



ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

ΑΘΗΝΑ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ
2014

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ
EXARTISIS SCIENTIFIC JOURNAL ON ADDICTION ISSUES

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

Ιδιοκτησία

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

Εκδότης-Διευθυντής

Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ

Αναπληρώτρια Διευθύντρια Έκδοσης

Άννα ΤΣΙΜΠΟΥΚΛΗ

Συντακτική Ομάδα

Ελένη ΑΡΓΥΡΙΑΔΟΥ, Ρέμος ΑΡΜΑΟΣ,
Μίρκα ΓΟΝΤΙΚΑ, Γεωργία ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ

Σύμβουλος Έκδοσης

Griffith EDWARDS, Εκδότης του *Addiction*

Διεθνής Συμβουλευτική Επιτροπή

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

Επιστημονική Επιτροπή Έκδοσης

Δημοσθένης ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, Κωνσταντίνος ΓΑΖΓΑΛΙΔΗΣ,
Παναγιώτης ΓΕΩΡΓΑΚΑΣ, Δήμητρα ΓΚΕΦΟΥ-ΜΑΔΙΑΝΟΥ,
Ανδρέας ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Αθανάσιος ΔΟΥΖΕΝΗΣ,
Γιώργος ΚΑΛΑΡΡΥΤΗΣ, Χάρις ΚΑΤΑΚΗ,
Νέστωρ ΚΟΥΡΑΚΗΣ, Άννα ΚΟΚΚΕΒΗ,
Χρήστος ΚΟΚΚΟΡΗΣ, Βασίλης ΚΟΥΤΡΑΣ,
† 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,
Διονύσιος ΣΑΚΚΑΣ, Καλλιόπη ΣΠΙΝΕΛΛΗ,
Ιωάννης ΤΣΙΑΝΤΗΣ, Ανδρέας ΦΑΚΟΣ,
Ιάκωβος ΦΑΡΣΕΔΑΚΗΣ, Μάρθα ΦΩΣΤΕΡΗ

Συνδρομές

Ελένη ΡΟΥΣΣΟΥ

Publishing Body

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

Editor in Chief

Gerassimos NOTARAS

Co-Editor

Anna TSIBOUKLI

Editorial Committee

Eleni ARGYRIADOU, Remos ARMAOS,
Mirka GONTIKA, Georgia CHRISTOFILI

Consultant Editor

Griffith EDWARDS, Editor in Chief of *Addiction*

International Editorial Advisory Group

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

National Editorial Advisory Group

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

Subscriptions

Eleni ROUSSOU

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ - CONTENTS

	Εκδοτικό σημείωμα - Editorial	5
1	ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – DRUG ADDICTION IN GREECE	
	<i>Αγχώδης και αποφευκτική προσκόλληση στις διαπροσωπικές σχέσεις ατόμων με ουσιοεξαρτήσεις: Συγκριτική μελέτη σε εξαρτημένα άτομα είτε από αλκοόλ είτε από κοκαΐνη και σε άτομα του γενικού πληθυσμού χωρίς εξάρτηση</i>	11
	Άννα Τροβά, Θωμάς Παπαρρηγόπουλος, Ηλίας Τζαβέλλας, Ιωάννης Λιάππας, Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση	
	<i>Anxious and avoidant attachment in interpersonal relations of substance dependent individuals: A comparative study between alcohol or cocaine addicted individuals and a control group from the general population</i>	
	Anna Trova, Thomas Paparrigopoulos, Ilias Tzavellas, Ioannis Liappas, Maria Tzinieri-Kokkosi	
	<i>Επιβεβλημένη θεραπεία απεξάρτησης για ανήλικους παραβάτες στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης: Σπάζοντας τον κύκλο της υποτροπής στη χρήση και την εγκληματικότητα</i>	24
	Παρασκευή Σταγάκη	
	<i>Coerced Drug Treatment for Young Offenders within the Criminal Justice System: In breaking the cycle of relapse and recidivism</i>	
	Paraskevi Stagaki	
	<i>Διερεύνηση της ικανοποίησης των υπό θεραπεία χρηστών κοκαΐνης από την Ανοιχτή Βραδινή Θεραπευτική Κοινότητα ΚΕΘΕΑ-ΔΙΑΒΑΣΗ</i>	42
	Ιωάννης Κορκοτσέλος και Λουκία Χαϊδεμενάκη	
	<i>Investigating the satisfaction of under treatment cocaine users from the non-residential, evening Therapeutic Community KETHEA-DIAVASI</i>	
	Ioannis Korkotselos and Loukia Chaidemenaki	
	<i>Τρία χρόνια λειτουργίας της τηλεφωνικής γραμμής ψυχολογικής υποστήριξης και τηλεσυμβουλευτικής 1114 για τα τυχερά παιχνίδια: Προφίλ και αιτήματα καλούντων</i>	57
	Χριστίνα Αναστασοπούλου, Παναγιώτα Αλεξοπούλου, Αντώνης Πάριος	
	<i>Telephone line 1114 for psychological support and tele-counseling on gambling: three years in operation: Telephoners' profile and requests</i>	
	Christina Anastasopoulou, Panagiota Alexopoulou, Antonis Parios	

<p>Παθολογικός τζόγος και αλεξιθυμία: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση Παρασκευή Μπασιώτη <i>Pathological gambling and alexithymia</i> Evi Bassiotti</p>	<p>73</p>
---	------------------

2

Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ – INTERNATIONAL EXPERIENCE

<p>Η αντίσταση των παιδιών στους γονείς που καπνίζουν στο σπίτι και στο αυτοκίνητο: Μία ποιοτική έρευνα <i>Children's resistance to parents' smoking in the home and car: a qualitative study</i> Neneh Rowa-Dewar, Amanda Amos & Sarah Cunningham-Burley</p>	<p>93</p>
---	------------------

<p>Ενημερωθείτε για το Drinkaware <i>Be aware of Drinkaware</i> Jim McCambridge, Kypros Kypri, Peter Miller, Ben Hawkins & Gerard Hastings</p>	<p>108</p>
--	-------------------

3

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ – FOR THE READER

<p>Νέα και γεγονότα – News and notes</p>	<p>121</p>
<p>Οδηγίες προς τους συγγραφείς – Guidance to the authors</p>	<p>123</p>

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

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

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

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

Εκδοτικό Σημείωμα

ΣΤΗ ΜΑΚΡΑ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ένας από τους τομείς που πάσχουν είναι αυτός της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων και ιδιαίτερα της έρευνας στο πεδίο. Σε μια χώρα που έχει υποστεί την ανεργία η ανάγκη για την υλοποίηση ερευνών που αφορούν στην αλλαγή στους τρόπους χρήσης, στην αύξηση της κατάχρησης αλκοόλ αλλά και στη μείωση των δυνατοτήτων των θεραπευτικών δομών για μεγάλο εύρους και ποιοτικές παρεμβάσεις θα έπρεπε να είναι πρώτη προτεραιότητα. Η βιομηχανία του αλκοόλ για παράδειγμα ενώ ανέφερε μείωση στις πωλήσεις κατά 46% ήδη από τα πρώτα χρόνια της ύφεσης παράλληλα κατέγραψε αύξηση της παράνομης εμπορίας του αλκοόλ. Αντιστοίχως όμως οι δομές για την αντιμετώπιση της κατάχρησης αλκοόλ εξακολουθούν να είναι ελάχιστες και να λειτουργούν μόνο στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη.

Παράλληλα με την αύξηση της κατάχρησης αλκοόλ αυξήθηκε και ο παράνομος τζόγος. Η αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου εξαρτάται από τη λειτουργία μιας μόνο γραμμής βοήθειας που έχει αναπτυχθεί στο πλαίσιο του ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ και η οποία μέσα σε δυο χρόνια έλαβε περισσότερες από 2500 κλήσεις. Ακόμη και πριν την περίοδο έναρξης της κρίσης η θεραπεία των εξαρτήσεων και ακόμη περισσότερο η έρευνα στο πεδίο συντηρούνταν κατά κύριο λόγο χάριν της επιστημονικής διάθεσης ερευνητών και θεραπευτών που με ίδιες δυνάμεις αναζητούσαν απαντήσεις σε ερωτήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή παρεμβάσεων στον ελληνικό χώρο. Στην περίοδο της κρίσης η διεξαγωγή ερευνών μειώθηκε σημαντικά.

Έτσι είναι αξιοσημείωτο ότι το παρόν τεύχος φιλοξενεί μια σειρά άρθρων από Έλληνες επιστήμονες που αφορούν τόσο τα αποτελέσματα της θεραπείας από τη λειτουργία θεραπευτικών δομών όσο και ζητήματα που σχετίζονται με το προφίλ των εξαρτημένων.

Η ικανοποίηση υπό θεραπεία χρηστών κοκαΐνης από το θεραπευτικό πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχουν, η σύγκριση εξαρτημένων ατόμων από αλκοόλ ή κοκαΐνη με το γενικό πληθυσμό σε θέματα διαπροσωπικών σχέσεων, η πρόληψη της υποτροπής στη χρήση και στην εγκληματικότητα νεαρών ατόμων, το προφίλ των ατόμων που ζητούν συμβουλευτική για τα τυχερά παιχνίδια αλλά και η σχέση μεταξύ παθολογικού τζόγου και αλεξιθυμίας παρουσιάζονται στο τεύχος αυτό χάρη σε μελέτες που διεξήχθησαν σε θεραπευτικές δομές που λειτουργούν στην Ελλάδα. Οι μελέτες αυτές έχουν ιδιαίτερη σημασία καθώς αναδεικνύουν ζητήματα που απασχολούν σήμερα τον πληθυσμό των εξαρτημένων στη χώρα μας αλλά και τους επαγγελματίες συμβούλους εξαρτήσεων.

Τα συμπεράσματα της μελέτης των Τροβά, Παπαρρηγόπουλου, Τζαβέλλα, Λιάππα και Τζινιέρη-Κοκκώση ότι ουσιοεξαρτημένα άτομα εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό συμπεριφορές άγχους και αποφυγής σε σχέση με το γενικό

πληθυσμό και ότι οι εν λόγω διαστάσεις διασυνδέονται με ψυχοσυναισθηματικά ελλείμματα κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία αυτών των ατόμων και με την παρεμπόδιση της ανάπτυξης ασφαλούς δεσμού του βρέφους με τη μητέρα, αναδεικνύουν τα ψυχικά αίτια της εξάρτησης και έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη θεραπευτική παρέμβαση. Αντίστοιχα τα ευρήματα από την έρευνα της Σταγάκη που υποστηρίζουν ότι η εμπλοκή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία για τους εξαρτημένους ώστε να γνωρίσουν θεραπευτικές διαδικασίες αλλά και η έμφαση την οποία δίνει στην ανάγκη για την ανάπτυξη συνεργασιών και συντονισμού των φορέων για την αντιμετώπιση των πολυεπίπεδων και πολλαπλών αναγκών αυτού του πληθυσμού ώστε να σπάσει ο κύκλος της υποτροπής στη χρήση και στην εγκληματικότητα, θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στην ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων στο σωφρονιστικό πλαίσιο.

Η μελέτη των Κορκοτσέλου και Χαϊδεμενάκη η οποία εξετάζει σύμφωνα με την Ερμηνευτική Φαινομενολογική Προσέγγιση την ικανοποίηση των υπό-θεραπεία ατόμων από το θεραπευτικό πλαίσιο αναδεικνύει την σημασία μέτρησης των απόψεων των ίδιων των εξυπηρετούμενων στην αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών. Τέλος η μελέτη των Αναστασοπούλου, Αλεξοπούλου και Πάριου για το προφίλ των παικτών τυχερών παιχνιδιών που αναζητούν τηλε-συμβουλευτική αναδεικνύει τα ιδιαίτερα ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι παίκτες τυχερών παιχνιδιών και τα οποία διαφέρουν από τον πληθυσμό των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων.

Λαμβάνοντας υπόψη τις μειώσεις προσωπικού και δαπανών στο πεδίο της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων αλλά και την έλλειψη χρηματοδότησης για τη διεξαγωγή ερευνών, είναι άθλος και έμπρακτη απόδειξη της δέσμευσης στην επιστημονική γνώση, η παραγωγή ερευνών η οποία διεξάγεται κάτω από αντίξοες συνθήκες. Παράλληλα η έκδοση των επιστημονικών άρθρων αποτελεί πηγή έμπνευσης για νέους επαγγελματίες και ερευνητές αλλά και ένα από τα ελάχιστα εναπομείναντα μέσα για άρση των προκαταλήψεων και προώθηση της επιστημονικής γνώσης.

*Άννα Τιμπουκλή,
Αν/ρια Διευθύντρια Έκδοσης*

Editorial

IN TIMES OF PROLONGED SOCIO ECONOMIC CRISIS one of the fields that suffers most is that of drug addiction research and treatment. In a country where unemployment rises up the need for research in the changing patterns of drug use and the increase of alcohol consumption should be a priority. Even though, alcohol industry for example reported a decrease by 46% in alcohol retails a significant increase in illegal alcohol sales was also noted in the absence of alcohol treatment services.

Together with alcohol increase, illegal gambling also increased as the reports from the only helpline in Greece run by KETHEA Alpha could confirm. The Helpline received more than 2500 calls within two years. Even before the crisis, drug treatment and research did not receive adequate attention. In crisis times research goes on thanks to the efforts of scientists and professionals in the field who based on their own means strive to find answers in questions relevant to their field of practice.

It is therefore worth noting that the present issue is devoted to a number of papers produced by Greek researchers that are concerned with the effectiveness of treatment and the drug users' changing profiles.

Cocaine users' satisfaction from treatment is a significant factor for treatment retention. The comparison between alcohol and cocaine users with the general population in relation to interpersonal relationships is also important for improving treatment intervention. Profile of gamblers in Greece and the links between gambling and alexithymia are also significant questions that require answers. The studies presented at the current issue took place in Greek treatment facilities and reveal significant issues that concern drug users and professionals in the field today.

The results from the study run by Trova, Paparrigopoulos, Tzavellas, Liappas and Tzinieri-Kokkosi confirm that drug users' exhibit to a greater than the general population overt-behaviors that are linked with stress and avoidance mechanisms. Their results are significant for understanding the causes of addiction in relation to psychosocial problems in infancy and early childhood. Failure to develop a healthy bonding with the mother suggests problems in inter-personal adult relationships. These findings are important for treatment intervention. The results from Stagaki's research also suggest that treatment intervention at the penal system and networking between organizations for facing the multi-faceted needs of the population in order to break the cycle of drug use and crime is important. Following the Hermeneutics Phenomenological Approach, Korkotselos and Chaidemenaki, try to understand drug users' in treatment satisfaction from the treatment setting. Their effort is important for service development and quality improvement. The study of

Anastasopoulou, Alexopoulou and Parios in relation to the profile of gamblers seeking counseling has also special value for the evidence that go hand in hand with the international bibliography and reveal the unique problems of the gambling population as opposed to the drug using population.

Taking into consideration the lack of funding in the field of drug addiction, it is worth noting the efforts and the commitment of scientists and practitioners to carry out quality research under contradictory circumstances. Their work is a source of motivation for young scientists and one of the few means for fighting prejudice and promoting scientific knowledge.

Anna Tsiboukli
Co-Editor

ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
DRUG ADDICTION IN GREECE



ANXIOUS AND AVOIDANT ATTACHMENT IN INTERPERSONAL RELATIONS OF SUBSTANCE DEPENDENT INDIVIDUALS: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN ALCOHOL OR COCAINE ADDICTED INDIVIDUALS AND A CONTROL GROUP FROM THE GENERAL POPULATION

ANNA TROVA¹, THOMAS PAPARRIGOPOULOS², ILIAS TZAVELLAS³, IOANNIS LIAPPAS⁴,
MARIA GINIERI-COCCOSSIS⁵

Abstract

Objectives: The present study aims at the comparative investigation regarding attachment types characterizing adult interpersonal relations in alcohol or cocaine dependants, and a control group of individuals of the general population without substance dependence.

Method: A total of 60 individuals falling into the above three categories (20 dependent on alcohol, 20 dependent on cocaine and 20 healthy controls) were matched for gender, age and education level. The alcohol and cocaine dependency groups were recruited from the therapeutic programme "Athena" operating in the First Department of Psychiatry, University of Athens, Eginition Hospital-OKANA. Participants were administered the Revised Experiences in Close Relationships (G-ECR-R) which examines attachment interpersonal types.

Findings: The differences as for the measurements that concern the type of attachment are stressed between the total of 40 dependant individuals and the control group, while differences between the two groups of dependants were not statistically significant. Concretely, the control group of participants without substance use/abuse problems was found to present a tendency for a lower level of *anxiety* related to interpersonal relations, and a statistically significant lower level of *avoidant attachment* compared to the total of alcohol or cocaine dependants ($p < 0.05$).

Conclusions: The hypothesis that individuals with substance dependence on cocaine or alcohol, present deficits in their adult relations and specifically in the parameters of anxiety and avoidance, which derive from childhood deficits in the development of a secure bond with mother, as well as the consecutive difficulties as for the engagement in the adult interpersonal relations appears to have force. High degree of insecure attachment affecting adult interpersonal relations may also interfere with the substance dependent individual's ability to develop a therapeutic relation and to maintain the rules of the treatment. Consequently the results of the study are useful in understanding the difficulties of dependent individuals in developing a therapeutic alliance in the process of addiction recovery. Results highlight the importance of a positive psychotherapeutic relation as a new interpersonal experience, in addition to providing medical treatment.

Keywords: Attachment, Alcohol dependence, Cocaine dependence

-
- 1 First Department of Psychiatry, University of Athens, Eginition Hospital-OKANA, "Athena" Program, contact details email: trovaanna@gmail.com
 - 2 First Department of Psychiatry, University of Athens, Eginition Hospital, "Athena" Program
 - 3 First Department of Psychiatry, University of Athens, Eginition Hospital
 - 4 First Department of Psychiatry, University of Athens, Eginition Hospital, "Athena" Program
 - 5 First Department of Psychiatry, University of Athens, Eginition Hospital

ΑΓΧΩΔΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΚΟΚΑΪΝΗ ΚΑΙ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΧΩΡΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

ANNA ΤΡΟΒΑ⁶, ΘΩΜΑΣ ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ⁷, ΗΛΙΑΣ ΤΖΑΒΕΛΛΑΣ⁸, ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΙΑΠΠΑΣ⁹, ΜΑΡΙΑ ΤΖΙΝΙΕΡΗ-ΚΟΚΚΩΣΗ¹⁰

Περίληψη

Στόχος: Η παρούσα μελέτη έχει στόχο τη συγκριτική διερεύνηση τύπων προσκόλλησης στις ενήλικες διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ατόμων εξαρτημένων είτε από αλκοόλ, είτε από κοκαΐνη και ατόμων του γενικού πληθυσμού χωρίς εξάρτηση από κάποια ουσία.

Μέθοδος: Το δείγμα αποτελείται από 60 συμμετέχοντες, εκ των οποίων 20 παρουσίαζαν εξάρτηση από κοκαΐνη και 20 από αιθανόλη, ενώ 20 άτομα χωρίς εξάρτηση από κάποια ουσία, αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Οι τρεις ομάδες επελέγησαν έτσι ώστε να παρουσιάζουν αντιστοιχία ως προς το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. Η έρευνα διεξήχθη στη ψυχοθεραπευτική μονάδα απεξάρτησης της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ και του ΟΚΑΝΑ, Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ». Στους επιλεγέντες χορηγήθηκε η Αναθεωρημένη Κλίμακα για τα Βιώματα στις Κοντινές Σχέσεις (Revised Experiences in Close Relationships, G-ECR-R) η οποία εξετάζει τους τύπους προσκόλλησης στο πλαίσιο του σχετίζεσθαι.

Αποτελέσματα: Οι διαφορές ως προς τις μετρήσεις που αφορούν τον τύπο προσκόλλησης διαπιστώνονται ανάμεσα στο σύνολο των 40 ουσιοεξαρτώμενων ατόμων και της ομάδας ελέγχου, ενώ δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων εξαρτημένων ατόμων. Συγκεκριμένα, τα άτομα χωρίς πρόβλημα ουσιοεξάρτησης φάνηκαν να έχουν την τάση προς χαμηλότερα επίπεδα αγχώδους, αλλά κυρίως αποφευκτικής προσκόλλησης σε σύγκριση με το σύνολο των εξαρτημένων ατόμων από αλκοόλ ή κοκαΐνη ($p < 0.05$).

Συμπεράσματα: Η υπόθεση ότι ουσιοεξαρτημένα άτομα εκδηλώνουν συμπεριφορές άγχους και αποφυγής στο τρόπο του σχετίζεσθαι, φαίνεται να έχει ισχύ. Οι εν λόγω διαστάσεις θεωρείται ότι διασυνδέονται με ψυχοσυναισθηματικά ελλείμματα κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία αυτών των ατόμων, και σχετίζονται με την παρεμπόδιση ανάπτυξης ασφαλούς δεσμού του βρέφους με τη μητέρα και, στην συνέχεια, με εγκατάσταση ανασφαλούς τύπου προσκόλλησης και επανάληψη αυτού του τύπου στο σχετίζεσθαι των ενήλικων διαπροσωπικών σχέσεων. Οι συνακόλουθες δυσκολίες αυτών των

6 Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ-Αιγινήτειο Νοσοκομείο-ΟΚΑΝΑ, Πρόγραμμα «Αθηνά», Στοιχεία επικοινωνίας: Τηλ.: 210-7757692, email: trovaanna@gmail.com

7 Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ-Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Πρόγραμμα «Αθηνά»

8 Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ-Αιγινήτειο Νοσοκομείο

9 Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ-Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Πρόγραμμα «Αθηνά»

10 Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ-Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ατόμων διαφαίνονται όχι μόνο ως προς τη δέσμευση στις ενήλικες διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και στη διατήρηση της θεραπευτικής σχέσης και της θεραπείας γενικότερα. Συνεπώς, τα ευρήματα της μελέτης είναι χρήσιμα στην κατανόηση των αιτίων της μη συνεργασίας των εξαρτημένων ατόμων στη διαδικασία απεξάρτησης και αναδεικνύουν τη σημασία των επανορθωτικών βιωμάτων στο πλαίσιο της ψυχοθεραπευτικής σχέσης ή της ιατρικής σχέσης γενικότερα.

Λέξεις κλειδιά: Προσκόλληση, Αλκοολική εξάρτηση, Εξάρτηση από κοκαΐνη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του τύπου της προσκόλλησης/πρόσδεσης στο σχετιζέσθαι και της ουσιοεξάρτησης από την αιθανόλη ή την κοκαΐνη είναι σπάνια στη διεθνή, καθώς και στην ελληνική βιβλιογραφία. Στην ελληνική βιβλιογραφία η προσκόλληση έχει μελετηθεί σε εφήβους σε σχέση με άλλες μεταβλητές, όπως το άγχος αποχωρισμού και τις αντιλήψεις των εφήβων για τις σχέσεις τους, οι οποίες λειτουργούν ως παράγοντας πρόβλεψης της επιθετικότητας (1, 2). Περιορισμένος είναι και ο αριθμός ξενόγλωσσων μελετών που αναφέρονται στην προσκόλληση στις ενήλικες σχέσεις και την εξάρτηση από την αιθυλική αλκοόλη (3-6). Σύμφωνα μάλιστα με τη βιβλιογραφική μας αναζήτηση, δεν υπάρχουν μελέτες όσον αφορά στην σχέση της ενήλικης προσκόλλησης και της εξάρτησης από την κοκαΐνη. Ωστόσο, υπάρχουν μελέτες που διερευνούν τη σχέση της προσκόλλησης και της χρήσης ουσιών σε άλλες ηλικιακές ομάδες, όπως στην εφηβεία, (7) την σχέση της προσκόλλησης και της έκθεσης των παιδιών στη χρήση ουσιών από τους γονείς (8, 9) τους νευροαναπτυξιακούς κινδύνους σε παιδιά που έχουν εκτεθεί ενδομητρίως στη χρήση κοκαΐνης (10), τις συνέπειες της χρήσης κοκαΐνης στην παροχή της μητρικής φροντίδας (11) και την σχέση της προσκόλλησης με άλλες παραμέτρους, όπως η υγεία (12).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΚΟΛΗΣΗΣ / ΠΡΟΣΔΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η προσκόλληση/πρόσδεση, ο ιδιαίτερος δεσμός που αναπτύσσεται ανάμεσα στο βρέφος και το πρόσωπο που το φροντίζει, θεωρείται σημαντικός τόσο για την επιβίωση όσο και για τη μετέπειτα σωματική και ψυχική του ανάπτυξη (13). Οι πρώιμες εμπειρίες του βρέφους έχουν σημαντική διαπλαστική επίδραση στη ανάπτυξη της προσωπικότητας και επιδρούν στη μεταγενέστερη ψυχική και σωματική υγεία, στην κοινωνική προσαρμογή και γενικότερα στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου (14). Σύμφωνα με τη Θεωρία της Προσκόλλησης, την οποία εισήγαγε ο Bowlby (1969) οι πρώιμες εμπειρίες με τα άτομα που παρέχουν την πρωταρχική βρεφική φροντίδα μετασχηματίζονται σε ενδοψυχικές αναπαραστάσεις του τρόπου του σχετιζέσθαι και σταθεροποιούνται κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας (15-18). Τα εσωτερικευμένα αυτά μοντέλα σχέσεων περιλαμβάνουν πεποιθήσεις για τον εαυτό και τους άλλους (π.χ. γονείς-φροντιστές) και τη φύση των σχέσεων αυτών (14) μέσω των οποίων παράγονται κανόνες που χρησιμοποιούνται προκειμένου να καθοδηγήσουν τη μετέπειτα συμπεριφορά στο τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων (13, 14, 17, 19-21). Η δημιουργία αυτών των εσωτερικών σχημάτων που αφορούν τις σχέσεις μεταξύ των ατόμων προκύπτει από επαναλαμβανόμενες αλληλεπιδράσεις με τους γονείς-φροντιστές και

προσδιορίζονται από την γονική ανταπόκριση στις ανάγκες των παιδιών κατά τη διάρκεια επεισοδίων απογοήτευσης/ματαιώσης και θλίψης (13, 17, 20, 22). Οι εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις σχέσεων θεωρούνται ότι λειτουργούν ως φίλτρα για τις μελλοντικές σχέσεις και διαπροσωπικές εμπειρίες στην ενήλικη ζωή (14, 16, 17, 23, 24).

Σύμφωνα με το Διεθνές Πρόγραμμα Περιγραφής της Σεξουαλικότητας (International Sexuality Description Project-ISDP) που διεξήχθη σε 62 διαφορετικά πολιτισμικά σημεία-πλαίσια, τα άτομα που εκτέθηκαν σε πρώιμες κοινωνικές εμπειρίες, οι οποίες εμπεριείχαν έντονο στρες, όπως η παροχή ασυνεπούς και χωρίς ευαισθησία γονικής φροντίδας, η έλλειψη επαφής με τη μητέρα κατά τη νηπιακή ηλικία, τα καταπιεστικά φυσικά περιβάλλοντα και οι οικονομικές δυσκολίες, τείνουν να αναπτύσσουν τύπους μη *ασφαλούς συναισθηματικής προσκόλλησης* συνδεδεμένοι στην ενήλικη ζωή με βραχείας διάρκειας σεξουαλικές σχέσεις, μεγαλύτερο βαθμό υπογονιμότητας και περιορισμένο βαθμό προσωπικής ανάπτυξης (25-27).

Οι αρνητικές εμπειρίες στο πλαίσιο της σχέσης μητέρας-βρέφους κατά την πρώιμη ηλικία, ενδέχεται να αυξήσουν την πιθανότητα της χρήσης και κατάχρησης ουσιών κατά την εφηβική και ενήλικη ζωή. Συγκεκριμένα, η κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία και τα τραυματικά γεγονότα προδιαθέτουν σε συμπεριφορές καπνίσματος και χρήση αλκοόλ κατά την εφηβική ηλικία, και κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, αλκοολισμό και χρήση ουσιών στην ενήλικη ζωή (28, 29). Επιπρόσθετα, σύγχρονες έρευνες υποστηρίζουν ότι η *ασφαλής προσκόλληση* συσχετίζεται με τη μειωμένη ικανότητα του ατόμου για τη βίωση και την έκφραση των συναισθημάτων, την αλεξιθυμία, την επιβλαβή χρήση αλκοόλ και την αλκοολική εξάρτηση (3, 30, 31), καθώς η χρήση αλκοόλ μέσω της αγχολυτικής του επίδρασης ενδέχεται να ενισχύει την αποφυγή συναισθημάτων απόρριψης (32).

Αντίθετα, άτομα που προέρχονται από οικογενειακά και κοινωνικά περιβάλλοντα με χαμηλότερο στρες, θα αναπτύξουν περισσότερο *ασφαλείς τύπους συναισθηματικής προσκόλλησης* συνδεδεμένους με την ανάπτυξη μακρόχρονων συναισθηματικών, ερωτικών και αναπαραγωγικών σχέσεων στην ενήλικη ζωή (35-37). Η *ασφαλής προσκόλληση* γίνεται αντιληπτή ως η σχετική απουσία *αγχώδους και αποφευκτικής προσκόλλησης* (36) στις ενήλικες διαπροσωπικές σχέσεις και θεωρείται ότι σχετίζεται με την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου, ενώ η *ανασφαλής προσκόλληση* συνδέεται με την δυσπροσαρμοστική ρύθμιση του συναισθήματος (37).

ΑΓΧΩΔΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΗΣΗ

Η *αγχώδης* μορφή προσκόλλησης κατά την ενήλικη ζωή χαρακτηρίζεται από ανησυχία στο ενδεχόμενο αποχωρισμού, εγκατάλειψης, ανεπαρκούς αγάπης, ανησυχία για την διαθεσιμότητα και ανταπόκριση των άλλων και για το αν έχουν επενδύσει επαρκώς στην σχέση (38), καθώς και ενεργοποίηση της συμπεριφοράς προσκόλλησης (36) και προπάθεια εξασφάλισης της διαθεσιμότητας των άλλων (19).

Κατά την παιδική ηλικία, το *αγχώδες* και *ανασφαλές* παιδί, μπορεί να είναι πιο έντονα προσκολλημένο στην μητέρα του σε σύγκριση με ένα χαρούμενο, ασφαλές παιδί που φαίνεται να την θεωρεί περισσότερο «δεδομένη» (39). Στην περίπτωση που η αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού καταλήγει συχνά σε σύγκρουση, η κάθε πλευρά της дуάδας είναι πιθανό να επιδεικνύει περιστασιακά έντονο άγχος ή στεναχώρια, ειδικά όταν αντιλαμβάνεται ότι το άλλο μέλος είναι απορριπτικό (13).

Η εμπειρία των παιδιών που μεγαλώνουν με την αγχώδη διάσταση στην σχέση τους με το άτομο που τους παρέχει φροντίδα χαρακτηρίζεται από αισθήματα αβεβαιότητας για τη γονική υποστήριξη, αλλά και από συγκαλυμμένες, αλλά ισχυρά διαστρεβλωμένες πιέσεις προς στο παιδί να λειτουργεί ως «φροντιστής» για τον γονέα (19). Επιπλέον, απειλές εγκατάλειψης του παιδιού, που ενδέχεται να περιλαμβάνουν και απειλές αυτοκτονίας, επιτείνουν την ανάπτυξη άγχους αποχωρισμού και αγχώδους προσκόλλησης (19).

Επιπλέον, σε ενήλικα άτομα που παρουσιάζουν εξαρτητική ψυχοπαθολογία, η πριν από τη θεραπεία εκτίμηση της προσκόλλησης, αλλά και άλλων παραμέτρων όπως της αλεξιθυμίας και της επιθυμίας για χρήση αλκοόλ, μπορεί να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη θεραπεία απεξάρτησης από το αλκοόλ (4). Συγκεκριμένα, προσεγγίζοντας θεραπευτικά την αγχώδη προσκόλληση στις ενήλικες σχέσεις ενδέχεται να περιοριστεί η επιθυμία για αλκοόλ και να βελτιωθεί η κοινωνική και εργασιακή λειτουργικότητα (4).

Ως προς την αποφευκτική μορφή προσκόλλησης, έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά που αποφεύγουν την επαφή ή την αλληλεπίδραση με το άτομο που τους παρέχει φροντίδα, όταν βρίσκονται σε συνθήκη επανασύνδεσης ύστερα από σύντομο διάστημα αποχωρισμού και σε συνθήκες στρες, ελαχιστοποιούν την έκφραση των αρνητικών τους συναισθημάτων. Στην ενήλικη ζωή, τα άτομα αυτά θεωρείται ότι έχουν προσκολληθεί με αποφευκτικό τρόπο (14). Σύμφωνα με την Ainsworth (39), ο αποφευκτικός τύπος προσκόλλησης σχετίζεται με απορριπτικές ή αδιάφορες ανταποκρίσεις στα μηνύματα του βρέφους, ειδικά όταν τα βρέφη εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα, ενώ στο βάθος του αποφευκτικού τύπου προσκόλλησης υπάρχει αναξιόπιστη, ασυνεπής γονική φροντίδα.

Η αποφευκτική προσκόλληση στις ενήλικες σχέσεις χαρακτηρίζεται από υποτίμηση της σημασίας των στενών σχέσεων, αποφυγή της οικειότητας, της εξάρτησης και της ανάπτυξης αισθημάτων εμπιστοσύνης, ενώ παράλληλα παρουσιάζεται η έντονη τάση για αυτόαρκεια και σχετική αδρανοποίηση της συμπεριφοράς προσκόλλησης (36, 38). Επίσης, έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ της αποφευκτικής προσκόλλησης στις ενήλικες σχέσεις και της έλλειψης αυτοαποκάλυψης (42, 43). Από την πλευρά της ψυχοπαθολογίας, άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας που τυπικά χαρακτηρίζονται από απουσία συναισθηματικών σχέσεων, αρκετά συχνά παρουσιάζουν εξάρτηση από την αισθητική αλκοόλη (44). Είναι γνωστή η συννοσηρότητα μεταξύ της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και των διαταραχών χρήσης ουσιών, η οποία συνδέεται με σοβαρότερη και δυσμενέστερη έκβαση στην ψυχοθεραπεία (45).

Τέλος, διάφοροι κοινωνικοδημογραφικοί και ψυχοπιεστικοί παράγοντες, ειδικά αν συσσωρευτούν, μπορεί να επηρεάσουν το άτομο που παρέχει φροντίδα στο παιδί, και συνεπώς, τον τρόπο σχετίζεσθαι του γονέα με το παιδί, καθώς και την ανατροφή του παιδιού (46). Συγκεκριμένα, το εισόδημα και το μέγεθος της οικογένειας, η ηλικία των γονέων και η εκπαίδευση, τα μείζονα στρεσογόνα γεγονότα, όπως η απώλεια ενός γονέα, η γέννηση ενός αδερφού, η σοβαρή ασθένεια, οι συζυγικές σχέσεις και η ψυχική κατάρρευση του γονέα, μπορεί να επηρεάζουν την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και τον τύπο της προσκόλλησης του παιδιού προς τον γονέα που παρέχει την φροντίδα (47-52). Ως προς τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε γονείς που χαρακτηρίστηκαν να βιώνουν κάποια ψυχοπιεστική κατάσταση, αναφέρεται ως παράδειγμα τα προγράμματα επίσκεψης επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο σπίτι, τα οποία ήταν πολύ υποβοηθητικά για τις μητέρες που είχαν κατάθλιψη, αλλά και μητέρες που ζούσαν κάτω από το όριο της φτώχειας (40), καθώς παρείχαν ενίσχυση ως προς τη μητρική ευαισθησία προς τα μηνύματα του παιδιού.

Η παρούσα μελέτη, λαμβάνοντας υπόψη τη πενιχρή βιβλιογραφία αναφορικά με την προσκόλληση στις ουσιοεξαρτήσεις, έθεσε ως σκοπό τη διερεύνηση του τύπου της ενήλικης προσκόλλησης σε άτομα που παρουσιάζουν εξάρτηση από αλκοόλ ή κοκαΐνη, ώστε να προσδιοριστούν με μεγαλύτερη ευκρίνεια τα πιθανά ελλείμματα στις ενήλικες σχέσεις των ουσιοεξαρτημένων ατόμων αναφορικά με την αγχώδη ή την αποφευκτική προσκόλληση. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης μπορεί να χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό και στην παροχή κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη είναι άτομα που εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες: α) εξαρτημένα από την αιθυλική αλκοόλη, β) εξαρτημένα από την κοκαΐνη και γ) άτομα του γενικού πληθυσμού χωρίς εκδηλώσεις ουσιοεξάρτησης. Οι δύο ομάδες εξαρτημένων ατόμων προέρχονται από τους συμμετέχοντες στη στεγνή ανοικτή ψυχοθεραπευτική μονάδα απεξάρτησης, Πρόγραμμα «Αθηνά». Εξ αυτών, 20 ήταν εξαρτημένοι από το αλκοόλ και 20 από την κοκαΐνη, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV (53). Επιπλέον, συμμετείχαν 20 άτομα προερχόμενα από το γενικό πληθυσμό, τα οποία κατά δήλωση δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα ουσιοεξάρτησης και ως εκ τούτου αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου.

Αρχικά κλήθηκαν να λάβουν μέρος στη μελέτη όσα άτομα απευθύνθηκαν στο Πρόγραμμα «Αθηνά» για απεξάρτηση από την κοκαΐνη από το 2007 και μετά. Η ενημέρωση για τη διεξαγωγή της μελέτης έγινε τηλεφωνικά, ανεξάρτητα αν είχαν διακόψει ή ολοκληρώσει τη θεραπεία τους. Από το σύνολο των εξαρτημένων από την κοκαΐνη (40 άτομα) που προσεγγίστηκαν, 11 άτομα δεν βρέθηκαν (δεν ήταν σε ισχύ οι τηλεφωνικοί τους αριθμοί, οι συγγενείς τους δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να ενημερώσουν για την αλλαγή των τηλεφωνικών τους αριθμών), 9 δεν ενδιαφέρονταν να συμμετάσχουν και ένα είχε αποβιώσει.

Στη συνέχεια έγινε αντιστοίχιση της ομάδας αυτής (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο) με άτομα που είχαν διάγνωση αλκοολικής εξάρτησης και με μη ουσιοεξαρτημένα άτομα από το γενικό πληθυσμό. Δεν υπήρξαν αρνήσεις από τα άτομα των ομάδων αυτών.

Πριν τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, δόθηκε στους συμμετέχοντες έντυπο συγκατάθεσης και ενημέρωσης ως προς την εθελοντική συμμετοχή στη μελέτη και την ανωνυμία των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια. Επίσης, τονίστηκε ότι θα παρέχεται η δυνατότητα ενημέρωσης για τα αποτελέσματα της μελέτης και ότι η απόφαση μη συμμετοχής δεν θα είχε επιπτώσεις στην ενδεχόμενη συνεργασία του εξαρτημένου ατόμου με το πλαίσιο.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Χορηγήθηκε η Αναθεωρημένη Κλίμακα για τα Βιώματα στις Κοντινές Σχέσεις (Revised Experiences in Close Relationships, G-ECR-R) των Fraley, Waller, και Brennan (54), της οποίας η εγκυρότητα και η αξιοπιστία υποστηρίζεται από μελέτες στον ελληνικό πληθυσμό (55). Αποτελείται από 36 ερωτήσεις. Η βαθμολόγηση γίνεται σε επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert. Οι 18 ερωτήσεις με μονή αρίθμηση αποτελούν την υποκλίμακα της *αποφυγής* (avoidance) στις διαπροσωπικές σχέσεις και υποδηλώνουν την ύπαρξη αρνητικής εικόνας για τους άλλους, και οι υπόλοιπες 18 με ζυγή αρίθμηση αποτελούν την υποκλίμακα του *άγχους* (anxiety) στις σχέσεις και υποδηλώνουν την ύπαρξη αρνητικής εικόνας για τον εαυτό (36). Επίσης, χορηγήθηκε έντυπο για την συλλογή των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Εφαρμόστηκε η δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov Test στο σύνολο του δείγματος, αλλά και σε κάθε ερευνητική ομάδα ξεχωριστά, για τον έλεγχο της κανονικότητας (normality) των μεταβλητών. Δεδομένου ότι σε καμία περίπτωση ο έλεγχος δεν απέρριψε την κανονικότητα (Kolmogorov-Smirnov statistic $p > 0.05$) εφαρμόστηκαν μόνο παραμετρικοί έλεγχοι. Επίσης, εφαρμόστηκε η δοκιμασία χ^2 προκειμένου να διερευνηθεί η διαφοροποίηση ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων των τριών ερευνητικών ομάδων.

Το ανά ζεύγη t-test συνέκρινε τις μέσες τιμές των υποκλιμάκων «αγχώδους προσκόλλησης» και «αποφευκτικής προσκόλλησης» για τις συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων. Η ανάλυση διασποράς κατά ένα παράγοντα (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθούν οι μεταβλητές του άγχους και της αποφυγής σε περίπτωση στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης μεταξύ των ομάδων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ

			Απουσία ουσιολογικής N=20	Εξάρτηση από αλκοόλ N=20	Εξάρτηση από κοκαΐνη N=20	Σύνολο
Φύλο	Γυναίκα	N	4	4	4	12
		%	20,0	20,0	20,0	20,0
	Άνδρας	N	16	16	16	48
		%	80,0	80,0	80,0	80,0
Εκπαίδευση	Βασική	N	2	2	2	6
		%	10,0	10,0	10,0	10,0
	Μέση	N	8	8	9	25
		%	40,0	40,0	45,0	41,7
	Ανώτερη/Ανώτατη	N	10	10	9	29
		%	50,0	50,0	45,0	48,4
Οικ. κατάσταση	Άγαμος	N	15	13	15	43
		%	75,0	65,0	75,0	71,7
	Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	N		3	3	6
		%		15,0	15,0	10,0
	Έγγαμος-η	N	5	4	2	11
		%	25,0	20,0	10,0	18,3
Παιδιά	Όχι	N	15	16	15	46
		%	75,0	80,0	75,0	76,7
	Ναι	N	5	4	5	14
		%	25,0	20,0	25,0	23,3
Διαβίωση	Με άλλους	N	18	12	15	45
		%	90,0	60,0	75,0	75,0
	Μόνος	N	2	8	5	15
		%	10,0	40,0	25,0	25,0
Επάγγελμα	Πλήρης απασχόληση	N	15	9	10	34
		%	75,0	45,0	50,0	56,7
	Μερική απασχόληση	N	1	2	4	7
		%	5,0	10,0	20,0	11,7
	Μαθητής, φοιτητής	N	1	1	1	3
		%	5,0	5,0	5,0	5,0
	Εκτός εργασίας	N	3	8	5	16
		%	15,0	40,0	25,0	26,7
Σύνολο		N	20	20	20	60
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Μέση Ηλικία	Μέση τιμή		33,6	35,2	34,2	34,3

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Οι κατανομές του φύλου, της ηλικίας, της εκπαίδευσης, της οικογενειακής κατάστασης και της ύπαρξης παιδιών, ήταν παρόμοιες και στις τρεις ερευνητικές ομάδες. Η δοκιμασία χ^2 και το *t*-test (στην περίπτωση της ηλικίας), δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε κανένα από τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων μεταξύ των τριών ερευνητικών ομάδων.

Όσον αφορά στη διαβίωση και στο επάγγελμα, οι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου οι οποίοι κατά δήλωση δεν είχαν «Κανένα πρόβλημα ουσιοεξάρτησης», είχαν αναλογικά μεγαλύτερο ποσοστό «διαβίωσης με άλλους» και εργασία «πλήρους απασχόλησης», καθώς και αναλογικά μικρότερο ποσοστό «Εκτός εργασίας».

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΤΩΝ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΒΙΩΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΚΟΝΤΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (G-ECR-R) ΑΝΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

	Ερευνητική Ομάδα	Σύνολο	Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας <i>p</i> -value		
				Απουσία ουσιοεξάρτησης	Εξάρτηση από αλκοόλ
Υποκλίμακα άγχους	Μέση τιμή (\pm TA)	3,4 (1,2)	3,9 (1,5)	3,8 (1,6)	N.S.
Υποκλίμακα αποφυγής	Μέση τιμή (\pm TA)	2,8 (0,8)	3,7 (1,4)	3,7 (1,3)	*0,047

Σημείωση: N.S.: Μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης. **p* < 0,05

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, οι μέσοι όροι των συμμετεχόντων σε κάθε ομάδα κυμάνθηκαν στα επίπεδα των μεσαίων διαβαθμίσεων, δηλ διαβάθμιση «Ουδέτερα/Ανάμεικτα». Στην υποκλίμακα του άγχους, η ομάδα ελέγχου των συμμετεχόντων χωρίς πρόβλημα ουσιοεξάρτησης είχαν την τάση να έχουν χαμηλότερες τιμές, χωρίς όμως η υποκλίμακα του άγχους να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων. Αντίθετα η υποκλίμακα αποφυγής διαφοροποιείται και συγκεκριμένα, οι μη ουσιοεξαρτημένοι, είχαν χαμηλότερη μέση τιμή σε σύγκριση με τους εξαρτημένους από το αλκοόλ και τους εξαρτημένους από την κοκαΐνη (0,047) οι οποίοι παρουσίασαν παρόμοια επίπεδα μέσων τιμών αποφυγής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της παρούσης μελέτης συνηγορούν υπέρ της ύπαρξης σημαντικών διαφορών στη διάσταση της προσκόλλησης ανάμεσα στις ομάδες των εξαρτημένων είτε από το αλκοόλ είτε από την κοκαΐνη και την ομάδα ελέγχου του γενικού πληθυσμού αποτελούμενη από άτομα χωρίς εξάρτηση από κάποια ουσία. Η σημαντική διαφοροποίηση διαπιστώθηκε μεταξύ του συνόλου των εξαρτημένων και των μη εξαρτημένων ατόμων αναφορικά με την παράμετρο της αποφυγής στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα ευρήματα της μελέτης φαίνεται να υποστηρίζουν την υπόθεση ότι σε άτομα με εξάρτηση από ουσίες ή αλκοόλ, διαπιστώνονται ελλείμματα στους τρόπους του σχετίζεσθαι, προερ-

χόμενα πιθανόν από τις πρωταρχικές σχέσεις γονέων-παιδιών κατά την παιδική ηλικία ή και αργότερα. Ως είναι γνωστό, η ανάπτυξη μη ασφαλούς δεσμού με το πρωταρχικό πρόσωπο φροντίδας μπορεί να αντικατοπτρίζεται στις ενήλικες σχέσεις, και συγκεκριμένα στην παράμετρο των συμπεριφορών *αποφυγής* στο πλαίσιο των ενήλικων διαπροσωπικών σχέσεων. Δηλαδή, οι διαφορές διαφαίνονται στην αυτοαναφερόμενη αποφυγή της οικειότητας, στην έλλειψη εμπιστοσύνης στους άλλους, στην έλλειψη αυτοαποκάλυψης, αλλά και στο αίσθημα αυτάρκειας και στη σχετική αδρανοποίηση της συμπεριφοράς προσκόλλησης στις ενήλικες σχέσεις.

Ως προς την υποκλίμακα του άγχους, η διαφοροποίηση ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στις δύο ομάδες ουσιοεξαρτημένων δεν ήταν στατιστικά σημαντική, αν και παρατηρήθηκε η τάση από τα άτομα του γενικού πληθυσμού να δηλώνουν χαμηλότερο επίπεδο άγχους στις διαπροσωπικές σχέσεις σε σύγκριση με τις δυο ομάδες ατόμων με διάγνωση ουσιοεξάρτησης. Δηλαδή, οι διαφορές διαφαίνονται και σε αυτή τη διάσταση ως ένα βαθμό, αλλά χωρίς να φθάνουν σε στατιστική σημαντικότητα, και αφορούν στην αυτοαναφερόμενη ανησυχία για τη διαθεσιμότητα και ανταπόκριση των άλλων, στην ανησυχία για το ενδεχόμενο αποχωρισμού και εγκατάλειψης και την υποκειμενική αίσθηση ανεπαρκούς αγάπης από τους άλλους. Πιθανόν, ο λόγος που δεν διαφοροποιήθηκαν με στατιστική σημαντικότητα οι εν λόγω ομάδες ατόμων να οφείλεται στο ότι σημειώνεται επικράτηση του άγχους στις διαπροσωπικές σχέσεις και ύπαρξη υψηλών ποσοστών ανασφαλούς προσκόλλησης (35-40%) και στο γενικό πληθυσμό (56).

Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν την υπόθεση ότι οι ουσιοεξαρτημένοι βιώνουν ελλείμματα στις διαπροσωπικές σχέσεις τα οποία μπορεί να αποδοθούν σε πρώιμα ελλείμματα στη σχέση του παιδιού με τον γονέα που παρέχει φροντίδα, καθώς μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν καλύφθηκαν οι συναισθηματικές παιδικές ανάγκες. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται η περίπτωση γονέων που δεν είχαν τη συναισθηματική ικανότητα να αντέχουν τα άγχη και τη δυσφορία του βρέφους, στοιχείο που αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη αποφευκτικής προσκόλλησης στην ενήλικη ζωή (57).

Η ενδεχόμενη κλινική σημασία της συγκεκριμένης μελέτης έγκειται στο γεγονός ότι η εκτίμηση του τύπου της προσκόλλησης μπορεί να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εξαρτημένοι θεραπευόμενοι αναφορικά με την επένδυση στη θεραπευτική σχέση και τη διατήρησή της. Τα υψηλότερα ποσοστά ανασφαλούς προσκόλλησης στους ουσιοεξαρτώμενους, θέτουν το ζήτημα της διερεύνησης του τρόπου που οι θεραπευόμενοι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τον θεράποντα ιατρό ή το ψυχοθεραπευτή. Το αυξημένο στρες στις διαπροσωπικές σχέσεις συνδέεται με τον αγχώδη τύπο προσκόλλησης και με το φόβο για εγγύτητα που οδηγεί σε αυξημένη επιθυμία για χρήση αλκοόλ (4). Στην ατομική ψυχοθεραπεία, ο θεραπευτής οφείλει να λάβει υπόψη του αυτές τις δυσκολίες του θεραπευόμενου και να δώσει μεγάλη σημασία στην ανάπτυξη καλής θεραπευτικής σχέσης. Επιπλέον, η ομαδική θεραπεία ενδείκνυται για τα άτομα που έχουν αποφευκτικού τύπου προσκόλληση, και στα οποία η εξάρτηση από την ουσία, που περιγράφεται από τον Flores ως «διαταραχή της προσκόλλησης» (58), γίνεται αντιληπτή ως ο φόβος του ατόμου να δημιουργήσει στενούς συναισθηματικούς δεσμούς (32). Στο πλαίσιο αυτό, η συμμετοχή στις ομάδες ψυχοθεραπείας, αλλά και των Ανώνυμων Αλκοολικών συνδέεται με σημαντική μείωση της αγχώδους και αποφευκτικής προσκόλλησης και αύξηση της ασφαλούς προσκόλλησης μέσω της έμφασης που αποδίδεται στις σχέσεις (6).

Αρκετές μελέτες υποδεικνύουν την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στην ανασφαλή προσκόλληση και τη συχνότερη εκδήλωση επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών, όπως η χρήση ουσιών και η μη συνέπεια στη θεραπευτική διαδικασία (57), γεγονός που ενισχύει τη σημασία των επανορθωτικών βιωμάτων στις σχέσεις του ατόμου και της δημιουργίας υγιέστερων σχέσεων στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας.

Τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης έχουν σημαντικούς περιορισμούς κυρίως λόγω του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων, που δικαιολογείται από το γεγονός ότι το ποσοστό των εξαρτημένων από κοκαΐνη ατόμων που προσέρχονται σε θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης είναι πολύ μικρότερο από το αντίστοιχο των προσερχομένων για απεξάρτηση από την αιθυλική αλκοόλη ή άλλες ουσίες (ηρωίνη, χασίς). Η διεξαγωγή ανάλογων μελετών με μεγαλύτερα δείγματα είναι αναγκαία για την επιβεβαίωση των ευρημάτων. Επίσης, σημαντική είναι η διεξαγωγή προοπτικών μελετών στο πλαίσιο μακροχρόνιας ψυχοθεραπείας, στις οποίες θα μπορεί να αξιολογηθούν ενδεχόμενες αλλαγές του τύπου σχετιζομαι, καθώς και η επίδραση στη συμπεριφορά χρήσης ουσιών, κατά τη διάρκεια αρκετών ετών.

Η εκτίμηση του *τύπου της προσκόλλησης* θα μπορούσε να ενσωματωθεί στα προγράμματα απεξάρτησης και στις θεραπευτικές κοινότητες, και να αποτελέσει αντικείμενο διερεύνησης και επεξεργασίας τόσο στις ατομικές και ομαδικές συνεδρίες όσο και στη συμβουλευτική της οικογένειας.

Βιβλιογραφία

1. Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. Η κλινική σημασία του άγχους αποχωρισμού και η θεωρία της προσκόλλησης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2003, 20(2), 138-141
2. Μακρή-Μπότσαρη Ε. Οι αντιλήψεις των εφήβων για τις σχέσεις προσκόλλησης με γονείς και συνομηλίκους ως παράγοντας πρόβλεψης της επιθετικότητας στην εφηβεία. *Ψυχολογία* 2005, 12(2), 232-248
3. De Rick A, Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors* 2006, 31(7):1265-1270
4. Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M, Connor JP, Feeney GFX. Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population. *Addictive Behaviors* 2011, 36(4):427-430
5. Vungkhanching M, Sher KJ, Jackson KM, Parra GR. Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence* 2004, 75(1):47-53. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.01.013
6. Smith BW, Tonigan JS. Alcoholics Anonymous benefit and social attachment. *Alcoholism Treatment Quarterly* 2009, 27(2):164-173. doi:10.1080/07347320902784783
7. Kassel JD, Wardle M, Roberts JE. Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors* 2007, 32(6):1164. doi:10.1016/j.addbeh.2006.08.005
8. Haltigan JD, Lambert BL, Seifer R, Ekas NV, Bauer CR, Messinger DS. Security of attachment and quality of mother-toddler social interaction in a high-risk sample. *Infant Behavior and Development* 2012, 35(1):83-93. doi:10.1016/j.infbeh.2011.09.002

9. Kelley ML, Nair V, Rawlings T, Cash TF, Steer K, Fals-Stewart W. Retrospective reports of parenting received in their families of origin: Relationships to adult attachment in adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors* 2005, 30(8):1479-95. doi:10.1016/j.addbeh.2005.03.005
10. Koren G, Nulman I, Rovet J, Greenbaum R, Loebstein M, Einarson T. Long-term neurodevelopmental risks in children exposed in utero to cocaine: The Toronto adoption study. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1998, 846, 306-313. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09747.x
11. Strathearn L, Mayes LC. Cocaine addiction in mothers. Potential effects on maternal care and infant development. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2010, 1187, 172-183. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05142.x
12. Sadava SW, Busseri MA, Molnar DS, Perrier CPK, DeCourville N. Investigating a four-pathway model of adult attachment orientation and health. *Journal of Social and Personal Relationships* 2009, 26(5):604-633. doi: 10.1177/0265407509354402.v
13. Bowlby J. *Attachment and loss. Attachment* (Vol. I). Basic Books, New York (NY), 1969
14. Gervai J. Environmental and genetic influences on early attachment. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2009, 3(1):25
15. Kobac RR, Sceery A. Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development* 1988, 59(1):135-146
16. Main M. Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In: Harris P, Stevenson-Hinde J, Parkers C (eds) *Attachment across the lifecycle*. Routledge and Kegan Paul, New York (NY), 1991:127-159
17. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In: Bretherton I, Waters E (eds) *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development* (Vol. 50, Nos 1-2, Serial No. 209). University of Chicago Press for the Society for Research in Child Development, Chicago (IL), 1985: 66-104
18. Sroufe LA. *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge University Press, New York (NY), 1996
19. Bowlby J. *Attachment and loss. Separation: Anxiety and anger* (Vol. II). The Hogarth Press, Ltd and the Institute of Psycho-Analysis, London (England), 1973
20. Bowlby J. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books, New York (NY), 1988
21. Riggs SA, Jacobvitz D, Hazen N. Adult attachment and history of psychotherapy in a normative sample. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training* 2002, 39(4):344-353
22. Bretherton I. Attachment theory: Retrospect and prospect. In: Bretherton I, Waters E (eds) *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for research in child development* (Vol. 50, Nos 1-2). University of Chicago Press for the Society for Research in Child Development, Chicago (IL), 1985:3-35
23. Slade A. Attachment theory and research: Implications for theory and practice of individual psychotherapy with adults. In: Cassidy J, Shaver PR (eds) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press, New York (NY), 1999:575-594
24. Sroufe LA, Carlson EA, Levy AK, Egeland B. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 1999, 11(1):1-13
25. Belsky J, Steinberg L, Draper P. Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Development* 1991, 62(4):647-670

26. Kirkpatrick LA. Evolution, pair-bonding, and reproductive strategies: A reconceptualization of adult attachment. In: Simpson JA, Rholes WS (eds) *Attachment theory and close relationships*. Guilford Press, New York (NY), 1998:353-393
27. Schmitt DP. *On the psychological origins of sexual promiscuity: A cross-cultural study of personality, romantic attachment, and sociosexuality*. [Manuscript submitted for publication]. 2003
28. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of deaths in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine* 1998, 14(4):245-258
29. Springs FE, Friedrich WN. Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clinic Proceedings* 1992, 67(6):603-604
30. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998, 74(5):1380-1397
31. Thorberg FA, Lyvers M. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors* 2006, 31(4):732-737
32. Höfler DZ, Kooyman M. Attachment transition, addiction and therapeutic bonding-An integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1996, 13(6):511-519
33. Belsky J. Attachment, mating, and parenting: An evolutionary interpretation. *Human Nature* 1997a, 8(4):361-381
34. Belsky J. Modern evolutionary theory and patterns of attachment. In: Cassidy J, Shaver PR (eds) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press, New York (NY), 1999b: 141-161
35. Rohner RP, Britner PA. Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: Review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research* 2002, 36(1):16-47
36. Ravitz P, Maunder R, Hunter J, Sthankiya B, Lancee W. Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research* 2010, 69(4):419-432
37. Caspers KM, Yucuis R, Truthman B, Spinks R. Attachment as an organizer of behavior: Implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2006, 1:32
38. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment styles in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford, New York (NY), 2007
39. Ainsworth MD. The development of infant-mother interaction among Ganda. In: Foss BM (ed) *Determinants of infant behavior* (Vol. 2). Methuen, London (England), 1963:67-112
40. Duggan AK, Berlin LJ, Cassidy J, Burrell L, Tandon SD. Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009, 77(4):788-799
41. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale (NJ), 1978
42. Dozier M. Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology* 1990, 2(1):47-60
43. Mikulincer M, Nachshon O. Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991, 61(2):321-332
44. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, New York (NY), 2005

45. Goldstein RB, Compton WM, Pulay AJ, Ruan WJ, Pickering RP, Stinson FS, Grant BF. Antisocial Behavioral Syndromes and DSM-IV Drug Use Disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence* 2007, 90(2-3):145-158. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.02.023
46. Belsky J. Interactional and contextual determinants of attachment security. In: Cassidy J, Shaver PR (eds) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press, New York (NY), 1999a:249-286
47. Gloder-Tippelt GS, Huerkamp M. Relationship change at the transition to parenthood and the security of infant-mother attachment. *International Journal of Behavioral Development* 1998, 22(3):633-655
48. Moss E, Cyr C, Dubois-Comtois K. Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology* 2004, 40(4):519-532
49. Nair H, Murray AD. Predictors of attachment security in preschool children from intact and divorced families. *Journal of Genetic Psychology* 2005, 166(3):245-263
50. Owen M, Cox M. Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships *Journal of Family Psychology* 1997, 11(2):152-164
51. Teti DM, Sakin JW, Kucera E, Corns KM, Eiden RD. And baby makes four: Predictors of attachment security among preschool-age firstborns during the transition to siblinghood. *Child Development* 1996, 67(2):579-596
52. Cummings EM, Davies PT. Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002, 43(1):31-63
53. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (text rev). 4th ed. 2000
54. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology* 2000, 78(2):350-365
55. Tsagarakis M, Kafetsios K, Stalikas A. Reliability and validity of the Greek version of the Revised Experiences in Close Relationships measure of adult attachment. *European Journal of Psychological Assessment* 2007, 23(1):47-55
56. Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR. Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology* 1997, 73(5):1092-1106
57. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine* 2001, 63(4):556-567
58. Flores, PJ. Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 2001, 51(1), 63-81

COERCED DRUG TREATMENT FOR YOUNG OFFENDERS WITHIN THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM: IN BREAKING THE CYCLE OF RELAPSE AND RECIDIVISM

PARASKEVI STAGAKI¹

Abstract

The prevalence of illegal drug use, crime and recidivism among young offender populations constitutes an escalating concern in most developed countries. The relationship between substance use and crime has contributed, during the last decades, to an increased utilisation of more forceful means in directing drug addicted offenders into treatment, despite research evidence on the absence of a causal link between the two variables.

The focus of the present study is on coerced drug treatment for young offenders within a prison setting. The effects of legal pressures on treatment retention were examined through a Focus Group Interview in The Young Offenders Institution of Avlonas, in Greece. The objective was to examine the reasons that lead many imprisoned young offenders to abandon drug treatment upon release. The overall aim was to explore the participants' perceptions of court-ordered treatment as a deterrent factor for relapse and recidivism.

The results verified that coercion did not hinder young offenders' engagement and maintenance in a drug addiction programme. On the contrary, the findings confirmed that treatment may be introduced and experienced due to entanglement with the criminal justice system. The research further highlighted the need to develop multi-agency partnerships to address the multiple needs of this population, in breaking the cycle of desistance and imprisonment.

Key Words: Coercion, Young Offenders, Drug Treatment, Focus Group.

¹ MSc, MA., Psychologist-Criminologist, Contact details: vstagaki@gmail.com

ΕΠΙΒΕΒΛΗΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΒΑΤΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΟΙΝΙΚΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ: ΣΠΑΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΥΚΛΟ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΣΤΑΓΑΚΗ²

Π ε ρ ί λ η ψ η

Η επικράτηση της χρήσης παράνομων ουσιών και παραβατικής συμπεριφοράς στον νεανικό πληθυσμό αποτελεί μια κλιμακούμενη ανησυχία στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Τις τελευταίες δεκαετίες, ο συσχετισμός ανάμεσα στη χρήση ουσιών και στην τέλεση εγκληματικών πράξεων συνέβαλε σε μια αυξημένη επιβολή μέτρων εξαναγκασμού των παραβατών σε θεραπεία μέσα από το σύστημα ποινικού σωφρονισμού, παρά το γεγονός ότι οι εγκληματολογικές έρευνες καταδεικνύουν απουσία αιτιατής σχέσης ανάμεσα στις δύο μεταβλητές.

Η παρούσα έρευνα αφορά στην επιβεβλημένη θεραπεία απεξάρτησης ανήλικων παραβατών μέσα σε σωφρονιστικό κατάστημα. Οι επιπτώσεις των νομικών πιέσεων στην παραμονή και στην υποτροπή εξεταστήκαν με μια Ομαδικά Εστιασμένη Συνέντευξη νεαρών κρατούμενων στο Ειδικό Κατάστημα Κράτησης Νέων Αυλώνα (Ε.Κ.Κ.Ν.Α.). Ο σκοπός ήταν να διερευνηθούν οι λόγοι που οδηγούν πολλούς νεαρούς παραβάτες στην πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας κατά την αποφυλάκιση. Ο συνολικός στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων για τον ρόλο των νομικών πιέσεων, ως αποτρεπτικού παράγοντα υποτροπής στη χρήση και στην παραβατικότητα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας επαλήθευσαν ότι ο εξαναγκασμός δεν παρεμποδίζει την παραμονή των νεαρών παραβατών και την δέσμευσή τους σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Τουναντίον, τα ευρήματα επιβεβαίωσαν ότι η εμπλοκή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία για την γνωριμία και την εμπειρία θεραπευτικών διαδικασιών. Επιπρόσθετα, η έρευνα ανέδειξε την ανάγκη για την ανάπτυξη συνεργασιών και συντονισμού των φορέων για την αντιμετώπιση των πολυεπίπεδων και πολλαπλών αναγκών αυτού του πληθυσμού, ώστε να σπάσει ο κύκλος της υποτροπής στη χρήση και στην εγκληματικότητα.

Λέξεις κλειδιά: Επιβεβλημένη Θεραπεία, Απεξάρτηση, Ανήλικοι Παραβάτες, Ομαδικά Εστιασμένη Συνέντευξη.

Ο ΕΞΑΝΑΓΚΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΒΑΤΗ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση της νεανικής παραβατικότητας, της εγκληματικότητας και της υποτροπής κατά την αποφυλάκιση εμφανίζεται ως ένα αυξανόμενο πρόβλημα στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Τα προτεινόμενα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του προβλήματος αποτελούν πόλο διαφωνιών μεταξύ ειδικών, υπηρεσιών και πολιτείας. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ο συσχετισμός ανάμεσα στη χρήση παράνομων ουσιών και στην τέλεση εγκληματικών πράξεων έχει οδηγήσει στην επιβολή αυστηρότερων νομοθετικών κυρώσεων για τους παραβάτες στις περισσότερες χώρες. Η αυξανόμενη έμφαση στην επιβολή θεραπευτικών μέτρων, που παρατηρείται στην πολιτική για τα ναρκωτικά πολλών χωρών, καθρεφτίζει την ανάγκη για μία πολιτική διαχείρισης, τόσο του αυξανόμενου πληθυσμού εγκλείστων, όσο και της κλιμάκωσης των δεικτών υποτροπής σε αξιόποινες πράξεις.

Στα μέσα περίπου του 1980, παρατηρείται στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μία μεταβολή πολιτικής, από την εστίαση στην βλάβη που προκαλούν τα ναρκωτικά στο άτομο, στη βλάβη που προκαλούν στους άλλους, υπογραμμίζοντας έτσι την επικράτηση του συσχετισμού βίας και ναρκωτικών στην *κυρίαρχη πολιτική αφήγηση*. Η κοινωνική φάση που έδινε προτεραιότητα στις ανάγκες του ατόμου (health phase) αντικαθίσταται με εκείνη που εστιάζει στις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου (crime phase) και η έμφαση επικεντρώνεται στη μείωση της βλάβης και στην πρόληψη της εγκληματικότητας (Stimson 2000; Hunt and Stevens 2004). Αυτό αποτυπώνεται σε μία πολιτική με αυξημένες επιβολές θεραπευτικών μέτρων και παραπομπών σε προγράμματα εντός σωφρονιστικών καταστημάτων, μέσω του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης (Seddon 2007; McSweeney et al. 2007). Πρακτικά αυτό σημαίνει μία διευρυμένη ικανότητα του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης να οδηγεί παραβάτες στη θεραπεία (ως εναλλακτική έναντι του σωφρονισμού), μία πολιτική που δημιουργεί ιδιαίτερο σκεπτικισμό ερευνητικά σχετικά με την αποτελεσματικότητά της. Η βιβλιογραφία είναι εκτεταμένη αναφορικά με την παραπομπή παραβατών σε θεραπεία μέσω της δικαστικής οδού, ενώ όλα τα ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζουν ανάλογα ή και καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με αυτούς που προσέρχονται εθελοντικά (Farabee et al. 2002; Wild et al. 2002; McSweeney et al. 2007). Ο Belenko (1999) καταγράφει ότι περίπου 60% των χρηστών παραβατών που είχαν εμπλοκή με το σύστημα δικαιοσύνης παρέμειναν σε θεραπεία για τουλάχιστον ένα χρόνο, με μίνιμουμ ποσοστό αποφοίτησης 48%.

'ON COERCION'

Η επιβεβλημένη θεραπεία κατάχρησης ουσιών ποικίλει σε μεγάλο βαθμό ανάμεσα στις χώρες. Παρατηρούμε διαφορετικά συστήματα νομοθεσίας, θεραπευτικά μοντέλα, ομάδες-στόχου και ποσοστά εγκληματικότητας, τόσο μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσο και μεταξύ ηπειρών. Οι επαγγελματικές πρακτικές διαφέρουν επίσης πολύ, λόγω διαφορετικών πολιτικών και ανόμοιων συστημάτων ποινικής δικαιοσύνης. Δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός όρος του 'coercion', έτσι μπορεί να προκαλέσει σύγχυση οποιαδήποτε προσπάθεια σύγκρισης μεταξύ υποχρεωτικής και εθελοντικής συμμετοχής σε θεραπεία. Στην βιβλιογραφία βρίσκουμε ένα ευρύ φάσμα όρων όπως 'εξαναγκαστική' (coerced), 'υποχρεωτική' (compulsory, mandatory), 'ακούσια' (involuntary),

‘παραπομπή δικαστηρίου’ (court referral), ‘νομική πίεση’ (legal pressure) και ‘επιβεβλημένη’ (enforced), για να περιγράψει και να καθορίσει τις διαφορετικές μορφές θεραπείας που εφαρμόζονται κάτω από νομικές πιέσεις, με αποτέλεσμα να παρατηρούμε αδυναμίες και περιορισμούς στις μελέτες (Young 2002; Wild et al. 2002; 2006; Stevens et al. 2005; Seddon 2007; Parhar et al. 2008).

Αρχικά, μια εννοιολογική διευκρίνιση είναι απαραίτητη ανάμεσα στους όρους ‘εξαναγκαστική’ (coerced) και ‘υποχρεωτική’ (compulsory). Ο πρώτος όρος περιλαμβάνει ένα στοιχείο επιλογής, ενώ στον δεύτερο, ο τύπος θεραπείας είναι υποχρεωτικός και δεν περιλαμβάνει το στοιχείο της συναίνεσης. Επιπλέον, μια διάκριση ανάμεσα στην ‘υποχρεωτική’ (compulsory) και ‘ημι-υποχρεωτική’ (quasi-compulsory) θεραπεία είναι ότι ο πρώτος όρος αναφέρεται στον σωφρονισμό χρηστών παραβατών χωρίς την συγκατάθεσή τους (με εφαρμογή σε Αυστρία, Γερμανία και Κάτω Χώρες), ενώ στη δεύτερη περίπτωση η θεραπεία προσφέρεται ως εναλλακτική της φυλάκισης ποινή (με εφαρμογή σε Αυστραλία, ΗΠΑ, Αγγλία, Ιρλανδία, Σκωτία, Ιταλία και Ελλάδα) (Hunt and Stevens 2004; Stevens et al. 2005; Seddon 2007).

Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι ο νομικός εξαναγκασμός δεν επηρεάζει το κίνητρο, την επιθυμία ή την ετοιμότητα για θεραπεία (Farabee et al. 2002; Mc Sweeney et al. 2006). Ερευνητές επίσης υποστηρίζουν ότι η έναρξη της θεραπείας δεν θα ήταν επιτυχής, χωρίς ένα ορισμένο ποσοστό κινήτρου (Parhar et al. 2008). Γενικά, δεν μπορούμε να υποθέσουμε ότι εκείνοι που τους όρισε το δικαστήριο σε θεραπεία δεν έχουν καμία προσωπική βούληση και προορίζονται να την τερματίσουν, ούτε αντίστοιχα ότι εκείνοι που προσέρχονται εθελοντικά συμβαίνει να μην βιώνουν άλλες πιέσεις και είναι αποκλειστικά δική τους απόφαση (Farabee et al. 1998; Sweeney et al. 2007).

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η αιτιολόγηση για την εφαρμογή και τη διατήρηση μιας πολιτικής υποχρεωτικής θεραπείας βασίζεται σε τρία κριτήρια: α) ότι η επιβεβλημένη θεραπεία είναι αποτελεσματική, β) ότι μειώνει την εγκληματικότητα και γ) ότι υπάρχει αιτιατή σχέση ανάμεσα στη χρήση ουσιών και στην εγκληματικότητα (Seddon 2007). Οι έρευνες έχουν αναδείξει στατιστική συσχέτιση, αλλά όχι αιτιατή σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, με τη χρήση ουσιών να αποτελεί ουσιαστικά ένα παράγοντα ενίσχυσης της παραβατικότητας και τις δύο συμπεριφορές να περιγράφονται καλύτερα ως αμοιβαία διατηρούμενες (mutually sustaining) (Hough and Mitchell 2003; Holloway et al. 2004). Επιπροσθέτως, παρατηρούμε απουσία διαφορών ανάμεσα στην εθελοντική και στην επιβεβλημένη θεραπεία αναφορικά με αποτελέσματα υποτροπής, τόσο στη χρήση, όσο και στην παραβατικότητα (Deitch et al. 2000; Bean 2004; McSweeney and Hough 2005; McSweeney et al. 2007; Bennett et al. 2000; 2008).

Ανήλικοι Παραβάτες

Τα αποτελέσματα των ερευνών εμφανίζουν την νεανική παραβατικότητα να ακολουθεί τα χνάρια της παραβατικότητας των ενηλίκων (Stevens et al. 2006). Οι στατιστικές υποδεικνύουν επικράτηση της χρήσης παράνομων ουσιών στους ανήλικους (Hough and Mitchell 2003) και επιβεβαιώνουν μία διαδεδομένη παραβατικότητα στα εφηβικά χρόνια (Newburn 2007). Η μεγαλύτερη και πιο έγκυρη έρευνα ανήλικων στην Βρετανία, το

Youth Lifestyle Survey, εμφανίζει τη χρήση ουσιών ως ουσιαστικό παράγοντα πρόβλεψης της παραβατικότητας ανάμεσα σε νεαρούς ανθρώπους: πάνω από το 50% του δείγματος των ερωτηθέντων παραδέχεται ότι έχει διαπράξει μια από τις είκοσι επτά παραβάσεις που εξετάζει η έρευνα, ενώ το ένα πέμπτο ομολογεί ότι έχει εμπλακεί σε παράβαση του ποινικού κώδικα μέσα στους τελευταίους δώδεκα μήνες (Flood Page et al. 2000). Στο σύνολό τους οι έρευνες ανηλίκων στην χώρα παράγουν ένα αναλογούν αποτέλεσμα του 40 έως και 100% των ερωτηθέντων να αποκαλύπτουν μια εγκληματική παράβαση τουλάχιστον μια φορά στην ζωή τους (Graham and Bowling 1995; Flood Page et al. 2000), χωρίς να αποδεικνύουν αιτιατή σχέση ανάμεσα στην παραβατικότητα και τη χρήση ουσιών.

ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο πληθυσμός στα σωφρονιστικά ιδρύματα παρουσιάζει αύξηση στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Σύμφωνα με στοιχεία του European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction πάνω από 600.000 άνθρωποι βρίσκονται σε καταστήματα κράτησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, απεικονίζοντας έναν μέσο όρο 120 εγκλειστών ανά 100.000 πληθυσμού (EMCDDA 2009). Ειδικότερα, για την Αγγλία και την Ουαλία επισημαίνεται, για τα έτη 1995 έως 2009, αύξηση του πληθυσμού των κρατουμένων κατά 66% (Ministry of Justice 2009). Ανάλογα, η όγδοη έκδοση του World Population List (International Centre for Prison Studies-King's College London) παρουσιάζει αύξηση 68% στον πληθυσμό των κρατουμένων σε φυλακές της Ευρώπης, με το Ηνωμένο Βασίλειο (153) στην δεύτερη θέση ανάμεσα στις G7 χώρες. Υπολογίζοντας τον αριθμό των κρατουμένων ανά 100.000 του γενικού πληθυσμού, η Ελλάδα (109) εμφανίζεται να διατηρεί ένα υψηλό επίπεδο ανάμεσα στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, πίσω μόνο από την Ισπανία (160), την Αλβανία (159), το Γιβραλτάρ (154) και την Σερβία (122) (Walmsley 2009).

Παράλληλα, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, η χρήση παράνομων ουσιών παραμένει στατιστικά επικρατέστερη ανάμεσα στον πληθυσμό των κρατουμένων. Όλες οι Ευρωπαϊκές χώρες αναφέρουν ότι οι χρήστες τοξικών ουσιών αποτελούν σημαντικό μέρος του δείγματος του πληθυσμού των σωφρονιστικών ιδρυμάτων (EMCDDA 2001). Η ύπαρξη χρηστών παραβατών στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης καταγράφεται στην βιβλιογραφία και μέσα από την σημαντική αύξηση κρατουμένων για ναρκωτικά ή για παραβάσεις του νόμου περί ναρκωτικών (Wexler et al. 1990; Inciardi et al. 1997; Farabee et al. 1999; Linhorst et al. 2001; Boys et al. 2002).

Οι Ελληνικές εθνικές στατιστικές συνάδουν με το Ευρωπαϊκό ρεύμα. Στα εθνικά στατιστικά στοιχεία παρατηρούμε ότι ο πληθυσμός των κρατουμένων στην Ελλάδα είναι 11.364 άνθρωποι, σε γενικό πληθυσμό 11.122,5 εκατομμύρια. Ο αναλυτικός πίνακας κρατουμένων-ποινών του Υπουργείου Δικαιοσύνης για το 2010 καταγράφει 3.541 υπόδικους, 6.307 αλλοδαπούς κρατούμενους, 510 ανήλικους και 4.345 παραβάτες του νόμου περί ναρκωτικών (Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων 2010). Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οι εγκληματολογικές στατιστικές παρουσιάζουν αδυναμία να συμπεριλάβουν όλες τις κατηγορίες των σχετικών με τα ναρκωτικά παραβάσεων, καθώς επικεντρώνονται κατά κανόνα στο ποινικό αδίκημα που έχει διαπραχθεί (π.χ. κλοπή) και όχι στην υποβόσκουσα αιτία (χρήση ουσιών). Η δυσανάλογη

αντιπροσώπηση, στις επίσημες στατιστικές, των χρηστών-παραβατών στα καταστήματα κράτησης αποτελεί πολύ σοβαρό ζήτημα, καθώς συνδέεται με θέματα πολιτικής και χρηματοδοτήσεων και επηρεάζει ανάλογα, τόσο την υλοποίηση προγραμμάτων, όσο και τις δαπάνες για τις σχετικά με τα ναρκωτικά δράσεις στα εθνικά κονδύλια.

ΕΙΔΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΝΕΩΝ ΑΥΛΩΝΑ (Ε.Κ.Κ.Ν.Α.)

Η έρευνα με τους ανήλικους παραβάτες έλαβε χώρα στο Ειδικό Κατάστημα Κράτησης Νέων Αυλώνα το καλοκαίρι του 2010. Κατά τον χρόνο πραγματοποίησης της ομαδικά εστιασμένης συνέντευξης, το κατάστημα κράτησης -υπερβαίνοντας κατά πολύ την δυναμικότητά του- φιλοξενούσε 380 νεαρούς κρατούμενους, ηλικίας 15 έως 25 ετών. Ο πληθυσμός των κρατουμένων ήταν ιδιαίτερα ανομοιογενής με υπέρ-εκπροσώπηση αλλοδαπών και εθνικών μειονοτήτων. Ειδικότερα, οι Ελληνικής υπηκοότητας κρατούμενοι δεν ξεπερνούσαν το 1/5 του συνολικού πληθυσμού, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό κρατουμένων ήταν Αλβανικής καταγωγής. Οι υπόλοιπες εθνικότητες (Πακιστάν, Μπαγκλαντές, Συρία, Αίγυπτος, Μαρόκο, Αφγανιστάν, Λιβύη, Ιράκ, Τουρκία, Ρουμανία, Βουλγαρία και Σομαλία) αποτελούσαν μικρότερα ποσοστά (ΚΕΘΕΑ-ΣΤΡΟΦΗ 2008-2009).

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, το προφίλ των κρατουμένων σκιαγραφείται ως εξαιρετικά επιβαρυνμένο. Καταγράφονται περιορισμένοι οικονομικοί και κοινωνικοί πόροι, υψηλός βαθμός αναλφαβητισμού, προβλήματα υγείας, ζητήματα στέγασης, νόμιμης εργασίας και υγιούς κοινωνικής δικτύωσης. Οι οικογενειακές σχέσεις είναι συχνά διαταραγμένες και επιδεινώνονται από το γεγονός ότι οι περισσότεροι κρατούνται πολλά χιλιόμετρα μακριά από τον τόπο διαμονής τους. Στην περίπτωση των αλλοδαπών κρατουμένων, ένας σημαντικός αριθμός δεν μιλά καν την γλώσσα της χώρας υποδοχής. Ιδιαίτερης μνείας χρήζει ο πληθυσμός των Roma που παντρεύονται και τεκνοποιούν σε πολύ νεαρή ηλικία δημιουργώντας ένα φαινόμενο στο σύστημα σφραγισμού, ανηλίκων που είναι οι ίδιοι κηδεμόνες ενός ή και περισσότερων ανηλίκων.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΤΩΝ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΒΑΤΩΝ

Η ομαδικά εστιασμένη συνέντευξη συγκροτήθηκε με οκτώ νεαρούς χρήστες παραβάτες διαφορετικών εθνικοτήτων (Αλβανία, Συρία, Μαρόκο, Τυνησία, Ιράκ και Ελλάδα), από 17 έως 20 ετών. Η περισσότεροι ήταν υπόδικοι, με σειρά νομικών εκκρεμοτήτων, ενώ ένας κρατούμενος είχε καταδικαστεί σε 6 χρόνια φυλάκιση. Οι κατηγορίες των αδικημάτων αφορούσαν σε κλοπή, ληστεία, παράβαση της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, παράβαση της νομοθεσίας περί αλλοδαπών (παράνομη είσοδο στην χώρα) και παράνομη μεταφορά αλλοδαπών. Όλοι ήταν έγκλειστοι για πρώτη φορά. Η πορεία στη χρήση ξεκίνησε για τους περισσότερους νωρίς, στην ηλικία των 13 ετών, με πρώτη ουσία συστηματικής χρήσης την κάνναβη. Διαδοχικά, όλοι πειραματίστηκαν με διάφορες ουσίες (ηρεμιστικά/υπνωτικά, αμφεταμίνες, παραισθησιογόνα, κρακ, έκσταση) και ειδικότερα με τη χρήση και την κατάχρηση της κοκαΐνης. Η ηρωίνη ήταν η κύρια ουσία κατάχρησης για πέντε από αυτούς. Συμμετείχαν όλοι στις ομάδες του Προγράμματος στην φυλακή, αλλά οι χρόνοι ποίκιλαν από 1,5 έως και 11 μήνες. Το ζήτημα της εκπαίδευσης αποτελούσε θέμα για ολόκληρη την ομάδα, καθώς όλοι είχαν εγκαταλείψει το σχολείο σε νεαρή ηλικία, ως συνέπεια του εθισμού. Η πλειοψηφία παρακολου-

θούσε το σχολείο μέσα στην φυλακή. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι ενώ όλοι είχαν την δυνατότητα να επικοινωνήσουν στην ομιλούμενη γλώσσα, τα επίπεδα άρθρωσης και κατανόησης ήταν σημαντικά χαμηλά. Στο ιατρικό τους ιστορικό δεν καταγράφηκαν σοβαρά ζητήματα υγείας, άμεσα συναρτώμενα με τη χρήση ουσιών (π.χ. Ηπατίτιδα, HIV), εντούτοις όλοι παραδέχτηκαν αμέλεια αναφορικά με τους ιατρικούς τους ελέγχους. Η χρήση ουσιών αποτέλεσε παράγοντα διατάραξης των σχέσεων με την οικογένεια των περισσότερων νεαρών κρατούμενων. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ζητήματα πολιτισμικής διαφοροποίησης επικράτησαν στην σύνθεση αυτής της ομάδας. Ειδικότερα, αναφορικά με τη χρήση ουσιών, αναδύθηκαν διαφορές στις στάσεις, στις αντιλήψεις και στην κουλτούρα ανάλογα με την χώρα προέλευσης του κρατούμενου (π.χ. οι συμμετέχοντες από την Τυνησία και το Μαρόκο μυήθηκαν στη χρήση από γονέα, καθώς η χρήση hashish -μορφή μαριχουάνας- είναι κοινή πρακτική, αν και παράνομη, στον αντρικό πληθυσμό).

ΕΡΕΥΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ – ΟΜΑΔΙΚΑ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

- Η Ομαδικά Εστιασμένη Συνέντευξη (Focus Group Interview) είναι μια ερευνητική μέθοδος συλλογής ποιοτικών δεδομένων (Morgan 1998; Kitzinger 1994). Η ποιοτική έρευνα απευθύνει ερευνητικά ερωτήματα που απαιτούν βάθος κατανόησης, που δεν μπορεί να επιτευχθεί με ποσοτικές μεθόδους. Η διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας, σε εγκληματολογικά ζητήματα, δίνει την δυνατότητα να αποκαλυφθεί η παραβατικότητα, που δεν έχει καταγραφεί και δεν έχει ανιχνευθεί από τις επίσημες στατιστικές (Noaks and Wincup 2004).
- Η Θεματική Ανάλυση (Thematic Analysis), όπως περιγράφεται από τους Braun and Clarke (2006) χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την ομαδικά εστιασμένη συνέντευξη, ως η επιλεγμένη μέθοδος ανάλυσης για τον εντοπισμό, την ανάλυση και την καταγραφή μοτίβων (patterns) στα ερευνητικά δεδομένα. Τα δεδομένα αναλύονται αναφορικά με την κατηγορία σε αυτό το είδος ανάλυσης, η οποία είναι εξαιρετικά επαγωγική, δεδομένου ότι οι κατηγορίες αναδύονται από τα δεδομένα, δεν επιβάλλονται σε αυτά από τον ερευνητή.
- Η θεματική περιγραφή του συνόλου των δεδομένων επιλέχθηκε στην ανάλυση για να υποστηρίξει τις συνολικές απόψεις ενός ευαίσθητου και δύσκολου σε πρόσβαση πληθυσμού. Σε αυτήν την αναλυτική μέθοδο, ο ρόλος του ερευνητή ήταν ενεργός στον εντοπισμό θεματικών μοτίβων και στην δημιουργία των σχετικών κατηγοριών. Οι κατηγορίες αναδειχτήκαν τόσο σύμφωνα με την σημασία τους, αναφορικά με την ικανότητα σύλληψης και αποτύπωσης του συνολικού ερευνητικού ερωτήματος (ο όρος είναι “keyness”, Braun and Clark 2006: 82), όσο και σύμφωνα με την επικράτησή τους (σε αριθμό διαφορετικών ομιλητών και στο σύνολο των ερευνητικών δεδομένων).
- Η έρευνα βασίστηκε σε σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling), όπου η επιλογή των συμμετεχόντων γίνεται από τον ερευνητή, με κριτήριο το έργο και τις δυνητικές συνεισφορές τους σε αυτό (Miles and Huberman 1984). Η μελέτη στόχευσε σε ένα ομοιογενές δείγμα (homogeneous sample), ώστε τα κοινά ζητήματα να αποτελέσουν τα θέματα συζήτησης. Το πλεονέκτημα αυτής της προσέγγισης βασίζεται στην εξάλειψη πολλών διαφορετικών φωνών, που ενδέχεται διαφορετικά να αποσπάσουν από τον συνολικό στόχο (Vaughn et al. 1996).

ΑΝΑΛΥΣΗ

Οκτώ Υποκατηγορίες (όπως δείχνει ο Πίνακας 1) δημιούργησαν τις πέντε κεντρικές Κατηγορίες αυτής της έρευνας. Στην παρουσίαση της κάθε μιας που ακολουθεί αποτυπώνονται σκέψεις, αντιλήψεις και ζητήματα που ανέκυψαν καθοδηγούμενα από τις ερωτήσεις του οδηγού συνέντευξης. Η ανάλυση αντανάκλα και συνοψίζει τις πτυχές των δεδομένων που η κάθε κατηγορία συγκέντρωσε περιλαμβάνοντας και την δημιουργία των τίτλων τους. Οι Υποκατηγορίες, επιπρόσθετα, απεικονίζουν την ιεραρχία του νοήματος μέσα στα ερευνητικά δεδομένα. Τα αποσπάσματα (βινιέτες) παρουσιάζονται με πλάγιους χαρακτήρες. Δεδομένου ότι αφορούν σε προφορικό λόγο, απομαγνητοφωνημένου λέξη προς λέξη, υπολείπονται συχνά γραμματικών κανόνων και σύνταξης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ
1. Συμβουλευτική Υποστήριξη	α) Βοήθεια β) Εκμάθηση στο «Πως» γ) Να σταματήσω τη χρήση / Να αρχίσω μια νέα ζωή
2. Οφέλη από την Συμμετοχή	Τρόπος Σκέψης
3. Εμπόδια στην Ένταξη για Θεραπεία	α) Απόφαση β) Προτεραιότητες
4. Ψυχολογία Εγκλεισμού	
5. Κατάχρηση Εξουσίας	α) Των Άλλων β) Δική τους

1η Κατηγορία: Συμβουλευτική Υποστήριξη

Η πρώτη κατηγορία εμπεριέχει όλες τις θεματικές που αφορούν στην ψυχολογική υποστήριξη, στην συμβουλευτική και στη θεραπεία απεξάρτησης. Διερευνώντας τα κίνητρα συμμετοχής τους στις ομάδες, οι ανήλικοι ομόφωνα και επανειλημμένα ανέφεραν τη «βοήθεια», συχνά σε μονολεκτικές βινιέτες. Ο βασικός προβληματισμός τους επικεντρώθηκε στο γεγονός ότι είναι ακόμη εθισμένοι και επιζητούν την ουσία πιο έντονα από ποτέ. Οι περισσότεροι αναφέρθηκαν στη σημασία της συμβουλευτικής αναφορικά με την υποτροπή στη χρήση. Κάποιοι ανήλικοι παραβάτες έδωσαν το πολύ παραστατικό απόσπασμα «να βάλω λίγο μυαλό», προσομοιάζοντας τις ομάδες με την οικογένεια, που συνήθως αναλαμβάνει την ευθύνη να τους συνετίσει.

«Το να έρχομαι στην ομάδα εμένα με επηρεάζει. Για μένα βλέπεις ... ας πούμε, βγάζεις εδώ ένα γραμμάριο τώρα. Θα το κάνω! Εντάξει, δεν έχει φύγει ακόμα. Μπορεί να κοιμάμαι τις νύχτες και να το σκέφτομαι. Έχει συμβεί πολλές φορές, να κοιμάμαι την νύχτα και ξέρεις, να σκέφτομαι τη χρήση. Λέω στον εαυτό μου 'αν είχα μόνο λίγο τώρα, τι καλά που θα ήταν'».

«Τα ναρκωτικά κατέστρεψαν την ζωή μου, είναι η αλήθεια. Το έχω παραδεχτεί και στον εαυτό μου. Εκεί που είσαι ψηλά αρχίζεις να πέφτεις, σιγά-σιγά, χωρίς να το καταλάβεις. Και νομίζεις ότι είσαι φυλαγμένος εκεί, όμως δεν είναι έτσι».

«Ν' αρχίσω μια καινούργια ζωή ... Ήμουν στον πάτο, χαλί, χώμα και είχα πάει στην Κοινωνική Υπηρεσία εδώ πέρα και με είδαν και μου 'παν για το Πρόγραμμα, 'Θες να γραφτείς;'. Μια βδομάδα μετά ήρθα μόνος μου».

2η Κατηγορία: Οφέλη από τη Συμμετοχή

Ιδιαίτερη έμφαση έδωσαν οι συμμετέχοντες στη διαφορά ανάμεσα στο περιβάλλον των ομάδων του Προγράμματος και σε εκείνο της φυλακής. Ο χώρος, η ατμόσφαιρα, η συμπεριφορά του θεραπευτικού προσωπικού και το περιεχόμενο των συζητήσεων αποτέλεσαν βασικές συνθήκες διαφοροποίησης των ομάδων συμβουλευτικής, ενώ στα οφέλη από την συμμετοχή προσμέτρησαν και η εκπαίδευση, η πληροφόρηση, η μείωση του άγχους και η παραγωγική χρήση του χρόνου. Η δεύτερη θεματική δημιουργήθηκε σε σχέση με την ερώτηση που διερευνά τα οφέλη της συμμετοχής σε θεραπευτική διαδικασία, κατά τη διάρκεια της κωδικοποίησης όμως συμπεριλήφθηκαν βινιέτες που αφορούσαν και δύο ακόμα ερωτήσεις του οδηγού συνέντευξης: εκείνη που διερευνούσε την επίδραση της θεραπευτικής εμπειρίας σε μελλοντική χρήση και παραβατικότητα και εκείνη που τους προσκαλούσε να εικάσουν την δέσμευσή τους στην διαδικασία απεξάρτησης, όταν οι νομικές πιέσεις δεν θα αποτελούν πλέον το βασικό τους κίνητρο.

«Πρώτα είναι ο χώρος. Η συζήτηση. Κάτω (στην πτέρυγα) δεν μπορείς να κουβεντιάσεις έτσι. Με ποιόν; Τον συγκρατούμενο; Απλά δεν μπορείς. Εδώ, δεν νιώθεις ότι είσαι φυλακή».

«Την άλλη φορά ήρθε ένας καινούργιος στην ομάδα. Συνήθιζα να ανακατεύω κόκα με σκόνη και δεν ήξερα ότι μπορεί να σε σκοτώσει. Μαθαίνεις πράγματα εδώ. Και είναι και κάτι πιο πολύ από αυτό».

«...Φασαρία στην φυλακή (αναρωτιέται), τίποτα δεν μπορεί να σταματήσει τις φασαρίες στην φυλακή. Το μόνο πράγμα που μπορείς να κάνεις είναι αν δεις ναρκωτικά στην φυλακή, γιατί υπάρχουν όπως όλοι ξέρουμε, να πεις 'όχι', δηλαδή να πεις 'δεν θα πάρω'. Βάζεις στόχους για τον εαυτό σου».

Υποκατηγορία: Τρόπος Σκέψης

Ένα σημαντικό θέμα από ερευνητικής πλευράς, αν και πρωτίστως θεραπευτικής σημασίας, είναι ο τρόπος ομιλίας των μελών της Δεύτερης Φάσης κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (στο κείμενο εμφανίζονται οι ερωτώμενοι ως Α, Λ και Χ). Επέδειξαν αυτή τη διαφορά στον τρόπο σκέψης μέσα από σχόλια και παρεμβάσεις σε άλλα μέλη της ομάδας, σε διάφορα σημεία κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Ένα ζωντανό παράδειγμα καταγράφηκε όταν ένα από τα νεότερα -στη θεραπεία- μέλη (ο Σ) προσπαθούσε να εξηγήσει ότι είναι πολύ δύσκολο να σταματήσει τη χρήση.

Σ: «Βασικά, αν βγεις 'έξω', όσο και να θέλεις να το κόψεις, αν το δεις μπροστά σου, είναι πολύ δύσκολο να μην κάνεις. Πολύ δύσκολο»

Λ: «Αν δεν θέλεις, δεν κάνεις»

Σ: «Γενικά αν είσαι ... ας πούμε 'βγαίνεις' έξω και ένας καλός φίλος έρχεται και σε κερνάει και σου λέει 'έλα, πάρε και ...'»

Α: (τον διακόπτει) «Τι είδους φίλος είναι αν σε κερνάει χρήση;»

Σ: «Έτσι σκέφτονται»

Λ: «Άλλαξε φίλους φίλε»

Χ: «'Καθαρούς' φίλους!»

Α: «Μην γυρνάς μαζί του. Άλλαξε φίλους».

3η Κατηγορία: Εμπόδια στην Ένταξη για Θεραπεία

Η κατηγορία αυτή συνοψίζει τις εσωτερικές και εξωτερικές συνθήκες που συνδέονται με την έναρξη, την παραμονή και τη διακοπή της θεραπείας. Οι ερωτώμενοι προσέφεραν μία λίστα με συνθήκες που υπονομεύουν τη συμμετοχή, με έμφαση στον «πειρασμό» και στις ποικίλες «δυσκολίες» που εκτιμούν ότι συνδέονται με την προσπάθεια να διακόψουν τη χρήση: «δεν μπορείς να τα ξεχάσεις», «ο κόσμος είναι γεμάτος από αυτά», «δεν ξέρω αν μπορώ να αλλάξω». Επιβεβαίωσαν τον καθοριστικό ρόλο των 'πιέσεων' (οικογένεια ή δικαστήριο) στην απόφασή τους να ξεκινήσουν θεραπεία, ενώ αναγνώρισαν δύο βασικούς λόγους drop out (εγκατάλειψης θεραπείας): το ζήτημα της Απόφασης και πρωτίστως αυτό των Προτεραιοτήτων. Ταυτόχρονα, υπογράμμισαν ως ανασταλτικό παράγοντα την υποδικία, καθώς ούτε ο χρόνος στο κατάστημα επαρκεί για δέσμευση σε θεραπευτική διαδικασία, ούτε η κινητοποίηση, καθώς βρίσκονται σε διαρκή ενασχόληση με ζητήματα προσαρμογής τους στην φυλακή και σε ατέρμονο σχεδιασμό της αποφυλάκισής τους.

Η Υποκατηγορία της Απόφασης αντικατοπτρίζει την βασική συνθήκη παραμονής σε κάθε μορφή θεραπείας (Sia et al. 2000; Welsh and McGrain 2008). Οι ανήλικοι υποστήριξαν ότι η απόφαση ήταν δική τους, ανεξάρτητα από πιέσεις που μπορεί να ενίσχυσαν αυτή τους την επιλογή. Παράλληλα, συνέδεσαν τις νομικές πιέσεις με το αρχικό τους κίνητρο, αλλά τις αποσυνδέσανε από τους λόγους που συνεχίζουν να προσέρχονται.

«Στη φυλακή, όλη μέρα σε ένα κελί, σκέφτεσαι. Σκέφτεσαι πιο λογικά, πιο βαθιά, καταλαβαίνεις; 'Έξω', δεν σκέφτεσαι τίποτα».

«Θα κάνεις μια φορά (χρήση). Τι κερδίζεις; Τίποτα. Κολλάς. Ποιο είναι το κέρδος; Τίποτα. Πας πίσω. Μείον. Χαμένη η προσπάθεια στο πρόγραμμα, όλες οι συμβουλές που πήρες, όλη η προσπάθεια που έκανες».

«Αν θες να κάνεις χρήση φίλε, μην έρχεσαι στο πρόγραμμα. Τι το θες το πρόγραμμα τότε».

Η Υποκατηγορία Προτεραιότητες εμπεριέχει ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για παραμονή στη θεραπεία: την διαφορετική ιεράρχηση των αναγκών των εφήβων. Το να συνδεθεί κανείς εκ νέου με την οικογένεια του, να βρει δουλειά, ή να βγάλει την κόκκινη κάρτα (απόδειξη νόμιμης παραμονής στη χώρα) αποτελούν βασική προτεραιότητα για την πλειοψηφία των νεαρών παραβατών. Ως υπόδικοι, η επαναλαμβανόμενη ανησυχία τους αφορά στην προσαρμογή εντός σωφρονιστικού καταστήματος και στην διευθέτηση βασικών ζητημάτων επιβίωσης κατά την αποφυλάκιση.

«Αν μ' αφήσουν να μείνω στην Ελλάδα, όταν τελειώσω την ποινή μου, θα πάω σε ένα πρόγραμμα. Αν δεν με αφήσουν (μπορεί να τον απελάσουν), δεν ξέρω. Τα πράγματα θα είναι πολύ δύσκολα. Μπορεί να μην έρθω στην Ελλάδα ξανά».

«Εντάξει. Ο Μ (αναφέρεται σε συγκρατούμενο) έχει την οικογένεια του εδώ, είναι Έλληνας, μπορεί να το κάνει αυτό (να συνεχίσει θεραπεία). Είναι πιο εύκολο για αυτόν. Εμείς, όλοι γύρω στα 20, ένας από Μαρόκο, ένας από Αλβανία ... Όταν κάποιος βγει 'έξω' πρέπει να έχει κάποιον (αλλιώς) έχει να δουλέψει, να πληρώσει το νοίκι, να κάνει πράγματα».

4η Κατηγορία: Ψυχολογία Εγκλεισμού

Η τέταρτη κατηγορία περιγράφει τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τις συμπεριφορές και τις στάσεις που συγκροτούν μία ταυτότητα που διαμορφώνεται στον εγκλεισμό. Ένα κεντρικό θέμα στις κουβέντες των εφήβων παραβατών ήταν η στέρηση της ελευθερίας: η συγκλονιστική πραγματικότητα του να βρίσκεσαι φυλακισμένος, βλέποντας άλλους ανθρώπους να έρχονται και να φεύγουν. Τα συναισθήματα ήταν έντονα και επικεντρώνονταν γύρω από το κενό, την απώλεια αξιοπρέπειας, την απώλεια ονείρων, την έλλειψη σεβασμού, το μίσος και τη λαχτάρα για ελευθερία. Διατήρησαν μία σχέση με το ερευνητικό ερώτημα υποστηρίζοντας ότι η συμμετοχή στη ομάδα τους βοηθά να ξεχνάνε για λίγο ότι είναι φυλακισμένοι.

«Βάζει το κλειδί στα σιδερένια κάγκελα, έτσι, όπως ένας βοσκός σπρώχνει τα ζώα του μέσα, καταλαβαίνεις; Εντάξει, αυτό είναι λίγο ... (κοντοστέκεται) σου αφήνει ένα κενό μέσα σου και αυτό το κενό δεν γεμίζει. Μένει πάντα εκεί».

«Με δύο λέξεις, αν θες να σου πω, κάνεις δυο βήματα και είσαι έξω, εγώ μένω εδώ. Αυτό είναι. Τίποτα άλλο».

«Εδώ σε ελέγχουν άλλοι. Δεν είσαι ανεξάρτητος όπως είσαι έξω, να πας όπου θέλεις. Άλλος σε κλείνει, άλλος σε βγάζει για βόλτα».

«Χθες βράδυ, δώδεκα η ώρα, πέντε-έξι από αυτούς μπήκαν μέσα. Έρευνα'. Έρευνα τι; Ο άλλος ήταν στο μπάνιο. Τον έβγαλαν έξω γυμνό. Άντε, προχώρα, ψάξε. Τι θα βρεις; Βγάζεις έξω κουρτίνες, πράγματα, όλα ... »

Κατηγορία 5: Κατάχρηση Εξουσίας

Το ζήτημα της κατάχρησης εξουσίας είναι ιδιαίτερο στη φύση του και εξαιρετικά ευαίσθητο και γι' αυτόν τον λόγο αποφασίστηκε στην ανάλυση να αποτελέσει μία κατηγορία ξεχωριστή. Καθρεφτίζει κυρίως την στάση του φυλακτικού προσωπικού απέναντι στους κρατούμενους, ενώ μία υποκατηγορία απεικονίζει ανάρμοστη συμπεριφορά και βία ανάμεσα στους νεαρούς παραβάτες.

Υποκατηγορία: «των Άλλων»

Αδικία, κακομεταχείριση, έλλειψη δικαιοσύνης και ταπείνωση καταγράφηκαν σε αυτόν το διάλογο. Οι σχέσεις με τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους συγκέντρωσαν έντονα αρνητικές αναφορές που συχνά ξεπερνούσαν τα όρια της κακής επαγγελματικής πρακτικής. Όλοι συμφώνησαν ότι ήταν απλά πολύ φοβισμένοι για να καταθέσουν επίσημες καταγγελίες. Ένας ερωτώμενος γέλασε με μισή καρδιά και κατέληξε στο συμπέρασμα «αν αρχίσουμε και μιλάμε για τη φυλακή εμείς, δεν θα τελειώσουμε ποτέ».

«Εδώ, στην φυλακή σου φέρονται σαν να είσαι ζώο, όχι μικρό παιδί ... ζώο, ζώο».

«Ήταν ένα mp3 και ένα cd player. Σε βάζει να τσαντίζεσαι με τον εαυτό σου, με όλους. Φαντάσου τα άνοιξε, έκανε έρευνα και το ένα από αυτά είναι σαν i-phone, τόσο λεπτό, που δεν ανοίγει. Τόσο είναι ακριβώς! Μου λέει: 'Αυτό δεν ανοίγει'. Δεν ανοίγει! Δεν έχει πουθενά να ανοίξει! Καταλαβαίνεις; 'Ναι, αλλά δεν ανοίγει, άρα δεν μπορώ να στο δώσω'».

«Υπάλληλοι(!) Χτυπάν έναν κρατούμενο που είναι 19 χρονών ... Είναι μεγάλο θέμα,

ναι. Αλλά να το πεις σε ποιόν; Στον Υπουργό; Θα καταλάβει; Στην φυλακή, η αλήθεια είναι κρυμμένη. Πάντα!»

Υποκατηγορία «Δική τους»

Βία, ανάρμοστη συμπεριφορά, bullying και καβγάδες δεν είναι μόνο μέρος της καθημερινότητας των νεαρών κρατουμένων, αλλά συνήθως και ένας άγραφος νόμος στην κουλτούρα της φυλακής, στον οποίο θα πρέπει να συμμορφωθούν όντας φυλακισμένοι. Αυτό περιλαμβάνει ταραχές μεταξύ διαφορετικών εθνικοτήτων, διαφωνίες μεταξύ δύο ή περισσότερων κρατουμένων ή περιστατικά επιθετικής κυρίαρχης συμπεριφοράς μεταξύ παλαιών κρατουμένων και νέων εισαγωγών. Εξέφρασαν συλλογικά την πεποίθηση ότι είναι πέρα από τη δύναμη και τη θέλησή τους να σταματήσουν ένα φαύλο κύκλο παρεκτροπής μέσα στο κατάστημα δεδομένου ότι σχετίζεται με ζητήματα επιβίωσης, αντίποινων, εξουσίας και αποδοχής μέσα στη φυλακή.

«Οι καυγάδες στην φυλακή είναι ένα θέμα. Ούτε το πρόγραμμα, ούτε κανείς άλλος μπορεί να τους σταματήσει να γίνονται».

«Φεύγεις (από την ομάδα) και περνάς αυτήν την πόρτα. Γίνεσαι ξανά ο ίδιος άνθρωπος, ο ίδιος κρατούμενος. Δεν είναι δυνατόν αυτό το θέμα εκεί κάτω (στην πτέρυγα) ... Είναι σαν να έχεις δύο ζωές, δύο εαυτούς...».

«Κάποιες φορές υπάρχουν εντάσεις, που μπορείς να νιώσεις ότι θα ξεσπάσουν σε καυγά. Παλιά έπιανα τον εαυτό μου να μπλέκει σε φασαρία πολύ εύκολα. Τώρα, το σκέφτομαι πολύ σοβαρά, πριν ανακατευτώ».

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- Τα αποτελέσματα της ανάλυσης επαλήθευσαν την ερευνητική υπόθεση ότι η έναρξη της θεραπείας ως αποτέλεσμα νομικών πιέσεων, δεν διαφέρει από την εθελοντική επιλογή. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ήταν δική τους απόφαση να συμμετάσχουν, αλλά αναγνώρισαν τόσο την παρουσία, όσο και την επιρροή εξωτερικών πιέσεων σε μία τέτοια απόφαση. Όλοι επιβεβαίωσαν ότι αισθάνθηκαν εξαναγκασμό, όταν η θεραπεία συνδέθηκε με τις νομικές τους εκκρεμότητες. Ωστόσο, αυτό συνάδει με διαδικασίες λήψης αποφάσεων στην εθελοντική έναρξη θεραπείας, που συχνά επηρεάζεται από μια σειρά κοινωνικών και επιβεβλημένων πιέσεων, που προέρχονται από διαφορετικές πηγές (Wild et al. 2001; Seddon 2007).
- Αναδείχτηκε η θετική αξιολόγηση για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις απεξάρτησης εντός του καταστήματος. Οι νεαροί παραβάτες επεσήμαναν ότι μέσα στις ομάδες της φυλακής αναγνώρισαν ότι οι γνώσεις τους για τις ουσίες ήταν ελλιπείς και οι πρακτικές τους επιπόλαιες. Όλοι ανέφεραν μείωση της χρήσης μέσα στο κατάστημα. Δεδομένου ότι όλοι βρίσκονταν σε στάδιο λειτουργικής χρήσης και εξάρτησης, το εύρημα είναι σημαντικό, καθώς εξακολουθούσαν να έχουν πρόσβαση σε ουσίες, παρά τους αυστηρούς ελέγχους αναφορικά με την εισαγωγή και τη διάθεση ναρκωτικών στις φυλακές.
- Όλοι συμφώνησαν ότι η επιστροφή στη χρήση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για συνεπακόλουθη υποτροπή σε παραβατικότητα. Παρόλο που δεν σχεδίαζαν να συνεχίσουν την παραβατική συμπεριφορά και μετά την αποφυλάκιση, αναγνώρισαν ότι θα τους ήταν πολύ δύσκολο 'να μην μπλέξουν'. Οι ίδιοι δεν συνέδεσαν τη θεραπεία με μείωση της παρα-

βατικότητας, αντίθετα επικεντρώθηκαν στη θετική της επιρροή σε σχέση με την συμπεριφορά τους μέσα στο κατάστημα και στην αποφυγή περαιτέρω πειθαρχικών κυρώσεων.

- Η παραμονή στη θεραπεία συνδέεται και με μείωση της χρήσης ουσιών και με μειωμένα ποσοστά σύλληψης. Μια γραμμική σχέση έχει επαληθευθεί ανάμεσα στον -μεγαλύτερο- χρόνο παραμονής των εξυπηρετούμενων και στα καλύτερα αποτελέσματα μετά τη θεραπεία (post-treatment outcomes) (De Leon et al. 1982). Οι ερωτηθέντες εξέφρασαν την ανησυχία τους αναφορικά με τον περιορισμένο χρόνο στη θεραπεία (λόγω υποδικίας) και επιβεβαίωσαν ότι θα χρειαστούν σημαντική στήριξη και φροντίδα μετά την αποφυλάκιση (aftercare) σε σχέση με τις πολλαπλές ειδικές τους ανάγκες.
- Το σημαντικό εύρημα αυτής της έρευνας σχετίζεται με την ανάδειξη των πολλαπλών αναγκών αυτού του πληθυσμού, που συνδέεται εν συνεχεία με τους λόγους που πολλοί ανήλικοι παραβάτες εγκαταλείπουν πρόωρα τη θεραπεία. Τους διακρίνει ένα τριπλό και κάποιες φορές τετραπλό κοινό μειονέκτημα: είναι ανήλικοι, είναι χρήστες ουσιών, είναι φυλακισμένοι και συχνά είναι αλλοδαποί και μέλη εθνικών μειονοτήτων (Stagaki 2009). Οι προτεραιότητές τους επικεντρώνονται γύρω από βασικές, πρωταρχικές ανάγκες, ως αποτέλεσμα συνήθως και του επιβαρυσμένου -σε πολλούς τομείς- προφίλ τους. Σε συνθήκες εγκλεισμού, όπου το μοντέλο «ιεράρχησης των αναγκών» του Maslow (1943) αποκτά ιδιαίτερη εγκυρότητα, καθώς βασικές ανάγκες μένουν ανικανοποίητες παραμερίζοντας τις υπόλοιπες ως ανύπαρκτες, το «αίτημα για θεραπεία» τοποθετείται πολύ ψηλά στην πυραμίδα των αναγκών αυτών των νεαρών παραβατών.

Η ποιότητα και τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υποστήριξης φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, τόσο στην διατήρηση των παραβατών στη θεραπεία, όσο και στο ακριβές αντίθετο (Stevens et al. 2005). Όπως περιγράφει ο Turnbull και συνεργάτες «τα ερευνητικά στοιχεία δείχνουν ότι οι τοξικομανείς παραβάτες μπορούν να εξαναγκαστούν με επιτυχία σε θεραπεία, καθώς περνούν μέσα από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Είναι όμως εξίσου σαφές, ότι τα καλύτερα σχήματα βασίζονται για αποτελεσματικότητα σε τοπικούς 'πρωταθλητές' που είναι βαθεία δεσμευμένοι στο έργο» (2000:87).

Πάνω από όλα, ο κρισιμότερος παράγοντας στην διατήρηση της αποχής αφορά στην υποστήριξη μετά τον εγκλεισμό, ανεξάρτητα από την θεραπευτική παρέμβαση μέσα στο πλαίσιο σωφρονισμού (Borrill et al. 2003), καθώς το διάστημα που ακολουθεί την αποφυλάκιση αποτελεί περίοδο ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου για περιστατικά υπερβολικής δόσης (EMCDDA 2009).

Η ανάπτυξη στρατηγικών και πολυ-επίπεδων παρεμβάσεων ώστε να αντιμετωπιστούν ζητήματα στέγασης, απασχόλησης, ασυλίας, υγείας, χρήσης ουσιών και νομικών ζητημάτων είναι απλά επιτακτική, ώστε να βοηθήσουμε αυτόν τον πληθυσμό να σπάσει τον κύκλο της υποτροπής στη χρήση και στην εγκληματικότητα.

Η θεραπεία ανήλικων χρηστών στο σωφρονιστικό σύστημα είναι στα πρώιμα στάδια υλοποίησης. Μεγάλο μέρος των ερευνών αποτελεσματικότητας συγκεντρώνεται από πιλοτικές φάσεις και από αρχικά στάδια συμβουλευτικής υποστήριξης, ενώ εξακολουθεί να υπάρχει έντονη η ανάγκη για ανάπτυξη των υπηρεσιών και εφαρμογή ολοκληρωμένων παρεμβάσεων για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νεανικής παραβατικότητας.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ

Πολύ συχνά αρθρώνεται και δεν μπορεί να τονιστεί αρκετά ότι παιδιά κάτω των 18 ετών δεν πρέπει να κρατούνται στη φυλακή. Τα σωφρονιστικά ιδρύματα δεν έχουν ούτε τη δομή, ούτε τις προϋποθέσεις για να ασχοληθούν με εφήβους που έχουν παραβιάσει το νόμο και συνήθως «κάνουν περισσότερο κακό, παρά καλό» (HM Inspectorate of Prisons 1997: 1.09). Η σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού, αναφέρει ρητά ότι «η σύλληψη, κράτηση ή φυλάκιση ενός παιδιού πρέπει να είναι σε συμφωνία με τον νόμο και πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο ως έσχατο μέτρο και για την συντομότερη κατάλληλη χρονική περίοδο» (2006: Art 37 b). Εναλλακτικά μέτρα και μη στερητικές της ελευθερίας ποινές αποτελούν προτιμότερες ρυθμίσεις στις περιπτώσεις της νεανικής παραβατικότητας (Jonson-Reid and Barth 2000; Coyle 2002; Newburn 2007b).

Η ποινική νομοθεσία για τους ανήλικους δράστες στην Ελλάδα παρέχει εναλλακτικές για την προφυλάκιση ανηλίκων, όμως στην πράξη οι επιλογές αυτές χρησιμοποιούνται σπάνια. Η πρόσφατη τροποποίηση του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα (Νόμος 3860/2010, 12.7.2010) διαμορφώνει νέα υψηλότερα ηλικιακά όρια, που εκτείνονται από το 15ο έως το 18ο έτος για την επιβολή υπό προϋποθέσεις του ποινικού σωφρονισμού, αυξάνοντας ουσιαστικά την ηλικία ποινικής ευθύνης από τα 13 στα 15 έτη και αποτελεί μια βελτίωση της ποινικής νομοθεσίας αναφορικά με την νεανική παραβατικότητα.

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Η παρέμβαση και η διακοπή ενός φαύλου κύκλου υποτροπής στη χρήση και στην παραβατικότητα αποτελεί σημαντικό ζήτημα πολιτικής, καθώς συνδέεται με κόσμη που διεκδικούν προτεραιότητες χρηματοδοτήσεων σε εθνικό επίπεδο. Ωστόσο, όταν ο εξαναγκασμός αποτελεί στόχο πολιτικής, υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εκτροπής των πόρων από άλλα αποτελεσματικά μέτρα για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της εγκληματικότητας (Stevens et al. 2005). Ο Wild υποστηρίζει ότι «δεν είναι σαφές το κατά πόσο τα οφέλη που συνδέονται με την επέκταση της θεραπείας μέσω της χρήσης κοινωνικού ελέγχου, υπερσκελίζουν τα οφέλη που συνδέονται με την ανάπτυξη των πόρων για πρακτικές απεξάρτησης χωρίς τη χρήση κοινωνικών ελέγχων» (2006: 45). Η παροχή επιβεβλημένης θεραπείας, ως οικονομικά αποτελεσματικής εναλλακτικής λύσης, σε διαδικασίες ποινικού σωφρονισμού μοιάζει ελκυστική, δεδομένου όμως ότι μπορεί να εξασφαλίσει και ζητήματα κοινωνικής ένταξης των παραβατών και το αίτημα του ευρύτερου πληθυσμού για διασφαλίσεις (Wild et al. 2001). Οι ερευνητές συμφωνούν ότι οι δικαστικές παραπομπές σε θεραπεία μπορούν να αποτελέσουν μια ευκαιρία για ανθρώπους που δεν θα το επιδίωκαν οικιοθελώς, αλλά χρειάζεται να παραμείνουμε επιφυλακτικοί στον συσχετισμό με μειώσεις των ποσοστών εγκληματικότητας (McSweeney et al. 2007; 2008).

Η θεραπεία είναι απαραίτητη στην τοξικοεξάρτηση και αν είναι επιτυχής μειώνει την παραβατικότητα. Οι έρευνες όμως εφιστούν προσοχή αναφορικά με την πρόσφατη πολιτική μεταφορά του «πολέμου κατά των ναρκωτικών» και τους ισχυρισμούς σχετικά με αιτιατή σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Η θεραπεία δεν μπορεί να είναι μια ικανή συνθήκη, εάν δεν αντιμετωπιστούν οι υποβόσκουσες αιτίες που ανάγκασαν αυτούς τους ανθρώπους να οδηγηθούν στην παρανομία αρχικά (Hough and Mitchell 2003).

Παράλληλα, ένα θεραπευτικό πλάνο που επικεντρώνεται στις ανάγκες του ατόμου, παρεμποδίζεται σοβαρά όταν τροποποιείται για να συμπεριλάβει οικονομικά κόστη προς την κοινωνία και προς τρίτους, όμοια και όταν χρεώνεται την ευθύνη της προστασίας του κοινού από την όποια βλάβη (Rawlings and Yates 2001; Hunt and Stevens 2004; Wild 2006). Ο McSweeney και συνεργάτες υποστηρίζουν ότι «...το κόστος φυλάκισης είναι τόσο υψηλό, που το να συνεχίζουμε να χρησιμοποιούμε τις φυλακές ως μέσο εξασφάλισης της θεραπείας είναι απίθανο να είναι οικονομικά αποτελεσματικό, ακόμα και αν η θεραπεία είναι αποτελεσματική» (2002: 5). Η καταληκτική παρατήρηση είναι ότι θα πρέπει να αποσυνδέσουμε την συνεργασία ανάμεσα σε πολλούς φορείς (multi-agency cooperation), που προωθεί και ενισχύει τα αποτελέσματα της θεραπείας, από τους πολύ-επίπεδους στόχους (multi-level goals) που σίγουρα παρεμποδίζουν το αποτέλεσμα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα έρευνα επιβεβαίωσε ότι οι νομικές παραπομπές σε θεραπεία δεν αποτελούν αποτρεπτικό παράγοντα για την έναρξη και την παραμονή σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης. Αντίθετα, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι κάποιος μπορεί να γνωρίσει, να εξοικειωθεί και να βιώσει μία θεραπευτική διαδικασία ως αποτέλεσμα της εμπλοκής του με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Η συγκεκριμένη έρευνα περαιτέρω υπογράμμισε την ανάγκη για ανάπτυξη και προώθηση πολύ-επίπεδων προσεγγίσεων για την παροχή μετά σωφρονιστικής μέριμνας για ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.

Η διακοπή της αλυσίδας Υποτροπή - Παραβατικότητα - Φυλάκιση, η προώθηση συνεργασιών μεταξύ φορέων και η ανάπτυξη στρατηγικών και ολοκληρωμένων παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των πολλαπλών αναγκών των ανήλικων παραβατών είναι επιτακτική ανάγκη. Παραμένει όμως ένα πολύπλοκο έργο που απαιτεί έρευνα και πρόθεση, τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε πολιτικό επίπεδο.

Όλες οι εντατικές προσπάθειες μέχρι σήμερα έχουν παράγει ουσιαστική γνώση, ένα πλούτο καλών πρακτικών και σημαντικές πρωτοβουλίες σε αυτό το εγκληματολογικό ζήτημα. Αν έχουμε καταφέρει να απαντήσουμε ουσιαστικά στα ζητήματα των ανήλικων παραβατών και στις ανάγκες τους ή αν συνεχίζουμε να τους απογοητεύουμε, μένει να αποδειχθεί. «Πες τους, έτσι ώστε να ακούσουν» ζήτησαν οι έφηβοι της έρευνας και είναι αλήθεια ότι όσο περισσότερο εστιάζουμε στον παραβάτη, τόσο περισσότερο απομακρυνόμαστε από τον ανήλικο. Εξακολουθούμε να μην συμφωνούμε στο τι εννοούμε με τον όρο «επιβεβλημένη». Έχουμε διαφορές ακόμα και στο τι εννοούμε με τον όρο «ανήλικος». Μένει να δούμε αν μπορούμε, κρατώντας διαφορετικές τις προσεγγίσεις μας, να συναντηθούμε μαζί για ένα κοινό σκοπό.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Bean, P. (2004), *Drugs and Crime*. 2nd ed. Cullompton: Willan Publishing.
- Belenko, S. (1999), 'Research on Drug Courts: A Critical Review', *National Drug Court Institute Review*, 2/2: 1-59.
- Bennett, T.H. (2000), *Drugs and Crime: The Results of the Second Development Stage of the NEW-ADAM Programme*, Home Office Research Study 205, London: Home Office.
- Bennett, T., Holloway, K., and Farrington, D. (2008), 'The Statistical Association between Drug Misuse and Crime: A Meta-Analysis', *Aggression and Violent Behavior*, 13: 107-118.
- Borrill, J., Maden, A., Martin, A., Weaver, T., Stimson, G.V., Farrell, M., and Barnes, T. (2003), *Differential Substance Misuse Treatment Needs of Women, Ethnic Minorities and Young Offenders in Prison: Prevalence of Substance Misuse and Treatment Needs*, Home Office On-Line Report 33/03, London: Home Office RDS.
- Boys, A., Farrell, M., Bebbington, M., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Meltzer, H., Singleton, N., and Taylor, C. (2002), 'Drug Use and Initiation in Prison: Results from a National Prison Survey in England and Wales', *Addiction*, 97/12: 1551-1560.
- Braun, V., and Clarke, V. (2006), 'Using Thematic Analysis in Psychology', *Qualitative Research in Psychology*, 3: 77-101.
- Coyle, A. (2002), *A Human Rights Approach to Prison Management: A handbook for prison staff*, London: International Centre for Prison Studies.
- Deitch, D., Koutsenok, I., and Ruiz, A. (2000), 'The Relationship between Crime and Drugs: What We Have Learned in Recent Decades', *Journal of Psychoactive Drugs*, 32/4: 391-7.
- De Leon, G., Wexler, H., and Jainchill, N. (1982), 'The Therapeutic Community: Success and Improvement Rates 5 years after Treatment', *International Journal of the Addictions*, 17: 703-747.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2001), *An Overview Study: Assistance to Drug Users to European Union Prisons*. Abridged version, Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009), *Annual Report on the State of the Drugs Problem in Europe*, Lisbon: EMCDDA.
- Farabee, D., Prendergast, M., and Anglin, M.D. (1998), 'The Effectiveness of Coerced Treatment for Drug Abusing Offenders', *Federal Probation*, 62/1: 3-10.
- Farabee, D., Prendergast, M., Cartier, J., Wexler, H., Knight, K., and Douglas, M.A. (1999), 'Barriers to Implementing Effective Correctional Drug Treatment Programs', *The Prison Journal*, 79/2: 150-162.
- Farabee, D., Shen, H., and Sanchez, S. (2002), 'Perceived Coercion and Treatment Need among Mentally Ill Parolees', *Criminal Justice and Behavior*, 29/1: 76-86.
- Flood Page, C., Campbell, S., Harrington, V., and Miller, J. (2000), *Youth Crime: Findings from the 1998/99 Youth Lifestyle Survey*, Home Office Research Study No. 209, London: Home Office.
- Graham, J., and Bowling, B. (1995), *Young People and Crime*, Home Office Research Study No. 145, London: HMSO.
- HM Inspectorate of Prisons (1997), *Young Prisoners: A Thematic Review by the Chief Inspector of Prisons for England and Wales*, London: Home Office.
- Holloway, K., Bennett, T., and Lower, C. (2004), *Trends in Drug Use and Offending: the Results of the NEW-ADAM Programme 1999-2002*, Research Findings 219, London: Home Office.
- Hough, M., and Mitchell, D. (2003), 'Drug-Dependent Offenders and Justice for All' in M.H. Tonry, eds., *Confronting Crime: Crime Control Policy Under New Labour*, 26-50, Cullompton: Willan Publishing.

- Hunt, N., and Stevens, A. (2004), 'Whose Harm? Harm Reduction and the Shift to Coercion in UK Drug Policy', *Social Policy and Society*, 3 /4: 333-342.
- Inciardi, J.A., Martin, S.S., Butzin, C.A., Hooper, R.M., and Harrison, L.D. (1997), 'An Effective Model of Prison-Based Treatment for Drug Involved Offenders', *Journal of Drug Issues*, 27/2: 261-278.
- Jonson-Reid, M., and Barth, R. (2000), 'From Maltreatment Report to Juvenile Incarceration: The Role of Child Welfare Services', *Child Abuse and Neglect*, 24/ 4: 505-520.
- Kitzinger, J. (1994), 'The Methodology of Focus Groups: the Importance of Interaction between Research Participants', *Sociology of Health and Illness*, 16 /1: 103-121.
- ΚΕΘΕΑ-Στροφή (2008 - 2009), 'Κοινωνικό-Δημογραφικά Χαρακτηριστικά των Εφήβων που Προσέγγισαν το ΚΕΘΕΑ ΣΤΡΟΦΗ το 2008-2009', *όχι σε έντυπη μορφή*.
- Linhorst, D., Knight, K., Johnston, S.J., and Trickey, M. (2001), 'Situational Influences on the Implementation of a Prison-Based Therapeutic Community', *The Prison Journal*, 81/4: 436-453.
- Maslow, A.H. (1943), 'A Theory of Human Motivation', *Psychological Review*, 50/4: 370-396.
- McSweeney, T., and Hough, M. (2005), 'Drugs and Alcohol', in N. Tilley, eds., *Handbook of Crime Prevention and Community Safety*, 563-94, Cullompton: Willan.
- McSweeney, T., Stevens, A., and Hunt, N., and Turnbull, P.J. (2006), *The Quasi-Compulsory Treatment of Drug Dependent Offenders in Europe: UK Findings*, London: Institute for Criminal Policy Research.
- McSweeney, T., Stevens, A., Hunt, N., and Turnbull, P.J. (2007), 'Twisting Arms or a Helping Hand? Assessing the Impact of 'Coerced' and Comparable 'Voluntary' Drug Treatment Options', *British Journal of Criminology*, 47 /3: 470-490.
- McSweeney, T., Turnbull, P.J., and Hough, M. (2008), *The Treatment and Supervision of Drug-Dependent Offenders: A review of the Literature Prepared for the UK Drug Policy Commission*, London: UK Drug Policy Commission.
- Miles, M.B., and Huberman, A.M. (1984), *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods*, Beverly Hills, CA: Sage.
- Ministry of Justice/UK (2009), *Story of the Prison Population 1995-2009 England and Wales*. London: Ministry of Justice Statistics Bulletin.
- Morgan, D.L. (1998), *The Focus Group Guidebook: Focus Group Kit 1*, Sage: London.
- Newburn, T. (2007), 'Youth Crime and Youth Justice', in M. Maguire, R. Morgan, and R. Reiner, eds., *The Oxford Handbook of Criminology*, 4th eds, Oxford: Oxford University Press.
- Noaks L. and Wincup E. (2004) *Criminological Research: Understanding Qualitative Approaches*, London: Sage.
- Νόμος 3189/2003, "Αναμόρφωση της ποινικής νομοθεσίας ανηλίκων και άλλες διατάξεις", ΦΕΚ Α' 243/21.10.2003.
- Νόμος 3860/2010, ΦΕΚ /12.07.2010
- Parhar, K., Stephen, J., Wormith, D., Derkzen, M., and Beauregard, A. (2008), 'Offender Coercion in Treatment: A Meta-Analysis of Effectiveness', *Criminal Justice and Behavior*, 35/9: 1109-1135.
- Rawlings, B., and Yates, R. (2001), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Seddon, T. (2007), 'Coerced Drug Treatment in the Criminal Justice System: Conceptual, Ethical and Criminological Issues', *Criminology and Criminal Justice*, 7 /3: 269-286.
- Sia, T.L., Dansereau, D.F., and Czuchry, M.L. (2000), 'Treatment Readiness Training and Probationers' Evaluation of Substance Abuse Treatment in a Criminal Justice Setting', *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19: 459-467.

- Stagaki, P. (2010), *Coerced Drug Treatment of Young Offenders within the Criminal Justice System: In Breaking the Cycle of Desistance and Imprisonment*, Master's Dissertation in Criminology and Criminal Justice, Law Department, King's College London: University of London.
- Stagaki, P. (2009), 'Drug treatment in a Correctional Facility for Young Offenders: a) Adolescent b) Drug Addict c) Prisoner d) Immigrant e) All of the above?' In 24th WFTC (World Conference of Therapeutic Communities) *An Alternative for Human and Social Development*. Lima, Peru 6-10 February 2009, p.65, Abstract only. Available at: <http://www.mundolibre.org.pe/conferencia/recursos/files/abstracten.pdf> [Accessed 24 April 2013]
- Stevens, A., McSweeney, T., van Ooyen, M., and Uchtenhagen, A. (2005), 'Editorial: On Coercion', *International Journal of Drug Policy*, 16/4: 207-209.
- Stevens, A., Kessler, I., and Gladstone, B. (2006), *A Review of Good Practices in Preventing Juvenile Crime in the European Union*, European Communities, report prepared for the European Commission, London: EU.
- Stimson, G.V. (2000), 'Blair Declares War: The Unhealthy State of British Drug Policy', *The International Journal of Drug Policy*, 11: 259-264.
- Turnbull, P.J., McSweeney, T., Hough, M., Webster, R., and Edmunds, M. (2000), *Drug Treatment and Testing Orders: Final Evaluation Report*, Home Office Research Study 212, London: Home Office.
- Vaughn, S., Schumm, J.S., and Sinagub, J. (1996), *Focus Group Interviews in Education and Psychology*, Thousand Oaks: Sage.
- Walmsley, R. (2009), *World Prison Population List* (8th edition), International Centre for Prison Studies: King's College London.
- Welsh, W.N., and McGrain, P.N. (2008), 'Predictors of Therapeutic Engagement in Prison-Based Drug Treatment', *Drug and Alcohol Dependence*, 96/3: 271-280.
- Wexler, H.K., Falkin, G.P., and Lipton, D.S. (1990), 'Outcome Evaluation of a Prison Therapeutic Community for Substance Abuse Treatment', *Criminal Justice and Behavior*, 17/1: 71-92.
- Wild, T.C., Newton-Taylor, B., Ogborne, A.C., Mann, R., Erickson, P., and Macdonald, S. (2001), 'Attitudes toward Compulsory Substance Abuse Treatment: A Comparison of the Public, Counselors, Probationers, and Judges' Views', *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 8: 33-45.
- Wild, T.C., Roberts, A.B., and Cooper, E.L. (2002), 'Compulsory Substance Abuse Treatment: An Overview of Recent Findings and Issues', *European Addiction Research*, 8: 84-93.
- Wild, T.C. (2006), 'Social Control and Coercion in Addiction Treatment: Towards Evidence-Based Policy and Practice', *Addiction*, 101/1: 40-49.
- Young, D. (2002), 'Impact of Perceived Legal Pressures on Retention in Drug Treatment', *Criminal Justice and Behavior*, 29: 27-55.
- Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (2010), *Γενικός Στατιστικός Πίνακας Κρατουμένων – Ποινών 2003-2010*, <http://www.ministryof justice.gr>.

INVESTIGATING THE SATISFACTION OF UNDER TREATMENT COCAINE USERS FROM THE NON-RESIDENTIAL, EVENING THERAPEUTIC COMMUNITY KETHEA-DIAVASI

IOANNIS KORKOTSELOS¹ AND LOUKIA CHAIDEMENAKI²

Abstract

The current research investigates the satisfaction of cocaine users under treatment from a non-residential Therapeutic Community, KETHEA-DIAVASI. The interview took place in the TC KETHEA-DIAVASI. In particular, a semi-structured focus group interview was conducted with a sample of 8 individuals, 7 males and 1 female, following the drug rehabilitation program. Interpretative Phenomenological Approach was used as the analytical method. Themes and subthemes that arisen were focused in the procedures that took place in the TC, those that were seen by the participants as the most helpful and others that were interpreted as the most difficult. A major issue was described as the therapy time in the TC, which was divided into the total therapy time in the TC, the individual adjustment point as well as the daily time in the TC. Furthermore, the potential of change in the function of TC emerged, while future changes in order to improve the therapeutic context of TC were also discussed.

In conclusion, participants stressed different therapeutic procedures as the most helpful, while most of them argued that encounter groups were experienced as the most distressing parts of the therapy. Regarding the therapeutic time, they claimed that there is a need for time adjustment, that 15 months of therapy is the appropriate therapeutic time limit as well as that the daily time in TC is extremely stressful. Participants' claims were seen as relating with their current individual therapeutic phase in the TC, while their need for adjustment time was relating not just with their new experience in the TC but also with their drug of choice.

1 Contact details: Ilision 15, Zografou, 15771 Athens, Greece, email: korkotselos@hotmail.com

2 Contact details: Tellou 6, Ano Petralona, 11852, Athens, Greece, email: xaidemenaki@gmail.com

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΗΣΤΩΝ ΚΟΚΑΪΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΟΙΧΤΗ ΒΡΑΔΙΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΕΘΕΑ-ΔΙΑΒΑΣΗ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΟΡΚΟΤΣΕΛΟΣ³ ΚΑΙ ΛΟΥΚΙΑ ΧΑΪΔΕΜΕΝΑΚΗ⁴

Περίληψη

Στόχος: Η παρούσα έρευνα εξετάζει την ικανοποίηση των υπό θεραπεία χρηστών κοκαΐνης από τη Βραδινή Θεραπευτική Κοινότητα ΚΕΘΕΑ-ΔΙΑΒΑΣΗ.

Σχεδιασμός: Ειδικότερα, χρησιμοποιεί μια ημιδομημένη συνέντευξη με την συγκεκριμένη ομάδα στόχου και Ερμηνευτική Φαινομενολογική Προσέγγιση ως αναλυτική μέθοδο.

Πλαίσιο: Η συνέντευξη με την ομάδα εστίασης πραγματοποιήθηκε στην Βραδινή Θεραπευτική Κοινότητα ΚΕΘΕΑ-ΔΙΑΒΑΣΗ.

Συμμετέχοντες: Οι συμμετέχοντες στην ομάδα εστίασης ήταν συνολικά 8, 7 άνδρες και 1 γυναίκα, οι οποίοι βρίσκονταν υπό θεραπεία στην Θ.Κ. ΚΕΘΕΑ-ΔΙΑΒΑΣΗ.

Ανάλυση: Τα θέματα που προέκυψαν από τη διαδικασία της συνέντευξης εστιάζουν στις Διαδικασίες της Θεραπευτικής Κοινότητας, με αυτές που οι συμμετέχοντες θεωρούσαν περισσότερο βοηθητικές και εκείνες που βιώνουν ως δυσκολότερες. Επίσης, αναφέρθηκε το ζήτημα του χρόνου στη Θεραπευτική Κοινότητα, ο οποίος εστιάστηκε σε τρία κύρια σημεία, στον συνολικό χρόνο θεραπείας, στον χρόνο προσαρμογής των μελών και στο καθημερινό ωράριο της Θ.Κ. Τέλος, συζητήθηκαν οι πιθανότητες αλλαγής στη δομή και λειτουργία της Θ.Κ. ενώ έγιναν προτάσεις βελτίωσης της θεραπευτικής πρότασης του προγράμματος.

Συμπεράσματα: Οι συμμετέχοντες ανέφεραν διαφορετικές διαδικασίες ως βοηθητικές, ενώ αρκετοί συμφωνούσαν στη διαδικασία της αντιπαραθετικής ομάδας ως εκείνη στην οποία αντιμετωπίζουν εντονότερες δυσκολίες. Όσον αφορά στο χρόνο τα μέλη της ομάδας υποστήριξαν ότι χρειάζεται χρόνος προσαρμογής, συμφώνησαν ότι ο χρόνος παραμονής στη Θ.Κ. έως 15 μήνες είναι αρκετός και ότι το καθημερινό της ωράριο είναι αρκετά πειστικό. Οι απαντήσεις των μελών ήταν άμεσα σχετιζόμενες με το χρόνο παραμονής και θεραπείας τους στη Θ.Κ. Ζωτικής σημασίας ήταν ο χρόνος προσαρμογής που χρειάζονταν τα μέλη, ο οποίος ήταν συνδεδεμένος όχι μόνο με αυτή τη νέα εμπειρία στη Θ.Κ., αλλά και με την κυρία ουσία χρήσης τους, τουλάχιστον κατά το αρχικό διάστημα θεραπείας.

Λέξεις Κλειδιά: ικανοποίηση, χρήστες κοκαΐνης, Θεραπευτική Κοινότητα, ερμηνευτική φαινομενολογική προσέγγιση

3 Επικοινωνία: Ιλυσίων 15, Ζωγράφου, 15771 Αθήνα, Ελλάδα, email: korkotselos@hotmail.com

4 Επικοινωνία: Τέλλου 6, Άνω Πετράλωνα, 11852 Αθήνα, Ελλάδα, email: xaidemenaki@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα προγράμματα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης ψυχοτρόπων ουσιών αναπτύχθηκαν σχετικά πρόσφατα. Τα πρώτα προγράμματα απεξάρτησης με οργανωμένη δομή προέκυψαν τη δεκαετία του 1960 ως απάντηση στο μείζον κοινωνικό πρόβλημα υγείας (Παπαναστασάτος 2002). Η ανάπτυξη της θεραπείας στη δεκαετία του 1960 και 1970 αντανάκλασε διαφορετικές απόψεις σχετικά με τη φύση των ψυχοτρόπων ουσιών και της τοξικομανίας αλλά και για την αποτελεσματική αντιμετώπιση τους.

Ποικίλοι τύποι θεραπευτικών προγραμμάτων προσφέρουν υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του πολύπλευρου και εξαιρετικά σύνθετου ζητήματος της τοξικοεξάρτησης. Οι θεραπευτικοί τύποι αναφέρονται σε προγράμματα διαμονής ή εξωτερικής παρακολούθησης, προγράμματα συντήρησης με υποκατάστατα, με ανταγωνιστές, προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς τη χορήγηση ουσιών, θεραπευτικές κοινότητες, προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης, προγράμματα 12 βημάτων και θεραπευτικά προγράμματα σε σωφρονιστικά ιδρύματα (Πουλόπουλος 2005). Αυτή η ποικιλία των θεραπευτικών οργανισμών οφείλεται, εν μέρει, στο γεγονός ότι κάθε θεραπευτικό πλαίσιο απευθύνεται στις διαφορετικές ανάγκες που χαρακτηρίζουν κάθε άτομο. Η διαφορετικότητα των αναγκών αυτών προκύπτει κυρίως από τον βαθμό εμπλοκής των ατόμων με τη χρήση ουσιών (βαρύτητα χρήσης), από τον βαθμό δυσλειτουργίας στην καθημερινότητά τους (εργασιακά, εκπαιδευτικά, κοινωνικά, οικογενειακά προβλήματα), καθώς και από την ουσία που χρησιμοποιούν. Παρά το διαφορετικό θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο στηρίζονται τα θεραπευτικά προγράμματα – ιατροκεντρική, ψυχοκοινωνική, βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση- αλλά και τους διάφορους τύπους ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων και τεχνικών που χρησιμοποιούν – συμβουλευτική, γνωσιακή-συμπεριφοριστική, σε ομαδικό ή/και ατομικό πλαίσιο κ.λπ.- οι θεραπευτικές προσεγγίσεις στοχεύουν στην αποχή ή μείωση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, κοινωνικής λειτουργικότητας αλλά και στην αποχή και μείωση της παραβατικότητας (Πουλόπουλος 2005).

Οι Θεραπευτικές Κοινότητες, αντανάκλουν την άποψη ότι η τοξικομανία αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα και χρειάζεται να αντιμετωπίζεται ως τέτοιο. Αυτή η κοινωνική θεραπεία αναφέρεται ως μια οργανωμένη προσπάθεια, με την κοινότητα να αποτελεί έναν παράγοντα προσωπικής και κοινωνικής αλλαγής. Ερευνητικά, η φιλοσοφία των θεραπευτικών κοινοτήτων έχει δεχθεί αρκετή κριτική. Έχει υποστηριχθεί ότι πρόκειται για μια επιθετική, προς την χορήγηση φαρμάκων, θεραπεία της κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών (Παπαναστασάτος 2002). Ωστόσο, οι Θ.Κ. μοιράζονται στην οπτική του χρήστη, και σε μια κοινωνική θεωρητική προσέγγιση, με έμφαση στη δομή και την ιεραρχία στο πλαίσιο του προγράμματος, την ανάγκη για την απομάκρυνση του ατόμου από επιρροές κατά τη διάρκεια της θεραπείας, την ανάγκη για μία χρονική περίοδο θεραπείας που γίνεται σταδιακά και είναι εντατική, και σαφείς κανόνες σχετικά με την προσωπική ευθύνη και συμπεριφορά που αποτελούν τον πυρήνα της θεραπείας. Η μάθηση, η αποδοχή και η εσωτερίκευση αυτών των κανόνων, επιτυγχάνεται μέσω μιας ιδιαίτερα δομημένης διαδικασίας επεξεργασίας που απαιτεί την ενεργό συμμετοχή του ατόμου στα πλαίσια της αντιπαράθεσης, της αλληλοβοήθειας και αυτοβοήθειας, της ανάληψης της προσωπικής ευθύνης, της αλλαγής των δυσπροσαρμοστικών στοιχείων του χαρακτήρα και της διατήρησης των κανόνων του πλαισίου που προάγουν όλα τα παραπάνω. Η θεραπευτική μέθοδος περιλαμβάνει την ομάδα, αλλά την ίδια στιγμή

υπολογίζει και το άτομο. Μια φράση που περιγράφει κατάλληλα αυτή την αλληλεπίδραση και συνηθίζεται στις Θ.Κ. είναι: «Μόνο εσείς μπορείτε να το κάνετε, αλλά δεν μπορείτε να το κάνετε μόνοι».

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Τις τελευταίες δεκαετίες το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει εστιαστεί κυρίως στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και θεραπειών που αφορούν στην εξάρτηση από ψυχότροπες ουσίες (Crits-Christoph, et al. 2001). Μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας εξετάζει το ζήτημα της κατάχρησης ουσιών σε σχέση με την αναγνώριση προγνωστικών παραγόντων που φαίνεται να παρεμβάλλονται στη θεραπευτική διαδικασία (Dearing, et al. 2005). Τέτοιοι διαμεσολαβητικοί παράγοντες αποτελούν: τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών, οι κοινωνικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις, το είδος της θεραπείας, ο βαθμός κινητοποίησης αλλά και η ανάπτυξη μιας θεραπευτικής «συμμαχίας» (Tetzlaff, et al. 2005). Η ικανοποίηση των πελατών από τη θεραπευτική διαδικασία έχει αναφερθεί ως ένας επιπλέον παράγοντας που σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (McLellan & Hunkeler 1998). Οι McLellan & Hunkeler (1998), χρησιμοποίησαν ποσοτική μεθοδολογία για να μελετήσουν τη σχέση ικανοποίησης-αποτελεσματικότητας από θεραπευτικά προγράμματα 12 βημάτων για την κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών και αλκοόλ ενώ οι Connors & Franklin (2000), εξέτασαν την ικανοποίηση γυναικών που αντιμετωπίζουν ζητήματα χρήσης ουσιών από θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης. Οι Sanders et al. (1998), χρησιμοποίησαν παράλληλα ποσοτική και ποιοτική μεθοδολογία για να διερευνήσουν την ικανοποίηση εγκύων γυναικών από ένα θεραπευτικό πρόγραμμα συμβουλευτικής για την κατάχρηση κοκαΐνης. Η αρκετά πρόσφατη μελέτη των Zhang et al. (2009), αξιολόγησε ποσοτικά την ικανοποίηση χρηστών που συμμετείχαν σε προγράμματα υποκατάστασης, εξωτερικής παρακολούθησης, βραχύχρονης αλλά και μακρόχρονης θεραπείας σε Κλειστές Θεραπευτικές Κοινότητες. Αναλογιζόμενοι την αρκετά πλούσια βιβλιογραφία που υποδεικνύει ότι οι παράγοντες αυτοί είναι προγνωστικοί της έκβασης της θεραπείας μιας ποικιλίας θεμάτων ψυχικής υγείας ενηλίκων (Attkisson & Zwick 1982; Horvath & Symonds 1991), το ερευνητικό ενδιαφέρον φαίνεται ότι δεν έχει εστιαστεί επαρκώς στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών από τη θεραπευτική διαδικασία.

Μολοντί η ικανοποίηση από τη θεραπεία έχει οριστεί με μία ποικιλία τρόπων, η έρευνα δείχνει ότι η ικανοποίηση σχετίζεται μεν, αλλά ταυτόχρονα διαφέρει και από, την έκβαση της θεραπείας από την οπτική του θεραπευόμενου (McLellan & Hunkeler 1998; Ries et al. 1999). Η ικανοποίηση από τη θεραπεία έχει οριστεί ως «ο βαθμός στον οποίο ικανοποιούνται οι υπηρεσίες που ο πελάτης επιθυμεί ή αναμένει από τη θεραπεία» (Lebow 1983, σ. 212). Γίνεται αντιληπτό λοιπόν ότι πρόκειται περισσότερο για μια διαδικασία, σύμφωνα με την οποία η ικανοποίηση είναι μια δυναμική αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, που εντοπίζονται στις προσδοκίες του πελάτη σχετικά με τη θεραπεία αλλά και τις επακόλουθες εμπειρίες του κατά την διάρκεια αυτής. Αυτή η αλληλεπίδραση ενδέχεται να επηρεάσει και την έκβαση της θεραπείας. Τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης έχουν συσχετιστεί με (α) μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλεία ψυχικής υγείας και θεραπείας κατάχρησης ουσιών (Rosenheck, et al. 1997), (β) τον αριθμό των διαθέσιμων υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται σε εξωτερικής πα-

ρακολούθησης θεραπευτικά προγράμματα κατάχρησης ουσιών (Sanders, et al. 1998), και (γ) την παραμονή σε θεραπευτική παρακολούθηση μετά από ένα εντατικό πρόγραμμα θεραπείας (Hiller, Knight, & Simpson 1999; Kaspro, Frisman & Rosenheck 1999). Είναι πολύ πιθανό λοιπόν οι εξυπηρετούμενοι που είναι περισσότερο ικανοποιημένοι κατά την προοδευτική θεραπευτική διαδικασία, να παραμείνουν σε θεραπεία, να παρουσιάσουν μεγαλύτερο βαθμό δέσμευσης και εμπλοκής, επιτρέποντας κατά συνέπεια μεγαλύτερη επίδραση αυτής στον εξυπηρετούμενο. Στην ψυχοθεραπευτική κλινική έρευνα και βιβλιογραφία, μια πληθώρα ερευνητών υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση από τη θεραπεία είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη θετική έκβαση της θεραπείας (Tetzlaff, et al. 2005).

Οι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών τυπικά αντιμετωπίζονται ως ένας ομοιογενής πληθυσμός, ανεξαρτήτως της κύριας ουσίας που χρησιμοποιούν ή καλύτερα της επιλογής που κάνουν ως προς την κύρια ουσία χρήσης τους. Ενώ το DSM-IV (2000), κατευθύνει τους κλινικούς να κατηγοριοποιούν την παρόρμηση των χρηστών ανάλογα με τα εκάστοτε μοτίβα χρήσης ή τη πιθανή σχέση που αυτή έχει με άλλες κλινικά σημαντικές μεταβλητές, π.χ. ψυχοπαθολογικά σύνδρομα, χαρακτηρισμοδομικά στοιχεία κ.λπ., ελάχιστα έχουν μελετηθεί συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις που πιθανά να αντιστοιχούσαν σε κάθε υπο-ομάδα χρηστών. Επίσης, τα νέα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα έχουν σαφή επίδραση σαφώς στο ζήτημα της κατάχρησης ουσιών, φέρνοντας μας αντιμέτωπους με επίσης νέα θεραπευτικά ζητήματα. Πιο συγκεκριμένα, οι χρήστες κοκαΐνης με βάση την κλινική εμπειρία παρουσιάζουν σαφή αύξηση, καθώς περίπου το 1/3 των ατόμων που αιτούνται θεραπείας δεν έχουν ως κύρια ουσία χρήσης τα οπιοειδή. Επίσης, με βάση την ετήσια έκθεση για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ του ΕΚΤΕΠΝ (2013), εμφανίζονται αυξητικές τάσεις στους χρήστες κανναβινοειδών και μεθαμφεταμινών. Το προφίλ των χρηστών κοκαΐνης χαρακτηρίζεται από ένα αρκετά υψηλό λειτουργικό και εκπαιδευτικό επίπεδο συγκριτικά με χρήστες άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (Carroll, et al. 1999). Επιπλέον, έχουν αναφερθεί αρκετά υψηλά ποσοστά διακοπής της θεραπείας σε χρήστες κοκαΐνης (Tunis, et al. 1994; Dolan, et al. 1991), υποδηλώνοντας ίσως την ανάγκη ανάπτυξης ενός περισσότερο εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδιασμού.

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι εστιασμένη σε μια περισσότερο ποσοτικοποιημένη προσέγγιση που στόχο έχει την βελτίωση τέτοιων προγραμμάτων (Zhang, et al. 2009). Συγκριτικά, λίγες κλινικές μελέτες που εξετάζουν τις εξαρτήσεις έχουν μελετήσει ερωτήματα όπως, αν και με ποιο τρόπο οι ανάγκες των χρηστών, με αυτή τη συνεχή αλλαγή του προφίλ τους, συμβαδίζουν με τους θεωρητικούς μηχανισμούς δράσης των προγραμμάτων. Η ποιοτική αξιολόγηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων από τη θεραπευτική διαδικασία προγραμμάτων απεξάρτησης από τη χρήση ουσιών, κρίνεται τουλάχιστον αναγκαία, ειδικότερα, όταν στοχεύει στην διερεύνηση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών των πελατών τα οποία πιθανά να επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη θεραπεία υποδεικνύοντας την ίδια στιγμή διαφορετικές ατομικές ανάγκες. Υπό το πρίσμα λοιπόν μιας προσέγγισης εστιασμένης στον εξυπηρετούμενο, θα μπορούσε να διερευνηθεί η συγκεκριμένη ομάδα στόχου, αυτή των χρηστών κοκαΐνης, σε σχέση με την ικανοποίηση τους από προγράμματα απεξάρτησης για την κατάχρηση ουσιών.

Στόχος Έρευνας

Σύμφωνα λοιπόν με τα ελλείμματα που εντοπίστηκαν στην ξενόγλωσση αλλά και ελληνική βιβλιογραφία η παρούσα ερευνητική εργασία, στοχεύει στη διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών κοκαΐνης από τη Βραδινή Θεραπευτική Κοινότητα ΚΕΘΕΑ-ΔΙΑΒΑΣΗ, χρησιμοποιώντας ποιοτική μεθοδολογία. Εκτός του πεδίου μελέτης βρίσκονταν ζητήματα όπως η αναζήτηση των πιθανών αιτιών διακοπής των χρηστών κοκαΐνης που πιθανά να σχετίζονται με την ικανοποίηση τους από το πρόγραμμα, η διερεύνηση της ικανοποίησης του προσωπικού από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ή η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών απεξάρτησης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**Ερευνητικός Σχεδιασμός**

Η ομαδικά εστιασμένη συνέντευξη είναι μια τεχνική η οποία προήλθε σχετικά πρόσφατα από την ομαδική ψυχοθεραπεία. Αναπτύχθηκε λόγω της αναγκαιότητας κατανόησης ψυχοκοινωνικών φαινομένων μέσα από την συλλογή και ανάλυση ποιοτικών στοιχείων που αδυνατούσε να ερμηνεύσει η ποσοτική έρευνα (Πουλόπουλος & Τσιμπουκλή 1995). Οι ομάδες εστίασης παρέχουν μια εναλλακτική προσέγγιση των ημι-δομημένων συνεντεύξεων καθώς αποτελούν μια ομαδική συνέντευξη που χρησιμοποιεί την αλληλεπίδραση μεταξύ των συμμετεχόντων ως βάση και πηγή δεδομένων. Ο ερευνητής αναλαμβάνει το ρόλο του συντονιστή, καθορίζει το θέμα και τα όρια της συζήτησης, την αρχή και το τέλος της. Η δύναμη της ομάδας εστίασης ως μέθοδος συλλογής δεδομένων έγκειται στην ικανότητά της να κινητοποιήσει τους συμμετέχοντες να απαντήσουν και να σχολιάσουν τα λεγόμενα των υπόλοιπων μελών της ομάδας. Οι δηλώσεις αμφισβητούνται, επεκτείνονται και αναπτύσσονται με τρόπο τέτοιο ώστε να δημιουργούνται πλούσια στοιχεία για τον ερευνητή. Επιπλέον, η ομάδα εστίασης παρέχει ένα πλαίσιο πολύ λιγότερο τεχνητό από αυτό της ατομικής συνέντευξης γεγονός που σημαίνει ότι τα δεδομένα που παράγονται είναι πιθανό να έχουν –συγκριτικά– υψηλότερη οικολογική εγκυρότητα. Στην ιδανικότερη συνθήκη, οι συμμετέχοντες της ομάδας εστίασης θα αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους με τον ίδιο τρόπο που θα αλληλεπιδρούσαν εκτός του πλαισίου της ερευνητικής διαδικασίας (Smith & Osborn 2003).

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στην διερεύνηση της ικανοποίησης των υπό θεραπεία χρηστών κοκαΐνης από τη Βραδινή Θεραπευτική Κοινότητα ΚΕΘΕΑ-ΔΙΑΒΑΣΗ. Πρόκειται για μια ανοιχτή Θεραπευτική Κοινότητα εξωτερικής παρακολούθησης, που απευθύνεται σε εργαζόμενους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών. Μία ημι-δομημένη συνέντευξη σε ομάδα εστίασης, με ανοιχτές και μη κατευθυντικά διαμορφωμένες ερωτήσεις σχεδιάστηκαν με στόχο την διερεύνηση της ερευνητικής ερώτησης. Η ερμηνεία των εμπειριών των συμμετεχόντων και το ψυχολογικό περιεχόμενο αυτής της εμπειρίας, αποτελεί το αναλυτικό κομμάτι της έρευνας. Για τη διερεύνηση του ζητήματος σε βάθος, η Φαινομενολογική Ερμηνευτική Προσέγγιση παρέχει τη δυνατότητα παρατήρησης των αντιλήψεων των συμμετεχόντων που διαμορφώνονται με δικούς τους όρους, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τα πολιτιστικά πλαίσια από τα οποία αυτές διατυπώνονται (Willig 2008). Η συγκεκριμένη προσέγγιση παρέχει την δυνατότητα βαθύτερης ανάλυσης ερευνητικών ερωτημάτων, τα οποία έχουν μελετηθεί με ποσοτικοποιημένους περιγραφικούς όρους. Ειδικότερα, η φαινομενολογικά προσανατολισμένη μέθοδος ενσωματώνει αυτές τις ιδιότητες με μια επαγωγική διαδικασία και φαίνεται να είναι σε

θήση να διερευνήσει αυτές τις λειτουργίες. Τη βασική εξέταση αποτελεί η φαινομενολογία των συμμετεχόντων ενώ ο ερμηνευτικός ρόλος του ερευνητή είναι επίσης ζωτικής σημασίας (Smith & Osborn 2003). Ο ίδιος ο όρος Ερμηνευτική Φαινομενολογική Προσέγγιση, εξηγεί ακριβώς αυτήν την δυαδικότητα. Είναι φαινομενολογική, εφόσον εμπεριέχει τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων, ενώ παράλληλα αναγνωρίζει την επιρροή των ιδίων αντιλήψεων του ερευνητή στην κατανόηση της διαδικασίας. Υπό αυτή την έννοια είναι μια ερμηνευτική ανάλυση.

Συμμετέχοντες

Οι ομάδες εστίασης θα πρέπει να αποτελούνται, ούτε περισσότερο αλλά ούτε και λιγότερο, από 6 έως 10 συμμετέχοντες. Αυτό συμβαίνει για να εξασφαλιστεί ότι όλοι οι συμμετέχοντες θα συμμετάσχουν ενεργά στη συζήτηση της ομάδας και καθ' όλη την διάρκεια της διαδικασίας. Σε μια ομάδα μικρότερη των έξι ατόμων, εκτιμάται ότι η διαδικασία θα είναι αρκετά πιεστική για τα μέλη της ομάδας, ενώ είναι εξαιρετικά δύσκολο να καταγραφούν και να αναλυθούν με ακρίβεια τα δεδομένα σε μια ομάδα εστίασης άνω των 10 συμμετεχόντων (Πουλόπουλος & Τσιμπουκλή 1995).

Η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη διότι το κριτήριο συμμετοχής στην έρευνα ήταν η κύρια ουσία χρήσης των υπο θεραπεία μελών να είναι η κοκαΐνη. Οι θεραπευόμενοι που έκαναν χρήση της συγκεκριμένης ουσίας και βρίσκονταν υπό θεραπεία στην Ανοιχτή Βραδινή Θεραπευτική Κοινότητα ΚΕΘΕΑ-ΔΙΑΒΑΣΗ ήταν στο σύνολο 8. Όλοι δέχτηκαν όλοι πρόθυμα να συμμετάσχουν στην έρευνα, καθώς, αφ' ενός ανέφεραν ότι ήταν πρόθυμοι να λάβουν μέρος σε μια έρευνα η οποία πιθανά θα βελτίωνε την θεραπευτική πρόταση και αφ' ετέρου υπήρχε εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του ερευνητή διότι είχε ήδη αναπτυχθεί θεραπευτική σχέση στο Συμβουλευτικό Σταθμό του προγράμματος στον οποίο προετοιμάστηκαν για την ένταξη τους στη Θ.Κ. Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ (2013), 3 στις 4 αιτήσεις θεραπείας το 2012 (77,5%) αφορούσαν προβλήματα για τη χρήση οπιοειδών, ως κύρια ουσία αναφέρθηκε η κάνναβη σε ποσοστό 15,7%, η κοκαΐνη σε ποσοστό 4,1% και οι άλλες ουσίες σε ποσοστό 2,8%, γεγονός που εξηγεί τον περιορισμένο αριθμό των υπό θεραπεία χρηστών με κύρια ουσία χρήσης την κοκαΐνη συγκριτικά με τον συνολικό πληθυσμό των υπό θεραπεία μελών με διαφορετική κύρια ουσία χρήσης. Η ομάδα που δημιουργήθηκε αποτελούνταν από 8 μέλη που βρίσκονταν υπό θεραπεία στη συγκεκριμένη δομή. Οι συμμετέχοντες ήταν ήδη εξοικειωμένοι με τη διαδικασία της ομάδας πριν συμμετάσχουν στην ομάδα εστίασης. Η ομάδα ήταν ομοιογενής ως προς την κύρια ουσία χρήσης των μελών της, αλλά όχι ως προς το χρόνο παραμονής τους στη Θ.Κ. Κρίθηκε σκόπιμο τα μέλη της να επιλεχθούν από όλα τα στάδια θεραπείας ώστε να εντοπιστούν πιθανές διαφορές στην οπτική τους αναφορικά με την ικανοποίηση από το πρόγραμμα. Συγκεκριμένα, ο χρόνος θεραπείας τους στην Θ.Κ. κυμαινόταν από 2 έως 19 μήνες. Όσον αφορά στα δημογραφικά τους στοιχεία η ομάδα αποτελούνταν από 7 άνδρες και 1 γυναίκα. Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ (2013), η πλειονότητα των αιτούντων θεραπεία για χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ήταν άνδρες (83,4%), ενώ οι γυναίκες αυξάνουν σταδιακά το ποσοστό τους κατά την περίοδο 2008-2012 (από 13,2% στο 14,7%). Στη συνέχεια, ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 34 έτη, με τον μικρότερο συμμετέχοντα ηλικίας 23 ετών και τον μεγαλύτερο 46 ετών. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, πέντε συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και

τρεις απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τέλος, οι συμμετέχοντες 8, 2, 1 και 7 χρειάστηκαν ψυχιατρική διερεύνηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.

Διαδικασία

Ο ερευνητής πραγματοποίησε μία αναγνωριστική συνάντηση στην Θ.Κ. με στόχο να ενημερώσει τους ενδιαφερόμενους για τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας αλλά και να τους αφήσει χρόνο να σκεφτούν εάν επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Στη συνέχεια συμφωνήθηκε από κοινού, μία δεύτερη συνάντηση στην οποία θα λάμβανε χώρα η συνέντευξη με την επιλεγμένη ομάδα εστίασης. Οι ενδιαφερόμενοι, εφόσον πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στην έρευνα, συμπλήρωσαν το έντυπο ενημέρωσης-συγκατάθεσης. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στο χώρο της Θ.Κ. και διήρκεσε δύο ώρες. Η παράλληλη με την διαδικασία καταγραφή των δεδομένων έγινε από τρεις βοηθούς. Στη συνέχεια, μια συνάντηση με τον ερευνητή και τις τρεις βοηθούς έλαβε χώρα με στόχο την συζήτηση των δεδομένων και της δυναμικής της ομάδας που προέκυψαν από την διαδικασία της συνέντευξης.

Ανάλυση

Η Ερμηνευτική Φαινομενολογική προσέγγιση, αξιολογήθηκε ως η καταλληλότερη μέθοδος για την ανάλυση της συνέντευξης. Η Φαινομενολογική μεθοδολογία, συμπεριλαμβανομένης και της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης, εστιάζει στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων. Στόχος της είναι να παρέχει μια εικόνα για το πώς μοιάζει ο κόσμος τους και όχι πως αυτός αντικειμενικά είναι, καθώς και το πώς αντιλαμβάνονται τα γεγονότα με βάση την εμπειρία και τις δικές τους υποκειμενικές ερμηνείες.

Τα δεδομένα που προέκυψαν κατά την διαδικασία της συνέντευξης με την ομάδα εστίασης καταγράφηκαν και αναλύθηκαν. Τα θέματα που αναδύθηκαν είναι τα εξής: 1. Διαδικασίες Θ.Κ., με 1.1. διαδικασίες που βιώνονται ως περισσότερο βοηθητικές και 1.2. διαδικασίες που βιώνονται ως δυσκολότερες, 2. Ο χρόνος στη Θ.Κ., με υποθέματα 2.1. συνολικός χρόνος θεραπείας, 2.2. χρόνος προσαρμογής και 2.3 καθημερινό ωράριο. Από τις δυο αυτές ομάδες θεμάτων, προέκυψε η συζήτηση για μια υποτιθέμενη αλλαγή της Θ.Κ. ως θέμα 3, ολοκληρώνοντας έτσι την αναζήτηση της ικανοποίησης της ομάδας στόχου από την Θ.Κ.

ΘΕΜΑ 1: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ Θ.Κ.

Η διερεύνησης της ικανοποίησης των υπό θεραπεία χρηστών κοκαΐνης, εστίασε την συνέντευξη στις διαδικασίες της Θεραπευτικής Κοινότητας. Τέτοιες διαδικασίες αποτελούν: οι αντιπαραθετικές ομάδες, οι παρέες, η διαδικασία έργου, οι δημιουργικές δραστηριότητες, εργασίες που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία της κοινότητας, το club εργασίας και οι έξοδοι, ενταγμένες σε ένα εξαήμερο, απογευματινό πλαίσιο με έντονη ιεραρχία και οργανωτική δομή.

Υπόθεμα 1.1: Διαδικασίες που βιώνονται ως περισσότερο βοηθητικές

Αρχικά, η ομάδα ήταν ιδιαίτερα αμήχανη και τα μέλη της φαίνονταν αγχωμένα. Οι απαντήσεις που έδωσαν ήταν διαφορετικές όσον αφορά στην ερώτηση της αξιολόγησης των βοη-

θητικών διαδικασιών της Θ.Κ. Πιο συγκεκριμένα, τα νεότερα μέλη συμπληρώνοντας μόλις 2 μήνες θεραπείας στη Θ.Κ., ανέφεραν ως βοηθητική διαδικασία αυτήν της πάρεας, με τον 2 να προσθέτει και την διαδικασία των δημιουργικών. Συγκεκριμένα ανέφεραν, «η παρέα είναι περισσότερο βοηθητική, είναι κοντά σου, καταλαβαίνεις, σε καταλαβαίνουν», «Οι παρέες είναι βοηθητικές για να ανοίξεις, να ακούσεις... Οι δημιουργικές με κάνουν να ενεργοποιηθώ, έχω να πω καιρό και πήρα ώθηση». Επίσης, ορισμένοι ανέφεραν ως βοηθητική τη διαδικασία αντιπαράθεσης αλλά και συνέντευξης εκείνο το στοιχείο της, ως μια μικτή ομάδα «Για να πω την αλήθεια οι αντιπαραθετικές ομάδες μου αρέσουν πολύ και οι εργασίες», «Δουλεύω πολύ στις αντιπαραθετικές, μπορώ να εκφράζομαι τώρα, να βγάζω συναισθήματα, φόβο. Πριν από αυτό δίσταζα». Επίσης παρατήρησαν ότι δεδομένης της διαφορετικότητας των μελών της ομάδας ως προς το χρόνο παραμονής τους στη Θ.Κ. υπάρχει μια ποικιλία απόψεων η οποία υποστήριξαν ότι είναι μάλλον βοηθητική, «Οι αντιπαραθετικές είναι μικτές ομάδες και σου δίνουν ώθηση και είναι ελεύθερες πιο πολύ. Έχει διάφορα άτομα μέσα που μπορεί να είναι στην κοινότητα από ένα μήνα μέχρι και ενάμιση χρόνο, ακούς πολλά και βοηθείσαι».

Υπόθεμα 1.2: Διαδικασίες που βιώνονται ως δυσκολότερες

Όσον αφορά στις διαδικασίες της Θ.Κ. τις οποίες βιώνουν ως δυσκολότερες, η πλειοψηφία των μελών της ομάδας ανέφερε τις αντιπαραθετικές ομάδες, «οι αντιπαραθετικές ομάδες. Ακούω πράγματα για μένα, μέσα στο απόλυτο που κουβαλάω, έχω διαφωνίες με άλλους γιατί είναι αντίθετοι με τα πιστεύω μου και μέσα σε όλα αυτά πρέπει να είσαι συγκεντρωμένος, να έχεις τον έλεγχο και να ακούς». Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε ότι αποτελεί μια ιδιαίτερα δύσκολη και πιεστική διαδικασία, κατά την οποία βιώνεται ένταση ενώ εμπλέκονται και σκέψεις παραίτησης, «Ας πούμε ότι στην παρέα μπορώ να πω τα πράγματα όπως είναι, στις ομάδες αντιπαράθεσης νιώθω άσχημα ψυχολογικά, τρέμω, νιώθω παραίτηση και σκέφτομαι ίσως να είναι καλύτερα να τα παρατήσω...», «Πιο δύσκολες για εμένα είναι οι αντιπαραθετικές ομάδες. Προσπαθώ πάρα πολύ να ακούσω, αλλά για να τα πάρω μέσα μου δυσκολεύομαι. Στον απολογισμό κλείνομαι δυσκολεύομαι. Πως κάνω εγώ τα πράγματα, το βήμα...». Η Θεραπευτική Κοινότητα δημιούργησε την ανάγκη για την συναισθηματική έκφραση και την διαχείριση των συγκρούσεων που προκύπτουν από τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την εξάρτηση και τη ζωή στη χρήση με στόχο την αλλαγή τους. Για την αντιμετώπιση των αρνητικών συμπεριφορών, τη θέσπιση ορίων και την τήρηση των κανόνων του προγράμματος χρησιμοποιείται η ομάδα αντιπαράθεσης (Πουλόπουλος 2005). Βιβλιογραφικά έχει ασκηθεί έντονη κριτική για τη λειτουργία των αντιπαραθετικών ομάδων (Tetzlaff, et al. 2005). Στη διάρκεια των ομάδων αντιπαράθεσης ασκείται πίεση για την αλλαγή στάσεων ή συμπεριφορών που δεν είναι αποδεκτές, εκτονώνεται η ένταση μεταξύ των μελών και εξομαλύνονται οι σχέσεις. Ορισμένες φορές εμφανίζονται αντιστάσεις των μελών οι οποίες ενδέχεται να οδηγήσουν την αντιπαράθεση σε αδιέξοδο. Εάν η ομάδα σταθεί αποκλειστικά στη συμπεριφορά ενός μέλους και όχι στη συναισθηματική εξομάλυνση της σχέσης, η διαδικασία βιώνεται ως ιδιαίτερα πιεστική ενώ έχει υποστηριχθεί ότι ο κίνδυνος διακοπής είναι αυξημένος. Επίσης αναφέρθηκε ως δύσκολη διαδικασία αυτή του έργου αλλά και η συγγραφή του βιογραφικού καθώς, όπως σημειώθηκε προκαλούνταν σκέψεις που βίωνονταν ως ιδιαίτερα δύσκολες, «Οι αντιπαραθετικές ομάδες με ζορίζουν. Και το έργο γιατί εκεί έχω να σκεφτώ εμένα, όχι τους άλλους. Επίσης το βιογραφικό. Μου έφερε μνήμες που δεν τις σκεφτόμουν στην καθημερινότητα μου, με δυσκόλεψε πάρα πολύ».

ΘΕΜΑ 2: ΧΡΟΝΟΣ Θ.Κ.

Ένα ακόμη θέμα που διερευνήθηκε αναφορικά με την ικανοποίηση των χρηστών κοκαΐνης ήταν το ζήτημα του χρόνου, το οποίο εστιάστηκε στο συνολικό χρόνο παραμονής στην Θ.Κ. (2.1), στον χρόνο προσαρμογής όπως διατυπώθηκε από τους συμμετέχοντες (2.2) και στο καθημερινό ωράριο (2.3).

Υπόθεμα 2.1: Συνολικός χρόνος παραμονής

Η ερώτηση του συνολικού χρόνου παραμονής στη Θ.Κ. απασχόλησε ιδιαίτερα την ομάδα. Τα μέλη της φάνηκαν αρκετά αμήχανα και ξέσπασαν σε γέλια. Οι απαντήσεις τους συμφωνούσαν εν γένει, στο γεγονός ότι αρχικά ο χρόνος θεραπείας στη Θ.Κ. φαίνεται να είναι πολύς. Ωστόσο, οι απαντήσεις που έδωσαν ήταν αντιφατικές οδηγώντας μας σε μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση. Φαίνεται ότι τα μέλη διατύπωναν απόψεις οι οποίες ήταν άμεσα σχετιζόμενες με το χρόνο παραμονής τους στη Θ.Κ. Για παράδειγμα, οι απαντήσεις των νεότερων μελών φαίνεται να πάλλονταν εναλλακτικά στο θυμικό και λογικό τους μέρος, υιοθετώντας τελικά τα «πρέπει» και τη φωνή της κοινότητας αρκετά άκριτα ίσως με στόχο την επιβίωση και την αποδοχή της ομάδας «Υπερβολικός ο καιρός. Τώρα βέβαια είμαι στην αρχή. Όταν βγεις μπορείς να σταθείς; Μπορείς να κρατηθείς; Αυτό πρέπει να κάνεις. Άρα ο καιρός είναι καλός», 2 μήνες στην κοινότητα. Μετά από ορισμένους μήνες παραμονής, τα «παλιότερα» μέλη ή έχουν καταφέρει να τα νοσηματοδοτήσουν είτε έχουν αφομοιωθεί από το σύστημα της Θ.Κ., δίνοντας απαντήσεις περισσότερο εκλογικευμένες και «νουθετώντας» τα νεότερα μέλη όπως φάνηκε στο διάλογο που αναπτύχθηκε μεταξύ τους κατά τη διαδικασία της συνέντευξης, «Τώρα νιώθω έτοιμος να κάνω το βήμα παρακάτω, 12 με 14 μήνες είναι φυσιολογικός χρόνος για την κοινότητα», 19 μήνες στην κοινότητα, «Αν έκανες αυτή την ερώτηση και ήμουν 1 μήνα στην κοινότητα, θα σου έλεγα ότι είναι υπερβολικά πολύς, αλλά σιγά σιγά έβλεπα ότι κυλάει και έβλεπα διαφορά και τελικά ίσως όσο περνάω προς τα μέσα και να ναι λίγος ο χρόνος, σαν προσπάθεια θέλει επιπλέον χρόνο», 13 μήνες σε θεραπεία, «Πάρα πολύς καιρός, ειδικά στην αρχή φαίνεται τεράστιο διάστημα, είναι κοινότητα για εργαζομένους είναι απαραίτητο ένα χρονικό περιθώριο 18 μηνών, δουλεύονται πολλά πράγματα, εεμ, μετά τους 8-10 μήνες το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων βλέπει και δουλεύει και υπάρχει κίνητρο για δουλειά με σημαντικά κομμάτια. Όχι όμως από την αρχή, χρειάζεται χρόνος προσαρμογής», 8 μήνες σε θεραπεία. Φαίνεται λοιπόν ότι μεταξύ της δράσης των θεωρητικών μηχανισμών της Θ.Κ. και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, μεσολαβούν παράγοντες, οι οποίοι μετασχηματίζουν τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων όχι μόνο ως προς το χρόνο παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία στη Θ.Κ. αλλά και ως προς τις υπόλοιπες λειτουργίες και δομές της Θ.Κ. αλλά και ως προς τη γενικότερη αξιολόγηση της ικανοποίησής τους από το πρόγραμμα, γεγονός που οδήγησε και στην ανάπτυξη του υποθέματος 2.2.

Υπόθεμα 2.2: Χρόνος προσαρμογής

Η διερεύνηση της αντίληψης των συμμετεχόντων για τις διαφορετικές ανάγκες που ενδεχόμενα έχουν σε σχέση με χρήστες άλλων ψυχοτρόπων ουσιών οδήγησε σε ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις. Η ομάδα ήταν ιδιαίτερα σκεπτική σε αυτό το σημείο της συνέντευξης. Τα μέλη της με έντονο ενδιαφέρον, εξέφρασαν την άποψη ότι τουλάχιστον κατά το αρχικό διάστημα της ένταξης τους στην Θ.Κ. βίωναν μεγαλύτερη δυσκολία σε σχέση με τους χρήστες άλλων ουσιών καθώς αντιμετώπιζαν δυσκολίες άμεσα σχετιζόμενες με

τη κύρια ουσία χρήσης τους και χρειάζονταν ψυχιατρική αξιολόγηση «Χρειάζεται μια αξιολόγηση γενική. Μπαίνεις με άλλους ρυθμούς. Στην αρχή είχα παραπάνω ένταση. Πιστεύω χρειάζεται περισσότερο ψυχιατρική αξιολόγηση. Στην αρχή ήμουν σε παράνοια, παλιά είχα κατάθλιψη. Στην αρχή με δυσκόλεψε ο πολύς κόσμος, ένιωθα σαν να ήμουν πιωμένος, τσέκαρα συνέχεια τους άλλους», «Νομίζω υπάρχουν διαφορές. Για εμένα υπάρχουν, είχα παράνοιες, ψευδαισθήσεις. Σε άλλες ουσίες δεν υπάρχουν ή υπάρχουν σε μικρότερο ποσοστό. Εγώ είχα την ανάγκη ψυχιάτρου», «συμφωνώ, με τα νεύρα και τις συμπεριφορές. Έκανα χρήση χασίς, ξεκίνησα τη κοκαΐνη για να ξυπνήσω, το χασίς με χαλάρωνε ενώ η κόκα με ξύπναγε. Η κόκα με έβαλε σε ρυθμούς, με ξύπναγε, μπαίνοντας εδώ υπερισχούσε η κόκα, το ξύπνημα. Το λέω τώρα και νομίζω ότι πίνω. Την διαφορά στο πρόγραμμα την ένιωσα, είχα ένταση αλλά τι ένταση, πο-πο, και ήταν η ουσία, σίγουρα ήταν διαφορετικό στην αρχή...», «Θέλω να συμπληρώσω πάνω σ' αυτό, δεν μπορούσα να με πλησιάσει κανείς, είχα την αίσθηση ότι κάποιος έρχεται, ήμουν πάρα πολύ καχύποπος τώρα αυτό κοπάζει». Το υπόθεμα 2.2 προκύπτει από το υπόθεμα 2.1., εάν σκεφτεί κανείς ότι τα ζητήματα που ανέφερε η ομάδα σχετίζονται τις «διαφορετικές» ανάγκες των χρηστών που έχουν ως κύρια ουσία χρήσης την κοκαΐνη με έναν ορισμένο χρόνο προσαρμογής αλλά και παραμονής στη Θ.Κ. Επίσης παρατηρήθηκε σε αυτό το σημείο της συνέντευξης ότι η ομάδα χαλάρωσε αρκετά και τα μέλη της συμμετείχαν περισσότερο ενεργά στη διαδικασία.

Υπόθεμα 2.2: Καθημερινό ωράριο

Μία ακόμη πτυχή της ικανοποίησης από τη Θ.Κ. αφορά στο καθημερινό ωράριο. Η πλειοψηφία των μελών της ομάδας εκδηλώνοντας έντονο ενδιαφέρον και ανεξαρτήτως της φάσης θεραπείας τους, ανέφερε ότι το ωράριο της κοινότητας είναι εξαιρετικά πιεστικό, «στην αρχή με δυσκόλεψε πάρα πολύ να βρω δουλειά πρωινή και πείστηκα πάρα πολύ με το ωράριο. Δεν με νοιάζει να τρέχω αλλά το να είμαι απόγευμα στην κοινότητα και μαζί η πρωινή δουλειά είναι πάρα πολύ δύσκολο». Συγκεκριμένα, συζητήθηκε ότι οι εξυπηρετούμενοι βιώνουν μεγάλη δυσκολία καθώς έχουν ελάχιστο προσωπικό χρόνο, μειωμένη κοινωνική ζωή ενώ χρειάζεται να περιορίσουν τις επαγγελματικές τους δραστηριότητες, «αυτό που υπήρχε και υπάρχει είναι ότι δεν κοιμάμαι σχεδόν καθόλου, αφαιρώ από τον ύπνο μου, μου λείπει ο χρόνος να κάνω άλλα πράγματα, να γράψω, να σκεφτώ.», «δεν έχω προσωπικό χρόνο, τη γυναίκα μου δεν τη βλέπω. Γενικά χάνεσαι, είμαι χαμένος, φάντασμα, εξαφανισμένος, νιώθω ότι περνάει ο χρόνος στο δευτερόλεπτο».

ΘΕΜΑ 3: ΜΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ Θ.Κ.

Ο παράγοντας της αλλαγής στη δομή της Θ.Κ. αποτέλεσε ένα ακόμη θέμα συζήτησης της ομάδας εστίασης. Η ομάδα φανερά λιγότερο αγχωμένη και με έντονο ενδιαφέρον για το ζήτημα, ανέφερε σε συνάρτηση με τις προηγούμενες απαντήσεις της, αλλαγές που επιθυμούσε να γίνουν στα πλαίσια της λειτουργίας της Θ.Κ. Οι συμμετέχοντες 6 και 4, οι οποίοι είχαν αναφέρει ως δυσκολότερη διαδικασία αυτήν της αντιπαραθετικής ομάδας πρότειναν την αλλαγή της «Θα τα άλλαζα όλα (γέλια) δεν μου αρέσουν! Θα κράταγα κυρίως την παρέα, χαλαρώνω εκεί. Θα άλλαζα το ωράριο πιο πολύ και ίσως τη θεραπεία», «το Σάββατο θα το άλλαζα, συμφωνώ με την 1. Θα κράταγα τις ομάδες. Το Σάββατο ερχόμαστε κάνουμε δουλειές και μετά βγαίνουμε έξω. Έχω ελεύθερη μό-

νο την Κυριακή, δεν υπάρχει ξεκούραση. Υπάρχει πίεση». Επιπλέον αλλαγές επικεντρώθηκαν στη μείωση του ωραρίου της Κοινότητας, με σύμπτυξη των θεραπευτικών ομάδων και αλλαγή του club εργασίας «Να μην ερχόμασταν Τρίτη και Πέμπτη (Γέλια), θα ήταν μόνο αυτές οι μέρες. Δεν θα ήταν ασφυχτικό, αυτό θα άλλαζα και θα κράταγα τις ομάδες, τα θεραπευτικά βοηθούν πολύ», «Θα άλλαζα τα κλαμπ εργασίας και τις αντιπαραθετικές ομάδες και θα κράταγα τις ομάδες τις θεραπευτικές», «Εγώ την Τρίτη θα την έκανα θεραπευτική για να μειωθεί ο χρόνος. Δεν θα άλλαζα τις παρέες, έρχεσαι κοντά, σου δίνει πολλά. Νιώθεις όμορφα, μου αρέσει!». Τέλος, η ομάδα ανέφερε ότι η διαδικασία ήταν ιδιαίτερα βοηθητική, ενώ πρότεινε ότι θα μπορούσε να επαληθευθεί ώστε να επικοινωνούνται οι ιδέες της για τη βελτίωση της Θ.Κ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βασιζόμενοι στη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι ελάχιστες μελέτες έχουν διερευνήσει την ικανοποίηση υπό θεραπεία χρηστών από προγράμματα απεξάρτησης για την κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών (McLellan & Hunkeler 1998; Connors & Franklin 2000; Sanders, et al. 1998; Zhang, et al. 2009). Η συγκεκριμένη έρευνα, αποτέλεσε μια προσπάθεια διερεύνησης της ικανοποίησης μιας ομάδας στόχου με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, αυτής των χρηστών κοκαΐνης, από τη Θεραπευτική Κοινότητα ΚΕΘΕΑ-ΔΙΑΒΑΣΗ χρησιμοποιώντας ποιοτική μεθοδολογία και ανάλυση δεδομένων.

Τα θέματα που προέκυψαν από τη διαδικασία της συνέντευξης αφορούν στις Διαδικασίες της Θεραπευτικής Κοινότητας, με αυτές που οι συμμετέχοντες θεωρούσαν περισσότερο βοηθητικές και εκείνες που βίωνονταν ως δυσκολότερες, στο χρόνο της Θεραπευτικής Κοινότητας, ο οποίος αναλύθηκε σε συνολικό χρόνο θεραπείας, χρόνο προσαρμογής και καθημερινό ωράριο. Επίσης εξετάστηκε το θέμα της αλλαγής στη δομή και λειτουργία της Θ.Κ. και έγιναν προτάσεις βελτίωσης του προγράμματος, θέματα που οδήγησαν στο κύριο ζητούμενο, την διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών κοκαΐνης από τη Βραδινή Θεραπευτική Κοινότητα ΚΕΘΕΑ-ΔΙΑΒΑΣΗ. Σύμφωνα με την Ερμηνευτική Φαινομενολογική Προσέγγιση, οι συμμετέχοντες ανέφεραν διαφορετικές διαδικασίες ως βοηθητικές, ενώ αρκετοί συμφωνούσαν στη διαδικασία της αντιπαραθετικής ομάδας ως εκείνη στην οποία αντιμετωπίζουν εντονότερες δυσκολίες. Όσον αφορά στο χρόνο τα μέλη της ομάδας υποστήριξαν ότι χρειάζεται χρόνος προσαρμογής, συμφώνησαν ότι ο χρόνος παραμονής στη Θ.Κ. έως 15 μήνες είναι αρκετός και ότι το καθημερινό της ωράριο είναι αρκετά πειστικό. Οι απαντήσεις των μελών ήταν άμεσα σχετιζόμενες με το χρόνο παραμονής και θεραπείας τους στη Θ.Κ. Ζωτικής σημασίας ήταν ο χρόνος προσαρμογής που χρειαζόνταν ο οποίος ήταν συνδεδεμένος όχι μόνο με αυτή τη νέα εμπειρία στη Θ.Κ., αλλά και με την κυρία ουσία χρήσης τους, τουλάχιστον κατά το αρχικό διάστημα θεραπείας. Τέλος, πρότειναν αλλαγές που θα μπορούσαν να γίνουν στη δομή και λειτουργία της Θ.Κ.

Περιορισμοί έρευνας

Σε αυτό το σημείο, πρέπει να επισημανθούν ορισμένοι περιορισμοί της μελέτης αυτής. Οι περιορισμοί που προκύπτουν αφορούν στο μεθοδολογικό κομμάτι της έρευνας. Δεδομένης της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας θεραπευτικών προγραμμάτων για την κατάχρηση ουσιών αλλά και της ικανοποίησης

εξυπηρετούμενων μελετάται κυρίως με την ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση, συνεπώς πρέπει να διερευνηθεί η αξιοπιστία της ποιοτικής μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε για το συγκεκριμένο αντικείμενο μελέτης. Μια μέτρηση είναι αξιόπιστη εάν αποδίδει την ίδια απάντηση σε διαφορετικές περιστάσεις (Willig 2008). Ωστόσο, η ποιοτική έρευνα διερευνά τα φαινόμενα και τις εμπειρίες με μεγάλη λεπτομέρεια και δεν έχει ως στόχο να μετρήσει ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό σε έναν πληθυσμιακά μεγάλο αριθμό ανθρώπων. Στόχο της έρευνας αποτέλεσε η κατανόηση σε βάθος και διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών κοκαΐνης από τη Θ.Κ. συνεπώς, η ποιοτική μεθοδολογία θεωρήθηκε ως η πλέον κατάλληλη για να μελετήσει την εμπειρία των εξυπηρετούμενων και να σκιαγραφήσει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της.

Εν συνεχεία, τα δεδομένα που συλλέγονται για μια ποιοτική μελέτη χρειάζεται να είναι νατουραλιστικά βασισμένα. Συγκεκριμένα, τα δεδομένα δεν πρέπει να κωδικοποιηθούν, να συμπυκνωθούν ή να κατηγοριοποιηθούν κατά την συλλογή τους. Για να κυριολεκτήσουμε, αυτό είναι αδύνατο, διότι οποιαδήποτε διαδικασία συλλογής δεδομένων απαιτεί κάποιας ελάχιστης μορφής προσαρμογή από τον προφορικό στον γραπτό λόγο. Ωστόσο, στην ποιοτική έρευνα, ο στόχος κατά την συλλογή των στοιχείων έγκειται στο να δημιουργηθεί μια ολοκληρωμένη καταγραφή των λέξεων και των ενεργειών των συμμετεχόντων ώστε να διασφαλιστεί ότι χάνονται όσο το δυνατόν λιγότερα στοιχεία από την ερευνητική συλλογή ως την ερευνητική ανάλυση και συγγραφή. Η διαδικασία πραγματοποιήθηκε στο χώρο της Θ.Κ. του προγράμματος ΚΕΘΕΑ-ΔΙΑΒΑΣΗ, συνεπώς η μαγνητοφώνηση ή βιντεοσκόπηση ως μέθοδοι καταγραφής δεδομένων, δεν προτιμήθηκαν ώστε να διασφαλιστεί η ασφάλεια, το απόρρητο στα πλαίσια του προγράμματος καθώς και η υποκειμενική αίσθηση ασφάλειας των συμμετεχόντων. Για να περιοριστεί λοιπόν ο κίνδυνος μιας ανακριβούς και προσαρμοσμένης καταγραφής δεδομένων κατά την διαδικασία του focus group, προτιμήθηκε η τριπλή, αναλυτική καταγραφή της διαδικασίας. Παρέχοντας ένα μόνιμο αρχείο καταγραφής, τα δεδομένα μπορούν να μετα-αναλυθούν από άλλους ερευνητές. Αμέσως μετά την συνέντευξη, ο συντονιστής και οι βοηθοί πραγματοποίησαν μια εποπτική συνάντηση όπου αντάλλαξαν απόψεις, ανέφεραν τις ιδιαίτερες δυναμικές που παρατηρήθηκαν αλλά και το κλίμα της ομάδας και κατέγραψαν τις παρατηρήσεις τους.

Ορισμένες πτυχές της μελέτης μας υποδεικνύουν έμπιστα αποτελέσματα. Τα ευρήματα δεν περιορίζονται σε εξυπηρετούμενους που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία αλλά βρίσκονται σε διάφορες φάσεις της θεραπείας. Κατά συνέπεια, η αξιολόγηση της ικανοποίησης δεν απευθυνόταν αποκλειστικά σε εξυπηρετούμενους οι οποίοι μόλις είχαν ενταχθεί στην Θεραπευτική Κοινότητα αλλά και σε εκείνους που ήταν ήδη «κομμάτι του συστήματος της». Ένα ακόμη ζήτημα που πρέπει να διερευνηθεί σε σχέση με την ποιοτική μεθοδολογία της έρευνας αφορά στο ζήτημα της εγκυρότητας. Εάν η μελέτη αποκτά ποιοτική ανάδραση για τις υποθέσεις της και οι υποθέσεις της έχουν νόημα για τους συμμετέχοντες, προφανώς θα πρέπει να έχουν τουλάχιστον κάποιο βαθμό εγκυρότητας (Willig 2008). Ο συλλογισμός αυτός, επιβεβαιώθηκε από την ανατροφοδότηση των συμμετεχόντων καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας της συνέντευξης αλλά κυρίως κατά το κλείσιμο της ομάδας. Η πλειοψηφία των μελών της εξέφρασε την άποψη ότι η διαδικασία ήταν πολύ χρήσιμη και επικοινωνήσαν τις απόψεις τους για την Θ.Κ. και τη λειτουργία της, ενώ πρότειναν ότι θα ήταν εξίσου χρήσιμο να πραγματοποιούνται παρόμοιες θεματολογικά συναντήσεις εκτός ερευνητικού πλαισίου, με στόχο την βελτίωση – «με βάση τις ανάγκες τους» όπως ανέφεραν- της Θεραπευτικής Κοινότητας.

Μελλοντικές έρευνες και κατευθύνσεις

Αξιολογώντας τα ελλείμματα στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, η παρούσα έρευνα περιλαμβάνει αρκετά μεθοδολογικά πλεονεκτήματα, προσφέροντας επιπλέον στοιχεία στη διερεύνηση του ζητήματος της απεξάρτησης για την κατάχρηση ουσιών. Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα που προέκυψαν, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εστιάσουν το ενδιαφέρον τους στη διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών ηρωίνης οι οποίοι πιθανά να αντιμετωπίζουν παρόμοια ζητήματα σχετικά με τις διαδικασίες, το χρόνο παραμονής και το καθημερινό ωράριο της Θεραπευτικής Κοινότητας.

Βιβλιογραφία Ελληνόγλωσση

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - IV- Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning, 5*, 233-237.
- Carroll, K. M., Nich, C., Frankforter, T. L., Bisighini, R. M. (1999). Do Patients Change in the Ways We Intend? Assessing Acquisition of Coping Skills Among Cocaine-Dependent Patients. *Psychological Assessment, 11*(1), 77-85.
- Connors, N. A., Franklin, K. K. (2000). Using focus groups to evaluate client satisfaction in an alcohol and drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*(4), 313-320.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., McCalmont, E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Frank, A., Moras, K., Barber, J. P., Elaine, J., Thase, M. E. (2001). Impact of Psychosocial Treatments on Associated Problems of Cocaine-Dependent Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(5), 825-830.
- Dearing, R. L., Barrick, C., Dermen, K. H., Walitzer K. S. (2005). Indicators of Client Engagement: Influences on Alcohol Treatment Satisfaction and Outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(1), 71-78.
- Dolan, P. M., Black, J. L., Malow, R. M., Penk, W. E. (1991). Clinical differences among cocaine, opioid and speedball users in treatment. *Psychology of addictive behavior, 5*(2), 78-84.
- Hiller, M. L., Knight, K., & Simpson, D. D. (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction, 94*, 833-842.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Kasprow, W. J., Frisman, L., & Rosenheck, R. A. (1999). Homeless veterans' satisfaction with residential treatment. *Psychiatric Services, 50*, 540-545.
- Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of the findings. *Evaluation and Program Planning, 6*, 211-236.
- McLellan, A. T., & Hunkeler, E. (1998). Patient satisfaction and outcomes in alcohol and drug abuse treatment. *Psychiatric Services, 49*, 573-575.

- Ries, R. K., Jaffe, C., Comtois, K. A., & Kitchell, M. (1999). Addictions services: Treatment satisfaction compared with outcome in severe dual disorders. *Community Mental Health Journal, 35*, 213-221.
- Rosenheck, R., Wilson, N. J., & Meterko, M. (1997). Influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment. *Psychiatric Services, 48*, 1553-1561.
- Sanders, L. M., Trinh, C., Sherman, B. R., & Banks, S. M. (1998). Assessment of client satisfaction in a peer counseling substance abuse treatment program for pregnant and postpartum women. *Evaluation and Program Planning, 21*, 287-296.
- Smith, J. A., Osborn, M. (2003). *Interpretative phenomenological analysis. Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London: Sage, 51-80.
- Tetzlaff, B. T., Kahn, J. H., Godley, S. H., Godley, M. D., Diamond, G. S., Funk, R. R. (2005). Working Alliance, Treatment Satisfaction, and Patterns of Post-treatment use Among Adolescent Substance Users. *Psychology of Addictive Behaviors, 19* (2), 199-207.
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*, U.S.A.: Open University Press.
- Tunis, S. L., Delucchi, K. L., Hall S. M. (1994). Assessing Thoughts About Cocaine and Their Relationship to Short-Term Treatment Outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 2*(2), 184-193.
- Zhang, Z., Gerstein, D. R., Friedmann, P. D. (2009). Patient Satisfaction and Sustained Outcomes of Drug Abuse Treatment. *Journal of Health Psychology, 13*(3), 388-400, doi: 10.1177/1359105307088142.

Βιβλιογραφία Ξενόγλωσση

- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (2013). *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα, Ετήσια έκθεση*. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.
- Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.
- Παπαναστασάτος, Γ. (2002). Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων απεξάρτησης στην Ελλάδα. *Νέα Υγεία, 37*, 10.
- Πουλόπουλος, Χ. (2005). *Εξαρτήσεις. Οι Θεραπευτικές Κοινότητες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πουλόπουλος, Χ., Τσιμπουκλή, Α. (1995). Ομαδικά εστιασμένη συνέντευξη. Ένα μεθοδολογικό εργαλείο έρευνας στον τομέα των κοινωνικών επιστημών. *Κοινωνική εργασία, 39*, 158-163.

TELEPHONE LINE 1114 FOR PSYCHOLOGICAL SUPPORT AND TELE-COUNSELING ON GAMBLING: THREE YEARS IN OPERATION TELEPHONERS' PROFILE AND REQUESTS

CHRISTINA ANASTASOPOULOU¹, PANAGIOTA ALEXOPOULOU², ANTONIS PARIOS³

Abstract

The purpose of this study was to describe the socio-demographic characteristics of people that call in the 1114 tele-counseling line for gambling. We hypothesized that gamblers differ from their friends or relatives, with regard to gender, age and their request. Moreover, the study aimed at presenting the requests that arrive in the line and at highlighting the factors that enhance the tele-counseling intervention. 2520 people participated in the study, as well as the five professional counselors. Results showed that gamblers are more often males, are younger, they need less time in the tele-counseling session and they are more probable to only ask for information, compared to their supportive environment (friends and relatives). Their requests differ to the extent that they are experiencing the problematic situation from another perspective, however, their need for getting informed about the addiction and the ways to handle it is a common element. The fact that the socio-demographic profile of gamblers that call in the 1114 line resembles the profile of gamblers that have already asked for treatment but it differs from the profile of people addicted to drugs, is being discussed.

Key words: tele-counseling, gambling, socio-demographic profile, counseling

1 Psychologist, M.Sc., Psychotherapist

2 Social Worker

3 Family Therapist, Addiction Counselor, Contact details: KETHEA ALPHA UNIT, 1 HARVOURI ST, ATHENS

ΤΡΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΤΗΛΕΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ 1114 ΓΙΑ ΤΑ ΤΥΧΕΡΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ: ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΑΙΤΗΜΑΤΑ ΚΑΛΟΥΝΤΩΝ

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ⁴, ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ⁵, ΑΝΤΩΝΗΣ ΠΑΡΙΟΣ⁶

Π ε ρ ί λ η ψ η

Η συγκεκριμένη εργασία στοχεύει στην περιγραφή του πληθυσμού που καλεί στη γραμμή τηλεφωνικής υποστήριξης και τηλεσυμβουλευτικής 1114 για την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Στα πλαίσια αυτής, έγινε η υπόθεση πως οι παίκτες διαφέρουν από τους συγγενείς και φίλους ως προς το φύλο, την ηλικία και το αίτημά τους. Επιπλέον στοχεύει να παρουσιάσει τα αιτήματα που φέρουν οι καλούντες (παίκτες, συγγενείς και φίλοι) και επιχειρεί μέσα από τις διαδικασίες εσωτερικής εποπτείας να αναδείξει τους παράγοντες που ενισχύουν την συμβουλευτική διαδικασία. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 2520 άτομα που κάλεσαν στην γραμμή σε διάστημα τριών ετών, καθώς και οι πέντε επαγγελματίες σύμβουλοί της. Τα αποτελέσματα επαλήθευαν πως οι παίκτες είναι πιο συχνά άνδρες, είναι μικρότεροι σε ηλικία, χρειάζονται λιγότερο χρόνο στην τηλεφωνική συνεδρία και έχουν λιγότερες πιθανότητες να ζητήσουν συμβουλευτική από ότι οι συγγενείς και φίλοι. Τα αιτήματα των παικτών διαφέρουν από αυτά του υποστηρικτικού περιβάλλοντος στο βαθμό που βιώνουν την εξάρτηση από διαφορετική σκοπιά, όμως η ανάγκη για πληροφόρηση για τα χαρακτηριστικά της και τον τρόπο που θα βγουν από αυτή είναι κοινός παρανομαστής. Τέλος φάνηκε πως το προφίλ των καλούντων παικτών μοιάζει με το προφίλ των παικτών που έχουν ήδη αναζητήσει θεραπεία στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, όμως διαφέρει σημαντικά από το προφίλ από μων εξαρτημένων από ουσίες.

Λέξεις κλειδιά: τηλεσυμβουλευτική, τυχερά παιχνίδια, δημογραφικό προφίλ, συμβουλευτική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελληνική μυθολογία η τύχη ήταν θεότητα, κόρη του Ερμή και της Αφροδίτης, προσωποποίηση της ευμάρειας και του πλούτου. Η αντίστοιχη ρωμαϊκή θεότητα ονομαζόταν *fortuna*. Στην Ελληνιστική εποχή ήταν προστάτιδα των πόλεων και απεικονιζόταν συχνά σε νομίσματα. Οι κινέζοι πιθανότατα ήταν ο πρώτος λαός που τυποποίησε τις πιθανότητες με την τύχη πριν 3000 χρόνια. Στον 16ο-17ο αιώνα Ιταλοί μαθηματικοί προσπαθούν να συσχετίσουν τις πιθανότητες με διάφορα τυχερά παιχνίδια.

Οι προβληματικοί παίκτες περιγράφουν μερικούς από τους λόγους για τους οποίους έπαιζαν με την τύχη και τις πιθανότητες κατά την διάρκεια της ενασχόλησης τους με τον τζό-

4 Ψυχολόγος Μ.Σ.C., Ψυχοθεραπεύτρια

5 Κοινωνική Λειτουργός

6 Οικογενειακός Θεραπευτής, Σύμβουλος Εξαρτήσεων, Διεύθυνση επικοινωνίας: Πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ, Χαρβούρη 1, Αθήνα

γο ως εξής: «Ήπαιζα επειδή ήλιπιζα σε κάτι καλύτερο και μεγαλύτερο», «για να πιάσω γρήγορα την καλή και να ρεφάρω την χασούρα», «είχα βρει ένα ειδικό σύστημα για να κερδίσω πολλά, απλώς ήταν θέμα χρόνου», «ήταν το καλύτερο φάρμακο για όλες τις στεναχώριες και τις σκοτούρες. Παίζοντας ξεχνάς» (Πάριος 2010).

Η εξαρτητική σχέση με τον τζόγο, χαρακτηρίζεται από την απώλεια του αυτοελέγχου, καθώς το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει να παίζει, συχνά χάνει την έννοια του χρόνου και παρουσιάζει συναισθηματικές μεταπτώσεις (Ledouceur et al. 2002). Η έντονη ανάγκη να συνεχίσει τον τζόγο δημιουργεί προβλήματα στην προσωπική, οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή του. Συχνά αντιμετωπίζει έντονα οικονομικά και νομικά προβλήματα, αποκτά λανθασμένες πεποιθήσεις, συντηρεί μύθους, «μαγικές σκέψεις» καθώς και την ψευδαίσθηση του ελέγχου. Πιστεύει στην ανακάλυψη ενός σίγουρου συστήματος που θα επιφέρει κέρδη ώστε να κερδίσει τα χαμένα, ακόμα και αν για μεγάλο χρονικό διάστημα χάνει σημαντικά ποσά, υπερεκτιμώντας τα μικρά κέρδη και υποτιμώντας τα μεγάλα χαμένα ποσά. Συνήθως αναζητά θεραπεία όταν έχει εξαντληθεί ψυχολογικά, οικονομικά και όταν οι άλλοι παύουν να χρηματοδοτούν το «κυνήγι των χαμένων ποσών» (Grant & Potenza 2004).

Ο Έλληνας προβληματικός παίκτης που αναζητά θεραπεία είναι άνδρας (94%), κατά μέσο όρο 40 ετών (τ.α. = 9,44), έγγαμος (61%), με σταθερή εργασία (77,9%) απόφοιτος Λυκείου/ Επαγγελματικής Σχολής (49,6%) ή απόφοιτος Πανεπιστημίου/Ανώτατης Σχολής (20,6%). Αντιμετωπίζει οικονομικό πρόβλημα λόγω της ενασχόλησής του με τα τυχερά παιχνίδια και κατά μέσο όρο ξοδεύει 200-1000 ευρώ ανά εβδομάδα, ωστόσο δεν έχει κάποια εμπλοκή με τον νόμο (Λύκουρας & Δουζένης 2010; Πάριος 2010). Η εικόνα αυτή συνάδει με το προφίλ που εξάγεται από έρευνες στον Καναδά (Wiebe & Cox 2001) και τη Γαλλία (Nalpas, et al. 2011).

Τα χαρακτηριστικά των τηλεφωνικών γραμμών ψυχολογικής υποστήριξης

Οι τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης λειτουργούν τα τελευταία χρόνια, για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού για πληροφόρηση γύρω από τις διαθέσιμες υπηρεσίες, για συμβουλευτική και για υποστήριξη, μέσα σε ένα όλο και πιο επιβαρυσμένο κοινωνικά περιβάλλον, δημιουργώντας γέφυρες μεταξύ των συστημάτων πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης (Potenza & Griffiths 2004).

Ο όρος «τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης» αναφέρεται στην επικοινωνία ανάμεσα στον καλούντα και το άτομο που παρέχει τεκμηριωμένη πληροφόρηση και υποστήριξη μέσω τηλεφώνου (Ηλιόπουλος & Λεχουρίτη 2006). Σε μια τηλεφωνική συνεδρία, η επικοινωνία με τον καλούντα δεν πραγματοποιείται με στόχο τη διαμόρφωση μιας μακρόπνοης σχέσης. Εμπεριέχει όμως τις βασικές αρχές της συμβουλευτικής, όπως τη σταδιακή μείωση της επικοινωνιακής αντίστασης, τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, την ενσυναίσθηση και την αποδοχή. Η διαμόρφωση της ατμόσφαιρας για την παραγωγή θετικού αποτελέσματος προϋποθέτει ότι από την ροή της επικοινωνίας οι πληροφορίες, η ανταλλαγή σκέψεων και μηνυμάτων, θα τύχουν κατανόησης, σεβασμού και προοπτικής για επιπλέον διαχείριση της κατάστασης.

Συνήθως μια τηλεφωνική κλήση διέρχεται από έξι φάσεις. Στην 1η φάση διαμορφώνεται η επικοινωνιακή σχέση, στη 2η γίνεται διερεύνηση του περιεχομένου, επιτρέποντας να εκδηλωθούν τα συναισθήματα του καλούντος και στην 3η οργανώνονται τα θέματα της

επικοινωνίας. Στην 4η φάση ο καλών προτρέπει να αναγνωρίσει το πιο σημαντικό θέμα για το οποίο έχει καλέσει, ενώ στην 5η γίνεται το κλείσιμο του τηλεφωνήματος. Η 6η φάση αφορά στην αξιολόγηση που ο σύμβουλος κάνει για την έκβαση του τηλεφωνήματος.

Η τηλεφωνική κλήση αποτελεί σημαντικό μέσο για την επίλυση προβληματικών καταστάσεων, σε περιπτώσεις που τα άτομα αδυνατούν να προσεγγίσουν μία υπηρεσία ψυχικής υγείας λόγω απόστασης ή λόγω της φυσικής τους κατάστασης. Στα πλεονεκτήματα αυτού του μέσου συγκαταλέγεται το μικρό κόστος της τηλεφωνικής συμβουλευτικής, ενώ η ανωνυμία παρέχει ένα αίσθημα ασφάλειας και εχεμύθειας στον καλούντα, που συνήθως οδηγεί σε μείωση των αναστολών. Μια τηλεφωνική συνεδρία είναι μια άμεση απάντηση σε στιγμές στρες ή σε επείγουσες καταστάσεις αναζήτησης βοήθειας. Σημαντικό πλεονέκτημα αποτελεί και το γεγονός ότι εκλείπουν οι αντιληπτικές διασπάσεις και δίνεται έμφαση στο περιεχόμενο της συνομιλίας.

Η ίδια η ανωνυμία που ελαχιστοποιεί την προσωπική έκθεση, δημιουργεί ασφάλεια και μείωση των αναστολών, αποδυναμώνει το πλαίσιο (χρόνος, τόπος, αναμονή, δεσμεύσεις, συμβόλαιο), μειώνει το αίσθημα της εγγύτητας και σε συνδυασμό με το ελάχιστο οικονομικό κόστος ενδέχεται να λειτουργήσει ανασταλτικά και κάποιες φορές αποτρεπτικά για την ψυχική επένδυση στην συνομιλία με τον σύμβουλο. Συνακόλουθο αυτών είναι η μειωμένη εμπιστοσύνη και η μικρή ανάληψη ευθύνης. Επίσης, απώλεια στην τηλεφωνική επικοινωνία αποτελεί και η διαφυγή των εξωλεκτικών μηνυμάτων και πληροφοριών που προσφέρει η φυσική παρουσία.

Η τηλεφωνική γραμμή 1114 και ο σκοπός της μελέτης

Από το 2011, με την οικονομική ενίσχυση της ΟΠΑΠ Α.Ε. λειτουργεί η τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης και τηλεσυμβουλευτικής 1114 για την προβληματική ενασχόληση με τον τζόγο. Υπάγεται και εποπτεύεται από το Θεραπευτικό Πρόγραμμα για τις δύο νόμιμες εξαρτήσεις, το Αλκοόλ και τα Τυχερά Παιχνίδια ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ. Λειτουργεί δώδεκα ώρες την ημέρα και έχει πανελλαδική εμβέλεια. Παράλληλα, παρέχει υπηρεσίες τηλεσυμβουλευτικής μέσω e-mail. Είναι στελεχωμένη από ειδικούς ψυχικής υγείας, εκπαιδευμένους σε τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης.

Η τετραψήφια γραμμή δημιουργήθηκε για να καλύψει τις ανάγκες επικοινωνίας που δημιουργεί ο προβληματικός τζόγος, παρέχοντας άμεση ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα που είτε διστάζουν να εκτεθούν προσωπικά σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, είτε δεν έχουν πρόσβαση σε κάποια θεραπευτική δομή λόγω απομακρυσμένης γεωγραφικής θέσης, αλλά χρειάζονται άμεση επικοινωνία. Η ευρεία πλέον αποδοχή του τηλεφώνου ως μέσου επικοινωνίας (Feltham & Dryden 2006; Feltham & Horton 2006) διευκολύνει στην επίτευξη των στόχων αυτών.

Η υπηρεσία διασφαλίζει το απόρρητο και την ανωνυμία των τηλεφωνικών κλήσεων, την ασφάλεια και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και δεν καταγράφονται προσωπικά στοιχεία. Κάθε κλήση αντιμετωπίζεται ως αυτοτελής και δεν επιχειρείται η σύναψη θεραπευτικής σχέσης.

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι:

- 1) να περιγραφεί ο πληθυσμός που κάνει χρήση της τηλεφωνικής γραμμής 1114, δη-

λαδή να προσδιοριστεί το προφίλ παικτών που παρουσιάζουν προβληματική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια και των συγγενών ή φίλων τους. Πιο συγκεκριμένα, στα πλαίσια αυτής της περιγραφής υποθέτουμε πως οι δύο τύποι καλούντων διαφέρουν ως προς το φύλο, την ηλικία τους και το αίτημά τους, όπως αυτό εκφράζεται στη διάρκεια, τον χαρακτήρα και την εξέλιξη της κλήσης.

2) να παρουσιαστούν τα συνηθέστερα αιτήματα που φέρουν οι καλούντες και να εντοπιστούν οι βοηθητικοί, κινητοποιητικοί και συμβουλευτικοί παράγοντες.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες

Στη συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 2520 άτομα που κάλεσαν κατά τη διάρκεια των 3 ετών λειτουργίας της γραμμής, από τον Αύγουστο 2011 μέχρι τον Αύγουστο 2014. Τα άτομα αυτά ήταν οι ίδιοι προβληματικοί παίκτες ή ήταν συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα προβληματικών παικτών. Επίσης για τον προσδιορισμό των βοηθητικών κινητοποιητικών συμβουλευτικών παραγόντων, συμμετέχοντες ήταν και οι πέντε επαγγελματίες σύμβουλοι της γραμμής, στα πλαίσια της εμπλοκής τους στις διαδικασίες της εσωτερικής εποπτείας και αξιολόγησης της λειτουργίας της.

Εργαλεία

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν 1) η Φόρμα Καταγραφής Κλήσεων, 2) τα Ημερολόγια Εποπτείας και 3) οι Συναντήσεις Εποπτείας των συμβούλων ψυχικής υγείας.

1. Φόρμα Καταγραφής Κλήσεων: Στη Φόρμα Καταγραφής Κλήσεων συμπληρώνονταν τα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του καλούντα (παίκτη ή συγγενικού προσώπου). Επίσης καταγράφονταν πληροφορίες σχετικές με την προβληματική ενασχόληση, όπως η συχνότητα ενασχόλησης κατά τον τελευταίο μήνα και το ποσό που ο παίκτης δαπανά κατά προσέγγιση ανά εβδομάδα. Επιπλέον συμπληρώνονταν στοιχεία αναφορικά με την διάρκεια και τον χαρακτήρα της κλήσης, όπως το αν το περιεχόμενο της είχε καθαρά πληροφοριακό χαρακτήρα ή εάν έγινε συμβουλευτική, εάν ο καλών εκδήλωσε αίτημα για αποχή και εάν πραγματοποιήθηκε παραπομπή σε δημόσιο θεραπευτικό πρόγραμμα ή άλλη υπηρεσία. Τέλος συντασσόταν μια σύντομη περίληψη της κλήσης, όπου αναφέρονταν οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και τα σημεία σύνδεσης με τον καλούντα.
2. Ημερολόγια και Συναντήσεις Εποπτείας: Στα Ημερολόγια Εποπτείας καταγράφονταν από τον σύμβουλο τα σημαντικά στοιχεία κάθε κλήσης. Μέσα από τη διαδικασία του ημερολογίου αξιολογούνταν η κλήση ως προς την κινητοποιητική και θεραπευτική της επίδραση και επιχειρούνταν ο εντοπισμός των «προκλήσεων» της, των σημείων δηλαδή εκείνων όπου ο σύμβουλος ήρθε αντιμέτωπος με μια δυσκολία «σύνδεσης» με τον καλούντα, καθώς και η αίσθησή του για το αν ανταποκρίθηκε επαρκώς ή όχι σε αυτή. Τα Ημερολόγια αξιοποιούνταν στις Συναντήσεις Εποπτείας, οι οποίες είχαν σαν στόχο τον επαναπροσδιορισμό και τη βελτίωση του τρόπου προσέγγισης του καλούντα. Σε αυτές, αξιολογούνταν το περιεχόμενο και τα ειδικά στοιχεία των κλήσεων καθώς και οι «προκλήσεις» για τον σύμβουλο, ώστε να αναδυθούν λειτουργικοί τρόποι για τον βοηθούμενο. Ήταν μια άλλη ματιά σύνδεσης του περιεχομένου της κλήσης και των συναισθημάτων που αναδύθηκαν.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Κατά τη διάρκεια λήψης ενός αιτήματος, ο σύμβουλος βρισκόταν σε ειδικά διαμορφωμένο και άνετο χώρο όπου δεν υπήρχε διάσπαση από θόρυβο και κατά συνέπεια μπορούσε να αφοσιωθεί στον καλούντα. Υπήρχε πρόσβαση σε έντυπο κατάλογο παραπομπών καθώς και σε υπολογιστή για την περίπτωση που θα χρειαζόταν κάποια επιπλέον πληροφορία. Αμέσως μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας λήψης της κλήσης, ο σύμβουλος κατέγραφε τα βασικά στοιχεία στην Φόρμα Καταγραφής Κλήσεων και στο ηλεκτρονικό αρχείο SPSS και στο Ημερολόγιο Εποπτείας. Μια φορά το μήνα πραγματοποιούνταν η Συνάντηση Εποπτείας.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την περιγραφή του πληθυσμού που καλεί την τηλεφωνική γραμμή 1114, χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Με βάση το ηλεκτρονικό αρχείο SPSS, υπολογίστηκαν οι συχνότητες σε κάθε κατηγορικό παράγοντα (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, σχέση με παίκτη, αίτημα παίκτη, συχνότητα ενασχόλησης, εβδομαδιαίο ποσό, επαγγελματική σχέση με χώρους τυχερών παιχνιδιών, χαρακτήρας κλήσης, εξέλιξη κλήσης), καθώς και οι δείκτες κεντρικής τάσης για τις συνεχείς μεταβλητές (ηλικία, διάρκεια κλήσης). Για τον έλεγχο του κατά πόσο οι δύο τύποι καλούντα (παίκτης, φίλος/συγγενής) διαφέρουν αναφορικά με το φύλο, την ηλικία και το αίτημά τους, όπως αυτό εκφράζεται στη διάρκεια, στο χαρακτήρα και στην εξέλιξη της κλήσης, χρησιμοποιήθηκαν ο έλεγχος για ανεξαρτησία δειγμάτων χ^2 , για τις κατηγορικές μεταβλητές και ο έλεγχος *t*-test για τις συνεχείς μεταβλητές. Τέλος για την ανάδειξη των βοηθητικών και κινητοποιητικών παραγόντων στην τηλεφωνική συμβουλευτική διαδικασία της γραμμής 1114 έγινε επεξεργασία των σημειώσεων από τα Ημερολόγια Εποπτείας των συμβούλων καθώς και των πρακτικών από της Συναντήσεις Εποπτείας. Τα κύρια αιτήματα ομαδοποιήθηκαν ανάλογα με το αν προέρχονταν από παίκτης ή φίλους και συγγενείς και κατόπιν διαχωρίστηκαν ανάλογα με το περιεχόμενό τους και εντοπίστηκε ο τρόπος απάντησης που αποδείχθηκε βοηθητικός.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1α. Περιγραφή Παικτών

Από τις 2520 κλήσεις που δέχτηκε η τηλεφωνική γραμμή από τον Αύγουστο του 2011 μέχρι τον Αύγουστο του 2014, οι 854 (33,9%) προέρχονταν από τους ίδιους τους παίκτες. Λαμβάνοντας υπόψη τις πληροφορίες για τους παίκτες από το σύνολο των κλήσεων ανεξάρτητα από την πηγή τους, αυτές αφορούσαν παίκτες στην πλειοψηφία τους άνδρες (90,3%), παντρεμένους (45,8%), πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (8,3%) που παίζουν κάθε μέρα (21,8%) και ξοδεύουν από 201 μέχρι 1000 ευρώ την εβδομάδα (7,3%). Ο μέσος όρος ηλικίας τους, όταν αυτή αναφέρεται ήταν τα 41,01 έτη (*τ.α.* = 13,93) με μικρότερη ηλικία τα 12 και μεγαλύτερη τα 86 έτη. Επίσης, ο παίκτης σε 60 περιπτώσεις (2,4%) ήταν ιδιοκτήτης χώρου τυχερών παιχνιδιών, σε 21 περιπτώσεις (0,8%) ήταν εργαζόμενος σε χώρους τυχερών παιχνιδιών, ενώ σε 530 (21%) περιπτώσεις έγινε γνωστό μέσα από την κλήση πως ο παίκτης δεν είχε καμιά επαγγελματική σχέση με χώρους τυχερών παιχνιδιών. Επίσης, οι κλήσεις που προέρχονταν από τους παίκτες είχαν σε 544 περιπτώσεις σαν αίτημα την αποχή (63,7%), ενώ σε 93 περιπτώσεις (10,9%) εί-

χαν σαν αίτημα τον έλεγχο της προβληματικής ενασχόλησης. Σε 217 περιπτώσεις (25,4%) δεν υπήρχε συγκεκριμένο αίτημα. Σημαντικό είναι να σημειωθεί πως οι πληροφορίες αυτές σημειώνονταν μόνο εφόσον προέκυπταν κατά τη διάρκεια της κλήσης καθώς λόγω της μη κατευθυντικής φιλοσοφίας λειτουργίας της γραμμής, η κλήση εξελισσόταν με βάση το αίτημα του καλούντα και είχε σαν πρώτιστο στόχο την απάντηση σε αυτό. Ο ερευνητικός στόχος ήταν δεύτερη προτεραιότητα, με συνέπεια να είναι μεγάλα τα ποσοστά για τα οποία τα δημογραφικά και άλλα στοιχεία ήταν άγνωστα. Αναλυτικά το προφίλ του προβληματικού παίκτη περιγράφεται στον Πίνακα 1 ενώ οι περιοχές από όπου προήλθαν οι κλήσεις στο σύνολό τους φαίνονται στον Πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΡΟΦΙΛ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΥ ΠΑΙΚΤΗ (ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ), ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ

Μεταβλητή	Κατηγορία	Συχνότητα (N)	(%)
Φύλο	Άνδρες	2276	90,3
	Γυναίκες	221	8,8
	Άγνωστο	23	0,9
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος/η	1154	45,8
	Άγαμος	778	30,9
	Άγνωστο	445	17,7
	Διαζευγμένος/η	99	3,9
	Χήρος/α	30	1,2
	Άλλο	14	0,6
Μορφωτικό επίπεδο	Άγνωστο	2078	82,5
	Πανεπιστήμιο	209	8,3
	Λύκειο (IEK, Τεχνικές)	118	4,7
	ΤΕΙ	56	2,2
	Μεταπτυχιακό +	23	0,9
	Γυμνάσιο	16	0,6
	Άλλο	11	0,4
	Δημοτικό	7	0,3
	Αναλφάβητος	2	0,1
Συχνότητα ενασχόλησης	Άγνωστο	1679	66,6
	Κάθε μέρα	549	21,8
	5-6 φορές/εβδ	125	5,0
	3-4 φορές/εβδ	69	2,7
	1-2 φορές/εβδ	63	2,5
	Καθόλου	35	1,4
Εβδομαδιαίο ποσό	Άγνωστο	2080	82,5
	201-1000	184	7,3
	51-200	90	3,6
	Μέχρι 50	59	2,3
	1001-3000	40	1,6
	Άλλο	25	1,0
	Καθόλου	25	0,8
	3001-10000	21	0,8
	10001 +	7	0,3
Επαγγελματική σχέση με χώρου τυχερών παιχνιδιών	Άγνωστο	1909	75,7
	Δεν έχει σχέση	530	21,0
	Ιδιοκτήτης	60	2,4
	Εργαζόμενος	21	0,8
Αίτημα	Αποχή	544	63,7
	Έλεγχος	93	10,9
	Άγνωστο	217	25,4

N = 2520

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΝΟΜΟΙ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΩΝ ΚΛΗΣΕΩΝ

	<i>Περιοχή Διαμονής</i>	<i>Συχνότητα (N)</i>	<i>(%)</i>
1	Αττική	1240	49,3
2	Άγνωστο	314	12,5
3	Θεσσαλονίκη	248	9,8
4	Αχαΐα	61	2,5
5	Λάρισα	50	2,0
6	Ιωάννινα	32	1,3
7	Ηράκλειο	30	1,2
8	Χανιά	29	1,2
9	Μαγνησία	28	1,1
10	Δωδεκάνησα	28	1,1
11	Καβάλα	25	1,0
12	Σέρρες	24	1,0
13	Κορινθία	20	0,8
14	Ξάνθη	20	0,8
15	Αργολίδα	19	0,7
16	Εύβοια	18	0,7
17	Τρίκαλα	18	0,7
18	Επτάνησα	17	0,7
19	Λακωνία	16	0,6
20	Μεσσηνία	15	0,6
21	Περίο	14	0,6
22	Δράμα	13	0,5
23	Αρκαδία	13	0,5
24	Κυκλάδες	13	0,5
25	Αιτωλοακαρνανία	12	0,5
26	Ηλεία	12	0,5
27	Βοιωτία	11	0,5

N = 2520

1β. Περιγραφή Συγγενών/ Φίλων

Στην πλειοψηφία τους τα συγγενικά και φιλικά πρόσωπα των παικτών που κάλεσαν στην τηλεφωνική γραμμή ήταν γυναίκες (82,9%). Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 44,4 έτη (τ.α. = 13,1) με μικρότερη ηλικία τα 17 και μεγαλύτερη ηλικία τα 80 έτη. Όπως φαίνεται αναλυτικά στον Πίνακα 3, όταν καλούσε κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο του παίκτη, αυτό συνήθως ήταν η σύζυγος (30,3%), η μητέρα (23,2%) ή ο αδελφός/ή (15,7%). Από αυτούς, σε 38 περιπτώσεις (2,3%), ο συγγενής ή φίλος ήταν ο ίδιος ιδιοκτήτης χώρου τυχερών παιχνιδιών, σε 15 περιπτώσεις (0,9%) ήταν εργαζόμενος χώρο τυχερών παιχνιδιών ενώ σε 1274 περιπτώσεις (78%) έγινε γνωστό μέσα από την κλήση πως δεν είχε καμία επαγγελματική σχέση με χώρους τυχερών παιχνιδιών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΦΥΛΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΥ Η ΦΙΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ, ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΤΟΝ ΠΑΙΚΤΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΧΩΡΟΥΣ ΤΥΧΕΡΩΝ ΠΑΙΧΝΙΔΙΩΝ

Μεταβλητή		Συχνότητα (N)	(%)
Φύλο	Γυναίκα	1354	82,9
	Άνδρας	280	17,1
Σχέση με παίκτη	Σύζυγος	495	30,3
	Μητέρα	379	23,2
	Αδερφός/η	257	15,7
	Κόρη	106	6,5
	Άλλο	103	6,3
	Φίλος/η	71	4,3
	Σύντροφος	83	5,1
	Πατέρας	71	4,3
	Γιος	38	2,3
	Θείος/α	29	1,8
Γιαγιά/Παπούς	2	0,2	
Επαγγελματική σχέση με χώρους τυχερών παιχνιδιών	Δεν έχει σχέση	1274	78,0
	Άγνωστο	307	18,8
	Ιδιοκτήτης	38	2,3
	Εργαζόμενος	15	0,9

N = 1634

1γ. Σύγκριση Καλούντων: Παίκτες – Συγγενείς/ Φίλοι

Για τον έλεγχο των υποθέσεων πως οι δύο τύποι καλούντων, δηλαδή οι παίκτες και τα συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα, διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το φύλο, την ηλικία και το αίτημά τους, χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι χ^2 και t-test, για τις κατηγορικές και συνεχείς μεταβλητές αντίστοιχα.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4 όπου παρουσιάζονται οι τιμές για τους ελέγχους χ^2 , οι δύο τύποι καλούντων διαφέρουν μεταξύ τους στατιστικά σημαντικά ως προς το φύλο ($\chi^2 = 1114,43$, $df = 1$, $N = 2520$, $p < ,01$). Οι παίκτες που καλούν στη γραμμή είναι πιο συχνά άνδρες σε σχέση με τους συγγενείς και φίλους. Επίσης οι δύο τύποι καλούντων διαφέρουν μεταξύ τους στατιστικά σημαντικά ως προς το αίτημά τους όπως αυτό αντανακλάται στο χαρακτήρα της κλήσης ($\chi^2 = 71,78$, $df = 1$, $N = 2520$, $p < 0,01$). Με άλλα λόγια οι παίκτες που καλούν στη γραμμή ζητούν πιο συχνά πληροφορίες και όχι συμβουλευτική σε σχέση με τους συγγενείς και φίλους. Ανάλογο εύρημα δεν παρατηρήθηκε όσον αφορά το αίτημά τους για παραπομπή σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα ή άλλη υπηρεσία ($\chi^2 = 0,83$, $df = 1$, $N = 2520$, $p > 0,01$). Οι παίκτες δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά από τους συγγενείς και φίλους ως προς τη συχνότητα με την οποία ζητούσαν πληροφορίες για παραπομπή σε θεραπευτικά προγράμματα ή άλλες υπηρεσίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΈΛΕΓΧΟΣ χ^2 ΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΛΟΥΝΤΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥΣ ΟΠΩΣ ΑΥΤΟ ΕΚΦΡΑΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΚΛΗΣΗΣ

Μεταβλητή	Καλούντες				χ^2	df	p
	Παίκτες (N)	(%)	Συγγενείς & Φίλοι (N)	(%)			
Φύλο							
Άνδρες	739	86,5	291	17,5	1114,43	1	,00
Γυναίκες	114	13,5	1375	82,5			
Χαρακτήρας							
Συμβουλευτική	545	63,2	1321	80,8	71,78	1	,00
Πληροφορίες	309	36,2	213	19,2			
Εξέλιξη							
Έγινε παραπομπή	597	69,9	1108	67,8	,83	1	,36
Δεν έγινε παραπομπή	257	30,1	526	32,2			

N = 2520. Ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας είναι διπλός.

Επίσης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, όπου παρουσιάζονται οι τιμές για τους ελέγχους t-test, οι παίκτες που καλούν στην γραμμή είναι πιο μικροί σε ηλικία (Μ.Ο. = 41,25 λεπτά, τ.α. = 11,72), σε σχέση με τους συγγενείς και φίλους (Μ.Ο. = 44,44 λεπτά, τ.α. = 13,06). Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($t = 4,35$, $df = 1095,4$, $p < 0,01$). Παρομοίως η διάρκεια των κλήσεων όταν αυτές προέρχονται από παίκτες (Μ.Ο. = 13,75 λεπτά, τ.α. = 10,17) είναι μικρότερη από τη διάρκεια των κλήσεων, όταν αυτές προέρχονται από συγγενείς και φίλους (Μ.Ο. = 17,18 λεπτά, τ.α. = 10,04). Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($t = 8,05$, $df = 2515$, $p < 0,01$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΈΛΕΓΧΟΣ T-TEST ΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΛΟΥΝΤΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥΣ, ΟΠΩΣ ΑΥΤΟ ΕΚΦΡΑΖΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΚΛΗΣΗΣ.

Μεταβλητή	Μ.Ο.	τ.α.	t	df	p
Ηλικία καλούντα					
Παίκτες	41,24	11,72	4,35*	1095,4*	0,00
Συγγενείς/Φίλοι	44,44	13,06			
Διάρκεια κλήσης					
Παίκτες	13,75	10,04	8,05	2515	0,00
Συγγενείς/Φίλοι	17,18	10,17			

N = 2520. Ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας είναι διπλός

* Οι τιμές για t και df προσαρμόστηκαν γιατί η υπόθεση της ισότητας των διασπορών δεν ίσχυε.

2. ΑΙΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.α Παίκτες – Λόγοι επικοινωνίας και συμβουλευτική προσέγγιση

Ένας από τους πιο συνηθισμένους λόγους επικοινωνίας των προβληματικών παικτών αφορούσε στην έκφραση και αποσαφήνιση ενός γεγονότος σχετικού με το ενδεχόμενο της απόφασης για αποχή. Ακόμα και όταν υπήρχε αίτημα για αποχή, αυτό εκφραζόταν ως για «μαγικό» πέρασμα στην απεξάρτηση. Η ανταπόκριση του συμβούλου από τη σκοπιά του ρεαλιστή, λαμβάνοντας υπόψη την αμφιθυμία που χαρακτηρίζει τον παίκτη ήταν βοηθητική. Η ενημέρωση για την ανάγκη ρεαλιστικής και κατά συνέπεια επιτεύξιμης στοχοθεσίας, φάνηκε πως ήταν σημαντικός βοηθητικός παράγοντας. Επιπλέον, η χρήση των τεχνικών της ενεργητικής ακρόασης, της σύνοψης περιεχομένου και της αντανάκλασης συναισθήματος βοηθούσε στην δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης.

Άλλος συχνός λόγος επικοινωνίας αφορούσε στη διευκρίνιση της έννοιας της εμμονικής συμπεριφοράς και η διαπραγμάτευση του ελέγχου του τζόγου από τον παίκτη. Σε αυτές τις περιπτώσεις δίνονταν εξηγήσεις της σημασίας της προβληματικής ενασχόλησης. Η χρήση τεχνικών σύνοψης περιεχομένου και αντανάκλασης συναισθήματος ήταν βοηθητικές, για την αποκάλυψη δυσλειτουργικών πεποιθήσεων σχετιζόμενων με τον τζόγο όπως: «παίζω για να βγάλω χρήματα και να πληρώσω τα χρέη μου», «σήμερα θα παίξω διαφορετικά», «είναι η τυχερή μου μέρα, το νιώθω», «αφού δεν κέρδισα τις προηγούμενες φορές, τώρα θα έχω σίγουρη νίκη...». Σε αυτό το σημείο βοηθούσε η διαπραγμάτευση εναλλακτικών τρόπων αντίληψης της πραγματικότητας και δινόταν ιδιαίτερη έμφαση στην επεξήγηση της έννοιας του φαύλου κύκλου του «κυνηγιού των χαμένων», (Lesieur 1984).

Συχνό αίτημα από την πλευρά των παικτών ήταν το να μπορέσουν να παίξουν υπεύθυνα. Σε αυτές τις περιπτώσεις δίνονταν πληροφορίες σχετικά με το ότι κάποιος παίζει υπεύθυνα και με έλεγχο όταν μπορεί να εστιάσει στον ψυχαγωγικό χαρακτήρα του παιχνιδιού, έχοντας γνώση ότι πρόκειται για μια δραστηριότητα χωρίς οικονομικό στόχο και με χαμηλού βαθμού ρίσκο. Ψυχοεκπαιδευτικά, γινόταν σαφές πως κάποιος παίζει υπεύθυνα όταν μπορεί να αποχωρεί από το παιχνίδι όταν κερδίζει, όταν θέτει και τηρεί ένα αυστηρό χρονικό και χρηματικό όριο και όταν δεν ασχολείται με τον τζόγο για να ξεφύγει από τα αρνητικά του συναισθήματα. Παράλληλα τονιζόταν πως κάποιος που έχει εγκαθιδρύσει εξαρτητική σχέση με τα τυχερά παιχνίδια θα μπορέσει να επιστρέψει στο υπεύθυνο παιχνίδι δύσκολα και σίγουρα μόνο μέσα από τη θεραπεία (Błaszczynski 2003)

Τέλος, αίτημα των παικτών ήταν η αναζήτηση τρόπων για τη διαχείριση της επιθυμίας για παιχνίδι και τη διατήρηση της αποχής. Όπως φάνηκε, ήταν ωφέλιμη η πληροφόρηση για τα χαρακτηριστικά της έντονης επιθυμίας – παρόρμησης για τζόγο και η παρομοίωση της σαν μια αντίδραση που αυξάνεται σταδιακά σε ένταση, φτάνει σε κορύφωση και μετά καταλαγιάζει όπως ένα κύμα του ωκεανού. Οι παρεμβάσεις που προτεινόταν στηρίζονταν στο μοντέλο της πρόληψης υποτροπής (Marlatt & Gordon 1985). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το άτομο εκπαιδεύεται να προσδιορίσει τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου για να τις θέτει υπό έλεγχο, δηλαδή να αναγνωρίζει και να αποφεύγει ή να τροποποιεί τα γεγονότα που πυροδοτούν την ενασχόληση με τον τζόγο. Τέτοιες καταστάσεις ή γεγονότα μπορεί να είναι η φυσική παρουσία του ατόμου σε περιβάλλον που υπάρχουν τυχερά παιχνίδια, η διαθεσιμότητα και διαχείριση χρημάτων στην καθημερινότητα του ή η συναναστροφή με άτομα εθισμένα. Για παράδειγμα, η είσοδος σε ένα καζίνο

μπορεί να προκαλέσει σκέψεις και συναισθήματα σχετιζόμενα με τον τζόγο (LaBrie et al. 2008). Επίσης γινόταν σαφές πως όσα περισσότερα χρήματα μπορεί να διαθέσει το άτομο, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να παίξει (Ladouceur & Lachance 2007).

Έτσι, για τη διατήρηση της αποχής βοηθητικό ήταν να προτείνεται στον παίκτη η οργάνωση εναλλακτικών δραστηριοτήτων πριν ακόμα έρθει αντιμέτωπος με την επιθυμία να παίξει (Hodgins, et al. 2004; Ladouceur & Lachance 2007), όπως επίσης και η δημιουργία και χρήση καρτών στις οποίες αναγράφονται οι αρνητικές συνέπειες του τζόγου και κινητοποιητικές εκφράσεις (Ladouceur & Lachance 2007). Συμπληρωματικά, ο παίκτης ενθαρρυνόταν να αναλογίζεται και να θέτει εκ νέου σε εφαρμογή τις δεξιότητες που είχε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν για τη διαχείριση της αποχής.

2.β. Συγγενείς – Λόγοι επικοινωνίας και συμβουλευτική προσέγγιση

Αναλύοντας τα αιτήματα από την πλευρά των συγγενικών προσώπων, μεγάλος αριθμός εξέφραζε αμφιθυμία σχετικά με την οικονομική συνεισφορά στα χρέη που είχαν δημιουργηθεί από τον τζόγο. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι τεχνικές της ενεργητικής ακρόασης, της σύνοψης περιεχομένου και της πρόκλησης, κάνοντας αναφορά στην αντίφαση του να κρατώ στάση αντίθεσης στον τζόγο από τη μια και να διευκολύνω τον εξαρτημένο παίκτη όσον αφορά τις οικονομικές συνέπειες που έχει ο τζόγος στη ζωή του, ήταν πολύ βοηθητικό. Με αυτό τον τρόπο ο φίλος ή συγγενής αντιλαμβανόταν τον μηχανισμό της οικονομικής συντήρησης της εξάρτησης που ουσιαστικά λειτουργούσε ως εμπόδιο στην ανάληψη προσωπικής ευθύνης από τον παίκτη.

Συχνό αίτημα των συγγενικών προσώπων αποτελούσε η αναζήτηση τρόπων διαχείρισης της εσωτερικής δυναμικής του οικογενειακού συστήματος, ώστε να πειστεί ο παίκτης ότι η ενασχόλησή του είναι προβληματική και να αναζητήσει βοήθεια. Στα αιτήματά αυτά, οι σύμβουλοι απαντούσαν χρησιμοποιώντας εργαλεία και τεχνικές που διευκόλυναν την άμεση και σαφή έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων, της έντασης και του θυμού. Παράλληλα προέτρεπαν χρήση του πρώτου ενικού προσώπου «εγώ αισθάνομαι» και όχι «εσύ με κάνεις να αισθάνομαι», καθώς επίσης καθοδηγούνταν στην αποφυγή των μεγάλων απαιτήσεων και της επικριτικής στάσης, αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο τις πιθανότητες η επικοινωνία με τον προβληματικό παίκτη να έχει λιγότερη ένταση.

Πολύ συχνά στα αιτήματα τους οι συγγενείς και φίλοι παρουσίαζαν τον προβληματικό παίκτη σαν έναν άρρωστο, έναν ασθενή που αρνείται τη θεραπεία. Η ενημέρωσή τους για τη φύση της προβληματικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια, τους βοηθούσε να κατανοήσουν τη συμπεριφορά του ατόμου καλύτερα και να την αντιληφθούν όχι ως ασθένεια, αλλά ως παθολογική επιλογή για τη διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Η συγκεκριμένη οπτική γωνία συνεπάγεται ενεργή συμμετοχή του ατόμου στη διαχείριση της ζωής του και της απόφασής του για αποχή από τα τυχερά παιχνίδια ή όχι.

Τέλος, πολλοί συγγενείς ή φίλοι ανέφεραν «Δεν με ενδιαφέρει ο εαυτός μου, εγώ εκείνον θέλω να σώσω». Βοηθητική σε αυτά τα αιτήματα ήταν η προτροπή για εστίαση στην προσωπική φροντίδα και αυτοπροστασία του παίκτη.

2.γ. Κοινά αιτήματα παικτών και συγγενών

Τόσο στις κλήσεις των ίδιων των παικτών όσο και στις κλήσεις των συγγενών και φίλων, παρουσιαζόταν έντονη η ανάγκη για προσδιορισμό έννοιας της εξάρτησης, για εντοπισμό και

επεξεργασία των χαρακτηριστικών της και διάγνωση. Στα αίτηματα διάγνωσης, γινόταν σαφές πως δεν είναι δυνατό να γίνει δια μέσω τηλεφώνου. Ωστόσο γινόταν αναφορά στα χαρακτηριστικά της εξάρτησης και δινόταν ιδιαίτερη έμφαση στο διαχωρισμό του εαυτού, της προσωπικότητας δηλαδή του εξαρτημένου από την επιρροή που η προβληματική σχέση με τα τυχερά παιχνίδια ασκεί στην συμπεριφορά του. Γινόταν σαφές πως η εξαρτητική συμπεριφορά είναι μια συμπεριφορά – κάτι που το άτομο κάνει – και όχι μια ένδειξη της προσωπικότητας του – κάτι που το άτομο είναι (Parks, et al. 2004). Ο διαχωρισμός του εαυτού από το πρόβλημα αποσκοπούσε στο να αντιληφθεί ο καλών πως μπορεί να επιλέξει την συμπεριφορά του και να την αλλάξει ή να προσδοκά κάτι τέτοιο από τον προβληματικό παίκτη (Zimmerman & Dickerson 1996).

Ένα άλλο κοινό αίτημα των παικτών και των φίλων και συγγενών ήταν η αναζήτηση τρόπων επίλυσης του προβλήματος. Σε αυτό η γραμμή απαντούσε στοχεύοντας στην άρση του αισθήματος αδιεξόδου από τη μια, καθιστώντας σαφές πως λύση υπάρχει, τονίζοντας όμως πως δεν πρόκειται για λύση που θα εξαφανίσει το πρόβλημα με μιας. Με άλλα λόγια γινόταν ενστάλαξη ελπίδας, κινητοποίηση για αναζήτηση θεραπειάς και ενημέρωση για τα δημόσια θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια. Σε κάθε περίπτωση η διαδικασία της ενημέρωσης δεν εξαντλούνταν σε στείρες υποδείξεις αλλά το άτομο ενθαρρύνονταν να αναζητήσει ενίσχυση για προσωπική αλλαγή όταν είναι έτοιμο (Ivey, Gluckstern & Bradford 1992).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την συγκεκριμένη έρευνα, θελήσαμε να καταστήσουμε κατανοητά τα χαρακτηριστικά των ατόμων που καλούν στην τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης και συμβουλευτικής για τα τυχερά παιχνίδια 1114, για να ζητήσουν βοήθεια για τον εαυτό τους ή για κάποιο φιλικό ή συγγενικό τους πρόσωπο. Όπως φάνηκε από το σύνολο των κλήσεων ανεξάρτητα από το ποιος καλεί, οι παίκτες είναι στην πλειοψηφία τους άνδρες (90,3%), παντρεμένοι (45,8%), πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (8,3%), οι οποίοι παίζουν κάθε μέρα (21,8%), και ξεοδεύουν σε εβδομαδιαία βάση 200 έως 1000 ευρώ, ενώ η ηλικία τους είναι κατά μέσο όρο τα 41 έτη. Τα στοιχεία αυτά συνάδουν με τα στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία (Nalpas, et al. 2011; Wiebe & Cox 2001), καθώς και με τα στοιχεία που έχουν δημοσιευτεί στο παρελθόν από το πρόγραμμα θεραπείας για τα τυχερά παιχνίδια ΚΕΘΕΑ Άλφα (Λύκουρας & Δουζένης 2010; Πάριος 2010).

Βλέπουμε λοιπόν πως ο πληθυσμός των καλούντων παικτών που απευθύνονται για βοήθεια στη γραμμή 1114, δεν διαφέρει από το προφίλ των εξαρτημένων από τυχερά παιχνίδια που έχει ήδη αναζητήσει θεραπεία. Παρουσιάζει όμως σημαντικές διαφορές σε σχέση με τον πληθυσμό εξαρτημένων από ουσίες ατόμων. Εθνικά ερευνητικά στοιχεία για το προφίλ των εξαρτημένων στο Βέλγιο ή στη Γαλλία, καταδεικνύουν πως ο μέσος εξαρτημένος από ουσίες είναι συνήθως μικρότερος από 30 ετών, απόφοιτος Λυκείου και χωρίς σχέση ή δική του οικογένεια (Rigod, et al. 2011). Ο χρήστης ουσιών είναι και πάλι πιο συχνά άνδρας όμως το ποσοστό των γυναικών εξαρτημένων είναι κατά μέσο όρο γύρω στο 25% (Colpaert, et al. 2009). Το ίδιο προφίλ εξαρτημένων από ουσίες απορρέει και από τις ετήσιες εκθέσεις του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.) στην Ελλάδα (2010; 2013). Η γνώση για το ειδικό δημογραφικό προφίλ των εξαρτημένων από τυχερά παιχνίδια ατόμων, θα

μπορούσε να αξιοποιηθεί για την συγκεκριμενοποίηση της θεραπείας, ώστε να εξυπηρετεί καλύτερα τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά τους. Θα μπορούσε επίσης να λειτουργήσει βοηθητικά για την πιο στοχευμένη γνωστοποίηση των υπηρεσιών που απευθύνονται σε αυτούς.

Στην ερευνητική μας προσπάθεια υποθέσαμε πως ανάλογα με το αν η βοήθεια που ζητείται είναι για τον εαυτό ή για κάποιον άλλο, τα χαρακτηριστικά των καλούντων θα διαφέρουν. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως πράγματι οι καλούντες διαφέρουν μεταξύ τους στατιστικά σημαντικά ως προς το φύλο, την ηλικία και το αίτημά τους. Οι παίκτες που καλούν στη γραμμή είναι πιο συχνά άνδρες από ότι οι συγγενείς και φίλοι, ενώ οι συγγενείς και φίλοι είναι πιο συχνά γυναίκες. Επίσης, οι παίκτες που καλούν στη γραμμή είναι πιο μικροί σε ηλικία σε σχέση με τους συγγενείς και φίλους. Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο αίτημα των δύο τύπων καλούντων. Οι κλήσεις των παικτών διαρκούν λιγότερο ενώ είναι πιο πιθανό να ζητήσουν μόνο πληροφορίες σε σχέση με τους συγγενείς και φίλους. Ωστόσο στην πλειοψηφία των περιπτώσεων και οι δύο κατηγορίες καλούντων ζητούν συμβουλευτική.

Η διαφοροποίηση ως προς το φύλο μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός πως οι παίκτες είναι στην συντριπτική τους πλειοψηφία άνδρες, καθώς επίσης και από το γεγονός πως από το υποστηρικτικό περιβάλλον των παικτών, εκείνοι που ενεργοποιούνται και καλούν πιο συχνά είναι οι σύζυγοι, οι μητέρες και οι αδελφές τους. Η διαφοροποίηση ως προς την ηλικία μπορεί να αποδοθεί στο ότι συχνά καλούν τα άτομα της πατρικής οικογένειας του παίκτη όπως οι γονείς και τα μεγαλύτερα αδέρφια. Ωστόσο, επειδή στην πλειοψηφία τους οι παίκτες είναι παντρεμένοι και οι σύζυγοί τους είναι η πιο συχνά εμφανιζόμενη κατηγορία συγγενικού ή φιλικού προσώπου, αυτή η διαφοροποίηση δεν ήταν τόσο αναμενόμενη και θα άξιζε τον κόπο να διερευνηθεί περισσότερο μελλοντικά. Τέλος η διαφοροποίηση ως προς το τη διάρκεια της κλήσης θα μπορούσε να σημαίνει πως οι συγγενείς χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αποφορτιστούν και να πάρουν απαντήσεις στο αίτημά τους σε σχέση με την εξάρτηση. Οι παίκτες από την άλλη είναι γνώστες της κατάστασης την οποία βιώνουν και το αίτημά τους είναι πιο συγκεκριμένο. Έτσι ενώ και αυτοί στην πλειοψηφία τους ζητούν συμβουλευτική, είναι πιο πιθανό από ότι οι συγγενείς και φίλοι να ζητήσουν μόνο πληροφορίες για τους φορείς όπου μπορούν να ξεκινήσουν θεραπεία.

Σημαντικό κομμάτι της συγκεκριμένης εργασίας ήταν να περιγραφούν τα αιτήματα των δύο τύπων καλούντων, και να εξαχθούν οι κοινί και οι ιδιαίτεροι κινητοποιητικοί και βοηθητικοί παράγοντες. Η ανάλυση με βάση τα ημερολόγια και τις συναντήσεις εποπτείας έδειξε πως οι καλούντες διέφεραν σε ένα βαθμό ως προς το αίτημά τους, όμως κοινή βασική ανάγκη τους ήταν τόσο να προσδιορίσουν το τι σημαίνει εξάρτηση, σε βαθμό που αυτό πολλές φορές εκφραζόταν σαν ανάγκη διάγνωσης από τηλεφώνου, όσο και να επιλύσουν το πρόβλημα άμεσα και τις πιο πολλές φορές με έναν «άκοπο τρόπο». Οι βοηθητικές παρεμβάσεις σε αυτές τις περιπτώσεις συνέκλιναν στο να υπάρξει πληροφόρηση γύρω από την εξαρτητική συμπεριφορά και να δοθεί το μήνυμα πως για να επιλυθεί το πρόβλημα χρειάζεται να γίνει μια νέα προσπάθεια, με διαφορετικό τρόπο.

Οι καλούντες ανέφεραν και πιο εξειδικευμένα αιτήματα που αντανακλούσαν το αν ήταν παίκτες ή φίλοι και συγγενείς. Έτσι τα αιτήματα των παικτών είχαν να κάνουν με το αν θα αποφασίσουν να ξεκινήσουν την προσπάθεια για αποχή, αν μπορούν να ελέγξουν

την εμπλοκή τους στο παιχνίδι ή όχι, αν μέσα από τη θεραπεία θα μπορέσουν να επακμήσουν τον έλεγχο στο παιχνίδι και τέλος στην περίπτωση που είχαν αποφασίσει πως θέλουν να απέχουν, πως θα μπορέσουν να διαχειριστούν την έντονη επιθυμία τους για τζόγο. Σημαντικός βοηθητικός παράγοντας σε αυτές τις περιπτώσεις ήταν η άμεση σύνδεση του συμβούλου με την κατάσταση που βρισκόταν ο παίκτης όσον αφορά την συνειδητοποίηση του προβλήματος, και η ανάδειξή της. Καίριο επίσης για την ενεργοποίησή τους ήταν να πληροφορηθούν για την ουτοπική προοπτική ανάκτησης του ελέγχου καθώς επίσης και να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο εγκλωβίζονται στον φαύλο κύκλο του παιχνιδιού.

Τα ειδικά αιτήματα των υποστηρικτικών ατόμων, είχαν να κάνουν με την αμφιθυμική τους στάση απέναντι στην εξάρτηση και την οικονομική συνεισφορά στα χρέη των παικτών, την βοήθεια στο πως να διαχειριστούν καλύτερα την δυναμική της οικογένειας ή της παρέας, και την αναζήτηση τρόπων ώστε να κάνουν τον παίκτη να αποδεχθεί πως υπάρχει πρόβλημα και να κινητοποιηθεί να αναζητήσει βοήθεια. Σε αυτές τις περιπτώσεις, βασικός βοηθητικός παράγοντας ήταν η ξεκάθαρη στάση του φίλου ή συγγενή απέναντι στην εξαρτητική συμπεριφορά και η εισαγωγή ορίων σε σχέση με αυτή.

Η συγκεκριμένη εργασία αποτέλεσε μια προσπάθεια να περιγραφούν τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που αντιμετωπίζει δυσκολία με τα τυχερά παιχνίδια και είναι στο στάδιο της αναζήτησης βοήθειας. Έλαβε χώρα παράλληλα με την ανάπτυξη του μοντέλου λειτουργίας της γραμμής τηλεφωνικής υποστήριξης και τηλεσυμβουλευτικής 1114. Τα αποτελέσματα δημοσιεύονται με στόχο να επιδράσουν στον σχεδιασμό και την υλοποίηση δομών που θα απευθύνονται σε αυτόν τον πληθυσμό. Μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες θα ήταν σκόπιμο να αυξήσουν τον αριθμό των συλλεγόμενων δημογραφικών στοιχείων και να συστηματοποιήσουν την συμπλήρωσή τους, ώστε το προφίλ των καλούντων να γίνει πιο πλήρες. Επιπρόσθετα, η μεθοδολογία της έρευνας δράσης (Cohen, et al. 1994) θα μπορούσε να αξιοποιηθεί για την πιο τεκμηριωμένη ανάδειξη των παραγόντων που κινητοποιούν και απαντούν στο αίτημα του καλούντα στην τηλεφωνική συμβουλευτική διαδικασία, εμπλουτίζοντας τις θεωρίες πάνω στην οποία βασίζεται το συμβουλευτικό πρωτόκολλο.

Βιβλιογραφία

- Blaszczynski, A., (2003). Τζόγος Ξεπερνώντας το πάθος για τα τυχερά παιχνίδια Ένας οδηγός αυτοβοήθειας. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (1994). Research methods in education. London and New York: Routledge.
- Felthman, C. & Horton, I. (2006). The Sage Handbook of Counseling and Psychotherapy. (Eds.). London: Sage Publication Ltd
- Feltham, C. & Dryden W. (2006). Brief Counseling: A Practical Integrative Approach. England, Open University Press
- E.K.ΤΕ.Π.Ν. (2010). Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οικογενειακών στην Ελλάδα το 2010. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ

- E.K.ΤΕ.Π.Ν. (2013). Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινόπνευματων στην Ελλάδα το 2013. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ
- Grant, J. E. & Potenza, M. N. (2004). *Pathological Gambling: A clinical Guide to Treatment*. (Eds.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Hodgins, D. C., Currie, S., el-Guebaly, N., & Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: a 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(3), 293-296.
- Ηλιόπουλος, Ε. & Λεχουρίτη, Χ. (2006). Το τηλέφωνο ως μέσο ψυχολογικής στήριξης: Εισαγωγή. Στο Γιωτάκος, Ο. & Τριανταφύλλου Θ., (Εκδόσεις) *Ψυχολογική Στήριξη από το Τηλέφωνο*, σελ 13-34. Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Ivey, A. E., Gluckstern, N. B., & Bradford Ivey, M. (1992). *Basic attending skills* (M. Malikiosi-Loizos, Ed. & Trans.). North Amherst, MA: Microtraining Associates
- LaBrie, R. A., Kaplan, S. A., LaPlante, D. A., Nelson, S.E. & Shaffer, H.J. (2008). Inside the Virtual Casino: A Prospective Longitudinal Study of actual Internet Casino Gambling. *European Journal of Public Health*, 18(4), 410-416.
- Ladouceur, R. & Lachance, S. (2007). *Overcoming Pathological Gambling: Therapist Guide*, New York: Oxford University Press.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2002). *Under – standing and treating pathological gamblers*. London: Wiley
- Lesieur, H. R. (1984). *The Chase*. Cambridge, MA: Schenkman
- Λύκουρας, Ε. & Δουνέζης, Α. (2010). ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ: Έκθεση Εξωτερικής Αξιολόγησης. *Εξαρτήσεις* 17, 29-47.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (Eds.), *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.
- Nalpas, B., Yguel, J., Fleury B., Martin, S., Jarraud, D., & Craplet, M. (2011). Pathological Gambling in Treatment – Seeking Alcoholics: A National Survey in France. *Alcohol and Alcoholism* 46(2), 156-160.
- Πάριος, Α. (2010). ΚΕΘΕΑ-ΑΛΦΑ: Επτά Χρόνια Λειτουργίας στην Απεξάρτηση από το Αλκοόλ και τα Τυχερά Παιχνίδια. *Εξαρτήσεις* 17, 19-28.
- Potenza, M. & Griffiths, M. D. (2004). Prevention efforts and the role of the clinician. In J.E. Grant & M. N. Potenza (Eds.), *Pathological Gambling: A Clinical Guide to Treatment*. pp. 145-157. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Rigod, V., Pilard, M., Paul, F., Deparis, X. & Marimoutou, C. (2011). Alcohol and Cannabis Consumption in French Army: Determination of Consumer Profiles to Focus on Prevention and Care. *Military Medicine*, 176(7), 805-810.
- Colpaert, K., Vanderplasschen, W., Van Hal, G., Schuyten, G. & Broekaert, E. (2009). Cannabis-Related Treatment Demands in Belgium: A Socio-Demographic and Treatment Seeking Profile. *Archives of Public Health*, 67, 179-193.
- Wiebe, J. M. B., & Cox, B. J. (2001). A Profile of Canadian Adults Seeking Treatment for Gambling Problems and Comparisons with Adults Entering an Alcohol Treatment Program. *Canadian Journal of Psychiatry* 46, 418-421.
- Zimmerman, J. L. & Dickerson, V. C. (1996). *If Problems Talked: Narrative Therapy in Action*. New York: Guilford Press

PATHOLOGICAL GAMBLING AND ALEXITHYMIA

EVI BASSIOTI¹

A b s t r a c t

Pathological gambling has been classified in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV of the American Psychiatric Association under the category of impulse control disorders. Alexithymia refers to the individual's difficulty in identifying and expressing their emotions. The aim of the present paper is the international literature's review with regards to the correlation between pathological gambling and alexithymia. More specifically, the goals are to define the concept of pathological gambling, present the statistical data regarding its frequency to the general population, define and examine the concept of alexithymia and analytically explore the research results, the main body of which provides some evidence of the positive correlation between pathological gambling and alexithymia. Finally, both the type of this correlation and the therapeutic treatment of pathological gamblers with alexithymic characteristics are discussed.

Key – words: Literature review, pathological gambling, alexithymia

¹ Psychologist, Contact details: e-mail: evebassio@hotmail.com

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΖΟΓΟΣ ΚΑΙ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ: ΜΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΜΠΑΣΙΩΤΗ²

Π ε ρ ί λ η ψ η

Η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια έχει ταξινομηθεί στο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV της American Psychiatric Association στην κατηγορία των διαταραχών ελέγχου των παρορμήσεων. Η αλεξιθυμία αφορά στην ανεπάρκεια του ατόμου για συναισθηματική επεξεργασία, δηλαδή στη δυσκολία να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας ως προς τη συσχέτιση του παθολογικού τζόγου και της αλεξιθυμίας. Ειδικότερα, έχει ως στόχο να ορίσει την έννοια του παθολογικού τζόγου, να παρουσιάσει τα στατιστικά πορίσματα όσον αφορά στη συχνότητα της εμφάνισής του στον γενικό πληθυσμό, να αποσαφηνίσει και να εξετάσει την έννοια της αλεξιθυμίας και να παραθέσει αναλυτικά τα ευρήματα των ερευνών σχετικά με τις ενδείξεις για τη θετική συνάφεια μεταξύ παθολογικού τζόγου και αλεξιθυμίας. Τέλος, γίνεται αναφορά στο είδος αυτής της αλληλεπίδρασης και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των παθολογικών παικτών με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά.

Λέξεις – κλειδιά: Βιβλιογραφική ανασκόπηση, παθολογικός τζόγος, αλεξιθυμία

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια αποτελεί πολύ σημαντικό πρόβλημα, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό. Ο Griffiths (2009) εκπόνησε μια ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων από ευρωπαϊκές χώρες, ως προς τον τζόγο και τον προβληματικό τζόγο. Οι χώρες με τα περισσότερα μικτά έσοδα από τον τζόγο (Gross Gambling Revenues) ήταν η Μεγάλη Βρετανία με 11 δισεκατομμύρια ευρώ, η Γερμανία με 8,4 δισεκατομμύρια ευρώ, η Γαλλία με 7,6 δισεκατομμύρια, η Ιταλία με 6,2 δισεκατομμύρια και η Ισπανία με 4,9 δισεκατομμύρια. Όσον αφορά στην τάση των πολιτών για τζόγο, οι χώρες με τα υψηλότερα ποσά τον χρόνο ανά άτομο είναι η Ιρλανδία, η Φινλανδία, το Λουξεμβούργο, η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία. Τα ποσοστά προβληματικού τζόγου στην Ευρώπη κυμαίνονται μεταξύ 0,5%-2%, αν και η Φινλανδία, η Ελβετία και η Εσθονία αναφέρουν ποσοστά πάνω από 3%. Σε αυτό το σημείο να σημειωθεί ότι για την Ελλάδα δεν βρέθηκαν εμπειρικά δεδομένα από τον μελετητή, παρά την εκτενή έρευνα σε διαδικτυακές βάσεις δεδομένων και τη βιβλιογραφία. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, το πιο δημοφιλές παιχνίδι είναι το Λόττο. Οι έφηβοι αυξάνουν τη συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε εμπορικό παιχνίδι είναι διαθέσιμο, ενώ τα ερευνητι-

2 Ψυχολόγος, MSc, Συμβουλευτική Ψυχολογία, Διεύθυνση Επικοινωνίας: Πυθαγόρα 26-28, Χολαργός, Τ. Κ. 155 62, Τηλέφωνο: 6973 990180 και 211 4051883, e-mail: evebassio@hotmail.com

κά αποτελέσματα διαφορετικών χωρών υποδηλώνουν ότι το ποσοστό του προβληματικού τζόγου στους εφήβους είναι υψηλότερο από αυτό των ενηλίκων (Griffiths 2009).

Η δεύτερη υπό μελέτη έννοια είναι αυτή της αλεξιθυμίας, η οποία σημαίνει «δεν υπάρχουν λέξεις για το συναίσθημα». Επινοήθηκε για να περιγράψει συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά που εμφάνιζαν άτομα με ψυχοσωματικές ασθένειες και αφορούσε στη δυσκολία τους για δέσμευση σε θεραπεία που χρειαζόταν διορατικότητα (Sifneos 1967, όπως αναφέρεται στους Lumley, Neely & Burger 2007). Τα άτομα με αλεξιθυμία, λοιπόν, παρουσιάζουν δυσκολία ως προς την αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων τους (Taylor, Bagby & Parker 1997).

Υπάρχει, όμως, θετική συνάφεια μεταξύ παθολογικού τζόγου και αλεξιθυμίας; Παρά το γεγονός ότι η καθεμία έννοια έχει μελετηθεί ξεχωριστά και σε σύνδεση με διαφορετικές μεταβλητές, η μεταξύ τους σχέση φαίνεται ότι δεν έχει ερευνηθεί εκτενώς. Παράλληλα, το ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με το ερώτημα εντείνεται, καθώς τα ποσοστά εμφάνισης του παθολογικού τζόγου αυξάνονται με σοβαρές προσωπικές και κοινωνικές επιπτώσεις, ενώ η αλεξιθυμία συσχετίζεται με πλήθος σωματικών και ψυχικών διαταραχών και φαίνεται να επιδρά αρνητικά στην ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων.

Οι πληροφορίες από την μεταξύ τους συνάφεια θα μπορούσαν να καταστούν ιδιαίτερα χρήσιμες, αν αναλογιστεί κανείς ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι αναζητούν βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση του παθολογικού τζόγου. Θα ήταν σκόπιμο να ληφθούν υπόψη όλοι οι παράγοντες που θα μπορούσαν να επιδράσουν αρνητικά στη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτού του τόσο περίπλοκου φαινομένου. Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ενδέχεται να αποτελέσει την αρχή για περαιτέρω μελέτη και στον ελληνικό πληθυσμό, δεδομένου ότι σπανίζουν ερευνητικά δεδομένα για τη χώρα μας.

Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό, πρωτίστως, να ορίσει τις έννοιες του παθολογικού τζόγου και της αλεξιθυμίας. Παράλληλα, θα παραθέσει με χρονική αλληλουχία τις έρευνες σχετικά με τη μεταξύ τους συνάφεια, αφενός διότι ο όγκος των ερευνών είναι μικρός και αφετέρου διότι μια ανασκόπηση τέτοιου είδους παρέχει πληροφορίες για την εξέλιξη του θέματος. Θα επιχειρήσει, τέλος, να αποσαφηνίσει και να ομαδοποιήσει τους αιτιολογικούς παράγοντες και τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν προταθεί για την εμφάνιση αυτού του φαινομένου και την αντιμετώπισή του, αντίστοιχα.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΖΟΓΟΣ

Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, ή τζόγος, αποτελεί μια προσφιλή, νόμιμη και κοινωνικά αποδεκτή μορφή διασκέδασης στη σύγχρονη κοινωνία (Blaszczynski 2003). Αναφέρεται σε ποικίλες δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα σε διαφορετικά περιβάλλοντα και από ανθρώπους με διαφορετικές αντιλήψεις ως προς τον τζόγο (Abbott & Volberg 1999).

Ωστόσο, η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια αποτελεί μια διαταραχή, η οποία έχει ταξινομηθεί στο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV (DSM – IV) της American Psychiatric Association (APA) στην κατηγορία των «Διαταραχών Ελέγχου των Παρορμήσεων Μη Ταξινομούμενων Αλλού». Ορίζεται ως η επίμονη και επαναλαμβανόμενη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, βάσει των ακολούθων κριτηρίων:

Το άτομο έχει έντονη ενασχόληση με τον τζόγο, έχει την ανάγκη να παίζει συνεχώς αυξανόμε-

να χρηματικά ποσά για να επιτύχει την επιθυμητή συγκίνηση, ενώ παίζει σαν να είναι ένας τρόπος να ξεφύγει από τα προβλήματά του ή να ανακουφιστεί από μια δυσφορική διάθεση (για παράδειγμα, αισθήματα: αβοήθητου, άγχους, κατάθλιψης, ενοχής). Συχνά επιστρέφει για να ξανακερδίσει τα χαμένα χρήματά του. Έχει προσπαθήσει επανειλημμένα, χωρίς επιτυχία, να ελαττώσει ή να διακόψει τον τζόγο και όταν το επιχειρεί είναι ανήσυχο ή ευερέθιστο. Έχει θέσει σε κίνδυνο ή έχει χάσει μια σημαντική σχέση ή επαγγελματική ευκαιρία, ενώ έχει εμπλακεί σε παράνομες πράξεις για να εξασφαλίσει χρήματα. Τέλος, ψεύδεται στο περιβάλλον του για να αποκρύψει την έκταση της εμπλοκής του και επαφίεται στους άλλους για να ξεφύγει από μια απελπιστική οικονομική κατάσταση, η οποία είναι απόρροια του τζόγου (APA 1994).

Να προστεθεί σε αυτό το σημείο ότι η διαταραχή του τζόγου – όπως αναφέρεται – συμπεριλαμβάνεται στην πέμπτη έκδοση του DSM στο κεφάλαιο «Σχετιζόμενες με Ουσίες και Εξαρτητικές Διαταραχές». Αιτίες για αυτή τη μεταβολή έχουν αποτελέσει οι αυξανόμενες ενδείξεις αφενός ότι τα συμπτώματα της διαταραχής του τζόγου μοιάζουν, σε κάποιον βαθμό, με αυτά των διαταραχών κατάχρησης ουσιών και αφετέρου ότι αποτελεί μια συμπεριφορά που πυροδοτεί το σύστημα αμοιβής του εγκεφάλου με παρόμοιες επιδράσεις με αυτές της κατάχρησης ουσιών (APA 2013).

Οι όροι προβληματικός και παθολογικός τζόγος είθισται να χρησιμοποιούνται με τον ίδιο τρόπο (Griffiths 2009). Πάρα ταύτα, ο Griffiths (2014) διατυπώνει την άποψη ότι θα μπορούσαμε να σκεφτούμε ένα συνεχές, η μια άκρη του οποίου είναι η εξάρτηση από τον τζόγο και η άλλη άκρη ο προβληματικός τζόγος, ο οποίος δεν επιφέρει επιπτώσεις στην καθημερινότητα του ατόμου, δεν παύει, όμως, να αποτελεί μεγάλο ζήτημα.

Σε αυτό το σημείο, παρέχονται ορισμένα σημαντικά δημογραφικά στοιχεία ως προς την εμφάνιση του προβληματικού τζόγου από έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2010. Στις ηλικίες από 16 έως 24 ετών και από 25 έως 34 ετών σημειώθηκαν τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης προβληματικού τζόγου (2,1% και 1,5%, αντιστοίχως), ενώ στις ηλικίες από 55-64 ετών τα μικρότερα (0,3%). Στην ίδια έρευνα, οι περισσότεροι προβληματικοί παίκτες είναι άνδρες (1,5%, έναντι 0,3% των γυναικών), αν και γενικά παρατηρείται μια αύξηση της συχνότητας παθολογικού τζόγου στις γυναίκες (Blaszczynski 2003; George & Murali 2005). Επιπλέον, φαίνεται ότι το ποσοστό του προβληματικού τζόγου είναι μεγαλύτερο στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές (1,8%), στους ανύπαντρους (1,8%) και σε εκείνους σε διάσταση ή διαζευγμένους (1,1%), στην ομάδα των άλλων (ομάδα που περιλαμβάνει μεγάλο εύρος εργασιακών συνθηκών, όπως άμισθη εργασία σε επιχείρηση συγγενών) (4,6%), στους ανέργους (3,3%) και σε όσους αντιμετωπίζουν έντονα οικονομικά προβλήματα (6,1%), σε εκείνους που οι γονείς τους έπαιζαν συχνά (1,6%) και σε αυτούς που η πρώτη ηλικία που έπαιξαν ήταν τα 15 έτη ή λιγότερο (1,6%). Τέλος, ο προβληματικός τζόγος παρατηρείται συχνότερα στα άτομα που συστηματικά παίζουν πόκερ (20,3%), στοιχηματίζουν σε σκυλοδρομίες (19,2%), παίζουν μηχανήματα στο διαδίκτυο (17%) και καζίνο (13,9%) (Wardle, et al. 2010).

Ως προς τις επιπτώσεις του παθολογικού τζόγου, τα ευρήματα των ερευνών έχουν δείξει ότι συνδέεται με κατάθλιψη, άγχος, χρόνιο στρες, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχοσωματικά συμπτώματα, κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, προβλήματα στην επαγγελματική απασχόληση, την οικογένεια και τις διαπροσωπικές σχέσεις, οικονομικά προβλήματα και παρanoiμία (Blaszczynski 2003; George & Murali 2005).

Πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις έχουν επιχειρήσει να καθορίσουν τους αιτιολογικούς παράγοντες του πολύπλοκου αυτού φαινομένου, η καθεμιά χρησιμοποιώντας διαφορετική συλλογιστική. Μια άποψη προέρχεται από τους Jacobs (1988) και Lesieur & Rosenthal (1991), όπως αναφέρεται στους Lumley & Roby (1995), οι οποίοι προτείνουν ότι η ενασχόληση με τον τζόγο ενδέχεται να προσφέρει μια διέξοδο από την ψυχολογική σύγκρουση και την ενόχληση που αισθάνονται οι παθολογικοί παίκτες όταν δεν παίζουν. Η βιολογική θεωρία, από την άλλη μεριά, επικεντρώνεται στη δυσλειτουργία της ντοπαμίνης, της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, ενώ η ψυχαναλυτική θεωρία προτείνει την ανεπίλυτη οιδιπόδεια σύγκρουση και την ασυνείδητη επιθυμία για απώλεια. Η θεωρία της μάθησης διατυπώνει την άποψη ότι τα χρηματικά κέρδη και ο ενθουσιασμός κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού δρουν ως θετικοί ενισχυτές για τη συμπεριφορά ενασχόλησης με τον τζόγο, ενώ η γνωσιακή θεωρία αναφέρεται στις γνωσιακές διαστρεβλώσεις που αφορούν στον τζόγο, όπως οι προληπτικές πεποιθήσεις και οι ερμηνευτικές μεροληψίες. Ωστόσο, η εκλεκτική προσέγγιση φαίνεται να είναι η πιο δημοφιλής και πρεσβεύει ότι η παθολογική ενασχόληση με τον τζόγο αποτελεί το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών, συμπεριφοριστικών και γνωστικών παραγόντων (George & Murali 2005).

Όσον αφορά στην ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του παθολογικού τζόγου, ο Fong (2005) διακρίνει τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις: την ομάδα των Ανώνυμων Τζογαδόρων, την ψυχοδυναμική θεραπεία, τη συμπεριφοριστική θεραπεία, τη γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία και την οικογενειακή θεραπεία, χωρίς όμως κάποια συγκεκριμένη να θεωρείται η πιο αποτελεσματική. Η λεπτομερής ανάλυση των αιτιολογικών παραγόντων και της θεραπείας του παθολογικού τζόγου δεν ανταποκρίνεται στους σκοπούς της παρούσας εργασίας.

Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται σε μεγαλύτερη έκταση για τη μέτρηση του παθολογικού τζόγου είναι το DSM-IV για τον παθολογικό τζόγο της APA (1994) και το South Oaks Gambling Screen (SOGS) των Lesieur και Blume (1987) (Griffiths 2009; Griffiths 2010). Το πρώτο ερωτηματολόγιο είναι μια κλίμακα για τη μέτρηση του παθολογικού τζόγου, στην οποία το καθένα από τα 10 κριτήρια του DSM-IV αποτελούν και μια ξεχωριστή ερώτηση. Κατά τον Stinchfield (2003), έχει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία. Το SOGS, από την άλλη μεριά, έχει 20 ερωτήματα με ένδειξη παθολογικού τζόγου να αποτελεί το σκορ από 5 και πάνω, ενώ ένδειξη προβληματικού τζόγου το σκορ μεταξύ 1 έως 4. Σύμφωνα με τον Stinchfield (2002), έχει ικανοποιητική αξιοπιστία σε δείγμα παθολογικών παικτών σε θεραπεία και σε δείγμα του γενικού πληθυσμού (Cronbach alpha 0.86 και 0.69, αντίστοιχα). Ένα από τα εναλλακτικά διαθέσιμα εργαλεία για την μέτρηση του προβληματικού τζόγου είναι το Problem Gambling Severity Index (PGSI), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί στον Καναδά, όπου και κατασκευάστηκε, την Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Ηνωμένες Πολιτείες (Griffiths 2009).

ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ

Η αλεξιθυμία ορίζεται ως το σύνολο των γνωστικών χαρακτηριστικών, στα οποία περιλαμβάνονται η μειωμένη ικανότητα του ατόμου για φαντασία, η εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη του, η δυσκολία του για την αναγνώριση των συναισθημάτων του, η δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων του στους άλλους και διαχωρισμού τους από τις σωματικές αισθήσεις που συνοδεύουν τις συναισθηματικές καταστάσεις (Taylor, et al.

1997; Lumley, et al. 2007). Αποτελεί, λοιπόν, μια ανεπάρκεια, μια αδυναμία στη συναισθηματική επεξεργασία, και ειδικότερα, στη συναισθηματική επίγνωση και επικοινωνία και στη μειωμένη ενδοσκόπηση ως προς τα συμπτώματα, τα κίνητρα και τα συναισθήματα. Επί παραδείγματι, σε ερώτηση πώς αισθάνεται σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, ένα άτομο με αλεξιθυμία μπορεί να απαντήσει για τη συμπεριφορά του («Θέλω να χτυπήσω το τραπέζι») ή να απαντήσει αόριστα («Δεν νιώθω καλά») ή να νιώσει σύγχυση («Δεν ξέρω») ή να αναφέρει σωματικά συμπτώματα («Πονάει το στομάχι μου») (Lumley, et al. 2007).

Έρευνες παρέχουν ενδείξεις ότι η αλεξιθυμία παρουσιάζει συσχέτιση με άτομα του ανδρικού φύλου, χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου (Lane, Sechrest & Riedel R 1998; Salminen, et al. 1999; Kokkonen, et al. 2001; Mattila, et al. 2006), μεγαλύτερων ηλικιών (Lane, et al. 1998; Salminen, et al. 1999; Mattila, et al. 2006; Aino, et al. 2006) και χαμηλού κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου (Lane, et al. 1998; Salminen, et al. 1999; Kokkonen, et al. 2001).

Η αλεξιθυμία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα προβλήματα που επηρεάζονται από την αποδιοργανωμένη ρύθμιση του συναισθήματος, είτε αυτά είναι ψυχιατρικά, είτε ιατρικά (Taylor, et al. 1997). Παράλληλα, εκτιμάται ότι είναι ένας από τους πολλούς παράγοντες που δεν επηρεάζει μόνο την έναρξη, αλλά και την επιδείνωση και την πορεία των παραπάνω προβλημάτων (Lumley, et al. 2007).

Ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν αυξημένα επίπεδα αλεξιθυμίας σε άτομα με ψυχοσωματικές ασθένειες (Taylor, et al. 1997). Επιπρόσθετα, η αλεξιθυμία φαίνεται να παρουσιάζει θετική συσχέτιση με πλήθος άλλων διαταραχών, όπως την κατάθλιψη (Honkalampi, Hintikka & Tanskanen 2000; Honkalampi, et al. 2001; Mattila, et al. 2006; Bamonti, et al. 2010), το άγχος (Berthoz, et al. 1999), τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Zlotnick, Mattia & Zimmerman 2001; Badura 2003), τις σωματόμορφες διαταραχές (Waller & Scheidt 2004), την παχυσαρκία (De Chouly, De Lenclave, Florequin & Bailly (2001), τα λειτουργικά γαστρεντερικά συμπτώματα (Porcelli, Affatati & Bellomo 2004) και το σχεδόν θανατηφόρο βρογχικό άσθμα (Serrano, et al. 2006). Τέλος, δύο από τις υποκλίμακες της αλεξιθυμίας συνδέονται με την κατάθλιψη και το άγχος (Hendryx, Haviland & Shaw 1991).

Σε αυτό το σημείο τίθεται το ερώτημα αν η αλεξιθυμία είναι ένας από τους παράγοντες για την υιοθέτηση παρορμητικών και καταναγκαστικών συμπεριφορών. Τα πορίσματα των μελετών παρουσιάζουν αυξημένους δείκτες αλεξιθυμίας σε άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής (Pinaquy, et al. 2003; Zonneville-Bender, et al. 2004; Carano, et al. 2006) και διαταραχές κατάχρησης ουσιών και αλκοόλ (Kauhanen, Julkunen & Salonen 1992; Haviland, et al. 1994; El Rasheed 2001; Uzun 2003).

«Η ανικανότητα να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους μέσω της γνωστικής επεξεργασίας θα μπορούσε να εξηγήσει την τάση των αλεξιθυμικών ατόμων να αποφορτίσουν την ένταση που δημιουργείται από δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις, μέσω παρορμητικών πράξεων (Keltikangas – Järvinen 1982) ή καταναγκαστικών συμπεριφορών, όπως η υπερβολική κατανάλωση φαγητού, η κατάχρηση ουσιών, η αποκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά ή η ασittία της νευρωσικής ανορεξίας...» (Taylor, et al. 1997, σελ. 31). Επομένως, οι προαναφερόμενες συμπεριφορές θα μπορούσαν να γίνουν κατανοητές υπό το πρίσμα της προσπάθειας των ατόμων για έλεγχο και ρύθμιση της αδιαφοροποίητης, βλαβερής και σωματικά διεγερμένης κατάστασης στην οποία βρίσκονται (Lumley, et al. 2007).

Η αλεξιθυμία φαίνεται να εμποδίζει τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που εστιάζουν στην άμεση έκφραση των συναισθημάτων, στην ικανότητα για ενδοσκόπηση και στη σύναψη θεραπευτικής συμμαχίας. Αντίθετα, ερευνητικά δεδομένα φαίνεται να ενισχύουν την άποψη ότι η αλεξιθυμία δεν επηρεάζει τα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής θεραπείας σε κάποιες διαταραχές (Lumley, et al. 2007).

Ως προς τις ψυχοθεραπευτικές μεθόδους που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν, αναφέρεται στους Lumley, et al. (2007), αφενός η προσαρμογή της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, ώστε οι θεραπευτές να ονοματίζουν τα συναισθήματα των θεραπευόμενων, αντί να ρωτούν τους ίδιους (Taylor, et al. 1997) και αφετέρου, ένα πρόγραμμα γνωσιακής – συμπεριφοριστικής θεραπείας, κατά το οποίο ο θεραπευόμενος μαθαίνει και ονοματίζει τα συναισθήματα, παρατηρεί τα συμπτώματα στον εαυτό του και τα συνδέει με τις ονομασίες των συναισθημάτων (Levant 2001). Οι Lumley, et al. (2007) υποθέτουν ότι οι πιο δομημένες θεραπευτικές προσεγγίσεις, σαν τη γνωσιακή – συμπεριφοριστική (με τεχνικές, όπως η χαλάρωση, η εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας, ο προγραμματισμός ευχάριστων δραστηριοτήτων) ενδέχεται να μην επηρεαστούν από την αλεξιθυμία. Αναφέρουν, ακόμη, ότι οι προσεγγίσεις που εστιάζουν στην εσωτερική εμπειρία ίσως καταλήξουν σε μεγαλύτερο βαθμό συναισθηματικής επίγνωσης. Όσον αφορά στις εξαρτητικές συμπεριφορές, η εξήγηση του ρόλου της ρύθμισης του συναισθήματος μπορεί να αποτελέσει την απαρχή για την εκμάθηση πιο προσαρμοστικών στρατηγικών για τη ρύθμισή του.

Ως προς τη μέτρησή της, το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς Toronto Alexithymia Scale – TAS 20 των Bagby, Taylor & Parker (1992) αποτελεί το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο ψυχομετρικό μέσο (Brzenzinski 1995; Lumley, et al. 2007) και παρουσιάζει εγκυρότητα και αξιοπιστία (Parker, Taylor & Bagby 2003; Parker, et al. 1993; Bagby, Parker & Taylor 1994). Μια διαφορετική απόδοση είναι το TAS – 26, στο οποίο όμως παρουσιάστηκαν προβλήματα. Ειδικότερα, δύο παράγοντες του ερωτηματολογίου (η δυσκολία αναγνώρισης και διαχωρισμού των συναισθημάτων από τις σωματικές αισθήσεις και η δυσκολία περιγραφής συναισθημάτων) παρουσίαζαν υψηλή συσχέτιση και περιείχαν πολλά ερωτήματα που διασταυρώνονταν μεταξύ τους. Επιπλέον, ο παράγοντας της ονειροπόλησης σχετιζόταν αρνητικά με τους παράγοντες της δυσκολίας αναγνώρισης συναισθημάτων και της εξωτερικά προσανατολισμένης σκέψης (Bagby, et al. 1994).

Το TAS – 20 είναι σταθμισμένο και προσαρμοσμένο στον ελληνικό πληθυσμό από τους Αναγνωστοπούλου και Κιοσέογλου (2002). Αποτελείται από 20 ερωτήματα, το καθένα από τα οποία βασίζεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων. Υπάρχουν 3 υποκλίμακες, η «δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων», η «δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων» και ο «εξωτερικός προσανατολισμός». Παρουσιάζει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική αξιοπιστία. Πιο συγκεκριμένα, για την κλίμακα «δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων» ο Cronbach alpha είναι 0,78, για την κλίμακα «δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων» είναι 0,68 και την κλίμακα «εξωτερικός προσανατολισμός» 0,60 (Αναγνωστοπούλου & Κιοσέογλου 2002).

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΖΟΓΟΣ ΚΑΙ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ

Σε αυτό το σημείο, θα παρατεθούν με χρονολογική σειρά οι έρευνες που αφορούν στη συσχέτιση μεταξύ παθολογικού τζόγου και αλεξιθυμίας, κατά την ερευνητική προσπάθεια της συγγραφέως.

Η πρώτη έρευνα εκπονήθηκε από τους Lumley και Roby (1995), σε δείγμα 1.147 φοιτητών Πανεπιστημίου, εκ των οποίων οι 456 ήταν άνδρες και οι 691 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 19 έτη. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση του παθολογικού τζόγου ήταν το SOGS, ενώ για τη μέτρηση της αλεξιθυμίας το TAS – 26, οι περιορισμοί του οποίου έχουν ήδη αναφερθεί. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι το 31% των παθολογικών παικτών παρουσίαζαν αλεξιθυμία, εν αντιθέσει με το 11% των μη – παθολογικών παικτών. Δύο υποκλίμακες της αλεξιθυμίας «δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων» και «εξωτερικός προσανατολισμός» φάνηκαν να σχετίζονται με τον παθολογικό τζόγο. Η κατάθλιψη και η σωματική ασθένεια, οι δύο επιπρόσθετες μεταβλητές που μελετήθηκαν, δεν άλλαξαν τη σχέση μεταξύ αλεξιθυμίας και παθολογικού τζόγου και οι ερευνητές κατέληξαν σε ισχυρή συσχέτιση, προβάλλοντας την εξής ερμηνεία:

«Η αλεξιθυμία μπορεί να προδιαθέτει κάποιους περιστασιακούς παίκτες να παίζουν συχνά – ίσως και σε σημείο 'εξάρτησης' – προκειμένου να ρυθμίσουν τα αμήχανα και αδιαφοροποίητα συναισθήματά τους (Jacobs 1988; Lesieur & Rosenthal 1991). Ένα προϋπάρχον, εξωτερικά προσανατολισμένο γνωστικό στυλ μπορεί να παρακωλύει τις προσπάθειες του παίκτη να προσέχει και να ρυθμίζει προσαρμοστικά τις εσωτερικές καταστάσεις» (Lumley & Roby 1995, σελ. 205). Μια επιπρόσθετη ερμηνεία αφορά στο ότι ο παθολογικός τζόγος ίσως προκαλεί ένα αλεξιθυμικό στυλ, καθώς το άτομο ωθείται να παίξει και όχι να στηριχτεί στις προσωπικές του διεργασίες, προκειμένου να επιλύσει τα κοινωνικά και οικονομικά του προβλήματα. Προτάθηκε η μελέτη χρόνιων, ηλικιακά μεγαλύτερων παθολογικών παικτών, όπως τα μέλη των ομάδων Ανώνυμων Τζογαδόρων, ενώ διατυπώθηκε η υπόθεση ότι μια θεραπεία εστιασμένη στην επίγνωση και ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων ίσως αποβεί ωφέλιμη για τους αλεξιθυμικούς παθολογικούς παίκτες (Lumley & Roby 1995).

Η έρευνα των Parker et al. (2005) σε δείγμα 562 φοιτητών (113 ανδρών και 449 γυναικών, με μέσο όρο ηλικίας τα 19,86 χρόνια), με τη χρήση του SOGS για τη μέτρηση του τζόγου και του TAS – 20 για τη μέτρηση της αλεξιθυμίας, επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα των Lumley και Roby (1995). Στην ομάδα των παθολογικών παικτών παρουσιάστηκε το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων με αλεξιθυμία (22%), έναντι της ομάδας των μη – προβληματικών (11%). Εκτός από το συνολικό σκορ στο TAS – 20, οι παθολογικοί παίκτες σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά στις υποκλίμακες «δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων» και «εξωτερικός προσανατολισμός». Σύμφωνα, λοιπόν, με τα ερευνητικά δεδομένα των Parker et al. (2005), ο παθολογικός τζόγος έχει θετική συνάφεια με την αλεξιθυμία σε δείγμα φοιτητών, ακόμη και όταν η μεταβλητή της γενικής διάθεσης βρισκόταν υπό έλεγχο.

Στην έρευνα των Toneatto, Lecce & Bagby (2009), το δείγμα αποτελούνταν από 296 παίκτες που είχαν προέλθει από αγγελίες στην εφημερίδα της κοινότητας. Από αυτούς, οι 143 ήταν παθολογικοί παίκτες (με μέσο όρο ηλικίας τα 44 χρόνια), οι 112 προβληματικοί παίκτες (με μέσο όρο ηλικίας τα 42 χρόνια) και οι 41 μη – προβληματικοί παίκτες (με μέσο όρο ηλικίας τα 46 χρόνια). Για τη μέτρηση της αλεξιθυμίας χρησιμοποιήθηκε το TAS – 20, ενώ για τον παθολογικό τζόγο τα 10 κριτήρια του DSM – IV. Αναλυτικότερα, ως παθολογικοί παίκτες ταξινομήθηκαν όσοι σημείωσαν σκορ 5 βαθμών και άνω, ως προβληματικοί παίκτες όσοι είχαν σκορ 1 έως 4 βαθμών και ως μη – προβληματικοί αυτοί με μηδενικό σκορ.

Τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων έδειξαν ότι τα υψηλότερα ποσοστά αλεξιθυμίας παρουσιάστηκαν στους παθολογικούς παίκτες και τα χαμηλότερα στους μη – προβληματικούς παίκτες, ακόμη και για τις υποκατηγορίες «δυσκολία αναγνώρισης των συναισθημάτων» και «δυσκολία περιγραφής των συναισθημάτων». Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό των παθολογικών παικτών (77%) ταξινομήθηκε ως «περισσότερο αλεξιθυμικοί», ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους προβληματικούς παίκτες ήταν 55% και για τους μη – προβληματικούς 29%. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στους δείκτες της αλεξιθυμίας μετά τη σύγκριση συγκεκριμένων τύπων παιχνιδιών (αθλητικές κληρώσεις, χαρτιά, μπίνγκο, ιπποδρομίες, μηχανήματα και κληρώσεις). Μια από τις ερμηνείες που παρέχουν οι ερευνητές για τη συσχέτιση παθολογικού τζόγου και αλεξιθυμίας είναι ότι η διαρκής ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια μπορεί να δημιουργήσει αποφυγή των αρνητικών συναισθημάτων, προκαλώντας με αυτόν τον τρόπο αλεξιθυμία.

Οι Mitrovic & Brown (2009) εξέτασαν την αλεξιθυμία σε 96 προβληματικούς παίκτες πόκερ, οι 78% εκ των οποίων ήταν άνδρες και με μέσο όρο ηλικίας τα 27 χρόνια. Χορηγήθηκαν το Canadian Problem Gambling Index για τη μέτρηση του παθολογικού τζόγου και το TAS – 20 για τη μέτρηση της αλεξιθυμίας. Ο προβληματικός τζόγος σχετιζόταν μόνο με την υποκλίμακα «δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων» και όχι με την αλεξιθυμία επί τω συνόλω.

Στην έρευνα των Bonnaire, Bungener & Varescon (2009) συμπεριλήφθηκαν άτομα που έπαιζαν διαφορετικά παιχνίδια. Ειδικότερα, η μια ομάδα περιλάμβανε 45 άνδρες και γυναίκες που έπαιζαν μηχανήματα (slot machines), η δεύτερη περιελάμβανε 97 άνδρες που έπαιζαν παιχνίδια, όπως σκρατς και κληρώσεις σε καφετέριες, η τρίτη 72 άνδρες που στοιχημάτιζαν στον ιππόδρομο και η τελευταία 31 άνδρες που έπαιζαν χαρτιά και ρουλέτα στο καζίνο. Το εύρος των ηλικιών κυμαινόταν από 18 έως 45 χρόνια. Για τη μέτρηση της αλεξιθυμίας χρησιμοποιήθηκε το TAS – 20, ενώ για τη μέτρηση του παθολογικού τζόγου χρησιμοποιήθηκαν τα 10 κριτήρια του DSM – IV και το SOGS.

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, η αλεξιθυμία ήταν πιο έντονη στους παίκτες που ασχολούνταν παθολογικά με τον ιππόδρομο, εν συγκρίσει με αυτούς που έπαιζαν μηχανήματα και καζίνο (67%, εν συσχέτιση με το 44% και 34%, αντιστοίχως). Για τους παίκτες που ασχολούνταν παθολογικά με τον ιππόδρομο, βρέθηκε θετική συνάφεια μεταξύ της άρσης των αναστολών και της «δυσκολίας για αναγνώριση συναισθημάτων» ($r = 0.36, P = .02$), όπως και μεταξύ αλεξιθυμίας και κατάθλιψης ($r = .35, P = .03$), χωρίς όμως η πρώτη να επηρεάζεται από τη δεύτερη. Για τους παίκτες που ασχολούνταν παθολογικά με τα μηχανήματα, παρατηρήθηκε θετική συνάφεια μεταξύ των αποτελεσμάτων της κατάθλιψης και της «δυσκολίας για αναγνώριση συναισθημάτων» ($r = .35, P = .03$). Οι ερευνητές διερωτώνται αφενός εάν η αλεξιθυμία επηρεάζεται από την κατάθλιψη και αφετέρου εάν ένας παράγοντας που επιδρά στη συντήρηση της κατάθλιψης είναι η μικρή ικανότητα για διαφοροποίηση των συναισθημάτων (Goldston, Gara & Woolfolk 1992). Πρότειναν διαχρονικές έρευνες για την εξέταση της τελευταίας υπόθεσης.

Οι ίδιοι ερευνητές εκπόνησαν μια παρόμοια έρευνα το 2013, με 186 Γάλλους παίκτες (μέσος όρος ηλικίας τα 35,6 χρόνια), που ασχολούνταν με τρία διαφορετικά είδη παιχνιδιών (ιππόδρομος, μηχανήματα και καζίνο), χρησιμοποιώντας τα ίδια ψυχομετρικά εργαλεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αλεξιθυμία, τόσο στη συνολική της εικόνα, όσο και στην υποκατηγορία «δυσκολία αναγνώρισης των συναισθημάτων», ήταν υψηλότε-

ρη σε δύο ομάδες παθολογικών παικτών (αυτούς που ασχολούνταν με τον ιππόδρομο και τα μηχανήματα), σε σχέση με την ομάδα των μη – παθολογικών παικτών. Αυτά τα αποτελέσματα παρέμειναν σταθερά μετά τον έλεγχο της κατάθλιψης από τους ερευνητές, μόνο στην ομάδα των παθολογικών παικτών του ιπποδρόμου. Ο δείκτης της αλεξιθυμίας μεταξύ των παθολογικών παικτών ήταν σε αντιστοιχία με αυτόν στην έρευνα των Toneatto, et al. (2009), αλλά μεγαλύτερος από αυτόν στις έρευνες των Lumley and Roby (1995) και των Parker, et al. (2005). Ένας από τους λόγους αυτής της διαφοράς ενδέχεται να είναι το γεγονός ότι η αλεξιθυμία απαντάται περισσότερο στους ενήλικες παθολογικούς παίκτες από ότι στους φοιτητές. Ταυτόχρονα, το είδος του παιχνιδιού φαίνεται να επιδρά στην αλεξιθυμία, οδηγώντας στην υπόθεση ότι δεν είναι ένα χαρακτηριστικό ή ένας παράγοντας κινδύνου για όλους τους παθολογικούς παίκτες (Bonnaire, et al. 2013).

Οι Aote, et al. (2014) είχαν ως στόχο να ερευνήσουν αν η αλεξιθυμία επηρεάζει σημαντικά την ανεπάρκεια των παθολογικών παικτών στη λήψη αποφάσεων. Το δείγμα ήταν μικρό και αποτελούνταν από παίκτες που στοιχημάτιζαν σε αγώνες στο καζίνο. Ανάλογα με τα αποτελέσματά τους στο SOGS και το TAS – 20, εντάχθηκαν σε τρεις ομάδες παθολογικών παικτών (6 αλεξιθυμικοί, 8 πιθανά αλεξιθυμικοί και 6 μη – αλεξιθυμικοί), ενώ η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από 8 άτομα. Σε όλα τα άτομα χορηγήθηκε προσαρμοσμένο το Iowa Gambling Task. Οι παθολογικοί παίκτες που εμφάνισαν αλεξιθυμία επέλεξαν να ενεργήσουν στις δοκιμασίες του τεστ με μικρότερο για τους ίδιους πλεονέκτημα, δείχνοντας έτσι ότι η σοβαρότητα της αλεξιθυμίας σχετιζόταν με τη σοβαρότητα της αδυναμίας λήψης αποφάσεων, ακόμη και όταν οι επιδράσεις της κατάθλιψης και του άγχους είχαν ελεγχθεί από τους ερευνητές. Οι τελευταίοι θεωρούν ότι η αλεξιθυμία θα μπορούσε να είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, που λανθάνει κάτω από την ανεπάρκεια των παθολογικών παικτών για λήψη αποφάσεων.

Τέλος, οι Cosenza, et al. (2014) χρησιμοποίησαν την ιταλική έκδοση του South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA) για τη μέτρηση του παθολογικού τζόγου, το GRCS για τη μέτρηση των γνωσιακών διαστρεβλώσεων για τον τζόγο και το TAS – 20 για τη μέτρηση της αλεξιθυμίας σε 546 εφήβους. Το δείγμα περιελάμβανε 273 αγόρια και 273 κορίτσια, ηλικίας μεταξύ 17 και 19 ετών (με μέσο όρο ηλικίας τα 18,1 χρόνια) σε 8 σχολεία της Νότιας Ιταλίας. Η ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων κατέδειξε ότι οι προβληματικοί παίκτες είχαν υψηλότερες τιμές στη συνολική εικόνα της αλεξιθυμίας (μέσος όρος αποτελεσμάτων αλεξιθυμίας 58,70 για τους προβληματικούς παίκτες, 57,44 για τους παίκτες σε ρίσκο και 54,05 για τους μη – προβληματικούς). Οι τιμές στις υποκατηγορίες «δυσκολία στην αναγνώριση των συναισθημάτων» και «δυσκολία στην περιγραφή των συναισθημάτων» ήταν υψηλότερες μεταξύ των προβληματικών παικτών, αν και μεταξύ όλων των υποκατηγοριών του TAS – 20, μόνο η πρώτη διατηρήθηκε στο μοντέλο.

Επιπρόσθετα, οι καλύτεροι προγνωστικοί δείκτες για την εμπλοκή στον τζόγο ήταν το φύλο, η υποκατηγορία «αδυναμία να αναγνωρίσω τα συναισθήματά μου», καθώς και οι δύο υποκλίμακες («ανικανότητα να σταματήσω να παίζω» και «ερμηνευτική προκατάληψη») του GRCS. Οι Cosenza, et al. (2014) τόνισαν:

«Από την στιγμή που οι γνωστικές διαστρεβλώσεις και οι ανεπαρκείς ικανότητες για ρύθμιση του συναισθήματος είναι σημαντικοί παράγοντες ευαλωτότητας στην ανάπτυξη του προβληματικού τζόγου και άλλων εξαρτητικών προβλημάτων, ίσως αυτός ο

συνδυασμός συντελεί στο να ευνοείται ο κύκλος του διαταραγμένου τζόγου σε όψιμους εφήβους και νέους ενήλικες. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αποσαφήνισαν ότι στη σχέση μεταξύ αλεξιθυμίας και σοβαρότητας του τζόγου μεσολαμβάνουν οι σχετικές με τον τζόγο γνώσεις. Φαίνεται ότι ανάμεσα στους εφήβους που δείχνουν μειωμένη δυνατότητα να αναγνωρίσουν τα συναισθήματά τους, αυτοί που δεν μπορούν να σταματήσουν να παίζουν και να ερμηνεύσουν σωστά τα αποτελέσματα από τον τζόγο, είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν παθολογικό τζόγο» (σελ. 659).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Εξετάζοντας τη διεθνή βιβλιογραφία με κριτική ματιά, η πλειοψηφία των ερευνών φαίνεται να δείχνει ότι τα άτομα με παθολογική ενασχόληση με τον τζόγο παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης αλεξιθυμίας. Επίσης, είτε η συνολική εικόνα της αλεξιθυμίας σχετίζεται με τον παθολογικό τζόγο είτε όχι, η υποκατηγορία «δυσκολία στην αναγνώριση των συναισθημάτων» φαίνεται να εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στο δείγμα των παθολογικών παικτών. Τα ευρήματα των Bonnaire et al. (2013) υποστήριξαν ότι το είδος του παιχνιδιού του παθολογικού παίκτη φαίνεται να επιδρά στην εμφάνιση της αλεξιθυμίας, αν και κάτι τέτοιο δεν επαληθεύτηκε από τους Toneatto et al. (2009). Οι πρώτοι ερευνητές οδηγήθηκαν στην υπόθεση ότι η αλεξιθυμία δεν αποτελεί ένα χαρακτηριστικό για όλους τους παθολογικούς παίκτες. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν περαιτέρω τη συσχέτιση της αλεξιθυμίας με τον παθολογικό τζόγο ως προς τη γενική του μορφή, αλλά και ως προς συγκεκριμένα είδη παιχνιδιών.

Ποιοι παράγοντες προτείνονται, λοιπόν, για την εξήγηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ παθολογικού τζόγου και αλεξιθυμίας;

Οι Jacobs (1988) και Lesieur & Rosenthal (1991) πρεσβεύουν ότι ο παθολογικός τζόγος ενδέχεται να προσφέρει διέξοδο από την ψυχολογική σύγκρουση και ενόχληση που αισθάνονται οι παθολογικοί παίκτες όταν δεν παίζουν. Σε συνάφεια με την άποψη αυτή, οι Lumley και Roby (1995) υποστηρίζουν ότι η αλεξιθυμία δρα ως προδιαθεσικός παράγοντας για τον παθολογικό τζόγο, καθώς μέσω αυτού το άτομο προσπαθεί να ρυθμίσει τα αδιαφοροποίητα συναισθήματά του. Η ίδια υπόθεση έχει διατυπωθεί και για άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (Taylor, et al. 1997; Lumley, et al. 2007). Ακόμη, ένα εξωτερικά προσανατολισμένο γνωστικό στυλ του ατόμου ενδέχεται να καθίσταται εμπόδιο στην προσπάθεια για αυτορρύθμιση της κατάστασής του (Lumley & Roby 1995).

Μια διαφορετική πρόταση συνίσταται στην υπόθεση ότι ο παθολογικός τζόγος ίσως δημιουργεί ένα αλεξιθυμικό στυλ, καθώς το άτομο ωθείται να εμπλακεί με τον τζόγο για την επίλυση των προβλημάτων του και όχι να χρησιμοποιήσει τις προσωπικές του διεργασίες (Lumley & Roby 1995). Αυτή η υπόθεση βρίσκεται σε σχετική αντιστοιχία με αυτή των Toneatto, et al. (2009), σύμφωνα με τους οποίους η παθολογική ενασχόληση του ατόμου με τον τζόγο ενδέχεται να δημιουργεί αποφυγή των αρνητικών συναισθημάτων του και με αυτόν τον τρόπο να προκαλεί αλεξιθυμία.

Αξίζει να προστεθεί εδώ ότι οι μελέτες εξετάζουν διαφορετικές μεταβλητές ως προς τη συσχέτιση του παθολογικού τζόγου και της αλεξιθυμίας, προσεγγίζοντας το ζήτημα από διαφορετική οπτική γωνία και παρέχοντας πιο εμπλουτισμένα ερευνητικά δεδομένα. Οι Cosenza, et al. (2014) διατυπώνουν την άποψη ότι η εμφάνιση του παθολογικού τζόγου ευνοείται περισσότερο από τον συγκερασμό των γνωστικών διαστρεβλώσεων

ως προς τον τζόγο («δεν μπορώ να σταματήσω να παίζω» και «δεν μπορώ να ερμηνεύσω σωστά την έκβαση των αποτελεσμάτων από το παιχνίδι») και της δυσκολίας για αναγνώριση του συναισθήματος. Επιπλέον, σύμφωνα με την έρευνα των Aote et al. (2014), η αλεξιθυμία των παθολογικών παικτών συσχετίστηκε με την ανεπάρκειά τους στη λήψη αποφάσεων. Στην έρευνα των Bonnaire, et al. (2009), τέλος, η υποκατηγορία «δυσκολία για αναγνώριση συναισθημάτων» παρουσίασε θετική συσχέτιση με την άρση των αναστολών για τους παίκτες που ασχολούνται παθολογικά με τον ιππόδρομο, αλλά και με την κατάθλιψη για τους παίκτες που ασχολούνται παθολογικά με τα μηχανήματα.

Πέρα, λοιπόν, από τις υποθέσεις που έχουν διατυπωθεί για το είδος της σύνδεσης του παθολογικού τζόγου και της αλεξιθυμίας, κρίνεται αναγκαία η εκπόνηση περαιτέρω μελετών, προκειμένου η επιστημονική κοινότητα να καταλήξει σε πιο ασφαλή συμπεράσματα. Η έρευνα των Cosenza, et al. (2014) ίσως να αποτελέσει έναυσμα για επιπρόσθετα δεδομένα, καθώς οι γνωσίες σχετικά με τον τζόγο φάνηκε να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο και να συσχετίζονται με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά σε παθολογικούς παίκτες. Βάση για περαιτέρω μελέτη θα μπορούσε να αποτελέσει και η συσχέτιση της αλεξιθυμίας με την ικανότητα λήψης αποφάσεων σε παθολογικούς παίκτες, γεγονός που θα παρείχε στους μελετητές χρήσιμα ερευνητικά δεδομένα. Τέλος, έρευνες σε παθολογικούς παίκτες με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, ίσως διευκρινίσει το είδος της συσχέτισης της αλεξιθυμίας με την άρση των αναστολών, καθώς και με την κατάθλιψη.

Ένας επιπρόσθετος παράγοντας προς συζήτηση στην παρούσα ανασκόπηση είναι τα χαρακτηριστικά των δειγμάτων. Σε κάποιες μελέτες, το δείγμα αποτελούνταν από φοιτητές (Lumley & Roby 1995; Parker, et al. 2005), σε άλλες από ενήλικες που παίζουν τζόγο (Toneatto, et al. 2009; Mitrovic & Brown 2009; Bonnaire, et al. 2009 & 2013; Aote, et al. 2014), ενώ στην τελευταία (Cosenza, et al. 2014) αποτελούνταν από εφήβους. Αναδύονται, λοιπόν, τα ερωτήματα μήπως η εμφάνιση της αλεξιθυμίας είναι πιο συχνή στους ενήλικες παθολογικούς παίκτες από ότι στους φοιτητές (Bonnaire, et al. 2013), αλλά και μήπως τα χαρακτηριστικά των χρόνιων, παθολογικών παικτών διαφέρουν από αυτά των νέων ενηλίκων.

Η πλειοψηφία των ερευνών καταδεικνύει τη θετική συνάφεια μεταξύ ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και αλεξιθυμίας (Lane, et al. 1998; Salminen, et al. 1999; Mattila, et al. 2006; Aino, et al. 2006). Επομένως, η σύγκριση των ερευνητικών αποτελεσμάτων θα μπορούσε να τεθεί στη βάση των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Θα ήταν σκόπιμο, κατά τη δειγματοληπτική διαδικασία, να ληφθούν υπόψη ενήλικες με παθολογική ενασχόληση με τον τζόγο, τα αποτελέσματα από τους οποίους θα εξεταστούν διαφορετικά από αυτά των εφήβων ή των νέων ενηλίκων. Η άποψη αυτή συνάδει, κατά μια έννοια, με την πρόταση των Lumley και Roby (1995), για έρευνα σε μέλη των ομάδων Ανώνυμων Τζογαδόρων.

Αναμφισβήτητα, ένα σημαντικό φαινόμενο που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής αποτελεί η εντονότερη ενασχόληση των εφήβων και των νέων ενηλίκων με τον τζόγο, καθώς τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων δείχνουν αυξημένα τα ποσοστά της προβληματικής ενασχόλησής τους με τα τυχερά παιχνίδια (Griffiths 2009; Wardle, et al. 2010). Μια μελέτη με δείγμα αποτελούμενο από άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας θα παρείχε πληθώρα πληροφοριών τόσο για τα χαρακτηριστικά του παθολογικού τζόγου των εφήβων, όσο και της συνάφειας με την αλεξιθυμία.

Συζητώντας ορισμένους προβληματισμούς που αναδύθηκαν κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τίθεται το ερώτημα μήπως το TAS – 26, το ψυχομετρικό μέσο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα των Lumley και Roby (1995) και έχει παρουσιάσει προβλήματα, επηρέασε με κάποιον τρόπο τα αποτελέσματα της έρευνας. Επιπρόσθετα, στις μελέτες των Mitrovic & Brown (2009), Aote, et al. (2014) και Bonnaire, et al. (2013) είχε χρησιμοποιηθεί μικρό δείγμα. Ως εκ τούτου, η εκπόνηση μελλοντικών ερευνών με μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε να προσδώσει πλουσιότερα αποτελέσματα ως προς το υπό μελέτη θέμα. Επιπλέον, καθεμία από τις έρευνες είχε διεξαχθεί σε διαφορετική χώρα και, κατά συνέπεια, είχε χρησιμοποιήσει δείγμα με διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Γεννάται, επομένως, ο προβληματισμός αν η συσχέτιση μεταξύ παθολογικού τζόγου και αλεξιθυμίας απαντάται με την ίδια συχνότητα και με τον ίδιο τρόπο σε διαφορετικές κουλτούρες που έχουν διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο ή διαφορετική κοινωνική αντιμετώπιση του τζόγου ή αν υπάρχουν περιορισμοί ως προς τη σύγκριση και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Η διεξαγωγή περαιτέρω μελετών στον ελληνικό πληθυσμό κρίνεται απαραίτητη, καθώς τα ερευνητικά αποτελέσματα ενδέχεται να παράσχουν πολύτιμες πληροφορίες για τα επιμέρους χαρακτηριστικά των παθολογικών παικτών στην Ελλάδα. Η αξιοποίησή τους θα μπορούσε να αποβεί χρήσιμη τόσο στην πρόληψη των ομάδων υψηλού κινδύνου – των ατόμων ευεπίφορων στον τζόγο – όσο και στη θεραπευτική αντιμετώπιση του παθολογικού τζόγου.

Η διεθνής βιβλιογραφία φαίνεται να έχει δώσει περισσότερη έμφαση στη συσχέτιση της αλεξιθυμίας με τον παθολογικό τζόγο, παρά στην επίδρασή της και αντιμετώπισή της στη θεραπευτική διαδικασία. Επομένως, διερωτάται κανείς για το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο θα μπορούσε να βασιστεί για το είδος της αλληλεπίδρασης και την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του παθολογικού τζόγου και της αλεξιθυμίας, καθώς και για τις πιο βοηθητικές τεχνικές. Αρκετές είναι οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που προτείνονται και είναι διαθέσιμες για την αντιμετώπιση του παθολογικού τζόγου (Fong 2005), όμως, τίθεται το ερώτημα ποια από αυτές αποδεικνύεται περισσότερο κατάλληλη για τους παθολογικούς παίκτες με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά.

Ανταποκρινόμενοι σε αυτά τα ερωτήματα, οι Lumley & Roby (1995) πρότειναν ότι μια θεραπευτική προσέγγιση εστιασμένη στην αναγνώριση και ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων ίσως να αποδεικνυόταν ωφέλιμη για τους παθολογικούς παίκτες με αλεξιθυμία. Μελετητές έχουν προτείνει μια σειρά από τεχνικές. Σε αυτές συγκαταλέγονται η χαλάρωση, η εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας, ο προγραμματισμός ευχάριστων δραστηριοτήτων, η εστίαση στις εσωτερικές εμπειρίες (Lumley et al. 2007), η παροχή βοήθειας από την πλευρά των θεραπειών στην ονομασία των συναισθημάτων των θεραπευομένων (Taylor, et al. 1997), η εκμάθηση της αναγνώρισης των συναισθημάτων (Levant 2001) και η εξήγηση του ρόλου του συναισθήματος στις εξαρτητικές συμπεριφορές (Lumley, et al. 2007).

Παρόλα αυτά, τα ερευνητικά δεδομένα δεν ευνοούν μια συγκεκριμένη και εμπειρικά τεκμηριωμένη θεραπευτική πρόταση. Είναι γεγονός ότι πρέπει να ληφθεί υπόψη και ο ανασταλτικός ρόλος της αλεξιθυμίας στην ικανότητα του θεραπευόμενου για ενδοσκόπηση (Lumley, et al. 2007). Ένα ερευνητικό πρωτόκολλο που θα περιλάμβανε τη μέτρηση των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών πριν την έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας για τον παθολογικό τζόγο και μετά το πέρασ αυτής, θα παρείχε στοιχεία για την αποτελε-

σματικότητα της εφαρμοζόμενης θεραπευτικής προσέγγισης, τόσο στον παθολογικό τζόγο, όσο και στην αλεξιθυμία. Προβαίνοντας, τέλος, σε μια θεραπευτική πρόταση, όλες οι προαναφερθείσες τεχνικές που ως στόχο έχουν την καλύτερη επίγνωση της συναισθηματικής κατάστασης εκ μέρους του θεραπευόμενου, θα μπορούσαν να ενσωματωθούν στην εκάστοτε θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθείται για την αντιμετώπιση του παθολογικού τζόγου (ψυχοδυναμική, γνωσιακή – συμπεριφοριστική, οικογενειακή κ.ά.). Πάρα ταύτα, αυτές δεν είναι παρά μόνο υποθέσεις, οι οποίες χρήζουν περαιτέρω θεωρητικής και ερευνητικής εξέτασης.

Εν κατακλείδι, η θετική συσχέτιση μεταξύ παθολογικού τζόγου και αλεξιθυμίας φαίνεται να υποστηρίζεται από τις περισσότερες έρευνες. Ωστόσο, φαίνεται να απουσιάζει μια άρτια θεωρητική προσέγγιση τόσο για την αλληλεπίδραση, όσο και την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου. Η συλλογή περισσότερων ερευνητικών δεδομένων θα αποτελέσει ένα σημαντικό βήμα προς την κατανόηση της αλληλεξάρτησης των παραγόντων που δρουν για την εμφάνιση του παθολογικού τζόγου, γενικότερα. Επομένως, περαιτέρω μελέτη της συσχέτισης του παθολογικού τζόγου και της αλεξιθυμίας στον ελληνικό χώρο, σε παθολογικούς παίκτες κατά την έναρξη και μετά το τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας, αλλά και σε συνάφεια με επιπρόσθετες κλινικές μεταβλητές, κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη. Με αυτόν τον τρόπο, θεραπευτικά προγράμματα και θεραπευτές θα μπορέσουν να προβούν σε μια βαθύτερη κατανόηση του ατόμου και των συμπτωμάτων του, σχεδιάζοντας εξατομικευμένες, περισσότερο κατάλληλες και πιο αποτελεσματικές μεθόδους για την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση.

Βιβλιογραφία

- Αναγνωστοπούλου, Τ. & Κιοσέογλου, Γ. (2002) The Toronto Alexithymia Scale – TAS 20 [στην ελληνική γλώσσα] In: Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Editors). *Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*, σελ. 100-101. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Abbott, M.W. & Volberg R.A. (1999) *Gambling and problem gambling in the community: An international overview and critique. Report number one of the New Zealand Gaming Survey*. Wellington: Department of Internal Affairs.
- Aino, K.M., Jouko, K.S., Tapio, N., Matti, J. (2006) Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, pp. 629–635.
- Aïte, A., Barrault, S., Cassotti, M., Borst, G., Bonnaire, C., Houdé, O., Varescon, I., Moutier, S. (2014) The impact of alexithymia on pathological gamblers' decision making: a preliminary study of gamblers recruited in "sportsbook" casinos. *Cognitive and Behavioral Neurology*, June, 27 (2), pp. 59-67.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (2013) *Highlights of Changes from DSM – IV – TR to DSM 5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Badura, A.S. (2003) Theoretical and empirical exploration of the similarities between emotional numbing in posttraumatic stress disorder and alexithymia. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, pp. 349–360.
- Bagby, M., Taylor, G. & Parker, J. (1992) The revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, pp. 34–41.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A. & Taylor, G.J. (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. 1. Item selection and crossvalidation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, pp. 23–32.
- Bamonti, P.M., Marnin, B.S., Heisel, J., Topciu, R.A., Franus, N., Talbot, N.L., Duberstein, P.R. (2010) Association of alexithymia and depression symptom severity in adults 50 years of age and older. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, January, 18 (1), pp. 51–56.
- Berthoz, S., Consoli, S., Perez-Diaz, F., Jouvent, R. (1999) Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *European Psychiatry*, 14, pp. 372–378.
- Blaszczyński, A. (2003) *Τζόγος: Ξεπερνώντας το πάθος για τα τυχερά παιχνίδια: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας*. (N. Βουλαλάς, Μετάφραση). (Τίτλος πρωτοτύπου: *Overcoming Compulsive Gambling*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης: 1998). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Bonnaire, C., Bungener, C. & Varescon, I. (2009) Subtypes of French pathological gamblers: Comparison of sensation seeking, alexithymia and depression scores. *Journal of Gambling Studies*, 25 (4), pp. 455–471.
- Bonnaire C., Bungener C. & Varescon I. (2013) Alexithymia and gambling: A risk factor for all gamblers? *Journal of Gambling Studies*, 29, pp. 83–96.
- Brzenzinski, R. (1995) Two decades of the concept of alexithymia. *Psychiatric Pol.*, Jul-Aug, 29 (4), pp. 443–454.
- Carano, A., De Berardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L. (2006) Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39, pp. 332–340.
- Cosenza, M., Baldassarre, I., Matarazzo, O., Nigro, G. (2014) Youth at stake: Alexithymia, cognitive distortions and problem gambling in late adolescents. *Cognitive Computation*, 6(1), pp. 652–660.
- De Chouly De Lenclave, M.B., Florequin, C. & Bailly, D. (2001) Obesity, alexithymia, psychopathology and binge eating: A comparative study of 40 obese patients and 32 controls. *Encephale*, 27 (4), pp. 343–350.
- El Rasheed, A.H. (2001) Alexithymia in Egyptian substance abusers. *Substance Abuse*, 22, pp. 11–21.
- Fong, T.W. (2005) The biopsychosocial consequences of pathological gambling. *Psychiatry (Edgmont)*, 2 (3), pp. 22–30.
- George, S. & Murali, V. (2005) Pathological gambling: An overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, pp. 450–456.
- Goldston, R.B., Gara, M.A. & Woolfolk, R.L. (1992) Emotion differentiation. A correlate of symptom severity in major depression. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 180, pp. 712–714.
- Griffiths, M.D. (2009) *Problem gambling in Europe: An overview*. Report prepared for Apex Communications. Nottingham: Nottingham Trent University
- Griffiths, M.D. (2010) Problem gambling in Europe: What do we know? *Casino and Gaming International*, 6 (2), pp. 81–84.
- Griffiths, M.D. (2014) *Problem gambling in Great Britain: A brief review*. Report prepared for Association of British Bookmakers. Nottingham: Nottingham Trent University

- Haviland, M.G., Hendryx, M.S., Shaw, D.G., Henry, J.P. (1994): Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 35 (2), pp. 124-128.
- Hendryx, M.S., Haviland, M.G. & Shaw, D.G. (1991) Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56 (2), pp. 227-237.
- Honkalampi, K., Hintikka, J. & Tanskanen, A. (2000) Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, pp. 99-104.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J., Viinamaki, H. (2001) Alexithymia and depression: A prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, 42, pp. 229-234.
- Jacobs, D.F. (1988) Evidence for a common dissociative – like reaction among addicts. *Journal of Gambling Behaviour*, 4, pp. 27-37.
- Kauhanen, J., Julkunen, J. & Salonen, J.T. (1992) Coping with inner feelings and stress: Heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behavioral Medicine*, 18, pp. 121-126.
- Keltikangas – Järvinen, L. (1982) Alexithymia in violent offenders. *Journal of Personality Assessment*, 46, pp. 462-467.
- Kokkonen P., Karvonen J., Veijola J., Laksy K., Jokelainen J., Jarvelin M., Joukamaa M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (6), pp. 471-476.
- Lane R.D., Sechrest L., Riedel R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, November – December, 39 (6), pp. 377-385.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987) The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, pp. 1184-1188.
- Lesieur, H.R. & Rosenthal, R.J. (1991) Pathological gambling: A review of the literature. *Journal of Gambling Studies*, 7, pp. 5-39.
- Levant, R.F. (2001) Desperately seeking language: Understanding, assessing and treating normative male alexithymia. In: G.R. Brooks, G.E. Good (Eds.). *The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems and treatment approaches*, pp. 424-443. San Francisco: Jossey-Bass/Pfeiffer.
- Lumley, M.A. & Roby, K.J. (1995) Alexithymia and pathological gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63 (3-4), pp. 201-206.
- Lumley, M.A., Neely, L.C., Burger, A.J. (2007) The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, December 89 (3), pp. 230-246.
- Mattila, A.K., Salminen, J.K., Nummi, T., Joukamaa, M. (2006) Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, November 61 (5), pp. 629-635.
- Mitrovic, D.V. & Brown, J. (2009) Poker mania and problem gambling: A study of distorted cognition, motivation and alexithymia. *Journal of Gambling Studies*, 25, pp. 489-502.
- Parker, J.D.A, Bagby, R.M., Taylor, G.K., Endler, N.S., Schmitz, P. (1993) Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, pp. 221-232.
- Parker, J.D.A, Taylor, G.K. & Bagby, R.M. (2003) The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, pp. 269-275.
- Parker, J.D., Wood, L.M., Bond, B.J., Shaughnessy, P. (2005) Alexithymia in young adulthood: A risk factor for pathological gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74 (1), pp. 51-55.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J.P., Barbe, P. (2003) Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11, pp. 195-201.

- Porcelli, P., Affatati, V., Bellomo, A. (2004) Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, pp. 84–91.
- Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Aärelä, E., Toikka, T., Kauhanen, J. (1999) Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, January, 46 (1), pp. 75-82
- Serrano, J., Plaza, V., Sureda, B., de Pablo, J., Picado, C., Bardagí, S., Lamela, J., Sanchis, J. (2006) Alexithymia: A relevant psychological variable in near - fatal asthma. *European Respiratory Journal*, August, 28 (2), pp. 296-302.
- Sifneos, P.E. (1967) Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medicina Psychosomatica*, 7, pp. 1–10.
- Stinchfield, R. (2002) Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27, pp. 1–19.
- Stinchfield, R. (2003) Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 160, pp. 180–182.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1991) The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, pp. 153-164.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997) *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Toneatto, T., Lecce, J. & Bagby, M. (2009) Alexithymia and pathological gambling. *Journal of Addictive Diseases*, July 28 (3), pp. 193-198.
- Uzun, O. (2003) Alexithymia in male alcoholics: Study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44, pp. 349-352.
- Waller, E. & Scheidt, C.E. (2004) Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (3), pp. 239-247.
- Wardle, H., Moody, A., Spence, S., Orford, J., Volberg, R., Jotangia, D., Griffiths, M., Hussey, D., Dobbie, F. (2010) *The British gambling prevalence survey*. UK: National Centre for Social Research
- Zlotnick, C., Mattia, J.I., Zimmerman, M. (2001) The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, 14, pp. 177–188.
- Zonneville – Bender, M.J.S., van Goozen, S.H.M., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, A., de Wildt, M., Stevelmans, E. (2004) Emotional functioning in anorexia nervosa patients: Adolescents compared to adults. *Depression and Anxiety*, 19, pp. 35-42.

Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ
INTERNATIONAL EXPERIENCE



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

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

ΕΚΘΕΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ Η ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΤΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ: ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ¹

NENEH ROWA-DEWAR^{2,3}, AMANDA AMOS² & SARAH CUNNINGHAM-BURLEY⁴

Απόδοση στα ελληνικά ΤΣΕΛΣΥ ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ
Translation into Greek CHELSEA LAZARIDOU

Περίληψη

Ιστορικό/υπόβαθρο και στόχοι: Η ελάττωση του παθητικού καπνίσματος των παιδιών στο σπίτι είναι ένας βασικός στόχος για την εκστρατεία κατά του καπνίσματος. Ωστόσο, ελάχιστες μελέτες έχουν εκθέσει τις απόψεις και τις εμπειρίες των παιδιών. Στόχος αυτής της έρευνας είναι να διερευνήσει την εμπειρία των παιδιών που έχουν γονείς που καπνίζουν στο σπίτι και στο αυτοκίνητο και την επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών στις οποίες ζουν.

Δομή: Ατομικές και ομαδικές συνεντεύξεις με τη χρήση ερωτήσεων και οπτικές μεθόδους.

Πλαίσιο: Δύο κοινότητες στο Εδιμβούργο της Σκωτίας, η μία κοινωνικο-οικονομικά προνομιούχα και η άλλη υποβαθμισμένη.

Συμμετέχοντες: Τριάντα οκτώ παιδιά ηλικίας 10-15 ετών που έχουν ένα κοντινό συγγενικό πρόσωπο που καπνίζει.

Μετρήσεις: Focus group και συνεντεύξεις με ερωτήσεις.

Ευρήματα: Οι συμμετέχοντες και στις δύο ομάδες εξέφρασαν έντονη απέχθεια για το κάπνισμα και ανησυχία για την υγεία των καπνιζόντων. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν απροκάλυπτες και κρυφές ενέργειες αντίστασης, όπως αντιδρώντας ανοικτά στους συγγενείς τους σχετικά με το κάπνισμα, εκφράζοντας την αποστροφή τους και την ανησυχία τους, κρύβοντας ή καταστρέφοντας τσιγάρα. Σε μερικές περιπτώσεις τα παιδιά έδρασαν με τη συμβολή μη-καπνιστών γονέων και/ή των αδελφών τους. Οι ενέργειες των παιδιών περιορίζονταν όταν υπήρχε φόβος δυσάρεστων αντιδράσεων από τους γονείς, ενώ οι αντιδράσεις των γονέων φάνηκε να γίνονται εντονότερες ανάλογα με την ηλικία των παιδιών. Η αντίσταση των παιδιών εξαρτάται επίσης από την ευρύτερη κοινωνική στάση απέναντι στο κάπνισμα και από το κατά πόσο κάπνιζαν τα ίδια τα παιδιά.

-
- 1 Τίτλος Πρωτοτύπου: "Children's resistance to parents' smoking in the home and car: a qualitative study", *Addiction*, Volume 109, Issue 4, pages 645–652, April 2014
 - 2 UK Centre for Tobacco and Alcohol Studies, Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh, UK
 - 3 Διεύθυνση επικοινωνίας: UK Centre for Tobacco and Alcohol Studies, Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh, EH8 9AG, UK, email: neneh.rowa-dewar@ed.ac.uk
 - 4 Centre of Population Health Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh UK

Συμπεράσματα: Μερικά παιδιά και νέοι στο Ην. Βασίλειο, ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση, ενδέχεται να αντιδράσουν ενεργά στη συνήθεια των γονέων τους να καπνίζουν στο σπίτι και στο αυτοκίνητο, αν και ο αντίκτυπος της αντίδρασής τους μπορεί να περιοριστεί από τη θέση της οικογένειας και των κοινωνικών στάσεων.

Λέξεις κλειδιά: Αυτοκίνητο, παιδιά, σπίτι, γονείς, ποιοτικό, παθητικό κάπνισμα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πολυάριθμες αποδείξεις σχετικά με τους κινδύνους υγείας εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος, είχαν ως αποτέλεσμα την εφαρμογή νομοθεσιών για την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους σε πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων και του Ην. Βασιλείου (1), με άμεσα οφέλη για τη δημόσια υγεία (2). Τα παιδιά διαθέτουν μικρότερες αεροφόρες οδούς, ταχύτερους ρυθμούς αναπνοής και ανώριμο ανοσοποιητικό σύστημα, με αποτέλεσμα να είναι πιο ευάλωτα στις βλαβερές επιδράσεις του παθητικού καπνίσματος (3). Οι βλαβερές συνέπειες περιλαμβάνουν ένα μεγάλο εύρος ασθενειών, από παθήσεις του μέσου ωτός και λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, μέχρι παροξύνσεις άσματος και βακτηριακή μηνιγγίτιδα (4). Σε χώρες με νομοθεσία απαγόρευσης του καπνίσματος, όπως είναι το Ην. Βασίλειο, τα παιδιά εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα κυρίως στο σπίτι και στο αυτοκίνητο.

Ενώ το κάπνισμα έχει ελαττωθεί στο Ην. Βασίλειο, η μείωση αυτή παρατηρείται κυρίως σε πιο προνομιούχες κοινωνικές ομάδες, με αποτέλεσμα τη δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων σε ζητήματα που αφορούν το κάπνισμα. Η έκθεση των παιδιών στο παθητικό κάπνισμα έχει και αυτή μειωθεί (5), τα παιδιά όμως που προέρχονται από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα κινδυνεύουν περισσότερο, καθώς οι γονείς τους τείνουν να καπνίζουν περισσότερο και να μην περιορίζουν το κάπνισμα στο σπίτι (5-8). Από τα παιδιά που ζουν σε αυτές τις κοινωνικές ομάδες, μόνο το 26,3% αναφέρει ότι η κατοικία τους είναι ελεύθερη από το κάπνισμα και το 51,7% αντίστοιχα για το οικογενειακό αυτοκίνητο, ενώ τα παιδιά των υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων αναφέρουν κατά 72% ότι η κατοικία τους είναι ελεύθερη από καπνό και σε ποσοστό 83% το οικογενειακό αυτοκίνητο (9).

Οι εκστρατείες για την προώθηση της υγείας περιγράφονται ως «η επόμενη μάχη για την καταπολέμηση του καπνίσματος» (σελ. 1098, 10) και στοχεύουν σε γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας, με σκοπό τη μείωση της έκθεσης των παιδιών στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι και στο αυτοκίνητο. Η αδυναμία των παιδιών να προστατεύσουν τον εαυτό τους από το παθητικό κάπνισμα είναι επίσης ένα θέμα που έχει απασχολήσει τη διεθνή βιβλιογραφία (11). Ελάχιστες αναφορές όμως γίνονται στις μελέτες για την άποψη των παιδιών σχετικά με το παθητικό κάπνισμα. Ενώ αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει τη βαρύτητα που δίνεται στα πολύ μικρότερα παιδιά στις περισσότερες μελέτες, το κενό αυτό μπορεί να ενισχύσει υποθέσεις για παθητική στάση των παιδιών όσον αφορά τη συνήθεια των γονιών τους να καπνίζουν και τη δική τους έκθεση στον καπνό. Όσο γνωρίζουμε, μόνο δύο μελέτες έχουν εξετάσει τις εμπειρίες και τις απόψεις των παιδιών σχετικά με το γεγονός ότι οι γονείς τους καπνίζουν και το παθητικό κάπνισμα (12-15). Ενώ πραγματοποιήθηκε πριν από 20 χρόνια, η έρευνα αυτή αναφέρει τα συγκινητικά και έντονα συναισθήματα που εξέφρασαν παιδιά ηλικίας 10-14

ετών από τη Σκωτία σχετικά με το κάπνισμα (12-14). Έκδηλο ήταν το αίσθημα της αδικίας των παιδιών όταν ήταν κοντά σε ανθρώπους που κάπνιζαν, καθώς και της ανησυχίας για την υγεία των συγγενών τους.

Πιο πρόσφατα οι Woods και συνεργάτες εξέτασαν τις απόψεις των παιδιών στην Αγγλία ηλικίας 4-8 ετών σε μία έρευνα που περιλάμβανε focus group και τεχνικές που βασίζονταν στη ζωγραφική και τη γραφή κειμένου (15). Τα παιδιά και σε αυτή την έρευνα εξέφρασαν την απέχθειά τους για το κάπνισμα, ενώ ήταν ενήμερα σε κάποιο βαθμό για τους κινδύνους υγείας που απειλούσαν τα ίδια και τους καπνιστές. Τα μικρότερα παιδιά ήταν ιδιαίτερα αρνητικά με έντονη δυσαρέσκεια που συναναστρέφονταν καπνιστές, ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά έδειχναν μεγαλύτερη ανησυχία για την υγεία του καπνιστή αλλά και τη δική τους. Σχολιάζοντας τα ευρήματά τους, οι Woods, et al. (15) εξέφρασαν την έκπληξή τους σχετικά με την προφανή διστακτικότητα των συμμετεχόντων να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους στα μέλη της οικογένειας και να αναλάβουν δράση ώστε να απελευθερωθούν από αυτή την κατάσταση. Αντιθέτως, βασιζόνταν στις ενέργειες των γονιών τους να τα προστατεύσουν από το επιβλαβές περιβάλλον.

Και οι δύο έρευνες δείχνουν ότι τα παιδιά αντιδρούν στο παθητικό κάπνισμα και ότι πρόκειται για σοβαρή πηγή ανησυχίας, δεν εξετάστηκε όμως η αντίδρασή τους απέναντι στους καπνιστές γονείς τους. Αρκετά χρόνια πριν την εφαρμογή της νομοθεσίας κατά του καπνίσματος στο Ην. Βασίλειο (2006-7), οι έρευνες αυτές δεν μπορούσαν να καταγράψουν τυχόν αλλαγές στον τρόπο που αντιλαμβάνεται σήμερα η κοινή γνώμη το κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα (16).

Ενώ υπάρχει κενό στην έρευνα που ασχολείται με την αντίδραση των παιδιών στο κάπνισμα των οικείων τους, οι έρευνες που εξετάζουν τη θέση των ενηλίκων σχετικά με το κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα, υποδεικνύουν ότι τέτοιου είδους αλληλεπιδράσεις ενδέχεται να επηρεάζονται από σχέσεις ισχύος (17-22). Οι αντιδράσεις στους καπνιστές-συντρόφους περιλαμβάνουν απόπειρες πρόκλησης ενοχών, δίνοντας έμφαση στα προβλήματα υγείας που απειλούν τα παιδιά, τονίζοντας τις εντάσεις που μπορεί να προκαλέσει το κάπνισμα παρουσία παιδιών (21, 22). Σε αυτές τις έρευνες γίνονται κάποιες αναφορές στο ρόλο των παιδιών στις διαπραγματεύσεις σχετικά με το κάπνισμα, όπου οι γονείς αναφέρουν ότι τα παιδιά τους γκρινιάζουν και τους ζητούν να το κόψουν (8), τους λένε ότι «βρωμάνε» (10), ή φεύγουν από το δωμάτιο όταν εκείνοι καπνίζουν (17). Ενώ οι ενήλικοι φαίνεται να αναγνωρίζουν σε ένα βαθμό αυτές τις μορφές διαμαρτυρίας, οι θέσεις των παιδιών στη βιβλιογραφία παραμένουν έμμεσες και γενικές.

Η έρευνα που περιγράφεται εδώ είχε ως στόχο να εξετάσει περιπτώσεις παιδιών των οποίων τα μέλη της οικογένειάς τους καπνίζουν, ώστε να σχηματιστεί μία πληρέστερη εικόνα για τις διαπραγματεύσεις που γίνονται μέσα στην οικογένεια σχετικά με το κάπνισμα. Η έρευνα αυτή έγινε με βάση το σκεπτικό ότι τα παιδιά έχουν ενεργό ρόλο στη διαμόρφωση του κόσμου γύρω τους (23). Επίσης αντικατοπτρίζει την ανάγκη μιας νέας οπτικής για τη θέση και την εξουσία των παιδιών, αμφισβητώντας παλαιότερες απόψεις που θεωρούσαν τα παιδιά ευάλωτα, παθητικά και χωρίς φωνή (24), μέσα από την εξέταση των περιορισμών που τίθενται στην δυνατότητα των παιδιών να δράσουν, όπως είναι το πλαίσιο και η θέση εξουσίας που έχουν σε σχέση με τους γονείς (25, 26). Το άρθρο αυτό εξετάζει τις αντιδράσεις των παιδιών στα μέλη της οικογένειας που καπνίζουν και τους τρόπους με τους οποίους αναχαιτίζονται ή ενθαρρύνονται, ανάλογα με τον κοινωνικό περίγυρο και την επικρατούσα αντίληψη απέναντι στο κάπνισμα.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Επιλογή συμμετεχόντων

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μεταξύ του 2007-2009 από τους ερευνητές, από 38 συμμετέχοντες ηλικίας 10-15. Οι συμμετέχοντες ζούσαν σε δύο κοινότητες στο Εδιμβούργο, από δύο αντίθετες πλευρές του κοινωνικο-οικονομικού φάσματος. Η μία κοινότητα ανήκει σε μία από τις πιο υποβαθμισμένες στο Εδιμβούργο και περιλαμβάνει κυρίως οικογένειες που μένουν σε σπίτια που τους έχει παραχωρήσει η πολιτεία, με υψηλό δείκτη ανεργίας και μεγάλα ποσοστά καπνιστών. Η δεύτερη είναι από τις πλέον προνομιούχες του Εδιμβούργου, με χαμηλά ποσοστά ανεργίας και καπνίσματος. Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από τοπικές ομάδες παιδιών και νέων, 27 από την υποβαθμισμένη κοινότητα και 11 από την προνομιούχα. Τα 27 ήταν κορίτσια και τα 11 αγόρια. Τα έξι ήταν καπνιστές. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν λευκοί, γεγονός που αποτελεί ένδειξη της σύνθεσης του πληθυσμού στην περιοχή (Πίνακας 1).

Αρχικά επιλέχθηκαν παιδιά που είχαν έναν ή δύο γονείς καπνιστές. Η επιλογή των παιδιών από τις υποβαθμισμένες περιοχές αποδείχθηκε μεγάλη πρόκληση, καθώς ελάχιστα παιδιά έλεγαν ότι οι γονείς τους κάπνιζαν. Αυτό είχε ως συνέπεια να επιλεγούν για το τελικό δείγμα, τέσσερις συμμετέχοντες από τις προνομιούχες περιοχές και τέσσερις από τις υποβαθμισμένες, που είχαν άλλα μέλη της οικογένειας στο σπίτι τους που κάπνιζαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	Ηλικία		Καπνιστές	Μη καπνιστές
	10-12	13-15		
Κορίτσια				
προνομιούχα περιοχή	5	4	0	9
υποβαθμισμένη περιοχή	12	6	2	16
Αγόρια				
προνομιούχα περιοχή	2	0	0	2
υποβαθμισμένη περιοχή	2	7	4	5
Σύνολο	21	17	6	32

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα εγκρίθηκε από την Επιτροπή Δεοντολογίας Κοινωνικών Επιστημονικών Ερευνών (School of Health Social Science Research Ethics Committee), του Πανεπιστημίου του Εδιμβούργου. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν προφορικά και γραπτώς να συμμετάσχουν σε μία μελέτη για τις απόψεις και τις εμπειρίες τους σχετικά με το παθητικό κάπνισμα. Οι συμμετέχοντες υπέγραψαν ένα συμφωνητικό που αποσαφήνιζε ότι μπορούσαν να αποχωρήσουν σε οποιαδήποτε στιγμή της έρευνας. Οι γονείς και οι κηδεμόνες έλαβαν γραπτές πληροφορίες αναφορικά με την έρευνα αφότου συμφώνησαν τα παιδιά τους να συμμετάσχουν. Παράλληλα, τους δόθηκε η δυνατότητα να διακόψουν τη συμμετοχή των παιδιών οποιαδήποτε στιγμή, κάτι που κανείς δεν έκανε κανείς.

ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος σε μία συνέντευξη, η οποία ήταν ατομική, σε ζεύγη ή ομαδική με τους φίλους τους, ανάλογα με την προτίμησή τους. Συμπερασματικά πραγματοποιήθηκαν τρεις ατομικές συνεντεύξεις, τέσσερις σε ζεύγη και οκτώ ομαδικές με τρεις έως τέσσερις συμμετέχοντες. Ενώ η μέθοδος των ατομικών συνεντεύξεων συχνά προτιμάται στις ποιοτικές έρευνες (27), η εμπειρία της «ανάκρισης» μπορεί να φανεί τρομακτική στα παιδιά. Δίνοντας εναλλακτικές για τον τρόπο συμμετοχής στην έρευνα και την παρουσία φίλων, μπορεί να αντισταθμίσει εν μέρει την ασύμμετρη σχέση εξουσίας μεταξύ του ενηλίκου-ερευνητή και του παιδιού-συμμετέχοντα (28). Σχηματίζεται ένα πιο υποστηρικτικό κοινωνικό πλαίσιο όταν οι συμμετέχοντες μπορούν να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους και να συζητήσουν με τους φίλους τους (29).

Οι συνεντεύξεις διήρκεσαν 25-55 λεπτά (μέσο όρο 40 λεπτά) και περιλάμβαναν μεθόδους οπτικών ερεθισμάτων για την παρακίνηση της συζήτησης. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δείξουν μία ζωγραφιά των γονιών τους που κάπνιζαν στο σπίτι, με την παρουσία παιδιών διαφόρων ηλικιών. Τους ζητήθηκε επίσης να σχεδιάσουν το σπίτι τους, επισημαίνοντας σε ποια σημεία και ποιες ώρες επιτρεπόταν το κάπνισμα. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να εκφράσουν τις απόψεις και τις εμπειρίες τους σχετικά με τη συνήθεια των γονιών τους και άλλων μελών της οικογένειας να καπνίζουν, με το πού και πότε κάπνιζαν στο σπίτι και στο αυτοκίνητο, αλλά και το δικό τους ρόλο (αν υπήρχε) στις διαπραγματεύσεις σχετικά με το κάπνισμα και τους περιορισμούς τους. Οι συνεντεύξεις καταγράφηκαν ψηφιακά και απομαγνητοφωνήθηκαν κατά λέξη.

ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα δεδομένα αναλύθηκαν ανά θεματική. Κάθε συνέντευξη αναγνώστηκε πολλές φορές και κωδικοποιήθηκε από τους ερευνητές και στη συνέχεια έγινε κατηγοριοποίηση (30). Οι άξονες συζητήθηκαν από τους ερευνητές και η ανάλυση συμπληρώθηκε περαιτέρω μετά από συζήτηση, προκειμένου να εξεταστεί το τι προσπαθούσαν να επιτύχουν οι συμμετέχοντες με τα σχόλια τους και σε ποια επιχειρήματα στηρίζονταν. Εξετάζοντας τις θέσεις και τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, η ανάλυση επικεντρώθηκε στα κίνητρα και στη συνέπεια των συμμετεχόντων και των γονέων τους στις πρακτικές καπνίσματος και στους τρόπους με τους οποίους οι συμμετέχοντες περιέγραφαν τις αποδεκτές συμπεριφορές και έριχναν ευθύνες ή κατηγορίες (31, 32).

Όπου χρησιμοποιήθηκαν στα αποτελέσματα φράσεις των συμμετεχόντων, χρησιμοποιούνται ψευδώνυμα, όπου αναφορικά με την κοινότητα από την οποία προέρχονταν, D σημαίνει “disadvantaged”, δηλαδή υποβαθμισμένη, A σημαίνει “advantaged”, δηλαδή προνομιούχα, αν κάπνιζαν ή όχι οι συμμετέχοντες, όπου s σημαίνει “smoker”, δηλαδή καπνιστής. Τέλος αναγράφεται η ηλικία τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αιτίες αντίστασης

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες και από τις δύο περιοχές εξέφρασαν σοβαρή δυσαρέσκεια για το κάπνισμα χρησιμοποιώντας έντονο λεξιλόγιο όπως «βρωμάει» (Julia D11) και εί-
vai «απαίσιο» (Jack A11, Jennifer A14) και «πολύ δυσάρεστο» (Danielle D15). Περισσό-

τερο ανησυχούσαν για την υγεία των γονιών τους και των άλλων μελών της οικογένειας που κάπνιζαν, παρά για τη δική τους έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Οι αντιδράσεις αντίστασης εκλογικεύονταν ως πράξεις φροντίδας και προστασίας, με κίνητρο την ανησυχία τους για την υγεία των συγγενικών τους προσώπων, αν και ο τρόπος με τον οποίο αυτό εκφραζόταν αποτέλεσε θέμα συζήτησης.

Αнна Α12: Καταλαβαίνω γιατί οι άνθρωποι το κάνουν αυτό (καπνίζουν). Αλλά δε θα έπρεπε οι άνθρωποι γύρω τους, αν προσπαθούν να το κόψουν, δε θα έπρεπε να προσπαθούν να σου πουν οι άνθρωποι γύρω σου ότι σου κάνει κακό;

Catriona Α13: Ναι, να τους βοηθούν να το κόψουν, αλλά δε χρειάζεται να είναι πολύ κακοί μαζί τους.

Αнна Α12: Μα αν το κάνεις αυτό, τους παρακινείς περισσότερο να το κόψουν!

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες περιέγραψαν πράξεις ανοικτής αντιπαράθεσης αλλά και συγκαλυμμένης αντίστασης στο κάπνισμα των συγγενών τους. Οι ανοικτές αναφέρονται σε φράσεις και αντιδράσεις οι οποίες ευθέως και ανοικτά αντιδρούσαν στους συγγενείς τους που κάπνιζαν. Συγκαλυμμένες είναι οι ενέργειες των συμμετεχόντων που πραγματοποιούνταν κρυφά. Μία πορεία δράσεων ήταν εμφανής: αρχικά, πολλοί συμμετέχοντες εξέφραζαν φανερά στους συγγενείς τους την αντίθεσή τους στο κάπνισμα, και όταν αυτό είχε αποτέλεσμα, προχωρούσαν και σε πιο κρυφές ενέργειες. Οι αναφορές που ακολουθούν, εξετάζουν αυτή την κοινή πορεία, δίνοντας έμφαση σε διαφορές ανάμεσα στους συμμετέχοντες ανάλογα με την κοινότητα από την οποία προέρχονταν.

Αμφισβήτηση και ενοχοποίηση του καπνίσματος και των καπνιστών

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν ζητήσει από τους συγγενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα, τονίζοντας τη δυσάρεστη μυρωδιά και γεύση του παθητικού καπνίσματος, με εκφράσεις αηδίας στο πρόσωπο και/ή δείχνοντας στον καπνιστή ότι θα έπρεπε να αισθάνεται ντροπή ή ενοχές. Η Rebecca και ο Jack είπαν ότι έφευγαν όταν κάπνιζαν οι γονείς τους, με επικριτικό τόνο στη φωνή τους και εκφράσεις στο πρόσωπο, υποδεικνύοντας ότι αυτό ήταν μια απροκάλυπτη πράξη αποδοκιμασίας. Σε άλλες περιπτώσεις τα παιδιά κατέβαζαν τα παράθυρα του αυτοκινήτου και έβηχαν. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έβηχαν επίτηδες όταν κάποιος κάπνιζε με στόχο να του/της δημιουργήσουν ενοχές:

Ερ.: Και τι έκανε (ο μπαμπάς σου) όταν είπες ότι προσποιήθηκες ότι έβηχες όταν κάπνιζε, τι κάνει τότε;

Jack Α11: Συνεχίζει αλλά... δείχνει να νιώθει ενοχές (γέλιο).

Πιο συνηθισμένα είναι τα άμεσα αιτήματα για διακοπή του καπνίσματος, τα οποία συχνά περιγράφονται ως διαμαρτυρίες που εκφράζουν απογοήτευση και ματαίωση, ανεξάρτητα από τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Αρκετοί συμμετέχοντες και από τις δύο κοινότητες, περιέγραψαν επίμονες προσπάθειες να πείσουν τους γονείς να διακόψουν το κάπνισμα. Τέτοιες επίμονες προσπάθειες «αποδυνάμωσης» των καπνιστών, μερικές φορές επιβραβεύονταν από μικρές απόπειρες διακοπής του καπνίσματος, μικρής χρονικής διάρκειας:

Danielle D15: Το ζήτησα από τον μπαμπά μου (να διακόψει) και σταμάτησε για έξι μή-

νες και μετά ξανάρχισε. Σταμάτησε επειδή του ζητούσαμε να το σταματήσει κάθε εβδομάδα. Έλεγε «Τι θέλεις;» και εγώ έλεγα «Σταμάτα να καπνίζεις» και αυτός έλεγε «Εντάξει τότε»... και κάθε μέρα του λέγαμε «Σταμάτα να καπνίζεις».

Μερικοί συμμετέχοντες διακρίνονταν μεταξύ αυτών που αντιστέκονταν δυναμικά κατά του καπνίσματος και των καπνιστών. Για παράδειγμα, η Catriona αντέδρασε στην προσπάθεια άλλων συμμετεχόντων να προκαλέσουν το αίσθημα της ντροπής και ενοχής στους καπνιστές.

Emma A12: Εγώ απλώς συνοφρυώνομαι και γυρνάω από την άλλη.

Catriona A13: Μα αυτό θα τους κάνει να νιώσουν άσχημα!

Anna A12: Αυτό είναι το νόημα!

Emma A12: Εγώ δε θέλω τον καπνό!

Ενώ είναι προφανές ότι διστάζει να προκαλέσει το αίσθημα της ντροπής και ενοχής στους άλλους, η Catriona στη συνέχεια εκφράζει το θυμό και την απογοήτευση που ένιωσε εξαιτίας των άδειων υποσχέσεων του πατέρα της να διακόψει.

Catriona A13: [Ο μπαμπάς] λέει «Θα το κόψω αύριο, εντάξει; Και μετά έρχεται το αύριο και λέει «Σου είπα ότι θα το κόψω αύριο» και τότε εγώ του λέω «Μα αυτό το είπες χθες, παράτα με» και μετά εγώ εκνευρίζομαι και (γέλιο) ... πήγε λοιπόν και αγόρασε δύο τεράστια κουτιά και εγώ του είπα (με θυμωμένη φωνή) «Θα σε σκοτώσω» και μετά τα πετάξαμε στα σκουπίδια (γέλιο).

Σε αντίθεση με τη βραχυπρόθεσμη επιτυχία της Danielle, ο διαταγμός του πατέρα της Catriona είναι εμφανής σε πολλές περιπτώσεις. Όπως επίσης διαφαίνεται από αυτή τη μαρτυρία, ενώ αποτελούσε αιτία συγκρούσεων στην οικογένεια, οι αλληλεπιδράσεις αυτές αντιμετωπιζόνταν με γέλιο. Αυτή η κωμική έκβαση μπορεί να οφείλεται στην αντιστροφή των αναμενόμενων παραδοσιακών ρόλων παιδιού και ενηλίκου, τοποθετώντας το γονέα στη θέση του άτακτου παιδιού που πρέπει να συνετιστεί. Το χιούμορ επίσης φαίνεται να είναι και ένα μέσο για την εκτόνωση εντάσεων.

Περνώντας μηνύματα για τους κινδύνους του καπνίσματος

Άλλες προφορικές μορφές αντίδρασης διαφαίνονται μέσα από τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες περνούσαν πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος που λάμβαναν στο σχολείο και σε εκστρατείες στα Μέσα Ενημέρωσης. Δίνοντας έμφαση σε αρνητικά μηνύματα για την υγεία, μερικοί συμμετέχοντες είπαν ότι επέλεξαν τις πιο απωθητικές ή έντονες φράσεις και τις μετέφεραν στα συγγενικά τους πρόσωπα που κάπνιζαν, με την ελπίδα ότι θα τους πείσουν να διακόψουν το κάπνισμα.

Ερ.: Ζήτησες ποτέ από την αδερφή σου να μην καπνίζει;

Melissa A12: Ναι, της είπα πόσο κακό της κάνει και σταμάτησε για λίγο, και μετά... ξανάρχισε.

Ερ.: Ναι, και τι της είπες;

Melissa A12: Μετά μας μίλησαν στο σχολείο [κοιτώντας τους άλλους στην ομάδα] της είπα για όλα αυτά τα πράγματα που έχουν μέσα και σταμάτησε... αλλά μετά ξανάρχισε.

Catherine A13: Μας είπαν ότι κάθε τσιγάρο σου κόβει 11 λεπτά από τη ζωή σου.

Melissa A12: Και υπάρχουν πολλά απόβλητα μέσα [με έκφραση αηδίας].

Catherine A13: Ναι, το είπα αυτό στο θείο μου. Δεν έπιασε ! [γέλιο]

Οι προσπάθειες να κάνουν τους γονείς τους και άλλους να κόψουν το κάπνισμα ήταν υπεύθυνες και έξυπνα δομημένες αντιδράσεις στον κίνδυνο του καπνίσματος από τους περισσότερους συμμετέχοντες, ωστόσο τα μηνύματα που έλαβαν από το σχολείο για τους κινδύνους αυτούς αποτελούσαν επίσης πηγή άγχους. Για παράδειγμα, η Jennifer A14 είπε ότι ήθελε να διακόψει η μητέρα της το κάπνισμα διότι «θα μας επηρέαζε όλους πάρα πολύ ο θάνατός της».

Από την άλλη, η έλλειψη ανησυχίας για κάποιον που κάπνιζε είχε παράλληλα άμεση σχέση με την έλλειψη αντίστασης. Για παράδειγμα η Anna A12 δήλωσε ότι δεν αντιδρούσε στη μητριά της που κάπνιζε, επειδή τη μισούσε και «δε θα την ένοιαζε αν πάθαινε καρκίνο». Η δήλωση αυτή είναι πολύ έντονη, αλλά οδηγεί και αυτή στο συμπέρασμα ότι «αντιδρώ σημαίνει νοιάζομαι».

Συμμαχώντας με γονείς και αδέρφια

Αρκετοί από τους συμμετέχοντες στις προνομιούχες περιοχές περιέγραψαν συμμαχίες με τους μη-καπνιστές γονείς τους για να ασκήσουν πίεση στον καπνιστή-γονιό, ώστε να διακόψει το κάπνισμα ή να σταματήσει να καπνίζει μπροστά σε άλλα μέλη της οικογένειας. Οι μη-καπνιστές γονείς προσέδιδαν μεγαλύτερη βαρύτητα στις προσπάθειες των συμμετεχόντων, καθιστώντας τις πιο δραστικές και ίσως και πιο αποτελεσματικές, όπως στην περίπτωση του Jack:

Jack A11: Ο μπαμπάς μου [καπνίζει στο σπίτι] αλλά πάντα στην αποθήκη δίπλα στην πίσω πόρτα. Εμείς τον βάλαμε εκεί [γέλιο]!

Ερ.: [γέλιο]Εσείς τον βάλατε; Πώς το κάνατε αυτό;

Jack A11: Ναι, γιατί παλιά κάπνιζε στο μπάνιο, οπότε βάλαμε ανιχνευτή καπνού.

Αντιθέτως, οι περισσότεροι συμμετέχοντες από την υποβαθμισμένη περιοχή ήταν είτε παιδιά μονογονεϊκών οικογενειών, είτε είχαν και τους δύο γονείς καπνιστές και συχνά και παππούδες και γιαγιάδες που επίσης κάπνιζαν. Μερικοί από αυτούς τους συμμετέχοντες (και η Jennifer A14 που ακολουθεί στη συνέχεια), ανέφεραν ότι συμμαχησαν με τα αδέρφια τους εναντίον των γονιών τους που κάπνιζαν και τους ζητούσαν να διακόψουν ή τους έκρυβαν τα τσιγάρα τους.

Υπονομεύοντας κρυφά την εξουσία των γονέων

Μικρές κρυφές ενέργειες για την υπονόμηση της εξουσίας ενηλίκων ή γονέων περιγράφονταν συχνά και στις δύο κοινότητες. Μία κοινώς εφαρμοσμένη στρατηγική των παιδιών ήταν να κρύβουν ή να καταστρέφουν/να πετούν τσιγάρα.

Abigail A12: Της τα έκρυψα και με ρώτησε πού ήταν κι εγώ της είπα «δεν ξέρω» [ανασηκώνει τους ώμους και γελάει]. Τα έσπασα. Μου ζήτησε να πάω να πάρω ένα τσιγάρο από τη θεία [όνομα] γιατί καπνίζει κι εκείνη και το έσπασα κι αυτό και μετά είπα «Ωχ, έσπασε στην τσέπη μου» [γέλιο].

Κρυφές ενέργειες συχνά εμφανίζονταν μετά ανοικτές, προκειμένου να αποφευχθούν οι συνέπειες που θα είχαν οι απροκάλυπτες επιθέσεις, όπως ο θυμός ή η τιμωρία. Για παράδειγμα, η Julia D11 περιέγραψε πως έκρυβε το πακέτο με τα τσιγάρα του πατριού της κάτω από την κούνια της αδελφής της. Τα έβαζε στη θέση τους όταν πίστευε ότι μπορεί να την ανακάλυπταν, για να αποφύγει μία θυμωμένη αντίδραση.

Είναι αδύνατο να γνωρίζουμε αν αυτοί οι φόβοι για την εκδήλωση θυμού ήταν βάσιμοι. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες ανέφεραν περιστατικά όπου οι αντιδράσεις τους προκάλεσαν θυμωμένες αντιδράσεις εκ μέρους των γονέων. Για παράδειγμα, η Jennifer χρησιμοποίησε διάφορους συνδυασμούς κρυφών και ανοικτών τρόπων διαμαρτυρίας στο κάπνισμα της μητέρας της, αλλά όπως ανέφερε, κάποιες δε γίνονταν αποδεκτές καθώς μεγάλωνε:

Jennifer A14: Αυτό θα ακουστεί πολύ άσχημο, αλλά της φωνάζω. Αρκετά συχνά. Και της σπάω τα τσιγάρα της και τα κρύβω. Τους έριξα και νερό μια φορά.

Ερ.: Και τι έγινε τότε;

Jennifer A14: Εκείνη είπε «Σταμάτα!» και θύμωσε κιάλας. Βρίσκω άσχημα τον μπελά μου πια, γιατί δε θα έπρεπε να κάνω τέτοια πράγματα στην ηλικία μου, οπότε βάζω την αδερφή μου να τα κάνει, εκείνη είναι επτά, και δεν τη μαλώνουν τόσο όταν σπάει τα τσιγάρα. Της λέω πού τα βάζει και της λέω να τα κρύψει.

Αρκετοί συμμετέχοντες από την υποβαθμισμένη περιοχή επίσης ανέφεραν την εμπλοκή των μικρότερων αδελφών τους σε κρυφές ενέργειες για να αποφύγουν μία δυσάρεστη αντίδραση από τα συγγενικά τους πρόσωπα, είτε κατηγορώντας εκείνα όταν τα ανακάλυπταν, είτε ενθαρρύνοντάς τα να συμμετάσχουν, προτείνοντας απροκάλυπτες πράξεις που θα ήταν λιγότερο αποδεκτές από μεγαλύτερα παιδιά.

Περιπτώσεις αποδοχής ή έλλειψης αντίδρασης

Αρκετοί συμμετέχοντες και από τις δύο κοινότητες δεν ανέφεραν κανένα περιστατικό αντίδρασης, μεταξύ των οποίων και έξι συμμετέχοντες που καπνίζουν. Σε αντίθεση με τα υπόλοιπα, οι καπνιστές δεν ανέφεραν ποτέ αυθόρμητα την ανησυχία τους για την υγεία των καπνιστών ή όσων εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα. Όταν ερωτήθηκαν, απάντησαν ότι δεν αντιδρούσαν ή ότι το έκαναν μόνο σε ειδικές περιπτώσεις. Για παράδειγμα η Jenna D15s είπε ότι κατέβαζε τα παράθυρα του αυτοκινήτου αν κάποιος κάπνιζε εξαιτίας του περιορισμένου χώρου και αν της διαμαρτύρονταν για το κρύο έλεγε «Μην καπνίζετε τότε!». Κάποιοι είπαν ότι αντιδρούσαν σε μέλη της οικογένειας που κάπνιζαν όταν οι ίδιοι ήταν νεότεροι, όπως η Rachel που περιέγραψε το ανώφελο της προσπάθειας:

Ερ.: Ζήτησες ποτέ από τους γονείς σου να σταματήσουν;

Rachel D13s: Μπα, έλεγα μόνο στη μαμά μου να σταματήσει [στο παρελθόν] και σταματάει και μετά ξαναρχίζει. Για να είμαι ειλικρινής, δε νομίζω να σταματήσει ποτέ.

Άλλοι συμμετέχοντες από την υποβαθμισμένη περιοχή περιέγραψαν μία πιο παραδοσιακή ασύμμετρη δυναμική γονιού/παιδιού για να εξηγήσουν γιατί η αντίδραση ήταν ανώφελη, όπως διαφαίνεται στη συζήτηση που ακολουθεί:

Ερ.: Ζήτησες ποτέ από τους γονείς σου να κόψουν το κάπνισμα;

Victoria D12: Δεν το ζήτησα γιατί δεν το κόβουν!

Laura D12: Εντάξει, το έχω κάνει, αλλά...

Victoria D12: Κι εγώ, μια φορά.

Laura D12: ... αλλά δεν τους το ζητάς στα αλήθεια γιατί η μαμά σου κι ο μπαμπάς σου είναι τα αφεντικά σου, δεν είσαι εσύ το αφεντικό τους!

Victoria D12: Μπορείς να το πεις αλλά δεν ακούνε.

Ερ.: Δεν ακούνε;

Victoria D12: Μπα.

Amy D12: Στη δική μου οικογένεια τα ακούνε τα παιδιά. Και στην εκκλησία μας θέλουν πραγματικά να μάθουν τι σκεφτόμαστε, πάντα μας ρωτάνε. Όλη την ώρα.

Ερ.: Και πιστεύεις ότι θα πρέπει να ρωτάνε την άποψη των παιδιών;

Amy D12: Ναι, γιατί τα παιδιά είναι το μέλλον.

[η Victoria D12 και η Laura D12 ανταλλάζουν βλέμματα]

Victoria D12: Μα εσύ είσαι το παιδί, δεν πρέπει να κάνουν ό,τι τους λες, εσύ κάνεις ό,τι σου πουν αυτοί.

Laura D12: Είναι η οικογένειά σου, είναι τα αφεντικά σου.

Σε αντίθεση με πολλές άλλες περιπτώσεις αντίδρασης στο κάπνισμα των γονέων, η συζήτηση αυτή σκιαγραφεί τη δευτερεύουσα και μερικές φορές αδύναμη κοινωνική θέση των παιδιών.

Σε αντίθεση με τα παιδιά από την προνομιούχα περιοχή, πολλοί συμμετέχοντες από την υποβαθμισμένη περιοχή είχαν γιαγιάδες και παππούδες που κάπνιζαν και πολλοί περνούσαν μεγάλα διαστήματα μαζί τους σε καθημερινή βάση ή τα Σαββατοκύριακα. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ιεραρχία παιδιού/γονέα είναι ακόμα πιο έντονη και η αντίδραση στο κάπνισμα των παππούδων θεωρείται έλλειψη σεβασμού και ενδεχομένως να προκαλούσε ακόμα πιο δυσάρεστες αντιδράσεις από ό,τι αν ζητούσαν τους γονείς τους να διακόψουν. Ο Robbie D10 τονίζει ότι «Είναι δικό τους το σπίτι», υπαινίσσοντας ότι υπάρχει λόγος για την έλλειψη αντίδρασης. Ακόμα όμως και στα δικά τους σπίτια, οι συμμετέχοντες δεν αντιτίθενται στους παππούδες/γιαγιάδες που καπνίζουν. Μάλιστα, η ιδέα της επιβολής περιορισμών στο κάπνισμα για τους παππούδες φάνηκε σαν αστείο ή κάτι ανώφελο:

Rebecca D14: Δε μου αρέσει καθόλου να πηγαίνω στη γιαγιά γιατί είναι ...καπνίζει πολύ και ανάβει ένα τσιγάρο, το αφήνει, μπλα, μπλα, μπλα, ανάβει άλλο κι εγώ της λέω «Γιαγιά, δεν μπορώ να αναπνεύσω!» κι εκείνη μου λέει [σε υψηλή φωνή] «Εσβησα ένα πριν από 20 λεπτά». [γέλιο]

Κάποιοι συμμετέχοντες από την προνομιούχα περιοχή, όταν οι γονείς κάπνιζαν μόνο εκτός σπιτιού ή σε περιορισμένους χώρους, όπως η είσοδος της κουζίνας, δίσταζαν να αντιδράσουν. Ο δισταγμός αυτός εκφράζεται διαφορετικά, είτε γιατί δεν ανησυχούσαν για την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα (καθώς κάπνιζαν εκτός σπιτιού ή σε άλλο δωμάτιο) είτε γιατί αν αντιδρούσαν θα παραβίαζαν τα ατομικά δικαιώματα των ενηλίκων:

Ερ.: Του είπες λοιπόν ότι δε σου αρέσει που καπνίζει ...ποτέ;

Lauren A13: 'Όχι [γελάει και κοιτάζει την Jessica A12].

Ερ.: [γέλιο] Γιατί; Γιατί όχι;

Lauren A13: Εμ... γιατί αυτό θέλει να κάνει. Πάντα το κάνει γιατί το θέλει κι εγώ δε νομίζω ότι έχω το δικαίωμα να του το πω.

Ερ.: Εντάξει, και αυτό είναι γιατί θέλεις να είσαι ευγενική ή... θυμάσαι όταν είπες ότι όταν καπνίζουν κάποιοι δε θα τους έλεγες ποτέ να μην το κάνουν – αυτό είναι επειδή δε θέλεις να είσαι αγενής ή γιατί δεν το θεωρείς τόσο σημαντικό...;

[σιωπή]

Lauren A13: Οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να καπνίζουν ...

Jessica A12: ... αν το θέλουν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κυρίαρχη ιδέα της αντίδρασης που παρατηρείται στις περιπτώσεις που κατέθεσαν οι συμμετέχοντες σχετικά με το ζήτημα του καπνίσματος στο σπίτι που παρουσιάζεται σε αυτό το άρθρο, ρίχνει νέο φως στο ρόλο των παιδιών αναφορικά με τη συνήθεια των γονιών τους να καπνίζουν, ιδίως δε όταν καπνίζουν στο σπίτι. Πολλοί συμμετέχοντες που περιγράφουν δραστικές ενέργειες για να αναγκάσουν τους γονείς τους και άλλα συγγενικά τους πρόσωπα να διακόψουν το κάπνισμα, έχουν χαμηλά ποσοστά επιτυχίας, ενώ παράλληλα ο ενθουσιασμός τους μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Οι αντιστάσεις αυτές έρχονται σε μεγάλη αντίθεση με προηγούμενες έρευνες με ενήλικους συμμετέχοντες, οι οποίες θεωρούν τα παιδιά ως άβουλα θύματα του παθητικού καπνίσματος και χαρακτηρίζονται από έλλειψη αυτονομίας. Ωστόσο, ακόμα και στις περιπτώσεις των παιδιών που αντιτίθενται στο κάπνισμα των γονιών τους και άλλων συγγενικών τους προσώπων, είναι εμφανείς οι ουσιώδεις περιορισμοί στην εξουσία των παιδιών. Η εξουσία εξαρτάται από τη σχέση της με τις κανονιστικές πρακτικές, τις κοινωνικές δομές και τις ικανότητες του συγκεκριμένου ατόμου. Η αυτονομία των παιδιών δε μετριάξει την ευάλωτη θέση τους, όσον αφορά την έκθεσή τους στο παθητικό κάπνισμα ή σε σχέση με τη μειονεκτική τους θέση απέναντι στους ενήλικους. Πράγματι, οι μαρτυρίες δείχνουν την αδυναμία των παιδιών αλλά και τις ικανότητες που διαθέτουν (33) και ότι είναι συγχρόνως και παθητικά και ενεργά, ανάλογα με το πλαίσιο. Η φύση και ο αντίκτυπος της εξουσίας του ατόμου και ο τρόπος και ο βαθμός στον οποίο αυτή επιβάλλεται, φανερώνουν διαφορετικές κοινωνικές νόρμες και τη διαφορά τη σχέσης μεταξύ παιδιών και γονέων σε διαφορετικά σπίτια και διαφορετικές περιοχές.

Ενώ οι ανοικτές μορφές αντίδρασης αναφέρονταν συχνά από τους συμμετέχοντες και από τις δύο περιοχές, σπάνια είχαν διάρκεια, ίσως επειδή δεν είχαν ιδιαίτερο αποτέλεσμα και διότι θα μπορούσαν να προκαλέσουν εντάσεις και συγκρούσεις στις οικογενειακές σχέσεις.

Οι δυσάρεστες αντιδράσεις των γονέων, ή το γεγονός ότι τα παιδιά τις θεωρούσαν δεδομένες, ήταν σημαντικός λόγος για την αλλαγή της στάσης των παιδιών και /ή μειωμένων αντιστάσεων. Σε μία σαφή διατύπωση της εξουσίας των παιδιών σε σχέση με τους

ενηλίκους, μερικοί συμμετέχοντες θεωρούσαν την αντίδραση αδιανόητη ή ανώφελη. Επίσης πολλοί γονείς δε φάνηκαν να επηρεάστηκαν ιδιαίτερω από τις προσπάθειες των παιδιών τους να τους αναγκάσουν να διακόψουν το κάπνισμα. Κατά συνέπεια, η επίδραση που είχαν τα παιδιά στις συνήθειες του καπνίσματος των γονιών τους στο σπίτι και στο αυτοκίνητο φαίνεται να περιορίζεται σημαντικά από τη μεγαλύτερη εξουσία που έχουν οι γονείς. Οι περισσότεροι γονείς αντιστέκονταν στις προσπάθειες διαπραγμάτευσης από τα παιδιά τους. Η υποστήριξη από μη-καπνιστές γονείς ή αδέρφια φάνηκαν να νομιμοποιεί μερικές πράξεις αντίδρασης. Παρ' όλα αυτά, στα περισσότερα σπίτια και αυτοκίνητα οι περιορισμοί στο κάπνισμα προέρχονταν από τους ενήλικους, χωρίς τη συμμετοχή των παιδιών στον καθορισμό τους.

Το κοινωνικό πλαίσιο στην αναβαθμισμένη περιοχή, όπου το ποσοστό μη-καπνιστών γονέων και παππούδων/γιαγιάδων είναι αυξημένο, ίσως να έχει δικαιολογήσει τις πράξεις αντίδρασης των συμμετεχόντων και να έχει ενθαρρύνει πιο ευθείς μορφές αντίδρασης. Ο βαθμός εξουσίας των παιδιών σε αυτό το πλαίσιο φαίνεται να σχετίζεται με το κοινωνικό-οικονομικό status. Ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες και από τις δύο περιοχές περιέγραψαν τρόπους αποδυνάμωσης της εξουσίας των ενηλίκων αναφορικά με το κάπνισμα στο σπίτι και το αυτοκίνητο, η θέση των παιδιών στην υποβαθμισμένη περιοχή ήταν εμφανώς πιο περιορισμένη και με λιγότερες διαθέσιμες εναλλακτικές, καθώς περισσότερα μέλη της οικογένειας ήταν καπνιστές και υπήρχαν λιγότεροι περιορισμοί για το κάπνισμα στο σπίτι. Μάλιστα, έξι συμμετέχοντες από την υποβαθμισμένη περιοχή ήταν οι ίδιοι καπνιστές. Για τους συμμετέχοντες αυτούς, η έκφραση προβληματισμού και η εκδήλωση αντιδράσεων θα μπορούσε να φανεί παράλογη. Κατά συνέπεια, οι ενέργειες αντίδρασης περιορίζονταν από μία μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή προς το κάπνισμα και από το αν το παιδί κάπνιζε το ίδιο ή όχι. Και οι δύο αυτές περιπτώσεις αναφέρθηκαν μόνο στην υποβαθμισμένη περιοχή.

Οι συνεντεύξεις σε ζεύγη και σε ομάδες διευκόλυναν το διάλογο, όπου οι συμμετέχοντες κατέθεταν τις εμπειρίες τους ενθαρρύνοντας και τους άλλους να κάνουν το ίδιο. Από την άλλη πλευρά, αυτό είχε ως αποτέλεσμα κάποιοι συμμετέχοντες να σιωπήσουν, γεγονός που υποδεικνύει ότι και ανάμεσα στα παιδιά υπάρχουν διαφορές ισχύος (34). Η σιωπή κάποιων συμμετεχόντων μπορεί να αντικατοπτρίζει τη δυσκολία κάποιων παιδιών να μιλήσουν για τους γονείς τους που καπνίζουν παρουσία του ερευνητή και των συνομηλίκων τους. Συνεπώς, οι περιπτώσεις αντίδρασης μπορεί επίσης να περιορίζονται από μεθόδους και πλαίσια.

Όπως στις περισσότερες ποιοτικές έρευνες, η παρούσα ήταν περιορισμένη γεωγραφικά, εξετάζοντας ευρήματα τα οποία δεν μπορούν να γενικευτούν ευρέως. Ωστόσο, κάποια ευρήματα συμφωνούν με περιπτώσεις ενηλίκων από προηγούμενες έρευνες και δείχνουν τη διαφορετική κοινωνική αντιμετώπιση του καπνίσματος σε υποβαθμισμένες και προνομιούχες περιοχές, όπως και το ότι το θέμα των γονέων-καπνιστών δεν είναι ουδέτερο ηθικά. Περιγράφοντας τη στάση αντίδρασής τους μερικοί συμμετέχοντες, επιθυμούν να παρουσιάσουν το κίνητρό τους ως ηθικό και ότι είναι υποκινούμενοι από το ενδιαφέρον τους για την υγεία των άλλων, με τον ίδιο τρόπο που οι μητέρες περιγράφουν το υπεύθυνο κάπνισμα ως προστασία για την υγεία των παιδιών τους (10, 35). Όπως αυτές οι μητέρες, τα παιδιά-συμμετέχοντες σε αυτή την έρευνα φάνηκαν να αισθάνονται ευθύνη για την υγεία της οικογένειας, θέτοντας τις πράξεις αντίδρασης στο πλαίσιο της ανησυχίας για την υγεία των γονιών τους.

Μερικές μορφές αντίδρασης στο κάπνισμα προκαλούσαν τριβές ανάμεσα στα παιδιά και τους γονείς και η περαιτέρω ενημέρωση των παιδιών για τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος θα μπορούσε να προκαλέσει ακόμα μεγαλύτερες εντάσεις μέσα στις οικογένειες. Αντί της έλλειψης πληροφόρησης, προτείνεται η συζήτηση και ο διάλογος για το κάπνισμα στο σπίτι και το αυτοκίνητο στο πλαίσιο της σχολικής εκπαίδευσης υγείας, με έναν ευαίσθητο τρόπο που δε θα στιγματίζει τα παιδιά. Κάποιες πρωτοβουλίες σε τοπικό επίπεδο ήδη λειτουργούν σε αυτή την κατεύθυνση (36) και περιλαμβάνουν τέτοιου τύπου συζητήσεις σε σχολικά προγράμματα προώθησης της υγείας. Αξιοποιώντας το μοντέλο ενδυνάμωσης μέσω της προώθησης της υγείας, το οποίο ενισχύει τις δυνατότητες του ατόμου να αναλάβει θετικές δράσεις για την υγεία (37), τα παιδιά θα μπορούσαν να βοηθηθούν για να διαπραγματευτούν περιορισμούς για το κάπνισμα στο σπίτι και στο αυτοκίνητο, με τρόπους που θα μπορούσαν να απαλύνουν τις εντάσεις μέσα στην οικογένεια και να ευαισθητοποιήσουν σχετικά με αποτελεσματικότερους τρόπους προστασίας των παιδιών από το παθητικό κάπνισμα. Η έρευνα αυτή τονίζει επίσης τη σημασία του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου στη διευκόλυνση ή όχι αντιδράσεων κατά του καπνίσματος και της αποτελεσματικότητάς τους. Κατά συνέπεια, είναι σημαντικό να ενημερώνεται το κοινό μέσω των ΜΜΕ και των εκστρατειών κοινωνικού marketing, ιδίως στις υποβαθμισμένες περιοχές. Θα μπορούσαν να ευαισθητοποιήσουν περισσότερο σχετικά με την ανάγκη για την προστασία των παιδιών από το παθητικό κάπνισμα, και να βοηθήσουν γονείς και άλλους, να αμφισβητήσουν τις επικρατούσες κοινωνικές στάσεις απέναντι στο κάπνισμα για τη δημιουργία ενός οικογενειακού περιβάλλοντος ελεύθερου από το κάπνισμα, μία προσέγγιση στην οποία βασίστηκε η εκστρατεία «Take seven steps out» στη Βόρεια Αγγλία, όπου οι γονείς ενθαρρύνονται να σταματήσουν αυστηρώς να καπνίζουν μέσα στο σπίτι (www.take7stepsout.co.uk). (<http://take7stepsout.co.uk> Archived at WebCite® at [Http://www.webcitation.org/6Mb403x8n](http://www.webcitation.org/6Mb403x8n) 13/01/2014).

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τα παιδιά που μοιράστηκαν τις απόψεις τους μαζί μας. Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε τους Catriona Rooke, Martyn Pickersgill, Nicholas Jenkins και Amy Chandler για τα σχόλιά τους σε ένα προγενέστερο σχέδιο αυτού του άρθρου.

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO. 2011. Retrieved 12 August, 2013, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf
2. MacKay, D., Haw, S., Ayres, J., Fischbacher, C., Pell, J. Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. *New England Journal of Medicine* 2010; 363: 1139–1145.
3. Muller, T. Breaking the cycle of children's exposure to tobacco smoke. London: British Medical Association. 2007.
4. Royal College of Physicians. Passive Smoking and children: a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London, Royal College of Physicians. 2010.
5. Sims, M., Tomkins, S., Judge, K., Taylor, G., Jarvis, M., Gilmore, A. Trends in and determinants of second hand smoke exposure indexed by cotinine in children in England from 1996-2006.
6. Akthar, P., Currie, D., Currie, C. & Haw, S. Changes in child exposure to environmental tobacco smoke (CHETS) study after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *BMJ* 2007; 15: 335-545.
7. Akthar, P., Haw, S., Currie, D., Zachary, R & Currie, C. Smoking restrictions in the home and second-hand smoke exposure among primary schoolchildren before and after introduction of the Scottish smoke-free legislation. *Tobacco Control* 2009; 18: 409-15.
8. Phillips R., Amos, A., Ritchie, D., Cunningham-Burley, S. & Martin, C. Smoking in the home after the smoke-free legislation in Scotland: qualitative study. *BMJ* 2007; 335: 553-557.
9. Moore, G., Currie, D., Gilmore, G., Holliday, J., Moore, L. Socioeconomic inequalities in childhood exposure to secondhand smoke before and after smoke-free legislation in three UK countries. *Journal of Public Health*, published online March 23, 2012.
10. Holdsworth, C., Robinson, J. 'I've never ever let anyone hold the kids while they've got ciggies': moral tales of maternal smoking practices. *Sociology of Health & Illness* 2008; 30 (7): 1086–1100.
11. Robinson, J., Kirkcaldy, A. 'You think that I'm smoking and they're not': Why mothers still smoke in the home.
12. Michell, L. The family atmosphere: growing up in smoke. *Health Education Journal* 1989; 48:103-109.
13. Michell, L. Clean-air kids or ashtray kids – children's views about other people smoking. *Health Education Journal* 1989; 48:157-161.
14. Michell, L. *Growing Up in Smoke*. Pluto Press. 1990.
15. Woods, S., Springett, J., Porcellato, L. And Dugdill, L. 'Stop it, it's bad for you and me': experiences of and views on passive smoking among primary school children in Liverpool. *Health Education Research* 2005; 20: 645-655.
16. Ritchie, D., Amos, A. & Martin, C. 'But it just has that sort of feel about it, a leper' Stigma, smoke-free legislation and public health. *Nicotine and Tobacco Research* 2010; 12: 622-629.
17. Poland, B., Gastaldo, D., Pancham, A. & Ferrence, R. The interpersonal management of environmental tobacco smoke in the home: a qualitative study. *Critical Public Health* 2009; 19: 203-221.
18. Robinson, J., Ritchie, D., Amos, A., Greaves, L. & Cunningham-Burley, S. Volunteered, negotiated, enforced: family politics and the regulation of home smoking. *Sociology of Health & Illness* 2012; 33: 66–80.

19. Bottorff, J., Oliffe, J., Kelly, M., Greaves, L. Johnson, J., Ponice, P. & Chan, A. Men's business, women's work: gender influences and fathers' smoking. *Sociology of Health & Illness* 2012; 32: 583-596.
20. Bottorff, J., Kalaw, C., Johnson, J., Chambers, N., Stewart, M., Greaves, L. & Kelly, M. Unraveling smoking ties: How tobacco use is embedded in couple interactions. *Research in Nursing & Health* 2005; 28: 316-328.
21. Bottorff, J., Kalaw, C., Johnson, J., Stewart, M. Greaves, L. & Carey, J. Couple dynamics during women's tobacco reduction in pregnancy and postpartum. *Nicotine and Tobacco Research* 2006; 8 499-509.
22. Greaves, L., Kalaw, C. & Bottorff, J. Case Studies of Power and Control Related to Tobacco Use During Pregnancy. *Women's Health Issues* 2007; 17:325-332.
23. James, A. and Prout, A. *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London: Falmer Press. 1990.
24. Tisdall, K. & Punch, S. Not so 'new'? Looking critically at Childhood Studies. *Children's Geographies* 2012; 10: 249-264.
25. Bluebond-Langner, M. & Korbin, J. Challenges and Opportunities in the Anthropology of Childhoods: An Introduction to "Children, Childhoods, and Childhood Studies". *American Anthropologist* 2007; 109: 241-246.
26. Klocker, N. An example of thin agency: child domestic workers in Tanzania. In: R. Panelli, S. Punch and E. Robson (Eds.) *Global Perspectives on Rural Childhood and Youth: Young Rural Lives* (pp. 81-148). London: Routledge. 2007.
27. Morrow, V. and Richards, M. The ethics of social research with children: an overview. *Children and Society* 1996; 10:90-105.
28. Mayall, B. Conversations with children: Working with generational issues. In P. Christensen and A. James (Eds.) *Research with children: Perspectives and Practices*. Falmer Press: London. 2000.
29. Hight G. Cannabis and smoking research: interviewing young people in selfselected friendship pairs. *Health Education Research* 2003; 18: 108-118.
30. Braun, V. and Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3: 77-101.
31. Potter, J. Discourse analysis as a way of analyzing naturally occurring talk. In D. Silverman (Ed.) *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, 2nd ed. (pp. 200- 221). London: Sage. 2004.
32. Edwards, D. *Discourse and Cognition*. London: Sage. 1997.
33. Komulainen, S. The ambiguity of the child's "voice" in social research. *Childhood* 2007; 14: 11-28.
34. Christensen, P. & James, A. *Research with children: Perspectives and Practices*. : London: Falmer Press. 2000.
35. Coxhead, L. & Rhodes, T. Accounting for risk and responsibility associated with smoking among mothers of children with respiratory illness. *Sociology of Health and Illness* 2006; 28: 98-121.
36. Shaw, A., Ritchie, D., Semple, S., Turner, S., O'Donnell, R., Amos, A, Mills, L. & Wilson, I. *Reducing Children's Exposure to Second Hand Smoke in the Home. A Literature Review*. Edinburgh: ASH Scotland. 2012.
37. Green, J. & Tones, K. *Health Promotion: Planning and Strategies*. London: Sage. 2010.

ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙΤΕ ΓΙΑ ΤΟ DRINKAWARE*

JIM McCAMBRIDGE^{1,2}, KYPROS KYPRI³, PETER MILLER⁴, BEN HAWKINS² & GERARD HASTINGS^{5,6}

Απόδοση στα Ελληνικά ΤΣΕΛΣΥ ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ
Translation into Greek CHELSEA LAZARIDOU

Περίληψη

Το 2006, το πρόγραμμα Drinkaware ξεκίνησε ως φιλανθρωπική δράση στο Ηνωμένο Βασίλειο, μετά από συμφωνία μεταξύ του Ομίλου Portman και διαφόρων κυβερνητικών οργανισμών. Το παρόν δημοσίευμα εξετάζει συνοπτικά τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τους οργανισμούς εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, καθώς και τη φύση των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο του Drinkaware. Παράλληλα, πραγματεύεται τρόπους με τους οποίους θα μπορούσε να ανταποκριθεί ο τομέας της δημόσιας υγείας. Αν και οι φορείς που ανήκουν στο χώρο της καταπολέμησης των εξαρτήσεων στη Βρετανία και ο ευρύτερος τομέας της δημόσιας υγείας έχουν απομακρυνθεί από τον Όμιλο Portman, δεν έχουν κάνει το ίδιο στην περίπτωση του Drinkaware, παρά το γεγονός ότι το Drinkaware σχεδιάστηκε από τον Όμιλο Portman για να εξυπηρετήσει τα συμφέροντα της βιομηχανίας οινοπνεύματος. Οι εξελίξεις στο παρελθόν αλλά και σήμερα, καταδεικνύουν ένα πολύ υψηλό επίπεδο επιρροής της βιομηχανίας στις βρετανικές πολιτικές για το αλκοόλ. Το Drinkaware αποτελεί μηχανισμό της επιρροής αυτής. Θεωρούμε ότι η συνεργασία με φορείς της βιομηχανίας όπως το Drinkaware, εξυπηρετεί τη συγκάλυψη θεμελιωδών συγκρούσεων συμφερόντων και τη νομιμοποίηση των προσπαθειών των εταιριών να αποτρέψουν την εφαρμογή τεκμηριωμένων και αποτελεσματικών πολιτικών για το αλκοόλ. Καλούμε σε διάλογο σχετικά με τα σημαντικά αυτά διεθνώς ζητήματα και προτείνουμε να εξετάζονται προσεκτικά παρόμοιοι φορείς και σε άλλες χώρες.

Λέξεις κλειδιά: Βιομηχανία οινοπνεύματος, εταιρία, πολιτική, Ην. Βασίλειο

* Τίτλος πρωτοτύπου: "Be aware of Drinkaware", *Addiction*, Volume 109, Issue 4, pages 519–524, April 2014

- 1 Στοιχεία αλληλογραφίας: Jim McCambridge, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 15–17 Tavistock Place, London WC1H 9SH, UK. E-mail: jim.mccambridge@lshtm.ac.uk
- 2 Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
- 3 Centre for Clinical Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine and Public Health, University of Newcastle, Callaghan, New South Wales, Australia,
- 4 School of Psychology, Deakin University, Geelong, Victoria, Australia,
- 5 Institute for Social Marketing, University of Stirling, Stirling, UK
- 6 Institute for Social Marketing, The Open University, Milton Keynes, UK.

Το Drinkaware ξεκίνησε ως μία ιστοσελίδα που σχεδιάστηκε το 2004 από τον Όμιλο Portman, έναν οργανισμό παραγωγής οινοπνευματωδών ποτών, ο οποίος έχει επιχειρήσει να επηρεάσει προς όφελός του το διάλογο για τη χάραξη πολιτικών εφαρμόζοντας ένα ευρύ φάσμα τακτικών, όπως για παράδειγμα η απόπειρα δωροδοκίας ακαδημαϊκών να γράψουν ανώνυμες κριτικές για τον Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) [1-3]. Ο Όμιλος Portman διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό της στρατηγικής του 2004 της προηγούμενης κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου για τη μείωση των βλαβερών επιπτώσεων που σχετίζονται με το αλκοόλ και ήταν υπεύθυνη για την πληροφόρηση του κοινού σχετικά με το αλκοόλ [4]. Το γεγονός αυτό δέχθηκε τότε έντονη κριτική [5,6]. Το 2006, το Drinkaware καθιερώθηκε ως ξεχωριστή φιλανθρωπική δράση με στόχο τη θετική αλλαγή της στάσης του κοινού για τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και την ελαχιστοποίηση των βλαβερών επιπτώσεων της κατανάλωσής του, μετά από συμφωνία του Ομίλου Portman, του Υπουργείου Υγείας, του Υπουργείου Εσωτερικών και των διοικητικών αρχών της Σκωτίας, της Ουαλίας και της Βόρειας Ιρλανδίας [7].

Η παγκοσμιοποίηση έχει συγκεντρώσει την παραγωγή οινοπνεύματος σε ένα μικρό αριθμό πολυεθνικών εταιριών. Η αξία της αγοράς οινοπνευματωδών ποτών έφτανε το 2007 τα 979 δις δολάρια, το 40% της οποίας έλεγχαν μόνο 10 παραγωγοί [8]. Μεγάλες εταιρίες επενδύουν σοβαρά σε διάφορες δραστηριότητες για την προώθηση ευνοϊκών για τα συμφέροντά τους πολιτικών σε εθνικό και διεθνές επίπεδο [9]. Η πρόσβαση σε κείμενα που προέρχονταν από το εσωτερικό της βιομηχανίας καπνού ως αποτέλεσμα μιας δικαστικής διαμάχης στις ΗΠΑ, συμπεριλαμβανομένων της Miller Brewing Company και της Phillip Morris [10,11], αποδεικνύει ότι εταιρίες και στις δύο βιομηχανίες χρησιμοποιούν δράσεις εταιρικής κοινωνικής ευθύνης (CSR) προκειμένου να βελτιώσουν την εικόνα τους, γεγονός που στη συνέχεια τους βοηθά να έχουν πρόσβαση και να επηρεάζουν τους φορείς χάραξης πολιτικής [12].

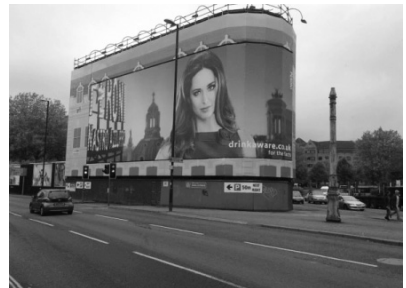
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ / ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ (SAPRO)

Κεντρικός πυρήνας των δράσεων εταιρικής κοινωνικής ευθύνης της βιομηχανίας οινοπνεύματος είναι οι οργανισμοί κοινωνικών θεμάτων/δημόσιων σχέσεων (Social Aspects/Public Relations Organizations - SAPRO) που έχουν ως στόχο να «διαχειρίζονται θέματα που ενδέχεται να απειλούν τα συμφέροντά του, ιδίως σε θέματα που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία [2]. Οι οργανισμοί αυτοί απομακρύνουν το ενδιαφέρον από στρατηγικές που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό και περιορίζουν τη διαθεσιμότητα, την τιμή και την προώθηση του αλκοόλ και τελικά τα κέρδη των εταιριών, και δίνουν βαρύτητα στην προώθηση στρατηγικών που εστιάζουν στην ατομική ευθύνη [13]. Δραστηριοποιούνται στο χώρο της χάραξης πολιτικών και της έρευνας, προπαγανδίζοντας ψευδείς ιατρικές εκθέσεις και κώδικες πρακτικής [14]. Η ανάπτυξή τους κατά την τελευταία δεκαετία είναι ραγδαία και το Drinkaware και ο Όμιλος Portman ανήκουν σε μία ευρύτερη ομάδα τουλάχιστον 40 τέτοιων οργανισμών που σχετίζονται με το αλκοόλ και λειτουργούν σήμερα σε τουλάχιστον 27 χώρες [1]. Δεν έχει γίνει συστηματική παρακολούθηση των δραστηριοτήτων των SAPRO [15], αντλούμε λοιπόν στοιχεία από την εμπειρία του SAPRO της Αυστραλίας, Drinkwise, για να συγκρίνουμε τον τρόπο λειτουργίας του με αυτόν του Drinkaware.

Το Drinkwise καθιερώθηκε το 2005 από τη βιομηχανία οινοπνεύματος και στη συνέχεια χρηματοδοτήθηκε από την κυβέρνηση της Αυστραλίας το 2006. Περιγράφεται από τον ίδιο τον οργανισμό ως «ανεξάρτητος, μη-κερδοσκοπικός οργανισμός με στόχο την προώθηση αλλαγών προς μία υγιέστερη και ασφαλέστερη κατανάλωση αλκοόλ στην Αυστραλία». Όταν του δόθηκε κρατική επιχορήγηση, οι επικριτές του ισχυρίστηκαν ότι όφειλε να υποστηρίξει τεκμηριωμένες πολιτικές για τη δημόσια υγεία [16]. Αντιθέτως, το Drinkwise πίεσε την κυβέρνηση για αναποτελεσματικά προγράμματα ενημέρωσης (το σλόγκαν του ήταν «Μάθε τα δεδομένα»), αντιδρώντας παράλληλα σε τεκμηριωμένες πολιτικές που δεν ήταν προς όφελος της βιομηχανίας[17]. Το 2009, 57 ειδικοί υγείας και επιστήμονες έγραψαν προς το Ιατρικό Περιοδικό της Αυστραλίας αντιδρώντας σε περαιτέρω κρατική χρηματοδότηση και δηλώνοντας ότι δε θα δέχονταν οι ίδιοι χρηματοδότηση από το Drinkwise [18]. Το Drinkwise απάντησε στέλνοντας ατομικές επιστολές, σε μία προσπάθεια συλλογής υπογραφών (απευθυνόμενοι μεταξύ άλλων και σε δύο συγγραφείς του παρόντος δημοσιεύματος), υποδηλώνοντας ότι η επιστολή ήταν δυσφημιστική και υπονώντας πιθανή άσκηση προσφυγής, όπως είχε πράξει η βιομηχανία καπνού [19].

ΤΙ ΚΑΝΕΙ ΤΟ DRINKAWARE;

Το Drinkaware δε χρηματοδοτείται από το δημόσιο, αν και οι δράσεις του είναι όμοιες με αυτές του Drinkwise. Είναι «ο μηχανισμός για συνεργασία κυβέρνησης-βιομηχανίας σε εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού στην Αγγλία»[7]. Η εκλεπτυσμένη ιστοσελίδα του προωθείται ευρέως στις συσκευασίες και στο εμπόριο οινοπνευματωδών ποτών, αν και δινόταν πολύ λιγότερη βαρύτητα στο περιεχόμενο (βλ. Εικόνα 1). Το Drinkaware και το Drinkwise έχουν παρόμοιες μορφές διαχείρισης, ετήσιων προϋπολογισμών και δηλωμένων στόχων. Και τα δύο έχουν ιατρούς και μέλη της εταιρίας στο Διοικητικό Συμβούλιο και ισχυρίζονται ότι παρέχουν ανεξάρτητες και τεκμηριωμένες συμβουλές στο καταναλωτικό κοινό, ιδίως για την υποστήριξη ατόμων να λάβουν αποφάσεις σχετικά με τη κατανάλωση αλκοόλ.



Εικ. 1: Προαγωγή της υγείας ή διαφήμιση για αλκοόλ;

Ο καθορισμός ελάχιστης τιμής μονάδος είναι μία πρόταση-κλειδί στην πρόσφατη πολιτική για το αλκοόλ της Βρετανίας, η οποία δέχτηκε δριμύτατη επίθεση από τομείς της βιομηχανίας [20]. Παρά τη δέσμευσή της για την ελάχιστη τιμή μονάδος, η στρατηγική της κυβέρνησης του Ην. Βασιλείου έθεσε τη συνεργασία με τη βιομηχανία οινοπνεύματος στον πυρήνα της πολιτικής [21]. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα έναν έντονο δημόσιο διάλογο σχετικά με τον καθορισμό της ελάχιστης τιμής. Ωστόσο, στην ιστοσελίδα του Drinkaware, παρά το γεγονός ότι έχει προβληθεί ως χώρος όπου το κοινό μπορεί να απευθύνεται για ενημέρωση και για στοιχεία [22], δεν υπάρχει καμία ένδειξη υποστήριξης της ελάχιστης τιμής μονάδας. Στις συζητήσεις που ακολούθησαν την ανακοίνωση για τη στρατηγική της κυβέρνησης για το αλκοόλ, αναφερόταν στην ιστοσελίδα ότι «Οι χαρούμενες στιγμές θα γίνουν λιγότερο χαρούμενες» και αναφέρεται νοσταλγικά στις «μέρες που ένα καφάσι μπίρες στοίχιζε 10 λίρες Αγγλίας» μεταξύ άλλου, αρνητικά τονισμένου και ξεπερασμένου περιεχομένου – βλ. Πίνακα 1. Το περιεχόμενο των

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑΣ DRINKAWARE

Τι είναι μονάδα; Επιβολή ελάχιστης τιμής στο αλκοόλ

Ο Επικεφαλής Ιατρικός Σύμβουλος συνιστά το αλκοόλ να έχει ελάχιστη τιμή ανά μονάδα. Αυτό πώς θα σας επηρέαζε;

Οκτώ ερωτηθέντες στους δέκα δε γνωρίζουν την ακριβή ποσότητα για τη μονάδα, όπως προτείνεται στις κυβερνητικές οδηγίες.

Ο Sir Liam Donaldson πρότεινε η ελάχιστη τιμή ανά μονάδα αλκοόλ να είναι 50 πένες για τον περιορισμό της άμετρης κατανάλωσης οινοπνεύματος. Για παράδειγμα, ένα μπουκάλι κρασί 13% που περιέχει εννέα μονάδες αλκοόλ, δε θα πρέπει να πωλείται για λιγότερο από 4.50 λίρες Αγγλίας. Οι φθηνές προωθήσεις μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ των σούπερ μάρκετ θα ακριβαίνουν και αυτές οι μέρες που ένα καφάσι μύρα στοίχιζε 10 λίρες θα ήταν πολύ μακρινή.

Επίσης οι ονομαζόμενες «Happy hours», θα γίνονταν λιγότερο «χαρούμενες». Η επιβολή της ελάχιστης τιμής μονάδας θα ήταν απαγορευτική για την προώθηση κάποιων ποτών σε παμπ και μπαρ. Για παράδειγμα, ένα ποτήρι μισού λίτρου lager μύρα, με ποσοστό αλκοόλ 5%, περιέχει σχεδόν 3 μονάδες αλκοόλ, συνεπώς με την τιμολόγηση 50 πένες για κάθε μονάδα, δε θα μπορούσε να πουληθεί για λιγότερο από 1.50 λίρα.

Τι ακριβώς είναι η μονάδα;

Ακούμε συζητήσεις για τη «μονάδα». Τι είναι ακριβώς; Δυστυχώς δεν ισούται απλά με ένα ποτό. Μία μονάδα είναι 10 mL καθαρό οινόπνευμα. Πιο απλά, θα καταναλώνετε αλκοόλ αν πίνετε 25 mL ουίσκι (40%), ή μισό ποτήρι κόκκινο κρασί (175 mL, 12%).

Πολλοί άνθρωποι δεν έχουν πραγματική εικόνα του πόσο πίνουν. Μάλιστα μία έρευνα του Drinkaware's δείχνει ότι οκτώ ερωτηθέντες στους δέκα δε γνωρίζουν την ακριβή ποσότητα για τη μονάδα, όπως προτείνεται στις κυβερνητικές οδηγίες. Προτείνεται οι άνδρες να μην πίνουν περισσότερες από 3-4 μονάδες ημερησίως και οι γυναίκες να μην ξεπερνούν τις 2-3 την ημέρα.

Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τον Υπολογιστή Ποτού για να διαπιστώσετε αν πίνετε περισσότερο από τα συνιστώμενα όρια και να βρείτε λύσεις για να ελαττώσετε την καθημερινή σας κατανάλωση αν εκπλαγείτε από τα αποτελέσματα.

Απέχουμε πολύ από την εφαρμογή της ελάχιστης τιμής;

Παραμένει ακόμα άγνωστο το αν θα εφαρμοστεί η πρόταση για ελάχιστη κοστολόγηση μονάδας αλκοόλ στις 50 πένες. Η άμεση αντίδραση του Gordon Brown στην πρόταση ήταν ότι κάτι τέτοιο θα επιβάρυνε επιπλέον αυτούς με μέτρια κατανάλωση αλκοόλ.

Η ελάχιστη τιμή μονάδα είναι θέμα έντονων συζητήσεων στο Ην. Βασίλειο. Στο Drinkaware, ο μοναδικός μας στόχος είναι να προσφέρουμε στο κοινό πληροφόρηση ώστε να αποφασίσει ποιο ρόλο θέλει να διαδραματίσει το αλκοόλ στη ζωή του. Είτε αυτό σημαίνει να καταλάβουν οι καταναλωτές τι σημαίνει «μονάδα» είτε να τους βοηθήσουμε να ελέγχουν την κατανάλωση αλκοόλ. Εμείς θα συνεχίσουμε να προσφέρουμε όλα τα στοιχεία.

**Η σελίδα αυτή δημιουργήθηκε στις 16/03/09, η τελευταία ενημέρωση έγινε στις 10/05/12 και προσηλάστηκε στις 21/11/12. Έχει αποσυρθεί λόγω επανασχεδιασμού της ιστοσελίδας.*

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: TWEETS ΑΠΟ ΤΟ DRINKAWARE

drinkaware @drinkaware 12 Οκτωβρίου 2012, 8.11 π.μ.

Είναι πιο δημοφιλής μέρα για ποτά! Το 71% των ατόμων 18–24 ετών αναφέρουν ότι θα βγουν με τους συναδέλφους τους την Παρασκευή. Βοηθητικά «tips»: <http://ow.ly/eqCpe>

drinkaware @drinkaware 31 Οκτωβρίου 2012, 7.43 π.μ.

Θέλετε να διασκεδάσετε στο χορό των μαγισσών απόψε και να μη νιώθετε σα «ζόμπυ» αύριο; Διαβάστε τα «tips» μας για το πάρτι του Halloween: <http://ow.ly/eUEV2>

μηνυμάτων-tweets του Drinkaware –βλ. Πίνακα 2– προωθεί την αντίληψη ότι η χρήση του αλκοόλ είναι φυσιολογική και παρωθεί στην κατανάλωση ακόμα και σε περιστάσεις που αυτό παραδοσιακά δε συνηθίζεται. Για παράδειγμα, δεν υπάρχει καμία παράδοση στη Βρετανία που να συνδέει το Halloween με την κατανάλωση αλκοόλ.

Το Drinkaware ισχυρίζεται ότι η φιλοσοφία του [7] αντιβαίνει στην ανάμειξή του σε θέματα πολιτικής. Όταν όμως πραγματοποιούνταν συζητήσεις στη Σκωτία σχετικά με τον καθορισμό της ελάχιστης τιμής μονάδας [23], οι έγγραφες θέσεις του Drinkaware προς την Επιτροπή Υγείας για θέματα αλκοόλ 2009-10, ισχυρίζονταν ότι: «Η αλλαγή στάσεων είναι μία διαδικασία που δεν μπορεί να συμβεί γρήγορα. Οι συνήθειες σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ στο Ην. Βασίλειο μπορούν να αλλάξουν αν χρηματοδοτηθούν επαρκώς και για αρκετά μεγάλο διάστημα εκπαιδευτικές παρεμβάσεις» [24]. Στην έρευνα της Επιτροπής Υγείας για το αλκοόλ του 2012, επαναλήφθηκαν αναίσχυντα οι ισχυρισμοί του Drinkaware για τη μη-ανάμειξη σε θέματα πολιτικής (π.χ. «Μας απαγορεύεται να μιλάμε για πολιτικές ή να πιέζουμε τις αρχές») ενώ υπήρχαν παραδείγματα που απεδείκνυαν το αντίθετο, αλλά και τη δυσπιστία μεταξύ των μελών της Επιτροπής Υγείας (βλ. ερωτήματα 86-109 στο Εν 16-18 στο [25]).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ DRINKAWARE

Το 2012 η Επιτροπή Υγείας [25] εξέφρασε σοβαρούς προβληματισμούς σχετικά με την επιρροή της βιομηχανίας στο Drinkaware και με το περιεχόμενο, τους σκοπούς και την αξία των δραστηριοτήτων του –βλ. Πίνακα 3. Στις αρχές του 2013 δημοσιεύτηκε μία επί μακρόν αναβληθείσα έκθεση σχετικά με την αποτελεσματικότητα του Drinkaware, στην οποία η Επιτροπή Υγείας ήλπιζε ότι θα αναφερόταν η «έλλειψη ανεξαρτησίας» από την επιρροή της βιομηχανίας. Την έκθεση που συνέταξε ένα «άρτιο και δημιουργικό γραφείο επικοινωνίας» [26], επέβλεψε μία πενταμελής επιτροπή, μεταξύ των οποίων ήταν ο Jeremy Beadles, ο Διευθυντής Εταιρικών Σχέσεων της Heineken στο Ην. Βασίλειο και πρώην Γενικός Διευθυντής του εμπορικού συλλόγου Οίνου και Οινοπνευματωδών (WSTA), ο οποίος είχε ηγηθεί μία έντονη προσπάθεια του WSTA να αποτρέψει την κυβέρνηση της Σκωτίας να εισαγάγει την Ελάχιστη Τιμή Μονάδος [27, 28]. Η ιστοσελίδα του Drinkaware επίσης περιγράφει ως «ανεξάρτητη έρευνα» μία αξιολόγηση της ιστοσελίδας από «μία εταιρία έρευνας και επικοινωνίας» που θεωρεί ότι ο ρόλος της είναι βοηθήσουν «τους πελάτες της να αποκτήσουν μεγαλύτερη δύναμη στην αγορά μέσα από τη χρήση καλύτερης και αποτελεσματικότερης επικοινωνίας» [29]. Και οι δύο διαφημιστικές εταιρίες έχουν συνεργαστεί στο παρελθόν με τη βιομηχανία οινοπνεύματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 2012 ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ DRINKAWARE [25]

Ο Chris Sorek τόνισε ότι το Drinkaware είναι ανεξάρτητη φιλανθρωπική δράση [80], αλλά ο ρόλος του έχει υποβαθμιστεί εξαιτίας της διασύνδεσής του με τη βιομηχανία οινοπνεύματος. Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος μας πληροφόρησε ότι η ανάμειξη του Drinkaware στην προώθηση της δημόσιας υγείας είναι σημαντικό θέμα ενδιαφέροντος. Η μορφή αυτή κοινωνικού marketing είναι αντιπαραγωγική, διότι οι εκστρατείες εταιρικής ευθύνης της βιομηχανίας οινοπνεύματος είναι λιγότερο αποτελεσματικές από άλλους τομείς, προωθούν μηνύματα που δε θίγουν το εμπόριο και που αποσπούν την προσοχή από πιο αποτελεσματικά μέτρα για τον έλεγχο της κατανάλωσης αλκοόλ.

Έχει αποδειχθεί ότι τα μηνύματα για το αλκοόλ που προέρχονται από το χώρο της βιομηχανίας, αυξάνουν τις πωλήσεις και την εικόνα των εταιριών. Αυτό συμβαίνει παρά το γεγονός ότι το κοινό αντιμετωπίζει κυνικά τα κίνητρα των εταιριών και ότι οι μη-κυβερνητικές οργανώσεις είναι πιο αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης». (παρ. 94) (σελ. 32)

Η Επιτροπή Υγείας σχολιάζει ότι:

Αν στόχος του Drinkaware είναι να συμβάλει σημαντικά στην εκπαίδευση και στην ευαισθητοποίηση τα επόμενα χρόνια, η έλλειψη ανεξαρτησίας πρέπει να αντιμετωπιστεί με τη λήψη μέτρων, όπως προτείνει η Επιτροπή (παρ. 97) (σελ. 33)

Η έκθεση αναγνωρίζει/διακρίνει «μία έντονη επιρροή από τη βιομηχανία, που οδηγεί στην υποψία ότι το Drinkaware δεν είναι πραγματικά ανεξάρτητο από τη βιομηχανία οινοπνεύματος ([2.8] στο [30]) και επικρίνει την έλλειψη σαφήνειας σχετικά με την αποστολή και την πρόθεση του Drinkaware. Δεν βρίσκει αποδείξεις «αδικαιολόγητης βιομηχανικής επιρροής» ([2.32] στο [30]). Αν και το κτήριο συστάθηκε ως βάση στοιχείων, δεν είναι ξεκάθαρο πως οι βιομηχανικοί φορείς μπορούν να συμβάλλουν σε αυτό όταν απλώς προωθούν πληροφορίες ως επαρκείς ώστε να επιφέρουν αλλαγές στην συμπεριφορά ([9.14] στο [30]). Τόσο οι βιομηχανικοί παράγοντες, όσο και οι συγγραφείς της κριτικής μεταχειρίζονται την χρηματοδότηση ως «επένδυση» και αντιμετωπίζουν την Drinkaware σαν να έχει ρητή αξία για τις εταιρίες που σχετίζονται μαζί της. Για παράδειγμα, παραπονούμενος ότι βιομηχανικοί φορείς δεν παρέχουν χρηματοδότηση στο Drinkaware, ένας από τους χρηματοδότες ανέφερε: «πάρα πολλοί οργανισμοί που χρησιμοποιούν την μάρκα Drinkaware, επωφελούνται από τις προσφορές της Drinkaware χωρίς πράγματι να έχουν προσφέρει καμία χρηματική ενίσχυση» ([12.8] στο [30]).

ΓΙΑΤΙ ΕΧΕΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟ DRINKAWARE;

Τα προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ στο Ην. Βασίλειο συνεχίζουν να αυξάνονται, ενώ στις περισσότερες χώρες της υπόλοιπης Ευρώπης μειώνονται [31]. Το Drinkaware έχει μέχρι στιγμής αποτύχει να προβεί σε συντονισμένες δράσεις για τη δημόσια υγεία ως φορέας της βιομηχανίας οινοπνεύματος. Οι δράσεις του δεν είναι αποτελεσματικές, αξιόλογος, εξαιτίας του ότι συνεχίζει το ρόλο που είχε προηγουμένως ο Όμιλος Portman, δηλαδή αυτόν της ενημέρωσης του κοινού [4]. Παρά τα αυξανόμενα προβλήματα που προκαλεί η κατανάλωση οινοπνεύματος για την υγεία και την κοινωνία της Βρετανίας, με την πίεση που ασκεί η βιομηχανία οινοπνεύματος, έχει καταφέρει να συνεργάζεται στενά με αλληπάλληλες κυβερνήσεις του Ην. Βασιλείου [32].

Ο Henry Ashworth, ο Γενικός Διευθυντής του Ομίλου Portman, ανέλαβε αυτή τη θέση αμέσως μετά τη θητεία του στην Ομάδα Μελέτης Συμπεριφορών (Behavioural Insights Team) του Υπουργικού Συμβουλίου. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η κατάσταση είναι διαφορετική στη Σκωτία, όπου έχει προχωρήσει περισσότερο η εφαρμογή της Ελάχιστης Τιμής Μονάδας. Εκεί η σημερινή κυβέρνηση δεν έχει ιδιαίτερες σχέσεις με την κυβέρνηση της Μ. Βρετανίας, ούτε με τη βιομηχανία οινοπνεύματος [23].

Έχει παρατηρηθεί ότι το κεφάλαιο σχετικά με τη συνεργασία της βιομηχανίας οινοπνεύματος στη Στρατηγική του Μαρτίου 2012 της κυβέρνησης του Ην. Βασιλείου «αποφεύγει οποιαδήποτε ενισχυμένη ρυθμιστική στάση. Παρουσιάζει έλλειψη συγκεκριμένων συστάσεων. Αντιθέτως το φιλικό προς τη βιομηχανία οινοπνεύματος περιεχόμενο δίνει έμφαση στη σημασία του αλκοόλ στην οικονομία και στην ανάγκη περιορισμού της γραφειοκρατίας, δηλαδή των περιορισμών» [21]. Ο στόχος αυτού του υλικού έγινε προφανής στο τέλος του 2012, όταν η κυβέρνηση ξεκίνησε διαβουλεύσεις για την εφαρμογή της Στρατηγικής [33]. Εκτιμήσεις περιέγραφαν διάφορους τρόπους για την αύξηση της διαθεσιμότητας του αλκοόλ σε χώρους όπως είναι τα ανθοπωλεία και οι σταθμοί στους αυτοκινητοδρόμους. Στις αρχές του 2013 αποφασίστηκε ότι δε θα εφαρμοζόταν ελάχιστη τιμή μονάδας και η αιτία ήταν η πίεση που ασκήθηκε από τη βιομηχανία οινοπνεύματος, σύμφωνα με ένα Συντηρητικό μέλος του Κοινοβουλίου με εμπειρία σε θέματα υγείας [34].

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΜΕ ΤΟ DRINKAWARE;

Εξαιτίας της μεγάλης υποστήριξης από αλληπάλληλες κυβερνήσεις του Ην. Βασιλείου, το Drinkaware έχει προσελκύσει συνεργάτες από τον ιατρικό και τον ακαδημαϊκό χώρο, και τα προϊόντα του χρησιμοποιούνται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Εκτός από τις μεμονωμένες δράσεις του Drinkaware, θα πρέπει να εξεταστεί και το ευρύτερο οικονομικό πλαίσιο. Τόσο το Drinkaware όσο και ο Όμιλος Portman, ανήκουν σε ένα παγκόσμιο δίκτυο. Οι εταιρίες δεσμεύονται νομικά να προστατεύουν τα συμφέροντα των μετόχων τους και οποιαδήποτε χρηματοδότηση δράσεων κοινωνικής εταιρικής ευθύνης, θα πρέπει υποχρεωτικά να υπηρετεί αυτή τη δέσμευση. Η βιομηχανία οινοπνεύματος πρέπει να ανακαλύψει έναν τρόπο να συγκεράσει την επιδίωξη του κέρδους μέσα από την αύξηση των πωλήσεων και δη της κατανάλωσης, με την ανάγκη των κυβερνήσεων να δραστηριοποιηθούν για τη μείωση του αυξανόμενου κόστους στην υγεία και την κοινωνία εξαιτίας του αλκοόλ. Μία πρόταση είναι η άσκηση «ήπιας πίεσης» με τη μορφή «λεπτών μορφών διαχείρισης και ελέγχου, περιορίζοντας τις διαθέσιμες επιλογές για την πολιτική επιλογή» [35]. Αυτό προϋποθέτει ένα μετα-πολιτικό σχήμα συνεργασίας, όπου οι εταιρίες κοινωνικής ευθύνης θα συνεργάζονται με τις κυβερνήσεις ώστε να μην εστιάζουν στις συγκρούσεις ανάμεσα στην οικονομία και την υγεία [35]. Οι SAPRO είναι ιδιαίτερες χρήσιμες, καθώς μπορούν να ισχυριστούν ότι οι ίδιες δεν έχουν κανένα οικονομικό συμφέρον.

Ενθαρρύνουμε τους επιτρόπους του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τους επαγγελματίες από το χώρο της υγείας και τους ακαδημαϊκούς συναδέλφους μας να εξετάσουν τη σχέση τους με το Drinkaware. Οι περισσότεροι δε θα συνεργάζονταν με τον Όμιλο Portman και θεωρούμε ότι δεν πρέπει να αντιλαμβανόμαστε ως κάτι διαφορετικό το παράγωγο του Ομίλου που είναι το Drinkaware. Εντύπωση προκαλεί η δυσαρέσκεια που εκφράζεται στην έκθεση του Drinkaware για «την απομόνωσή του στην κοινότητα για τη μείωση των δυσμενών επιδράσεων του αλκοόλ» ([2.8] στο [30]), και ότι το Drinkaware αναζητά επιστήμονες να το υποστηρίξουν (μεταξύ των οποίων και τον πρώτο υπογρά-

φοντα). Η βρετανική κοινότητα δημόσιας υγείας δε θα πρέπει να ξεχνάει τη σύσταση του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας ότι ο ρόλος των εκπροσώπων της βιομηχανίας οινοπνεύματος θα πρέπει να περιορίζεται σε αυτόν του παραγωγού, του διανομέα και του εμπόρου [36]. Συνηθισμένη τακτική των εταιριών για να επηρεάζουν πολιτικές είναι και η καλλιέργεια αμφιβολιών για δεδομένα που δεν τους συμφέρουν [37] και η δημιουργία ερίδων μεταξύ των ερευνητών [21, 38].

Η διαρκώς αυξανόμενη διεθνής βιβλιογραφία παρέχει νέα πλαίσια για την κατανόηση των εταιριών κοινωνικής ευθύνης και των δραστηριοτήτων τους [1]. Αυτές είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση της αυξημένης ανησυχίας σχετικά με τις διεθνείς δράσεις της παγκόσμιας βιομηχανίας οινοπνεύματος [39, 40]. Οι εταιρίες κοινωνικής ευθύνης συνεργάζονται μεταξύ τους και μαθαίνουν η μία από την άλλη. Το λειτουργικό μοντέλο του Ομίλου Portman/Drinkaware, σύμφωνα με το οποίο ο ρόλος για την ενημέρωση του κοινού ανήκει στην εξελιγμένη μορφή των εταιριών εταιρικής ευθύνης και επικοινωνίας, μπορεί κάλλιστα να επαναληφθεί και σε άλλες χώρες.

Οι κυβερνήσεις και οι διαδικασίες χάραξης πολιτικής είναι βασικοί στόχοι για τη βιομηχανία οινοπνεύματος [41]. Οι κοινότητες που δραστηριοποιούνται στο χώρο των εξαρτήσεων και της έρευνας για τη δημόσια υγεία θα πρέπει να εξετάζουν την επιρροή της βιομηχανίας στις πολιτικές για το αλκοόλ [42]. Θεωρούμε ότι το Drinkaware, όπως και άλλες εταιρίες κοινωνικής ευθύνης, είναι μέσα της βιομηχανίας για την υπονόμηση τεκμηριωμένων πολιτικών για τη δημόσια υγεία. Πιστεύουμε ότι δε θα έπρεπε να λαμβάνουν καμία υποστήριξη. Ο ίδιος ο Όμιλος Portman αποποιήθηκε του ρόλου της ενημέρωσης του κοινού, συνεπώς και οι εταιρίες αυτές ενδέχεται να φανούν περιπτώσεις για τη βιομηχανία οινοπνεύματος, αν δεν υπηρετούν τους στόχους της. Καλούμε τους φορείς χάραξης πολιτικής να αντιμετωπίσουν την επιρροή της βιομηχανίας στις παγκόσμιες και εθνικές πολιτικές για το αλκοόλ με μεγαλύτερη σοβαρότητα [39, 43, 44], ώστε να αντιστραφεί η αρνητική και αυξανόμενη επίδραση του αλκοόλ στη δημόσια υγεία και την κοινωνική ευημερία.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη σύνταξη αυτού του δημοσιεύματος, ο JM υποστηρίχθηκε από το «Wellcome Trust Research Career Development Fellowship in Basic Biomedical Science». Οι K.K., J.M. και B.H. χρηματοδοτήθηκαν από το «Alcohol Research UK» για να διερευνήσουν την επιρροή της βιομηχανίας οινοπνεύματος στη χάραξη πολιτικών του Ην. Βασιλείου. Ο G.H. είναι διευθυντής του κέντρου ερευνών για τον έλεγχο του καπνίσματος καθώς και μέλος της επιτροπής ερευνών για τη δημόσια υγεία. Έχει πραγματοποιήσει έρευνες, έχει συμμετάσχει σε διαβουλεύσεις σε εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς και έχει γράψει άρθρα και βιβλία για την επιρροή των επιχειρήσεων στην κοινωνία. Οι χρηματοδότες δεν είχαν κανένα ρόλο στο σχεδιασμό, τη συλλογή δεδομένων και την ανάλυση, την απόφαση για έκδοση του δημοσιεύματος ή τη σύνταξη του κειμένου. Ευχαριστούμε την Fiona Andrews για την φωτογραφία που χρησιμοποιήθηκε στην Εικ.1.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΟΣ

Οι συγγραφείς δε χρηματοδοτούνται, άμεσα ή έμμεσα, ούτε συνδέονται με άλλο τρόπο με βιομηχανίες καπνού, αλκοόλ, φαρμάκων ή τζόγου, ούτε με κανένα φυσικό πρόσωπο που να χρηματοδοτείται από κάποιον από τους προαναφερθέντες οργανισμούς.

Βιβλιογραφία

1. Babor T. F., Robaina K. Public health, academic medicine, and the alcohol industry's corporate social responsibility activities. *Am J Public Health* 2013; **103**: 206–214.
2. Babor T. F. Alcohol research and the alcoholic beverage industry: issues, concerns and conflicts of interest. *Addiction* 2009; **104**:34–47.
3. Heather N., Robertson I. *Problem Drinking*, 3rd edn. Oxford: Oxford Medical Publications; 1997.
4. Cabinet Office Prime Minister's Strategy Unit. *Alcohol Harm Reduction Strategy for England, March 2004*. London: Prime Minister's Strategy Unit; 2004.
5. Room R. Disabling the public interest: alcohol strategies and policies for England. *Addiction* 2004; **99**: 1083–1089.
6. Drummond D. C. An alcohol strategy for England: the good, the bad and the ugly. *Alcohol Alcohol* 2004; **39**: 377–379.
7. Memorandum of Understanding between the Portman Group, the Department of Health, the Home Office, Scottish Executive, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Office Re: The Drinkaware Trust. 2006. Available at:<http://www.portmangroup.org.uk/assets/documents/DrinkawareMoU.pdf> (accessed 8 October 2013).
8. Jernigan D. H. The global alcohol industry: an overview. *Addiction* 2009; **104**: 6–12.
9. Hastings G. Why corporate power is a public health priority. *BMJ* 2012; **345**: e5124.
10. Bond L., Daube M., Chikritzhs T. Access to confidential alcohol industry documents: from 'Big Tobacco' to 'Big Booze'. *Australas Med J* 2009; **1**: 1–26.
11. Daube M. Alcohol and tobacco. *Aust NZ J Public Health* 2012; **36**: 108–110.
12. Fooks G. J., Gilmore A. B., Smith K. E., Collin J., Holden C., Lee K. Corporate social responsibility and access to policy elites: an analysis of tobacco industry documents. *PLOS Med* 2012; **8**: e1001076.
13. Jernigan D. H. Global alcohol producers, science, and policy: the case of the International Center for Alcohol Policies. *Am J Public Health* 2012; **102**: 80–89.
14. Anderson P. The beverage alcohol industry's social aspects organizations: a public health warning. *Addiction* 2004; **99**:1376–1377; discussion 1380–1.
15. Smith K. E., Savell E., Gilmore A. B. What is known about tobacco industry efforts to influence tobacco tax? A systematic review of empirical studies. *Tob Control* 2013; **22**: 144–153.
16. Hall W., Room R. Assessing the wisdom of funding DrinkWise. *Med J Aust* 2006; **185**: 635–636.
17. Miller P. G., de Groot F., McKenzie S., Droste N. Alcohol industry use of social aspect public relations organisations against preventative health measures. *Addiction* 2011; **106**: 1560–1567.
18. Miller P. G., Kypri K., Chikritzhs T. N., Skov S. J., Rubin G. Health experts reject industry-backed funding for alcohol research. *Med J Aust* 2009; **190**: 713; discussion 714.
19. McGrady B. *Confronting the Tobacco Epidemic in a New Era of Trade and Investment Liberalization*. Geneva: World Health Organization; 2012.
20. Holden C., Hawkins B., McCambridge J. Cleavages and co-operation in the UK alcohol industry: a qualitative study. *BMC Public Health* 2012; **12**: 483.
21. McCambridge J. Dealing responsibly with the alcohol industry in London. *Alcohol Alcohol* 2012; **47**: 635–637.
22. Drinkaware. *Drinkaware.co.uk: For the Facts*. Available at: <https://www.drinkaware.co.uk/> (accessed 8 October 2013). (Archived at: <http://www.webcitation.org/6KDFc0Dux> on 8 October 2013).

23. Holden C., Hawkins B. 'Whisky gloss': the alcohol industry, devolution and policy communities in Scotland. *Public Policy Adm*2012; **28**: 253–273. doi: [10.1177/0952076712452290](https://doi.org/10.1177/0952076712452290).
24. The Drinkaware Trust. *Memorandum by the Drinkaware Trust (AL 56) to the House of Commons Health Committee on Alcohol*.2009. Available at: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200910/cmselect/cmhealth/151/151we17.htm> (accessed 8 October 2013). (Archived at: <http://www.webcitation.org/6KDFVChnJ8> on 8 October 2013).
25. House of Commons Health Committee. *Government's Alcohol Strategy. Third Report of Session 2012–13*. London: The Stationery Office Limited; 2012. Available at: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmhealth/132/132.pdf> (accessed 8 October 2013). (Archived at: <http://www.webcitation.org/6KEUscsyB> on 8 October 2013).
26. 23red. *23red Do.Feel.Think*. 2013. Available at: <http://www.23red.com/> (accessed 8 October 2013). (Archived at: <http://www.webcitation.org/6KDFXnhmd> on 8 October 2013).
27. The Wine and Spirit Trade Association. *Submission to the Scottish Government Consultation Changing Scotland's Relationship with Alcohol: A Discussion Paper on Our Strategic Approach*. 2008. Available at: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/11/26115423/439> (accessed 8 October 2013). (Archived at: <http://www.webcitation.org/6KDFbH95a> on 8 October 2013).
28. McCambridge J., Hawkins B., Holden C. Industry use of evidence to influence alcohol policy: a case study of submissions to the 2008 scottish government consultation. *PLOS Med* 2013; **10**: e1001431. doi: [10.1371/journal.pmed.1001431](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001431).
29. The Nursery: Research and Planning. An Outstandingly Good Brand and Communications Research Company. 2013. Available at: <http://www.the-nursery.net/> (accessed 8 October 2013). (Archived at: <http://www.webcitation.org/6KDfdH4UG> on 8 October 2013).
30. 23rd. *Independent Review of The Drinkaware Trust (2006–2012)*. 2013. Drinkaware. Available at: <https://www.drinkaware.co.uk/about-us/knowledge-bank/evaluation/independent-review-of-drinkaware> (accessed 8 October 2013). (Archived at: <http://www.webcitation.org/6KDfo7VzL> on 8 October 2013).
31. Davies S. C. *Annual report of the Chief Medical Officer, Volume 1, 2011 on the State of the Public's Health*. London: Department of Health; 2012.
32. Hawkins B., Holden C. 'Water dripping on stone'?: industry lobbying and UK alcohol policy. *Policy Polit* 2012. Available at: <http://dx.doi.org/10.1332/030557312X655440> (accessed 8 October 2013).
33. Home Office. *A Consultation on Delivering the Government's Policies to Cut Alcohol Fuelled Crime and Anti-Social Behaviour*.2012. Available at: <http://www.homeoffice.gov.uk/publications/about-us/consultations/alcohol-consultation/alcohol-consultation-document?view=Binary>: London (accessed 8 October 2013).
34. New Statesman. Sarah Wollaston: Cameron has caved in to lobbyists on minimum alcohol pricing. *New Statesman* 2013. Available at: <http://www.newstatesman.com/politics/2013/05/sarah-wollaston-cameron-has-caved-lobbyists-minimum-alcohol-pricing> (accessed 8 October 2013). (Archived at: <http://www.webcitation.org/6KDfr1BTc> on 8 October 2013).
35. Jacobsson K. G. C. Post-political regulation: soft power and post-political visions in global governance. *Crit Social* 2013; **39**:421–443.
36. World Health Organization. *Who Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Second Report WHO Technical Report Series 944*. Geneva: World Health Organization; 2007.
37. Michaels D. *Doubt is Their Product: How Industry's Assault on Science Threatens Your Health*. Oxford: Oxford University Press;2008.
38. Adams P. J., Buetow S., Rossen F. Vested interests in addiction research and policy: poisonous partnerships: health sector buy-in to arrangements with government and addictive consumption industries. *Addiction* 2010; **105**: 585–590.

39. Global Alcohol Policy Alliance. *Statement of Concern: February 8, 2013. The International Public Health Community Responds to the Global Alcohol Producers' Attempts to Implement the WHO Global Strategy on the Harmful Use of Alcohol*. 2013. Available at: <http://www.globalgapa.org/pdfs/who-statement-of-concern-080213.pdf> (accessed 8 October 2013). (Archived at: <http://www.webcitation.org/6KEV2MyRi> on 8 October 2013).
40. Chan M. WHO's response to article on doctors and the alcohol industry. *BMJ* 2013; **346**: f2647.
41. Bakke O., Endal D. Vested interests in addiction research and policy alcohol policies out of context: drinks industry supplanting government role in alcohol policies in sub-Saharan Africa. *Addiction* 2010; **105**: 22–28.
42. Hawkins B., Holden C., McCambridge J. Alcohol industry influence on UK alcohol policy: a new research agenda for public health. *Crit Public Health* 2012; **22**: 297–305.
43. Casswell S. Vested interests in addiction research and policy. Why do we not see the corporate interests of the alcohol industry as clearly as we see those of the tobacco industry? *Addiction* 2013; **108**: 680–685.
44. University of Stirling. *Health First: An Evidence-Based Strategy for the UK*. Stirling: University of Stirling; 2013. ISBN 978-1-908063-12-0. Available at: <http://www.stir.ac.uk/media/schools/management/documents/Alcoholstrategy-updated.pdf> and add (accessed 8 October 2013). (Archived at: <http://www.webcitation.org/6KEVlhq8h> on 8 October 2013).

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ
FOR THE READERS

3

ΝΕΑ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ - NEWS AND NOTES

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΕΠΙΧΕΙΡΕΙΝ

Η Αναπτυξιακή Σύμπραξη ΕΠΙΧΕΙΡΕΙΝ συστάθηκε και υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της πράξης «Δράσεις για την ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας ατόμων με προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού 2007-2013». Το πρόγραμμα συγχρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ), υπό το συντονισμό του ΚΕΘΕΑ, το οποίο αποτελεί το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης στη χώρα μας.

Η Αναπτυξιακή Σύμπραξη ΕΠΙΧΕΙΡΕΙΝ αποτελεί μια καινοτόμο συνεργασία μεταξύ των θεραπευτικών φορέων (ΚΕΘΕΑ, 18ΑΝΩ και ΟΚΑΝΑ) και των κοινωνικών φορέων (ΕΣΕΕ, ΓΣΒΕΕ, ΓΣΕΕ), με στόχο την προώθηση απεξαρτημένων και αποφυλακισμένων ατόμων στην αγορά εργασίας και τη δημιουργία μικρών ατομικών επιχειρήσεων ή/και κοινωνικών επιχειρήσεων.

Σε μια περίοδο βαθιάς ύφεσης στην αγορά, όξυνσης του προβλήματος της εξάρτησης και έντασης του κοινωνικού αποκλεισμού, η ΑΣ ΕΠΙΧΕΙΡΕΙΝ στέλνει ένα ιδιαίτερα ελπιδοφόρο μήνυμα. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, περισσότεροι από 40 ωφελούμενοι της σύμπραξης έχουν βρει δουλειά, 5 ωφελούμενοι έχουν ήδη προβεί στην έναρξη ατομικών και κοινωνικών επιχειρήσεων, ενώ ο συνολικός αριθμός των επιχειρηματικών σχεδίων που έχουν διαμορφωθεί από ωφελούμενους και βρίσκονται σε διάφορα στάδια υλοποίησης ανέρχονται σε 20. Μέσα από τη 18μηνη δράση της ΑΣ ΕΠΙΧΕΙΡΕΙΝ αναδείχθηκαν οι δυνατότητες των απεξαρτημένων για επαγγελματική και επιχειρηματική δράση και δημιουργία, όταν τους δοθεί η κατάλληλη υποστήριξη.

Στο πλαίσιο της Αναπτυξιακής Σύμπραξης ΕΠΙΧΕΙΡΕΙΝ εκδόθηκε ο οδηγός καλών πρακτικών που επιχειρεί να αναδείξει, τόσο το οργανωτικό πλαίσιο δουλειάς και προσέγγισης του θέματος της απασχόλησης για τους απεξαρτημένους συμμετέχοντες του προγράμματος, όσο και να αποτελέσει οδηγό για κάθε ενδιαφερόμενο που επιθυμεί να οργανώσει ανάλογη προσπάθεια ή υπηρεσίες. Ταυτόχρονα να μπορέσει να λειτουργήσει ως «οδηγός εφαρμογής», για ενδιαφερόμενους που επιθυμούν να αποπειραθούν εφαρμογή επιχειρηματικής ιδέας.

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Σχολείο και Χρήστες Ναρκωτικών, *Όταν οι απόβλητοι του εκπαιδευτικού συστήματος ξαναγυρίζουν στα θρανία*, του Παναγιώτη Κουτρουβίδη

Το βιβλίο αποπειράται να «διηγηθεί» τις ιστορίες πρώην χρηστών ναρκωτικών ουσιών και των γονιών τους, εστιάζοντας στη σχέση τους με την εκπαίδευση και το σχολείο. Ταυτόχρονα, μελετά, και με γλαφυρό τρόπο διατυπώνει, πιθανές αιτίες ή συσχετίσεις που αφορούν στα προβλήματα, αλλά και στις ευκαιρίες, όπως αυτά περιγράφονται από τους άμεσα εμπλεκόμενους.

Το φαινόμενο της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα, που προφανώς υπάρχει, και μπορεί να επηρεάζει λειτουργίες του σύγχρονου σχολείου. Η παραδοχή αυτή πρέπει να αποτελέσει την βάση ειλικρινούς και εκτενούς προβληματισμού στην εκπαιδευτική κοινότητα.

Η συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια, αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα, που όσο δεν αξιοποιείται γίνεται τροχοπέδη στην αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων των μαθητών.

Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν εκτεταμένα να συζητήσουν για τον παιδαγωγικό ρόλο του σύγχρονου σχολείου και τον τρόπο ή τις μεθόδους που μπορεί αυτός να οικοδομηθεί. Σε μια περίοδο, που οι εκπαιδευτικές μονάδες όλων των βαθμίδων έχουν να αντιμετωπίσουν ποικίλα νέα φαινόμενα και προβλήματα (όπως η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, τα φαινόμενα βίας, η σχολική αποτυχία, η πολυπολιτισμική πραγματικότητα, η απαξίωση του ρόλου τους από την κοινωνία) όλοι οι μέτοχοι του οφείλουν να σταθούν και να απαντήσουν στις νέες προκλήσεις.

Η οργάνωση υπηρεσιών εκπαίδευσης εντός των θεραπευτικών πλαισίων πρέπει να διατηρηθεί και να ενισχυθεί. Οι μέθοδοι, η δομή, αλλά και η κουλτούρα που διαπνέει την εκπαιδευτική παρέμβαση στα Μεταβατικά Σχολεία, αλλά και στις θεραπευτικές δομές γενικότερα, μπορούν να αποτελέσουν πηγή έμπνευσης, ιδεών και πειραματισμών, που θα μπορούσαν να ενισχύσουν το θεσμό του Δημόσιου Σχολείου.

«Αξίζει να τύχει της προσοχής μας, γιατί είναι ένα από τα λίγα κείμενα που κυκλοφορούν στο χώρο αυτό, ενώ παράλληλα αναδεικνύουν το ρόλο του σχολείου ως μηχανισμού ένταξης, παρά αποκλεισμού των διαφορετικών μαθητών. Θα έπρεπε να διαβαστεί από γονείς, εκπαιδευτικούς και θεραπευτές, καθώς και συμμετέχοντες στη λήψη αποφάσεων που καθορίζουν τις πολιτικές που αφορούν, τόσο την πρόληψη της σχολικής διαρροής, όσο και την επίτευξη της κοινωνικής επανένταξης».
(Απόσπασμα από τον πρόλογο της Άννας Τσιμπουκλή)

Ο Παναγιώτης Κουτρουβίδης γεννήθηκε στην Αθήνα το 1965 και σπούδασε Φυσική στο Πανεπιστήμιο Κρήτης. Από το 1990 εργάζεται στο ΚΕΘΕΑ ασχολούμενος με την εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση των πρώην χρηστών.

Τα τελευταία χρόνια συνεργάζεται με το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο ως Καθηγητής-Σύμβουλος στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Εκπαίδευσης Ενηλίκων. Την επιστημονική του αναζήτηση και επαγγελματική πρακτική απασχολούν θέματα εκπαιδευτικής ένταξης και επανένταξης ευάλωτων ομάδων και ειδικότερα αυτής των απεξαρτημένων.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Πριν την υποβολή του άρθρου σας, παρακαλείστε να διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω οδηγίες. Οι οδηγίες αυτές ακολουθούνται από όλα τα περιοδικά τα οποία συμμετέχουν στη Διεθνή Επιτροπή των Εκδοτών Περιοδικών για τις Εξαρτήσεις (ISAJE).

Το περιοδικό Εξαρτήσεις υιοθετεί πλήρως τη “Συμφωνία του Farmington” (Addiction, 1997, 92, 1617-1618) ή βλέπε <http://www.exartiseis.gr/> η Συμφωνία του Farmington <http://www.exartiseis.gr/CategoryView.asp?langid=el&CategoryID=4>

ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Στόχος του περιοδικού Εξαρτήσεις είναι να υπηρετήσει τη 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 ή /και παρουσίαση. 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 τη 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 φαρμακευ-

τικές βιομηχανίες, καπνοβιομηχανίες και βιομηχανίες παραγωγής αλκοόλ.

Σχετικά με τα σημεία (α) και (β): εάν στοιχεία από τη συγκεκριμένη 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 και εγγράφως 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 συνολική έκταση του άρθρου θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 6000-8000 λέξεων. Η παρουσίαση περιστατικών είναι αποδεκτή αλλά δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να υπερβαίνει τις 2000 λέξεις. Οι επιστολές δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τις 600 λέξεις.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΗ

Η υποβολή των εγγράφων πρέπει να γίνεται σε ηλεκτρονική μορφή, δισκέτα, ή CD. Θα πρέπει να είναι με γραμματσοσειρά 12 στιγμών, 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. Στο κάτω μέρος της σελίδας του τίτλου παρακαλείστε να αναφέρετε το συνολικό αριθμό λέξεων του άρθρου. Στη δεύτερη σελίδα θα αναγράφονται μόνο ο τίτλος και τα ονόματα των συγγραφέων και η περιληψη. Ολόκληρο το άρθρο, συμπεριλαμβανομένων των παραπομπών, πινάκων, στοιχείων, και λοιπού υλικού, θα πρέπει να έχει συνεχή αρίθμηση από την πρώτη σελίδα του τίτλου ως το τέλος. Επίσης, είναι σκόπιμο να αποφεύγονται οι υποσημειώσεις, όπου είναι δυνατόν.

Μπορείτε να στείλετε το άρθρο σας ταχυδρομικά στην ακόλουθη διεύθυνση:

Για το Περιοδικό Εξαρτήσεις
ΚΕΘΕΑ

Σορβόλου 24,

116 36 Αθήνα

ή με email: exartisis@kethea.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όταν πρόκειται για ερευνητικά άρθρα οι περιλήψεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν τις ακόλουθες ενότητες: Στόχοι, Σχεδιασμός, Πλαίσιο/Χώρος, 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 δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν συνήθως τις 250 λέξεις. Λέξεις κλειδιά θα πρέπει να αναφέρονται στο τέλος κάθε περιλήψης. Οι περιλήψεις θα πρέπει να αποστέλλονται στα ελληνικά και στα αγγλικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Η βιβλιογραφία και οι παραπομπές μπορούν να γίνονται είτε με το σύστημα *Harvard* είτε με το σύ-

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

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

Blane, H.T. & Leonard, K.E. (1987) Psychological Theories.... (New York Guildford Press).

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

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

1. *Cotton, N. (1987) The familial incidence of Alcoholism, Journal of Studies on Alcohol, 40, 89-116.*

2. *Merikangas, K.R. (1989) Genetics of alcoholism: a review of Human studies...*

Ανεξαρτήτως του συστήματος που θα επιλέξετε, για τους τίτλους των εφημερίδων, των περιοδικών και λοιπών εντύπων δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συντομογραφίες. Θα πρέπει να αναφέρονται οπωσδήποτε όλοι οι συγγραφείς. Ο κατάλογος της βιβλιογραφίας δεν πρέπει να είναι ασκόπως μακροσκελής, και πρέπει να περιλαμβάνει μόνο βι-

βλία και έντυπα στα οποία είναι δυνατή η πρόσβαση δια 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 με σχετική αρίθμηση. 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. 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.λ.π. 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 δέκα

ημέρες από την παραλαβή τους.

Τα άρθρα αποστέλλονται από τον εκδότη στον αναπληρωτή της έκδοσης για αναθεώρηση. Ο τελευταίος, αφού συμβουλευτεί τη συντακτική ομάδα, στέλνει τις προτάσεις του στον εκδότη. Ο εκδότης λαμβάνει την τελική απόφαση και επικοινωνεί με τους συγγραφείς. Εφόσον κριθεί θετικά από τη συντακτική ομάδα, το άρθρο προωθείται για επιστημονική επιμέλεια σε δύο έως τρεις σχολιαστές, μέλη της επιστημονικής επιτροπής του περιοδικού.

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 εξ' αιτίας μεθοδολογικών περιορισμών, θεματολογίας ή προβλημάτων στην παρουσίαση των στοιχείων.

ΑΝΤΙΤΥΠΑ

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

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ/ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Είναι όρος της παρούσας έκδοσης οι συγγραφείς να διατηρούν τα πνευματικά δικαιώματα από τα άρθρα που προσκομίζουν. Ωστόσο ο οργανισμός διατηρεί κάθε δικαίωμα 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. Οι συγγραφείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν αλλού το άρθρο μετά από τη δημοσίευσή του στο 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.

ΤΟ ΕΙΚΟΣΤΟ ΤΡΙΤΟ ΤΕΥΧΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ
ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΤΟ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟ ΤΟΥ 2014
ΣΕ 550 ΑΝΤΙΤΥΠΑ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ
ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
(ΚΕΘΕΑ)
ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ

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

Δελτίο Παραγγελίας

Θα ήθελα συνδρομή στο περιοδικό *Εξαρτήσεις* (ISSN 1109-5350) για το έτος (2 τεύχη)
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση:

.....

Πόλη: Τ.Κ.: Χώρα:

Τηλέφωνο: Fax: E-mail:

ΕΙΔΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ

Ετήσια ατομική συνδρομή € 15,00

Ετήσια συνδρομή φορέων € 20,00

Ετήσια φοιτητική συνδρομή € 10,00

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Με ταχυδρομική επιταγή

Με τραπεζική επιταγή στο όνομα ΚΕΘΕΑ

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

Μέσω Internet Banking

Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος

IBAN: **GR4801101170000011729600012**

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

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

Order Form

EXARTISIS
SCIENTIFIC JOURNAL ON ADDICTION ISSUES

SCIENTIFIC JOURNAL ON ADDICTION ISSUES

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

SUBSCRIBER DETAILS (PLEASE WRITE IN CAPITALS)

Name:

Address:

.....

City/Town: Postal Code: Country:

Telephone: Fax: E-mail:

ORDER DETAILS

Annual Personal Subscription € 15.00

Annual Agency/ Organisation Subscription € 20.00

Annual Student Subscription € 10.00

PAYMENT DETAILS

Payment enclosed by cheque, made payable to KETHEA.

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

Internet Banking
National Bank of Greece
IBAN: **GR4801101170000011729600012**

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

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

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Το περιοδικό ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ (ISSN 1109-5350) δημοσιεύεται δυο φορές το χρόνο (Μάρτιο και Οκτώβριο) από το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), Σορβόλου 24, Μετσ, 116 36, Αθήνα του οποίου και αποτελεί ιδιοκτησία. Εκδότης-Διευθυντής του περιοδικού είναι ο Γεράσιμος Νοταράς.

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ (04/2014)

Συνολικός αριθμός αντιτύπων	550
Αποστολές	361
Συνδρομές	281
Δωρεάν Διανομή	60
Βιβλιοθήκη ΚΕΘΕΑ	20
Ποσοστό ζήτησης	70%

MANAGEMENT AND CIRCULATION

The journal EXARTISEIS (ISSN 1109-5350) is owned and published twice yearly (March and October) by Therapy Centre for Dependent Individuals (KETHEA), Sorvolou 24, Mets, 116 36, Athens, Greece. Editor-in-Chief is Gerassimos Notaras.

CIRCULATION (04/2014)

Total number of copies printed	550
Distribution	361
Subscriptions	281
Free distribution	60
KETHEA-Library	20
Percent of requested circulation	70%