, η παραβατική συμπεριφορά ή ο χωρισμός των γονιών με απλό τρόπο. Αυτό υποδηλώνει πως εάν παράγοντες που αφορούν την οικογένεια έχουν σχέση με διεθνείς παραλλαγές στη χρήση ουσιών, μπορεί να ποικίλλει η επήρειά τους στα διαφορετικά πλαίσια. Στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε την υπόθεση πως και η δομή και η λειτουργία της οικογένειας μπορούν να επηρεάσουν τον κίνδυνο χρήσης σε πληθυσμούς της Ευρώπης, πως η επιρροή διαφέρει στους άντρες και τις γυναίκες στα διαφορετικά πλαίσια και είναι ανεξάρτητη από πιθανούς παράγοντες που συνυπάρχουν, όπως η αντικοινωνική συμπεριφορά, η διαθεσιμότητα των ουσιών και η κοινωνική τάξη.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Αντιπροσωπευτικά δείγματα μαθητών 14-15 ετών στη Βρέμη (n = 871), το Δουβλίνο (n = 990), το Groningen (n = 487), το Νιούκασλ στον Tyne (n = 970) και τη Ρώμη (n = 666) συμπλήρωσαν ένα κοινό βασικό ερωτηματολόγιο σχετικά με τη χρήση ουσιών, τον τρόπο ζωής τους, τη δομή και τις σχέσεις μέσα στην οικογένειά τους. Η πλειοψηφία των 3.984 συμμετεχόντων ήταν ηλικίας 14-15 ετών. Το σύνολο ήταν μεγαλύτερο από ό,τι σε μία προηγούμενη δημοσίευση (McArdle κ.ά. 2000) καθότι συμπεριλήφθηκαν 97 άτομα που δεν διέμεναν στις πόλεις, αλλά παρακολουθούσαν σχολεία μέσα στα όρια της πόλης. Γι' αυτό το λόγο, η επικράτηση της παράνομης χρήσης ουσιών τον προηγούμενο χρόνο (αναφορικά με μια προσυμφωνημένη βάση κάνναβης, αμφεταμινών, έκστασης, LSD, ηρεμιστικών και την ψεύτικη ουσία reelin) είναι ελαφρώς διαφορετική από τα προηγούμενα στοιχεία που δημοσιεύτηκαν για τις πέντε πόλεις. Για τα τωρινά δείγματα τα ποσοστά είναι 24,6% (Βρέμη), 29,1% (Νιούκασλ στον Tyne), 29,9% (Δουβλίνο), 22,6% (Ρώμη) και 19,0% (Groningen). Ουσίες όπως η κοκαΐνη και η ηρωΐνη δεν συμπεριλήφθηκαν στις ερωτήσεις όλων των πόλεων και έτσι παραλήφθηκαν εντελώς από τις εκτιμήσεις. Αυτά τα φαινόμενα ταυτίζονται με άλλες σύγχρονες εκτιμήσεις για τα ποσοστά χρήσης ουσιών στην Ευρώπη (Hibbell κ.ά. 1997).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Εφαρμόστηκε η μέθοδος ομαδικής δειγματοληψίας ώστε να επιτευχθεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα νέων από κάθε πόλη. Στη Βρέμη, το Δουβλίνο και το Νιούκασλ, τα σχολεία στρωματοποιήθηκαν σύμφωνα με το είδος τους (π.χ. δημόσια ή θρησκευτικά), τα κοινωνικο-οικονομικά μειονεκτήματα (π.χ. επίπεδο δωρεάν γευμάτων στο σχολείο στο Νιούκασλ) και, στο Νιούκασλ, σύμφωνα με τη γεωγραφική περιοχή. Στη Ρώμη, που ο βαθμός διαφοροποίησης των σχολείων είναι μεγάλος (π.χ. επαγγελματικής κατάρτισης ή ακαδημαϊκής εκπαίδευσης), χρησιμοποιήθηκε μόνο το είδος του σχολείου για την ανεύρεση αντιπροσωπευτικού δείγματος.

Ο αριθμός των σχολείων επιλέχθηκε ώστε να καταστεί δυνατός ο εντοπισμός ισάριθμων συμμετεχόντων από την κάθε πόλη. Στο Groningen, που ήταν η μικρότερη πόλη, προσεγγίστηκαν όλα τα σχολεία ($n = 13$), στη Ρώμη (που είχε τον περισσότερο πληθυσμό) προσεγγίστηκαν περίπου ένα στα εξήντα σχολεία ($n = 13$), στο Δουβλίνο ένα στα έξι σχολεία ($n = 16$), ένα στα πέντε σχολεία στη Βρέμη ($n = 12$) και ένα στα δύο σχολεία στο Νιούκασλ ($n = 9$). Όσα από σχολεία της Ρώμης επιλέχθηκαν, κανένα δεν αρνήθηκε να συμμετάσχει, στο Νιούκασλ ένα σχολείο αρνήθηκε, το ίδιο και στη Βρέμη, στο Δουβλίνο τέσσερα σχολεία αρνήθηκαν και στο Groningen έξι από τα δεκατρία σχολεία αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην επισκόπηση. Σε κάθε περίπτωση, το σχολείο που αρνήθηκε να συμμετάσχει αντικαταστάθηκε από ένα άλλο σχολείο από την αρχική κατάσταση, το οποίο πληρούσε τα χαρακτηριστικά της στρωματοποίησης. Αυτό δεν στάθηκε δυνατό στο Νιούκασλ με ένα σχολείο θηλέων το οποίο δήλωσε την άρνησή του για συμμετοχή πολύ αργά, ή στην περίπτωση του Groningen που προσεγγίστηκαν από την αρχή όλα τα σχολεία, όμως λόγω της ομοιογένειας του σχολικού πληθυσμού αυτό δεν επηρέασε την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος από το Groningen. Η μέση ηλικία του συνόλου του δείγματος ήταν 15,1 (Σταθερή απόκλιση 0,7) έτη. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων των διαφόρων πόλεων ήταν αρκετά διαφορετικές ($F = 6,6$, $df = 4$, $p < 0,01$): οι συμμετέχοντες στο Δουβλίνο ήταν πολύ νεότεροι από αυτούς στη Ρώμη ή το Groningen. Το δείγμα στο Νιούκασλ στον Τυπε αποτελούνταν περισσότερο από άντρες ($n = 558$) παρά από γυναίκες ($n = 407$), ενώ στο Δουβλίνο οι γυναίκες ($n = 574$) ήταν περισσότερες από τους άντρες ($n = 411$), (πέντε από τους συμμετέχοντες στο Δουβλίνο και το Νιούκασλ στον Τυπε δεν καθόρισαν το φύλο τους). Εντούτοις, ο αριθμός των ανδρών και των γυναικών επί του συνόλου του δείγματος ήταν σχεδόν ίδιος. Το ποσοστό συμπλήρωσης ήταν υψηλό, αυτές οι λεπτομέρειες όμως συμπεριλαμβάνονται σε μία προηγούμενη δημοσίευση (McArdle κ.ά. 2000).

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Από τις βασικές ερωτήσεις που αφορούσαν τη χρήση αλκοόλ απαντήθηκε το 98,7%, ενώ από αυτές που αφορούσαν τη χρήση ουσιών απαντήθηκε το 94,6%. Στο Νιούκασλ, το συνολικό ποσοστό μη-ανταπόκρισης σχετικά με την πρώτη επαφή με τη χρήση ήταν 9%, και κυμαινόταν μεταξύ 5,3% σε ένα ειδικό σχολείο έως 11,1% στα μη-υποβαθμισμένα σχολεία. Τα ποσοστά ανταπόκρισης για το Δουβλίνο ήταν 6% [3,4% (ιδιωτικά σχολεία): 8,5% (επαγγελματικής κατάρτισης/ τεχνικής εκπαίδευσης)], για τη Ρώμη 2,3% [0% (επαγγελματικής εκπαίδευσης): 6,1% (ξενοδοχειακής εκπαίδευσης)], και για τη Βρέμη 3,6% [1,6% (δημοτικά /γυμνάσια): 5,4% (επαγγελματικής κατάρτισης)]. Γι' αυτό το λόγο, στο Δουβλίνο και στη Βρέμη υπήρξε ένα ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό "μη-ανταπόκρισης" μεταξύ των μειονεκτούντων πληθυσμών. Δεν υπάρχουν στοιχεία σχετικά με την ανταπόκριση από το Groningen, καθώς τα σχολεία αποτελούνταν από ομοιογενή πληθυσμό. Γι' αυτό, μπορεί να υπάρχει μια ελαφρώς μικρότερη εκτίμηση της χρήσης στο Δουβλίνο και τη Βρέμη. Το ποσοστό που ανέφερε χρήση ή προσφορά της ανύπαρκτης ουσίας "relewin" ήταν χαμηλότερο από 1% σε όλες τις πόλεις, έτσι δεν θεωρείται πιθανή η υπερβολική αναφορά. Το ποσοστό των μαθητών που απάντησαν αντιφατικά σε παρόμοιες ερωτήσεις ήταν λιγότερο από 5%, υποδηλώνοντας την αξιοπιστία της αναφοράς.

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ

Το ερωτηματολόγιο προήλθε από αυτό που χρησιμοποιήθηκε στο “Πρόγραμμα Επισκόπησης για το Αλκοόλ και άλλες Ουσίες στα Σχολεία της Ευρώπης” (the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, ESPAD), το οποίο χρησιμοποιήθηκε παλαιότερα σε μία διεθνή επισκόπηση από το Συμβούλιο της Ευρώπης (Hibbell κ.ά. 1997). Αυτό μας έδωσε τις ερωτήσεις για την οικογένεια και τη χρήση ουσιών. Ωστόσο δεν αποδέχτηκαν όλες οι πόλεις να γίνουν ερωτήσεις για όλες τις ουσίες. Παρόλα αυτά, επιτεύχθηκε συμφωνία σχετικά με μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσαν τη χρήση κάνναβης, αμφεταμινών, ηρεμιστικών, LSD, έκστασης, και της ανύπαρκτης ουσίας relevin, καθώς και για ερωτήσεις σχετικά με το αλκοόλ. Κατά τη διάρκεια μιας σειράς συναντήσεων για να καταλήξουν σε ομοφωνία, και στις οποίες συμμετείχε ολόκληρη η πολυεθνική, ερευνητική ομάδα, τα βασικά ερωτήματα του ερωτηματολογίου μεταφράστηκαν από τα αγγλικά στα ολλανδικά, τα ιταλικά και τα γερμανικά, και μετά αντίστροφα ώστε να εξασφαλιστεί η συγκρισιμότητα των στοιχείων.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Σύμφωνα με την απόφαση της επιτροπής δεοντολογίας του Νιούκασλ και των ομόλογων επιτροπών στις άλλες πόλεις, καθώς και με την έγκριση των σχολείων, οι ερευνητικές ομάδες έστειλαν ενημερωτικές επιστολές στους γονείς εξηγώντας τους περιληπτικά τους σκοπούς του προγράμματος. Σε τέσσερις από τις πόλεις δόθηκε η επιλογή στους γονείς να αρνηθούν τη συμμετοχή του παιδιού τους (επικοινωνώντας με την ερευνητική ομάδα ή με το σχολείο), ενώ στη Βρέμη ήταν απαραίτητη η γραπτή συγκατάθεση των γονιών. Σε τέσσερις από τις πέντε πόλεις, τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν από έναν πτυχιούχο ερευνητή παρουσία δασκάλου, κατά τη διάρκεια εκτεταμένων διδακτικών περιόδων ή σε ετήσιες ομαδικές συναντήσεις. Στη Βρέμη οι δάσκαλοι δεν ήταν παρόντες. Οι μαθητές είχαν στη διάθεσή τους 60 έως 80 λεπτά για να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, ανώνυμα και να τα τοποθετήσουν σε φάκελο, τον οποίο έκλειναν μόνοι τους. Οι απαντήσεις από την κάθε πόλη καταχωρούνταν σε μια κοινή βάση δεδομένων που είχε φτιαχτεί για τη συγκεκριμένη εργασία.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

1. Οι ερωτήσεις που αφορούσαν στη χρήση ουσιών ακολουθούσαν τη μέθοδο “επιλογής απανήσεων”: ανεξάρτητα εάν ο συμμετέχων δεν είχε κάνει ποτέ χρήση ουσιών, ή εάν είχε κάνει χρήση τον περασμένο μήνα ή χρόνο. Η χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας τον τελευταίο χρόνο αναφερόταν ως “χρήση ουσιών”. Η ανάλυση που παρουσιάζεται εδώ αφορά τις ουσίες για τις οποίες ρωτήθηκαν οι συμμετέχοντες και στις πέντε πόλεις (παραλείποντας “τα μαγικάμανιτάρια”, τα διαλυτικά, την κοκαΐνη και την ηρωίνη).
2. Αν και δεν μετρήθηκε η κατάχρηση ουσιών, εντοπίστηκε η μεταβλητή της “πολλαπλής χρήσης”, εντοπίζοντας μια ακραία ομάδα που έκανε χρήση δύο ή περισσότερων ουσιών τον τελευταίο χρόνο ($n = 216$). Αυτό εκπροσωπούσε δύο σταθερές αποκλίσεις από τον μέσο αριθμό χρήσης ουσιών που εμφάνισε το σύνολο του δείγματος και ήταν διαθέσιμο για 3.678 συμμετέχοντες (92,3% του δείγματος). Το ποσοστό πολλαπλής χρήσης για το Δουβλίνο ήταν 6,4%, για το Νιούκασλ στον Τυπε ήταν 8,5%, για το

Groningen 4,7%, για τη Ρώμη 5,2%, και για τη Βρέμη 3,8%. Αυτά τα ποσοστά συγγενεύουν με την αναφερθείσα επικράτηση σε γερμανούς εφήβους από την επικαλυπτόμενη -αλλά όχι ταυτιζόμενη- ομάδα που ανέφερε κατάχρηση και εξάρτηση από την κάνναβη (3,7%), τα μέλη της οποίας ήταν επίσης συχνά χρήστες πολλών ουσιών, όπως αναφέρθηκε από τον Perkonig κ.ά. (1999).

3. Υπήρχαν αρκετές ερωτήσεις που αφορούσαν στη χρήση αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης της διαγνωστικής ερώτησης “περιστασιακά καταναλώνεις αλκοολούχα ποτά;” (π.χ. μπύρα, κρασί, οιοπνευματώδη όπως το ουίσκι); Στην ερώτηση αυτή υπήρχαν τρεις δυνατές απαντήσεις: “ποτέ”, “ορισμένες φορές” και “τακτικά”. Συμπεριλάβαμε την τακτική κατανάλωση αλκοόλ, αντί της περιστασιακής χρήσης αλκοόλ καθώς φάνηκε πιθανότερο να προκαλέσει κοινωνική αποστροφή παρόμοια με αυτή της χρήσης ουσιών, ή για να εκπροσωπήσει τον κίνδυνο της επιβλαβούς χρήσης. Τα ποσοστά “τακτικής” κατανάλωσης αλκοόλ στο Δουβλίνο ήταν 16,3%, στο Νιούκασλ στον Tyne 15,2%, στο Groningen 10,7%, στη Ρώμη 3,5% και στη Βρέμη 3,4% παρόμοια κατάταξη εντοπίστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο για την απάντηση “περισσότερα από 9 περιστατικά κατανάλωσης αλκοόλ στις τελευταίες 30 ημέρες” (Miller κ.ά. 1996). Αυτά τα στοιχεία ήταν διαθέσιμα για 3.933 συμμετέχοντες, 98,8% του δείγματος.
 4. Από προηγούμενες αναλύσεις έχει φανεί πως όλοι οι τύποι οικογενειακών δομών σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, με εξαίρεση τη διαβίωση με τους δύο βιολογικούς γονείς. Έτσι, αυτές μειώθηκαν σε δύο μεταβλητές: διαβίωση με τους δύο βιολογικούς γονείς ή όχι (n = 3928).
 5. Συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις που αφορούν στην ποιότητα των σχέσεων στην οικογενειακή ζωή:
 - i) “σε ποιον μπορείς να εμπιστευτείς κάτι που σε απασχολεί;” δίνοντας την επιλογή να απαντήσουν κάποιον από τους δύο γονείς, κι αρκετούς ακόμη ανθρώπους, συμπεριλαμβανομένης και της επιλογής “δεν εμπιστεύομαι κανέναν” (n = 3.889).
 - ii) “πού πας μετά το σχολείο;” με αρκετές δυνατότητες επιλογής συμπεριλαμβανομένης “σπίτι, συνήθως είναι κάποιος εκεί” (n = 3.904).
 - iii) “συνήθως πού συναντιέσαι με τους φίλους σου;” με αρκετές δυνατότητες επιλογής συμπεριλαμβανομένης “στο σπίτι” (n = 3.851).
 - iv) “οι γονείς νοιάζονται (εάν ο νέος/ η νέα) βλέπει πολλή τηλεόραση;” αυτή η ερώτηση δεν υπήρχε στο ερωτηματολόγιο στο Νιούκασλ (n = 2.897).
- Όλα αυτά τα ερωτήματα οδήγησαν σε διχοτόμες απαντήσεις “ναι/όχι”. Το πρώτο ερώτημα αφορούσε τη σχέση εμπιστοσύνης, και τα τρία επόμενα τη γονική επίβλεψη.
6. Η κοινωνική τάξη προέκυπτε από μία ερώτηση που αφορούσε το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών. Αυτό διχοτομήθηκε βάσει του εάν ο πατέρας ενός συμμετέχοντα είχε πανεπιστημιακό πτυχίο ή πτυχίο τεχνικής κατάρτισης, ή όχι.
 7. Διαθεσιμότητα: αυτό προέκυπτε από τον εντοπισμό των ατόμων που δεν τους είχαν προσφέρει “ποτέ” ουσίες, το οποίο παρουσίασε μεγάλη διαφοροποίηση ανάμεσα στις πόλεις (F = 35,2, df = 4, p < 0,001) (το Δουβλίνο, με το Νιούκασλ να έπεται, είχαν τις χαμηλότερες μέσες τιμές σε αυτό το ερώτημα, άρα οι συμμετέχοντες από αυτές τις πόλεις είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να τους είχαν προσφερθεί ουσίες).

8. Παραβατικότητα: το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε έντεκα ερωτήματα από μια κλίμακα παραβατικότητας (West & Farrington 1973) η οποία χρησιμοποιήθηκε στις τέσσερις πόλεις εξαιρουμένης της Ρώμης. Εάν το άτομο ανέφερε ένα επίπεδο παραβατικών πράξεων, 1 μονάδα σταθερής απόκλισης, ή περισσότερο από τη μέση τιμή του συνολικού δείγματος, τότε θεωρείτο θετικό προς την παραβατικότητα.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ

Οι μεταβλητές που σχετίζονταν με την οικογένεια αναλύθηκαν αρχικά σε σχέση με τη χρήση ουσιών με ανάλυση διπλής μεταβλητής χρησιμοποιώντας χ^2 tests. Έπειτα, χρησιμοποιήθηκε η Λογαριθμική Παλινδρόμηση με τη διαδικασία υποχρεωτικής εισαγωγής για να εντοπιστούν οι μεταβλητές για την οικογένεια που ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες πρόβλεψης χρήσης ουσιών, πολλαπλής χρήσης ουσιών και τακτικής κατανάλωσης αλκοόλ ως εξαρτημένες μεταβλητές. Αυτό αξιολόγησε το ανεξάρτητο αποτέλεσμα των μεταβλητών που επιλέχθηκαν βάσει της σημαντικότητάς τους στην ανάλυση διπλής μεταβλητής. Για να μπορέσει να εντοπιστεί εάν αυτά τα αποτελέσματα ήταν ανεξάρτητα από πιθανούς άλλους παράγοντες (κοινωνική τάξη, διαθεσιμότητα και παραβατικότητα) κι αυτά προστίθεντο στις λογαριθμικές παλινδρομήσεις. Εξετάζονταν επίσης η οικογένεια, το φύλο, η πόλη και η χρήση ουσιών για σημαντικές αλληλεπιδράσεις Λογαριθμικής Παλινδρόμησης. Όπου αυτά ήταν θετικά απεικονίστηκαν σε διασταυρούμενους πίνακες βάσει της διαδικασίας Mantel-Haenszel.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η ανάλυση διπλής μεταβλητής επιβεβαίωσε πως οι νέοι που διέμεναν και με τους δύο γονείς τους είχαν λιγότερες πιθανότητες να έχουν κάνει χρήση ουσιών τον τελευταίο χρόνο, απ' ό,τι αυτοί που ζούσαν σε διαφορετικού τύπου οικογένειες (Πίνακας 1). Μειωμένα ποσοστά χρήσης συνδέθηκαν επίσης με τη γονική επίβλεψη και την εκμυστήρευση σε γονείς και παππούδες. Τα ευρήματα ήταν παρόμοια για την τακτική κατανάλωση αλκοόλ και την πολλαπλή χρήση ουσιών, με τις ακόλουθες εξαιρέσεις: η διαβίωση και με τους δύο γονείς και η εκμυστήρευση στους παππούδες δεν συνδέθηκαν με χαμηλά ποσοστά τακτικής κατανάλωσης αλκοόλ και η εκμυστήρευση στους παππούδες δεν συνδέθηκε με χαμηλά ποσοστά πολλαπλής χρήσης ουσιών.

Με λογαριθμικές παλινδρομήσεις διενεργήθηκαν προσπάθειες για να εντοπιστεί εάν η δομή της οικογένειας σχετιζόταν με μειωμένη χρήση ουσιών ανεξάρτητα από την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων και εάν διαφοροποιούνταν αυτές οι σχέσεις ανάλογα με το φύλο ή την πόλη. Από αυτές φάνηκε πως η διαβίωση με τους δύο γονείς, η εκμυστήρευση στη μητέρα αλλά όχι στον πατέρα κι η γονική επίβλεψη αποτελούσαν ανεξάρτητους παράγοντες πρόβλεψης για αποχή από τις ουσίες (Πίνακας 2). Παρόμοια ήταν τα ευρήματα για την πολλαπλή χρήση ουσιών. Παρόλα αυτά, η αποχή από την τακτική κατανάλωση αλκοόλ δεν σχετιζόταν με το γεγονός των συναντήσεων με τους φίλους στο σπίτι. Εφόσον το ερώτημα εάν "ανησυχούν οι γονείς όταν βλέπω πολλή τηλεόραση", δεν συμπεριλαμβανόταν στο ερωτηματολόγιο του Νιούκασλ, η ανάλυση πραγματοποιήθηκε και με και άνευ αυτού του ερωτήματος. Τα ευρήματα, εντούτοις, δεν διέφεραν ιδιαίτερα, ούτε διαφοροποιήθηκαν όταν συμπεριλήφθηκε και η ηλικία ως ανεξάρτητη μεταβλητή. Επίσης δεν υπήρξαν ανεξάρτητα αποτελέσματα από το φύλο.

Για να μπορέσει να εντοπιστεί εάν αυτές οι μεταβλητές διατηρούνταν ως παράγοντες πρόβλεψης παρουσία άλλων πιθανών παραγόντων (κοινωνική τάξη, διαθεσιμότητα της ουσίας και παραβατική συμπεριφορά) επανεκτιμήθηκαν οι λογαριθμικές παλινδρομήσεις συμπεριλαμβανομένων αυτών των μεταβλητών. Τα ευρήματα ήταν παρόμοια, με εξαίρεση την περίπτωση πολλαπλής χρήσης ουσιών, για την οποία μόνο η διαθεσιμότητα (Wald = 6,2, df = 1, $p < 0,05$) και η παραβατική συμπεριφορά (Wald = 32,3, df = 1, $p < 0,001$) διατήρησαν τη βαρύτητά τους.

Μια σημαντική αλληλεπίδραση του φύλου και της επίβλεψης έδειξε πως, με απουσία της επίβλεψης, εμφανίστηκαν υψηλότερα ποσοστά χρήσης ουσιών στα κορίτσια αλλά όχι στα αγόρια (Πίνακας 3). Σημαντικές αλληλεπιδράσεις υπήρχαν όμως σχετικά με τη μεταβλητή “πόλη”. Αυτές περιλάμβαναν την πόλη, τη διαβίωση με τους δύο γονείς και τη χρήση ουσιών (Wald = 11,4, df = 4, $p < 0,05$), καθώς επίσης την πόλη, την ύπαρξη κάποιου στο σπίτι μετά το σχολείο και τη χρήση ουσιών (Wald = 10,7, df = 4, $p < 0,05$). Η διαβίωση και με τους δύο γονείς και η ύπαρξη κάποιου στο σπίτι μετά το σχολείο σχετίστηκαν με σημαντικά μειωμένη χρήση ουσιών σε τέσσερις από τις πέντε πόλεις, αλλά όχι στο Δουβλίνο (Πίνακας 4). Δεν υπήρχαν ιδιαίτερες αλληλεπιδράσεις σχετικά με τη μεταβλητή “πόλη” και την “πολλαπλή χρήση ουσιών” ή την “τακτική κατανάλωση αλκοόλ”. Επίσης, δεν υπήρχαν σημαντικές αλληλεπιδράσεις με τις μεταβλητές “φύλο” και “χρήση ουσιών”.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα υποδηλώνουν πως η διαβίωση και με τους δύο γονείς και η ποιότητα της σχέσης γονιού-παιδιού σχετίζονται ανεξάρτητα με τα ποσοστά χρήσης ουσιών των νέων. Βοηθητικές αναλύσεις έδειξαν πως με την απουσία είτε της οικογενειακής δομής είτε της μεταβλητής “ποιότητα” (αδιάφορο εάν η μεταβλητή ποιότητα περιλάμβανε “εκμυστήρευση” ή “επίβλεψη”) το ποσοστό χρήσης ουσιών ήταν 42,3%, εάν υπήρχαν και οι δύο μεταβλητές το ποσοστό ήταν 16,6%, και με την παρουσία κάποιας από τις δύο, περίπου 32%, υποδηλώνοντας συναθροιστική σχέση. Έτσι, τα ποσοστά χρήσης ουσιών στις σύγχρονες αστικές κοινωνίες παραμένουν σχετικά ίδια ενώ απουσιάζουν οι παράγοντες επικινδυνότητας στην οικογένεια, αλλά λείπει η “ομαλοποίηση” που περιέγραψαν οι Parker κ.ά. (1998). Συνολικά, τα ευρήματα συμφωνούν με την άποψη πως οι κοινωνικές αλλαγές έχουν την τάση να “απομονώνουν τους νέους από τις επιρροές των ενηλίκων” (McNeill 1998).

Η ομοιότητα των συσχετισμών για τη χρήση ουσιών και την τακτική κατανάλωση αλκοόλ, με εξαίρεση τον τελευταίο συσχετισμό -αυτόν της οικογενειακής δομής- συντάσσεται με την ιδέα μιας κοινής υποβόσκουσας προδιάθεσης για χρήση ουσιών (Lyonskey κ.ά. 1998). Εντούτοις, ενώ ο τρόπος των συσχετισμών για την πολλαπλή χρήση ουσιών έμοιαζε αρχικά με αυτόν της χρήσης ουσιών, τελικά υπήρχαν αρκετές σημαντικές διαφορές. Ιδιαίτερα με την προσθήκη ερωτημάτων για την παραβατική συμπεριφορά και τη διαθεσιμότητα των ουσιών, η σημαντικότητα των μεταβλητών που αφορούσαν την οικογένεια και την πολλαπλή χρήση ουσιών εξαφανιζόταν. Αυτά τα ευρήματα ταυτίζονται με διαφοροποιήσεις που έχουν αναφερθεί στο παρελθόν (π.χ. Hofler κ.ά. 1999), πως η τακτική χρήση κάνναβης σχετίζεται με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, πολύ περισσότερο από τη μη τακτική χρήση κάνναβης. Έτσι, τα στοιχεία οδηγούν σε μια πιθανή ασυνέχεια: η χρήση ουσιών συνδέεται στενά με οικογενειακούς παράγοντες, αλ-

λά η επίδρασή τους σε μια πιθανόν πιο επικίνδυνη χρήση ουσιών επιτυγχάνεται μέσω του προβληματικών παραβατικών συμπεριφορών (Miller 1997).

Ο Brook κ.ά. (1998) αναφέρουν πως η επίδραση στη χρήση κάνναβης μιας σύνθετης μεταβλητής “οικολογίας/πολιτισμού”, στην οποία συμπεριλαμβάνεται η διαθεσιμότητα, μειώνεται όταν λαμβανόταν υπόψη στατιστικά και η σύνθετη μεταβλητή “οικογένεια”. Εντούτοις, η εξουδετέρωση της μεταβλητής “οικολογία/πολιτισμός” από τη μεταβλητή “οικογένεια” εμφανίστηκε μόνο στα αγόρια, όχι στα κορίτσια. Αυτό συμφωνεί και με τα στοιχεία αλληλεπίδρασης που αναφέρονται εδώ: η μειωμένη επίβλεψη συνδέεται με αυξημένη χρήση ουσιών από τους άντρες κι όχι από τις γυναίκες, το οποίο πιθανώς αντικατοπτρίζει τη σχετική ψυχοκοινωνική ανωριμότητα των αγοριών στην εφηβεία, καθώς και τη μεγαλύτερη πιθανότητα για ανεξέλεγκτη συμπεριφορά γενικότερα.

Η διαβίωση και με τους δύο γονείς και η ύπαρξη κάποιου στο σπίτι μετά το σχολείο δεν έδειξε να σχετίζεται με τη μειωμένη χρήση ουσιών στο Δουβλίνο. Ενδιαφέρον ήταν πως ενώ στο Groningen είναι νόμιμη η πρόσβαση στην κάνναβη, αντίθετα από ό,τι συμβαίνει στο Δουβλίνο, στην ανάλυση αυτή δεν βρίσκεται ανάμεσα στις πόλεις με υψηλή διαθεσιμότητα. Αυτό είναι συναφές με την υπόθεση πως η εύκολη διαθεσιμότητα από μόνη της δεν επαρκεί για την κλιμάκωση της χρήσης ουσιών, αλλά η διαθεσιμότητα από την ομάδα ομοτίμων είναι που έχει σημασία. Αυτά τα στοιχεία υποδηλώνουν πως η ιδιαίτερα υψηλή διαθεσιμότητα από την ομάδα των ομοτίμων μπορεί να ξεπεράσει την προστασία εναντίον της χρήσης ουσιών που δημιουργείται από τη διαβίωση με τους δύο γονείς και πιθανόν από την επίβλεψη“ οι ποιοτικοί, ίσως κατά κύριο λόγο συναισθηματικοί, μηχανισμοί παρέχουν πιο σταθερό εμπόδιο.

Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν εξάλλου και με την αναφορά των Rose κ.ά. (1999) πως η επιρροή των γονιών στη χρήση ουσιών από νέους παρουσιάζει τοπικές μεταβολές. Επικεντρώνοντας στην αποχή από το αλκοόλ σε ένα δείγμα από τη Φιλανδία, αυτή η μεταβολή αποδόθηκε σε μια γενικότερη κουλτούρα αποχής από το αλκοόλ στις αγροτικές αλλά όχι και στις αστικές περιοχές, η οποία αμβλύνει ή εξουδετερώνει τη γονική επιρροή. Καμία από τις πόλεις στις οποίες πραγματοποιήθηκε η έρευνά μας δεν ασπάζεται αυτήν την κουλτούρα αποχής. Γι’ αυτό το λόγο, η ασθενής επιρροή της οικογενειακής δομής στη συχνή κατανάλωση αλκοόλ, που είχε επίσης αναφερθεί από τους Sutherland & Shepherd 2001), μπορεί να συντελέσει στη μεταβολή της διαθεσιμότητας και της αποδοχής της κατανάλωσης αλκοόλ, η οποία επισκιάζει την επιρροή που έχει η διαβίωση με τους δύο γονείς. Ακόμη, εφόσον από όλες τις πόλεις που μελετήθηκαν, μόνο το Δουβλίνο περνάει μια περίοδο οικονομικής άνηθσης άνευ προηγουμένου, και μια συνεχή, ταχεία ανάπτυξη, η μειωμένη επιρροή των γονιών ίσως να αποτελεί πολιτιστική επίπτωση της αστικοποίησης, η οποία -όπως έχει προαναφερθεί- έχει αρνητική επιρροή στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή των νέων (Rahim κ.ά. 1980). Το εύρημα πως οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να μην έχουν τα ίδια αποτελέσματα στους διαφορετικούς πολιτισμούς και, ενδεχομένως ως ένα βαθμό, μπορεί να επηρεάζονται από τον εκάστοτε πολιτισμό, τονίζει τη σημασία που έχει η συλλογή των τοπικών στοιχείων, όταν πρόκειται για τη δημιουργία μιας προσέγγισης για τη χρήση ουσιών.

Ενδιαφέρον ήταν πως οι εκμυστηρεύσεις στον πατέρα είχαν πολύ μικρότερη επιρροή σε οποιαδήποτε από τις μεταβλητές για τη χρήση ουσιών, από ό,τι οι εκμυστηρεύσεις στη μητέρα. Έτσι, όποιος κι αν είναι ο ρόλος του πατέρα και όποιο κι αν είναι το αποτέλεσμα που έχει, δεν μπορεί να εξισωθεί με το ρόλο της μητέρας και δεν περικλείεται

στην έννοια “εκμυστήρευση”. Ο Brook κ.ά. (1998) ανέφεραν συσχετισμό ανάμεσα στο “χρόνο που περνάει με τον πατέρα” και τη μειωμένη χρήση κάνναβης: πιθανόν οι κοινές δραστηριότητες και ο εποπτικός ρόλος που εμπειρεύονται σ’ αυτό το ερώτημα να περιγράφουν καλύτερα το ρόλο του πατέρα από ό,τι η πιο προσωπική έννοια της εκμυστήρευσης.

Εάν τα εξετάσουμε μαζί αυτά τα ευρήματα, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η διαβίωση και με τους δύο γονείς μπορεί να εμποδίσει τη χρήση ουσιών μόνο όταν δεν υπάρχει μεγάλη διαθεσιμότητα από την ομάδα των ομοτίμων. Επίσης, τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τις απόψεις των Ary κ.ά. (1999) οι οποίοι δηλώνουν πως η προσκόλληση, ιδιαίτερα στη μητέρα, αποτελεί πιο ισχυρό ανασταλτικό παράγοντα και αυτό ισχύει για όλους τους πολιτισμούς και τις ουσίες. Αυτό δείχνει να καταλύεται με την παρουσία γεινικότερων συνδρόμων αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Αυτά τα στοιχεία είναι συγχρονικά αλλά ταυτίζονται και με πρόσφατες διαχρονικές μελέτες. Η Μελέτη Υγείας και Ανάπτυξης του Christchurch, για παράδειγμα, εντόπισε ως κύριο παράγοντα πρόβλεψης της χρήσης ουσιών, και κατά κύριο λόγο χρήση κάνναβης στα 18 περισσότερα από τη δομή της οικογένειας ή την ποιότητα των σχέσεων (Nicholson κ.ά. 1999), τα πρώιμα προβλήματα συμπεριφοράς. Εντούτοις, μια προγενέστερη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης στα ίδια στοιχεία έδειξε πως ο χωρισμός των γονιών, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των δέκα χρόνων μπορεί να προβλέψει προβλήματα χρήσης ουσιών στα 15 (Fergusson κ.ά. 1994), πιθανόν αυξάνοντας τον κίνδυνο πρώιμης παραβατικής συμπεριφοράς. Ακόμη, ο ρόλος της μητέρας είναι σημαντικός, όπως αναδεικνύεται από τα στοιχεία που παρουσιάζονται εδώ” είναι παρόμοιος με διαχρονικά ευρήματα σχετικά με την εγκληματικότητα των νέων και την ποιότητα της μητρικής φροντίδας (Kolvin κ.ά. 1990).

Τα ποσοστά χρήσης ουσιών και παραδοσιακής οικογενειακής δομής συμφωνούν με ήδη δημοσιευμένα στοιχεία (Hess 1995“ Hibbell κ.ά. 1997“ Fukuyama 1999). Οι μετρήσεις σχετικά με τη λειτουργία της οικογένειας, παρόλα αυτά, βασίζονται σε πολύ λίγα ερωτήματα και δεν περιλαμβάνουν παρατηρήσεις ή αναφορές από τους γονείς. Έτσι, ο βαθμός στον οποίο οι απόψεις των συμμετεχόντων εκφράζουν μια πλήρη και έγκυρη εικόνα σχετικά με τη λειτουργικότητα της οικογένειας είναι άγνωστος. Ακόμη, η μελέτη αυτή είναι συγχρονική, άρα δεν μπορούν να εντοπιστούν με αξιοπιστία οι αιτιολογικές σχέσεις. Στρέφεται στη χρήση αλκοόλ και παράνομων ουσιών καθώς και σε πιο σοβαρή χρήση ουσιών, αλλά όχι στη διαταραχή της χρήσης ή στην τοξικοεξάρτηση για παράδειγμα, για τις οποίες θα απαιτούνταν πιο ολοκληρωμένες εκτιμήσεις, κάτι που δεν ήταν δυνατόν να γίνει με ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς.

Αν και άλλες υπάρχουσες μεταβλητές δεν μπορούν να εξαιρεθούν, συμπερασματικά καταλήγουμε να πούμε πως τόσο η ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων όσο κι η δομή της οικογένειας δείχνουν να έχουν σημαντική επιρροή στη χρήση ουσιών από τους νέους. Σε περιβάλλοντα με υψηλή διαθεσιμότητα σε ουσίες ή σε περιβάλλοντα που έχουν διαβρωθεί, λόγω χάρη, εξαιτίας γρήγορων αλλαγών, τα εμπόδια που τίθενται απέναντι στη χρήση ουσιών λόγω της διαβίωσης με τους δύο γονείς ίσως είναι λιγότερο αποτελεσματικά. Η σχέση του νέου με τη μητέρα του αποτελεί έναν πιο ισχυρό προστατευτικό παράγοντα για τη χρήση ουσιών, και λειτουργεί ενάντια στην έλξη από τις υποκοουλτούρες των νέων. Το αποτέλεσμα της επίβλεψης ίσως έχει μεγαλύτερη σημασία για τα αγόρια. Εάν, παρόλα αυτά, ο νέος εμφανίζει γενικότερα χαρακτηριστικά

αντικοινωνικής συμπεριφοράς, τότε η παρεμπόδιση της χρήσης ουσιών ίσως να είναι υπεράνω των δυνατοτήτων της οικογένειας. Αυτά τα ευρήματα τονίζουν τη σημασία που έχει η διαθεσιμότητα των ουσιών και το σύνδρομο αντικοινωνικής συμπεριφοράς για τον καθορισμό της χρήσης ουσιών στις σύγχρονες κοινωνίες. Υπογραμμίζουν, επίσης, τον μοναδικό ρόλο που παίζει η μητέρα στη ρύθμιση της συμπεριφοράς για την πλειοψηφία των νέων ανθρώπων.

Παραπομπές

- Ary, D., Duncan, T., Duncan, S. & Hops, H. (1999) Adolescent problem behaviour: the influence of parents and peers. *Behaviour Research and Therapeutics*, 37, 217-230.
- Bahr, S., Marcos, A. & Maughan, S. (1995) Family, educational and peer influences on the alcohol use of female and male adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 457-469.
- Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Duque, L., Rodriquez, E., Montoya, I. & Whiteman, M. (1998) Pathways to marijuana use among adolescents; cultural/ecological, family, peer, and personality influences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 759-766.
- Farrell, A. & White, K. (1998) Peer influences and drug use among urban adolescents: family structure and parent-adolescent relationship as protective factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 248-258.
- Fergusson, D. & Horwood, J. (1997) Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92, 279-296.
- Fergusson, D., Horwood, J. & Lynskey, M. (1994) Parental separation, adolescent psychopathology, and problem behaviours. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1122-1131.
- Fergusson, D., Lynskey, M. & Horwood, L. (1995) The role of peer affiliations, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescence. *Addiction*, 90, 647-659.
- Fukuyama, F. (1999) *The Great Disruption. Human Nature and the Reconstitution of Social Order*. London: Profile Books.
- Gilvarry, E. (2000) Substance use in young people. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 41, 55-80.
- Gould, M., Fisher, P., Parides, M., Flory, M. & Shaffer, M. (1996) Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1155-1162.
- Hess, L. (1995) Changing family patterns. In: Rutter, M. & Smith, D., eds. *Western Europe: Opportunity and Risk Factors for Adolescent Development. Psychosocial Disorders in Young People*, pp. 104-193. Chichester: John Wiley and Sons.
- Hetherington, E. & Stanley-Hagan (1999) The adjustment of children with divorced parents: a risk and resiliency perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 129-140.
- Hibbell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. & Narusk, A. (1997) The 1995 ESPAD report. The European school survey project on alcohol and other drugs. Council of Europe.
- Hofler, M., Lieb, R., Perkonig, A., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H. (1999) Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction*, 94, 1679-1695.
- Hope, S., Power, C. & Rodgers, B. (1998) The relationship between parental separation in childhood and problem drinking in adulthood. *Addiction*, 93, 505-514.

- Kolvin, I., Miller, F. M. c. I., Scott, D., Gatzanis, S. & Fleeting, M. (1990) Continuities of Deprivation? Studies in Deprivation and Disadvantage. Aldershot: Gower Publishing Co.
- Lynskey, M., Fergusson, D. & Horwood, L. (1998) The origins of the correlations between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 995-1007.
- Maes, H., Woodard, C., Murelle, L., Meyer, J., Silberg, J., Hewitt, J., Rutter, M., Simonoff, E., Pickles, A., Carbanneau, R., Neale, M. & Eaves, L. (1999) Tobacco, alcohol and drug use in eight to sixteen year old twins: the Virginia twin study of adolescent behavioural development. *Journal of Studies of Alcohol*, 60, 293-305.
- McArdle, P., Wieggersma, A., Gilvarry, E., McCarthy, S., Blom, M., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Kolte, B. & Quensel, S. (2000) International variations in drug use. *European Addiction Research*, 6, 163-169.
- McNeill, A. (1998) Alcohol Problems in the Family. Report to the European Union. Eurocare.
- Miller, P. (1997) Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers. *Drug and Alcohol Dependence*, 45, 121-129.
- Miller, P. & Plant, P. (1996) Drinking, smoking, and illicit drug use among 15- and 16-year-olds in the United Kingdom. *British Medical Journal*, 313, 394-397.
- Nicholson, J., Fergusson, D. & Horwood, L. (1999) Effects on later adjustment of living in a stepfamily during childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 405-416.
- Nurco, D., Kinlock, T. O., Grady, K. & Hanlon, T. (1996a) Differential contribution of family and peer factors in the etiology of narcotic addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 51, 229-237.
- Nurco, D., Kinlock, T. O., Grady, K. & Hanlon, T. (1996b) Early family adversity as a precursor to narcotic addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 43, 103-113.
- O'Connor, T., Thorpe, K., Dunn, J. & Golding, J. (1999) Parental divorce and adjustment in adulthood: findings from a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 777-790.
- Parker, H., Aldridge, J. & Measham, F. (1998) *Illegal Leisure. The Normalisation of Adolescent Recreational Drug Use*. London: Routledge.
- Perkonig, A., Lieb, R., Hofler, M., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H. (1999) Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, 94, 1663-1678.
- Rahim, S. & Cederblad, M. (1986) Effects of rapid urbanization on child behaviour and health in a part of Khartoum, Sudan-II. Psycho-social influences on behaviour. *Social Science and Medicine*, 22, 723-730.
- Ramrakha, S., Caspi, A., Dickson, N., Moffitt, T. & Paul, C. (2000) Psychiatric disorders and risky sexual behaviour in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *British Medical Journal*, 321, 263-266.
- Rose, R., Kaprio, J., Winter, T., Koskenvuo, M. & Viken, R. (1999) Familial and socioregional environmental effects on abstinence from alcohol at age sixteen. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, 13, 63-74.
- Sutherland, I. & Shepherd, J. (2001) Social dimensions of adolescent substance use. *Addiction*, 96, 445-458.
- West, D. & Farrington, D. (1973) *Who Becomes Delinquent?* London: Heinemann.
- Wichstrom, L., Skogen, K. & Ola, T. (1996) Increased rate of conduct problems in urban areas: what is the mechanism? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 471-479.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

	<i>Οποιαδήποτε ουσία τον τελευταίο χρόνο</i>		<i>Τακτική κατανάλωση αλκοόλ</i>		<i>Πολλαπλή χρήση ουσιών</i>	
Οικογενειακή δομή						
Διαβίωση με τους δύο βιολογικούς γονείς						
ναι	650/2889	22,5%	304/3014	10,1%	139/2827	4,9%
όχι	311/832	37,4%	96/867	11,1%	70/807	8,7%
	$c^2 = 74,6, p < 0,001$		$c^2 = 0,7, NS$		$c^2 = 16,4, p < 0,001$	
Επίβλεψη						
Οι γονείς νοιάζονται για την υπερβολική παρακολούθηση τηλεόρασης						
ναι	464/2086	22,2%	160/2144	7,5%	79/2045	3,9%
όχι	230/701	32,8%	90/721	12,5%	58/678	8,6%
	$c^2 = 30,3, p < 0,001$		$c^2 = 17,1, p < 0,001$		$c^2 = 23,5, p < 0,001$	
Ύπαρξη κάποιου στο σπίτι μετά το σχολείο						
ναι	693/2986	23,2%	276/3108	8,9%	138/2924	4,7%
όχι	261/2719	36,3%	118/753	15,7%	71/695	10,2%
	$c^2 = 52,0, p < 0,001$		$c^2 = 30,5, p < 0,001$		$c^2 = 31,2, p < 0,001$	
Συναντά τους φίλους του/της στο σπίτι						
ναι	451/2063	21,9%	188/2150	8,7%	87/2032	4,3%
όχι	492/1594	30,9%	206/1658	12,4%	119/1541	7,7%
	$c^2 = 56,1, p < 0,001$		$c^2 = 13,7, p < 0,001$		$c^2 = 19,1, p < 0,001$	
Εκμυστηρεύεται:						
Στη μητέρα						
ναι	429/2174	19,7%	164/2262	7,3%	84/2134	3,9%
όχι	520/1527	34,3%	233/1583	14,7%	124/1472	8,4%
	$c^2 = 99,0, p < 0,001$		$c^2 = 56,1, p < 0,001$		$c^2 = 32,3, p < 0,001$	
Στον πατέρα						
ναι	221/1169	19,7%	108/1217	8,9%	45/1152	3,9%
όχι	728/2522	34,3%	289/2628	11,0%	163/2454	6,6%
	$c^2 = 41,5, p < 0,001$		$c^2 = 4,0, p < 0,05$		$c^2 = 10,8, p < 0,001$	
Στους παππούδες						
ναι	56/308	18,2%	24/321	8,9%	13/306	4,2%
όχι	893/3383	26,4%	373/3524	11,0%	195/3300	5,9%
	$c^2 = 9,9, p < 0,01$		$c^2 = 3,1, NS$		$c^2 = 1,4, NS$	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΛΟΓΑΡΙΘΜΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ, ΤΗΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ.

Ranked predictive power	Οποιαδήποτε ουσία τον τελευταίο χρόνο			Τακτική κατανάλωση αλκοόλ			Πολλαπλή χρήση ουσιών		
	Wald	Exp(B)	p <	Wald	Exp(B)	p <	Wald	Exp(B)	p <
1 Εκμυστηρεύεται: στη μητέρα στον πατέρα στους παππούδες	33,3 1,6 0,1	0,6 0,9 0,9	0,001 NS NS	28,4 3,3 -	0,4 1,4 -	0,001 NS -	14,2 0,4 -	0,5 0,9 -	0,001 n. s. -
2 Δομή διαβίωση με τους δύο γονείς	25,1	0,6	0,001	-	-	-	5,0	0,6	0,05
3 Γονική επίβλεψη κάποιος στο σπίτι μετά το σχολείο συναντά τους φίλους του/της σπίτι νοιάζονται αν βλέπω πολλή τηλεόραση	24,4 20,5 12,3	0,6 0,7 0,7	0,001 0,001 0,001	7,8 1,8 10,9	0,7 0,8 0,6	0,01 n.s. 0,01	17,0 6,2 10,5	0,5 0,6 0,5	0,001 0,05 0,01
% Λογική απόκλιση	5,8%			3,5%			7,3%		

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΜΕΝΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗΣ ΛΟΓΑΡΙΘΜΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ.

Επίβλεψη*	Άντρες		Γυναίκες	
	Χαμηλή	Υψηλή	Χαμηλή	Υψηλή
Χρήση ναι/όχι	45/281	65/1311	26/342	71/1468
% χρήσης	13,8%	4,7%	7,1%	4,6%
OR (95% CI)	0,3 (0,2-0,5)***		0,6 (0,4-1,0)	

*Υπαρξη κάποιου στο σπίτι μετά το σχολείο. c^2 tests ***p < 0,001.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΜΕΝΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗΣ ΛΟΓΑΡΙΘΜΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ.

Επίβλεψη*	Groningen		Ρώμη		Βρέμη		Νιουκάσλ		Δουβλίνο	
	Χαμηλό	Υψηλό	Χαμηλό	Υψηλό	Χαμηλό	Υψηλό	Χαμηλό	Υψηλό	Χαμηλό	Υψηλό
Χρήση ναι/όχι	36/59	53/319	49/90	98/406	55/105	149/522	63/97	176/505	58/107	217/541
% χρήσης	37,9	14,2	35,3	19,4	34,4	22,2	39,4	25,8	35,2	28,6
OR (95% CI)	0,3 (0,2-0,5)***		0,4 (0,3-0,7)***		0,6 (0,4-0,8)**		0,5 (0,4-0,8)**		0,7 (0,5-1,1) NS	
Κι οι δύο γονείς										
Χρήση ναι/όχι	31/65	59/318	33/39	114/457	80/164	123/465	103/137	141/466	64/116	218/533
% χρήσης	32,3	15,6	45,8	20,0	32,8	20,9	42,9	23,2	35,6	28,6
OR (95% CI)	0,4 (0,2-0,7)**		0,3 (0,2-0,5)***		0,5 (0,4-0,8)***		0,4 (0,3-0,6)***		0,7 (0,5-1,0) NS	

*Υπαρξη κάποιου στο σπίτι μετά το σχολείο. c^2 tests *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ: ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΥΓΙΕΣ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ»

PIM CUIJPERS, RUUD JONKERS, INGE DE WEERDT & ANCO DE JONG
TRIMBOS INSTITUTE, NETHERLANDS INSTITUTE OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION, UTRECHT,
THE NETHERLANDS

Μετάφραση ΓΕΩΡΓΙΑ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ

Περίληψη

Στόχοι Να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα του προγράμματος «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά», ένα ολλανδικό πρόγραμμα πρόληψης σε σχολεία, που αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας 1980 και διαδόθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1990. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα χρησιμοποιείται πλέον από το 64-73% των ολλανδικών σχολείων μέσης εκπαίδευσης και εκτιμάται πως ετησίως 350.000 μαθητές γυμνασίων και λυκείων δέχονται αυτές τις παρεμβάσεις.

Σχεδιασμός, χώρος, συμμετέχοντες πρόκειται για μια έρευνα σε ημιπειραματικό επίπεδο κατά την οποία συγκρίθηκαν μαθητές από εννέα πειραματικά σχολεία (N= 1.156) με τους μαθητές από τρία σχολεία ελέγχου (N= 774). Οι ομάδες συγκρίθηκαν πριν από την παρέμβαση, ένα χρόνο μετά, δύο χρόνια μετά και τρία χρόνια μετά.

Μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις σχετικά με τη χρήση καπνού, αλκοόλ και ουσιών με τη μέθοδο της αυτοαναφοράς, μετρήθηκε η στάση σχετικά με τη χρήση ουσιών, η γνώση σχετικά με τις ουσίες και η αυτοαποτελεσματικότητα.

Ευρήματα εντοπίστηκαν αποτελέσματα όσον αφορά στη χρήση καπνού, αλκοόλ και κάνναβης. Δύο χρόνια μετά την παρέμβαση σημαντικά ήταν ακόμη τα αποτελέσματα σχετικά με τη χρήση αλκοόλ. Εντοπίστηκαν επίσης αποτελέσματα στη γνώση γύρω από τις ουσίες, ενώ δεν υπήρξαν ξεκάθαρα αποτελέσματα σχετικά με τη στάση απέναντι στη χρήση ουσιών και την αυτοαποτελεσματικότητα.

Συμπεράσματα αυτή η μελέτη δείχνει πως το πρόγραμμα «Υγιές σχολείο και ναρκωτικά», όπως εφαρμόστηκε στην Ολλανδία, είχε αποτελέσματα για τα παιδιά τα οποία συμμετείχαν.

Λέξεις κλειδιά Πρόληψη, μελέτη αποτελεσματικότητας, σχολεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία 30 χρόνια, μπορούμε να διακρίνουμε τρεις φάσεις στην ανάπτυξη των προγραμμάτων πρόληψης σε σχολεία (Moskowitz 1989, Perry & Kelder 1992, Gorman 1995). Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης (αρχές 1960 με αρχές 1970), τα προγράμματα επικεντρώνονταν κατά κύριο λόγο στην παροχή γνώσεων για τα ναρκωτικά και τους κινδύνους από τη χρήση. Κατά τη δεύτερη φάση (αρχές 1970 με αρχές 1980), επικράτησαν τα λεγόμενα συναισθηματικά προγράμματα. Τα περισσότερα από αυτά τα προγράμματα δεν επικεντρώνονταν στις ουσίες αλλά σε ευρύτερα ζητήματα προσωπικής ανάπτυξης, όπως η λήψη αποφάσεων, το ξεκαθάρισμα των αξιών και η διαχείριση του

άγχους (Gorman 1995). Κατά την τρίτη φάση (αρχές 1980 έως και σήμερα), το μοντέλο κοινωνικής επιρροής κυριαρχεί στα προγράμματα πρόληψης της χρήσης στα σχολεία. Σε αυτό το μοντέλο, αναπτύσσονται δεξιότητες αντίστασης, καμιά φορά σε συνδυασμό με γενικότερες προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες (συμπεριλαμβανομένων των στοιχείων που μειώνουν το άγχος και τη λήψη αποφάσεων, Botvin κ.ά. 1990).

Κατά τη διάρκεια των τριών φάσεων της ανάπτυξης των προγραμμάτων, αρκετές εκατοντάδες έρευνες εξέτασαν τα αποτελέσματα των προγραμμάτων πρόληψης και δεκάδες από αυτές μεθοδολογικά ήταν καλά σχεδιασμένες μελέτες (Tobler κ.ά. 2000). Μέσα από αυτές τις έρευνες θεμελιώθηκε η άποψη πως τα προγράμματα πρόληψης στα σχολεία μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντική αύξηση των γνώσεων για τις ουσίες και βελτιωμένη στάση απέναντι στη χρήση ουσιών. Ακόμη, παρεμβάσεις με διαδραστικές μεθόδους μπορεί να έχουν σημαντική επιρροή στη χρήση ουσιών (Tobler κ.ά. 2000). Τα αποτελέσματα των περισσότερων παρεμβάσεων για τη χρήση ουσιών είναι σχετικά μικρά, αλλά πιο εκλεπτυσμένα και αναλυτικά προγράμματα μπορεί να έχουν μέτρια έως καλύτερα αποτελέσματα στη χρήση ουσιών. Παραδείγματα προγραμμάτων με καλύτερα και μεγαλύτερα αποτελέσματα αποτελούν τα εκπαιδευτικά για δεξιότητες ζωής (Botvin κ.ά. 1995) και οι παρεμβάσεις σε σχολεία από το πρόγραμμα Northland (Perry κ.ά. 1996, Williams κ.ά. 1999).

Μια μεγάλη πρόκληση για τα προγράμματα που ασχολούνται με τη χρήση ουσιών για την επόμενη δεκαετία θα είναι η διάδοση των αποτελεσματικών παρεμβάσεων στην καθημερινή ζωή του σχολείου. Πολλά από τα πλέον αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης έχουν αναπτυχθεί σε ερευνητικό επίπεδο και δεν μπορούν να ενταχθούν εύκολα στο σχολικό σύστημα, επειδή απαιτείται αυξημένος αριθμός συναντήσεων και απαιτείται επιστημονική έρευνα. Στην καθημερινή πρακτική διαδίδονται άλλα προγράμματα στα σχολεία, τα οποία όμως δεν είναι αποτελεσματικά στο να μειώνουν την κατάχρηση ουσιών. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το πρόγραμμα DARE. Αυτό είναι το περισσότερο και ευρέως χρησιμοποιούμενο πρόγραμμα στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά πολλές καλά σχεδιασμένες μελέτες έχουν δείξει πως δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό για την κατάχρηση ουσιών (Ennet κ.ά. 1994, Clayton, Cattarello & Johnstone 1996, Lynam κ.ά. 1999). Το επόμενο σημαντικό βήμα στην πρόληψη χρήσης ουσιών θα πρέπει να είναι η διάδοση αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης καθώς και η διάδοση των αποτελεσμάτων της επιστημονικής γνώσης που έχει συγκεντρωθεί τις τελευταίες δεκαετίες.

Προς το τέλος του 1980, αναπτύχθηκε στην Ολλανδία ένα πρόγραμμα πρόληψης, το οποίο διαδόθηκε πολύ στα σχολεία τη δεκαετία 1990. Αυτό το πρόγραμμα που ονομάζεται «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» εφαρμόζεται στο 64-73% των σχολείων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ολλανδία. Εκτιμάται πως κάθε χρόνο τουλάχιστον 350.000 μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ολλανδία δέχονται αυτήν την παρέμβαση. Αυτός ο μεγάλος βαθμός διάδοσης έχει επιτευχθεί με τη στενή συνεργασία με τα σχολεία κατά το σχεδιασμό της παρέμβασης και με τη δημιουργία στενών σχέσεων με ειδικούς σε θέματα πρόληψης στην περιοχή και τις τοπικές αρχές. Οι ειδικοί επί θεμάτων πρόληψης έχουν την ευθύνη για τη διάδοση του προγράμματος στα σχολεία της περιοχής τους και για τη στήριξη των σχολείων κατά την εφαρμογή του προγράμματος, ενώ οι ίδιοι υποστηρίζονται από μια ομάδα ειδικών, που εργάζεται σε εθνικό επίπεδο.

Σε αυτή την εργασία, περιγράφονται τα αποτελέσματα μιας ημιπειραματικής μελέτης, που εξετάζει τα αποτελέσματα του προγράμματος «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά».

ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες και διαδικασία

Συγκρίθηκαν εννέα πειραματικά σχολεία με τρία σχολεία ελέγχου. Τα πειραματικά σχολεία επιλέχθηκαν από πέντε περιοχές των υπηρεσιών υγείας του δήμου στην Ολλανδία. Για να μπορούν να συμμετέχουν στη μελέτη έπρεπε να έχουν μια ενεργό επιτροπή για να συντονίζει τις δραστηριότητες πρόληψης στο σχολείο. Αυτή η επιτροπή αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες των προγραμμάτων «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά». Επιπλέον, έπρεπε τα σχολεία να πραγματοποιούν δραστηριότητες πρόληψης σε πολλά επίπεδα, αλλά τουλάχιστον σε επίπεδο τάξης (τα μαθήματα). Τα σχολεία ελέγχου επιλέχθηκαν από τις ίδιες περιοχές κι έπρεπε να δεσμευτούν πως δεν θα εφαρμόσουν το πρόγραμμα «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» κατά τη διάρκεια των επόμενων 3 χρόνων.

Υπήρχαν τέσσερα χρονικά σημεία που πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις: ένα πριν από την έναρξη της παρέμβασης (M_0), ένα έναν χρόνο μετά (M_1), ένα δύο χρόνια μετά (M_2) κι ένα τρία χρόνια μετά (M_3). Στον χρόνο που μεσολαβούσε από τη μία μέτρηση στην επόμενη πραγματοποιούνταν ένα μέρος της παρέμβασης στα πειραματικά σχολεία. Μεταξύ του M_0 και του M_1 η παρέμβαση είχε ως επίκεντρο τον καπνό, μεταξύ του M_1 και του M_2 το αλκοόλ και μεταξύ του M_2 και του M_3 την κάνναβη.

Χίλιοι εννιακόσιοι τριάντα συμμετέχοντες επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια στο M_0 . Τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος φαίνονται στον *Πίνακα 1*.

Το εβδομήντα τρία τοις εκατό ($N = 1.405$) του αρχικού δείγματος ($N = 1.930$) συμμετείχε σε συνέντευξη στα τέσσερα χρονικά σημεία μέτρησης. Ένα από τα πειραματικά σχολεία εξαιρέθηκε από το M_3 επειδή σταμάτησε να δουλεύει πάνω στα μαθήματα του προγράμματος. Ο ακριβής αριθμός των μαθητών σε κάθε μέτρηση παρουσιάζεται στον *Πίνακα 2*.

ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

Η χρήση ουσιών μετρήθηκε θέτοντας το ερώτημα στους συμμετέχοντες εάν στο παρόν κάνουν χρήση καπνού ή αλκοόλ και πόσο συχνά. Επιπλέον, μετρήθηκε ο αριθμός των τσιγάρων και των οιοπνευματωδών ποτών που καταναλώνονται ανά εβδομάδα. Όσον αφορά το αλκοόλ, μετρήθηκε και ο αριθμός των ποτών που καταναλώνονται σε κάθε περίπτωση. Η χρήση μαριχουάνας μετρήθηκε με το ερώτημα στους συμμετέχοντες εάν είχαν ποτέ δοκιμάσει μαριχουάνα. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για τη συχνότητα με την οποία έκαναν χρήση μαριχουάνας.

Η στάση απέναντι στη χρήση καπνού μετρήθηκε με έξι ερωτήσεις όσον αφορά τη φυσική κατάσταση, την υγεία, την αίσθηση του “ανήκειν” στην ομάδα ομοτίμων μέσα από το κάπνισμα και εάν οι συμμετέχοντες θεωρούν πως η χρήση καπνού θα είναι ευχάριστη. Οι απαντήσεις εκτιμήθηκαν βάσει μιας κλίμακας πέντε σημείων. Το άθροισμα των απαντήσεων έδωσε μια συνολική μέτρηση γύρω από τη στάση όσον αφορά τη χρήση καπνού (Cronbach’s α : 0,37). Επειδή ο συντελεστής αξιοπιστίας θεωρήθηκε πολύ χαμηλός, αυτή η κλίμακα δεν χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση σύγκρισης της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου. Η στάση απέναντι στη χρήση αλκοόλ μετρήθηκε με μια κλίμακα πέντε ερωτήσεων (Cronbach’s α : 0,66), και η στάση απέναντι στη

χρήση μαριχουάνας με ακόμη μια κλίμακα πέντε ερωτήσεων (Cronbach's α : 0,76). Οι συντελεστές αξιοπιστίας αυτών των κλιμάκων θεωρήθηκαν ικανοποιητικοί.

Η γνώση σχετικά με τον καπνό μετρήθηκε με τέσσερα βασικά ερωτήματα γύρω από θέματα υγείας που αφορούν τη χρήση καπνού (κλίμακα αξιολόγησης τριών σημείων). Το άθροισμα έδωσε μια συνολική μέτρηση για τη γνώση σχετικά με τον καπνό. Μια κλίμακα έξι ερωτήσεων δημιουργήθηκε για να εκτιμηθούν οι γνώσεις όσον αφορά στις επιπτώσεις που έχει στην υγεία η χρήση αλκοόλ και μια ακόμη κλίμακα τριών ερωτήσεων δημιουργήθηκε για να εκτιμηθεί η γνώση σχετικά με τις επιπτώσεις από τη χρήση μαριχουάνας.

Η αυτοαποτελεσματικότητα για το κάπνισμα μετρήθηκε με τρεις ερωτήσεις εκτίμησης της επιτυχίας να μην καπνίσεις σε διάφορες κοινωνικές περιστάσεις (σε κάποιο πάρτι, επειδή σε κοροϊδεύουν οι φίλοι σου που δεν καπνίζεις, ένας φίλος επιμένει να καπνίσεις). Οι βαθμολογίες από τις ερωτήσεις με τρεις βαθμούς αξιολόγησης συνυπολογίστηκαν, δίνοντας μια κλίμακα εκτίμησης της αυτοαποτελεσματικότητας για την αποχή από το κάπνισμα (Cronbach's α : 0,75). Η αυτοαποτελεσματικότητα για τη χρήση αλκοόλ και τη χρήση μαριχουάνας μετρήθηκε με δύο κλίμακες αντίστοιχα, κάθε μία τριών ερωτήσεων (Cronbach's α : 0,81, 0,88).

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Το πρόγραμμα «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» είναι πολυδιάστατο και πρόκειται για ένα πρόγραμμα πρόληψης σε σχολεία για μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ηλικίας 12-18 ετών. Το θεωρητικό υπόβαθρο του προγράμματος «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» στηρίχθηκε στη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς (Ajzen & Fishbein 1990), την κοινωνική, γνωσιακή θεωρία του Bandura (Bandura 1996) και το μοντέλο αλλαγής της συμπεριφοράς του McGuire (McGuire 1985). Αυτά τα μοντέλα προσαρμόστηκαν στο μοντέλο "ASE" (De Vries 1989) το οποίο εξηγεί την πρόθεση και τη συμπεριφορά διαχωρίζοντας τρεις καθοριστικούς παράγοντες: στάση (η κρίση του ατόμου για μια πιθανή συμπεριφορά), κοινωνική επιρροή (δημιουργείται από τις απόψεις και τις προσδοκίες των άλλων απέναντι στη συμπεριφορά) και αυτοαποτελεσματικότητα (η πεποίθηση του ατόμου για την επιτυχή πραγματοποίηση συγκεκριμένης συμπεριφοράς).

Το πρόγραμμα «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» αποτελείται από πέντε κύριους παράγοντες, οι οποίοι υιοθετούνται και εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 3 χρόνων για κάθε σχολείο που συμμετέχει. Το πρώτο βήμα που έπρεπε να γίνει σε κάθε σχολείο που συμμετείχε ήταν η δημιουργία μιας συντονιστικής επιτροπής, που αποτελούνταν από μέλη του προσωπικού του σχολείου (δάσκαλοι, διοικητικοί και διευθυντές), από έναν υπεύθυνο υγείας (προερχόμενο από τον τομέα εκπαίδευσης και υγείας των δημοτικών αρχών υγείας) κι από έναν εκπρόσωπο των γονιών. Αυτή η επιτροπή συντονίζει όλες τις δραστηριότητες της πρόληψης στο σχολείο και σχεδιάζει το πλάνο δράσης κάθε χρόνου.

Το δεύτερο στοιχείο του προγράμματος «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» είναι μια σειρά εκπαιδευτικών μαθημάτων για τις πρώτες τάξεις της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (12-15 χρόνων). Αυτή η σειρά αποτελείται από τρία μαθήματα τον πρώτο χρόνο που αφο-

ρούν στον καπνό, τρία μαθήματα, τον πρώτο ή τον δεύτερο χρόνο, που αφορούν στο αλκοόλ, (είναι επιλογή του εκπαιδευτικού) και τρία ακόμη μαθήματα για τη μαριχουάνα, το έκστασι και τον τζόγο. Αυτά τα μαθήματα αποτελούν τον πυρήνα του προγράμματος «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά». Αυτό που υπογραμμίζεται από το υλικό είναι πως από μόνες τους η προειδοποίηση για τους κινδύνους από τη χρήση και η πληροφόρηση δεν αρκούν για να εμποδίσουν τη χρήση ουσιών από τους μαθητές. Το πρόγραμμα «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» χρησιμοποιεί μια προσέγγιση κατά την οποία η πληροφόρηση, η ανάπτυξη μιας υγιούς στάσης απέναντι στις ουσίες και η εκπαίδευση σε δεξιότητες άρνησης αποτελούν βασικά στοιχεία. Το δεύτερο και το τρίτο μάθημα επικεντρώνονται στη στάση και τη συμπεριφορά. Σ' αυτά τα μαθήματα συμπεριλαμβάνονται δεξιότητες για την εκπαίδευση στη λήψη αποφάσεων, για την καλλιέργεια της άρνησης και στην αύξηση της αυτο-εκτίμησης. Πολύ υλικό έχει συγκεντρωθεί με στόχο τη στήριξη των εκπαιδευτικών σε αυτή την εργασία, συμπεριλαμβανομένων εγχειριδίων για όλες τις σειρές των μαθημάτων, βιντεοκασετών, ασκήσεων ανάλογα με την ηλικία και φυλλάδια για τους μαθητές.

Ο τρίτος παράγοντας είναι η διατύπωση των κανονισμών του σχολείου για τη χρήση ουσιών, για παράδειγμα για τη χρήση αλκοόλ και καπνού στο σχολείο και στις σχολικές εκδηλώσεις. Ένα εγχειρίδιο για τη διατύπωση των κανονισμών ή για την προσαρμογή των ήδη υπαρχόντων, υπάρχει στον τοπικό φορέα υγείας.

Το τέταρτο συστατικό είναι η δημιουργία ενός συστήματος έγκαιρου εντοπισμού μαθητών με προβλήματα χρήσης ουσιών, στήριξης και συμβουλευτικής αυτών των μαθητών. Τα σχολεία υποστηρίζονται μέσω της εκπαίδευσης των δασκάλων και των συμβούλων, έτσι ώστε εγκαίρως να εντοπίζεται η χρήση ουσιών, και της συμβουλευτικής. Οι υπάλληλοι από τις υπηρεσίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν τα σχολεία να αποφασίσουν, εάν είναι απαραίτητη η παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Ο πέμπτος παράγοντας εμπλέκει και τους γονείς στην πρόληψη της χρήσης στα σχολεία. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι γι' αυτό: συμπεριλαμβάνονται εγχειρίδια διοργάνωσης μιας βραδιάς με γονείς, φυλλάδια για γονείς και παραδείγματα εγκυκλίων.

ΑΝΑΛΥΣΗ

Καθώς ο σχεδιασμός ήταν σε ημιπειραματικό επίπεδο, εξετάσαμε εάν χρειαζόταν να ελέγξουμε για υπάρχουσες μεταβλητές που προκλήθηκαν εξαιτίας των διαφορών ανάμεσα στους συμμετέχοντες από την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου στην προδοκιμασία. Πραγματοποιήσαμε μια σειρά αναλύσεων πολλαπλής και λογαριθμικής Παλινδρόμησης για να εντοπίσουμε τις διαφορές ανάμεσα στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου στην προδοκιμασία όσον αφορά δημογραφικά χαρακτηριστικά, και σε όλες τις ανεξάρτητες ερωτήσεις των μεταβλητών των αποτελεσμάτων ($p < 0,05$). Τη χρονική στιγμή M_0 η αναλογία των συμμετεχόντων που κάπνιζαν ήταν μεγαλύτερη στην πειραματική ομάδα από ό,τι στην ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, εντοπίσαμε τέσσερις ερωτήσεις στην κλίμακα μέτρησης αναφορικά με τη στάση απέναντι στο κάπνισμα και την αυτοαποτελεσματικότητα για το αλκοόλ που είναι διαφορετικές στην πειραματική ομάδα και στην ομάδα ελέγχου. Ακόμη, η συνολική γνώση όσον αφορά τη χρήση μαριχουάνας ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα ελέγχου.

Οι μεταβλητές που προέκυψαν συμπεριλήφθηκαν σαν παράγοντες πρόβλεψης στην ανάλυση πολλαπλής και Λογαριθμικής Παλινδρόμησης και χρησιμοποιήθηκαν για να ελεγχθεί εάν οι διαφορές ανάμεσα στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου οφείλονταν στην παρέμβαση ή όχι. Καμία από αυτές τις μεταβλητές δεν βρέθηκε να έχει ιδιαίτερη σχέση ($p < 0,05$) με τις εξαρτημένες μεταβλητές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αποτελέσματα όσον αφορά τη χρήση ουσιών

Όπως ήταν αναμενόμενο γι' αυτή την ηλικιακή ομάδα, η αναλογία των μαθητών που έκαναν χρήση καπνού, αλκοόλ ή κάνναβης αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της μελέτης. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν σημαντικές επιδράσεις στις μετρήσεις σχετικά με τη χρήση ουσιών στο M_1 (χρήση καπνού και αλκοόλ), στο M_2 (αλκοόλ και κάνναβη) και στο M_3 (χρήση αλκοόλ) (Πίνακας 2).

Ακόμη, σημαντικά αποτελέσματα από την παρέμβαση εντοπίστηκαν στη συχνότητα καπνίσματος στο σημείο M_3 ($p < 0,05$), στη συχνότητα χρήσης αλκοόλ στο M_3 ($p < 0,01$), στον αριθμό των οιοπνευματωδών που καταναλώνονται την εβδομάδα στο σημείο M_3 ($p < 0,01$) και στον αριθμό των οιοπνευματωδών που καταναλώνονται σε κάθε περίπτωση (στο M_1 και στο M_3 $p < 0,001$). Στο σημείο M_2 η αναλογία των μαθητών που έκαναν χρήση μαριχουάνας ήταν σημαντικά μικρότερη για την πειραματική ομάδα από ό,τι για την ομάδα ελέγχου. Η διαφορά ανάμεσα στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου, όσον αφορά τη χρήση ουσιών, δεν ήταν σημαντική στο σημείο M_3 . Απροσδόκητο ήταν το γεγονός πως οι μαθητές της πειραματικής ομάδας έκαναν συχνότερη χρήση μαριχουάνας από την ομάδα ελέγχου στο M_3 .

Γνώση, στάση και αυτοαποτελεσματικότητα

Σημαντικά αποτελέσματα εντοπίστηκαν στις γνώσεις όσον αφορά τις ουσίες. Αυτό ισχύει με τη γνώση για τον καπνό, το αλκοόλ και τη μαριχουάνα στο σημείο M_3 , για τον καπνό και το αλκοόλ στο σημείο M_2 και για τον καπνό στο σημείο M_1 . Δεν εντοπίστηκαν αποτελέσματα από την παρέμβαση για την αυτοαποτελεσματικότητα όσον αφορά τη χρήση καπνού. Ένα σημαντικό αποτέλεσμα της παρέμβασης σχετικά με τη στάση γύρω από τη χρήση αλκοόλ εντοπίστηκε στο M_2 , αλλά όχι στο M_1 και το M_3 . Όσον αφορά την αυτοαποτελεσματικότητα για το αλκοόλ, σημαντικό ήταν το αποτέλεσμα που εντοπίστηκε στο σημείο M_1 , αλλά όχι στα σημεία M_2 και M_3 . Η στάση απέναντι στη χρήση κάνναβης διέφερε αρκετά ανάμεσα στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου μόνο στο σημείο M_3 , αλλά όχι στο M_1 και στο M_2 . Κανένα αποτέλεσμα δεν εντοπίστηκε από την παρέμβαση σχετικά με τη χρήση κάνναβης (Πίνακας 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αυτή η μελέτη είχε αρκετούς περιορισμούς. Καταρχάς, οι συμμετέχοντες δεν εντάχθηκαν τυχαία σε συνθήκες πειραματισμού ή σύγκρισης. Και παρόλο που πραγματοποιήθηκε λεπτομερής έλεγχος των πιθανών μεταβλητών που συνυπάρχουν, εξακολουθεί να υφίσταται ο κίνδυνος πολύ σημαντικές συνυπάρχουσες μεταβλητές να μη μετρήθηκαν. Δεύτερον, η χρήση ουσιών μετρήθηκε μόνο με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Οι συμμετέχοντες στις πειραματικές συνθήκες μπορεί να είχαν μεγαλύτερη τάση να εμ-

φανίσουν μειωμένη τη χρήση ουσιών που έκαναν. Τρίτον, δεν εξετάστηκε εάν οι εκπαιδευτικοί πραγματοποιούσαν όντως την παρέμβαση όπως περιγραφόταν από το πρωτόκολλο. Εξαιτίας λοιπόν αυτών των περιορισμών καλό θα είναι τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης να λαμβάνονται υπόψη με προσοχή.

Από την άλλη πλευρά όμως υπάρχουν κι ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Το πρόγραμμα «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» δείχνει να έχει σημαντικά αποτελέσματα για τη χρήση ουσιών, ιδιαίτερα για τη χρήση αλκοόλ. Στις ηλικίες μεταξύ 12 και 15, πολλοί έφηβοι ξεκινούν τον πειραματισμό με τον καπνό, το αλκοόλ και άλλες ουσίες. Το πρόγραμμα «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» μπορεί να ελαττώσει τον αριθμό των εφήβων που ξεκινούν τον πειραματισμό. Αποτελέσματα γύρω από τη χρήση καπνού υπήρχαν, αλλά μειώνονταν με το χρόνο και είχαν σχεδόν εξαφανιστεί με το τέλος της περιόδου που διαρκούσε η παρέμβαση.

Απροσδόκητα, η παρέμβαση έδειξε να οδηγεί σε συχνότερη χρήση μαριχουάνας γι' αυτούς που έκαναν χρήση. Το ίδιο έχει φανερί κι από άλλες έρευνες μεταξύ ολλανδών μαθητών (De Haes & Schuurman 1975). Σε αυτή την πρώιμη έρευνα εντοπίστηκε πως αυτή η αύξηση ήταν προσωρινή. Παρόλα αυτά, αυτό μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά για το πρόγραμμα «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά», το οποίο θα πρέπει να εξεταστεί πιο λεπτομερώς στο μέλλον.

Η παρέμβαση είχε θετικά αποτελέσματα στη γνώση όσον αφορά τις ουσίες. Πολλοί επαγγελματίες υγείας το θεωρούν αυτό πολύ σημαντικό αποτέλεσμα για τα προγράμματα πρόληψης στα σχολεία. Οι επαρκείς γνώσεις για τις ουσίες κι οι συνέπειες στην υγεία δείχνουν πως οι έφηβοι γνωρίζουν τουλάχιστον τους κινδύνους που θα συναντήσουν κάνοντας χρήση.

Αξιοσημείωτο είναι πως το πρόγραμμα είχε λίγα αποτελέσματα όσον αφορά τη στάση απέναντι στη χρήση ουσιών και την αυτοαποτελεσματικότητα. Στις περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει για τα προγράμματα πρόληψης στα σχολεία, σημαντικά αποτελέσματα εντοπίζονται στην στάση (Tobler κ.ά. 2000). Δεν έχουμε επαρκείς εξηγήσεις γι' αυτό το εύρημα. Ίσως, η παρέμβαση αυτή δεν επικεντρώνεται ιδιαίτερα σε αυτά τα στοιχεία. Εντούτοις, παρά την έλλειψη αποτελεσμάτων στη στάση, εντοπίστηκαν αποτελέσματα όσον αφορά τη χρήση ουσιών.

Το πιο ενδιαφέρον στοιχείο του προγράμματος «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» είναι η ευρεία διάδοσή του, περίπου στο 70% των σχολείων στην Ολλανδία. Η διάδοση του προγράμματος ήταν ένα πολύ ενδιαφέρον σημείο κατά την ανάπτυξη του προγράμματος. Η δομή της διάδοσης του προγράμματος «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» είναι οργανωμένη σε τρία επίπεδα. Το βασικό επίπεδο αποτελεί το σχολείο, στο οποίο όλα οργανώνονται από τη συντονιστική επιτροπή που αποτελεί και την κινητήρια δύναμη. Το δεύτερο επίπεδο είναι η υποστήριξη που παρέχεται στο σχολείο από τον τομέα εκπαίδευσης των τοπικών υπηρεσιών υγείας του δήμου. Στην Ολλανδία, οι δήμοι και οι υπηρεσίες υγείας των δήμων έχουν την ευθύνη για την πραγματοποίηση των συλλογικών μέτρων πρόληψης σχετικά με τους κινδύνους υγείας που διατρέχουν οι νέοι. Αυτές οι υπηρεσίες υγείας έχουν συνήθως στενή σχέση με τα σχολεία (π.χ. οδοντιατρική φροντίδα, εμβολιασμοί). Αυτές οι τοπικές υπηρεσίες προσεγγίζουν τα σχολεία και τα ενθαρρύνουν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα. Λόγω της στενής σχέσης που έχουν με τα σχολεία σε πολλούς τομείς, αυτός είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την επιτυχή διάδο-

ση του προγράμματος. Έπειτα υποστηρίζουν το σχολείο στην οργάνωση και την πραγματοποίηση του προγράμματος. Το τρίτο επίπεδο στη δομή της διάδοσης του προγράμματος «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» λαμβάνει χώρα σε εθνικό επίπεδο. Το Ίδρυμα Trimbos (Ίδρυμα για την Ψυχική Υγεία και την Εξάρτηση στην Ολλανδία, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction) συντονίζει το πρόγραμμα σε εθνικό επίπεδο. Όλο το υλικό αναπτύσσεται σε στενή συνεργασία με ειδικούς εκπαιδευτές υγείας από τις τοπικές αρχές, από εκπαιδευτικούς και μαθητές, και διανέμεται στις δημοτικές υπηρεσίες υγείας και στα σχολεία. Κάποια εξειδικευμένα εκπαιδευτικά μαθήματα πραγματοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα για τους εκπαιδευτές υγείας και το προσωπικό του σχολείου. Αυτή η τριμερής δομή διάδοσης έχει οδηγήσει στο υψηλό επίπεδο αποδοχής του προγράμματος «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» από τα σχολεία.

Αυτή η μελέτη δείχνει πως όχι μόνο είναι εφικτή η πραγματοποίηση αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης, αλλά είναι εφικτή η πραγματοποίηση προγραμμάτων ευρέως αποδεκτών από τα τοπικά σχολεία. Ο αντίκτυπος που έχει ένα πρόγραμμα μπορεί να εκφραστεί και σαν το προϊόν της αποτελεσματικότητάς του και του επιπέδου διάδοσής του. Αν και τα αποτελέσματα του προγράμματος «Υγιές Σχολείο και Ναρκωτικά» είναι πολύ πιο περιορισμένα από τα εντατικά προγράμματα πρόληψης που πραγματοποιούνται στα πανεπιστήμια, δεν υπάρχει αμφιβολία πως ο αντίκτυπος του μπορεί να είναι πολύ μεγαλύτερος. Αν και τα περισσότερα αποτελέσματα που εντοπίστηκαν ήταν θετικά, πρέπει να δοθεί η απαραίτητη προσοχή στα αρνητικά αποτελέσματα που εντοπίστηκαν στη χρήση μαριχουάνας. Τα αρνητικά αποτελέσματα στα προγράμματα πρόληψης στα σχολεία δεν είναι ιδιαίτερα συνηθισμένα, και είναι ξεκάθαρο πως είναι απαραίτητες μελλοντικές έρευνες.

Βιβλιογραφία

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1996) *Social Foundation of Thought and Actions: a Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M. & Diaz, T. (1995) Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
- Botvin, G. J., Baker, E., Filazzola, A. D. & Botvin, E. M. (1990) A cognitive-behavioural approach to substance abuse prevention: one year follow-up. *Addictive Behaviours*, 15, 47-63.
- Clayton, R. R., Cattarello, A. M. & Johnstone, B. M. (1996) The effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (project DARE): 5-year follow-up results. *Preventive Medicine*, 25, 307-318.
- De Haes, W. F. M. & Schuurman, J. H. (1975) Resultaten van het Rotterdamse drugsvoorlichtingsexperiment [Results of a drug education experiment in Rotterdam]. *Tijdschrift Voor Sociale Geneeskunde*, 53, 394-410.
- De Vries, H., Weijts, W. & Kok, G. (1992) The utilization of qualitative and quantitative data for health education programme planning, implementation and evaluation: a spiral approach. *Health Education Quarterly*, 19, 101-115.

- Ennet, S. T., Tobler, N. S., Ringwalt, C. L. & Flewelling, R. L. (1994) How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84, 1394-1401.
- Gorman, D. M. (1995) The effectiveness of DARE and other drug use prevention programmes. *American Journal of Public Health*, 85, 873.
- Jonkers, R., De Weerd, I., Nierkens, V. & Jongkind, S. (1999) De gezonde school en genotmiddelen 1995-98. Eindevaluatie [The Healthy School and Drugs 1995-98. Final evaluation]. Haarlem: ResCon.
- Lynam, D. R., Milich, R., Zimmerman, R., Novak, S. P., Logan, T. K., Martin, C., Leukefeld, C. & Clayton, R. (1999) Project DARE: no effects at 10-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 590-593.
- McGuire, W. J. (1985) Attitudes and attitude change. In: G. Lindzey & E. Aronson, eds. *The Handbook of Social Psychology*, Vol. 2. Special Fields and Applications, 3rd edn, pp. 233-346. New York: Knopf.
- Moskowitz, J. (1989) The primary prevention of alcohol problems: a critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-87.
- Perry, C. L. & Kelder, S. H. (1992) Models of effective prevention. *Journal of Adolescent Health*, 13, 355-363.
- Perry, C. L., Williams, C. L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T. L., Komro, K. A., Anstine, P. S., McGovern, P. G., Finnegan, J. R., Forster, J. L., Wagenaar, A. C. & Wolfson, M. (1996) Project Northland: outcomes of a communitywide alcohol use prevention programme during early adolescence. *American Journal of Public Health*, 86, 956-965.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. & Stackpole, K. M. (2000) School-based adolescent drug prevention programmes: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- Williams, C. L., Perry, C. L., Farbakhs, K. & Veblen-Mortenson, S. (1999) Project Northland: comprehensive alcohol use prevention for young adolescents, their parents, schools, peers and communities. *Journal of Studies on Alcohol*, S13, 112-124.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΥΓΙΕΣ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ» ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ M₀.

	Αναλογία
Φύλο	
Γυναίκα	50,9
Άντρας	49,1
“Άδεια” από τους γονείς για τη χρήση	
Καπνού	15,7
Αλκοόλ	31,2
Μαριχουάνας	2,2
Συζήτηση με τους γονείς για τη χρήση ^α	
Καπνού	66,7
Αλκοόλ	60,2
Μαριχουάνας	56,9
Πίεση από τους ομότιμους για τη χρήση ^β	
Καπνού	17,7
Αλκοόλ	13,7
Μαριχουάνας	3,9
Ηλικία	M = 12,4 (SD = 0,5)

α Οι συμμετέχοντες συζητούν κάποιες φορές ή συχνά με τους γονείς τους για τη χρήση ουσιών

β Αναλογία των συμμετεχόντων που εξέφρασαν πως δέχονται πίεση συχνά ή περιστασιακά από την ομάδα των ομοτίμων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Η ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΥΓΙΕΣ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ» ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ, ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ, 1 ΧΡΟΝΟ ΜΕΤΑ, 2 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΚΑΙ 3 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ.

	Ομάδα	M ₀	M ₁	M ₂	M ₃
<i>N</i>	Π ^a	1156	1095	1009	783 ^b
	E	774	740	660	622
Καπνός					
Αναλογία χρηστών	Π	0,055	0,092*	0,224 [#]	0,311 NS
	E	0,059	0,131	0,263	0,336
Αναλογία καθημερινής χρήσης ^c	Π	0,187	0,239 NS	0,387 NS	0,506*
	E	0,067	0,155	0,384	0,507
Τσιγάρα/ εβδομάδα (M; SD)	Π	12,07 (20,27)	12,99 (26,21)NS	20,75 (26,90)NS	28,41 (31,33)NS
	E	7,02 (13,13)	9,42 (15,51)	20,43 (29,96)	29,72 (31,90)
Αλκοόλ					
Αναλογία χρηστών	Π	0,269	0,328**	0,566***	0,738***
	E	0,318	0,428	0,654	0,805
Αναλογία εβδομαδιαίων χρηστών ^c	Π	0,120	0,157 NS	0,306 NS	0,442*
	E	0,130	0,188	0,335	0,569
Ποτά/ Εβδομάδα (M; SD)	Π	0,58 (1,57)	0,94 (2,06)NS	2,01 (4,16)NS	4,06 (7,20)**
	E	0,53 (2,08)	0,87 (1,61)	2,52 (4,92)	5,27 (7,57)
Ποτά/ Περίσταση (M; SD)	Π	1,89 (2,06)	1,96 (2,14)**	3,27 (3,47)NS	4,79 (4,30)***
	E	1,71 (1,26)	2,10 (2,25)	3,60 (3,82)	5,82 (5,78)
Μαριχουάνα					
Αναλογία χρηστών	Π	- ^d	0,025 ^c	0,071*	0,165 NS
	E	-	0,024	0,112	0,185
Αναλογία μηνιαίων χρηστών ^c	Π	- ^d	0,395	0,549	0,585*
	E	-	0,190	0,576	0,508

^a*p* < 0,1; * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001.

Π[#] = πειραματική ομάδα, E = ομάδα ελέγχου.

b Η μεγάλη μείωση των ερωτώμενων οφείλεται στον αποκλεισμό ενός εκ των σχολείων πειραματισμού.

c Αναλογία των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών (οι αναλύσεις πραγματοποιούνται για τη συνολική συχνότητα).

d Η χρήση κάνναβης δεν μετρήθηκε στο σημείο M₀, η μέτρηση για την κάνναβη στο σημείο M₁ χρησιμοποιήθηκε σαν προδοκιμασία για τις μετρήσεις στο σημείο M₂ και M₃.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Η ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΥΣΙΕΣ, ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ Η ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΥΓΙΕΣ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ» ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ, ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ, 1 ΧΡΟΝΟ ΜΕΤΑ, 2 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ, ΚΑΙ 3 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ.

	Ομάδα	M ₀	M ₁	M ₂	M ₃
Καπνός					
Γνώση	Π ^a	1,13 (1,04)	2,33 (1,03)***	2,49 (0,92)***	2,63 (0,95)**
	E	1,30 (1,07)	1,76 (0,99)	2,14 (1,05)	2,21 (1,00)
Αυτοαποτελεσματικότητα	Π	5,95 (2,73)	5,67 (2,69) NS	5,66 (2,73) NS	5,73 (3,02) NS
	E	5,83 (2,69)	5,65 (2,65)	5,77 (2,87)	5,57 (2,94)
Αλκοόλ					
Γνώση	Π	2,35 (1,43)	2,68 (1,37) NS	3,81 (1,30)***	4,12 (1,23)***
	E	2,34 (1,35)	2,69 (1,31)	3,31 (1,36)	3,68 (1,31)
Στάση	Π	11,67 (3,89)	11,59 (4,01) NS	12,18 (3,89)*	12,74 (3,78) NS
	E	11,63 (3,76)	11,71 (3,68)	12,66 (3,93)	13,09 (3,68)
Αυτοαποτελεσματικότητα	Π	6,30 (2,91)	6,10 (3,04)*	6,44 (3,23) NS	6,57 (3,37) NS
	E	6,33 (2,83)	6,32 (2,93)	6,66 (3,33)	6,58 (3,50)
Μαριχουάνα					
Γνώση	Π	-	0,82 (0,79) ^b	1,11 (0,80) NS	1,30 (0,79)***
	E	-	0,94 (0,83)	1,00 (0,82)	1,12 (0,81)
Στάση	Π	-	12,54 (4,58)	12,00 (4,23) NS	11,40 (4,06)*
	E	-	12,68 (4,20)	12,57 (4,36)	12,05 (4,14)
Αυτοαποτελεσματικότητα	Π	-	4,54 (2,54)	4,73 (2,77) NS	4,71 (2,75) NS
	E	-	4,64 (2,58)	4,80 (2,95)	4,67 (2,93)

* *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001

Π[#] = πειραματική ομάδα, E = ομάδα ελέγχου.

b Η χρήση κάνναβης δεν μετρήθηκε στο σημείο M₀, η μέτρηση για την κάνναβη στο σημείο M₁ χρησιμοποιήθηκε σαν προδοκιμασία για τις μετρήσεις στο σημείο M₂ και M₃.

Η ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ

RENEE D. GOODWIN¹ & DEBORAH S. HASIN²

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΚΟΛΕΓΙΟ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΤΗΣ ΚΟΛΟΥΜΠΙΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΝΕΑΣ ΥΟΡΚΗΣ¹ ΚΑΙ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ JOSEPH L. MAILMAN SCHOOL, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΛΟΥΜΠΙΑ, ΗΠΑ²

Μετάφραση ΦΩΤΕΙΝΗ ΔΡΑΚΟΥ

Π ε ρ ί λ η ψ η

Στόχος Ο καθορισμός της διάδοσης, των παραγόντων και των κινδύνων που αφορούν τη χρήση και τη κατάχρηση ηρεμιστικών φαρμάκων στο γενικό πληθυσμό.

Μέθοδος Τα στοιχεία προήλθαν από την Εθνική Έρευνα Συνοσηρότητας (n = 8098), και αφορούσαν ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ενηλίκων της κοινότητας. Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής Λογαριθμικής Παλινδρόμησης για να αναγνωριστούν οι συσχετισμοί στη χρήση ηρεμιστικών, στη χρήση χωρίς συνταγή γιατρού και στην προσωπικά εκτιμούμενη εξάρτηση.

Αποτελέσματα Η διάδοση της εξάρτησης στα ηρεμιστικά, κατά προσωπική εκτίμηση και κατά τη διάρκεια της ζωής, αγγίζει το 0,5%, ενώ ποσοστό 7,1% ανέφερε χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού και 17,0% που είχε λάβει ηρεμιστικά με συνταγή γιατρού αρνήθηκε την κατάχρησή τους. Τα άτομα που κάνουν χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού είναι συνήθως άντρες (OR = 0,61 (0,44, 0,86)), έχουν κατώτερο εισόδημα (OR = 0,71 (0,54, 0,94)), περισσότερη εκπαίδευση (OR = 1,51 (1,17, 1,96)), πάσχουν από κατάθλιψη (OR = 1,47 (1,04, 2,08)), αγοραφοβία (OR = 1,59 (1,09, 2,32)), ASPD (OR = 5,29 (3,42, 8,20)) και τάσεις αυτοκτονίας (OR = 1,91 (1,23, 2,94)), σε σύγκριση με όσους δεν κάνουν χρήση ηρεμιστικών. Τα άτομα που θεωρούν ότι έχουν αναπτύξει εξάρτηση είναι μεγαλύτερης ηλικίας (OR = 1,05 (1,02, 1,08)), με χαμηλότερη μόρφωση (OR = 0,2 (0,1, 0,7)) και με περισσότερες πιθανότητες ένας από τους γονείς τους να έκανε κατάχρηση φαρμάκων με συνταγή γιατρού (OR = 4,3 (1,03, 18,03)), σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς εξάρτηση στα ηρεμιστικά.

Συμπεράσματα Σχεδόν ένας στους 10 ενήλικες αναφέρει κατάχρηση ηρεμιστικών κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του. Η χρήση και η κατάχρηση των ηρεμιστικών φαρμάκων, σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και κινδύνου αυτοκτονίας και σχετίζονται άμεσα με τη γονική κατάχρηση φαρμάκων στο γενικό πληθυσμό. Περαιτέρω έρευνες για την αποτελεσματικότερη κατανόηση της φύσης αυτών των συσχετισμών, μπορεί να οδηγήσουν τελικά σε βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προληπτικών παρεμβάσεων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάχρηση συνταγογραφημένων φαρμάκων παρουσιάζει αύξηση στις Ηνωμένες Πολιτείες (¹Gilson, Chilcoat & Stapleton 1996). Το 1999, το 3,5% των ενηλίκων ηλικίας 18-25 ετών, ανέφερε μη ιατρική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό του 1,6% το 1994. Τα ηρεμιστικά

αποτελούν τα φάρμακα που συνταγογραφούνται περισσότερο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η διάδοση των διαταραχών κατάχρησης και εξάρτησης (κατά τη διάρκεια της ζωής) από ηρεμιστικά υπολογίστηκε ότι αγγίζει το 1,2% περίπου σε προηγούμενες μεγάλης κλίμακας επιδημιολογικές έρευνες στον ενήλικο πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών (²Robins & Regier 1991- ³Warner et al. 1995). Προηγούμενες εργασίες σε δείγματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν δείξει σημαντική συνοσηρότητα και πρόωρη θνησιμότητα που σχετίζονται με τη χρήση ηρεμιστικών-υπνωτικών (⁶Allgulander, Borg & Vokander 1984- ⁴Allgulander 1986- ⁵Allgulander & Nasman 1991). Εκτός όμως από τους υπολογισμούς διάδοσης, γνωρίζουμε ελάχιστα για τους παράγοντες πρόγνωσης, τους κινδύνους και τα αποτελέσματα που σχετίζονται με τη χρήση και κατάχρηση ηρεμιστικών στον γενικό πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών.

Ο κίνδυνος κατάχρησης και τα προβλήματα που σχετίζονται με την κλινική χρήση των ηρεμιστικών θεωρείται ότι κυμαίνονται σε υψηλότερα επίπεδα από τα αντίστοιχα των υπόλοιπων φαρμακολογικών μέσων που συνταγογραφούνται επίσης για θεραπευτικούς σκοπούς (⁷Romach et al. 1995- ⁸Pelissolo et al. 1996). Στο χώρο της κλινικής ψυχιατρικής, οι διαταραχές χρήσης ουσιών θεωρούνται ένδειξη κακής πρόγνωσης και συχνά συνεπάγεται ότι η πιθανότητα ανάρρωσης από την όποια ψυχική ασθένεια μειώνεται δραστικά από τη συνυπάρχουσα διαταραχή χρήσης ουσιών (⁹Swofford et al. 2000). Αρκετές μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι το άγχος, η χρήση ουσιών και οι διαταραχές προσωπικότητας σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο κακής χρήσης / κατάχρησης στους πληθυσμούς των ψυχιατρικών ασθενών (¹¹Chutuape, Brooner & Stitzer 1997- ¹⁰Deacon & Valentiner 2000). Συγκεκριμένα, στοιχεία από προηγούμενες έρευνες μας δείχνουν ότι η κατάχρηση ηρεμιστικών μπορεί να αντικατοπτρίζει μια προσπάθεια αυτο-ίασης της κατάθλιψης στους εξωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς (¹³Fava et al. 1997- ¹²Patten & Love 1997). Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η εκτεταμένη χρήση ηρεμιστικών μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης (¹⁴Goldberg et al. 1999- ¹⁵Romach et al. 1999). Η κατάχρηση των ηρεμιστικών έχει σημειωθεί στα άτομα με διπολική διαταραχή και σχετίζεται με κακή αντίδραση στην ψυχοφαρμακολογική θεραπεία καθώς και με χαμηλά θεραπευτικά αποτελέσματα, στο συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό (¹⁶Himmelhoch et al. 1976). Κλινικά και επιδημιολογικά δείγματα έχουν επίσης υποστηρίξει την ύπαρξη συνδέσμου ανάμεσα στη χρήση / κατάχρηση ηρεμιστικών και στις επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας (¹⁸Allgulander, Ljungberg & Fisher 1987- ¹⁷Mendelson & Rich 1993). Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι η κατάχρηση ηρεμιστικών μπορεί να συμβάλει στη σχέση ανάμεσα στις κρίσεις πανικού και τις απόπειρες αυτοκτονίας (¹⁹Korn κ.ά. 1992).

Με δεδομένες τις προτεινόμενες επιπλοκές και τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση ηρεμιστικών σε κλινικούς χώρους, είναι αξιοσημείωτο ότι υπάρχουν πραγματικά ελάχιστα διαθέσιμες πληροφορίες για την κατάχρηση ηρεμιστικών στο γενικό πληθυσμό στις Ηνωμένες Πολιτείες, ειδικά σε σύγκριση με τα αντίστοιχα στοιχεία για τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών (π.χ. κοκαΐνη, ηρωίνη). Μία πρόσφατη μελέτη κατάφερε να τεκμηριώσει τη σχέση μεταξύ της αυξημένης χρήσης / κατάχρησης ηρεμιστικών στα περιστατικά αυτοκτονιών σε δείγμα βασισμένο στην κοινότητα (¹⁹Korn κ.ά. 1992) και τις χαμηλότερες αναλογίες ανάρρωσης (¹⁶Himmelhoch κ.ά. 1976). Μελέτες που έγιναν με στοιχεία διδύμων δείχνουν ότι η χρήση / κατάχρηση ηρεμιστικών μπορεί να προϋποθέτει και έναν ισχυρό γενετικό παράγοντα (²¹Tsuang κ.α.. 1996- ²²Kendler κ.ά. 2000). Προηγούμενα στοιχεία, σε δείγμα βασισμένο στη κοινότητα, μας δείχνουν

επίσης ότι η εμφάνιση συχνών αποτυχημένων προσπαθειών διακοπής της χρήσης των συνταγογραφημένων ηρεμιστικών μπορούν να οδηγήσουν στην αναζήτηση θεραπείας, δηλώνοντας ότι η διάδοση της προβληματικής χρήσης μπορεί να κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα ακόμη και όταν ξεκινάει κάτω από θεραπευτικές συνθήκες (^{<10>}Deacon & Valentiner 2000).

Καμία προηγούμενη μελέτη δεν έχει ασχοληθεί άμεσα με τους ψυχοπαθολογικούς παράγοντες, τους κινδύνους και την κοινωνική νοσηρότητα που σχετίζονται με την κατάχρηση ηρεμιστικών από ενήλικες στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι στόχοι αυτής της μελέτης, που σκοπός της είναι να καλύψει εν μέρει αυτό το κενό, ήταν τρεις. Πρώτον, η μελέτη καθόρισε τη διάδοση της χρήσης ηρεμιστικών, τη χρήση χωρίς συνταγή γιατρού και την προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση σε ενήλικες στον πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών. Δεύτερον, η μελέτη καθόρισε τις διαφορές στην ψυχιατρική νοσηρότητα, τις τάσεις αυτοκτονίας και την οικογενειακή ψυχοπαθολογία στα άτομα που ανέφεραν χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού και όσους θεωρούν ότι έχουν αναπτύξει εξάρτηση στα ηρεμιστικά, σε σύγκριση με όσους έλαβαν ηρεμιστικά με συνταγή γιατρού και δεν ανέφεραν κατάχρηση. Τρίτον, η μελέτη αναγνωρίζει τα στοιχεία πρόγνωσης της χρήσης χωρίς συνταγή γιατρού και της προσωπικά εκτιμώμενης εξάρτησης στα ηρεμιστικά, στους ενήλικες του γενικού πληθυσμού. Υποθέσαμε ότι η κατάχρηση ηρεμιστικών είναι συνηθισμένο πρόβλημα που σχετίζεται με υψηλές αναλογίες ψυχοπαθολογίας και συμπεριφοράς με τάσεις αυτοκτονίας στην κοινότητα.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Δείγμα

Η Εθνική Έρευνα Συνοσηρότητας βασίζεται σε ένα τυχαίο εθνικό δείγμα (n = 8098) που αποτελείται από άτομα ηλικίας 15-54 ετών στον μη-ιδρυματοποιημένο πληθυσμό 48 γειτονικών πολιτειών στις ΗΠΑ (^{<23>}Kessler κ.α.. 1994). Η συλλογή στοιχείων πραγματοποιήθηκε στο διάστημα μεταξύ του Σεπτεμβρίου του 1990 και του Φεβρουαρίου του 1992. Το ποσοστό απαντήσεων ήταν 82,4%. Τα στοιχεία υπολογίστηκαν για τις διαφορετικές πιθανότητες επιλογής και μη-απάντησης. Χρησιμοποιήθηκε επίσης στατιστική στάθμη για την προσαρμογή του δείγματος ούτως ώστε να προσεγγίζει τη διαταξινόμηση της κατανομής του πληθυσμού, σε ένα φάσμα κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών. Η στατιστική στάθμιση και μια πλήρης περιγραφή της μεθοδολογίας της μελέτης δίνονται λεπτομερώς σε άλλο σημείο (^{<23>}Kessler κ.ά. 1994- ^{<24>}Kessler, Little & Groves 1995).

Διαγνωστική αξιολόγηση

Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις λήφθηκαν από μια τροποποιημένη έκδοση της Σύνθετης Διεθνούς Διαγνωστικής Συνέντευξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) (^{<25>}WHO 1990), μια δομημένη συνέντευξη, σχεδιασμένη για χρήση από εκπαιδευμένους συμβούλους, όχι κλινικούς. Οι δοκιμαστικές μελέτες επανεκτίμησης των εργαλείων του ΠΟΥ (^{<26>}Wittchen 1994) και της Εθνικής Έρευνας Συνοσηρότητας (^{<28>}Blazer κ.ά. 1994- ^{<27>}Wittchen κ.ά. 1995) τεκμηρίωσαν την αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα όλων αυτών των διαγνώσεων. Οι ψυχιατρικές διαταραχές που εξετάστηκαν εδώ, περιλαμβάνουν τις εξής: μείζονα διαταραχή κατάθλιψης, γενικευμένη διαταραχή άγχους, αγοραφοβία, απλή φοβία, κοινωνική φοβία, μετά-τραυματική διαταραχή άγχους, κρί-

σεις πανικού, μη συναισθηματικές ψυχώσεις, διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας, διπολική διαταραχή, δυσθυμία, μανία και εξάρτηση από αλκοόλ (χρόνιες διαγνώσεις). Κάθε συμμετέχων προσκόμισε έγγραφη ενσυνείδητη συγκατάθεση, αφού του έγινε πλήρης επεξήγηση της μελέτης.

Χρήση, κατάχρηση και εξάρτηση από ηρεμιστικά φάρμακα

Στα άτομα τέθηκαν έξι ερωτήσεις για τη χρήση ηρεμιστικών. Πρώτα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν αν τους είχε δοθεί συνταγή γιατρού με ηρεμιστικό και μετά ρωτήθηκαν ξεχωριστά αν τους είχε δοθεί τέτοια συνταγή και για καταπραϋντικά φάρμακα. Έπειτα, τα άτομα ρωτήθηκαν αν είχαν κάνει ποτέ μόνα τους χρήση ηρεμιστικών, χωρίς να τους έχει χορηγηθεί συνταγή ή αν είχαν κάνει χρήση ποσότητας μεγαλύτερης από αυτήν που τους είχε υπαγορευθεί από το γιατρό τους. Η ερώτηση αυτή επαναλήφθηκε και για τη χρήση καταπραϋντικών και όσοι απάντησαν θετικά, τοποθετήθηκαν στην ομάδα χρήσης ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού. Τέλος, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν εάν ήταν εξαρτημένοι στα ηρεμιστικά και στα καταπραϋντικά. Τα άτομα που έδωσαν θετικές απαντήσεις σε οποιαδήποτε από τις δύο ερωτήσεις αποτέλεσαν την ομάδα προσωπικής εκτίμησης για εξάρτηση από τα ηρεμιστικά.

Αναλυτική στρατηγική

Για να καθοριστούν οι διαφορές στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των τεσσάρων ομάδων, χρησιμοποιήθηκαν χ^2 εξετάσεις: (1) όσοι δεν είχαν πάρει συνταγή γιατρού για ηρεμιστικά ούτε είχαν κάνει κατάχρηση, (2) όσοι είχαν πάρει συνταγή γιατρού για ηρεμιστικά, (3) όσοι έκαναν χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού και (4) όσοι θεωρούσαν ότι ήταν εξαρτημένοι από τα ηρεμιστικά. Όλες οι εξετάσεις ήταν αμφίπλευρες και η σπουδαιότητα ορίστηκε στο 0,05. Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις λειτουργικής παλινδρόμησης με πολλές μεταβλητές για τον υπολογισμό των αναλογιών πιθανοτήτων (με 95% διαστήματα βεβαιότητας) του συσχετισμού μεταξύ χρήσης ηρεμιστικών, της κατάχρησης και της προσωπικά εκτιμώμενης εξάρτησης και ψυχιατρικής νοσηρότητας, οικογενειακής ψυχοπαθολογίας και σκέψεων αυτοκτονίας και συμπεριφορών, με προσαρμογές για τις διαφορές σε ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση και εισόδημα. Χρησιμοποιήθηκαν έπειτα αναλύσεις πολλαπλής Λογαριθμικής Παλινδρόμησης για τον εντοπισμό των συσχετισμών της κατάχρησης ηρεμιστικών (χρήση χωρίς συνταγή γιατρού και προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση συνδυαστικά), σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έκαναν χρήση ηρεμιστικών στην κοινότητα, χρησιμοποιώντας όλους τους παράγοντες στις πρώτες δύο αναλύσεις σαν πιθανούς παράγοντες πρόγνωσης. Η ίδια μέθοδος χρησιμοποιήθηκε έπειτα για τον εντοπισμό των καθοριστικών παραγόντων της προσωπικά εκτιμώμενης εξάρτησης. Έπειτα εκτελέστηκαν αναλύσεις με στατιστικές στάθμες και μονάδες δειγματοληψίας (²¹Tsuang κ.ά. 1996- ²²Kendler κ.ά. 2000) χρησιμοποιώντας το STATA 2.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διάδοση και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Η διάδοση της προσωπικά εκτιμώμενης εξάρτησης στα ηρεμιστικά κατά τη διάρκεια της ζωής ορίστηκε στο 0,5%. Η χρήση χωρίς συνταγή γιατρού άγγιξε το 7,1% και ποσοστό 17,0% ήταν η χρήση ηρεμιστικών με συνταγή γιατρού (με άρνηση στη κακή χρήση).

Τα άτομα που ανέφεραν χρήση χωρίς συνταγή γιατρού ήταν κατά πολύ νεότερα και συνήθως είναι άντρες, σε σύγκριση με τα άτομα που έκαναν χρήση συνταγογραφημένων ηρεμιστικών και όσους ανέφεραν προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση (βλ. Πίνακα 1). Τα άτομα με προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση ήταν κατά πολύ μεγαλύτερα, πιθανότερα γυναίκες και ανήκουν σε μειονότητες, είναι σπανιότερα παντρεμένες και είχαν χαμηλότερο εισόδημα και μόρφωση, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έκαναν χρήση μη συνταγογραφημένων ηρεμιστικών. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα με χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού, σε σύγκριση με όσους δεν έκαναν χρήση ηρεμιστικών.

Ψυχιατρική νοσηρότητα

Φαίνεται ότι υπάρχει μια σχέση δόσης-αντίδρασης ανάμεσα στο επίπεδο χρήσης και κατάχρησης ηρεμιστικών και το επίπεδο εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας (βλ. Πίνακα 2). Με την εξαίρεση της εξάρτησης στο αλκοόλ και της διαταραχής αντικοινωνικής προσωπικότητας, οι πιθανότητες για κάθε ψυχική διαταραχή αυξήθηκαν από όσους δεν έκαναν χρήση ηρεμιστικών, σε όσους έκαναν χρήση με συνταγή γιατρού, σε όσους έκαναν χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή και σε όσους ανέφεραν προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση. Οι αναλύσεις αυτές προσαρμόστηκαν σύμφωνα με τις διαφορές σε ηλικία, φύλο, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, μόρφωση και εισόδημα. Το ίδιο μοτίβο επαναλήφθηκε και με την εξάρτηση στο αλκοόλ και τη διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας, μόνο που η πιθανότητα στα άτομα με προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση ήταν σημαντικά χαμηλότερη από αυτήν στα άτομα που έκαναν χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού.

Οικογενειακή ψυχοπαθολογία

Παρουσιάστηκαν αρκετές αξιοσημείωτες διαφορές στην γονική ψυχοπαθολογία στις τέσσερις ομάδες (βλ. Πίνακα 3). Τα άτομα που κάνουν χρήση ηρεμιστικών με συνταγή γιατρού, έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι έχουν ένα γονέα που πάσχει από κατάθλιψη, γενική διαταραχή εξάρτησης (GAD), που υποβάλλεται σε θεραπεία για τη γενική διαταραχή εξάρτησης ή που έχει εγκαταλείψει την οικογένεια. Όσοι κάνουν χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού, εμφανίζουν υψηλότερες αναλογίες σε κάθε τύπο οικογενειακής ψυχοπαθολογίας. Η προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση σχετίζεται με υψηλότερες γονικές απόπειρες αυτοκτονίας και γονική εγκατάλειψη, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς χρήση ηρεμιστικών. Όλες αυτές οι αναλύσεις προσαρμόστηκαν για τις διαφορές σε ηλικία, φύλο, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, μόρφωση και εισόδημα.

Σκέψεις αυτοκτονίας και συμπεριφορά με τάσεις αυτοκτονίας

Φαίνεται να υπάρχει μια σχέση δόσης-αντίδρασης ανάμεσα στη χρήση και κατάχρηση ηρεμιστικών και τις σκέψεις, τον προγραμματισμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας (στη διάρκεια της ζωής) (βλ. Πίνακα 4). Για παράδειγμα, τα άτομα που κάνουν χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού, έχουν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν σχέδια αυτοκτονίας, σε σύγκριση με όσα είχαν συνταγή γιατρού για ηρεμιστικά και τα άτομα που ανέφεραν προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση από τα ηρεμιστικά ήταν περισσότερες από δυο φορές πιθανότερο να κάνουν σχέδια αυτοκτονίας σε σύγκριση με τα άτομα που έκαναν χρήση χωρίς συνταγή γιατρού.

Συσχετισμοί χρήσης και κατάχρησης ηρεμιστικών

Η χρήση μη συνταγογραφημένων ηρεμιστικών σε σύγκριση με την έλλειψη χρήσης ηρεμιστικών. Τα αποτελέσματα αναλύσεων πολλαπλής Λογαριθμικής Παλινδρόμησης αποκάλυψαν συσχετισμούς ανάμεσα στη χρήση μη συνταγογραφημένων ηρεμιστικών, με διαφορές σε κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά, ψυχιατρική νοσηρότητα, οικογενειακή ψυχοπαθολογία και τάσεις αυτοκτονίας. Η χρήση μη συνταγογραφημένων ηρεμιστικών σχετίζεται με χαμηλότερο εισόδημα [OR = 0,71 (0,54, 0,94)], χαμηλότερη μόρφωση [OR = 1,51 (1,17, 1,96)], επηρεάζει περισσότερο τους άνδρες [OR = 0,61 (0,44, 0,86)], που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη [OR = 1,47 (1,04, 2,08)], αγοραφοβία [OR = 1,59 (1,09, 2,32)], ASPD [OR = 5,29 (3,42, 8,20)], εξάρτηση στο αλκοόλ [OR = 4,32 (3,21, 5,81)] και με τάσεις αυτοκτονίας [OR = 1,91 (1,23, 2,94)], σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έκαναν χρήση ηρεμιστικών.

Προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση σε σχέση με τη χρήση μη συνταγογραφημένων ηρεμιστικών. Η προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση από τα ηρεμιστικά σχετίζεται με τη χαμηλότερη μόρφωση [OR = 0,18 (0,06, 0,5)], τη μεγαλύτερη ηλικία [OR = 1,05 (1,02, 1,08)] και την ύπαρξη ενός γονέα που έκανε κατάχρηση συνταγογραφημένων φαρμάκων [OR = 4,3 (1,03, 18,03)], σε σύγκριση με τα άτομα που έκαναν χρήση μη συνταγογραφημένων ηρεμιστικών χωρίς εξάρτηση. Οι παραπάνω συσχετισμοί διατηρούνται και μετά την ταυτόχρονη προσαρμογή για διαφορές σε κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, ψυχικές διαταραχές, οικογενειακή ψυχοπαθολογία και τάσεις αυτοκτονίας.

ΑΝΑΛΥΣΗ

Η χρήση μη συνταγογραφημένων ηρεμιστικών και η προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση από τα ηρεμιστικά, είναι συνηθισμένα προβλήματα των ενηλίκων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα παρόντα στοιχεία μας δείχνουν ότι περίπου ένας στους 10 ενήλικες έχει κάνει χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού, ή έχει εξαρτηθεί από αυτά και ότι η χρήση αυτή σχετίζεται με υψηλά επίπεδα στην ψυχοπαθολογία, τις τάσεις αυτοκτονίας και τις απόπειρες αυτοκτονίας. Σε συνέχεια της υπόθεσής μας, η οικογενειακή ψυχοπαθολογία και οι τάσεις αυτοκτονίας ήταν περισσότερο διαδεδομένες στα άτομα με κατάχρηση ηρεμιστικών παρά σε αυτά με ορθή χρήση. Εμφανίζεται μια σχετικά σταθερή γραμμική σχέση μεταξύ του επιπέδου χρήσης ηρεμιστικών και του επιπέδου ψυχοπαθολογίας, της γονικής ψυχοπαθολογίας και των τάσεων αυτοκτονίας. Αρκετά ενδιαφέρον είναι ότι η προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση από τα ηρεμιστικά προγνώστηκε συγκεκριμένα από τη γονική κατάχρηση συνταγογραφημένων φαρμάκων, ακόμη και μετά τον έλεγχο των διαφορών στα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και τις ψυχικές διαταραχές. Αυτή η επίδραση ήταν συγκεκριμένη και είναι συνεπής με τα ευρήματα από μελέτες σε διδύμους για την κληρονομικότητα στην κατάχρηση ουσιών, ενώ αποτελεί την πρώτη απόδειξη αυτού του συσχετισμού σε δείγμα αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών (¹⁹Korn κ.ά. 1992).

Οι αυξημένες αναλογίες διαταραχών συνοσηρότητας κατάθλιψης και άγχους, στα άτομα με κατάχρηση ηρεμιστικών, δεν πρέπει να προκαλούν έκπληξη, καθώς το σημείο αυτό έχει ήδη τεκμηριωθεί σε προηγούμενα κλινικά δείγματα (⁸Pelissolo κ.ά. 1996-

^{<9>}Swofford κ.ά. 2000). Τα υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας ανάμεσα στα άτομα που ανέφεραν προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση είναι επίσης συνεπή με τα κλινικά στοιχεία (^{<6>}Allgulander κ.ά. 1984). Οι αναλογίες διάδοσης της μελέτης μας είναι συνεπείς με τους προηγούμενους υπολογισμούς διάδοσης των ορισμών DSM για την εξάρτηση από ουσίες, συμπεριλαμβάνοντας τα ηρεμιστικά (^{<4>}Allgulander 1986-^{<3>}Warner κ.ά. 1995- ^{<27>}Wittchen κ.ά. 1995). Αξίζει να σημειωθούν οι σημαντικές αυξήσεις στην ψυχοπαθολογία και τις τάσεις αυτοκτονίας που σχετίζονται με τη χρήση χωρίς συνταγή γιατρού, στοιχείο που δεν έχει εξεταστεί σε προηγούμενους υπολογισμούς και που βασίζονται σε κριτήρια DSM για κατάχρηση ουσιών και εξάρτηση (^{<27>}Wittchen κ.ά. 1995). Οι διαφορές ανάμεσα στα άτομα που κάνουν χρήση χωρίς συνταγή γιατρού και τη χρήση συνταγογραφημένων ηρεμιστικών αποκάλυψε ένα αξιωματικό μοτίβο. Για παράδειγμα, τα άτομα με χρήση μη συνταγογραφημένων ηρεμιστικών ήταν νεότερα, άντρες, ανύπαντροι και με περισσότερες πιθανότητες να έχουν αναπτύξει διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας, εξάρτηση στο αλκοόλ και με ένα γονέα που έκανε κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών καθώς και όλους τους υπόλοιπους τύπους οικογενειακής ψυχοπαθολογίας που καλύπτονται στη συνέντευξη. Ενδιαφέρον έχει επίσης ότι η προσωπικά αναφερόμενη εξάρτηση στα ηρεμιστικά, δεν σχετίζεται με διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας ή εξάρτησης στο αλκοόλ. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι αυτοί οι συσχετισμοί μπορεί να περιγράφουν διαφορετικές κλινικές εικόνες για όσους διατρέχουν κίνδυνο για χρήση μη συνταγογραφημένων ηρεμιστικών και για όσους διατρέχουν κίνδυνο για προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση από ηρεμιστικά στην κοινότητα και μπορεί να είναι χρήσιμες στον εντοπισμό των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο στο κλινικό χώρο.

Ο μηχανισμός συσχετισμού μεταξύ της κατάχρησης ηρεμιστικών και των ψυχικών διαταραχών συνοσηρότητας είναι άγνωστος. Ίσως η κατάθλιψη και το άγχος οδηγούν τους ανθρώπους στη χρήση ηρεμιστικών που χορηγήθηκαν αρχικά ως θεραπεία για τις παραπάνω παθήσεις, και ακολουθήθηκαν από προσωπική χρήση φαρμάκων και κατάχρηση σε μερικά άτομα. Η υπόθεση αυτή υποστηρίζεται από αυτά τα αποτελέσματα, καθώς οι διαταραχές κατάθλιψης και άγχους ήταν πολύ πιο συνηθισμένες στα άτομα που έκαναν χρήση συνταγογραφημένων ηρεμιστικών σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έκαναν χρήση και ακόμη υψηλότερες στα άτομα που έκαναν χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού ή σε όσους ανέφεραν εξάρτηση. Εναλλακτικά, μπορεί η υπερβολική χρήση ηρεμιστικών να οδηγεί στην εμφάνιση άγχους ή κατάθλιψης. Είναι επίσης πιθανό να υπάρχει μια κοινή τρωτότητα για ψυχικές διαταραχές (π.χ. άγχος και κατάθλιψη) και κακή χρήση ουσιών (π.χ. ηρεμιστικά) που αντικατοπτρίζεται από αυτό το μοτίβο συνοσηρότητας.

Σε συνέχεια της υπόθεσής μας, οι αναλογίες γονικής ψυχοπαθολογίας ήταν σημαντικά υψηλότερες στα άτομα με κατάχρηση ηρεμιστικών απ' ότι σε αυτά χωρίς κατάχρηση ηρεμιστικών. Οι αναλογίες οικογενειακής ψυχοπαθολογίας και κατάχρησης ουσιών είναι προφανώς υψηλότερες στα άτομα με χρήση μη συνταγογραφημένων ηρεμιστικών, αλλά μόνο οι μεταβλητές οικογενειακών συγκρούσεων (δηλαδή γονική εγκατάλειψη και απόπειρα αυτοκτονίας) είναι σημαντικά υψηλότερες στα άτομα με εξάρτηση. Ενδιαφέρον έχει ότι η γονική κατάχρηση συνταγογραφημένων φαρμάκων αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης στην προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση στα ηρεμιστικά στην προσαρμοσμένη ανάλυση, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα για την κατάχρηση, αλλά ούτε η γονική κατάθλιψη, ούτε οι διαταραχές άγχους, κατάθλιψης ή κατάχρησης

αλκοόλ δεν σχετίζονται με την εξάρτηση από τα ηρεμιστικά, κάτι που ίσως δηλώνει ότι η επίδραση αυτή μπορεί να είναι συγκεκριμένη. Τα ευρήματα αυτά είναι συνεπή με στοιχεία από οικογενειακές μελέτες συνοσηρότητας διαταραχών διάθεσης και χρήσης ουσιών (^{<28>}Blazer κ.ά. 1994- ^{<29>}Wittchen κ.ά. 1996) και στοιχεία από μελέτες σε διδύμους (^{<19>}Korn κ.ά. 1992), γεγονός που δείχνει ότι οι διαταραχές χρήσης ουσιών είναι οικογενειακές, αλλά η ιδιαιτερότητα του συσχετισμού αυτού δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί σε μελέτη κλινική ή μελέτη πληθυσμού.

Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της. Η στατιστική απόκλιση αναφορών αποτελεί μια πιθανή αδυναμία της μελέτης, καθώς η αξιολόγηση της χρήσης ηρεμιστικών εξαρτάται από την προσωπική αναφορά, παρότι δεν έχουμε στοιχεία που να μας δείχνουν ότι αυτό συμβαίνει με διαφορετικό τρόπο σε ορισμένα άτομα από ό,τι σε άλλα. Επίσης, η χρήση συγχρονικών στοιχείων περιορίζει τη διερεύνηση της αλληλουχίας στο χρόνο που άρχισε η χρήση ηρεμιστικών και στον καθορισμό των ψυχικών διαταραχών. Δεν υπήρξαν στοιχεία για τη συχνότητα χρήσης και η αξιολόγηση δεν αποτίμησε συγκεκριμένα συμπτώματα κατάχρησης και εξάρτησης. Επομένως, δεν ήταν δυνατό να εκτιμηθεί η σοβαρότητα αυτών των δομών από τα στοιχεία που παρέχονται. Η διερεύνηση της αλληλουχίας στην εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων ενδέχεται να παρουσιάζει ενδιαφέρον για μελλοντικές μελέτες σ' ό,τι αφορά την εξέταση του μηχανισμού των σχέσεων αυτών με περισσότερες λεπτομέρειες. Επίσης, δεν υπήρχαν διαθέσιμες πληροφορίες για τη χρήση / κατάχρηση ηρεμιστικών ή καταπραυντικών χωρίς συνταγή γιατρού και τα στοιχεία για τη χρήση ηρεμιστικών/ καταπραυντικών αφορούσαν ολόκληρη τη ζωή και όχι μόνο το παρόν. Το μέγεθος του δείγματος μπορεί να περιορίσει τη στατιστική ισχύ ορισμένων μετρήσεων και ο μεγάλος αριθμός στατιστικών μετρήσεων θα μπορούσε να δώσει πλαστούς συσχετισμούς, μια πιθανότητα που πρέπει να ληφθεί υπόψη στην ερμηνεία των στοιχείων από αυτές τις περιγραφικές αναλύσεις.

Τα ευρήματα αυτά πρέπει να θεωρηθούν προκαταρκτικά και χρειάζονται επαλήθευση. Η σχέση δόσης-αντίδρασης μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και της χρήσης ηρεμιστικών ενδυναμώνει τον παρατηρούμενο συσχετισμό. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν προοπτικά τον μηχανισμό του συσχετισμού ανάμεσα στη γονική κατάχρηση ουσιών και χρήση ουσιών από τους απογόνους, που χρησιμοποιούν συνταγογραφημένα φάρμακα αντί ή επιπλέον των παρανόμων ναρκωτικών ουσιών, για να κατανοηθεί η αιτιολογία της κατάχρησης ηρεμιστικών καθώς και για να εντοπιστούν οι στόχοι της πρόληψης.

Το τελευταίο μας μοντέλο δείχνει ότι η προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση μπορεί να διαγνωστεί από τη γονική κατάχρηση συνταγογραφημένων φαρμάκων και ότι αυτή η επίδραση είναι ανεξάρτητη από τη συνοσηρότητα ψυχικών διαταραχών. Επομένως, οι προσπάθειες εντοπισμού των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο μπορεί να περιλαμβάνουν απόπειρες έγκαιρης παρέμβασης για παιδιά γονέων με διαταραχές κατάχρησης ουσιών, εάν τα ευρήματα αυτά επαληθευτούν. Ενώ τα προγράμματα αυτού του τύπου χρησιμοποιούνται επί του παρόντος μόνο για άτομα με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ και παράνομων ναρκωτικών ουσιών, μπορεί να υπάρχει λιγότερη ενημέρωση για τον κίνδυνο συγκεκριμένων καταχρήσεων ουσιών από τα παιδιά των οποίων οι γονείς κάνουν κατάχρηση φαρμάκων, καθώς δίνεται λιγότερη προσοχή στο πρόβλημα γενικά. Οι μελέτες αυτές προωθούν την προσπάθεια να γίνουν κατανοητές οι αιτίες που

οδηγούν στην κατάχρηση ηρεμιστικών και να εντοπιστούν οι στόχοι για προληπτικές προσπάθειες.

Τα αποτελέσματα αυτά αποκαλύπτουν αρκετές διαφορές στους βασισμένους στον πληθυσμό συσχετισμούς της χρήσης μη συνταγογραφημένων ηρεμιστικών και της προσωπικά εκτιμούμενης εξάρτησης. Επομένως, όταν στην κλινική πρακτική στοχεύουμε στα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο από την κατάχρηση ηρεμιστικών στην κλινική άσκηση και για το διαχωρισμό τους από αυτούς στους οποίους τα ηρεμιστικά χορηγούνται θεραπευτικά, απαιτείται η αναγνώριση δύο ξεχωριστών προφίλ κινδύνου. Με δεδομένο ότι τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι σχεδόν ένας στους 10 ενήλικες Αμερικάνους κάνει κατάχρηση ηρεμιστικών κάποια στιγμή στη ζωή του και ότι αυτή η κατάχρηση σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ψυχιατρικής συνοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας, χρειάζεται οπωσδήποτε μελλοντική διερεύνηση της αιτιολογίας, της πορείας και των πιθανοτήτων να προληφθεί η κατάχρηση ηρεμιστικών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν γι' αυτή την εργασία προσκομίστηκαν από το Εθνικό Ίδρυμα Ψυχικής Υγείας (επιδοτήσεις R01 MH/DA 46376 and R01 MH49098), το Εθνικό Ινστιτούτο Κατάχρησης Ναρκωτικών (με προσθήκη στο R01 MH/DA 46376) και το Ίδρυμα Επιχορηγήσεων W.T. (επιδότηση 90135190).

Αναφορές

- Allgulander, C. (1986) History and current status of sedative-hypnotic drug use and abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 645-667.
- Allgulander, C., Borg, S. & Vokander, B. (1984) A 4-6 year follow-up of 50 patients with primary dependence on sedative and hypnotic drugs. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1580-1582.
- Allgulander, C., Ljungberg, L. & Fisher, L. D. (1987) Long-term prognosis in addiction on sedative and hypnotic drugs analyzed with the Cox regression model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 521-531.
- Allgulander, C. & Nasman, P. (1991) Regular hypnotic drug treatment in a sample of 32,679 Swedes: associations with somatic and mental health, in-patient treatment, psychiatric treatment and suicide, derived from automated prescription-record linkage. *Psychosomatic Medicine*, 53, 101-108.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. & Swartz, M. S. (1994) The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Co-morbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986.
- Chutuape, M. A., Brooner, R. K. & Stitzer, M. (1997) Sedative use disorders in opiate-dependent patients: association with psychiatric and other substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 289-297.
- Deacon, B. J. & Valentiner, D. P. (2000) Substance use and non-clinical panic attacks in a young adult sample. *Journal of Substance Abuse*, 11, 7-15.
- Fava, M., Abraham, M., Clancy-Colecchi, K., Pava, J. A., Matthews, J. & Rosenbaum, J. F. (1997) Eating disorder symptomatology in major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 140-144.
- Gilson, S. F., Chilcoat, H. D. & Stapleton, J. M. (1996) Illicit drug use by persons with disabilities: insights from the National Household Survey on Drug Abuse. *American Journal of Public Health*, 86, 1613-1615.
- Goldberg, J. F., Garno, J. L., Leon, A. C., Kocsis, J. H. & Portera, L. (1999) A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 733-740.
- Himmelhoch, J. M., Mulla, D., Neil, J. F., Detre, T. P. & Kupfer, D. J. (1976) Incidence and significance of mixed affective states in a bipolar population. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1062-1066.
- Isacsson, G., Holmgren, P., Druid, H. & Bergman, U. (1994) Psychotropics and suicide prevention. Implications from toxicological screening of 5281 suicides in Sweden 1992. *British Journal of Psychiatry*, 174, 259-265.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., Neale, M. C. & Prescott, C. A. (2000) Psychoactive substance use, heavy abuse, and depression in a US population-based sample of male twins. *Archives of General Psychiatry*, 57, 261-269.
- Kessler, R. C., Little, R. J. A. & Groves, R. M. (1995) Advances in strategies for minimizing and adjusting for survey nonresponse. *Epidemiology Review*, 17, 192-204.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, H. U., Wittchen, H. U. & Kendler, K. S. (1994) Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Co-morbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

- Korn, M. L., Kotler, M., Molcho, A., Botsis, A. J., Grosz, D., Chen, C., Plutchik, R., Brown, S. L. & van Praag, H. M. (1992) Suicide and violence associated with panic attacks. *Biological Psychiatry*, 31, 607-612.
- Mendelson, W. B. & Rich, C. L. (1993) Sedatives and suicide: the San Diego study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 337-341.
- Merikangas, K. R., Risch, N. J. & Weissman, M. M. (1994) Co-morbidity and co-transmission of alcoholism, anxiety and depression. *Psychological Medicine*, 24, 69-80.
- Merikangas, K. R., Stolar, M., Stevens, D. E., Goulet, J., Preisig, M. A., Fenton, B., Zhang, H., O'Malley, S. S. & Rounsaville, B. J. (1998) Familial transmission of substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 973-979.
- Patten, S. B. & Love, E. J. (1997) Drug-induced depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 63-73.
- Pelissolo, A., Boyer, P., Lepine, J. P. & Bisserbe, J. C. (1996) Epidemiology of the use of anxiolytic and hypnotic drugs in France and in the world. *Encephale*, 22, 187-196.
- Robins, L. N. & Regier, D. A., eds. (1991) *Psychiatric Disorders in America*. New York: The Free Press.
- Romach, M., Busto, U., Somer, G., Kaplan, H. L. & Sellers, E. (1995) Clinical aspects of chronic use of alprazolam and lorazepam. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1161-1167.
- Romach, M. K., Sproule, B. A., Sellers, E. M., Somer, G. & Busto, U. E. (1999) Long-term codeine use is associated with depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 373-376.
- Swofford, C. D., Scheller-Gilkey, G., Miller, A. H., Woolwine, B. & Mance, R. (2000) Double jeopardy: schizophrenia and substance use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 343-353.
- Tsuang, M. T., Lyons, M. J., Eisen, S. A., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Meyer, J. M., Toomey, R., Faraone, S. V. & Eaves, L. (1996) Genetic influences on DSM-III-R drug abuse and dependence: a study of 3,372 twin pairs. *American Journal of Medical Genetics*, 67, 473-477.
- Warner, L. A., Kessler, R. C., Hughes, M., Anthony, J. C. & Nelson, C. B. (1995) Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 219-229.
- Wittchen, H. U. (1994) Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatry Research*, 28, 57-84.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Zhao, S. & Abelson, J. (1995) Reliability and clinical validity of UM-CIDI DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 29, 95-110.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Abelson, J. M., Abelson, J. L. & Kessler, R. C. (1996) Reliability and procedural validity of UM-CIDI DSM-III-R phobic disorders. *Psychological Medicine*, 25, 1169-1177.
- World Health Organization (WHO) (1990) *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 1.0*. Geneva: WHO.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ

	<i>Χωρίς συνταγή ηρεμιστικών n = 4429 (%)</i>	<i>Με συνταγή ηρεμιστικών, όχι κατάχρηση n = 1 001 (%)</i>	<i>Χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή n = 419 (%)</i>	<i>Προσωπικά εκτι- μούμενη εξάρτηση στα ηρεμιστικά n = 28 (%)</i>	χ^2 , df, αξία p
Ηλικία (έτη)					$\chi^2 = 241.2$, df = 9, $p < 0.0001$
15-24	24.92	12.67	12.36	21.95	
25-34	33.33	24.52	42.50	17.07	
35-44	5.48	32.99	37.09	29.27	
45-54	16.25	29.82	8.04	31.71	
Φύλο					$\chi^2 = 54.57$, df = 3, $p < .0001$
Άντρες	48.05	39.03	60.90	36.59	
Γυναίκες	51.95	60.97	39.10	63.41	
Οικογενειακή κατάσταση					$\chi^2 = 90.54$, df = 6, $p < .0001$
Έγγαμος-η	53.85	58.62	52.09	43.90	
Διαζευγμένος/χήρος	13.38	21.65	21.17	29.27	
Άγαμος-η	32.77	19.73	26.74	26.83	
Φυλή					$\chi^2 = 53.55$, df = 9, $p = .001$
Λευκός	74.16	75.63	83.31	78.05	
Έγχρωμος	12.66	14.65	6.8	4.88	
Ισπανική	9.53	7.44	7.88	9.76	
Άλλοι	3.68	2.28	2.01	7.32	
Εισόδημα					$\chi^2 = 39.49$, df = 9, $p = 0.016$
\$0-19 000	28.35	30.63	29.98	43.90	
\$20 000-34 999	25.20	23.27	28.13	19.51	
\$35 000-69 999	33.94	33.36	31.38	29.27	
\$70 000+	12.51	12.74	10.51	7.32	
Μόρφωση					$\chi^2 = 31.3$, df = 9, $p = 0.032$
Έως β' λυκείου	18.54	18.34	14.68	19.51	
Απόφοιτος λυκείου	32.72	33.95	33.23	56.10	
Ανώτερες σπουδές	25.84	27.10	30.14	12.2	
Πανε/μιακό πτυχίο	22.90	20.62	21.95	12.2	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ

Ψυχικές διαταραχές	<i>Χωρίς συνταγή για ηρεμιστικά n = 4429 (ομάδα αναφοράς)</i>	<i>Συνταγή για ηρεμ/κά όχι κατάχρηση n = 1001 AOR[#](95% CI)</i>	<i>Χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή n = 419 AOR[#](95% CI)</i>	<i>Προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση στα ηρεμιστικά n = 28 AOR[#](95% CI)</i>
Κατάθλιψη	1,0	1,7* (1,36, 2,12)	3,49* (2,78, 4,38)	4,38* (1,85, 10,39)
Αγοραφοβία	1,0	2,07* (1,6, 2,69)	3,0* (2,02, 4,45)	8,71* (3,55, 21,4)
Κοινωνική φοβία	1,0	1,49* (1,19, 1,87)	2,0* (1,53, 2,6)	2,5* (1,16, 5,42)
Απλή φοβία	1,0	1,52* (1,18, 1,95)	2,49* (1,8, 3,45)	3,29* (1,06, 10,23)
Γενικευμένη διαταραχή άγχους	1,0	2,2* (1,5, 3,1)	3,6* (2,5, 5,1)	6,0* (2,2, 16,5)
Μετατραυματική διαταραχή άγχους	1,0	2,36* (1,69, 3,3)	3,69* (2,57, 5,31)	5,43* (1,94, 15,23)
Μη συναισθηματικές ψυχώσεις	1,0	3,92* (2,39, 6,44)	5,3* (2,56, 10,98)	19,72* (3,2, 121,49)
Διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας	1,0	1,25 (0,67, 2,34)	12,38* (8,44,18,7)	1,1 (0,22, 5,53)
Διπολική διαταραχή	1,0	3,42* (2,17, 5,38)	5,53* (3,15, 9,72)	14,81* (3,14, 69,85)
Δυσθυμία	1,0	1,63* (1,19, 2,23)	3,16* (2,38, 4,19)	8,79* (3,54, 21,85)
Διαταραχή κατανάλωσης αλκοόλ	1,0	1,23 (0,93, 1,65)	7,25* (5,5, 9,49)	3,71* (1,54, 8,93)

**p* < 0.05

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ.

Χαρακτηριστικό	Χωρίς συνταγή για ηρεμιστικά <i>n</i> = 4429 (ομάδα αναφοράς)	Συνταγή για ηρεμ/κά όχι κατάχρηση <i>n</i> = 1001 AOR*(95% CI)	Χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή <i>n</i> = 419 AOR*(95% CI)	Προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση στα ηρεμιστικά <i>n</i> = 28 AOR*(95% CI)
Γονική μείζονα κατάθλιψη	1,0	1,32* (1,08, 1,62)	1,97* (1,56, 2,49)	1,19 (0,45, 3,1)
Θεραπεία γονέα για κατάθλιψη	1,0	1,09 (0,82, 1,44)	1,55* (1,17, 2,05)	0,7 (0,26, 1,91)
Γονέας που πάσχει από Γενικευμένη Διαταραχή της Εξάρτησης	1,0	1,36* (1,11, 1,68)	2,1* (1,6, 2,75)	2,03 (0,79, 5,2)
Γονέας με θεραπεία για Γενικευμένη Διαταραχή της Εξάρτησης	1,0	1,65* (1,27, 2,15)	1,88* (1,32, 2,67)	1,25 (0,45, 3,45)
Κατάχρηση αλκοόλ από γονέα	1,0	1,03 (0,81, 1,32)	2,03* (1,29, 3,19)	2,01 (0,67, 6,05)
Κατάχρηση παράνομων ουσιών γονέα	1,0	0,96 (0,45, 2,06)	3,3* (1,8, 6,05)	0,54 (0,06, 4,48)
Κατάχρηση συνταγ/μένων φαρμάκων γονέα	1,0	1,26 (0,77, 2,07)	2,7* (1,92, 3,8)	3,55 (0,66, 19,02)
Γονέας που εγκατέλειψε την οικογένεια	1,0	1,35* (1,04, 1,74)	2,22* (1,64, 3,01)	3,87* (1,32, 11,34)
Απόπειρα αυτοκτονίας γονέα	1,0	1,5 (0,95, 2,39)	2,03* (1,29, 3,19)	3,87 (1,32, 11,34)

p* < 0,05.ΠΙΝΑΚΑΣ 4** ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ

Τάσεις αυτοκτονίας	Χωρίς συνταγή για ηρεμιστικά <i>n</i> = 4429 (ομάδα αναφοράς)	Συνταγή για ηρεμ/κά όχι κατάχρηση <i>n</i> = 1001 AOR*(95% CI)	Χρήση ηρεμιστικών χωρίς συνταγή <i>n</i> = 419 AOR*(95% CI)	Προσωπικά εκτιμώμενη εξάρτηση στα ηρεμιστικά <i>n</i> = 28 AOR*(95% CI)
Σκέψεις αυτοκτονίας	1,0	1,54* (1,21, 1,95)	4,69* (3,45, 5,39)	7,29* (3,4, 15,62)
Σχέδια αυτοκτονίας	1,0	1,8* (1,2, 2,69)	5,77* (3,97, 8,38)	12,71* (4,48, 36,03)
Απόπειρα αυτοκτονίας	1,0	2,24* (1,63, 3,07)	6,87* (4,65, 10,16)	9,95* (3,87, 25,58)

**p* < 0,05

ΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΤΑΔΙΑΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ “ΤΖΟΓΟ”

ALEX BLASZCZYNSKI¹ & LIA NOWER²

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΙΔΝΕΙ, ΣΙΔΝΕΙ, ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ¹ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΙΣΟΥΡΙ, ΣΑΙΝΤ ΛΟΥΙΣ, ΜΙΣΟΥΡΙ, ΗΠΑ²

Μετάφραση ΦΩΤΕΙΝΗ ΔΡΑΚΟΥ

Π ε ρ ί λ η ψ η

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ούτε ένα θεμελιώδες θεωρητικό μοντέλο για τον τζόγο που να αιτιολογεί επαρκώς τις διάφορες βιολογικές, ψυχολογικές και οικολογικές μεταβλητές οι οποίες συμβάλλουν στην ανάπτυξη της παθολογικής εκδήλωσής του. Η όποια πρόοδος στον τομέα, παρεμποδίζεται από ανακριβείς ορισμούς του παθολογικού τζόγου, από την αποτυχία να διαχωριστούν τα προβλήματα που σχετίζονται με τον τζόγο και τους προβληματικούς τζογαδόρους και από την τάση να πιστεύεται ότι οι παθολογικοί τζογαδόροι αποτελούν έναν ενιαίο, ομοιογενή πληθυσμό με παρόμοιες ψυχολογικές αρχές που ισχύουν εξίσου σε όλα τα μέλη της τάξης τους. Σκοπός αυτού του άρθρου είναι η προώθηση ενός σταδιακού μοντέλου που θα ενοποιεί την πολύπλοκη σειρά από βιολογικές, προσωπικές, αναπτυξιακές, γνωστικές και μαθησιακές θεωρίες και οικολογικές ορίζουσες του προβληματικού και παθολογικού τζόγου. Προτείνεται ο εντοπισμός τριών σαφών υποσυνόλων τζογαδόρων, που να παρουσιάζουν πρόβλημα στον έλεγχο της συμπεριφοράς τους. Τα σύνολα αυτά θα περιλαμβάνουν (α) προβληματικούς τζογαδόρους με προβλήματα συμπεριφοράς, (β) συναισθηματικά ευάλωτους προβληματικούς τζογαδόρους και (γ) αντικοινωνικούς, παρορμητικούς, προβληματικούς τζογαδόρους. Αναλύονται οι επιπτώσεις στην κλινική αντιμετώπιση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως παθολογικός τζόγος ορίζεται η “επίμονη και επαναλαμβανόμενη δυσπροσάρμοστη συμπεριφορά επένδυσης σε τυχερά παιχνίδια”, η οποία χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα ελέγχου της και οδηγεί σε σημαντικές επιβλαβείς ψυχοκοινωνικές συνέπειες: προσωπικές, οικογενειακές, επαγγελματικές και νομικές (APA 1994). Στη διαθέσιμη φιλολογία αναφέρονται αρκετές μελέτες που περιγράφουν υπολογισμούς διάδοσης, δημογραφικά και κλινικά προφίλ, σκιαγραφήσεις προσωπικοτήτων και νευροβιολογικά υποστρώματα που θεωρούνται ότι διαδραματίζουν βασικό ρόλο στον ανεπαρκή έλεγχο σ’ ό,τι αφορά τον παθολογικό τζόγο. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν διαθέτουμε μελέτες που να περιγράφουν ένα εμπειρικά επαληθευμένο θεωρητικό μοντέλο παθολογικού τζόγου, το οποίο να ενοποιεί αποτελεσματικά τα στάδια ενός πλήρους βασικού πλαισίου εργασίας και όλη την πολύπλοκη σειρά από βιολογικούς, ψυχολογικούς και οικολογικούς παράγοντες που να επεξηγούν την αιτιολογία της διαταραχής (Brown 1988- Shaffer & Gambino 1989- Ferris, Wynne & Single 1998- Blaszczynski 1999). Όπως αναφέρουν οι Shaffer & Gambino (1989), η περαιτέρω εξέλιξη στην κατανόηση και την αντιμετώπιση του παθολογικού τζόγου, εξαρτάται από τη δημιουργία ενός περιεκτικού επεξηγηματικού μοντέλου του τζόγου και της παθολογικής συμπεριφοράς

που σχετίζεται με αυτόν, το οποίο να ενσωματώνει γνώσεις που προέρχονται από έρευνες, θεωρίες και πρακτικές εφαρμογές. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει ένα βασικό μοντέλο, σκιαγραφώντας μια σειρά από τρία διαφορετικά στάδια που οδηγούν στην ανάπτυξη ξεχωριστών υποσυνόλων παθολογικού τζόγου.

Το μοντέλο σταδιακής ένταξης στηρίζεται στο σκεπτικό ότι η αναζήτηση ενός θεωρητικού μοντέλου που θα ισχύει εξίσου και έγκυρα για όλους τους παθολογικούς τζογαδόρους αποτελεί παραπλανημένο τόλμημα. Μια εναλλακτική και περισσότερο παραγωγική προσέγγιση, είναι να αναγνωριστεί η ύπαρξη συγκεκριμένων υποσυνόλων τζογαδόρων, καθένα από τα οποία δέχεται την επιρροή διαφορετικών παραγόντων, όλα όμως παρουσιάζουν παρόμοια φαινομενολογικά χαρακτηριστικά. Η κλινική γνώση μας έχει ήδη δείξει ότι παρότι στους παθολογικούς τζογαδόρους εμφανίζονται συχνά συμπτώματα κατάθλιψης, χρήσης ουσιών, παρορμητισμού και συμπεριφορών αντικοινωνικού τύπου, ο ρόλος και η επίδραση αυτών των μεταβλητών στην αιτιολογία και τη διαχείριση της διαταραχής διαφέρει πολύ σε κάθε περιστατικό. Για παράδειγμα, στα τρία τέταρτα του συνόλου των προβληματικών τζογαδόρων εκδηλώνονται συμπτώματα κατάθλιψης (Blaszczynski & McConaghy 1988- Linden, Pope & Jonas 1986). Για μερικούς, ο τζόγος χρησιμοποιείται ως μέσο δημιουργίας ενός διαχωρισμού, ενός φράγματος προκειμένου να μειωθούν ή να αποφευχθούν τα συμπτώματα μιας χρόνιας κατάθλιψης (Jacobs 1986- Blaszczynski & McConaghy 1989). Σε άλλους, η κατάθλιψη φαίνεται ότι αποτελεί τη συναισθηματική αντίδραση σε οικονομικές κρίσεις και άλλα προβλήματα που προκαλούνται από εκτεταμένες συμπεριφορές τζόγου. Κάθε σύνολο έχει τη δική του σημαντική επίδραση σε ό,τι αφορά τον καθορισμό κατάλληλων παρεμβάσεων για κλινική διαχείριση.

Ο ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΖΟΓΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΖΟΓΟΥ

Ιστορικά, οι όροι “καταναγκαστικός τζογαδόρος” και “παθολογικός τζογαδόρος” χρησιμοποιήθηκαν εναλλάξ για να δηλώσουν τα άτομα που αναφέρουν ανεξέλεγκτες ορμές για τζόγο. Ο Moran (1970) υπερασπίστηκε την αποκλειστική χρήση του όρου “παθολογικός”, ενός όρου που υιοθετήθηκε αργότερα ως η επίσημη ψυχιατρική ταξινόμηση σύμφωνα με το δεδομένο ότι η λέξη “καταναγκασμός” υποδηλώνει δυστονική συμπεριφορά του εγώ. Αντίθετα, οι περισσότεροι τζογαδόροι που αντιμετωπίζουν προβλήματα, θεωρούν τη συμπεριφορά τους συντονική του εγώ και εκδηλώνουν ελάχιστη επιθυμία για να τη διακόψουν, παρά τις αρνητικές της συνέπειες.

Πρόσφατα, άρχισαν να χρησιμοποιούνται και άλλοι, εναλλακτικοί όροι: “προβληματικοί”, “σε κίνδυνο”, “μεταβατικοί”, “διαταραγμένοι” “υπερβολικοί” και “επιπέδου 2” τζογαδόροι. Κάθε όρος κάνει χρήση διαφορετικών κριτηρίων και τρόπων ταξινόμησης. Για παράδειγμα, οι Abbott, Palmisano & Dickerson (1995) ταξινομούν τους τζογαδόρους είτε ως “υπερβολικούς” είτε ως “φυσιολογικούς”, σύμφωνα με το πόσο χρόνο, πόσες δαπάνες και πόσες επισκέψεις πραγματοποιούν σε χώρους τζόγου. Αντίθετα, οι Winters, Stinchfield & Fulkerson (1993) χρησιμοποίησαν μια περίπλοκη μορφή ταξινόμησης, βασισμένη στο άθροισμα των συμπτωμάτων και τη συχνότητα τζόγου. Άλλοι χρησιμοποιούν μόνο το άθροισμα των συμπτωμάτων και διαφορετικές κατηγορίες (π.χ. Fisher 1993 (κοινωνικός τζογαδόρος/ παθολογικός τζογαδόρος)- Gupta & Derevensky 1998b (κοινωνικός/ προβληματικός/ παθολογικός)- Shaffer κ.ά. 1994 (μη παθολογικός/ μετα-

βατικός/ παθολογικός)- Vitaro, Arseneault & Tremblay, 1997 (ψυχαγωγικός/ ελάχιστα προβληματικός/ μέγιστα προβληματικός).

Η Αρχή για τα Καζίνο & τα Τυχερά Παιχνίδια της Βικτόρια (VCGA) 1997 ανέφερε ότι θα έπρεπε να χρησιμοποιείται η παρουσία βλαβών/ προβλημάτων και όχι το άθροισμα συμπτωμάτων, ως μέσο ορισμού του προβληματικού τζόγου. Η θέση αυτή επιδεικνύεται και στον ορισμό που δίνεται από την πλειοψηφία της VCGA: “Ο όρος ‘προβληματικός τζόγος’ αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία η δραστηριότητα τζόγου προκαλεί κακό/ βλάβη/ πρόβλημα στον ατομικό παίκτη και/ ή την οικογένειά του/της ενώ μπορεί να επεκτείνεται και στην κοινότητα” (VCGA 1997- σελ. 106), καθώς επίσης και από τον ορισμό που έδωσε ο Ferris κ.ά. (1998): “Ο προβληματικός τζόγος είναι η υπερβολική συμπεριφορά τζόγου που δημιουργεί αρνητικές συνέπειες στον παίκτη, τα υπόλοιπα άτομα στο κοινωνικό του δίκτυο και την κοινότητα” (σελ. 58). Και στους δύο ορισμούς, η παρουσία βλαβών/ προβλημάτων είναι αυτή που υπαγορεύει τη διάγνωση, μια προσέγγιση που δέχεται την αυστηρή κριτική του Walker (1998) επειδή οι “βλάβες/ προβλήματα” βασίζονται σε υποκειμενικές κρίσεις αξιών. Επεξηγηματικά, ο Walker (1998) αναφέρει ότι σύμφωνα με τον ορισμό της VCGA, ένα άτομο μπορεί να ταξινομηθεί ως προβληματικός τζογαδόρος, ακόμη και στην περίπτωση που ο/η σύντροφός του έχει αυστηρές θρησκευτικές ενστάσεις στο τζόγο και ενοχλείται από την απλή εβδομαδιαία αγορά ενός λαχείου αξίας \$2.00. Υπό αυτές τις συνθήκες, ο τζόγος μπορεί μεν να προκαλέσει συζυγική ασυμφωνία (βλάβη/ πρόβλημα), αλλά παραμένει αμφισβητήσιμο αν ο συγκεκριμένος τζογαδόρος θα πρέπει να θεωρηθεί παθολογικός, σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV.

Ο ορισμός των συνόλων σύμφωνα με υποκειμενικά κριτήρια έχει ως αποτέλεσμα τη διεύρυνση της ομάδας πληθυσμού πιθανών ασθενών, συμπεριλαμβάνοντας τζογαδόρους με προβλήματα στην ίδια κατηγορία με τους παθολογικούς τζογαδόρους και καταλήγοντας σε αυξημένη εμφάνιση σφαλμάτων Τύπου I. Οι τζογαδόροι που βιώνουν προβλήματα σχετικά με τον τζόγο ταξινομούνται έτσι εσφαλμένα ανάμεσα σε αυτούς που δεν μπορούν να ελέγξουν και να διαχειριστούν τις ορμές τους για τζόγο.

Από την άποψη της πρώιμης παρέμβασης και της δημόσιας υγείας, η προσέγγιση αυτή μπορεί να παρέχει συγκεκριμένα πλεονεκτήματα, αφού ενθαρρύνει τους τζογαδόρους να αναζητήσουν παροχή θεραπευτικών συμβουλών στα πρώτα στάδια της πορείας τους. Μια αρνητική όψη αυτής της τάσης, ωστόσο, είναι ότι συγχέει τις όψεις των προβλημάτων τζόγου και του παθολογικού τζόγου, οδηγώντας αναπόφευκτα στη συγχώνευση προβληματικών και μη προβληματικών τζογαδόρων σε ένα ετερογενές σύνολο. Ως συνέπεια της ανομοιογένειας, αναφέρονται αντιφατικά αποτελέσματα στην ερευνητική βιβλιογραφία, και η σύγχυση αυτή αντικατοπτρίζεται περισσότερο στις διάφορες προσεγγίσεις για θεραπεία και στην απουσία αποδεκτών οδηγιών για “βέλτιστες πρακτικές”.

Τα προβλήματα τζόγου μπορούν να οριστούν ως η προστριβή ή η δυσκολία σε οποιονδήποτε τομέα λειτουργίας, που προκύπτει από τον τζόγο. Συνήθως, τα προβλήματα τζόγου μπορεί να προκύπτουν με το αποτέλεσμα διαφωνίας απόψεων σχετικά με τα ποσά που επενδύονται ή το χρόνο που δαπανείται μακριά από το σπίτι/ την οικογένεια, με την παρουσία υπερβολικών οικονομικών απωλειών σχετικά με το διαθέσιμο εισόδημα, με την υπεραπασχόληση στον τζόγο, με την έλλειψη ελέγχου ή άλλες αρνητικές συνέπειες. Αυτή η κατάσταση είναι αναμφίβολα παρόμοια με τα παράπονα που ακούγονται συχνά από τους συντρόφους παικτών γκολφ ή άλλων ατόμων που έχουν κάποιο χόμπι.

Αντίθετα, το καθοριστικό χαρακτηριστικό του προβληματικού τζογαδόρου είναι όχι απλώς η εμφάνιση αρνητικών συνεπειών, αλλά και η ύπαρξη υποκειμενικής αίσθησης ανεπαρκούς ελέγχου, η οποία ερμηνεύεται ως μια διαταραγμένη ή ασθενής κατάσταση που αποκλίνει από τη φυσιολογική, υγιή συμπεριφορά. Ο ανεπαρκής έλεγχος της συμπεριφοράς ορίζεται από τις επανειλημμένες, ανεπιτυχείς απόπειρες αντίστασης στην ορμή που εμφανίζεται, παρά την ειλικρινή επιθυμία γι' αυτό, και αποτελεί το κεντρικό, διαγνωστικό και θεμελιώδες χαρακτηριστικό του παθολογικού τζόγου.

Αν και αρκετοί ερευνητές έχουν αποπειραθεί να αναγνωρίσουν τις τυπολογίες των τζογαδόρων (Moran 1970- Kusyszyn 1972), οι περισσότερες μελέτες τείνουν να παραμελούν τη δύσκολη εργασία ομαδοποίησης των ατόμων σε ομογενή δείγματα, βασισμένα σε αιτιολογία, προσωπικότητα, φύλο ή τύπο τζόγου. Αυτό έχει ως συνέπεια, όπως παρατηρεί ο Ferris κ.ά. (1998) στην εξέτασή του, τα σύγχρονα θεωρητικά μοντέλα με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους να έχουν συμβάλει στη διαδικασία κατανόησης για τις αιτίες του προβληματικού τζόγου, αλλά κανένα να μην είναι αρκετά περιεκτικό ώστε να καλύπτει κάθε όψη του τζόγου. Ελάχιστα επιχειρήματα υπάρχουν διαθέσιμα για τις τυπολογίες, εκτός από την άποψη που εκφράζεται από τον Jacobs (1986) και τους Blaszczynski, Winter & McConaghy (1986) ότι υπάρχουν τουλάχιστον δύο υποσύνολα τζογαδόρων: ένα χρόνια υπο-ενεργοποιημένο και ένα άλλο, χρόνια υπερενεργοποιημένο.

ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΖΟΓΟΥ

Τα δημοφιλή μοντέλα παθολογικού τζόγου συμπεριλαμβάνουν τις εξής προσεγγίσεις: εξάρτησης (Jacobs 1986- Blume 1987), ψυχοδυναμικές (Bergler 1958- Rosenthal 1992- Wildman 1997), ψυχοβιολογικές (Blaszczynski κ.ά. 1986- Carlton & Goldstein 1987- Lesieur & Rosenthal 1991- Rugle 1993- Comings κ.ά. 1996), συμπεριφορικές (Anderson & Brown 1984- McConaghy κ.ά. 1983), γνωσιακές (Sharpe & Tarrier 1993- Ladouceur & Walker 1996) και κοινωνιολογικές (Rosecrance 1985- Ocean & Smith 1993) .

Τα μοντέλα αυτά δεν αναιρούν το ένα το άλλο, αλλά διαθέτουν πολλά κοινά στοιχεία. Για παράδειγμα, οι αρχές ενίσχυσης, που προέρχονται από τη θεωρία μάθησης, ενσωματώνονται ως κεντρικά στοιχεία στην προσέγγιση της εξάρτησης, στη θεραπεία της συμπεριφοράς και στα βιολογικά μοντέλα που επεξηγούν την εμμονή στον τζόγο. Ουσιαστικά, όλα τα παραπάνω μοντέλα αναγνωρίζουν την αλληλεπίδραση των βασικών βιοψυχοκοινωνικών μεταβλητών στη διαδικασία μελέτης των αιτιών, αλλά δίνουν έμφαση σε διαφορετικά σύνολα λειτουργιών, επεξηγώντας τη διαδικασία εξέλιξης από την αρχική συμμετοχή ως τον ανεπαρκή έλεγχο και την επιμονή.

Η διεισδυτική -αλλά λάθος υπόθεση- που είναι εγγενής σε όλα τα μοντέλα είναι ότι οι παθολογικοί τζογαδόροι αποτελούν έναν ομοιογενή πληθυσμό και ότι οι θεραπείες που προέρχονται από τη θεωρία μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά σε κάθε παθολογικό τζογαδόρο, ανεξάρτητα από τον τύπο τζόγου, το φύλο του παίκτη, το αναπτυξιακό ιστορικό του ή τη νευροβιολογία του. Οι θεωρίες μάθησης (Dickerson 1979) υποστηρίζουν τη λειτουργία σταθερών και μεταβλητών προγραμμάτων ενίσχυσης, αλλά δεν επεξηγούν γιατί μόνο ένα μικρό μέρος του συνολικού πληθυσμού των τζογαδόρων χάνει τελείως τον έλεγχο. Παρόμοια, οι γνωστικές θεωρίες (Sharpe & Tarrier

1993- Ladouceur & Walker 1996) τονίζουν το ρόλο των διαστρεβλωμένων και παράλογων γνωστικών σχημάτων, αλλά στερούνται από τις εμπειρικές αποδείξεις που να τεκμηριώνουν ότι τα παραπάνω έχουν αιτιολογική σημασία και δεν αποτελούν δευτερεύουσες επιδράσεις γνωστικής ασυμφωνίας. Οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις (Lesieur & Rosenthal 1991) εστιάζονται στις ενδοψυχικές διαδικασίες που σχετίζονται με τις απόπειρες αντιμετώπισης ανεπιλυτων συγκρούσεων, αλλά θεωρούν τον τζόγο ως καταναγκαστική νεύρωση ή διαταραχή της παρόρμησης, ακολουθώντας τη γραμμή των εξαρτήσεων και των διαστροφών.

Βασικά, ο παθολογικός τζόγος θεωρείται είτε διαταραχή είτε το αδιέξοδο σημείο της κλίμακας στην ανάμειξη με το τζόγο. Τόσο το ψυχοδυναμικό μοντέλο όσο και το μοντέλο ασθένειας του εθισμού με τα βιολογικά παράγωγά του υποστηρίζουν ότι οι παθολογικοί τζογαδόροι είναι κατηγορηματικά διαφορετικοί από τους μη παθολογικούς ομολόγους τους. Το επιχείρημα αυτό έχει οδηγήσει στην αναζήτηση ποιοτικών ομοιοτήτων και διαφορών ανάμεσα στους παθολογικούς τζογαδόρους και σε άλλες διαταραχές στη χρήση ουσιών. Αυτές περιλαμβάνουν συσχετισμούς χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (Blaszczynski, Buhrich & McConaghy 1985- McCormick κ.ά. 1987- Castellani & Rugle 1995), συνοσηρότητας (Hall κ.ά. 2000- Slutske κ.ά. 2000- Langenbucher κ.ά. 2001) και βιολογίας (Comings κ.ά. 1996- Rugle & Melamed 1993).

Όσοι ακολουθούν την άποψη των διαστάσεων, αναφέρουν ότι οι παθολογικοί τζογαδόροι δεν εκδηλώνουν διαφορετικά ποιοτικά και καθοριστικά χαρακτηριστικά, εκτός από το χρόνο που ξοδεύεται στον τζόγο (Walker 1992). Οι παθολογικοί τζογαδόροι ταξινομούνται σύμφωνα με ένα τυχαίο σημείο διαχωρισμού στο διαστατικό συνεχές. Η ιδέα των υποσυνόλων μειώνεται ή αμελείται.

Ωστόσο, όπως περιγράφεται παρακάτω, συγκλίνουσες ερευνητικές απόψεις τονίζουν τις διαφορές ανάμεσα στους πληθυσμούς και υποστηρίζουν την ύπαρξη ξεχωριστών υποσυνόλων παθολογικών τζογαδόρων (Rugle & Melamed 1993- Steel & Blaszczynski 1996- Gonzalez-Ibanez, Jimenez & Aymami 1999).

ΤΖΟΓΑΔΟΡΟΙ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Οι Blaszczynski κ.ά. (1986) και Blaszczynski (1988) έχουν υποστηρίξει ότι υπάρχουν τουλάχιστον δύο υποσύνολα τζογαδόρων που αναζητούν με διαφορετικό τρόπο τη μείωση ή την αύξηση των καταστάσεων διέγερσης. Όσοι ακολουθούν την πρώτη οδό, υποφέρουν από άγχος και επιλέγουν χαμηλών δεξιοτήτων δραστηριότητες για να μειώσουν τα σημεία εστίασης και να παράγουν καταστάσεις διαχωρισμού/ απομόνωσης, ενώ όσοι ακολουθούν τη δεύτερη οδό ενδέχεται να επιλέγουν παιχνίδια υψηλών δεξιοτήτων για να ξεπερνούν τις καταστάσεις δυσφορίας, μια άποψη που βρίσκεται σε αντιστοιχία με τη γενική θεωρία του μοντέλου εθισμών του Jacobs (Jacobs 1986). Μελέτες έχουν αναφέρει την υψηλή διάδοση των διαταραχών διάθεσης, ιδιαίτερα του άγχους και/ ή της κατάθλιψης, μεταξύ των προβληματικών και παθολογικών τζογαδόρων (Black & Moyer 1998- Beaudoin & Cox 1999- Vitaro, Arsenault & Tremblay 1999). Σε ένα δείγμα Αφρο-Αμερικάνων ηλικιωμένων ατόμων, οι Bazargan, Barzargan & Akanda (2001) εντόπισαν μια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις συμπεριφορές τζόγου και στα επίπεδα άγχους.

Οι συναισθηματικές καταστάσεις ενδέχεται να διαφέρουν σύμφωνα με το φύλο. Οι Marks & Lesieur (1992) εξέτασαν τη διαθέσιμη βιβλιογραφία και έφτασαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες τζογαδόροι διαφέρουν συστηματικά από τους άντρες, αναφορικά με την εκδήλωση ψυχολογικής δυσφορίας. Σε μια μελέτη των Ανώνυμων Τζογαδόρων (GA) οι Getty, Watson & Frisch (2000) ανακάλυψαν ότι τα μέλη των Α.Τ. εκδήλωσαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης απ' ό,τι η ομάδα ελέγχου, και οι γυναίκες μέλη των Α.Τ. ανέφεραν περισσότερο την κατάθλιψη απ' ό,τι οι άντρες. Παρόμοια, σε μια μελέτη 817 μαθητών λυκείου, οι Gupta & Derevensky (1998a) διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι προβληματικοί ή παθολογικοί τζογαδόροι επιδεικνύουν στοιχεία υπερ- ή υπό-διέγερσης, μεγαλύτερη συναισθηματική καταπόνηση, υψηλότερα επίπεδα σύγχυσης και υψηλότερες αναλογίες συνοσηρότητας απ' ό,τι οι μη προβληματικοί τζογαδόροι. Ωστόσο, το άγχος (υπερδιέγερση) και η σύγχυση ξεχώρισαν ως οι υψηλότεροι παράγοντες πρόγνωσης για τους άντρες και η καταθλιπτική διάθεση, ο διαχωρισμός και η χρήση διεγερτικών διαπιστώθηκαν ως σημαντικοί παράγοντες πρόγνωσης για τις γυναίκες που είναι προβληματικοί και παθολογικοί τζογαδόροι.

Η κατάθλιψη αποτελεί συνηθισμένη πάθηση συνοσηρότητας που εντοπίζεται στους παθολογικούς τζογαδόρους, αλλά στη συγκεκριμένη ομάδα αναφέρθηκε ένας αριθμός σημαντικών υποσυνόλων. Οι Graham & Lowenfeld (1986) αναγνώρισαν ένα υποσύνολο προσωπικοτήτων με καταθλιπτικές αντιδράσεις, χρησιμοποιώντας το MMPI, ενώ τόσο ο McCormick (1994) όσο και οι Castellani & Rugle (1995) ανακάλυψαν ένα χρόνια δύσθυμο υποσύνολο με γνωστικό καταθλιπτογενή τύπο, που αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την πρόβλεψη της υποτροπής. Οι παθολογικοί τζογαδόροι στην κατηγορία των καταθλιπτικών, και ιδιαίτερα οι γυναίκες, αναφέρθηκαν ως πιθανότεροι να επιλέξουν τύπους τζόγου που είναι κοινωνικά απομονωμένοι, επαναληπτικοί ή μονότονοι για να ελέγξουν αυτή την κατάσταση της διάθεσής τους (Rosenthal & Lesieur 1992- McCormick 1994).

Η πλήξη σχετίζεται με όψεις της κατάθλιψης και έχει αποδειχθεί ότι οι παθολογικοί τζογαδόροι έχουν μικρή ανοχή στην πλήξη (Blaszczyński, McConaghy & Frankova 1990). Ο McCormick (1994) περιέγραψε ένα υπερενεργητικό υποσύνολο που χαρακτηρίζεται ως χρόνια υποβαθμισμένο και αναζητεί συνέχεια τρόπους να σταματήσει την πλήξη. Ο Lesieur και οι συνεργάτες του (Lesieur & Blume 1991- Rosenthal & Lesieur 1992) αναφέρονται σε αυτούς τους τζογαδόρους ως “επιζητούντες δράση”. Αυτά τα άτομα δεν υποφέρουν μονάχα από χρόνια πάθηση, αλλά ακόμη και η δράση που τους προσφέρει ο τζόγος γίνεται βαρετή αν δεν ανανεώνεται, δεν διαφοροποιείται και δεν είναι ικανή να παράγει αυξανόμενα επίπεδα διέγερσης. Αυτοί “οι επιζητούντες δράση” αναζητούν μεγάλες αποδόσεις, παίζουν σε ανταγωνιστικές μορφές τζόγου, οι οποίες απαιτούν υψηλές δεξιότητες, και έχουν την ανάγκη να εντυπωσιάζουν.

Οι “επιζητούντες τη δράση” τζογαδόροι χαρακτηρίζονται επίσης από υψηλό επίπεδο ενέργειας, ανάγκη για διεγερτικές καταστάσεις, υπερενεργητικότητα, παρορμητισμό, ανικανότητα χειρισμού συναισθηματικών εντάσεων, ανικανότητα χαλάρωσης και υπομανία (Custer 1984- Peck 1986- McCormick & Taber 1987). Όσοι εμπίπτουν σε αυτό το προφίλ, κλίνουν προς δραστηριότητες που θεωρούνται εξαιρετικά διεγερτικές, όπως είναι οι ιπποδρομίες (Blaszczyński κ.ά. 1986) και έρχονται σε αντίθεση με τους καταθλιπτικούς τζογαδόρους που προτιμούν συνήθως τους κούλοχέρηδες (Blaszczyński κ.ά. 1986).

ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΙ ΤΖΟΓΑΔΟΡΟΙ

Υπάρχει ένας αυξανόμενος όγκος από στοιχεία που καταδεικνύουν ότι ο παθολογικός τζόγος ενδέχεται να σχετίζεται, σε μερικά άτομα, με υψηλά επίπεδα κληρονομικού παρορμητισμού και ότι αυτός ο παρορμητισμός έχει άμεση σχέση με το πόσο σοβαρά είναι τα προβλήματα στους χώρους εντός και εκτός τζόγου και με τις αντιδράσεις στη θεραπεία (Moran 1970- McCormick κ.ά. 1987- Rugle & Melamed 1993- Castellani & Rugle 1995- Steel & Blaszczyński 1996- Gonzalez-Ibanez κ.ά. 1999).

Μελέτες έχουν αναγνωρίσει ένα “αντικοινωνικό παρορμητικό” υποσύνολο τζογαδόρων, οι οποίοι επιδεικνύουν αυξημένα επίπεδα παρορμητισμού που σχετίζονται αρκετά με τις μετρήσεις ψυχοπαθολογίας και με τα κλινικά κριτήρια για τη διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας (Blaszczyński, Steel & McConaghy 1997- Steel & Blaszczyński 1996). Οι τζογαδόροι αυτοί παρουσιάζουν οικογενειακό ιστορικό προβληματικού τζόγου, πρώιμη έναρξη, σοβαρότερα επίπεδα τζόγου, ιστορικό με τάσεις ή/ και απόπειρες αυτοκτονίας, εξάρτηση ουσιών, συνοσηρότητα, αντικοινωνικά και ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά, συναισθηματική αστάθεια, ευρεία δυσλειτουργία σε χώρους εκτός του τζόγου και έλλειψη ανταπόκρισης στη θεραπεία (Blaszczyński, Steel & McConaghy 1997- Steel & Blaszczyński 1997, 1998).

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΤΖΟΓΟΥ

Η ενίσχυση της ιδέας ότι υπάρχουν ορισμένα υποσύνολα τζογαδόρων αποτελεί το συναρπαστικό αντικείμενο στο πεδίο της βιοχημείας (Carrasco κ.ά. 1994- Moreno, Saiz-Ruiz & Iproez-Ibor 1991) και της γενετικής (Comings κ.ά. 1996), κάνοντας διαστακτικές συνδέσεις ανάμεσα στα γονίδια υποδοχής και δυσλειτουργίας των νευροδιαβιβαστών, για να εξηγηθεί η ανεπάρκεια, η διέγερση, ο παρορμητισμός και ο παθολογικός τζόγος. Τα πρώτα διαθέσιμα στοιχεία υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η σεροτονίνη (ρύθμιση διάθεσης), η νορεπινεφρίνη (που μεταφέρει τη διέγερση) και η ντοπαμίνη (ρύθμιση ανταμοιβής) μπορεί να διαδραματίζουν όλες ρόλο στον παρορμητισμό, τις διαταραχές διάθεσης και τον ανεπαρκή έλεγχο (Lopez-Ibor 1988- Roy, De Jong & Linnoila 1989-; Moreno κ.ά. 1991- DeCaria κ.ά. 1996- Bergh κ.ά. 1997).

Μελέτες γενετικής έχουν επίσης αναφέρει ότι όπως και οι χρήστες ουσιών, οι παθολογικοί τζογαδόροι είναι πολύ πιθανότερο -σε σχέση με την ομάδα ελέγχου- να διαθέτουν το αλληλόμορφο γονίδιο υποδοχής D2A1 (Comings κ.ά. 1996), που αποδεικνύεται σημαντικός παράγοντας κινδύνου στον παθολογικό τζόγο. Αυτή η γενετική απόκλιση παρουσιάζεται επίσης συχνότερα σε άτομα με διαταραχές ελέγχου παρορμησεων και σχετίζεται με μειωμένη πυκνότητα του υποδοχέα D2 και ανεπάρκειες στους ντοπαμινεργούς διαδρόμους ανταμοιβής. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 76,2% των παθολογικών τζογαδόρων που έκαναν ταυτόχρονα κατάχρηση αλκοόλ, είχαν το γονίδιο σε σύγκριση με το 49,1% των ανδρών χωρίς συνοσηρότητα κατάχρησης αλκοόλ ή εξάρτησης. Υποτίθεται ότι η έλλειψη υποδοχών D2 προκαλεί στα άτομα την ανάγκη να αναζητούν δραστηριότητες που προκαλούν ευχαρίστηση, θέτοντάς τους σε κίνδυνο για πολλαπλές εξαρτητικές, παρορμητικές και καταναγκαστικές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένων της κατάχρησης ουσιών, της υπερκατανάλωσης τροφής, του εθισμού στο σεξ και τον παθολογικό τζόγο (Blum κ.ά. 2000). Έτσι, η γενετική έρευνα μας δείχνει ότι η ορμή για έντονη και μερικές φορές επιζήμια αναζήτηση ευχαρίστησης έχει βιολογικά αίτια, παρότι η επιλογή συμπεριφοράς διαφέρει σε κάθε άτομο.

Η ανακάλυψη ύπαρξης συνδέσμου μεταξύ του D2A1 αλληλόμορφου και των παρορμητικών - εξαρτητικών - καταναγκαστικών συμπεριφορών, όπως είναι ο παθολογικός τζόγος, μπορεί να έχει επιπτώσεις και στη φαρμακολογική θεραπεία. Οι Blum κ.ά. (1996) υποθέτουν ότι η φαρμακολογική ευαισθησία σε ντοπαμινεργούς ανταγωνιστές μπορεί να καθορίζεται εν μέρει από τους γονότυπους DRD2 και ότι οι φορείς του γονιδίου A1 είναι περισσότερο αντιδραστικοί στους ανταγωνιστές D2. Έτσι, είναι πιθανό οι παθολογικοί τζογαδόροι που φέρουν το D2A1 αλληλόμορφο να αντιδρούν θετικά στους αγωνιστές D2, όπως είναι η βρομοκρυπτίνη, η bupropion και η n-propylnor-αρομορφine.

Είναι πιθανόν τα βιολογικά βασισμένα στοιχεία παρορμητισμού να δημιουργούν ένα υποσύνολο τζογαδόρων που εκδηλώνουν διαφορετικές αντιδράσεις στην ανταμοιβή και την τιμωρία, και χαρακτηρίζονται από αξιοσημείωτη κλίση στο να αναζητούν δραστηριότητες που προσφέρουν ανταμοιβή, από ανικανότητα καθυστέρησης στην ευχαρίστηση, από μετριασμένη αντίδραση στην τιμωρία και από αποτυχία τροποποίησης της συμπεριφοράς λόγω των αντίξων συνεπειών.

Υπάρχουν επαρκή στοιχεία που υποστηρίζουν το επιχειρήμα ότι υπάρχουν υποσύνολα προβληματικών και παθολογικών τζογαδόρων με ξεχωριστά κλινικά χαρακτηριστικά και αιτιολογικές διαδικασίες. Το πρώτο σύνολο δεν πάσχει από ψυχιατρική παθολογία, αλλά είναι το θύμα μιας εξαιρετικά εξαρτητικής δομής στην ενίσχυση της συμπεριφοράς. Το δεύτερο σύνολο είναι βιολογικά και συναισθηματικά εύαλωτο, χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και/ή άγχους, ενώ το τρίτο σύνολο, αν και διαθέτει και αυτές τις ευαισθησίες, είναι αποφασιστικά παρορμητικό, αντικοινωνικό και συνήθως διπλά εθισμένο.

ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΤΑΔΙΑΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟΝ ΤΖΟΓΟ

Το παρόν άρθρο αναφέρεται σ' ένα προκαταρκτικό μοντέλο που αποπειράται να ενοποιήσει τις βιολογικές, προσωπικές, αναπτυξιακές, γνωστικές και μαθησιακές θεωρίες και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που περιγράφονται στη βιβλιογραφία, σε ένα θεωρητικό, ενιαίο πλαίσιο εργασίας. Το μοντέλο αυτό υποθέτει την ύπαρξη τριών κύριων σταδίων, που ολοκληρώνονται με τον παθολογικό τζόγο. Κάθε στάδιο σχετίζεται με συγκεκριμένους παράγοντες τρωτότητας, δημογραφικά χαρακτηριστικά και αιτιολογικές διεργασίες. Όλα τα στάδια περιέχουν συγκεκριμένες διαδικασίες και ενδεικτικά χαρακτηριστικά που είναι κοινά, αλλά ξεχωρίζουν με παράγοντες που εξετάζονται εμπειρικά.

Το πρώτο στοιχείο που είναι κοινό και στα τρία στάδια είναι η διαθεσιμότητα και η πρόσβαση στον τζόγο. Οι οικολογικές ορίζουσες είναι αυτές που σχετίζονται με τη δημόσια πολιτική και τη ρυθμιστική νομοθεσία, δημιουργώντας και υποθάλλπτοντας ένα περιβάλλον στο οποίο ο τζόγος είναι κοινωνικά αποδεκτός, ενθαρρύνεται και προάγεται. Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι η διαθεσιμότητα και η πρόσβαση στις εγκαταστάσεις τζόγου σχετίζονται με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης παθολογικού τζόγου (Abbott & Volberg 1996- Volberg 1996- Grun & McKeigue 2000).

Η επόμενη διεργασία που ισχύει συνήθως σε όλους τους τζογαδόρους στη σταδιακή ένταξη είναι η επιρροή κλασικής και συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης, που οδηγούν σε αυξημένη συμμετοχή και στην ανάπτυξη συνηθειών γύρω από τον τζόγο, καθώς και στη γνωσιακή διαδικασία που οδηγεί σε εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με τις προσωπικές δεξιότητες και την πιθανότητα κέρδους.

Μελέτες έχουν επιδείξει την ύπαρξη συσχετισμού μεταξύ του υποκειμενικού ενθουσιασμού (Dickerson, Hinchy & Fabre 1987), του διαχωρισμού (Jacobs 1986), του αυξημένου καρδιακού παλμού (Anderson & Brown 1984- Leary & Dickerson 1985- Brown 1988- Griffiths 1995) και του τζόγου. Οι αποτελεσματικές συνθήκες εμφανίζονται όταν οι διακοπτόμενες νίκες, που επιτυγχάνονται με μεταβλητή αναλογία, προκαλούν κατάσταση διέγερσης που περιγράφεται συχνά ισοδύναμη με το “φτιάξιμο από ναρκωτικά”, ενώ με την επανάληψη των νικών, η διέγερση αυτή προσαρμόζεται συνήθως σε ερεθίσματα που σχετίζονται με το περιβάλλον του τζόγου (Dickerson 1979- Sharpe & Tarriger 1993). Επιπροσθέτως, η αρνητική ενίσχυση παράγεται όταν οι καταστάσεις αποστρεφόμενου άγχους και κατάθλιψης μειώνονται από τον ενθουσιασμό του τζόγου, αυξάνοντας περαιτέρω την πιθανότητα συνέχισης του τζόγου. Τελικά, αναπτύσσεται ένα μοτίβο συνήθειας στον τζόγο.

Από την νέα-παβλοφική οπτική, το “νευρωνικό μοντέλο” της συνήθους συμπεριφοράς δημιουργείται μέσω μιας διαδικασίας διέγερσης του εγκεφαλικού φλοιού (McConaghy 1980). Αφού πυροδοτηθεί από στοιχεία σχετικά με τον τζόγο, ο μηχανισμός ολοκλήρωσης της συμπεριφοράς που υποκρύπτεται πίσω από αυτό το νευρωνικό μοντέλο διεγείρεται και παράγει την ορμή για να συνεχιστεί η συμπεριφορά ως την ολοκλήρωσή της (McConaghy κ.ά. 1983). Απόπειρες αντίστασης στην ολοκλήρωση της συνήθειας προκαλούν μείωση της διέγερσης που βιώνεται ως ορμή, καταναγκασμός ή ανάγκη ολοκλήρωσης της συμπεριφοράς. Η κατάσταση αυτή λειτουργεί ως καταναγκαστική ανάγκη για ολοκλήρωση του μοτίβου συνήθειας της συμπεριφοράς ως την ολοκλήρωσή του.

Καθώς η συχνότητα του τζόγου αυξάνεται, εμφανίζονται ισχυρές προκατειλημμένες και διαστρεβλωμένες γνωσιακές δομές. Οι δομές αυτές διαμορφώνουν τις πεποιθήσεις σχετικά με την απόδοση, τις προσωπικές δεξιότητες και τον έλεγχο επί των αποτελεσμάτων, τις προκατειλημμένες αξιολογήσεις, τις εσφαλμένες αντιλήψεις, τις προληπτικές σκέψεις και τη θεωρία των πιθανοτήτων (βλ. Griffiths 1995- Ladouceur & Walker 1996 για μια περιεκτική εξέταση αυτών των διεργασιών). Η ικανότητα και η δεισιδουκτικότητα των διαστρεβλωμένων και παράλογων δομών γνωστικών πεποιθήσεων, ενδυναμώνεται με την αύξηση των επιπέδων ανάμειξης στον τζόγο (Griffiths 1990, 1995).

Πάντοτε, εξαιτίας της φύσης των πιθανοτήτων στον τζόγο, ο παίκτης χάνει και οι ήττες αρχίζουν να συσσωρεύονται. Η πίεση εντείνεται για την αντιστάθμιση των απωλειών με ακόμη περισσότερο τζόγο και τα χρέη σύντομα γιγαντώνονται (Lesieur 1984), ενώ ο παίκτης προσπαθεί απεγνωσμένα να απαλλάξει τον εαυτό του από την επιδεινούμενη οικονομική του κατάσταση. Σε αυτό το στάδιο, οι διαγνωστικοί δείκτες παθολογικού τζόγου αναγνωρίζονται εύκολα.

Στάδιο 1: προβληματικοί τζογαδόροι εξαρτημένης συμπεριφοράς

Οι αρχές της θεωρίας της μάθησης και των γνωσιακών διαδικασιών είναι βασικές στην υιοθέτηση της απώλειας ελέγχου σε όλους τους παθολογικούς τζογαδόρους. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι υπάρχει ένα υποσύνολο “προβληματικών τζογαδόρων με προβλήματα συμπεριφοράς”, που μερικές φορές μπορεί να ικανοποιούν τα κριτήρια για τον παθολογικό τζόγο, αλλά χαρακτηρίζονται από έλλειψη συγκεκριμένου χαρακτηριστικού ψυχοπαθολογίας. Ουσιαστικά, αυτοί οι τζογαδόροι κυμαίνονται ανάμεσα στο χώρο του κανονικού/ εντατικού τζόγου και του υπερβολικού τζόγου λόγω των επιδράσε-

ων των συνθηκών, των διαστρεβλωμένων γνώσεων σχετικά με την πιθανότητα νίκης και/ ή μιας σειράς κακών κρίσεων ή λήψεων αποφάσεων, και όχι εξαιτίας του ανεπαρκούς ελέγχου. Όπως απεικονίζεται στο Σχ.1, τα μέλη αυτού του υποσύνολου μπορεί να απασχολούνται πολύ με τον τζόγο, να τον αποζητούν, να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και να παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους σε αντίδραση προς τα οικονομικά βάρη που οφείλονται στη συμπεριφορά τους. Το σημαντικότερο είναι ότι αυτά τα συμπτώματα είναι η συνέπεια και όχι η αιτία των μοτίβων επαναλαμβανόμενης υπερβολικής συμπεριφοράς τζόγου.

Η είσοδος σε αυτό το υποσύνολο μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία και μπορεί να επιδεινωθεί από την έκθεση στον τζόγο λόγω τύχης, από μέλη της οικογένειας ή από ομάδες ομοτίμων. Το υποσύνολο αυτό αναφέρει τις λιγότερες δυσκολίες λόγω του τζόγου από κάθε παθολογικό τζογαδόρο και δεν εκδηλώνει σοβαρά συμπτώματα προνοσηρής ψυχοπαθολογίας, κατάχρησης ουσιών, παρορμητισμού, εκκεντρικής ή αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς.

Το προφίλ αυτού του υποσύνολου είναι χαρακτηριστικό του δείγματος “ομάδας ένα”, όπως αναγνωρίζεται στην ομαδική αναλυτική μελέτη των Gonzalez-Ibanez κ.ά. (1999) με 60 άντρες παίκτες κουλοχέρη με φρουτάκια και με ελεγχόμενους τζογαδόρους στη μελέτη αποτελεσμάτων θεραπείας του Blaszczynski's (1988). Τα άτομα και στις δύο μελέτες βρέθηκε ότι επιδεικνύουν ελάχιστα επίπεδα ψυχοπαθολογίας ή επίπεδα που εμπίπτουν στα φυσιολογικά όρια μετά τη θεραπεία.

Βρίσκονται στο κατώτερο όριο της παθολογικής διάστασης και κυμαίνονται μεταξύ του έντονου και προβληματικού τζόγου, εκδηλώνουν κίνητρα να ακολουθήσουν θεραπεία, συμμορφώνονται με τις οδηγίες και μπορεί να επανακτήσουν με επιτυχία ελεγχόμενα επίπεδα τζόγου μετά τη θεραπεία. Προτείνεται ότι η παροχή συμβουλών και τα προγράμματα ελάχιστης παρέμβασης είναι τα πλέον ωφέλιμα γι' αυτό το υποσύνολο.

Στάδιο 2: συναισθηματικά ευάλωτοι προβληματικοί τζογαδόροι

Σε αυτό το υποσύνολο, παρατηρούνται παρόμοιες οικολογικές ορίζουσες, διαδικασίες εξαρτημένης μάθησης και γνωστικοί σχηματισμοί. Ωστόσο, εκτός από αυτά, οι τζογαδόροι αυτοί παρουσιάζουν προ-νοσηρό άγχος και/ ή κατάθλιψη, ιστορικό κακών δεξιοτήτων αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων και αρνητικές οικογενειακές εμπειρίες, αναπτυξιακές μεταβλητές και καταστάσεις ζωής. Όπως φαίνεται και στο Σχ. 2, αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν ο καθένας αθροιστικά και παράγουν έναν “συναισθηματικά ευάλωτο τζογαδόρο”, του οποίου η συμμετοχή στον τζόγο κινητοποιείται από την επιθυμία του να ρυθμίσει τις συναισθηματικές του καταστάσεις και/ ή να ικανοποιήσει συγκεκριμένες ψυχολογικές ανάγκες.

Οι Jacobs (1988), Lesieur & Rothschild (1989) και Gambino κ.ά. (1993) αναφέρουν ισχυρά τεκμήρια που δείχνουν ότι το οικογενειακό ιστορικό παθολογικού τζόγου αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου προδιάθεσης για τα παιδιά. Στη μελέτη των Gambino κ.ά. (1993), τα άτομα με γονείς προβληματικούς τζογαδόρους είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να γίνουν και αυτά παθολογικοί τζογαδόροι. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε 12 φορές παραπάνω όταν και οι δύο γονείς και οι παππούδες ήταν προβληματικοί τζογαδόροι. Το οικογενειακό ιστορικό προβληματικού τζόγου μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου, αλλά δεν πρέπει να ερμηνεύεται ως επαρκής αιτιολογία από μόνο του.

Ο Jacobs (1986), στη γενική του θεωρία για τους εθισμούς, υποθέτει ότι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και καταστάσεις στη ζωή, σε αλληλεπίδραση με τις φυσιολογικές καταστάσεις διέγερσης, παίζουν βασικό ρόλο στην επιρροή της ανάπτυξης προβλημάτων τζόγου. Αναφέρει ότι ο υπερβολικός τζόγος προκαλείται από την αλληλεπίδραση δύο ομάδων παραγόντων προδιάθεσης: ανώμαλες φυσιολογικές καταστάσεις ανάπαυλας υπέρ- ή υπό-διέγερσης και ιστορικό αρνητικών εμπειριών στην παιδική ηλικία. Η προσωπική τρωτότητα συνδέεται με εμπειρίες ανεπάρκειας, κατωτερότητας, χαμηλής αυτοπεποίθησης και απόρριψης στην παιδική ηλικία (McCormick κ.ά. 1987- McCormick, Taber & Kruedelbach 1989). Σ' αυτό το πλαίσιο, ο τζόγος θεωρείται το μέσο συναισθηματικής διαφυγής με παράλληλη επίδραση αποφυγής της εναλλαγής και εστιασμένης προσοχής που προκαλεί (Anderson & Brown 1984- Jacobs 1986). Αυτό το υποσύνολο τζογαδόρων εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, ιδιαίτερα κατάθλιψης, άγχους και εξάρτησης στο αλκοόλ. Οι γυναίκες δείχνουν προτίμηση στις συσκευές παιχνιδιών με χαμηλές δεξιότητες, όπως είναι οι κουλοχέρηδες, το βίντεο-πόκερ και τα φρουτάκια, ενώ οι άντρες ασχολούνται με επιτραπέζια παιχνίδια και στοιχήματα αθλητικά που προκαλούν υψηλότερα επίπεδα διέγερσης.

Το δείγμα "ομάδας 2" των Gonzalez-Ibanez κ.ά. (1999) παρέχει αποδείξεις που υποστηρίζουν ένα υποσύνολο συναισθηματικά ευάλωτων τζογαδόρων, ένα σύνολο που κατέχει μια ενδιάμεση θέση μεταξύ του λιγότερο σοβαρού συνόλου και του περισσότερο δυσλειτουργικού τρίτου δείγματος. Παρομοίως, η δομή των παραγόντων που αναφέρεται από τους Steel & Blaszczynski (1996) αναγνωρίζει ένα σύνολο που αποτελείται κυρίως από γυναίκες, με υψηλές ενδείξεις ψυχολογικής δυσφορίας και υψηλότερες βαθμολογίες στους δείκτες ψυχολογικής καταπόνησης, ιστορικό κατάθλιψης, απόπειρες αυτοκτονίας και οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό. Σε σύγκριση με τους άντρες, αυτές οι γυναίκες παθολογικοί τζογαδόροι ήταν μεγαλύτερες, είχαν κατά Beck πολύ υψηλότερη κατάθλιψη και άγχος και παρουσίαζαν ισχυρότερη προτίμηση στους κουλοχέρηδες, παρότι οι βαθμολογίες τζόγου κατά South Oaks ήταν παρόμοιες. Ανέφεραν επίσης υψηλά επίπεδα παρορμητισμού που ήταν ίσα με τα αντίστοιχα αντρικά, αλλά χαμηλότερα επίπεδα οικονομικών χρεών.

Το ψυχολογικό προφίλ εξηγείται επίσης από τους απέχοντες τζογαδόρους στη 2-5ετή μελέτη θεραπευτικών αποτελεσμάτων των Blaszczynski's (1988) και Blaszczynski, McConaghy & Frankova's (1991) που χρησιμοποίησαν ένα δείγμα από 63 τζογαδόρους. Στις ψυχολογικές μετρήσεις, οι απέχοντες επέδειξαν ενδιάμεση θέση μεταξύ των πιο ελεγχόμενων και των σοβαρά διαταραγμένων τζογαδόρων όσον αφορά την ψυχοπαθολογία. Λόγω του αρνητικού αναπτυξιακού ιστορικού και των κακών δεξιοτήτων αντιμετώπισης, τα άτομα αυτά θεωρήθηκαν πολύ εύθραυστα για να διατηρήσουν επαρκή έλεγχο της συμπεριφοράς τους και να τους επιτραπεί ο ελεγχόμενος τζόγος.

Το Σχήμα 2 απεικονίζει τις ουσιαστικές διαφορές μεταξύ των δύο πρώτων σταδίων. Οι τζογαδόροι του Σταδίου 1 παίζουν αρχικά για διασκέδαση ή κοινωνικοποίηση και αισθάνονται ενθουσιασμένοι από την πρόσβαση και τη διαθεσιμότητα των παιχνιδιών. Αντίθετα, οι τζογαδόροι του Σταδίου 2 είναι συναισθηματικά ευάλωτοι ως αποτέλεσμα ψυχοκοινωνικών και βιολογικών παραγόντων, και χρησιμοποιούν τον τζόγο κυρίως για να βρουν ανακούφιση από αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, με τη διαφυγή ή τη διέγερση που τους παρέχει. Αφού αρχίσει η συνήθεια του τζόγου, ενθαρρύνεται η

εξαρτημένη συμπεριφορά και η εξάρτηση και στα δύο στάδια. Ωστόσο, η ψυχολογική δυσλειτουργία στους τζογαδόρους του Σταδίου 2 καθιστά αυτό το σύνολο ανθεκτικότερο στην αλλαγή και απαιτεί θεραπεία που επιλύει τις κρυφές τρωτότητες και τη συμπεριφορά τζόγου.

Στάδιο 3: “αντικοινωνικά παρορμητικοί” προβληματικοί τζογαδόροι

Το τρίτο υποσύνολο παθολογικών τζογαδόρων αφορά εξαιρετικά διαταραγμένα άτομα με ουσιαστικές ψυχοκοινωνικές επιδράσεις του τζόγου, που χαρακτηρίζονται από ενδείξεις που υποδηλώνουν νευρολογική ή νευροχημική δυσλειτουργία. Παρόμοια με τους τζογαδόρους του Σταδίου 2, το υποσύνολο αυτό διαθέτει ψυχοκοινωνικές και βιολογικές τρωτότητες. Ωστόσο, το σύνολο αυτό διαχωρίζεται από τα χαρακτηριστικά παρορμητισμού και διαταραχής αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Steel & Blaszczynski 1996-Blaszczynski κ.ά. 1997) και την ανεπάρκεια προσοχής (Rugle & Melamed 1993), που εκδηλώνεται σε διάφορες δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και τον παρορμητισμό που επηρεάζει πολλές όψεις του γενικού επιπέδου ψυχοκοινωνικής λειτουργίας του παίκτη (Σχ. 3).

Κλινικά, οι τζογαδόροι με ιστορικό παρορμητισμού εμπλέκονται σε μια ευρύτερη γκάμα από προβλήματα συμπεριφοράς ανεξάρτητα από τον τζόγο, συμπεριλαμβανομένων της κατάχρησης ουσιών, των τάσεων αυτοκτονίας, του ευερεθισμού, της χαμηλής ανοχής στην πλήξη και των εγκληματικών συμπεριφορών. Σε μια διαδικασία αλληλεπίδρασης, η επίδραση του παρορμητισμού επιδεινώνεται υπό την πίεση και την παρουσία αρνητικών συναισθημάτων. Οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, η εκτεταμένη χρήση αλκοόλ και ο πειραματισμός με πολλαπλές ναρκωτικές ουσίες, η εγκληματικότητα εκτός τζόγου και το οικογενειακό χαρακτηριστικό αντικοινωνικότητας και προβλημάτων με το αλκοόλ, αποτελούν χαρακτηριστικά αυτού του συνόλου. Ο τζόγος ξεκινάει σε νεαρή ηλικία, αυξάνει γρήγορα σε ένταση και σοβαρότητα, μπορεί να εμφανίζεται σε περιόδους έξαρσης και σχετίζεται με πρόωρη εισαγωγή σε εγκληματικές συμπεριφορές που συνδέονται με τον τζόγο. Οι τζογαδόροι αυτοί έχουν λιγότερα κίνητρα να αναζητήσουν άμεσα θεραπεία, έχουν χαμηλές αναλογίες συμμόρφωσης και αντιδρούν άσχημα σε κάθε μορφή παρέμβασης. Οι Blaszczynski κ.ά. (1997) ονομάζουν αυτούς τους τζογαδόρους στο υποσύνολό τους “αντικοινωνικά παρορμητικούς”.

Υποστηρίζοντας αυτή την κλινική περιγραφή, οι Steel & Blaszczynski (1996) εξερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στον παρορμητισμό, τα αντικοινωνικά χαρακτηριστικά και τον τζόγο σε ένα σύνολο 115 τζογαδόρων. Η μελέτη αυτή επανέλαβε προηγούμενα ευρήματα, δείχνοντας ότι τα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας σχετίζονται σημαντικά με τον παρορμητισμό και τα χαρακτηριστικά αντικοινωνικής προσωπικότητας, εύρημα που συμφωνεί με την παρατήρηση του McCormick’s (1994) ότι οι παθολογικοί τζογαδόροι με ταυτόχρονα προβλήματα κατάχρησης ουσιών είναι περισσότερο παρορμητικοί και επιδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικών διαταραχών από τους χρήστες ουσιών. Οι τζογαδόροι στο σύνολο της “ομάδας τρία” των Gonzalez-Ibanez κ.ά. (1999) εμφανίζουν παρόμοια χαρακτηριστικά: υψηλότερα επίπεδα τζόγου, παρορμητισμό, αναζήτηση συγκινήσεων και περιπέτειας, έλλειψη αναστολών και ευαισθησία στην πλήξη, σε βαθμό μεγαλύτερο από τους υπόλοιπους τζογαδόρους.

Το υπερδραστήριο υποσύνολο στη διαταραχή που σχετίζεται με την ανεπάρκεια της προσοχής αποτελεί μια αναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από παρορμητισμό, ξεκινάει

από την παιδική ηλικία και εντοπίζεται συχνά στη διαταραχή διαγωγής και τις συμπεριφορές αντικοινωνικής προσωπικότητας. Ο Goldstein και οι συνεργάτες του (Goldstein κ.ά. 1985- Carlton κ.ά. 1987) ανέφεραν διαφορετικά μοτίβα εγκεφαλικής δραστηριότητας EEG και συμπτώματα που ανέφεραν οι ίδιοι παράλληλα με αυτά που εντοπίστηκαν στη διαταραχή ανεπάρκειας προσοχής στην παιδική ηλικία, σε μια σειρά από μικρά δείγματα θεραπευμένων τζογαδόρων.

Οι Carlton & Manowitz (1994), σε μια επέκταση του έργου τους, ανακάλυψαν υψηλά επίπεδα παρορμητισμού σε 12 μέλη των Ανώνυμων Τζογαδόρων, αλλά οι βαθμολογίες παρορμητισμού αυτών των ατόμων δεν σχετίζονταν με την προσωπική ή κοινωνική διαταραχή τους που οφειλόταν στο τζόγο. Ωστόσο, όπως αναγνωρίζουν και οι συγγραφείς, η έλλειψη συσχετισμού μπορεί να αποτελεί σφάλμα Τύπου II, με δεδομένη τη χαμηλή δύναμη που σχετίζεται με το μικρό μέγεθος του δείγματος. Αντιστοίχως, σε μια μελέτη χρηστών ουσιών, οι παθολογικοί τζογαδόροι και η ομάδα ελέγχου (Petry, 2001) ανακαλύφθηκε σημαντικός συσχετισμός μεταξύ του παρορμητισμού, της κατάχρησης ουσιών και του παθολογικού τζόγου.

Οι Rugle & Melamed (1993) διεξήγαγαν αρκετές νευροψυχολογικές μετρήσεις ανεπάρκειας σε 33 παθολογικούς τζογαδόρους και έναν παρόμοιο αριθμό κανονικών ατόμων της ομάδας ελέγχου. Οι σημαντικές διαφορές που εντοπίστηκαν μεταξύ των δειγμάτων των μετρήσεων για εκτελεστικές λειτουργίες, οδήγησαν τους συγγραφείς στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές των συμπεριφορών στην παιδική ηλικία, που σχετίζονταν με την υπερδραστηριότητα, την τάση καταστροφής και τη δυσκολία διακοπής ανασταλτικών συμπεριφορών, είχαν μεγάλη σημασία στο διαχωρισμό των τζογαδόρων από την ομάδα ελέγχου. Οι Rugle & Melamed (1993) συμπέραναν ότι υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν την ιδέα ότι τουλάχιστον τα συμπτώματα ανεπάρκειας της προσοχής αντικατοπτρίζουν σημάδια παρορμητισμού, είναι παρόντα στην παιδική ηλικία και προκαθορίζουν την εμφάνιση συμπεριφοράς παθολογικού τζόγου. Αυτή η βιολογική ευαισθησία εξασθενεί τον έλεγχο της συμπεριφοράς όχι μόνο στον τομέα του τζόγου αλλά και σε άλλους τομείς της ζωής. Το στοιχείο αυτό δίνει βάση στην υπόθεση ότι ο παρορμητισμός εξελίσσεται και είναι ανεξάρτητος από τον τζόγο και λειτουργεί ως καλός προγνωστικός παράγοντας για τη σοβαρότητα της ανάμιξης σε τουλάχιστον ένα υποσύνολο τζογαδόρων.

Περιληπτικά, το Σχ. 4 απεικονίζει το ενοποιημένο μοντέλο σταδίων, στο οποίο ο προβληματικός τζόγος ξεκινά εξαιτίας οικολογικών παραγόντων, εξελίσσεται μέσω ενός εκ των τριών σταδίων και τελικά συγκλίνει στο επίπεδο κλασικών και αποτελεσματικών συνθηκών, που υποθάλπουν την ανάπτυξη συνήθειας, την αναζήτηση και την προβληματική και παθολογική συμπεριφορά τζόγου.

ΑΝΑΛΥΣΗ

Η πλειοψηφία των μελετών αναφέρει ευρήματα που βασίζονται σε δείγματα τζογαδόρων που έχουν συγκριθεί με ομάδες ελέγχου. Μέχρι πρόσφατα, λίγη προσοχή έχει δοθεί σε παράγοντες πέρα από το φύλο και την ηλικία προκειμένου να καθοριστεί αν υπάρχουν ή όχι ενδο-ομαδικές διαφορές μεταξύ των παθολογικών τζογαδόρων. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα δείγματα θεωρούνται ομοιογενούς τύπου.

Μεμονωμένα μοντέλα που υποθέτουν ότι οι παθολογικοί τζογαδόροι αποτελούν έναν ομοιογενή πληθυσμό, ενδέχεται να μην είναι πλέον επαρκή, με βάση τα στοιχεία που επιδεικνύουν θεωρητικά ότι ο τζόγος είναι μια ετερογενής και πολύδιάστατη διαταραχή, το τελικό αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης γενετικών, βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η απλή αντιμετώπιση του τζόγου ως εξάρτηση ή καταναγκαστική διαταραχή ή διαταραχή ελέγχου των ερεθισμάτων είναι πολύ περιορισμένη. Υπάρχει η ανάγκη να αναγνωριστούν κλινικά ξεχωριστά υποσύνολα τζογαδόρων που εμφανίζουν κοινά, εμφανή πρωτεύοντα συμπτώματα, αλλά ταυτοχρόνως διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με τις σημαντικές μεταβλητές που έχουν αιτιολογική σημασία και καθορίζουν τις προσεγγίσεις στη διαχείριση και την πρόγνωση, όπως είναι η προ-νοσηρή ψυχοπαθολογία, το ιστορικό παιδικής ηλικίας και η νευροβιολογική ωριμότητα.

Το μοντέλο σταδίων είναι μια προκαταρκτική, εμπειρικά ελεγκτέα σύλληψη που υποθέτει την ύπαρξη τριών υποσυνόλων παθολογικών τζογαδόρων. Και τα τρία υπόκεινται σε οικολογικές μεταβλητές, συντελεστική και κλασική εξαρτημένη μάθηση και γνωσιακές διεργασίες. Η δύναμη αυτού του μοντέλου έγκειται στην αναγνώρισή του ότι μια αναλογία τζογαδόρων είναι ουσιαστικά “φυσιολογικοί” στον χαρακτήρα, δηλαδή δεν εμφανίζουν ενδείξεις προ-νοσηρής ψυχολογικής διαταραχής, αλλά απλώς χάνουν τον έλεγχο στον τζόγο αντιδρώντας στις επιδράσεις των συνθηκών και των διαταραγμένων γνώσεων που περιβάλλουν την πιθανότητα νίκης. Ο “παθολογικός τζόγος” είναι ένα μεταβατικό στάδιο, στο οποίο παρατηρούνται διακυμάνσεις μεταξύ εντατικού και εκτεταμένου τζόγου, μια κατάσταση που μπορεί επίσης να συμβαίνει αυθόρμητα ή με ελάχιστες παρεμβάσεις. Οι τζογαδόροι Σταδίου 1 μπορούν να επιτύχουν ελεγχόμενο τζόγο με παρεμβάσεις.

Το μοντέλο αναγνωρίζει επίσης ένα δεύτερο υποσύνολο που χαρακτηρίζεται από διαταραγμένα οικογενειακά και προσωπικά ιστορικά, κακές δεξιότητες αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων, συναισθηματική αστάθεια λόγω βιολογικών και ψυχοκοινωνικών ανεπαρειών και αργότερη εμφάνιση τζόγου. Ο τζόγος αναζητείται ως μέσο συναισθηματικής διαφυγής μέσω του διαχωρισμού ή ως μέσο που στοχεύει στη ρύθμιση των αρνητικών καταστάσεων της διάθεσης ή των ψυχολογικών καταστάσεων υπέρ- ή υπό-διέγερσης.

Το τρίτο σύνολο αυτού του σχηματισμού χαρακτηρίζεται από βιολογική ευαισθησία προς τον παρορμητισμό, πρόωρη εμφάνιση, ανεπάρκειες προσοχής, αντικοινωνικά χαρακτηριστικά και κακή αντίδραση στη θεραπεία. Οι δυσλειτουργικές νευρολογικές δομές και λειτουργίες και η δυσλειτουργία των συστημάτων ουσιών εκπομπής ώσης σε σύναψη υποστηρίζουν αυτή την τρωτότητα.

Από κλινική άποψη, κάθε στάδιο περιλαμβάνει διαφορετικές επιπτώσεις για την επιλογή στρατηγικών διαχείρισης και παρεμβάσεων θεραπείας. Οι κλινικές παρατηρήσεις που υποστηρίζονται από τα εμπειρικά στοιχεία δείχνουν ότι οι τζογαδόροι Σταδίου 3 χαρακτηρίζονται από αντικοινωνική, παρορμητική προσωπικότητα που επιδεικνύει ένα ευρύ φάσμα πολλαπλών δυσλειτουργικών συμπεριφορών, συμπεριλαμβάνοντας την κατάχρηση ουσιών, τα εγκληματικά αδικήματα και την κοινωνική αστάθεια (Steel & Blaszczynski 1996). Αυτά τα κλινικά χαρακτηριστικά συσχετίζονται με πρόωρη εμφάνιση τζόγου, σοβαρότερα προβλήματα τζόγου, γενική ψυχοπαθολογία και περίοπτα χαρακτηριστικά διαταραχής ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας.

Αν οι βιολογικοί συσχετισμοί συμβάλλουν στην αιτιολογία της διαταραχής στις περιπτώσεις τέτοιων παρορμητικών τζογαδόρων, οι κλινικοί πρέπει να είναι ενήμεροι για την ανάγκη να επιλύουν τα προβλήματα προσοχής και οργανωτικής ανεπάρκειας, συναισθηματικής τρωτότητας, μη ανοχής άγχους, κακής επίλυσης προβλημάτων και δεξιοτήτων αντιμετώπισης. Τα θέματα συμμόρφωσης και φθοράς από τη θεραπεία πρέπει επίσης να υπογραμμιστούν, με δεδομένη τη τάση των παρορμητικών τζογαδόρων να είναι ασυνεπείς, αναξιόπιστοι και να πλήττουν εύκολα. Οι τζογαδόροι αυτοί απαιτούν εντατικές γνωστικές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις με στόχο τον έλεγχο των ερεθισμάτων που χορηγούνται σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα.

Αντίθετα, οι θεραπευτικές ανάγκες αυτού του συνόλου διαφέρουν σημαντικά από τον καταθλιπτικό ή αγχωμένο τζογαδόρο, ο οποίος αναζητεί συναισθηματική παρηγοριά μέσω της απομόνωσης που σχετίζεται με το επαναλαμβανόμενο παιχνίδι σε μια ηλεκτρονική μηχανή (Anderson & Brown 1984). Η κατάθλιψη ή το άγχος μπορεί να προκύπτουν από ανωμαλίες των νευροδιαβιβαστών ή γενετικές ανωμαλίες (Comings κ.ά. 1996) από βιωμένες τραυματικές καταστάσεις ή απώλειες (Taber, McCormick & Ramirez 1987), ή να αποτελούν αντίδραση σε κάτι που προκαλεί άγχος. Οι ψυχοθεραπευτικές στρατηγικές που είναι σχεδιασμένες για να ενισχύουν τις δεξιότητες αντιμετώπισης του άγχους και η παροχή μη επικριτικής υποστήριξης είναι απαραίτητα στοιχεία σε αυτά τα περιστατικά. Οι τζογαδόροι των Σταδίων 2 και 3 απαιτούν φάρμακα για να εξισορροπήσουν τη νευροχημεία τους. Ωστόσο, η εκδήλωση της διαταραχής και η σοβαρότητά της, η πορεία και η πρόγνωση των συναισθηματικά ευάλωτων τζογαδόρων, διαφέρουν από αυτές του παρορμητικού τζογαδόρου. Η κατανόηση των ουσιαστικών διαφορών που ορίζουν τα υποσύνολα των τζογαδόρων είναι λοιπόν σημαντική στο πώς θα υπαγορευθεί η αναγκαιότητα και η κατάλληλη μορφή απαιτούμενης παρέμβασης.

Το μοντέλο των σταδίων παρέχει ένα βασικό πλαίσιο εργασίας που ενοποιεί τα ερευνητικά στοιχεία και τις κλινικές παρατηρήσεις, προσφέροντας μια δομή που βοηθά τους κλινικούς να αναγνωρίσουν και να διαχωρίσουν τα σαφή υποσύνολα των τζογαδόρων που απαιτούν διαφορετικές στρατηγικές διαχείρισης. Ιδανικά, το μοντέλο πρέπει να παρέχει έναν πρακτικό και ασφαλή κλινικό οδηγό που τελικά θα βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων βελτιώνοντας τις διαγνωστικές διαδικασίες. Το μοντέλο είναι ανοικτό σε εμπειρικές δοκιμές.

Αναφορές

- Abbott, M., Palmisano, B. & Dickerson, M. (1995) Video game playing, dependency and delinquency: a question of methodology? *Journal of Gambling Studies*, 11, 287-301.
- Abbott, M. W. & Volberg, R. (1996) The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12, 43-160.
- American Psychiatric Association (APA) (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Anderson, G. & Brown, R. I. F. (1984) Real and laboratory gambling, sensation seeking and arousal: toward a Pavlovian component in general theories of gambling and gambling addictions. *British Journal of Psychology*, 75, 401-411.

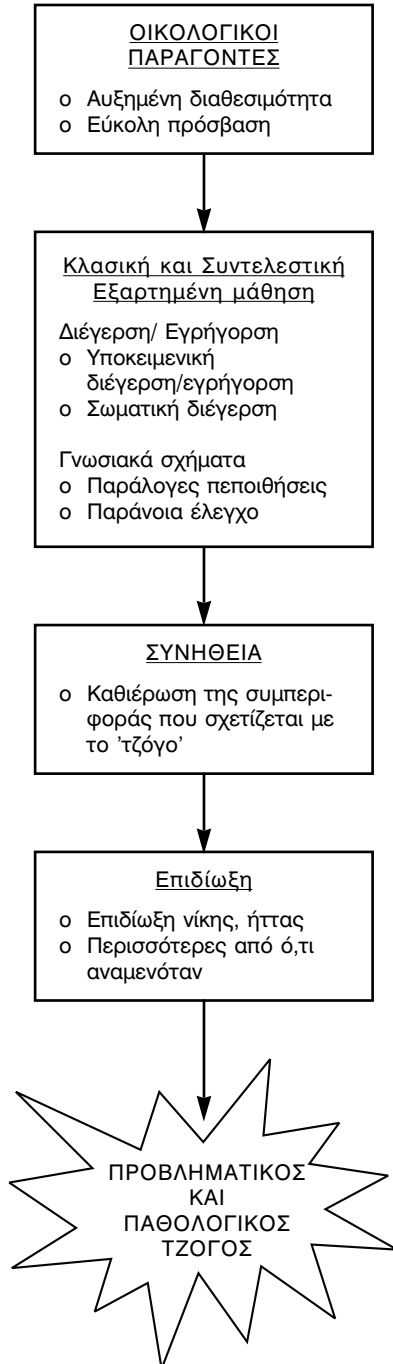
- Bazargan, M., Bazargan, S. & Akanda, M. (2001) Gambling habits among aged African Americans. *Clinical Gerontologist*, 22, 51-62.
- Beaudoin, C. M. & Cox, B. J. (1999) Characteristics of problem gambling in a Canadian context: a preliminary study using a DSM-IV-based questionnaire. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 483-487.
- Bergh, C., Eklund, T., Sodersten, P. & Nordin, C. (1997) Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychological Medicine*, 27, 473-475.
- Bergler, E. (1958) *The Psychology of Gambling*. New York: Hill and Wang.
- Black, D. W. & Moyer, T. (1998) Clinical features and psychiatric co-morbidity of subjects with pathological gambling behaviour. *Psychiatric Services*, 49, 1434-1439.
- Blaszczyński, A. (1988) Clinical studies in pathological gambling. PhD Thesis, University of New South Wales, Australia.
- Blaszczyński, A. (1999) Pathological gambling: an impulse control, addictive or obsessive-compulsive disorder? *Anuario de Psicologia*, 30, 93-109.
- Blaszczyński, A., Buhrich, N. & McConaghy, N. (1985) Pathological gamblers, heroin addicts and controls compared on the E.P.Q. 'Addiction Scale'. *British Journal of Addictions*, 80, 315-319.
- Blaszczyński, A. & McConaghy, N. (1988) SCL-90 assessed psychopathology in pathological gamblers. *Psychological Reports*, 62, 547-552.
- Blaszczyński, A. & McConaghy, N. (1989) Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the Addictions*, 24, 337-350.
- Blaszczyński, A., McConaghy, N. & Frankova, A. (1990) Boredom proneness in pathological gambling. *Psychological Reports*, 67, 35-42.
- Blaszczyński, A., McConaghy, N. & Frankova, A. (1991) Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *British Journal of Addictions*, 86, 299-306.
- Blaszczyński, A., Steel, Z. & McConaghy, N. (1997) Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addictions*, 92, 75-87.
- Blaszczyński, A., Winter, S. W. & McConaghy, N. (1986) Plasma endorphin levels in pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 3-14.
- Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastra, V. J., Miller, D., Lubar, J. O., Chen, T. J. & Comings, D. E. (2000) Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviours. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32 (Suppl. i-iv), 1-112.
- Blum, K., Sheridan, P. J., Wood, R. C., Braverman, E. R., Chen, T. J., Cull, J. G. & Comings, D. E. (1996) The D2 dopamine receptor gene as a determinant of reward deficiency syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89, 396-400.
- Blume, S. (1987) Compulsive gambling and the medical model. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 237-247.
- Brown, R. I. (1988) Models of gambling and gambling addictions as perceptual filters. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 224-236.
- Carlton, P. L. & Goldstein, L. (1987) Physiological determinants of pathological gambling, pps. 111-122. In: Galski, T., ed. *A Handbook of Pathological Gambling*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Carlton, P. L. & Manowitz, P. (1994) Factors determining the severity of pathological gamblers in males. *Journal of Gambling Studies*, 10, 147-157.
- Carlton, P. L., Manowitz, P., McBride, H., Nora, R., Swartzburg, M. & Goldstein, L. (1987) Attention deficit disorder and pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 487-488.

- Carrasco, J. L., Saiz-Ruiz, J., Hollander, E., Cesar, J. & Lopez-Ibor, J. J. (1994) Low platelet monoamine oxidase activity in pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 427-431.
- Castellani, B. & Rugle, L. (1995) A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *International Journal of the Addictions*, 30, 275-289.
- Comings, D. E., Rosenthal, R. J., Lesieur, H. R. & Rugle, L. (1996) A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics*, 6, 223-234.
- Custer, R. L. (1984) Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.
- Decaria, C., Hollander, E., Grossman, R., Wong, C., Mosovich, S. & Cherkasky, S. (1996) Diagnosis, neurobiology and treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 80-84.
- Dickerson, M. G. (1979) FI schedules and persistence at gambling in the U.K. betting office. *Journal of Applied Behavioural Analysis*, 12, 315-323.
- Dickerson, M., Hinchy, J. & Fabre, J. (1987) Chasing, arousal and sensation seeking in off course gamblers. *British Journal of Addiction*, 82, 673-680.
- Ferris, J., Wynne, H. & Single, E. (1998) Measuring Problem Gambling in Canada. Draft Final Report for the Inter-Provincial Task Force on Problem Gambling. Canada: Canadian Centre for Substance Abuse.
- Fisher, S. E. (1993) Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 9, 277-288.
- Gambino, B., Fitzgerald, R., Shaffer, H., Renner, J. & Courtage, P. (1993) Perceived family history of problem gamblers and scores on SOGS. *Journal of Gambling Studies*, 9, 169-184.
- Getty, H. A., Watson, J. & Frisch, G. R. (2000) A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *Journal of Gambling Studies*, 16, 377-391.
- Goldstein, L., Manowitz, P., Nora, R., Swartzburg, M. & Carlton, P. L. (1985) Differential EEG activation and pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 20, 1232-1234.
- Gonzalez-Ibanez, A., Jimenez, S. & Aymami, M. N. (1999) Evaluacion y tratamiento cognitivo-conductual de jugadores patologicos de maquinas recreativas con premio . *Anuario de Psicologia*, 30, 111-125.
- Graham, J. R. & Lowenfeld, B. L. (1986) Personality dimensions of the pathological gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 58-66.
- Griffiths, M. (1990) The cognitive psychology of gambling. *Journal of Gambling Studies*, 6, 31-42.
- Griffiths, M. (1995) *Adolescent Gambling*. London: Routledge.
- Grun, L. & McKeigue, P. (2000) Prevalence of excessive gambling before and after introduction of a national lottery in the United Kingdom: another example of the single distribution theory. *Addiction*, 95, 959-966.
- Gupta, R. & Derevensky, J. (1998a) An empirical examination of Jacob's General Theory of Addictions: do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*, 14, 17-49.
- Gupta, R. & Derevensky, J. (1998b) Adolescent gambling behaviour: a prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14, 319-345.
- Hall, G. W., Carriero, N. J., Takushi, R. Y., Montoya, I. D., Preston, K. L. & Gorelick, D. A. (2000) Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1127-1133.
- Jacobs, D. F. (1986) A general theory of addictions: a new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 15-31.

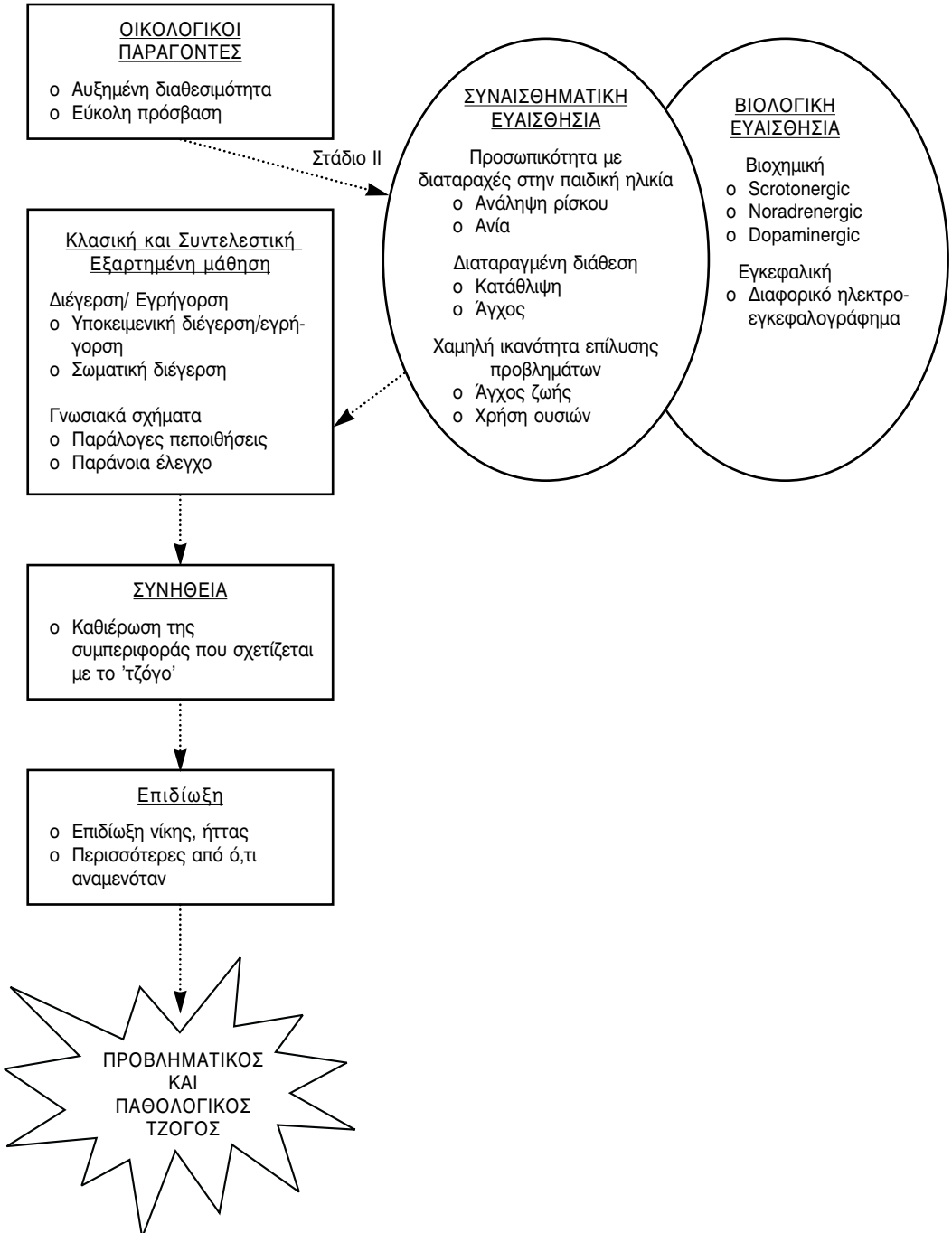
- Jacobs, D. F. (1988) Evidence for a common dissociative like reaction among addicts. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 27-37.
- Kusyszyn, I. (1972) The gambling addict versus the gambling professional: a difference in character? *International Journal of the Addictions*, 7, 387-393.
- Ladouceur, R. & Walker, M. (1996) A cognitive perspective on gambling. In: Salkovskies, P. M., ed. *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*, pp. 89-120. Chichester : John Wiley and Sons.
- Langenbucher, J., Bavly, L., Labouvie, E., Sanjuan, P. M. & Martin, C. S. (2001) Clinical features of pathological gambling in an addictions treatment cohort. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 77-79.
- Leary, K. & Dickerson, M. G. (1985) Levels of arousal in high and low frequency gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 635-640.
- Lesieur, H. R. (1984) *The Chase*. Cambridge, MA: Schenkman.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1991) Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction*, 86, 1017-1028.
- Lesieur, H. & Rosenthal, R. (1991) Pathological gambling: a review of the literature (prepared for the American psychiatric Association task Force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified). *Journal of Gambling Studies*, 7, 5-40.
- Lesieur, H. R. & Rothschild, J. (1989) Children of Gamblers Anonymous members. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 269-282.
- Linden, R. D., Pope, J. M. & Jonas (1986) Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 201-203.
- Lopez-Ibor, J. J. (1988) The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 153, 26-39.
- Marks, M. E. & Lesieur, H. R. (1992) A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction*, 87, 549-565.
- McConaghy, N. (1980) Behaviour completion mechanisms rather than primary drives maintain behavioural patterns. *Actas Nervosa Superior (Praha)*, 22, 138-151.
- McConaghy, N., Armstrong, M. S., Blaszczyński, A. & Allcock, C. (1983) Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitisation in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.
- McCormick, R. A. (1994) The importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler. *Journal of Gambling Studies*, 10, 77-86.
- McCormick, R. A. & Taber, J. I. (1987) The pathological gambler: salient personality variables. In: Galski, T., ed. *The Handbook of Pathological Gambling*, pp. 9-39. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- McCormick, R. A., Taber, J. & Kruegelbach, N. (1989) The relationship between attributional style and posttraumatic stress disorder in addicted patients. *Journal of Gambling Studies*, 7, 99-108.
- McCormick, R. A., Taber, J., Kruegelbach, N. & Russo, A. (1987) Personality profiles of hospitalized pathological gamblers: the California personality inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 521-527.
- Moran, E. (1970) Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, 116, 593-597.
- Moreno, I., Saiz-Ruiz, J. & Lopez-Ibor, J. J. (1991) Serotonin and gambling dependence. *Human Psychopharmacology*, 6, 9-12.

- Ocean, G. & Smith, G. J. (1993) Social reward, conflict and commitment: a theoretical model of gambling behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 9, 321-339.
- Peck, C. P. (1986) Risk-taking behaviour and compulsive gambling. *American Psychologist*, 41, 461-465.
- Petry, N. M. (2001) Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 29-38.
- Rosecrance, J. (1985) Compulsive gambling and the medicalization of deviance. *Social Problems*, 32, 275-284.
- Rosenthal, R. (1992) Pathological gambling. *Psychiatric Annals*, 22, 72-78.
- Rosenthal, R. & Lesieur, H. (1992) Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *American Journal of Addictions*, 1, 150-154.
- Roy, A., De Jong, J. & Linnoila, M. (1989) Extraversion in pathological gamblers: correlates with indexes of noradrenergic function. *Archives of General Psychiatry*, 46, 679-681.
- Rugle, L. (1993) Initial thought on viewing pathological gambling from a physiological and intrapsychic structural perspective. *Journal of Gambling Studies*, 9, 3-16.
- Rugle, L. & Melamed, L. (1993) Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 107-112.
- Shaffer, H. & Gambino, B. (1989) The epistemology of 'addictive disease': gambling as a predicament. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 211-229.
- Shaffer, H. J., Labrie, R., Scanlan, K. M. & Cummings, T. M. (1994) Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, 10, 339-362.
- Sharpe, L. & Tarrier, N. (1993) Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 407-412.
- Slutske, W. S., Eisen, S., True, W. R., Lyons, M. J., Goldberg, J. & Tsuang, M. (2000) Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 57, 666-673.
- Steel, Z. & Blaszczynski, A. (1996) The factorial structure of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12, 3-20.
- Taber, J. I., McCormick, R. A. & Ramirez, L. F. (1987) The prevalence and impact of major life stressors among pathological gamblers. *International Journal of the Addictions*, 22, 44-48.
- Victorian Casino and Gaming Authority (VCGA) (1997) Definition and Incidence of Pathological Gambling Including the Socioeconomic Distribution. Melbourne: Victorian Casino and Gaming Authority.
- Vitaro, F., Arseneault, L. & Tremblay, R. E. (1999) Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*, 94, 565-575.
- Volberg, R. (1996). *Gambling and Problem Gambling in New York: a Ten Year Replication Survey, 1986-96*. Report to the New York Council on Problem Gambling. Gemini Research.
- Walker, M. (1992) *The Psychology of Gambling*. London: Pergamon Press.
- Walker, M. (1998) On defining pathological gambling. *National Association of Gambling Studies Newsletter*, 10, 5-6.
- Wildman, R. (1997) *Gambling: An Attempt at an Integration*. Edmonton: Wynne Resources Inc.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D. & Fulkerson, J. (1993) Toward a development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9, 63-84.

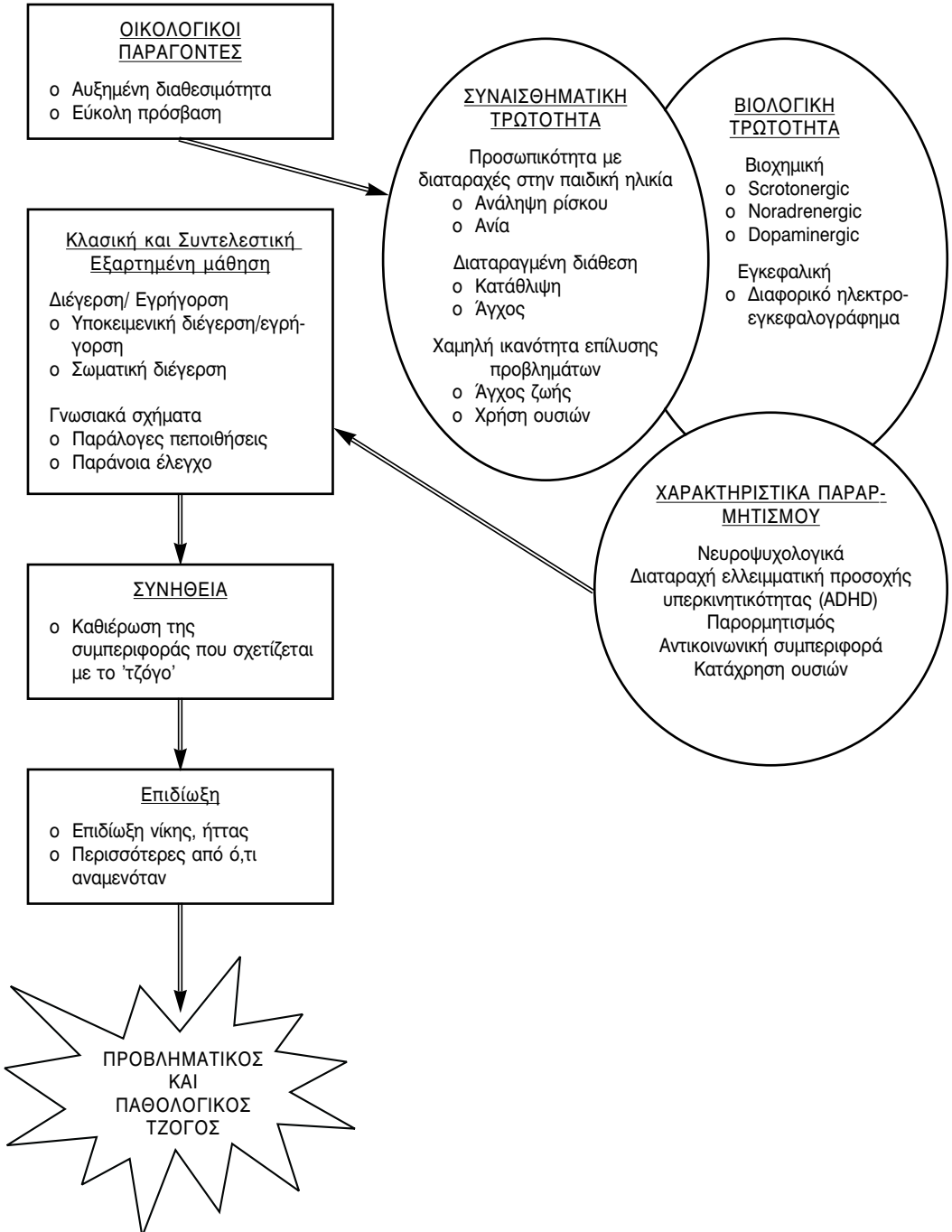
ΣΧΗΜΑ 1 ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΥ ΤΖΟΓΟΥ, ΣΤΑΔΙΟ 1



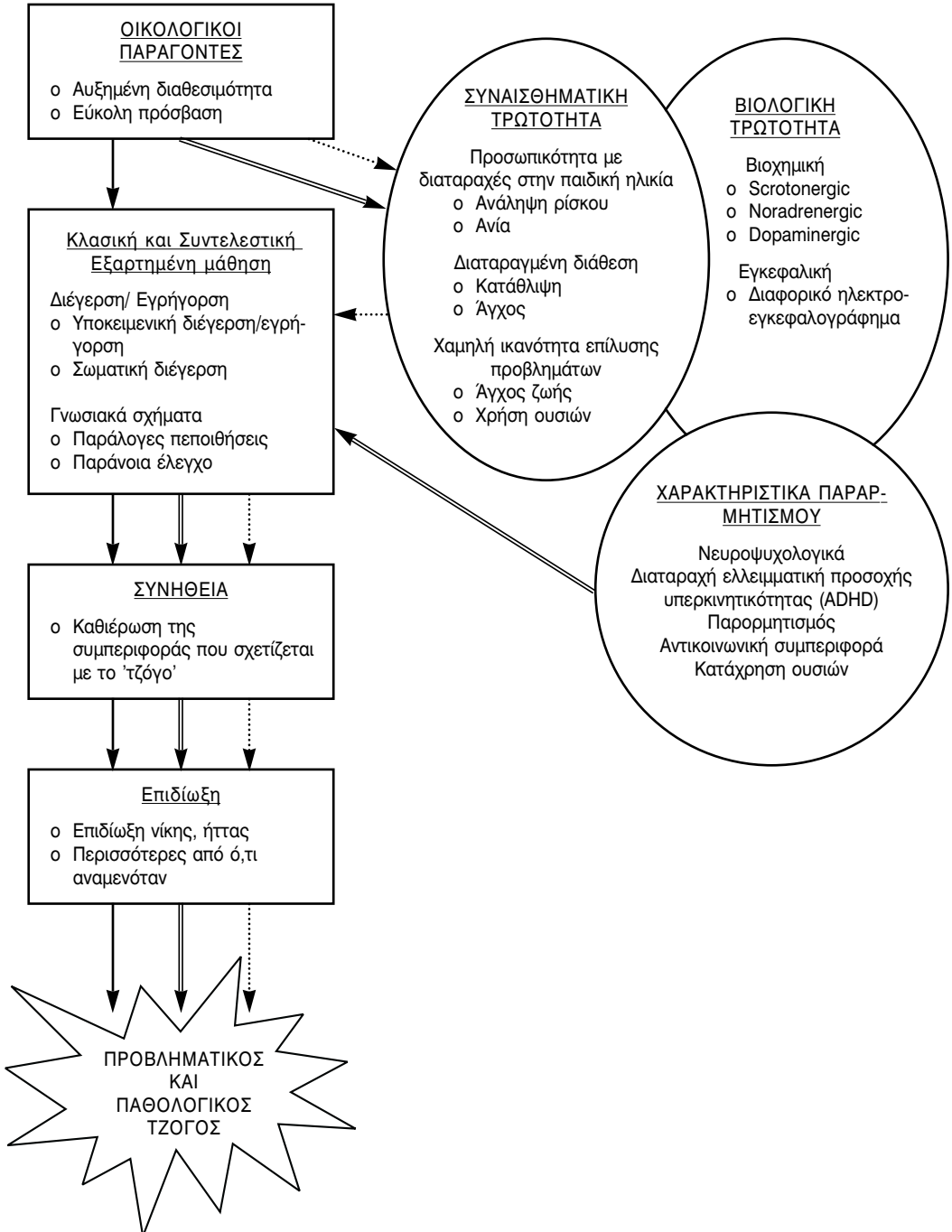
ΣΧΗΜΑ 2 ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΥ ΤΖΟΓΟΥ, ΣΤΑΔΙΟ 2



ΣΧΗΜΑ 3 ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΥ ΤΖΟΓΟΥ, ΣΤΑΔΙΟ 3



ΣΧΗΜΑ 4 ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΥ ΤΖΟΓΟ



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΡΘΡΩΝ

3

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Ε Ι Σ

ΑΛΚΟΟΛ

Ημιαπασχόληση και υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από εφήβους στη Φιλανδία
 “Adolescent part time work and heavy drinking in Finland”

ANNE KOUVONEN & TOMI LINTONEN [σ. 127]

Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των σύντομων παρεμβάσεων για την επικίνδυνη
 κατανάλωση αλκοόλ: δεκαετές follow-up.

“The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a
 10-year follow-up”

SONIA E WUTZKE, KATHERINE M CONIGRAVE, JOHN B SAUNDERS, AND
 WAYNE D HALL [σ. 127]

Πώς επηρεάζουν η κατανάλωση αλκοόλ του πατέρα, οι διαταραχές συμπεριφοράς
 και το περιβάλλον της παιδικής ηλικίας την εμφάνιση διαταραχών χρήσης αλκοόλ σε
 έναν πληθυσμό στην Ταϊλάνδη

“Effects of paternal drinking, conduct disorder and childhood environment on the
 development of alcohol use disorders in a Thai population”

SAWITRI ASSANANGKORNCHAI, ALAN F GEATER, JOHN B SAUNDERS, DONALD R
 MCNEIL [σ. 128]

Η θεωρία του ιστορικού της ζωής και η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ

“Life-history theory and risky drinking”

ELIZABETH M. HILL & KRISTA CHOW [σ. 129]

Χρήση αλκοόλ και καπνού σε εφήβους: Έναρξη, εμμονή και πορεία της χρήσης σε
 δύο δείγματα

“Adolescent alcohol and tobacco use: onset, persistence and trajectories of use
 across two samples”

KRISTINA M. JACKSON, KENNETH J. SHER, M. LYNNE COOPER, & PHILLIP K. WOOD [σ. 130]

Εκπαιδευτικά και επαγγελματικά επιτεύγματα και κατανάλωση αλκοόλ: ένα μοντέλο
 προσδοκιών σε νεαρούς ενήλικες

“Educational and occupational attainment and drinking behavior: an expectancy
 model in young adulthood”

DENIS M. MCCARTHY, GREGORY A. AARONS, SANDRA A. BROWN [σ. 131]

Εξάρτηση από το αλκοόλ: από την πλευρά της δημόσιας υγείας

“Alcohol dependence: a public health perspective”

RAUL CAETANO, CAROL CUNRADI [σ. 132]

ΗΡΩΙΝΗ, ΚΑΝΝΑΒΗ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ενδοφλέβια χρήση ουσιών από νέους στο δρόμο: η πρώτη φορά

“Drug injection among street youth: the first time”

ELISE ROY^(1,2), NANCY HALEY^(1,2), PASCALE LECLERC⁽¹⁾, LYNE CEDRAS⁽¹⁾ &
 JEAN-FRANHOIS BOIVIN^(1,2)

⁽¹⁾Montreal Regional Public Health Department and ⁽²⁾McGill University, Montreal, Quebec,
 Canada [σ. 132]

Ανασκόπηση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας σχετικά με την ύπαρξη στερητικών συμπτωμάτων στον άνθρωπο από τη χρήση κάνναβης
 “Review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users”

NEIL T SMITH [σ. 133]

Η χρήση ηρωίνης στη Νέα Νότια Ουαλλία, Αυστραλία, 1996-2000: 5ετής παρακολούθηση των τάσεων των τιμών, της καθαρότητας, της διαθεσιμότητας και της χρήσης από το Σύστημα Καταγραφής Παράνομων Ουσιών (IDRS)
 “Heroin use in New South Wales, Australia, 1996-2000: 5 year monitoring of trends in price, purity, availability and use from the illicit Drug Reporting System (IDRS)”
 SHANE DARKE, LIBBY TOPP, SHARLENE KAYE & WAYNE HALL [σ. 134]

Εξάρτηση από την κάνναβη σε νεαρούς ενήλικες: μελέτη πληθυσμού στην Αυστραλία
 “Cannabis dependence in young adults: an Australian population study”
 CAROLYN COFFEY, JOHN B. CARLIN, LOUISA DEGENHARDT, MICHAEL LYNSKEY, LENA SANCI, GEORGE C. PATTON. [σ. 135]

Παράγοντες που σχετίζονται με την αποχή, το ολίσθημα ή την υποτροπή στη χρήση ηρωίνης έπειτα από θεραπεία σε πρόγραμμα διαμονής: προστατευτικός παράγοντας διαχείρισης των αντιδράσεων.

“Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses”

MICHAEL GOSSOP, DUNCAN STEWART, NADINE BROWNE AND JOHN MARSDEN [σ. 136]

ΚΑΠΝΟΣ

Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά στους ψυχολογικούς παράγοντες που καθορίζουν το κάπνισμα

“Gender differences in the psychosocial determinants of cigarette smoking”

JEAN-FRANHOIS ETTER, ALEXANDER V. PROKHOROV, AND THOMAS V. PERNEGER [σ. 136]

Η εμμονή στο κάπνισμα: οικογενειακή προδιάθεση και ο ρόλος της εξάρτησης από τη νικοτίνη

“Persistence of cigarette smoking: familial liability and the role of nicotine dependence”

ERIC O. JOHNSON, GARY A. CHASE & NAOMI BRESLAU (USA) 1063 [σ. 137]

ΆΛΛΑ ΘΕΜΑΤΑ

Μια μελέτη προοπτικής σχετικά με τη θνησιμότητα των εξαρτημένων ατόμων σε μια περίοδο τεσσάρων ετών μετά την αναζήτηση θεραπείας.

“A prospective study of mortality among drug misusers during a four year period after seeking treatment”

GOSSOP, DUNCAN STEWART, SAMANTHA TREACY AND JOHN MARSDEN [σ. 138]

Ξεπερνώντας την καμπύλη σε σχήμα U: η σχέση μεταξύ άθλησης και χρήσης αλκοόλ, τσιγάρου και κάνναβης σε εφήβους

“Beyond the U-curve: the relationship between sport and alcohol, cigarette and cannabis use in adolescents”

PATRICK PERETTI-WATEL^{1,2} FRANHOIS BECK¹ ET STIPHANE LEGLEYE¹ [σ. 139]

Αύξηση στους θανάτους από υπερβολική δόση κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων εβδομάδων μετά την επανεισαγωγή σε πρόγραμμα μεθαδόνης στο Άμστερνταμ.

“An increase in overdose mortality during the first 2 weeks after entering or re-entering methadone treatment in Amsterdam”

MARCEL C.A. BUSTER⁽¹⁾, GIEL H.A. VAN BRUSSEL⁽²⁾ & WIM VAN DEN BRINK⁽³⁾

⁽¹⁾DEPARTMENT OF EPIDEMIOLOGY, DOCUMENTATION AND HEALTH PROMOTION,

⁽²⁾DEPARTMENT OF SOCIAL AND MENTAL HEALTH, MUNICIPAL HEALTH SERVICE, AMSTERDAM AND ⁽³⁾AMSTERDAM INSTITUTE OF ADDICTION RESEARCH (AIAR), AMSTERDAM, THE NETHERLANDS [σ. 140]

Το κοινωνικό κόστος από την κατανάλωση παράνομων ουσιών στην Ισπανία

“The social cost of illegal drug consumption in Spain”

ANNA GARCIA-ALTES, JOSEP MA OLLE, FERNANDO ANTONANZAS & JOAN COLOM [σ. 140]

Διπλή εξάρτηση: αξιολόγηση της εξάρτησης από το αλκοόλ και τις παράνομες ουσίες, και η σχέση της εξάρτησης από το αλκοόλ ανάμεσα σε εξαρτημένους από ουσίες, και των τρόπων χρήσης αλκοόλ, χρήσης παράνομων ουσιών και προβλημάτων υγείας.

“Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems”

MICHAEL GOSSOP, JOHN MARSDEN AND DUNCAN STEWART [σ. 141]

Η εξέλιξη συναντά την βιοψυχοκοινωνικότητα: Μια ανάλυση της εξαρτητικής συμπεριφοράς

“Evolution meets biopsychosociality: an analysis of addictive behaviour”

DANIEL H. LENDE & E.O SMITH [σ. 142]

Σύντομη παρέμβαση πρόληψης σε εφήβους που υιοθετούν επικίνδυνες συμπεριφορές

“Brief prevention for adolescent risk-taking behaviour”

ELIZABETH J. D'AMICO & KIM FROMME [σ. 142]

Η αναζήτηση ψυχοτρόπων ουσιών αποτελεί εξελικτική παθολογία ή προσαρμογή;

“Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation?”

RJ SULLIVAN¹ & EH HAGEN² [σ. 143]

Ο ρόλος της λειτουργικής κοινωνικής στήριξης στην παραμονή στη θεραπεία και τα αποτελέσματα της θεραπείας για χρήστες σε εξωτερικό πρόγραμμα ενηλίκων

“The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers”

PATRICIA L. DOBKIN¹, MIRELLA DE CIVITA², ANTONIOS PARAHERAKIS³, & KATHRYN GILL⁴ [σ. 144]

Το κάπνισμα τσιγάρων συνδέεται με αυξημένα προβλήματα “τζόγου” στους “τζογαδόρους” που ζητούν θεραπεία

“Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment seeking gamblers”

NANCY M. PETRY¹ AND CHERYL ONCKEN² [σ. 145]

ΑΛΚΟΟΛ

Ημιαπασχόληση και υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από εφήβους στη Φιλανδία

ANNE ΚΟΥΒΟΝΕΝ & ΤΟΜΙ ΛΙΝΤΟΝΕΝ

Στόχοι: να εξεταστεί η σχέση ανάμεσα στην ημι-απασχόληση και την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε Φιλανδούς εφήβους.

Σχεδιασμός και πλαίσιο: η συγχρονική επισκόπηση των στοιχείων πραγματοποιήθηκε σε σχολικές τάξεις το 2000 (Έρευνα για την Προαγωγή της Υγείας στα Σχολεία, n = 47 568). Συμμετέχοντες: νεαροί μαθητές από γυμνάσια της Φιλανδίας, ηλικίας 14 έως 16 ετών. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 82%.

Μετρήσεις: εκτιμήθηκε η ένταση και το είδος της απασχόλησης και η συχνότητα υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ με τη μέθοδο των αυτοχορηγούμενων ερωτηματολογίων. Μελετήθηκε η σχέση ανάμεσα στην απασχόληση και τη βαριά κατανάλωση αλκοόλ με μεθόδους λογαριθμικής πολλαπλής παλινδρόμησης.

Ευρήματα: οι έφηβοι που εργάζονται περισσότερο από 10 ώρες την εβδομάδα διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να κάνουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, σε σύγκριση με τους εφήβους που δεν εργάζονται. Η συχνότητα της κατανάλωσης αλκοόλ επίσης συνδέεται με την ένταση της εργασίας. Όταν συγκρίθηκαν άτομα που εργάζονταν εντατικά με άτομα που δεν εργάζονται και συνυπολογίστηκαν το φύλο, η σχολική τάξη, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών, η δομή της οικογένειας, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, ο βαθμός αστικοποίησης, ο γονικός έλεγχος, οι σταθερές συναισθηματικές σχέσεις και το διαθέσιμο χαρτζιλίκι, οι πιθανότητες μέθης σε εβδομαδιαία βάση ήταν περίπου τριπλάσιες από τις πιθανότητες να μην αναφερθεί μέθη σε αυτούς που εργάζονται εντατικά σε σχέση με όσους δεν εργάζονταν. Όταν υπολογίστηκαν κι άλλοι παράγοντες, σε κάποιες από τις συνήθειες εργασίες για παιδιά, εμφανίστηκε οριακή μείωση στην πιθανότητα κατανάλωσης αλκοόλ.

Συμπεράσματα: η απασχόληση δεν δείχνει να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για την κατανάλωση αλκοόλ από εφήβους. Αν και εξετάστηκε μεγάλος αριθμός σχετικών παραγόντων, το αποτέλεσμα μπορεί να επηρεάζεται από παράγοντες που δεν συμπεριλαμβάνονται σε αυτή την έρευνα. Έτσι, κρίνεται απαραίτητη μια περαιτέρω ταξινόμηση των αιτιολογικών σχέσεων που συνδέουν την εφηβική απασχόληση με την κατανάλωση αλκοόλ.

*“Adolescent part time work and heavy drinking in Finland”
Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 3, Μάρτιος 2002*

Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των σύντομων παρεμβάσεων για την επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ: δεκαετές follow-up.

SONIA E WUTZKE, KATHERINE M CONIGRAVE, JOHN B SAUNDERS, AND WAYNE D HALL

Στόχοι: να εξεταστεί η μακροχρόνια επιρροή των σύντομων και έγκαιρων παρεμβάσεων για την επικίνδυνη κι επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ.

Σχεδιασμός: ένα εννεάμηνο κι ένα δεκαετές follow-up με συμμετέχοντες που εντοπίστηκαν από μία τυχαία ελεγχόμενη δοκιμή σε διάφορες σύντομες παρεμβάσεις για το αλκοόλ.

Χώρος: γενικά ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία και μονάδα επειγόντων περιστατικών ενός μεγάλου νοσοκομείου της πόλης και ιδιωτικά προγράμματα παρακολούθησης της υγείας.

Συμμετέχοντες: ομάδα 554 (μη εξαρτημένων) ατόμων που έκαναν επικίνδυνη ή επιβλαβή χρήση αλκοόλ, οι οποίοι εντοπίστηκαν στην Αυστραλία στη Φάση II του Προγράμματος Συνεργασίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον Εντοπισμό και τη Θεραπεία Ατόμων με Επιβλαβή Κατανάλωση Αλκοόλ.

Παρέμβαση: η αποτελεσματικότητα τριών ειδών παρεμβάσεων, διάρκειας από 5 έως 60 λεπτά, συγκρίθηκαν με μια ομάδα ελέγχου χωρίς θεραπεία.

Μετρήσεις: συμπεριλήφθηκαν συμπεριφορά πόσης και βιολογικοί δείκτες χρήσης αλκοόλ. Επιπλέον, στα δέκα χρόνια ρωτήθηκαν οι συμμετέχοντες για συμπτώματα διαγνωσίμων διαταραχών από τη χρήση αλκοόλ και για τα βιώματά τους σχετικά με ψυχολογικές, κοινωνικές και σωματικές βλάβες που σχετίζονται με το αλκοόλ. Αξιολογήθηκε επίσης η θνησιμότητα.

Ευρήματα: τα αποτελέσματα αυτά αποτελούν επιπλέον αποδείξεις σχετικά με τη βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των σύντομων παρεμβάσεων για το αλκοόλ. Σε σύγκριση με αυτούς που ανήκαν στην ομάδα ελέγχου, όσοι δέχθηκαν παρέμβαση: (1) αναφέρουν σημαντικά μειωμένη κατανάλωση και (2) λιγότερο επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ στο εννιάμηνο follow-up. Η ένταση της παρέμβασης δεν σχετιζόταν με την αλλαγή στη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ. Η ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στα 10 χρόνια δεν εντόπισε διαφορές στα αποτελέσματα των ομάδων που δέχθηκαν παρέμβαση και την ομάδα ελέγχου όσον αφορά τη μέτρια κατανάλωση, τη μέση μείωση της κατανάλωσης από την αρχή ως το follow-up, τη θνησιμότητα και ICD 10 διαγνώσεων εξάρτησης από το αλκοόλ ή επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ.

Συμπεράσματα: αυτή η μελέτη δεν μπόρεσε να εντοπίσει σαφείς αποδείξεις πως οι σύντομες συμβουλευτικές συνεδρίες χωρίς τακτικό follow-up και ενίσχυση μπορούν να προσφέρουν σημαντική μακροπρόθεσμη μείωση στη συμπεριφορά πόσης στο δεκαετές follow-up.

“The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up”
Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 6, Ιούνιος 2002

Πως επηρεάζουν η κατανάλωση αλκοόλ του πατέρα, οι διαταραχές συμπεριφοράς και το περιβάλλον της παιδικής ηλικίας την εμφάνιση διαταραχών χρήσης αλκοόλ σε έναν πληθυσμό στην Ταϊλάνδη

SAWITRI ASSANANGKORNCHAI, ALAN F GEATER, JOHN B SAUNDERS, DONALD R McNEIL

Στόχοι: ο εντοπισμός των επιρροών που συνδέεται με την ανάπτυξη διαταραχών χρήσης αλκοόλ σε έναν πληθυσμό Ταϊλανδών, με ιδιαίτερη έμφαση στην κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς και το περιβάλλον κατά την παιδική ηλικία.

Σχεδιασμός: μελέτη ελέγχου περιστατικών.

Χώρος: ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο, ένα περιφερειακό νοσοκομείο κι ένα κοινοτικό νοσοκομείο στη νότια Ταϊλάνδη. Συμμετέχοντες: 91 άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ και 77 άτομα που έκαναν επικίνδυνη/ επιβλαβή χρήση εντοπίστηκαν ως περιστατικά και

144 άτομα που είτε δεν έπιναν καθόλου είτε ήταν περιστασιακοί πότες χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου.

Μετρήσεις: συγκεντρώθηκαν στοιχεία με δομημένες συνεντεύξεις για την κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς, για τα οικογενειακά δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις οικογενειακές δραστηριότητες, τους οικογενειακούς τρόπους πειθαρχίας, την πρώιμη θρησκευτική ζωή και τις διαταραχές της συμπεριφοράς. Το κυριότερο μέτρο αποτελεσμάτων ήταν η ταξινόμηση του πότη στις κατηγορίες: εξαρτημένος από το αλκοόλ, επικίνδυνη/ επιβλαβής χρήσης, ή “όχι συχνή κατανάλωση αλκοόλ”.

Ευρήματα: σημαντική ήταν η σχέση που εντοπίστηκε στην ύπαρξη πατέρα πότη και την εμφάνιση επικίνδυνης/επιβλαβούς πόσης ή εξάρτησης από το αλκοόλ στους συμμετέχοντες. Παράγοντες από την παιδική ηλικία επίσης (διαταραχή της συμπεριφοράς, να ήταν κληρικός, ποσοστά σχετικής πιθανότητας, RPRs, και 95% ΔΕ: 6,39, 2,81-14,55 και 2,21, 1,19-4,08, αντίστοιχα) μπορούσαν να προβλέψουν την εξάρτηση από το αλκοόλ. Η φτώχεια και η εθνική αποξένωση αναφέρθηκαν λιγότερο συχνά από τα άτομα που έκαναν επικίνδυνη/επιβλαβή πόση ή ήταν εξαρτημένοι (RPRs και 95% ΔΕ = 0,34, 0,19-0,62 και 0,59, 0,38-0,93, αντίστοιχα) από ό,τι από την ομάδα ελέγχου. Το ποσοστό της σχετικής πιθανότητας για την επιρροή από τη μη συχνή χρήση αλκοόλ του πατέρα στην εξάρτηση από το αλκοόλ του γιου ήταν 2,92 (95% ΔΕ = 1,42-6,02) και για τη σοβαρή πόση ή την εξαρτητική σχέση του πατέρα με το αλκοόλ ήταν 2,84 (95% ΔΕ = 1,31-6,15).

Συμπεράσματα: η έκθεση σε ελαφριά πόση από τον πατέρα αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση διαταραχών χρήσης αλκοόλ στο γιο με τη μορφή είτε επικίνδυνης-επιβλαβούς πόσης είτε εξάρτησης από το αλκοόλ. Παρόλα αυτά, η έκθεση σε σοβαρή πόση ή εξάρτηση από το αλκοόλ του πατέρα συνδέεται πιο ιδιαίτερα με τον αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσει και ο γιος εξάρτηση από το αλκοόλ. Θα άξιζε να διερευνηθεί κατά πόσο ισχύει το ίδιο και για άλλους πολιτισμούς.

“Effects of paternal drinking, conduct disorder and childhood environment on the development of alcohol use disorders in a Thai population”
Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 2, Φεβρουάριος 2002

Η θεωρία του ιστορικού της ζωής και η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ

ELIZABETH M. HILL & KRISTA CHOW

Στόχοι: η θεωρία του ιστορικού της ζωής, μια πολύ σημαντική θεωρία που σχετίζεται με την εξελικτική βιολογία και την συμπεριφορική οικολογία, εφαρμόζεται για να αναλυθούν οι τρόποι κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ. Η προσέγγιση του ιστορικού ζωής εξετάζει πώς η ένταση του αναπαραγωγικού ανταγωνισμού επηρεάζει τα οφέλη και το κόστος από την ανάληψη ρίσκου, τα οποία τυπικά είναι μεγαλύτερα για τους νεαρούς άνδρες από ό,τι για τις γυναίκες ή τους πιο μεγάλους σε ηλικία άνδρες. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια προσπαθήσαμε να προβλέψουμε τη δημογραφική απόκλιση στους τρόπους επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ, θεωρώντας πως αντικατοπτρίζουν την ανάληψη ρίσκου γενικότερα.

Σχεδιασμός: αυτή η εργασία αποτελεί ανασκόπηση της βιβλιογραφίας γύρω από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ και την

εξάρτηση από αυτό. Οι προβλέψεις παράγονται με την εξελικτική ανάλυση της ανάληψης ρίσκου. Υπάρχουσες επισκοπήσεις για τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ αναθεωρούνται και τα ευρήματα συγκρίνονται με τις προβλέψεις.

Ευρήματα: σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα συμφωνούσαν με τις προβλέψεις. Η συχνότητα επικίνδυνης πόσης αλκοόλ κι εξάρτησης από αυτό είναι μεγαλύτερη για τους νεαρούς άντρες, για τους ανθρώπους νεαρής ηλικίας, για τους ανύπαντρους ανθρώπους, για τους παντρεμένους που δεν έχουν παιδιά ή για άτομα από περιβάλλον οικονομικά ασταθές. Εξαίρεση αποτελεί η παραμονή στην εκπαίδευση, που είναι συνήθως ασταθής.

Συμπεράσματα: η επικίνδυνη συμπεριφορά χρήσης αλκοόλ, όπως κι άλλες εκφάνσεις της έκθεσης σε κίνδυνο, είναι συχνότερη για τους νεαρούς άνδρες κι αυξάνει ακόμη περισσότερο σε ένα ασταθές περιβάλλον. Η χρησιμότητα της θεωρίας του ιστορικού ζωής συγκρίνεται με εναλλακτικές αντιλήψεις γύρω από την επικίνδυνη πόση αλκοόλ και την εξάρτηση από αυτό. Εξετάζονται οι επιπτώσεις από αυτό το ενδεχόμενο για τις ερευνητικές και κλινικές προσπάθειες.

"Life-history theory and risky drinking"

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 4, Απρίλιος 2002

Χρήση αλκοόλ και καπνού σε έφηβους: Έναρξη, εμμονή και πορεία της χρήσης σε δυο δείγματα

KRISTINA M. JACKSON, KENNETH J. SHER, M. LYNNE COOPER & PHILLIP K. WOOD

Στόχοι: Εξετάστηκε η σχέση αλκοόλ και καπνού με δύο πιθανά δείγματα με εθνολογικές διαφορές. Η πορεία στη χρήση αλκοόλ και καπνού παρουσιάζεται συνολικά και κατά φύλο και εθνικότητα. Με προοπτική ανάλυση, εξετάστηκαν οι άμεσες επιρροές ανάμεσα στη χρήση αλκοόλ και καπνού και χαρακτηρίσαμε την έναρξη έναντι της εμμονής στη χρήση καπνού και αλκοόλ ως αποτέλεσμα της χρήσης της άλλης ουσίας.

Σχεδιασμός/ χώρος: τα στοιχεία τα πήραμε από την Εθνική Διαχρονική Μελέτη για την Υγεία των Εφήβων (AddHealth) και τη Μελέτη για το Ρίσκο στην Υγεία των Εφήβων (AHRF). Τα διαστήματα Follow-up για τη μελέτη AddHealth και AHRF ήταν ένα και πέντε χρόνια αντίστοιχα.

Συμμετέχοντες: όσοι ανταποκρίθηκαν στη μελέτη AddHealth (N=4.831) ήταν κατά μέσο όρο 14,8 χρονών (48% άντρες; 23% μαύροι, 61% λευκοί) και όσοι ανταποκρίθηκαν στη μελέτη AHRF (N=1.814) είχαν μέσο όρο ηλικίας 16,7 χρονών (47% άντρες; 44% μαύροι, 49% λευκοί).

Μετρήσεις: χρησιμοποιήθηκαν δύο μεταβλητές κατανάλωσης αλκοόλ και δύο για τη χρήση καπνού: συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και συχνότητα πόσης μεγάλων ποσοτήτων, και συνήθης χρήση καπνού και αριθμός τσιγάρων ημερησίως.

Ευρήματα: η χρήση αλκοόλ και καπνού εμφάνισε ομοιόμορφες αυξήσεις κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της πρόσφατης ενηλικίωσης. Από αυτούς που ανταποκρίθηκαν, οι λευκοί άντρες ανέφεραν περισσότερη χρήση από ό,τι οι γυναίκες μαύρες. Και στις δύο περιπτώσεις, αλκοόλ και καπνός σχετίζονταν σε μέτριο βαθμό. Έπειτα από ανάλυση των στοιχείων, διαπιστώθηκε πως η προηγούμενη χρήση αλκοόλ μπορούσε να λειτουργή-

σει ως παράγοντας πρόβλεψης για τη χρήση αλκοόλ πολύ περισσότερο από ό,τι το αντίστροφο. Η έναρξη χρήσης καπνού ήταν αποτέλεσμα της προηγηθείσης χρήσης αλκοόλ, ενώ η έναρξη χρήσης αλκοόλ ήταν σε πολύ μικρότερο βαθμό αποτέλεσμα της προηγηθείσης χρήσης καπνού. Η εμμονή στη χρήση καπνού ήταν αποτέλεσμα της προηγηθείσης χρήσης αλκοόλ και η εμμονή στη χρήση αλκοόλ ήταν αποτέλεσμα της προηγηθείσης χρήσης καπνού.

Συμπεράσματα: ενισχύεται προσωρινώς ο ισχυρισμός πως η χρήση αλκοόλ αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της χρήσης καπνού περισσότερο από ό,τι το αντίστροφο. Τόσο για τη χρήση αλκοόλ όσο και καπνού, η έναρξη και εμμονή προβλέπονται από την προηγηθείσα χρήση άλλων ουσιών, και αυτοί οι συσχετισμοί παρέμειναν σταθεροί και για το φύλο και για την εθνικότητα.

“Adolescent alcohol and tobacco use: onset, persistence and trajectories of use across two samples”
 Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 5, Μάιος 2002

Εκπαιδευτικά και επαγγελματικά επιτεύγματα και κατανάλωση αλκοόλ: ένα μοντέλο προσδοκιών από νεαρούς ενήλικες

DENIS M. MCCARTHY, GREGORY A. AARONS, SANDRA A. BROWN

Στόχοι: οι μεταβλητές που αφορούν την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του εκπαιδευτικού επιπέδου και της επαγγελματικής λειτουργίας βρέθηκαν να έχουν αρνητική συσχέτιση με τη χρήση αλκοόλ. Η παρούσα μελέτη εξέτασε προοπτικά τη σχέση ανάμεσα σε αυτές τις λειτουργίες, τις προσδοκίες από το αλκοόλ και την εμπλοκή με το αλκοόλ. Προτείνουμε ότι οι προσδοκίες λειτουργούν σαν ενδιάμεσος κρίκος στη σχέση ανάμεσα στα εκπαιδευτικά/επαγγελματικά επιτεύγματα και την κατανάλωση αλκοόλ. Κάναμε την υπόθεση πως οι αλλαγές στη λειτουργία του νεαρού ενήλικου συνδέονται με αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον και/ή στη διαθεσιμότητα ενισχυτικών στοιχείων που δεν σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, επηρεάζουν όμως, με τη σειρά τους, την ενίσχυση που αναμένεται από το αλκοόλ.

Συμμετέχοντες και σχεδιασμός: Οι συμμετέχοντες ήταν 172 νεαροί ενήλικες από τη διαρκή διαχρονική μελέτη ενός μακροπρόθεσμου κλινικού προγράμματος θεραπείας εφήβων για τη χρήση ουσιών. Για την παρούσα ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από follow-up 6 και 8 χρόνων. Το θεραπευμένο δείγμα (n=100) εντοπίστηκε από τα προγράμματα διαμονής προς εφήβους για θεραπεία της τοξικοεξάρτησης. Ένα κοινοτικό δείγμα (n=72) αντιστοιχίστηκε με το οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης κατά την εισαγωγή.

Ευρήματα: η ανάλυση επαναλαμβανόμενων μετρήσεων των ομάδων σε βάθος χρόνου (cross-lag panel analysis) έδειξε πως η εκπαίδευση είχε μια μοναδική διαχρονική σχέση με τις προσδοκίες τόσο για το θεραπευμένο δείγμα όσο και για το κοινοτικό δείγμα (γενικού πληθυσμού), η οποία είναι πιο σημαντική από την πρότερη χρήση αλκοόλ και τις προσδοκίες από το αλκοόλ. Οι μεταβλητές που αφορούσαν τον επαγγελματικό τομέα δεν είχαν αυτή τη διαχρονική σχέση για κανένα από τα δύο δείγματα. Οι προσδοκίες μετρίασαν τη σχέση εκπαίδευσης/αλκοόλ μόνο για το θεραπευμένο δείγμα.

Συμπεράσματα: αυτά τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ένα μόνο μέσο εξαιτίας του οποίου οι

αλλαγές στη λειτουργία μπορεί να μεταβάλουν την εμπλοκή με το αλκοόλ με την πάροδο του χρόνου“ το μέσο αυτό είναι η μεταβολή της αναμενόμενης ενίσχυσης από το αλκοόλ.

*“Educational and occupational attainment and drinking behavior:
an expectancy model in young adulthood”*

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 6, Ιούνιος 2002

Εξάρτηση από το αλκοόλ: από την πλευρά της δημόσιας υγείας

RAUL CAETANO, CAROL CUNRADI

Στόχοι: η αναθεώρηση επιδημιολογικής έρευνας ως προς την εξάρτηση από το αλκοόλ και η υποβολή πρότασης για προσέγγιση της δημόσιας υγείας ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα.

Σχεδιασμός και χώρος: η έρευνα που αναθεωρήθηκε αποτελείται κατά κύριο λόγο από επισκοπήσεις στο γενικό πληθυσμό.

Συμμετέχοντες: άτομα στην κοινότητα δεκαοκτώ ετών και μεγαλύτερα.

Μετρήσεις: εκτιμήθηκαν δείκτες εξάρτησης από το αλκοόλ, δώδεκα μηνών, βάσει των κριτηρίων DSM.

Ευρήματα: η επικράτηση της εξάρτησης από το αλκοόλ στις ΗΠΑ ήταν σταθερή, γύρω στο 6% για τους άντρες και στο 2% για τις γυναίκες. Ο κίνδυνος εξάρτησης από το αλκοόλ ξεκινά από τα χαμηλά επίπεδα πόσης και παρουσιάζει γραμμική αύξηση με την κατανάλωση του αλκοόλ. Το μέσο επίπεδο κατανάλωσης της ομάδας δείχνει κάποια σχέση της εξάρτησης με την επικράτηση. Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ ευθύνονται περίπου για το 50% των κοινωνικών, νομικών και διαπροσωπικών προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ.

Συμπεράσματα: η εξάρτηση από το αλκοόλ υπάρχει σε σχετικά υψηλά επίπεδα στην κοινωνία. Ακόμη, τα άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ ευθύνονται για ένα μέτριο ποσοστό προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ στην κοινωνία. Μια προσέγγιση δημόσιας υγείας σε αυτό το πρόβλημα, που θα εστιάζει στην πρόληψη και τις παρεμβάσεις σε ομαδικό επίπεδο για τη μείωση των επιπέδων επικράτησης αποτελεί εγγύηση.

“Alcohol dependence: a public health perspective”

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 6, Ιούνιος 2002

ΗΡΩΙΝΗ, KANNABH ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ενδοφλέβια χρήση ουσιών από νέους στο δρόμο: η πρώτη φορά

ELISE ROY^(1,2), NANCY HALEY^(1,2), PASCALE LECLERC⁽¹⁾, LYNE CEDRAS⁽¹⁾ & JEAN-FRANHOIS BOIVIN^(1,2)

⁽¹⁾MONTREAL REGIONAL PUBLIC HEALTH DEPARTMENT AND ⁽²⁾MCGILL UNIVERSITY, MONTREAL, QUEBEC, CANADA

Στόχοι: να περιγραφούν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες πραγματοποιήθηκε η πρώτη ενδοφλέβια χρήση από νέους που είναι στο δρόμο.

Σχεδιασμός: μια ομαδοποιημένη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από 1995-2000.

Συμμετέχοντες: οι συμμετέχοντες ήταν όλοι νέοι, ηλικίας 14-25 ετών και εντοπίστηκαν από οργανισμούς στο Μόντρεαλ, οι οποίοι προσφέρουν δωρεάν υπηρεσίες για νέους στο δρόμο.

Μετρήσεις: οι συμμετέχοντες που ανέφεραν πως είχαν κάνει ενδοφλέβια χρήση ουσιών απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έκαναν την πρώτη τους ενδοφλέβια χρήση (χρονολογικά πότε έγινε, τοποθεσία, είδος σχέσης με αυτόν που τους μύησε, παρουσία τρίτων, η πρώτη ενδοφλέβια ουσία, από πού προμηθεύτηκε τη βελόνα, χρήση καθαρής βελόνας και άλλων εργαλείων για τη χρήση). Ερωτήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά του μυητή και προηγούμενη χρήση της ουσίας που χορηγήθηκε ενδοφλεβίως προστέθηκαν κατά την πορεία της μελέτης.

Ευρήματα: από τους 980 συμμετέχοντες, 530 (54%) είχαν κάνει ενδοφλέβια χρήση ουσιών. Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από 505 συμμετέχοντες, συμπεριλαμβανομένων 77, οι οποίοι απάντησαν και τις επιπρόσθετες ερωτήσεις. Η μέση ηλικία κατά την πρώτη ενδοφλέβια εμπειρία ήταν 17,7 χρόνια. Η πρώτη ενδοφλέβια χρήση έγινε σε δημόσιο χώρο, (41%). Στη χρήση βοήθησε ένας κοντινός φίλος (41%), ο χρήστης έκανε μόνος του/ μόνη της την ένεση (27%), βοήθησε κάποιος γνωστός (15%), βοήθησε ο/η σύντροφος (10%) ή άλλο πρόσωπο (7%). Το 84% επί του συνόλου των νέων την πρώτη φορά χρησιμοποίησε καθαρή βελόνα, ενώ μόνο το 62% χρησιμοποίησε καθαρά εργαλεία για την προετοιμασία. Η πρώτη ουσία που χρησιμοποιήθηκε ενδοφλέβια ήταν κοκαΐνη (47%) ή ηρωίνη (41%). Τα δύο τρίτα (53/77) των συμμετεχόντων είχαν χρησιμοποιήσει την ουσία που έκαναν ενδοφλέβια χρήση και στο παρελθόν, εντούτοις η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν ήταν εξαρτημένοι από αυτήν.

Συμπεράσματα: οι περισσότεροι νέοι στο δρόμο χρησιμοποίησαν καθαρές βελόνες κατά την πρώτη τους εμπειρία ενδοφλέβιας χρήσης, αλλά η χρήση κι άλλων καθαρών εργαλείων δεν ήταν το ίδιο συχνή και άλλοι παράγοντες εκτός από την εξάρτηση παίζουν σημαντικό ρόλο στην έναρξη της ενδοφλέβιας χρήσης.

"Drug injection among street youth: the first time"

Περιοδικό *Addiction*, Τεύχος 97, Αριθμός 8, Αύγουστος 2002

Ανασκόπηση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας σχετικά με την ύπαρξη στερητικών συμπτωμάτων στον άνθρωπο από τη χρήση κάνναβης

NEIL T SMITH

Πρόσφατα δημοσιεύτηκαν εμπειρικά άρθρα, στα οποία υποδηλώνεται η ύπαρξη στερητικών συμπτωμάτων λόγω διακοπής χρήσης της κάνναβης από τον άνθρωπο και πρότειναν την έναρξη μιας διαγνωστικής κατηγορίας γι' αυτά τα συμπτώματα. Παράλληλα εξακολουθούν να δημοσιεύονται έρευνες σχετικά με τα σωματικά αποτελέσματα της κάνναβης σε ζώα, μέσω παραδειγμάτων αυτοχορήγησης και χρήσης κανναβινοειδών ανταγωνιστών. Οι έρευνες με ζώα δεν δίνουν μια σαφή εικόνα για την ύπαρξη συνδρόμου στέρησης. Η βιβλιογραφία σχετικά με τα συμπτώματα στέρησης σε ανθρώπους μετά τη διακοπή της χρήσης κάνναβης μελετάται περαιτέρω από αυτή την εργασία, προκειμένου να ξεκαθαριστεί το ζήτημα επιστημονικά και να δημιουργηθεί έδαφος για συζητήσεις σχετικά με τη φύση του ναρκωτικού. Επίσης, τονίζονται μεθοδο-

λογικές αδυναμίες στη βιβλιογραφία. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται τα ποικίλα επίπεδα δόσης-ουσίας που χορηγούνται σε εργαστηριακές συνθήκες, η έλλειψη ελεγχόμενων μελετών και η απουσία του ορισμού της έννοιας στερητικό σύνδρομο, η οποία αναζητείται. Αυτό που παρατηρήθηκε είναι πως οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί ως σήμερα δεν δίνουν επαρκή στοιχεία ώστε να καταλήξει κάποιος το συμπέρασμα πως όντως υπάρχουν στερητικά συμπτώματα από τη διακοπή της χρήσης της κάνναβης στον άνθρωπο, ή ως αιτία συμπτωμάτων από όσους απέχουν από την ουσία. Οι τρέχουσες έρευνες δεν μπορούν να στηρίξουν την υπόθεση πως η κάνναβη εμφανίζει τόσο καθαρά συμπτώματα στέρησης όπως άλλες ουσίες, π.χ. τα οπιοειδή. Η κάνναβη, παρόλα αυτά, υπογραμμίζει την ανάγκη για περαιτέρω ορισμό των στερητικών συμπτωμάτων, και ιδιαίτερα σχετικά με τη θέση που κατέχουν οι επιδράσεις σε αυτό το φαινόμενο. Συμπερασματικά, περισσότερες ελεγχόμενες έρευνες ίσως αποκαλύψουν “διαγνώσιμα” συμπτώματα στέρησης σε ανθρώπους χρήστες και ίσως αποτελέσουν προηγούμενο για τον ορισμό του συνδρόμου στέρησης από τη χρήση κάνναβης πριν γίνει γνωστή η ακριβής ρίζα.

“Review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users”

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 6, Ιούνιος 2002

Η χρήση ηρωίνης στη νέα νότια Ουαλία, Αυστραλία, 1996-2000: 5ετης παρακολούθηση των τάσεων των τιμών, της καθαρότητας, της διαθεσιμότητας και της χρήσης από το σύστημα καταγραφής παράνομων ουσιών (IDRS)

SHANE DARKE, LIBBY TOPP, SHARLENE KAYE & WAYNE HALL

Στόχοι: να καταγραφούν οι τάσεις όσον αφορά την τιμή, την καθαρότητα, τη διαθεσιμότητα και τη χρήση ηρωίνης στη Νέα Νότια Ουαλία, όπως εντοπίστηκαν από το Σύστημα Καταγραφής Παράνομων Ουσιών [Illicit Drug Reporting System (IDRS)] κατά τη χρονική περίοδο 1996 με 2000, και να αποδειχθεί η χρησιμότητα του IDRS στον εντοπισμό τέτοιων τάσεων.

Σχεδιασμός: το IDRS συγκρίνει τις πληροφορίες που παίρνει από συνεντεύξεις με ενδοφλέβιους χρήστες ουσιών, από πρόσωπα κλειδιά που εργάζονται στο χώρο των εξαρτήσεων για την αντιμετώπιση των παράνομων ουσιών, και ενδεικτικά στοιχεία αναφορικά με τις τάσεις που σχετίζονται με τις παράνομες ουσίες. Χώρος: Νέα Νότια Ουαλία, Αυστραλία.

Ευρήματα: Η τιμή της ηρωίνης παρουσίασε μείωση περίπου στο μισό κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, από 400 δολάρια Αυστραλίας το γραμμάριο το 1996, στα 200 δολάρια Αυστραλίας το 2000. Ενώ η τιμή της ηρωίνης παρουσίασε εντυπωσιακή πτώση κατά τη διάρκεια της περιόδου που μελετήθηκε, η καθαρότητα της ουσίας στις κατασχέσεις που έκανε η αστυνομία ήταν υψηλή όλα αυτά τα χρόνια, και κυμαινόταν μεταξύ 62% και 71%. Όλη τη χρονική περίοδο η ηρωίνη εθεωρείτο εύκολα προσβάσιμη τόσο από χρήστες που αναζητούσαν την ουσία, όσο και από πρόσωπα-κλειδιά από το χώρο επιβολής του νόμου και το χώρο της υγείας. Ταυτόχρονα με την πτώση των τιμών της ηρωίνης εμφανίστηκε και μια αύξηση των χρηστών ηρωίνης. Μεταξύ του 1997 και 1998 εμφανίστηκε ένα έντονο φαινόμενο αύξησης στην ενδοφλέβια χρήση κοκαΐνης από τους χρήστες ηρωίνης στη Νέα Νότια Ουαλία, και αυτός είναι ένας τρόπος χρήσης που έχει διατηρηθεί.

Συμπεράσματα: η συστηματική και επίσημη παρακολούθηση των τάσεων που επικρατούν στη χρήση παράνομων ουσιών παρέχει έγκαιρα στοιχεία και συστηματική ενημέρωση στις αρχές επιβολής των νόμων αλλά και στις υγειονομικές αρχές, ώστε να είναι ενήμερες σχετικά με τα τρέχοντα αλλά και τα επερχόμενα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση παράνομων ουσιών.

“Heroin use in New South Wales, Australia, 1996-2000: 5 year monitoring of trends in price, purity, availability and use from the illicit Drug Reporting System (IDRS)”

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 2, Φεβρουάριος 2002

Εξάρτηση από την κάνναβη σε νεαρούς ενήλικες: μελέτη πληθυσμού στην Αυστραλία

CAROLYN COFFEY, JOHN B. CARLIN, LOUISA DEGENHARDT, MICHAEL LYNKEY, LENA SANCI, GEORGE C. PATTON.

Στόχοι: η συμπτωματολογία της εξάρτησης από την κάνναβη παραμένει χωρίς ξεκάθαρο ορισμό και με αμφιλεγόμενη σημασία. Τα συμπτώματα της εξάρτησης από την κάνναβη δεν έχουν τύχει της αντίστοιχης προσοχής σε σύγκριση με αυτά της εξάρτησης από το αλκοόλ. Στόχος μας ήταν: (α) να περιγράψουμε τη χρήση κάνναβης σε έναν αντιπροσωπευτικό πληθυσμό νεαρών ενηλίκων, (β) να εξετάσουμε τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης από την κάνναβη σύμφωνα με τη συχνότητα του συνδρόμου εξάρτησης και (γ) αντιπαραβάλουμε την συμπτωματολογία του συνδρόμου της κάνναβης και του αλκοόλ.

Μέθοδοι: εξετάστηκαν 1.601 νεαροί ενήλικοι (μέση ηλικία 20,7 χρόνια) που συμμετείχαν σε μια μακροχρόνια ομαδοποιημένη μελέτη (N=2032) το 1998. Ήταν τακτικοί χρήστες ουσιών και μετρήθηκε η εξάρτησή τους από το αλκοόλ και την κάνναβη, σύμφωνα με το DSM-IV. Η εκτίμηση της επικράτησης του φαινομένου έδωσε περιθώριο σφάλματος που οφειλόταν στη διακύμανση του δείγματος ή σε απώλεια συμμετεχόντων.

Αποτελέσματα: το 59% ανέφεραν χρήση κάνναβης σε όλη τους τη ζωή, το 17% χρησιμοποιούσε κάνναβη σε εβδομαδιαία βάση και το 7% (11% άνδρες και 4% γυναίκες) κάλυπτε τα κριτήρια για εξάρτηση από την κάνναβη. Τα συμπτώματα παρουσίας στους εξαρτημένους χρήστες κάνναβης ήταν: έντονη επιθυμία 91%, ακούσια χρήση 84%, στερητικά 74% υπερβολική ενασχόληση 74%, συνέχιση της χρήσης παρά τα προβλήματα υγείας 63%, ανοχή 21%, κοινωνικές συνέπειες 18%. Ο συνδυασμός στερητικών, έντονης επιθυμίας και ακούσιας χρήσης αναφέρθηκε από το 57%. Οι εξαρτημένοι χρήστες κάνναβης αναφέρθηκαν συχνότερα σε ψυχαναγκαστική και ανεξέλεγκτη χρήση από ό,τι οι χρήστες αλκοόλ, το ίδιο ισχύει για τα στερητικά ενώ το ζήτημα της ανοχής αναφέρθηκε λιγότερο συχνά.

Συμπεράσματα: Η χρήση κάνναβης στους νεαρούς Αυστραλούς είναι μια φυσιολογική συμπεριφορά. Όταν ξεπεραστούν τα όρια της εβδομαδιαίας χρήσης κάνναβης αρχίζει να διαφαίνεται έντονα ο κίνδυνος εξάρτησης, ο οποίος θα πρέπει να αντιμετωπιστεί σε επίπεδο δημόσιας υγείας. Οι διαφορές που υπάρχουν στο προφίλ της εξάρτησης από την κάνναβη και το αλκοόλ, ιδιαίτερα όσον αφορά την έντονη επιθυμία, τονίζουν το γεγονός ότι υπάρχει ανάγκη για περισσότερη μελέτη γύρω από την εξάρτηση από την κάνναβη, η οποία είναι σημαντική και σαφής διαταραχή στους νεαρούς ενήλικες.

“Cannabis dependence in young adults: an Australian population study”

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 1, Ιανουάριος 2002

Παράγοντες που σχετίζονται με την αποχή, το ολίσθημα ή την υποτροπή στη χρήση ηρωίνης έπειτα από θεραπεία σε πρόγραμμα διαμονής: προστατευτικός παράγοντας διαχείρισης των αντιδράσεων.

MICHAEL GOSSOP, DUNCAN STEWART, NADINE BROWNE AND JOHN MARSDEN

Στόχοι: αυτή η μελέτη εξετάζει τους παράγοντες που σχετίζονται με την αποχή, το ολίσθημα ή την υποτροπή στη χρήση ηρωίνης έπειτα από θεραπεία σε πρόγραμμα διαμονής και, ιδιαίτερα, στο βαθμό που αλλαγές σε ό,τι αφορά γνωσιακές αντιδράσεις, ή την αποφυγή και τη διαχείριση της έλλειψης συγκέντρωσης σχετίζονται με τη χρήση ηρωίνης και είναι αποτελέσματα της χρήσης άλλων ουσιών.

Σχεδιασμός, χώρος, συμμετέχοντες: το δείγμα αποτελούνταν από 242 πελάτες από 23 προγράμματα διαμονής του προγράμματος NTORS, οι οποίοι έκαναν χρήση ηρωίνης πριν από τη θεραπεία και οι οποίοι συμμετείχαν σε follow up μετά τη θεραπεία για 12 μήνες που διήρκεσε η μελέτη.

Μετρήσεις: συγκεντρώθηκαν δεδομένα για τα χαρακτηριστικά και τα προβλήματα του πελάτη, για τη διαχείριση των αντιδράσεων, για τη χρήση ουσιών και άλλα αποτελέσματα από δομημένες, προσωπικές συνεντεύξεις.

Ευρήματα: πολλοί πελάτες (60%) έκαναν χρήση ηρωίνης μετά τη θεραπεία, με το πρώτο περιστατικό χρήσης πολύ σύντομα μετά τη θεραπεία, 40% συνέχισαν την αποχή από την ηρωίνη. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις για 3 ομάδες με βάση την κατάσταση της χρήσης ηρωίνης (αποχή, ολίσθημα, υποτροπή). Οι πελάτες που απέφυγαν την πλήρη υποτροπή στη χρήση (οι ομάδες αποχής και ολισθήματος) έκαναν σταθερά περισσότερη χρήση στρατηγικών γνωσιακών, αποφυγής και αντίστασης στην έλλειψη συγκέντρωσης στο follow-up από ό,τι κατά την περίοδο εισαγωγής στο πρόγραμμα. Η ολοκλήρωση του προγράμματος συνδεόταν με τα καλύτερα αποτελέσματα. Οι ομάδες ολισθήματος και υποτροπής ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά από την ομάδα αποχής, αναφορικά με τη χρήση άλλων παράνομων ουσιών αντί για ηρωίνη μετά τη θεραπεία.

Συμπεράσματα: παρά τα γενικά θετικά αποτελέσματα από τη θεραπεία στη χρήση ουσιών, τα ολισθήματα και οι υποτροπές στη χρήση ηρωίνης προκαλούν ανησυχία. Οι υπηρεσίες που παρέχουν θεραπεία θα πρέπει να αναπτύξουν και να ενδυναμώσουν τις δεξιότητες πρόληψης κι αντιμετώπισης της υποτροπής.

"Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses"
Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 10, Οκτώβριος 2002

ΚΑΠΝΟΣ

Διαφορές μεταξύ των δυο φύλων όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες που καθορίζουν το κάπνισμα

JEAN-FRANHOIS ETTER, ALEXANDER V. PROKHOROV AND THOMAS V. PERNEGER

Στόχοι: η σύγκριση της κατανομής των μεταβλητών που σχετίζονται με το κάπνισμα με το μέγεθος του συσχετισμού μεταξύ αυτών των μεταβλητών σε άνδρες και γυναίκες.

Σχεδιασμός και συμμετέχοντες: η μελέτη πραγματοποιήθηκε μέσω ταχυδρομείου με 2.934 συστηματικούς καπνιστές, (1.533 γυναίκες και 1.401 άντρες), οι οποίοι συμμετείχαν εθελοντικά σε μια δοκιμή για τη διακοπή του καπνίσματος. Πραγματοποιήθηκε follow-up ύστερα από 7 μήνες, στο οποίο συμμετείχαν 2.456 άτομα (84%).

Χώρος: Κοινότητα (στο γαλλόφωνο τμήμα της Ελβετίας, 1998).

Ευρήματα: Οι γυναίκες κάπνιζαν λιγότερο από τους άνδρες (18 έναντι 22 τσιγάρων την ημέρα, $p < 0,001$), είχαν χαμηλή πεποίθηση πως μπορούσαν να κόψουν το κάπνισμα, εφάρμοζαν συχνότερα τη στρατηγική που ονόμασαν “αντιμετώπιση του πειρασμού να καπνίσω”, και ανέφεραν περισσότερα από τα μειονεκτήματα του καπνίσματος (οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων κυμαίνονταν μεταξύ 0,1 και 0,3 συνήθεις μονάδες απόκλισης σε αυτές τις κλίμακες). Δεν υπήρξε διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων στην κατανομή των καπνιστών ανάλογα με το στάδιο της αλλαγής. Στο follow-up, τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος ήταν παρόμοια στους άντρες και τις γυναίκες (6% έναντι 5%, $p = 0,3$). Η πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος, οι προσπάθειες για διακοπή μέσα στον τελευταίο χρόνο και η συχνότερη εφαρμογή στρατηγικών αλλαγής του εαυτού προβλέπουν τη διακοπή του καπνίσματος και σχετίζονται με την εξάρτηση από τον καπνό και στα δύο φύλα. Η συχνότερη εφαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισης υποδηλώνει πως κάποιες γυναίκες μπορούν να “αυτοπεριοριστούν” ελέγχοντας έτσι το κάπνισμά τους. Αυτό μπορεί να εξηγήσει και τα χαμηλότερα ποσοστά καπνίσματος στις γυναίκες. Ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών που σχετίζονται με το κάπνισμα ήταν παρόμοιος και στα δύο φύλα.

Συμπεράσματα: αν και υπήρχαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην κατανομή κάποιων μεταβλητών που σχετίζονται με το κάπνισμα, η συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών ήταν παρόμοια και στους άντρες και στις γυναίκες. Αυτό υποδηλώνει πως η συγκεκριμένη συμπεριφορά του καπνίσματος ρυθμίζεται και στους άντρες και στις γυναίκες από παρόμοιους ψυχολογικούς μηχανισμούς.

“Gender differences in the psychosocial determinants of cigarette smoking”

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 6, Ιούνιος 2002

Η εμμονή στο κάπνισμα: οικογενειακή προδιάθεση και ο ρόλος της εξάρτησης από τη νικοτίνη

ERIC O. JOHNSON, GARY A. CHASE & NAOMI BRESLAU (USA) 1063

Στόχοι: υπάρχει η άποψη πως η υψηλή γενετική προδιάθεση μπορεί να εξηγήσει γιατί το κάπνισμα εξακολουθεί να υπάρχει παρά τη γενική αποδοχή των κινδύνων για την υγεία που προκαλεί το κάπνισμα τσιγάρων. Όντως, η κληρονομικότητα για το κάπνισμα εκτιμάται πως κυμαίνεται από 27% έως 70%. Υπάρχει επίσης η θεωρία πως γενετικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την επικράτηση του καπνίσματος μέσω της εξάρτησης από τη νικοτίνη, η οποία καταδεικνύεται από επιδημιολογικές μελέτες ως ένας πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τη συνέχιση του καπνίσματος. Εξετάσαμε εναλλακτικούς τρόπους με τους οποίους μπορεί να συνδέονται η οικογενειακή “τροτότητα” στην επικράτηση, η εξάρτηση από τη νικοτίνη και η επικράτηση του καπνίσματος.

Σχεδιασμός: Ομαδοποιημένη έρευνα.

Χώρος: Νοτιοανατολικό Μίσιγκαν, ΗΠΑ.

Συμμετέχοντες: μια υποομάδα 389 ατόμων που κάπνιζαν σε καθημερινή βάση έδωσαν πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά καπνίσματος της οικογένειάς τους, επιλεγμένοι από ένα επιδημιολογικό δείγμα νεαρών ενηλίκων 26-35 ετών (N=979).

Μετρήσεις: τα κριτήρια εξάρτησης από τη νικοτίνη αξιολογήθηκαν με την αναθεωρημένη συνέντευξη NIMH-DIS και διαγνώστηκαν με το DSM-III-R. Τα οικογενειακά χαρακτηριστικά σε σχέση με το κάπνισμα αξιολογήθηκαν από την αναφορά των συμμετεχόντων.

Ευρήματα: απουσία της εξάρτησης από τη νικοτίνη, τα άτομα που κάπνιζαν σε καθημερινή βάση και είχαν μέτρια ή μεγάλη οικογενειακή επικράτηση, διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για επικράτηση του καπνίσματος (OR 4,2 και 7,0 αντίστοιχα). Εντούτοις, η οικογενειακή πυκνότητα της επικράτησης δεν σχετιζόταν με την επικράτηση του καπνίσματος σε άτομα που κάπνιζαν καθημερινά και ήταν εξαρτημένα από τη νικοτίνη. Το εκπαιδευτικό επίπεδο επίσης έδειξε να περιορίζει την επιρροή της οικογενειακής "τρωτότητας", αν και η εξάρτηση από τη νικοτίνη τροποποιούσε αυτό το αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Η εξάρτηση από τη νικοτίνη δεν δείχνει να εξαρτάται από την οικογενειακή "τρωτότητα" αναφορικά με την επικράτηση του καπνίσματος, αλλά τροποποιεί τον συσχετισμό μεταξύ τους.

Λέξεις κλειδιά: οικογενειακό ιστορικό, εξάρτηση από τη νικοτίνη, επικράτηση του καπνίσματος

"Persistence of cigarette smoking: familial liability and the role of nicotine dependence"

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 8, Αύγουστος 2002

ΑΛΛΑ ΘΕΜΑΤΑ

Μια μελέτη προοπτικής σχετικά με τη θνησιμότητα των εξαρτημένων ατόμων σε μια περίοδο τεσσάρων ετών μετά την αναζήτηση θεραπείας.

GOSSOP, DUNCAN STEWART, SAMANTHA TREACY AND JOHN MARSDEN

Στόχοι: η ευκαιρία να μελετηθούν οι θάνατοι μέσα στο πλαίσιο μιας ομαδοποιημένης μελέτης προοπτικής είναι σχετικά ασυνήθιστη. Αυτή η μελέτη εξετάζει τους θανάτους εξαρτημένων ατόμων σε μια περίοδο τεσσάρων ετών, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις συνθήκες και τα αίτια θανάτου καθώς και στους κινδύνους θνησιμότητας. Η μελέτη επίσης εξετάζει αναλυτικά τις καταγραφές των θανάτων που σχετίζονται με τις ουσίες.

Σχεδιασμός, χώρος, συμμετέχοντες: ομαδοποιημένη μελέτη προοπτικής 1.075 τοξικοεξαρτημένων που εντοπίστηκαν από 54 θεραπευτικά προγράμματα μέσα στο 1995.

Μετρήσεις: τα στοιχεία προήλθαν από τις συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν κατά την εισαγωγή στο πρόγραμμα, από τα πιστοποιητικά θανάτου και από τις μετά θάνατον εξετάσεις.

Ευρήματα: ο ετήσιος δείκτης θνησιμότητας ήταν 1,2%, περίπου έξι φορές υψηλότερος από το γενικό πληθυσμό, της ίδιας ηλικίας. Το δεκατέσσερα τοις εκατό των θανάτων προήλθε από τραυματισμούς που προκλήθηκαν από τον ίδιο το χρήστη, από ατυχήματα ή

ήταν αποτέλεσμα βίας, ενώ το 18% οφείλονταν σε ιατρικές αιτίες. Η πλειοψηφία των θανάτων (68%) οφειλόταν σε υπερβολική δόση ουσιών. Κατά τη νεκροψία οι ουσίες που εντοπίστηκαν συχνότερα ήταν τα οπιοειδή, ενώ στην πλειοψηφία των περιπτώσεων εντοπίστηκαν περισσότερες από μία ουσίες. Η πολλαπλή χρήση ουσιών, και ιδιαίτερα η πόση μεγάλων ποσοτήτων και η χρήση βενζοδιαζεπινών και αμφεταμινών αναγνωρίστηκαν ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου θνησιμότητας. Το άγχος και το γεγονός πως κάποιος ήταν άστεγος αποτέλεσαν επίσης παράγοντες αυξημένης θνησιμότητας. Η μελέτη αυτή αποκάλυψε επίσης ασυνέπειες στα πιστοποιητικά θανάτου για θανάτους που σχετίζονται με τις ουσίες.

Συμπεράσματα: αυτό που προτείνεται από τη μελέτη αυτή είναι οι χρήστες ουσιών και όσοι δουλίζουν στο χώρο των εξαρτήσεων να είναι πιο ενήμεροι για τους κινδύνους από την πολλαπλή χρήση ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του συνδυασμού αλκοόλ με παράνομες ουσίες. Επιπλέον, η τακτική καταγραφή όλων των ουσιών που εντοπίστηκαν κατά την τοξικολογική εξέταση θα συνέβαλλε στη μεγαλύτερη ακρίβεια των πιστοποιητικών θανάτου.

"A prospective study of mortality among drug misusers during a four year period after seeking treatment"

Περιοδικό *Addiction*, Τεύχος 97, Αριθμός 1, Ιανουάριος 2002

Ξεπερνώντας την καμπύλη σε σχήμα U: η σχέση μεταξύ άθλησης και χρήσης αλκοόλ, τσιγάρου, και κάνναβης σε εφήβους

PATRICK PERETTI-WATEL^{1,2}, FRANHOIS BECK¹ ET STIPHANE LEGLEYE¹

Στόχοι: η έρευνα αυτή είχε ως στόχο στην καλύτερη κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στις αθλητικές δραστηριότητες και τη χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και κάνναβης από ανήλικα άτομα, εξετάζοντας ταυτόχρονα το φύλο, την ηλικία και το είδος της αθλητικής δραστηριότητας.

Σχεδιασμός, χώρος, συμμετέχοντες: Πρόκειται για μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε σχολεία της Γαλλίας το 1999 σε εθνικό επίπεδο (n = 10807, ηλικίες 14-19).

Μετρήσεις: ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες μέσω ενός αυτοχορηγούμενου ερωτηματολογίου (χαρτί και στυλό) να αναφερθούν στη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών που κάνουν καθώς και στον τρόπο ζωής τους (συμπεριλαμβανομένων εξωσχολικών αθλητικών δραστηριοτήτων: πόσες ώρες την εβδομάδα, εγγραφή σε κάποιο σύλλογο, και είδος άθλησης).

Ευρήματα: η καμπύλη σε σχήμα U μεταξύ της έντασης της αθλητικής δραστηριότητας και της χρήσης νόμιμων ή παράνομων ουσιών δεν έδειξε να είναι συστηματική. Εξαρτιόταν κυρίως από την ουσία και το επίπεδο της χρήσης. Η σημασία της φάνηκε μόνο όσον αφορά τα αγόρια και το υπερβολικό κάπνισμα όταν λήφθηκαν υπόψη το φύλο και το αποτέλεσμα της ηλικίας.

Συμπέρασμα: τα αποτελέσματα τονίζουν την ανάγκη να ελέγχεται η ηλικία και το φύλο όταν στην έρευνα οι συμμετέχοντες είναι έφηβοι. Ακόμη, η σχέση μεταξύ χρήσης ουσιών και αθλητικής δραστηριότητας εξαρτάται και από το είδος της άθλησης.

"Beyond the U-curve: the relationship between sport and alcohol, cigarette and cannabis use in adolescents"

Περιοδικό *Addiction*, Τεύχος 97, Αριθμός 6, Ιούνιος 2002

Αύξηση στους θανάτους από υπερβολική δόση κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων εβδομάδων μετά την επανεισαγωγή σε πρόγραμμα μεθαδόνης στο Άμστερνταμ.

MARCEL C.A. BUSTER⁽¹⁾, GIEL H.A. VAN BRUSSEL⁽²⁾ & WIM VAN DEN BRINK⁽³⁾

⁽¹⁾DEPARTMENT OF EPIDEMIOLOGY, DOCUMENTATION AND HEALTH PROMOTION, ⁽²⁾DEPARTMENT OF SOCIAL AND MENTAL HEALTH, MUNICIPAL HEALTH SERVICE, AMSTERDAM AND

⁽³⁾AMSTERDAM INSTITUTE OF ADDICTION RESEARCH (AIAR), AMSTERDAM, THE NETHERLANDS

Στόχοι: υπήρχε η άποψη πως η έναρξη και η προσωρινή διακοπή της θεραπείας με μεθαδόνη συνδέεται με τον κίνδυνο για αύξηση της θνησιμότητας από υπερβολική δόση. Αυτή η μελέτη περιγράφει την επικράτηση της θνησιμότητας από υπερβολική δόση σε σχέση με τον χρόνο (επαν)εισαγωγής ή διακοπής της θεραπείας.

Σχεδιασμός: μια δυναμική ομάδα 5.200 πελατών σε πρόγραμμα μεθαδόνης στο Άμστερνταμ παρακολουθήθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας και (το πολύ) για 1 χρόνο μετά τη θεραπεία.

Ευρήματα: μεταξύ του 1986 και του 1998, καταγράφηκαν συνολικά 29.729 “άνθρωποι-χρόνια” και 68 θάνατοι από υπερβολική δόση, το οποίο μας οδηγεί σε έναν δείκτη θνησιμότητας 2,3/1.000 άτομα-πρόσωπα (2,2 κατά τη διάρκεια και 2,4 μετά τη θεραπεία). Παρατηρήθηκε μια μικρή αύξηση κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων εβδομάδων μετά την (επαν)εισαγωγή στη θεραπεία: 6,0/1.000 “άνθρωποι-χρόνια” (αναλογία 2,9: 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,4: 5,8). Αμέσως μετά τη διακοπή της θεραπείας δεν παρατηρήθηκε καμία αύξηση.

Συμπεράσματα: στην εισπνεόμενη ηρωίνη, που συνηθίζεται από τους χρήστες ηρωίνης στο Άμστερνταμ, δείχνει να οφείλεται το χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας από υπερβολική δόση τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά. Η συγκέντρωση της μεθαδόνης, η ανεπαρκής εκτίμηση της ανοχής των γνωστών πελατών που επανεισάγονται σε θεραπεία και οι συνυπάρχουσες περίοδοι άγχους ή ακραίας κατανάλωσης ηρωίνης, κατά την εισαγωγή σε θεραπεία, αναφέρονται ως πιθανές εξηγήσεις για τον αυξημένο κίνδυνο κατά τις δύο πρώτες εβδομάδες. Μια έρευνα στην Αυστραλία ανέφερε πολύ μεγαλύτερη αύξηση. Η μέτρια αύξηση στο Άμστερνταμ εξηγείται από το χαμηλό υποβόσκοντα κίνδυνο θανάτου από υπερβολική δόση, στο διάστημα από την έναρξη της χρήσης με χαμηλές δόσεις και από τη συμμετοχή με προγράμματα “χαμηλής οδού”.

Λέξεις κλειδιά: ομαδοποιημένη μελέτη, μεθαδόνη, υπερβολική δόση

“An increase in overdose mortality during the first 2 weeks after entering or re-entering methadone treatment in Amsterdam”

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 8, Αύγουστος 2002

Το κοινωνικό κόστος από την κατανάλωση παράνομων ουσιών στην Ισπανία

ANNA GARCIA-ALTES, JOSEP MA OLLE, FERNANDO ANTONANZAS & JOAN COLOM

Στόχος: Ο στόχος της μελέτης ήταν η εκτίμηση του κοινωνικού κόστους από την κατανάλωση παράνομων ουσιών στην Ισπανία.

Σχεδιασμός: πραγματοποιήθηκε μια μελέτη του κόστους της πάθησης, με προσέγγιση της επικράτησης και μια κοινωνική οπτική. Η εκτίμηση του κόστους και των συνεπειών ανα-

φέρεται στο 1997. Στο άμεσο κόστος συμπεριλάβαμε κόστος υγείας και πρόνοιας, πρόληψη, συνεχή εκπαίδευση, έρευνα, διοικητικά έξοδα, μη κυβερνητικούς οργανισμούς και κόστος που σχετίζεται με την εγκληματικότητα. Στο έμμεσο κόστος συμπεριλάβαμε τη χαμένη παραγωγικότητα σε συσχέτιση με τη θνησιμότητα και τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Η εκτίμηση του απροσδιόριστου κόστους δεν συμπεριλήφθηκε.

Ευρήματα: το ελάχιστο κόστος από την κατανάλωση παράνομων ουσιών στην Ισπανία είναι 88.800 εκατομμύρια πεσέτες (467 εκατομμύρια δολάρια). Το 77% από το συνολικό κόστος εντάσσεται στο άμεσο κόστος. Από τις κατηγορίες άμεσου κόστους, 18% σχετίζεται με το έγκλημα, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά κόστος για υπηρεσίες υγείας (50% του άμεσου κόστους). Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας, το ελάχιστο κόστος από την κατανάλωση παράνομων ουσιών είναι 44.000 εκατομμύρια πεσέτες (231 εκατομμύρια δολάρια). Το κόστος από την κατανάλωση παράνομων ουσιών αποτελεί το 0,07% του ΑΕΠ της Ισπανίας. Αυτό το ακαθάριστο νούμερο αντιπαραβάλλεται με 2.250 εκατομμύρια πεσέτες (12,5 εκατομμύρια δολάρια) που επενδύονται στα προγράμματα πρόληψης μέσα στο ίδιο έτος και με 12.300 εκατομμύρια πεσέτες (68,3 εκατομμύρια δολάρια) που δαπανώνται για εξειδικευμένα προγράμματα και πηγές για τον εξαρτημένο πληθυσμό.

Συμπεράσματα: παρότι υφίστανται εγγενείς περιορισμοί σε αυτού του είδους τις μελέτες και οι εκτιμήσεις της παρούσας μελέτης πιθανόν να υποτιμούν το πραγματικό κόστος αυτής της κατάστασης, εκτιμούμε πως η κατανάλωση παράνομων ουσιών στοιχίζει στο ισπανικό κράτος τουλάχιστον το 0,2% του συνολικού ΑΕΠ.

*“The social cost of illegal drug consumption in Spain”
Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 9, Σεπτέμβριος 2002*

Διπλή εξάρτηση: αξιολόγηση της εξάρτησης από το αλκοόλ και τις παράνομες ουσίες, και η σχέση της εξάρτησης από το αλκοόλ ανάμεσα σε εξαρτημένους από ουσίες, και των τρόπων χρήσης αλκοόλ, χρήσης παράνομων ουσιών και προβλημάτων υγείας.

MICHAEL GOSSOP, JOHN MARSDEN AND DUNCAN STEWART

Στόχοι: Η μελέτη αυτή εξετάζει τη σοβαρότητα της εξάρτησης από το αλκοόλ σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζει την εσωτερική σχέση του αλκοόλ και της εξάρτησης από τις ουσίες και τη συσχέτιση με την κατανάλωση αλκοόλ, την κατανάλωση ουσιών και τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση.

Σχεδιασμός, Χώρος, Συμμετέχοντες: το δείγμα αποτελούνταν από 735 άτομα που αναζήτησαν θεραπεία για την κατάχρηση ουσιών, και οι οποίοι κάνουν τώρα χρήση αλκοόλ (τις τελευταίες 90 ημέρες).

Μετρήσεις: τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπικές, δομημένες συνεντεύξεις. Η εξάρτηση από τις παράνομες ουσίες και το αλκοόλ μετρήθηκε με την Κλίμακα Σοβαρότητας της Εξάρτησης (Severity of Dependence Scale, SDS).

Ευρήματα: Εντοπίστηκαν τρεις ομάδες ατόμων που κάνουν χρήση αλκοόλ: χρήστες ουσιών που δεν είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ (63%), αυτοί που έχουν μικρή εξάρτηση (19%) και αυτοί που έχουν σοβαρή εξάρτηση (18%). Πολλοί χρήστες ουσιών κάνουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η εξάρτηση από το αλκοόλ σχετιζόταν με τον

τρόπο κατανάλωσης αλκοόλ και ουσιών. Οι πότες με σοβαρή εξάρτηση είχαν περισσότερες πιθανότητες να καταναλώνουν πολύ δυνατές μπύρες και δεν έκαναν συχνά χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης κρακ, αλλά συχνότερα βενζοδιαζεπίνες, αμφεταμίνες και σκόνη κοκαΐνης, και ανέφεραν περισσότερα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα υγείας. Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση αποδείχθηκε αξιόπιστη και έγκυρη για τη μέτρηση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Η βαθμολογία της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης για τη χρήση αλκοόλ και την εξάρτηση από τις ουσίες δεν είχε σχέση.

Συμπεράσματα: η χρήση αλκοόλ αποτελεί ένα σημαντικό και υποτιμημένο πρόβλημα για τους χρήστες ουσιών. Μια συνολική εκτίμηση της χρήσης αλκοόλ από άτομα εξαρτημένα από ουσίες θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει ξεχωριστές αξιολογήσεις κατανάλωσης αλκοόλ, προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ και σοβαρότητας της εξάρτησης από το αλκοόλ.

“Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems”

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 2, Φεβρουάριος 2002

Η εξέλιξη συναντά τη βιοψυχοκοινωνικότητα: Μια ανάλυση της εξαρτητικής συμπεριφοράς

DANIEL H. LENDE & E.O SMITH

Η θεωρία της εξέλιξης μπορεί να ενισχύσει τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της εξαρτητικής συμπεριφοράς μέσω της προσαρμοστικής σκέψης, και με τον τρόπο με τον οποίο η φυσική επιλογή έχει διαμορφώσει τους μηχανισμούς και τις υποβόσκουσες διαδικασίες της εξάρτησης. Καλύπτοντας το θέμα της θεωρίας της εξέλιξης καθώς και το συσχετισμό της με τη βιολογία, την ψυχολογία, και την κοινωνικότητα, το άρθρο εξετάζει τρεις παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση και την κατάχρηση ουσιών: ένας βιολογικός μηχανισμός (mesolimbic dopamine), μια εξελικτική πορεία (προσκόλληση), και μια κοινωνική φυλογένεια (κυριαρχία, υποταγή, και κοινωνική εξάρτηση). Το άρθρο υποστηρίζει μια εξέχουσα (ή επιθυμητή) άποψη σχετικά με τη λειτουργία της ντοπαμίνης, περιγράφει πώς η προσκόλληση επηρεάζει την αντίληψη του χρόνου, το κλείσιμο των εσωτερικών μοντέλων και την αυτορύθμιση. Εξετάζει επίσης πώς οι ανισότητες επηρεάζουν την κατάχρηση ουσιών και πώς η κοινωνική εξάρτηση και οι χειριστικές συμπεριφορές μπορεί να παίξουν σημαντικό ρόλο στη σχέση με τις ουσίες. Το άρθρο καταλήγει σε μια ανάλυση σχετικά με το πώς η προσαρμοστική προσέγγιση εφαρμόζεται σε παρεμβάσεις για την εξαρτητική συμπεριφορά.

“Evolution meets biopsychosociality: an analysis of addictive behaviour”

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 4, Απρίλιος 2002

Σύντομη παρέμβαση πρόληψης σε εφήβους που υιοθετούν επικίνδυνες συμπεριφορές

ELIZABETH J. D'AMICO & KIM FROMME

Στόχοι: παρά τις μεγάλες προσπάθειες πρόληψης για μείωση της ανάληψης ρίσκου από τους εφήβους, η χρήση ουσιών και η οδήγηση έπειτα από κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζουν επικράτηση στις ΗΠΑ. Η παρούσα μελέτη συνέκρινε την αποτελεσματικότητα μιας σύντομης μορφής του εργαλείου Κατάχρηση Ουσιών & Αντίσταση στην Εκπαί-

δευση (Drug Abuse and Resistance Education, DARE-A) με το νέο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης σε Δεξιότητες Ανάλυσης Ρίσκου (Risk Skills Training Program, RSTP).

Σχεδιασμός: εξετάστηκε μακροπρόθεσμα η εμπλοκή των συμμετεχόντων με κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ουσιών και η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ ή η εμπειρία του συνεπιβάτη σε όχημα που οδηγούσε άτομο υπό την επήρεια αλκοόλ. Ύστερα από τη βασική αξιολόγηση, οι έφηβοι εντάχθηκαν τυχαία στο RSTP, το DARE-A ή σε μια ομάδα ελέγχου χωρίς παρέμβαση και συμπλήρωσαν έπειτα από ένα δίμηνο ένα τέστ αξιολόγησης, όπως και έπειτα από 6 μήνες.

Χώρος: οι έφηβοι φοιτούσαν σε ένα μετρίου μεγέθους σχολείο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε προάστιο.

Συμμετέχοντες: το δείγμα (N = 300) αποτελούνταν κατά 58% από γυναίκες ηλικίας 14-19 χρόνων.

Παρέμβαση: το RSTP δημιουργήθηκε με σκοπό να επικεντρωθεί σε αρκετές επικίνδυνες συμπεριφορές και να εξετάσει τη δυνατότητα εφαρμογής ενός σύντομου ατομικού προγράμματος πρόληψης μέσα στο πλαίσιο ομάδας. Το DARE-A επικεντρωνόταν στην αύξηση της γνώσης και στην κατανόηση των επιβλαβών αποτελεσμάτων από τη χρήση ουσιών.

Μετρήσεις: εκτιμήθηκαν η ανάληψη ρίσκου, η αντίληψη για ανάληψη ρίσκου από τους ομότιμους καθώς και οι θετικές και αρνητικές προσδοκίες από το αλκοόλ.

Ευρήματα: οι συμμετέχοντες στο RSTP παρουσίασαν μείωση σε αρκετές επικίνδυνες συμπεριφορές στη μετέπειτα δοκιμασία, αλλά αυτά τα ποσοστά μείωσης δεν διατηρήθηκαν στο εξαμήνο follow-up. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου και την ομάδα του DARE-A αύξησαν τις θετικές προσδοκίες τους από το αλκοόλ και μείωσαν τις αρνητικές. Η ομάδα ελέγχου παρουσίασε αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ.

Συμπεράσματα: τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν πως ένα σύντομο ατομικό πρόγραμμα πρόληψης μέσα στο πλαίσιο ομάδας αποτελεί εφικτή προσέγγιση για τη μείωση της ανάληψης ρίσκου από εφήβους. Πρέπει να αναπτυχθούν στρατηγικές για να εδραιωθούν αυτές οι θετικές αλλαγές ώστε να διαρκέσουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

"Brief prevention for adolescent risk-taking behaviour"

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 4, Απρίλιος 2002

Η αναζήτηση ψυχοτρόπων ουσιών αποτελεί εξελικτική παθολογία ή προσαρμογή;

RJ SULLIVAN¹ & EH HAGEN²

Σύμφωνα με μια συμβατική εξελικτική άποψη, η ανθρώπινη τάση για χρήση ουσιών είναι αποτέλεσμα της "μη αντιστοιχισής" μεταξύ των συναισθηματικών μηχανισμών, οι οποίοι εξελίχθηκαν στο παρελθόν χωρίς τη χρήση ναρκωτικών ουσιών ή άμεσων διόδων χορήγησης ουσιών, με την εμφάνιση αυτών των φαινομένων στο σύγχρονο περιβάλλον.

Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι να επιβεβαιώσει πως, αντίθετα με τις συμβατικές απόψεις, οι άνθρωποι έχουν παράλληλη εξέλιξη με ουσίες που παράγονται από ψυχοτρόπα φυτά εδώ και εκατομμύρια χρόνια. Υποστηρίζουμε πως αυτή η μακροχρόνια σχέση είναι ολοφάνερη τόσο όσον αφορά στις σωζόμενες χημικές-οικολογικές προσαρμογές που έχουν αναπτυχθεί στα θηλαστικά, ώστε να μπορεί ο οργανο-

νισμός τους να μεταβολίσει τις ψυχοτρόπες ουσίες, όσο και στη δομή των χημικών που παράγουν τα φυτά για άμυνα και τα οποία μιμούνται αυτή τη δομή και παρεμβαίνουν στη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών στα θηλαστικά. Βάσει αυτών των στοιχείων, εξετάζουμε το πώς συναισθηματικοί μηχανισμοί που προκαλούνται τόσο εύκολα από τοξίνες των φυτών μπορεί να έχουν εξελιχθεί. Το επιχειρήματά μας ενισχύεται επίσης από αρχαιολογικά και ιστορικά στοιχεία που αφορούν τη χρήση ουσιών στην αρχαιότητα, τα οποία υποδηλώνουν πως οι ψυχοτρόπες ουσίες των φυτών αποτελούσαν από τότε αναπόσπαστο μέρος της κοσμικής ζωής κάποιων ατόμων, ακριβώς όπως συμβαίνει και σήμερα.

Ο δεύτερος και πολύ περισσότερο υποθετικός στόχος είναι να κάνουμε κάποιες προσωρινές υποθέσεις σχετικά με το φαινόμενο της χρήσης ουσιών από τον άνθρωπο, οι οποίες θα μπορούν να ενσωματώσουν τις εξελικτικές επιπτώσεις από μια τέτοια μακροχρόνια σχέση μεταξύ των ψυχοτρόπων ουσιών των φυτών και των ανθρώπων. Συζητάμε για υποθέσεις επιλεκτικών ωφελειών από τη χρήση ουσιών, συμπεριλαμβανομένης και της ιδέας πως οι χημικές ουσίες, που παράγονταν από τα φυτά και ήταν ανάλογες με αυτές των νευροδιαβιβαστών, χρησιμοποιήθηκαν ως υποκατάστατα για διατροφικά επιβεβλημένους ενδογενείς νευροδιαβιβαστές. Παρόλα αυτά, ακόμη κι αν η αναζήτηση ουσιών ήταν προσαρμοστική όσον αφορά στο περιβάλλον των ανθρωποειδών προγόνων μας, μπορεί να μην εξακολουθεί να είναι στο σύγχρονο περιβάλλον. Έτσι, η σημασία του επιχειρήματός μας δεν είναι πως η θεωρία του μη-ταιριάσματος δεν έχει εφαρμογή στον άνθρωπο και στα φαινόμενα χρήσης ουσιών που συνδέονται με αυτόν, αλλά πως η θεωρία αυτή θα πρέπει να αναθεωρηθεί και να επεκταθεί ώστε να συμπεριλάβει και τις συνέπειες ενός εξελικτικού παρελθόντος πλούσιου σε ουσίες, αντί για ένα παρελθόν καθαρό από ουσίες.

"Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation?"

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 4, Απρίλιος 2002

Ο ρόλος της λειτουργικής κοινωνικής στήριξης στην παραμονή στη θεραπεία και τα αποτελέσματα της θεραπείας για χρήστες σε εξωτερικό πρόγραμμα ενηλίκων

PATRICIA L. DOBKIN¹, MIRELLA DE CIVITA², ANTONIOS PARANERAKIS³, & KATHRYN GILL⁴

Στόχοι: Στόχοι αυτής της μελέτης ήταν: (1) να συγκρίνει ασθενείς με υψηλή και χαμηλή λειτουργική κοινωνική στήριξη κατά την περίοδο ένταξης του στο πρόγραμμα και έπειτα από 6 μήνες όσον αφορά διάφορους παράγοντες κινδύνου, (2) να ελέγξει τον κατευθυντικό ρόλο που έχει η λειτουργική κοινωνική στήριξη στα αποτελέσματα της θεραπείας και (3) να προσδιορίσει εάν το επίπεδο λειτουργικής κοινωνικής στήριξης κατά την περίοδο ένταξης στο πρόγραμμα θα μπορούσε να αποτελέσει παράγοντα πρόβλεψης για την παραμονή στη θεραπεία.

Σχεδιασμός: αξιολογήθηκαν διαδοχικές εισαγωγές σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης κατά την περίοδο ένταξης στο πρόγραμμα (n=206) και σε εξαμηνιο follow-up (n=172) με το ASI. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με την κοινωνική στήριξη, το άγχος και την ψυχολογική λειτουργικότητά τους κατά την εισαγωγή και στους 6 μήνες.

Ευρήματα: και οι ομάδες με υψηλή κοινωνική στήριξη και οι ομάδες με χαμηλή κοινωνική στή-

ριξη σημείωσαν σημαντικές αποκλίσεις όσον αφορά αρνητικά συναισθήματα και τη σοβαρότητα της κατάχρησης ουσιών μέσα στο χρόνο. Υπήρξαν διαφορές ανάμεσα στις ομάδες, για παράδειγμα τα συμπτώματα κατάθλιψης και η ψυχολογική δυσφορία ήταν συχνότερα σε ασθενείς με χαμηλή κοινωνική στήριξη κατά την περίοδο ένταξης στο πρόγραμμα και στους 6 μήνες. Οι ασθενείς με χαμηλή κοινωνική στήριξη κατά την ένταξή τους στο πρόγραμμα ανέφεραν σοβαρότερη κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών στους 6 μήνες. Η ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε πως η λειτουργική κοινωνική στήριξη αποτελεί μέτριο παράγοντα πρόβλεψης για τη μείωση της σοβαρότητας κατάχρησης αλκοόλ στο follow-up, μετά τον έλεγχο των ημερών παραμονής στη θεραπεία. Τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής στήριξης εξήγησαν το μέτριο ποσοστό (6%) μεταβλητότητας όσον αφορά τα αποτελέσματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, αλλά δεν αποτέλεσαν παράγοντα πρόβλεψης μείωσης της κατάχρησης ουσιών. Η ανάλυση επιβίωσης έδειξε πως το ποσοστό διακοπών από τη θεραπεία ήταν σημαντικά υψηλότερο για ασθενείς με χαμηλή κοινωνική στήριξη.

Συμπεράσματα: τα υψηλότερα ποσοστά λειτουργικής κοινωνικής στήριξης κατά την περίοδο ένταξης στο πρόγραμμα αποτελούν θετικό παράγοντα πρόβλεψης για παραμονή στη θεραπεία και μέτριο παράγοντα πρόβλεψης για μείωση στη χρήση αλκοόλ αλλά όχι και στη χρήση ουσιών. Συνολικά, η κοινωνική στήριξη ευθύνεται για ένα μικρό ποσοστό στη μεταβλητότητα των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με τις ουσίες και το αλκοόλ, τονίζοντας την ανάγκη για περαιτέρω έρευνες στις μεταβλητές που ευθύνονται για την επιτυχία και την αποτυχία της θεραπείας.

“The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers”

Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 3, Μάρτιος 2002

Το κάπνισμα τσιγάρων συνδέεται με αυξημένα προβλήματα “τζόγου” στους “τζογαδόρους” που ζητούν θεραπεία

NANCY M. PETRY¹ AND CHERYL ONCKEN²

Στόχος: το κάπνισμα τσιγάρων και ο “τζόγος” συχνά συνυπάρχουν, αλλά πολύ λίγα πράγματα είναι γνωστά για το κάπνισμα ή τις συσχετίσεις του σε άτομα με διαταραχή του “τζόγου”. Αυτή η μελέτη συνέκρινε τον “τζόγο” και τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε “τζογαδόρους” που αναζητούν θεραπεία και καπνίζουν, έναντι αυτών που δεν καπνίζουν.

Μέθοδος: κατά την εισαγωγή τους σε πρόγραμμα θεραπείας για το “τζόγο”, οι “τζογαδόροι” συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο “Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης” (Addiction Severity Index, ASI) και ερωτηματολόγιο σχετικά με τον “τζόγο”. Οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε αυτούς που δεν καπνίζουν καθημερινά (n=107) και σε αυτούς που καπνίζουν καθημερινά (n=210). Συγκρίθηκαν δημογραφικές διαφορές, μεταβλητές σχετικά με τον “τζόγο” και συνολικές βαθμολογίες από το ASI για τις δύο ομάδες.

Αποτελέσματα: τα άτομα που κάπνιζαν καθημερινά είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες, από αυτούς που δεν κάπνιζαν καθημερινά, να έχουν ιστορικό θεραπείας για διαταραχή της χρήσης ουσιών. Μετά τον έλεγχο για ιστορικό θεραπείας από την εξάρτηση ουσιών, το φύλο και την ηλικία, τα άτομα που κάπνιζαν καθημερινά παρουσίασαν πιο σοβαρά προβλήματα “τζόγου”, οικογενειακά, κοινωνικά και ψυχιατρικά. Σε σύγκριση με τα

άτομα που δεν κάπνιζαν καθημερινά, όσοι κάπνιζαν καθημερινά ασχολούνταν με τον “τζόγο” περισσότερες ημέρες και ξόδευαν περισσότερα χρήματα για αυτό. Ακόμη είχαν περισσότερες “έντονες επιθυμίες” για τον “τζόγο” και μικρότερο έλεγχο γι’ αυτή τους τη συμπεριφορά. Τα άτομα που κάπνιζαν σε καθημερινή βάση είχαν περισσότερες πιθανότητες να ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή για ψυχιατρικές παθήσεις και είχαν συμπτώματα ψυχιατρικών παθήσεων - ιδίως συμπτώματα άγχους- περισσότερες ημέρες από αυτούς που δεν κάπνιζαν σε καθημερινή βάση.

Επιπτώσεις: τα αποτελέσματα από αυτή τη μελέτη υποδηλώνουν πως περίπου τα 2/3 των “τζογαδόρων” που αναζητούν θεραπεία καπνίζουν σε καθημερινή βάση, ενώ τα επίπεδα του καπνίσματος σχετίζονται με πιο σοβαρά προβλήματα “τζόγου” και με ψυχιατρικές παθήσεις. Αυτά τα αποτελέσματα αιτιολογούν περαιτέρω τη διερεύνηση του φαινομένου του καπνίσματος στους “τζογαδόρους” και κατά πόσον το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά την πορεία της θεραπείας ή τα αποτελέσματά της για τους “τζογαδόρους”.

“Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment seeking gamblers”
Περιοδικό Addiction, Τεύχος 97, Αριθμός 6, Ιούνιος 2002

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ

4

ΝΕΑ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ

Σε αυτό το τεύχος, στα ΝΕΑ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ επιλέξαμε να σας παρουσιάσουμε ενδιαφέρουσες συναντήσεις, συνέδρια και ολοκληρωμένα προγράμματα εκπαίδευσης που αφορούν όσους εργάζονται στους τομείς πρόληψης και θεραπείας στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης. Παράλληλα, σήμερα παρουσιάζουμε τέσσερις οργανισμούς, τη Διεθνή Ομοσπονδία Μη- Κυβερνητικών Οργανισμών του Ο.Η.Ε., την Παγκόσμια Ομοσπονδία Θεραπευτικών Κοινοτήτων, το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ουσιών και το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης. Στις σελίδες αυτών των οργανισμών στο διαδίκτυο μπορείτε να βρείτε πολύ ενδιαφέρουσες πληροφορίες για προγράμματα πρόληψης και θεραπείας, για την πολιτική στο θέμα της αντιμετώπισης της χρήσης ουσιών καθώς και προγράμματα έρευνας, βιβλία και επιστημονικά περιοδικά που μπορούν να σας ενδιαφέρουν

Τέλος σας προτείνουμε ένα νέο βιβλίο που ελπίζουμε να βρείτε χρήσιμο.

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΠΟΥ ΔΙΟΡΓΑΝΩΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ EUROPEAN HEALTHY SCHOOL & DRUGS

Στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού προγράμματος European Healthy School & Drugs, το οποίο θα πραγματοποιηθεί στο Αμβούργο στο διάστημα από 27-29.11.2002, στόχος είναι να εντοπιστούν τα στοιχεία και οι δραστηριότητες που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για τα προγράμματα πρόληψης στα σχολεία. Τη βάση αυτής της προσέγγισης αποτελούν η αποτελεσματική πρόληψη χρήσης ουσιών και η μάθηση που επιτυγχάνεται στο σχολικό περιβάλλον. Το εν λόγω πρόγραμμα ασχολείται κυρίως με παιδιά ηλικίας 12-18 ετών. Με την ολοκλήρωση του προγράμματος θα δημιουργηθεί ένα εγχειρίδιο - υπόδειγμα σχετικά με την πρόληψη στα σχολεία. Παράλληλα, στη διάρκεια του σεμιναρίου, οι συμμετέχοντες θα έχουν την ευκαιρία να παρουσιάσουν παραδείγματα από τη δική τους προσωπική εμπειρία καθώς και το φορέα εργασίας τους. Για περισσότερες πληροφορίες: www.school-and-drugs.org

ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ (ICAA)

Το 45ο Συνέδριο του Παγκόσμιου Ινστιτούτου για την Πρόληψη και Θεραπεία των Εξαρτήσεων (ICAA) με θέμα "Πολιτική, Νομοθεσία και Πολιτική για τα Ναρκωτικά: Σύγκλιση ή Απόκλιση", θα πραγματοποιηθεί στη Βραζιλία (Sao Paulo και Rio de Janeiro) στο διάστημα από 08-13.12.2002.

Σύμφωνα με το αρχικό πρόγραμμα του συνεδρίου, τα θέματα τα οποία θα συζητηθούν αφορούν:

- Προβλήματα με το αλκοόλ και τις ουσίες στον εργασιακό χώρο
- Πολιτική γύρω από το αλκοόλ
- Οικογενειακή θεραπεία
- Ζητήματα φύλου
- Τυχερά παιχνίδια

- Ο ιός AIDS/ HIV και η χρήση ουσιών
- Πληροφόρηση και Διάδοση
- Επαγγελματίες Υγείας
- Διαχείριση των υπηρεσιών που παρέχουν θεραπεία
- Ψυχολογία
- Κοινωνική εργασία
- Θεραπευτικές κοινότητες και προγράμματα επανένταξης
- Εξάρτηση από τον καπνό
- Νεότητα

Για περισσότερες πληροφορίες: www.icaabrasil2002.com

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Από τον Ιανουάριο του 2002 διενεργείται το πρώτο στη χώρας μας πρόγραμμα μεταπτυχιακής επιμόρφωσης με θέμα "Εκπαίδευση στους τομείς διοίκησης και κοινωνικού σχεδιασμού στον τομέα της αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης" από τον Τομέα Κοινωνιολογίας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), σε συνεργασία με το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), το Τμήμα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Σαν Ντιέγκο της Καλιφόρνια και το Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής του Boston College. Το πρόγραμμα οδηγεί σε απόκτηση πιστοποιητικού μεταπτυχιακής επιμόρφωσης και απευθύνεται σε 30 έμπειρα στελέχη μονάδων πρόληψης και θεραπείας, στα οποία προσφέρει εκπαίδευση σε θέματα κοινωνιολογίας και ψυχοκοινωνικής προσέγγισης των οργανισμών και των υπηρεσιών υγείας, κοινωνικής πολιτικής και σχεδιασμού στον τομέα της τοξικοεξάρτησης, αξιολόγησης υπηρεσιών, επαγγελματικής πρακτικής και δεοντολογίας, δουλειάς σε ομάδες, παρέμβασης σε κρίση, διαχείρισης άγχους κ.ά.

Για πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα: Τομέας Εκπαίδευσης ΚΕ.Θ.Ε.Α., Σορβόλου 24, 116 36 Αθήνα, τηλ.: 210- 9241993-6, φαξ: 210 - 9241986. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να αναζητήσετε στο: www.kethea.gr, e.mail: education@kethea.gr

ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ «ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ- ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗ»

Το Φεβρουάριο του 2003 διοργανώνεται επιστημονική ημερίδα ανοικτή για επαγγελματίες υγείας με θέμα: "Οικογένεια - Εφηβεία και Τοξικοεξάρτηση". Η ημερίδα θα πραγματοποιηθεί τη Δευτέρα 10 Φεβρουαρίου 2003 από τις 09:30 έως τις 17:00 στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Βασ. Κωνσταντίνου 48.

Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να αναζητήσετε στο: www.kethea.gr,
e-mail: education@kethea.gr

ΔΙΕΘΝΗΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ (IFNGO)

Η Διεθνής Ομοσπονδία μη Κυβερνητικών Οργανισμών για την Πρόληψη της Χρήσης Ουσιών (International Federation of Non Government Organizations for the Prevention of Drug and Substance Abuse) ιδρύθηκε το 1981 από εργαζόμενους στην πρόληψη της κατά-

χρησης ψυχοτρόπων ουσιών. Στόχος της είναι ο εντοπισμός των αναγκών σε υπηρεσίες και προγράμματα που θα προλαμβάνουν ή θα ελέγχουν τη χρήση ουσιών. Στο πλαίσιο αυτό αναπτύσσει μηχανισμούς και συστήματα συλλογής και διάδοσης πληροφοριών και ερευνητικών δεδομένων, διοργανώνει τοπικά και διεθνή συνέδρια, σεμινάρια και εργαστήρια. Παράλληλα, υποστηρίζει και προωθεί την επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ μη κυβερνητικών οργανισμών από όλο τον κόσμο σε τοπικό επίπεδο και παγκοσμίως. Η Ομοσπονδία συνεργάζεται με διάφορα όργανα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, όπως το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο (ECOSOC), καθώς και με ειδικευμένες οργανώσεις και προγράμματα όπως τα UNDCP, UNESCO, WHO κ.ά. Σήμερα η Ομοσπονδία αριθμεί 54 μέλη από 32 χώρες του κόσμου, μεταξύ των οποίων και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. Περισσότερες πληροφορίες και υλικό μπορείτε να αναζητήσετε στην ιστοσελίδα της IFNGO, στη διεύθυνση <http://mmserve.com/drugs/ifngo>

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ (WFTC)

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Θεραπευτικών Κοινοτήτων (World Federation of Therapeutic Communities) συστάθηκε το 1990 ως μη κερδοσκοπικός οργανισμός με έδρα τη Νέα Υόρκη. Σκοπός της είναι να ενισχύσει τη συνεργασία μεταξύ των θεραπευτικών κοινοτήτων σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα στους τομείς εκπαίδευσης του προσωπικού, ανταλλαγής τεχνογνωσίας και προώθησης της επιστημονικής έρευνας. Η Ομοσπονδία έχει καταρτίσει ενιαίο κώδικα δεοντολογίας για το προσωπικό και τα μέλη των θεραπευτικών κοινοτήτων, ο οποίος καθορίζει το δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τόσο των μελών όσο και του προσωπικού. Επίσης, υποστηρίζει τη διοργάνωση των παγκόσμιων συνεδρίων από τις θεραπευτικές κοινότητες. Περισσότερες πληροφορίες για τη δομή, τη λειτουργία και τα συνέδρια της Ομοσπονδίας μπορείτε να αναζητήσετε στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.wftc.org

www.nida.nih.gov

Το Εθνικό Ινστιτούτο για την κατάχρηση ουσιών (NIDA) αποτελεί κυβερνητικό οργανισμό του Τμήματος Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ. Υποστηρίζει το 85% των παγκόσμιων ερευνών που αφορούν την κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών, στοχεύοντας στην αξιοποίησή τους για την πρόληψη και τη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης. Στην ιστοσελίδα του οργανισμού μπορείτε μεταξύ άλλων να βρείτε πληροφορίες για τις διεθνείς εξελίξεις στον τομέα της τοξικοεξάρτησης, πρόσφατες έρευνες, μονογραφίες, νέες εκδόσεις, συνέδρια κ.ά.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ: www.ekt.gr

Πρόκειται για τον Εθνικό Οργανισμό για την τεκμηρίωση, την πληροφόρηση και την υποστήριξη σε θέματα έρευνας, επιστήμης και τεχνολογίας. Περιλαμβάνει ελληνικές και διεθνείς βάσεις βιβλιογραφικών δεδομένων, από όλα τα είδη δημοσιευμάτων όπως: άρθρα περιοδικών, βιβλία, διδακτορικές διατριβές, εκθέσεις, πρακτικά συνεδρίων, εφημερίδες κ.ά.

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Substance abuse treatment and the changes of change
Η θεραπεία της κατάχρησης ουσιών και τα στάδια της αλλαγής

GERALD J. CONNORS, DENNIS M. DONOVAN AND CARLO C. DICLEMENTE
New York: The Guilford Press, 2001

Η θεραπεία της κατάχρησης αλκοόλ και άλλων ουσιών καταλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος των υπηρεσιών υγείας τα τελευταία χρόνια. Επίσης παρά την πληθώρα των εμπειρικά βασισμένων προσεγγίσεων θεραπείας, άτομα που κάνουν χρήση ουσιών έρχονται αντιμετώπιση με σημαντικές προκλήσεις όσον αφορά την αλλαγή στους τρόπους συμπεριφοράς και σκέψης.

Το συγκεκριμένο βιβλίο επιχειρεί να συνθέσει τις πρόσφατες θεωρίες καθώς και τα αποτελέσματα των ερευνών που σχετίζονται με τη διαδικασία της αλλαγής της συμπεριφοράς του εξαρτημένου, ενισχύοντας παράλληλα τους επαγγελματίες να σκεφτούν και να ανταποκριθούν στις ανάγκες συγκεκριμένων ατόμων.

Περιγράφει τεχνικές σχεδιασμού για παρεμβάσεις σε άτομα που βρίσκονται σε διαφορετικές φάσεις όσον αφορά την κινητοποίησή τους ή τη φάση τους για αλλαγή. Περιγράφει τι είναι αποδοτικό και τι δεν είναι για τις διαφορετικές κάθε φορά φάσεις στη διαδικασία της απεξάρτησης.

Στο βιβλίο περιγράφονται τα πέντε στάδια στη διαδικασία αλλαγής: προπερίσκεψη, περίσκεψη, προετοιμασία, δράση και συντήρηση. Παρουσιάζονται στοιχεία που προκύπτουν από την κλινική δουλειά καθώς και θέματα που απασχολούν κάθε φορά τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο.

Ενσωματώνοντας ένα εύρος τόσο θεωρητικών όσο και κλινικών προοπτικών, το βιβλίο παρουσιάζει παρεμβάσεις και τεχνικές που είναι περισσότερο αποδοτικές όσον αφορά τις προκλήσεις και τις ανάγκες στην κάθε φάση αλλαγής.

Καλύπτει όλες τις πλευρές της θεραπείας της εξάρτησης από τη διάγνωση ως την παρέμβαση και την πρόληψη της υποτροπής. Παρέχει προτάσεις για την ομαδική και την οικογενειακή θεραπεία. Υπάρχουν αναφορές για το πώς θα καλυφθούν οι ειδικές ανάγκες των γυναικών που βρίσκονται σε θεραπεία, καθώς και των εξαρτημένων με διπλή διάγνωση.

Το συγκεκριμένο βιβλίο παρέχει την ευκαιρία στους αναγνώστες να έχουν μια εικόνα της εφαρμογής του μοντέλου των σταδίων της αλλαγής, στην κλινική πρακτική. Απευθύνεται σε ψυχολόγους, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, οικογενειακούς θεραπευτές, συμβούλους τοξικοεξάρτησης.

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 ICJAE (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 Εξαορτήσεις
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 παρενθέσεων (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

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).

Σ Ε Μ Ι Ν Α Ρ Ι Ο Μ Ε Θ Ε Μ Α

“Πραγματοποίηση και Συγγραφή Ερευνών
γύρω από την Εξάρτηση”
 (“On Doing and Writing Up Addiction Research”)

πραγματοποιείται
1 και 2 Μαΐου 2003

Το σεμινάριο οργανώνεται από το International Society of Addiction Journal Editors The Society for the Study of Addiction Leeds Addiction Unit και απευθύνεται σε:

- α) ερευνητές που επιθυμούν να δημοσιοποιήσουν την έρευνά τους,
- β) επαγγελματίες που επιθυμούν να βελτιώσουν και να ενισχύσουν τις δεξιότητές τους
- γ) σε άτομα που ασχολούνται με την έκδοση περιοδικών για την εξάρτηση και θα επιθυμούσαν την ευκαιρία να συζητήσουν την πρακτική και τις διαδικασίες γύρω από την ενίσχυση των ερευνητών να σχεδιάσουν, να υλοποιήσουν και να δημοσιεύσουν τη δουλειά τους σύμφωνα με τις απαιτήσεις των εκδοτών.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε με:

Christine Weatherill,
Senior Training Administrator,
Leeds Addiction Unit,
19 Springfield Mount,
Leeds LS2 9NG
Telephone: 0113 2951333
Fax: 0113 2951320

ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΕΥΧΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ
ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΤΟΝ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟ ΤΟΥ 2002
ΣΕ 1.500 ΑΝΤΙΤΥΠΑ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ
ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
ΚΕ.Θ.Ε.Α.
ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ

Το επιστημονικό περιοδικό
Εξαρτήσεις
κυκλοφορεί δύο φορές το χρόνο.
Η τιμή κάθε τεύχους είναι €10.
Αιτήματα αγοράς για μεμονωμένα
τεύχη ή συνδρομές πρέπει
να απευθύνονται στη διεύθυνση:

Περιοδικό Εξαρτήσεις
ΚΕ.Θ.Ε.Α.
Σορβόλου 24
116 36 Αθήνα
τηλ.: 210 9241993-6
fax: 210 9241986
e-mail: exartisis@kethea.gr

ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ
ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Δελτίο Παραγγελίας

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ

Όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση:

.....

Πόλη:

Τ. Κ.:

Χώρα:

Τηλέφωνο:

Fax:

E-mail:

ΕΙΔΟΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ

Μεμονωμένα τεύχη x €10 = €.....

Ετήσια ατομική συνδρομή x €15 = €.....

Ετήσια συνδρομή φορέων x €20 = €.....

Ετήσια φοιτητική συνδρομή x €10 = €.....

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Με αντικαταβολή

Με τραπεζική κατάθεση στο λογαριασμό
117/296000-12 της Εθνικής Τράπεζας όπου
θα σημειώνεται η ένδειξη «για Εξαρτήσεις».
Αντίγραφο της κατάθεσης όπου θα φαίνεται
ευκρινώς το όνομα του καταθέτη και το δελ-
τίο παραγγελίας στέλνονται στη διεύθυνση
του περιοδικού.

Με κάρτα πληρωμής.

Όνοματεπώνυμο:

.....

Επιλέξτε τύπο κάρτας:

Mastercard VISA

Αριθμός κάρτας

Ημερομηνία λήξης



Το περιοδικό *Εξαρτήσεις* παρακολουθεί τις ελληνικές και διεθνείς εξελίξεις στον τομέα των εξαρτήσεων και στοχεύει στην προώθηση της διεπιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα αυτό στον ελλαδικό χώρο. Οι *Εξαρτήσεις*, στο πλαίσιο της συμφωνίας που έχουν συνάψει το 2001 με τον εκδότη της αγγλικής έκδοσης *Addiction* και με την άδεια των εκδόσεων Blackwell Publishing/Addiction Press, έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν άρθρα δημοσιευμένα στο εξωτερικό που διακρίνονται τόσο για την επιστημονική τους αρτιότητα όσο και για τα καινούργια δεδομένα και τις νέες ιδέες που παρουσιάζουν. Με τον τρόπο αυτό, το περιοδικό φιλοδοξεί να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για γόνιμο διάλογο ανάμεσα στην ακαδημαϊκή κοινότητα, τους επαγγελματίες του χώρου και τους πολιτικά υπεύθυνους για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Το περιοδικό δημοσιεύει επίσης πρόθυμα άρθρα Ελλήνων ειδικών που βασίζονται σε πρωτογενή έρευνα αλλά και βιβλιοκριτικές και ειδήσεις και προσδοκά το δημόσιο διάλογο μέσα από τις σελίδες του με αφορμή τα κείμενα που δημοσιεύει. Κείμενα που στέλνονται για δημοσίευση υποβάλλονται στην κρίση τριών μελών της Επιστημονικής Επιτροπής του περιοδικού. Τα χειρόγραφα δεν επιστρέφονται.