



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, Χάρης 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,  
Aliko 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

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

	Εκδοτικό σημείωμα - Editorial	5
	Συνέντευξη με τον Juan Parés y Plans (Corelli) Interview with Juan Parés y Plans (Corelli)	9
1	<b>ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – DRUG ADDICTION IN GREECE</b> <i>Διερεύνηση αντιλήψεων και στάσεων των εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία σχετικά με την τοξικοεξάρτηση. Δικτύωση του ΚΕΘΕΑ και του κέντρου πρόληψης των εξαρτήσεων ΣΕΙΡΙΟΣ με την Ελληνική Αστυνομία</i> Σοφία Καζαντζίδου & Ελένη Παπακώστα-Γάκη <i>Investigation of perceptions and attitudes of the employees of the Greek police force in relation to drug addiction. Networking of KETHEA and the centres for prevention of addictions with the Greek police force</i> Sophia Kazantzidou & Eleni Papakosta-Gaki	21
	<i>Συν-εκπαίδευση στελεχών θεραπείας και σωφρονιστών υπαλλήλων στην αλλαγή στάσης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης: Οργανωσιακοί φραγμοί, μηχανισμοί άμυνας, προκλήσεις και προοπτικές</i> Άννα Τσιμπουκλή & Ρέμος Αρμάος <i>Transforming the attitudes of treatment staff and correctional officers through cross-training in the drug addiction field: organizational barriers, defense mechanisms, challenges and perspectives</i> Anna Tsiboukli & Remos Armaos	43
	<i>Ομαδικoαναλυτική θεραπεία οικογένειας &amp; απεξάρτηση. Η συμβολή της ομαδικoαναλυτικής ομάδας γονέων στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης</i> Μαρία Γ. Κουρλή <i>Group-analytic family therapy and substance abuse treatment. The contribution of group-analytic parent group in addiction treatment</i> Maria G. Kourli	52
2	<b>Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ – INTERNATIONAL EXPERIENCE</b> <i>Τι έχουν δείξει οι έρευνες δύο δεκαετιών σχετικά με τις αρνητικές επιδράσεις από την ψυχαγωγική χρήση κάνναβης;</i> <i>What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?</i> Wayne Hall	79

4 *Εξαοτήσεις*

## 3

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ – FOR THE READER**

<i>Χώρος Δράσης: Κοινωνία και Τέχνη</i> Αντώνης Πάριος, Ιωάννα Βαλσαμίδου <i>Choros Drasis (Space for action): Social Arts</i> Antonis Parios, Ioanna Valsamidou	<b>115</b>
<i>Οδηγίες δημοσίευσης ποιοτικών μελετών</i> <i>Guidance for reporting qualitative manuscripts</i> Joanne Neale, Robert West	<b>120</b>
Οδηγίες προς τους συγγραφείς – Guidance to the authors	<b>123</b>

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

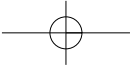
ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΠΟΥ ΑΡΧΙΖΕΙ ΕΚ ΝΕΟΥ ΜΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ για το κατάλληλο θεραπευτικό μοντέλο αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, επιλέξαμε να παρουσιάσουμε σε αυτό το τεύχος του περιοδικού την συνέντευξη που είχε παραχωρήσει ο Juan Corelli, Αντιπρόεδρος επί σειρά ετών του Centro Italiano di Solidarietà, Ρώμης, του πιο επιτυχημένου προγράμματος της Ιταλίας στο πεδίο της απεξάρτησης, στον Erick Broekaert, Καθηγητή Ορθοπαιδαγωγικής του Πανεπιστημίου Γάνδης και επίσης πρωτοπόρου της δημιουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων του Βελγίου.

Ο Corelli στη συνέντευξη αυτή θυμίζει τις ευρωπαϊκές ρίζες των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης, οι οποίες αναπτύχθηκαν με βάση το δημοκρατικό μοντέλο ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης στις αρχές της δεκαετίας του '40 αλλά και πως συνδυάζονται με το αμερικάνικο, ιεραρχημένο, στεγνό μοντέλο ΘΚ για χρήστες ουσιών όπως εξαπλώθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες μέσω πρωτοποριακών θεραπευτικών κοινοτήτων όπως το Dayton Village, το Phoenix House και το Odyssey House.

Διαβάζοντας τη συνέντευξη του, αναδεικνύονται ορισμένα σημεία που και σήμερα δε μπορεί παρά να είναι επίκαιρα. Η ανθρωπιστική προσέγγιση, η ενθάρρυνση του προσωπικού ώστε να αποκτήσει πιο κριτική ματιά, η μεγαλύτερη ελευθερία στο προσωπικό, η επιτρεπτικότητα, η παραδοχή και αποδοχή των λαθών. Όπως ο ίδιος χαρακτηριστικά ανέφερε: «...Δεν είναι υγιές να μην επιτρέπεται να αναλύσεις τα λάθη σου και να μάθεις από αυτά...».

Ο Corelli αναφέρθηκε επίσης και στην ανάγκη της δημιουργίας ενός μη-γραφειοκρατικού περιβάλλοντος, λέγοντας: «...Το πρώτο που έκανα ήταν κατά κάποιον τρόπο *θεραπεία περιβάλλοντος*. Καταρχήν έβγαλα τα γραφεία, δεν υπήρχαν πλέον γραφεία, έτσι δεν μπορούσες να δουλέψεις μόνος. Έπρεπε να δουλέψεις με την ομάδα...».

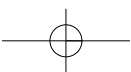
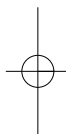
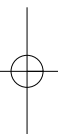
Το Centro Italiano di Solidarietà (CelS) σύμφωνα με τον Broekaert μπορεί να θεωρηθεί παράδειγμα για τον τρόπο με τον οποίο επηρέασαν ιδιαίτερα οι Maxwell Jones και Harold Bridger, ο οποίος επί σειρά ετών υπήρξε και εξωτερικός σύμβουλος του ΚΕΘΕΑ, στην ανάπτυξη των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ευρώπη. Οι έννοιες της «κοινωνικής μάθησης» και του «οργανισμού ως όλον» παραμένουν εξαιρετικής σημασίας όταν εξετάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά οποιασδήποτε θεραπευτικής κοινότητας. Οι συγγραφείς κλείνουν το άρθρο τους εστιάζοντας στις απαραίτητες «συνθήκες για την αλλαγή», που φαίνεται να είναι αναγκαίες για την ανάπτυξη οποιουδήποτε οργανισμού. Με απόδοση ορισμένων από αυτές τις συνθήκες, τις οποίες επιλέξαμε ως πιο επίκαιρες για τη σημερινή πραγματικότητα ελπίζουμε να συνεισφέρουμε στο διάλογο «αναζήτησης» και περαιτέρω εξέλιξης του θεραπευτικού μοντέλου αλλά και των οργανισμών.



6 *Εξαοτήσεις*

- Ανοικτός διάλογος σε όλα τα επίπεδα
- Κατανόηση των σημερινών κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών
- Ο χρήστης ουσιών πάντα στο επίκεντρο
- Η διεργασία της αλλαγής ως πιο σημαντική από το αποτέλεσμα
- Η διευκόλυνση της ανάπτυξης των ΘΚ σε ανοιχτό σύστημα
- Η έμφαση σε βιωματικές μαθησιακές εμπειρίες και
- Η απαλλαγή από την στείρα γραφειοκρατία

*Η εκδοτική ομάδα*



## Editorial

AT CRISIS TIMES when the discussion about the appropriate treatment model for addiction is thriving we decided to present this interview of Juan Parés y Plans (Corelli). Juan Parés y Plans was the vice-president of the most successful addiction treatment program in Italy, CeIS (Centro Italiano di Solidarietà), Rome, for a number of years. Juan Parés y Plans gave this interview to Eric Broekaert, professor of Orthopedagogics at Ghent University also a pioneer in the therapeutic communities in Belgium.

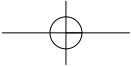
In this interview, Corelli reminds us of the European origins of treatment programs, developed under the influence of the democratic milieu- oriented psychoanalytical T.C. in the early 40s. He also talks about how the American hierarchical drug-free concept T.C. spread out in the US represented by the pioneering TCs such as Daytop Village, Phoenix House and Odyssey House influenced CeIS.

Reading his interview there are a few points, very relevant to today's situation that immediately stand out. The first point emphasizes the humanistic approach to treatment and organization management. The second, concerns staff members' reinforcement to develop a critical eye, a space of free movement to allow, accept, discuss and learn from mistakes. As Corelli said: "*...It is not healthy when you are not allowed to analyse your mistakes in order to learn from them...*".

Corelli also described the necessity to create a non-bureaucratic work environment and we quote: "*The first thing I did was –in a way– milieu-therapy. I took away the offices. There were no desks anymore, so you could not work alone. You had to work with the groups*".

According to Broekaert, CeIS may be considered as a perfect example for the development of European TCs under the influence of pioneers in group psychodynamics, such as Maxwell Jones and Harold Bridger. Harold Bridger was for many years KETHEA's supervisor. Concepts like "social learning" and "the organization as a whole" maintain their importance when trying to understand the main characteristics of any therapeutic community. The authors conclude their article, focusing on the *conditions sine qua non* for change, which seem to be essential for the development of any type of organization. Some of these conditions are highly relevant today. We offer them to you hoping to contribute to the quest for further development of the drug addiction treatment model and the relevant organisations.

- Open dialogue at all hierarchical levels
- Understanding the external environment and the current crisis
- Client-centered

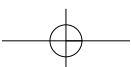
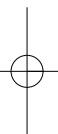


8 *Εξαοτήσεις*

- The process of change as more important than the outcome
- Facilitation of TC development towards an open system
- Emphasis on living-learning experiences
- Elimination of bureaucracy

We hope that you will enjoy this volume as much as we did.

*The editorial Group*





*Εξαορτήσεις, τεύχος 24, 2015*

**Συνέντευξη με τον JUAN PARÈS Y PLANS (CORELLI)**  
*Interview with JUAN PARÈS Y PLANS (CORELLI)*

**Π α ρ ο υ σ ί α σ η**

Ο Maxwell Jones, ο Harold Bridger και οι «δύο» Θεραπευτικές Κοινότητες: συνέντευξη με τον Juan Parés y Plans (Corelli) σχετικά με την ανάπτυξη του Centro Italiano di Solidarietà (CeIS-Ιταλικού Κέντρου Αλληλεγγύης)\*

*Vandavelde, S. and Broekaert, E., 2001*

Απόδοση στα ελληνικά ΤΖΙΝΗ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ

Translation into Greek GENIE CHRISTOFILI

**Π ε ρ ί λ η ψ η**

*Πάντοτε υπήρχε ένας διαχωρισμός ανάμεσα στις «δύο» θεραπευτικές κοινότητες: στο ευρωπαϊκό, δημοκρατικό περιβάλλον με την ψυχαναλυτική κατεύθυνση και στο αμερικάνικο, ιεραρχημένο, στεγνό μοντέλο Θεραπευτικής Κοινότητας (ΘΚ). Πολλοί συγγραφείς ωστόσο προσπάθησαν να γεφυρώσουν τις δύο προσεγγίσεις, εντοπίζοντας αρκετά κοινά τους χαρακτηριστικά, όπως είναι για παράδειγμα η έννοια της «κοινωνικής μάθησης». Ο Maxwell Jones, ο πιο γνωστός από τους πρωτοπόρους του δημοκρατικού μοντέλου ΘΚ, προσπάθησε να συνδυάσει τις δύο παραδόσεις, όχι μόνο στα συγγράμματά του αλλά και στο «πεδίο δράσης». Τα τελευταία χρόνια της ζωής του (1986-1990), εργάστηκε ως σύμβουλος στο Centro Italiano di Solidarietà (CeIS) στη Ρώμη, το οποίο δημιουργήθηκε ως ιεραρχημένη ΘΚ για χρήστες ουσιών, βάσει του αμερικάνικου μοντέλου του Daytop. Στην ανάπτυξη του CeIS σημαντικό ρόλο έπαιξαν επίσης ο Harold Bridger, ο οποίος συμμετείχε στο Δεύτερο Πείραμα του Northfield (Second Northfield Experiment) στο νοσοκομείο Hollymoor το 1944 όπου και ξεκίνησε να αναπτύσσει τις ιδέες του σχετικά με το «νοσοκομείο ως όλον» και τον «κοινωνικό σύλλογο» ('social club'), καθώς επίσης και ο Dennie Briggs, ο οποίος ανέπτυξε πρωτοποριακές θεραπευτικές κοινότητες εντός του σωφρονιστικού συστήματος (στη δεκαετία του '50). Στο άρθρο αυτό παρουσιάζεται το μεγαλύτερο μέρος μιας συνομιλίας με τον αντιπρόεδρο του CeIS, Juan Parés y Plans (Corelli), η οποία εστιάζει στο σημείο τομής του δημοκρατικού μοντέλου με το ιεραρχημένο μοντέλο ΘΚ, κατά τη δημιουργία του CeIS καθώς και στο βαθμό στον οποίο οι Maxwell Jones και Harold Bridger έπαιξαν ρόλο σε αυτό.*

---

\* Τίτλος Πρωτοτύπου: "Maxwell Jones, Harold Bridger, Dennie Briggs and the 'two' therapeutic communities: an interview with Juan Parés y Plans (Corelli) about the development of the Centro Italiano di Solidarietà (CeIS) di Roma", The Consortium for Therapeutic Communities, Volume 24, Issue 2 (summer 2003)

## 10 Εξαορτήσεις

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος θεραπευτική κοινότητα (ΘΚ) χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει αρκετούς διαφορετικούς τύπους θεραπείας (βλ. π.χ. Kennard, 1998). Γενικά όμως τονίζονται δύο βασικές παραδόσεις: το ευρωπαϊκό δημοκρατικό μοντέλο ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης, πρωτοπόρος στο οποίο ήταν ο Maxwell Jones στις αρχές της δεκαετίας του '40, και το αμερικάνικο, ιεραρχημένο, στεγνό μοντέλο ΘΚ για χρήστες ουσιών. Το μοντέλο αυτό εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στο Synanon (έτος ίδρυσης 1958, από τον Chuck Dederich) και εξαπλώθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες μέσω πρωτοποριακών θεραπευτικών κοινοτήτων όπως το Daytop Village (O'Brien, Casriel και Deitch) (βλ. π.χ. Acampora & Stern, 1992), το Phoenix House (Ramirez, Anglin και Rozenthal) και το Odyssey House (Densen-Gerber), (Broekaert, 1996). Στη δεκαετία του '70, αυτές οι κοινότητες επηρέασαν σημαντικά την ανάπτυξη των ΘΚ για χρήστες ουσιών στην Ευρώπη (Broekaert et al., 1999).

Παρόλο που αυτά τα δύο μοντέλα ΘΚ διαφέρουν σημαντικά σε ορισμένες πτυχές, μοιράζονται ωστόσο αρκετά κοινά χαρακτηριστικά. Ο Broekaert και οι συνεργάτες του (1999, p. 258) παραδείγματος χάριν αναφέρουν ότι η αρχή του 'Jones' (1984, pp. 29–35) περί κοινωνικής μάθησης θεωρείται πλέον από τις θεμελιώδεις λίθους των στεγνών ΘΚ. Αυτή η θέση ώθησε ορισμένους συγγραφείς (βλ. π.χ. Broekaert et al., 2000; Sugarman, 1984), να υποστηρίξουν ένθερμα την συνένωση των «δύο» θεραπευτικών κοινοτήτων. Εκτός από την υποστήριξη της επαναπροσέγγισης του θέματος που παρουσίασε σε αρκετά άρθρα (Jones, 1979 and 1984a), ο Maxwell Jones προσπάθησε ενεργά να γεφυρώσει την απόσταση μεταξύ του δημοκρατικού και του ιεραρχημένου μοντέλου ΘΚ.

Το 1984, το CelS [Centro Italiano di Solidarietà – μια στεγνή, ιεραρχημένη ΘΚ για (κυρίως νεαρούς) χρήστες ουσιών] διοργάνωσε το Πρώτο Παγκόσμιο Συμπόσιο (στεγνών) ΘΚ στο Castel Gandolfo (Ιταλία) (Ottenberg, 1984). Το CelS ιδρύθηκε το 1968 από τον Don Mario Picchi στη Ρώμη (Ιταλία) (Parés y Plans (Corelli), 1984; 1998; Briggs, 1993) και είχε επηρεαστεί από το Daytop Village. «Μεταφέροντας» τις ιδέες μιας ΘΚ από την Αμερική στην Ιταλική πραγματικότητα, εισήχθησαν σημαντικές καινοτομίες, όπως π.χ. η εμπλοκή του κοινωνικού δικτύου ως αξιοποιήσιμη πηγή (βλ. π.χ. Van der Straeten, 1996). Αυτό οδήγησε τον Don Mario Picchi να μιλήσει για το Πρόγραμμα Άνθρωπος ('Progetto Uomo'). Δεν είναι μέθοδος ή θεραπεία, είναι σχολείο ζωής ('una scuola di vita') που αναδύει στο επίκεντρο την ανθρώπινη υπόσταση (Picchi, 1994, p. 14). Το 'Progetto Uomo' επηρέασε σημαντικά την ανάπτυξη των θεραπευτικών κοινοτήτων στη Νότια Ευρώπη και τη Νότια Αμερική ('Proyecto Hombre') επηρεάζοντας συνεπώς και την περαιτέρω εξάπλωση των θεραπευτικών κοινοτήτων.

Στο Συμπόσιο (που διοργανώθηκε από το CelS το 1984), κλήθηκαν ως βασικοί ομιλητές οι Maxwell Jones και Harold Bridger, εκπροσωπώντας τις δημοκρατικές ΘΚ, και κατά τη διάρκεια του επακόλουθου Συνεδρίου (CelS, 1984) ο Jones έκανε μια παρουσίαση με θέμα «Οι δύο θεραπευτικές κοινότητες – μια ανασκόπηση» ('The two therapeutic communities – a review') (Jones, 1984 b). Σε αυτήν την ανακοίνωση ο Jones αναλύει τις ομοιότητες και τις διαφορές των «δύο» θεραπευτικών κοινοτήτων, καταλήγοντας ότι και οι δύο παραδόσεις έχουν να διδαχθούν πολλά η μια από την άλλη. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών της ζωής του (από το 1986 έως το 1990), ο Maxwell Jones, καθώς επίσης και ο Harold Bridger και ο Dennie Briggs προσκλήθηκαν από τον Juan Parés y Plans (Corelli), τον αντιπρόεδρο του CelS, για να εργαστούν ως σύμβου-

λοι για το CeIS. Η επίδραση (και οι συνυπάρχουσες δυσκολίες) όλων αυτών των ειδημόνων (επί του δημοκρατικού μοντέλου της ΘΚ) στον οργανισμό και στην ανάπτυξη της στεγνής ΘΚ του CeIS μπορεί να αποτελέσουν ένα εξαιρετικό παράδειγμα για το πώς «συναντήθηκαν» οι δύο παραδόσεις των ΘΚ κατά την ανάπτυξη αρκετών θεραπευτικών υπηρεσιών (δηλ. Θεραπευτικών Κοινοτήτων) σε ολόκληρη την Ευρώπη. Στόχος του παρόντος άρθρου είναι να διερευνήσει αυτές τις επιρροές και να εξετάσει εάν και σε ποιο βαθμό επηρέασαν την ανάπτυξη του CeIS και τα δύο κινήματα των ΘΚ.

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Οι συγγραφείς βρέθηκαν στις κεντρικές υπηρεσίες του CeIS στη Ρώμη<sup>1</sup> (στις 31 Μαΐου 2001), για μια συνάντηση και συνέντευξη με τον Juan Parés y Plans (Corelli). Πριν τη συνάντηση είχε αποσταλεί στον Juan Parés y Plans (Corelli) ένα κείμενο, που ανέλυε το κύριο θέμα της έρευνας ώστε να προετοιμαστεί. Επιλέξαμε εσκεμμένα να μην στείλουμε τις ερωτήσεις από πριν ώστε να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο πιθανών προκαταλήψεων. Στόχος των συγγραφέων ήταν να χρησιμοποιήσουν ερωτηματολόγιο για τη συνέντευξη του Juan Parés y Plans (Corelli), αλλά φάνηκε ότι ήταν τόσο καλά προετοιμασμένος που η συνέντευξη κατέληξε να μοιάζει με μονόλογο που κάλυψε όλες τις ερωτήσεις.

Αυτό το άρθρο είναι μια ελαφρώς τροποποιημένη<sup>2</sup> παρουσίαση του μεγαλύτερου μέρους της απομαγνητοφωνημένης συνομιλίας<sup>3</sup> σχετικά με το πώς η ανάπτυξη του CeIS επηρεάστηκε γενικά από το κίνημα της δημοκρατικής θεραπευτικής κοινότητας και από τον Maxwell Jones συγκεκριμένα. Το τροποποιημένο κείμενο της συνέντευξης (όπως χρησιμοποιήθηκε για το άρθρο) στάλθηκε στον Juan Parés y Plans (Corelli). Ταυτόχρονα, του ζητήθηκε να προσθέσει ή / και να διορθώσει ότι επιθυμούσε.

#### *Συνέντευξη με τον Juan Parés y Plans*

**Juan Parés y Plans (Corelli):** «Αυτά που λέω, είναι φυσικά, επηρεασμένα από την προσωπική μου οπτική. Κατά κάποιο τρόπο, είναι η προσωπική μου ιστορία. Όταν ξεκινήσαμε το CeIS, απευθυνθήκαμε στο Daytop των Ηνωμένων Πολιτειών και ζητήσαμε τη βοήθειά τους για να δημιουργήσουμε μια θεραπευτική κοινότητα (για εξαρτημένους). Περίμενα εξ αρχής ότι αυτό θα γινόταν με κριτικό και δημιουργικό τρόπο. Δεν δεχόμουν άκριτα ότι άκουγα, διότι πάντοτε πίστευα, (και εξακολουθώ να πιστεύω) ότι η εκπαίδευση προϋποθέτει συζήτηση. Για μένα, η μετάδοση της γνώσης, σημαίνει εκπόνηση όχι απλώς κοινοποίηση των πληροφοριών. Αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο για τις γνώσεις γύρω από τις ΘΚ, που είναι στην ουσία κάτι πολύ «απλό». Έτσι, για μένα σίγουρα η συζήτηση είναι το σημαντικότερο στοιχείο της εκπαίδευσης.

1 Centro Italiano di Solidarietà (CeIS), Via Ambrosini 129, 00147 Rome, Italy

2 Οι τροποποιήσεις που πραγματοποιήθηκαν είχαν ως αποκλειστικό στόχο να βελτιώσουν την αναγνωσιμότητα του κειμένου, χωρίς να «πειράξουν» καθόλου το περιεχόμενο της συνέντευξης. Διορθώθηκαν οι άνευ λόγου επαναλήψεις, οι λέξεις που παραλήφθηκαν από λάθος, κ.λπ. ώστε να είναι πιο σαφές το κείμενο και πιο ξεκάθαρο.

3 Το ακριβές απομαγνητοφωνημένο κείμενο φυλάσσεται στο Department of Orthopedagogics, Ghent University, Belgium

12 *Εξαορτήσεις*

Γύρω στους έξι μήνες μετά την έναρξη της συνεργασίας με το Daytop, άρχισα να απογοητεύομαι λίγο με το σύνολο του εκπαιδευτικού προγράμματος. Ενθάρρυνα τα μέλη του προσωπικού του CelS να αποκτήσουν πιο κριτική ματιά, να αναλύουν περισσότερο για ποιο λόγο έκαναν το κάθε τι. Έτσι δεν ένιωθα πλέον πολύ ικανοποιημένος με το πρόγραμμα (στο CelS), κάτι που με οδήγησε να απομακρυνθώ λίγο από το ίδιο το πρόγραμμα. Εκείνη την περίοδο ξεκίνησα να αναπτύσσω το διεθνές προφίλ του CelS, κάτι που διήρκησε ως το 1988. Πρέπει να πω ότι παρόλο που δεν ήμουν άμεσα υπεύθυνος για το πρόγραμμα πλέον, είχα πάρει μια απόσταση από το εκπαιδευτικό ινστιτούτο. Αυτό μου έδωσε την ευκαιρία να προσθέσω στοιχεία στο εκπαιδευτικό ινστιτούτο, τα οποία θα ανέτρεπαν τα πάντα, μια πιο ανθρωπιστική προσέγγιση από το μοντέλο του Daytop. Δεν θα έλεγα δημοκρατικό γιατί δεν μου αρέσει η λέξη, θα έλεγα πιο...

**Eric Broekaert:** ... ανθρώπινο;

**Juan Parés y Plans (Corelli):** Κατά τη γνώμη μου πρέπει να δουλεύει κανείς με το κεφάλι του και όχι απλά να παίζει ρόλους. Προτιμώ τα μέλη του προσωπικού να είναι διατεθειμένα να «δουλέψουν» και να «μεγαλώσουν» μέσα από τη δουλειά τους και όχι απλά να το «παίζουν» επαγγελματίες.

Πήγα τότε στο Λονδίνο και ζήτησα εποπτεία από τον Harold Bridger, το οποίο και δέχθηκε με επιφύλαξη. Εκτός από τις συναντήσεις με τον Harold, διοργάνωσα επίσης και μερικές συναντήσεις με το Tavistock στη Ρώμη: κάποιες αποκλειστικά για μέλη του προσωπικού του CelS, και άλλες ανοιχτές σε οποιονδήποτε ενδιαφερόταν. Προσωπικά προτιμούσα τις συναντήσεις που ήταν ανοιχτές στον πολύ κόσμο, γιατί αυτές οι μεγάλες συναντήσεις, ήταν κατά τη γνώμη μου, εξαιρετικές ευκαιρίες μάθησης. Αυτό ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον διότι διαρκώς αναζητούσα πράγματα που θα βοηθούσαν να αυξηθούν οι γνώσεις μας.

Μαζί με τον Harold, ο Maxwell Jones ήταν επίσης πολύτιμος σύμβουλος, όχι μόνο για το CelS ως οργανισμό, αλλά και για εμένα προσωπικά. Δυστυχώς ο Maxwell ήταν ήδη σε προχωρημένη ηλικία και δεν του ήταν εύκολο να εργάζεται σε ένα χώρο που δεν του ήταν οικείος. Ο Dennie Briggs πιθανόν να ήταν ακόμη σημαντικότερος για την ανάπτυξη του, ήταν πραγματικά καταπληκτικός! Προσπάθησα να τον κρατήσω ως δια βίου σύμβουλο αλλά τελικά συνειδητοποίησα ότι αυτό δεν ήταν το επιθυμητό. Όλοι βρίσκονται σε μια διαρκή εξέλιξη. Πιστεύω ότι οι άνθρωποι δεν μπορούν να μοιράζονται πλήρως τις ίδιες πεποιθήσεις ενός οργανισμού για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα. Φυσικά κατανώ τις κριτικές των ανθρώπων για μένα, βρίσκομαι εδώ περισσότερο από 20 χρόνια, αν και ποτέ δεν ήμουν πραγματικά μέρος του οργανισμού. Επιπλέον, ποτέ δεν έκανα θεραπευτική δουλειά: εγώ ασχολούμαι απλά με τις στρατηγικές, αυτό είναι διαφορετικό. Δεν είχα ποτέ προσωπική ή συναισθηματική εμπλοκή με τα μέλη, κάτι αναπόφευκτο όταν δουλεύεις μαζί τους. Όταν ήρθα στο CelS, ήμουν ήδη γύρω στα σαράντα, είχα ήδη «ζήσει τη ζωή» μου, και μπορώ ειλικρινά να πω ότι δεν πήρα πολλά από το CelS. Μου έδωσε την ευκαιρία να βρεθώ σε ένα δημιουργικό χώρο, αλλά αυτό είναι όλο, ότι απλά μου άρεσε εκεί που βρισκόμουν.

Ως σύμβουλος ο Dennie έγραψε μια πολύ ενδιαφέρουσα έκθεση. Ο Dennie, ωστόσο, δεν ήταν ακριβώς ο «παραδοσιακός» σύμβουλος. Προσωπικά, έχω συνηθίσει περισσότερο τον «αγγλικό» τρόπο των συμβούλων, αυτό σημαίνει ότι δεν περιμένω ποτέ έναν σύμβου-

λο ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης εκπαιδευμένο στην Αγγλία, να με καθοδηγεί τι να κάνω. Ο Dennie είναι περισσότερο αμερικανός, και παρόλο που «ωρίμασε» με τον Maxwell Jones, δεν μπορεί να αποφύγει να «θέλει να σώσει τον κόσμο». Εν μέρει επειδή οι αμερικανοί πιστεύουν ακράδαντα σε αυτό που κάνουν. Επίσης μπορεί να οφείλεται στο ότι έχετε πολύ έντονη επιρροή που υπάρχει από τους εβραίους, στην Αμερική, πράγμα που εξηγεί λιγάκι γιατί οι Αμερικανοί είναι κάποιες φορές αρκετά «μεσσιανικοί» ('Messianic'). Αυτό που έγραψε ο Dennie με ανάγκασε να κάνω την ερμηνεία μόνος μου. Μου φάνηκε ιδιαίτερα δύσκολο, με έβαλε πολύ μέσα στην απόφαση, καταλαβαίνεις; Εγώ προτιμώ έναν πιο ανοιχτό τρόπο συμβουλευτικής.

Θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντικό να έχεις αξιόπιστους συμβούλους δεν ξέρω για πόσο ακόμη θα εξακολουθήσω να δουλεύω εδώ, αλλά σίγουρα δεν μπορώ να αντιμετωπίσω έναν οργανισμό όπως το CelS χωρίς σύμβουλο, για εμένα προσωπικά. Και ο Harold είναι ήδη πολύ μεγάλος...

**Eric Broekaert:** Ναι, είναι ήδη στα ενενήντα, σωστά;

**Juan Parés y Plans:** Δέχθηκα λοιπόν επιρροή από πολλούς ανθρώπους: αυτά που έμαθα από τον Maxwell Jones –και αυτό είναι χαρακτηριστικό του Maxwell– δεν υπήρχαν πουθενά γραμμένα. Αντίθετα, ήταν άνθρωπος που διαρκώς «δημιουργούσε καταστάσεις». Θυμάμαι ένα πολύ χαρακτηριστικό παράδειγμα όπου είχε δημιουργήσει μια τέτοια κατάσταση. Όταν ήρθε για το Συμπόσιο που είχαμε διοργανώσει, όλοι ανυπομονούσαν να ακούσουν τον Maxwell Jones. Αντί όμως να έρθει με κάποια προετοιμασμένη ομιλία, ήρθε και είπε: «Δεν έχω κάτι να πω». Αυτός ήταν ο τρόπος του να δημιουργεί καταστάσεις, εκείνη τη στιγμή δούλεψε με τον θυμό των ανθρώπων που είχαν έρθει να τον ακούσουν. Οι άνθρωποι ήταν αρκετά ανοιχτοί για να αναλύσουν και να σκεφτούν για τον εαυτό τους μέσα στην ομάδα, ήταν μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα εμπειρία μάθησης για αυτούς. Κάποια άλλη φορά, ζήτησε από τον Mario και εμένα να καθυστερήσουμε να έρθουμε σε μια συνάντηση προσωπικού 45 λεπτά. Είναι λοιπόν όλο το προσωπικό μαζεμένο και περιμένουν εμένα και τον Mario, και τους λέει ο Max: «Ο Don Mario Picchi και ο Juan άργησαν». Και το προσωπικό του απάντησε: «Σίγουρα αρρώστησαν ή κάτι έχουν πάθει». Ο Maxwell επέμεινε όμως στο γεγονός ότι είχαμε αργήσει. Τα στελέχη του προσωπικού επέμεναν ότι κάτι θα είχε συμβεί. Ήταν πολύ ενδιαφέρον να βλέπει κανείς τον Maxwell Jones να χειρίζεται αυτή την κατάσταση, να δημιουργεί μια ζωντανή εμπειρία μάθησης. Είχε ένα θετικό αντί-αποτέλεσμα καθώς ο Maxwell ήταν μια ισχυρή προσωπικότητα που αξιοποιούσε τα παράδοξα αποτελέσματα με θετικό τρόπο. Δούλευε πολύ με το παράδοξο. Αλλά όπως σας είπα ήδη οι εμπειρίες δεν είναι καταγεγραμμένες, κάτι που συνήθιζε ο Maxwell.

Το 1988 ο Mario μου ζήτησε να δεσμευτώ με το πρόγραμμα. Εκείνη την περίοδο οι Αμερικανοί σύμβουλοι όπως ο Don και η Martha Ottenberg, που είχαν συμβάλει πολύ στην αλλαγή και στην ανάπτυξη του οργανισμού έφευγαν από το CelS. Αρχικά αρνήθηκα, διότι δεν μου άρεσαν κάποιες πτυχές του προγράμματος. Ο Don Mario μου είπε ότι ούτε εκείνος δεν συμφωνεί με κάποια από τα στοιχεία του προγράμματος, όπως το κομμάτι των ενοχών, το ότι συμπεριφέρονταν στους ανθρώπους σαν να είναι μωρά... τέτοιου τύπου ήταν τα πράγματα που μου ανέφερε ο Mario ότι δεν του πολυάρεσαν. Προσωπικά δεν με απασχολούσαν αυτά τα ζητήματα, με απασχολούσε περισσότερο η όλη έννοια του Synanon, η γενικότερη έννοια.

## 14 Εξαορτήσεις

«Για ποιο λόγο θες να με βάλεις επικεφαλής τότε;» ρώτησα τον Mario. «Μπορεί να καταστρέψω ολόκληρο το πρόγραμμα, είμαι καινούργιος εδώ, δεν γνωρίζω τίποτα για την κατάχρηση ουσιών, δεν γνωρίζω τίποτα από ψυχολογία, δεν γνωρίζω τίποτα από ομάδες. Εν συντομία, είμαι ο τέλειος πρωτάρης (ερασιτέχνης)». Του είπα ότι εγώ θα άφηνα μεγαλύτερη ελευθερία στο προσωπικό, γιατί, κατά τη γνώμη μου, δεν είχαν αρκετό χώρο εκείνη την περίοδο. Ένωθα μάλιστα ότι το προσωπικό διατηρούνταν σε μια κατάσταση αποχαύνωσης. Δεν τους επιτρεπόταν, ας πούμε να μιλήσουν, να κάνουν λάθος, και είναι κρίμα. Προσωπικά, διδάχθηκα περισσότερα πράγματα από τα στραβοπατήματά μου παρά από τις επιτυχίες μου. Δεν είναι υγιές να μην επιτρέπεται να αναλύσεις τα λάθη σου και να μάθεις από αυτά. Τελικά συμφώνησα να δεσμευτώ με το πρόγραμμα. Εκείνη την περίοδο προσπαθούσα να δημιουργήσω μια συνεργασία με κάποιους «ειδικούς» που δούλευαν στο πρόγραμμα.

Και τους είπα: «Εγώ είμαι σαν το πανί, θα πιάσω τον αέρα και θα ακολουθήσω την πρόοδο, την αλλαγή. Στόχος μου είναι να ταξιδέψω σε ένα καλύτερο μέρος, μεταφορικά μιλώντας. Χρειάζομαι όμως κάποιον να με προκαλεί, να συζητάω. Χρειάζομαι κάποιον στον οποίο να μπορώ να πω: «Συγνώμη, έκανα λάθος» και να μπορεί να μου πει κι εκείνος το ίδιο. Αργότερα κάποια στελέχη του οργανισμού άρχισαν να συμφωνούν με αυτό, επειδή παρατήρησαν ότι δεν σκόπευα να αλλάξω ολόκληρο το πρόγραμμα αλλά τη δομή του προγράμματος. Τότε, είχαμε τα προγράμματα Santa Maria και San Carlo και ο «μόνος δρόμος ήταν η ανάπτυξη»: η εξέλιξη στη σκάλα της επιτυχίας, αρχικά κάποιος ήταν απλό μέλος του προσωπικού, μετά συντονιστής, μετά βοηθός και τέλος διευθυντής. Προσπάθησα να αλλάξω τη δομή του προγράμματος, καθώς ήταν αυτό που θα λέγαμε μια μοναρχία. Αυτό που ονομάζω μοναρχία ήταν: ο Don Mario Picchi βασιλιάς, εγώ η βασίλισσα, ή πείτε το με όποιο όνομα θέλετε, και μετά οι επόπτες που θα ήταν οι αντίστοιχοι πρωθυπουργοί.

Το πρώτο που έκανα ήταν κατά κάποιο τρόπο θεραπεία περιβάλλοντος. Καταρχήν έβγαλα τα γραφεία, δεν υπήρχαν πλέον γραφεία, έτσι δεν μπορούσες να δουλέψεις μόνος. Έπρεπε να δουλέψεις με την ομάδα. Επίσης αρνιόμουν να συμμετέχω σε οποιαδήποτε συνάντηση προσωπικού.

Έπειτα παρατηρήσαμε ότι πολλά από τα πράγματα που έλεγαν ο Maxwell και ο Dennie πραγματοποιήθηκαν. Όχι με την έννοια ότι κάναμε αυτό που ήταν γραμμένο στη σελίδα 120 της έκθεσης του Dennie, για παράδειγμα. Αντίθετα, βλέπαμε ποια είναι η θεωρία πίσω από την αλλαγή που είχαμε ήδη κάνει. Γιατί το σημαντικότερο στην αλλαγή της δομής ενός προγράμματος όπως είναι το CeIS είναι ότι θα πρέπει πάντα η αλλαγή να έχει στόχο το άτομο που ζητάει βοήθεια, τον εξυπηρετούμενο. Αυτό έχει επηρεάσει σημαντικά τη θεωρία και τη μεθοδολογία «μας». Εάν δεν ισχύει αυτό για κάποιο πρόγραμμα, τότε όλες οι εκθέσεις δεν είναι τίποτα άλλο από «ωραίες» σελίδες χαρτί. Ευτυχώς μπορέσαμε να αλλάξουμε πολλά γιατί ο Mario μας έδωσε πολλές ευκαιρίες να πειραματιστούμε.

Το δεύτερο που έκανα ήταν ότι κατάργησα την «εισαγωγή» (*accoglienza*). Κατά τη γνώμη μου η *accoglienza* ήταν ένας τρόπος να κρατήσεις την κοινότητα στο σκοτάδι σχετικά με τα όσα συμβαίνουν εκτός. Η *accoglienza* ήταν ήδη επιλογή. Ο Don δεν με είχε κατανοήσει σωστά τότε, δεν είμαι ενάντια στην επιλογή, αλλά η επιλογή θα πρέπει να γίνεται με πολύ αυστηρά επιστημονικά κριτήρια. Δεν είμαι ενάντια στον σχεδιασμό, είμαι ενάντια ενός συναισθηματικού σχεδιασμού, καταλαβαίνεις;

Κατά τη διάρκεια της αλλαγής, είχαμε την υποστήριξη από τις θεωρίες ηγετικών προσωπικοτήτων στο χώρο. Η κινητοποίηση, οι αξίες από τον Frankl. Η ανάλυση του εαυτού, το μοίρασμα από τον Moreno. Μπορεί μάλιστα να εντοπίσει κανείς πολλές επιρροές στο πρόγραμμα απλά πρέπει να τις αναζητήσει. Αυτό που εννοώ είναι ότι εγώ το γνωρίζω ότι υπάρχουν επειδή γνωρίζω την ιστορία του CelS και κατά κάποιο τρόπο μπορώ και ψάχνω και τα βρίσκω. Δεν νομίζω όμως ότι είναι τόσο ευδιάκριτα. Παρόλα αυτά νομίζω ότι όλοι μπορούν να δουν και να κατανοήσουν πως ο ανθρωπιστικός παράγοντας είναι πολύ σημαντικός στη ΘΚ.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Δεν μπορεί να αρνηθεί κανείς το μέγεθος της επίδρασης που είχαν οι Maxwell Jones, Harold Bridger και Dennie Briggs στη δημιουργία του CelS, που ουσιαστικά ξεκίνησε ως ένα αποκλειστικά συμπεριφορικά κατευθυνόμενο πρόγραμμα σε μια πιο 'ανθρωπιστική' προσέγγιση. Επίσης, σημαντική επιρροή είχαν οι ιδέες του Viktor Frankl (Frankl, 1962), στην αναζήτηση του νοήματος της ύπαρξης και του Jacob Levy Moreno, γνωστού ως πρωτοπόρου στο «ψυχόδραμα».

Εντοπίζοντας κάποια επιπλέον σημαντικά στοιχεία για τη δημιουργία του CelS, θα πρέπει να τονίσουμε τη συζήτηση και την ανταλλαγή απόψεων. Η εκπαίδευση θεωρείται ως «συνάντηση» διαφορετικών απόψεων (με πολιτισμικές επιρροές), κατά την οποία όλοι είναι «δάσκαλος» και «μαθητής» ταυτόχρονα. Προσπαθούμε πάντοτε να αποφεύγουμε την κυριαρχία μιας ομάδας αντιλήψεων (θα μπορούσαμε να το ονομάσουμε και «θεωρία») εις βάρος άλλων.

Η καλή συνεργασία με τους επαγγελματίες πρώτης γραμμής του CelS οδήγησε σε μια εκ βάθρων, έντονη συζήτηση, κάτι που έφερε την υποστήριξη της αλλαγής από τη βάση του οργανισμού (από τους εξυπηρετούμενους και τα μέλη του προσωπικού που έχουν άμεση σχέση μαζί τους). Αυτό θυμίζει πολύ την έννοια της «κοινωνικής μάθησης» (Jones, 1982), που εστιάζει στην ανάδειξη της γνώσης που υπάρχει μέσα στην ίδια την ομάδα, αντί για την από «καθέδρας διδασκαλία». Αυτή η έντονη και κάποιες φορές επίπονη «μέθοδος» χρησιμοποιούνταν συχνά από τον Maxwell Jones στο CelS (βλ. π.χ. το παράδειγμα του Maxwell που αρνήθηκε να μιλήσει στο Συμπόσιο του 1984) και χαρακτηρίζει τον τρόπο του να αντιμετωπίζει τις ομαδικές διεργασίες γενικότερα. Ο Jones φαίνεται να χρησιμοποιεί συχνά το «παράδοξο», δηλαδή να αναστατώνει και να δημιουργεί καταστάσεις στις οποίες «αναγκάζεται» κανείς να εκφράσει την προσωπική του άποψη. Η στάση αυτή σε συνδυασμό με τη δυσκολία της μεταφοράς αυτού του τρόπου εργασίας σε έντυπη μορφή, αναδεικνύει την σαφή ανάπτυξη θεωρίας αμέσως μετά την πράξη. Από αυτή την άποψη, η κατασκευή θεωρητικών εννοιών θεμελιώνεται πάντοτε σε εμπειρίες δράσης και σε προσωπικές εμπειρίες. Αυτό φαίνεται να έχει καταλήξει να είναι μια από τις χαρακτηριστικές ιδιότητες στην καριέρα του Maxwell Jones, καθώς διαρκώς προσπαθούσε να εξηγήσει –εκ των υστέρων– την αλλαγή και την εξέλιξη που είχε παρατηρηθεί (βλ. π.χ. 'The process of change', 1982). Ο Bridger επίσης, ο οποίος είχε ασχοληθεί αρχικά με τα μαθηματικά, αναγνώριζε την αξία της πράξης: «Στο Coventry, είχαμε παρατηρήσει ότι εάν εστιάζαμε σε κάτι πρακτικό (όπως στη διοργάνωση ενός σχολικού χρηματιστηρίου) οι κατά τα άλλα διστακτικοί μαθητές εμπλέκονταν ενεργά με τις μαθηματικές έννοιες και διεργασίες».

(Harrison & Clarke, 1992, p.702). Αυτή η εστίαση στη διεργασία περισσότερο από ότι στο αποτέλεσμα πάντα ήταν σημαντική πτυχή των θεραπευτικών κοινοτήτων και ήταν πάντα και αυτό στο οποίο εστίαζε ο Maxwell Jones.

Ο Jones είχε την ευκαιρία στο CelS να διδάξει στους ανθρώπους την σημασία της πραγματικής «συνεργασίας». Σε προηγούμενη παρέμβαση, η δυνατότητα να δουλέψει κανείς σε ομαδικό επίπεδο δόθηκε με το «κλείσιμο» των γραφείων και την αφαίρεση των επίπλων, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί και η απαραίτητη δομική αλλαγή. Ο Bridger (1984) περιγράφει ότι ο ίδιος πάντα δούλευε με το σύνολο του οργανισμού, υποδεικνύοντας τις μεταβατικές εμπειρίες στο χώρο-χρόνο ως την αδιαπραγμάτευτη συνθήκη για την αλλαγή, ανεξάρτητα εάν αυτή αφορά χρήστες ουσιών, στρατιώτες που υποφέρουν από μετά-τραυματικό άγχος κ.λπ. Ένωθε ότι έβρισκε θεωρητική υποστήριξη στην ψυχανάλυση γενικά και ειδικά στη θεωρία του Winnicott (βλ. π.χ. 1964), ο οποίος εστιάζει π.χ. στο αρκουδάκι του παιδιού ως «μεταβατικό αντικείμενο». Οι ιδέες του Bridger στην ανάπτυξη του CelS μπορούν να θεωρηθούν ως η κοινωνική εφαρμογή της ψυχοδυναμικής θεωρίας, από την οποία είχε επηρεαστεί πολύ περισσότερο από ότι ο Maxwell Jones.

Αναλογιζόμενοι τη (δομική) ανάπτυξη του CelS, η έμφαση δινόταν πάντα στην οπτική του εξυπηρετούμενου, άλλωστε γι' αυτόν έχει σχεδιαστεί το πρόγραμμα εξ αρχής. Η ευρύτερη εφαρμογή ανθρωπιστικών (π.χ. πίστη στη «δύναμη» του ατόμου) και ψυχαναλυτικών (π.χ. ανάλυση του εαυτού) ιδεών εντός του οργανισμού προκάλεσα την εξέλιξη του CelS στη μορφή της θεραπευτικής κοινότητας όπως εμφανίζεται σήμερα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το Centro Italiano di Solidarietà (CelS) μπορεί να θεωρηθεί παράδειγμα για τον τρόπο με τον οποίο επηρέασαν ιδιαίτερα οι Maxwell Jones και Harold Bridger την ανάπτυξη των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ευρώπη. Είναι σαφές ότι οι έννοιες της «κοινωνικής μάθησης» και του «οργανισμού ως όλον» είναι εξαιρετικά σημαντικές όταν εξετάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά οποιασδήποτε θεραπευτικής κοινότητας, είτε πρόκειται για κοινότητα του «ιεραρχημένου» είτε του «δημοκρατικού» μοντέλου. Όταν εστιάσουμε στο CelS συγκεκριμένα, οι ακόλουθες «συνθήκες για την αλλαγή», δείχνουν να είναι αναγκαίες για την ανάπτυξη του οργανισμού:

1. Ανοικτός διάλογος σε όλα τα επίπεδα.
2. Απόδοση των εννοιών με βάση το πολιτισμικό πλαίσιο.
3. Ο εξυπηρετούμενος είναι πάντα στο επίκεντρο.
4. Η πράξη και οι εμπειρίες οδηγούν στη δημιουργία της θεωρίας.
5. Η διεργασία της αλλαγής θεωρείται πιο σημαντική από το αποτέλεσμα.
6. Οι δομικές αλλαγές διευκολύνουν την ανάπτυξη της ΘΚ σε ανοιχτό σύστημα.
7. Οι ψυχοδυναμικές έννοιες βρίσκουν εφαρμογή στην κοινωνική ζωή της θεραπευτικής κοινότητας.
8. Δημιουργία καταστάσεων μέσω του «παράδοξου» (βιωματικές μαθησιακές εμπειρίες).



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οι συγγραφείς θέλουν ειλικρινά να ευχαριστήσουν τον Mr. Juan Parés y Plans (Corelli), αντιπρόεδρο του CelS για τη φιλοξενία του και τη διάθεσή του να μας παραχωρήσει αυτή τη συνέντευξη.

### Παραπομπές

- Acampora, A, Stern, C. (1992) The evolution of the therapeutic community. In *Paradigms: past, present and future. Proceedings of the therapeutic communities of America. 1992 Planning Conference*, p. 1 – 14. Washington: Therapeutic communities of America.
- Bridger, H. (1984) Groups in open and closed systems. In: Ottenberg, D. (Ed.) (1984) *The therapeutic community today. A moment of reflection on its evolution. Proceedings of the First World Institute of Therapeutic Communities*, Castel Gandolfo, Italy, August 27 – 31, 1984. Rome: CelS, p. 54 – 70.
- Briggs, D. (1993) *Record of a friendship. A memoir of Maxwell Jones*. San Francisco: Special Collections. The library of the University of California.
- Broekaert, E. (1996) Geschiedenis, filosofie en grondstellingen van de therapeutische gemeenschap. In: Broekaert, E., Bracke, R., Calle, D., Cogo, A., van der Straten, G. & Bradt, H. (Ed.) *De nieuwe therapeutische gemeenschap*. Leuven, Belgium: Garant, p. 9 – 32.
- Broekaert, E., van der Straeten, G., D'Oosterlinck, F., Kooyman, M. (1999) The therapeutic community for ex-addicts: a view from Europe. *Therapeutic Communities. The International Journal for Therapeutic and Supportive Organisations*, 20 (4), 255 – 265.
- Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D.J., Kaplan, C. (2000) Retrospective Study of Similarities and Relations Between American Drug-Free and European Therapeutic Communities for Children and Adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32 (4), 407 – 417.
- Frankl, V. (1962) *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*. New York: Pocket Book.
- Harrison, T. and Clarke, D. (1992) The Northfield Experiments. *British Journal of Psychiatry*, 160, 698 – 708.
- Jones, M. (1979) Therapeutic Communities, Old and New. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse*, 6 (2), 137 – 149.
- Jones, M. (1982) *The process of change*. Boston, London, Melbourne and Henley: Routledge and Kegan Paul.
- Jones, M. (1984 a) Why Two Therapeutic Communities? *Journal of Psychoactive Drugs*, 16 (1), 23 – 26.
- Jones, M. (1984 b) The two therapeutic communities. A review. In *Proceedings of the eighth World Conference of Therapeutic Communities*. Rome, Italy: Centro Italiano di Solidarietà.
- Kennard, D. (1998) *An Introduction to Therapeutic Communities*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ottenberg, D. (Ed.) (1984) *The therapeutic community today. A moment of reflection on its evolution. Proceedings of the First World Institute of Therapeutic Communities*, Castel Gandolfo, Italy, August 27 – 31, 1984. Rome: CelS.
- Parés y Plans (Corelli), J. (1984) Introduction in Ottenberg, D. (Ed.) (1984) *The therapeutic community today. A moment of reflection on its evolution. Proceedings of the First World Institute of Therapeutic Communities*, Castel Gandolfo, Italy, August 27 – 31, 1984. Rome: CelS.

18 Εξαοτήσεις

Parés y Plans (Corelli), J. (1998) *Personal Communication* (Email message of 20/10/1998).

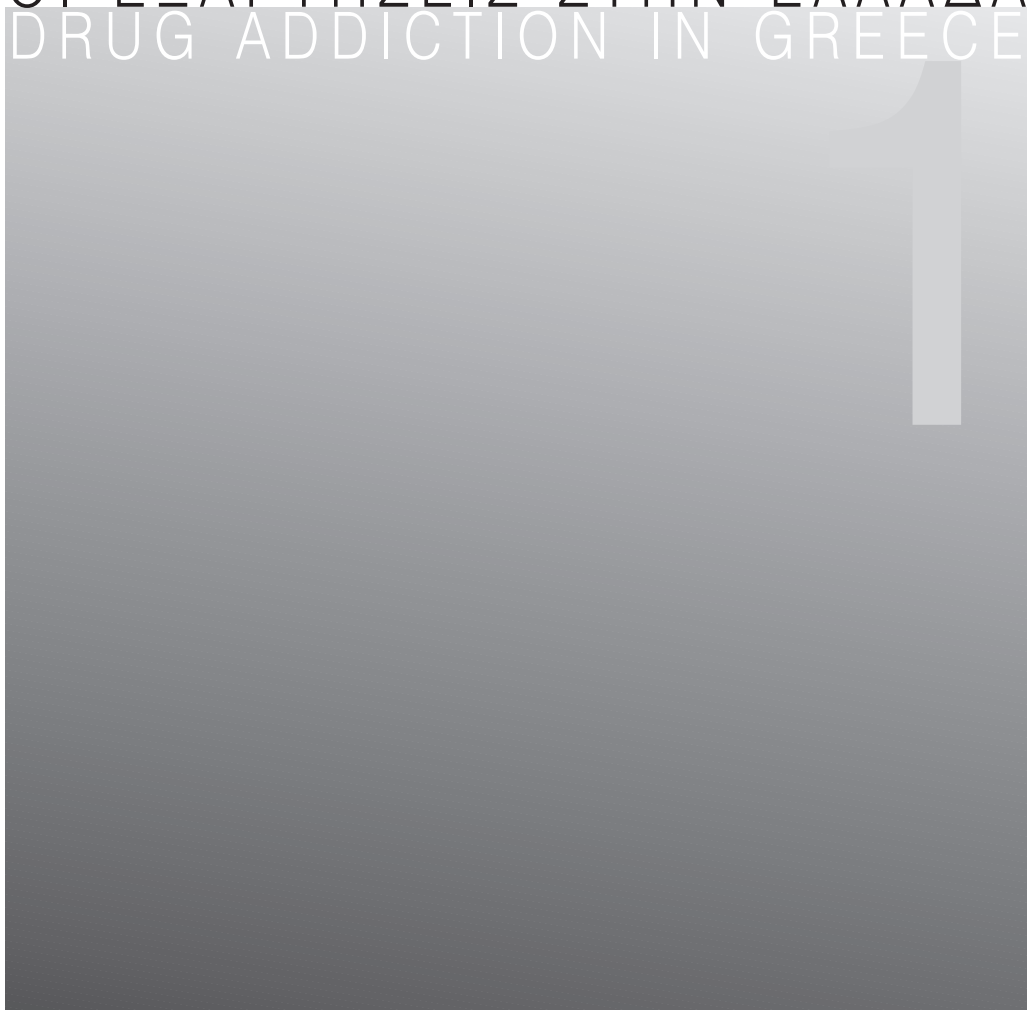
Picchi, M. (1994) *Un progetto per l'Uomo*. Roma: Associazione Centro Italiano di Solidarietà Di Roma.

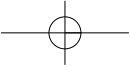
Sugarman, B. (1984) Towards a new, common model of the therapeutic community. Structural Components, learning processes and outcomes. *International Journal of Therapeutic Communities*, 5 (2), 77 - 98.

Van der Straeten, G. (1996) De ontwikkeling van de T.G. in Europa. In: . In: Broekaert, E., Bracke, R., Calle, D., Cogo, A., van der Straten, G. & Bradt, H. (Ed.) *De nieuwe therapeutische gemeenschap*. Leuven, Belgium: Garant, p. 33 - 39.

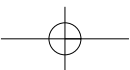
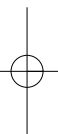
Winnicott, D. W. (1964) *The child, the family and the outside world*. London: Penguin Books.

# ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ DRUG ADDICTION IN GREECE





20 *Εξαοτήσεις*



*Εξαρτήσεις, τεύχος 24, 2015*

## INVESTIGATION OF PERCEPTIONS AND ATTITUDES OF THE EMPLOYEES OF THE GREEK POLICE FORCE IN RELATION TO DRUG ADDICTION. NETWORKING OF KETHEA AND THE CENTRES FOR PREVENTION OF ADDICTIONS WITH THE GREEK POLICE FORCE

SOPHIA KAZANTZIDOU<sup>1</sup> & ELENI PAPAΚOSTA-GAKI<sup>2</sup>

### S u m m a r y

The present study constitutes an investigation into the perceptions and attitudes of the employees of the Greek Police Force on the subject of drug addiction. Its ultimate goal was the design and implementation of a targeted educational program that would address the educational needs of Thessaloniki County Police, following the detection of a corresponding research gap in the contemporary Greek bibliography. The “Euridyce” questionnaire was completed by 397 policepersons. It consists of 47 statements, and participants were asked to respond, choosing between five points on Likert scale, on topics regarding the etiology, nature, treatment and effects of drug addiction, as well as their perceptions and attitudes towards drug addicts. Analysis was conducted on the effects of factors such as educational background, age, sex and years of service on attitudes towards drug addiction. An important finding of the present study is the emergence of the educational background as the sole factor influencing participants’ perceptions regarding addiction. The role of education is outlined and the topics on which a suitable educational program needs to focus on are marked, in order for the program to appropriately address the needs of the specific group of employees. Of particular interest is the fact that participants’ responses clearly reflect the scientific community’s dispute regarding whether drug addiction constitutes a disease or not. Finally, the importance of the networking services, not only as a necessary condition for the effective address of the phenomenon of drug addiction, but also as a primary priority in the reform of social policy is supported.

**Keywords:** Police perceptions/towards addiction, drug addiction and the police, employees’ perceptions regarding addiction, networking services.

---

1 PhD of Social Psychology, Head of the Department of Research & Documentation KETHEA ITHAKI. E-mail: ralogihe@yahoo.gr

2 Psychologist, MSc in Healthcare Management, Deputy Scientific Director, “SEIRIOS” Centers For Prevention of Addiction and Promotion of Psychosocial Health. Municipality of Thessaloniki-Organization Against Drugs (OKANA). E-mail: elen\_gaki@yahoo.gr

*Εξαρτήσεις, τεύχος 24, 2015*

## ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗ. ΔΙΚΤΥΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ ΣΕΙΡΙΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ

ΣΟΦΙΑ ΚΑΖΑΝΤΖΙΔΟΥ<sup>1</sup> & ΕΛΕΝΗ ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ-ΓΑΚΗ<sup>2</sup>

### Π ε ρ ί λ η ψ η

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία διερεύνηση των αντιλήψεων και των στάσεων των εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία σχετικά με το ζήτημα της τοξικοεξάρτησης. Απώτερος σκοπός της εργασίας ήταν ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ενός στοχευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος που θα ανταποκρινόταν στις εκπαιδευτικές ανάγκες των αστυνομικών του Ν. Θεσσαλονίκης, καθώς διαπιστώθηκε ερευνητικό κενό στη σύγχρονη ελληνόγλωσση βιβλιογραφία. Το ερωτηματολόγιο «Ευρυδίκη» συμπληρώθηκε από 397 αστυνομικούς. Αποτελείται από 46 δηλώσεις, στις οποίες οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να τοποθετηθούν, επιλέγοντας ανάμεσα σε μία κλίμακα Likert πέντε σημείων, πάνω σε θέματα που αφορούν στην αιτιολογία, τη φύση, την αντιμετώπιση, τις επιπτώσεις της τοξικοεξάρτησης, καθώς και τις αντιλήψεις και τη στάση τους απέναντι στον τοξικοεξαρτημένο. Διερευνήθηκε η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου, της ηλικίας, του φύλου και των χρόνων προϋπηρεσίας στις αντιλήψεις για την τοξικοεξάρτηση. Σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης αποτελεί η ανάδειξη του εκπαιδευτικού επιπέδου ως ο μόνος παράγοντας επίδρασης στις στάσεις και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων αναφορικά με το ζήτημα της εξάρτησης. Υπογραμμίζεται ο ρόλος της εκπαίδευσης και επισημαίνονται οι θεματικές ενότητες στις οποίες χρειάζεται να εστιάσει ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα, προκειμένου να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της συγκεκριμένης ομάδας εργαζομένων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αντανάκλαση του διχασμού της επιστημονικής κοινότητας στις τοποθετήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν η τοξικοεξάρτηση είναι αρρώστια ή όχι. Τέλος, υποστηρίζεται η σημασία της δικτύωσης υπηρεσιών ως αναγκαία συνθήκη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης, αλλά και ως πρωταρχική μεταρρυθμιστική προτεραιότητα στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής.

Λέξεις κλειδιά: Αντιλήψεις/στάσεις αστυνομικών για την εξάρτηση, τοξικοεξάρτηση και αστυνομία, αντιλήψεις εργαζομένων για την εξάρτηση, δικτύωση υπηρεσιών.

1 Διδάκτωρ Κοινωνικής Ψυχολογίας, Υπεύθυνη του Τμήματος Έρευνας & Τεκμηρίωσης ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ. Ηλεκτρονική Διεύθυνση: ralogihe@yahoo.gr

2 Ψυχολόγος, MSc στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Αναπληρώτρια Επιστημονική Διευθύντρια, Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας ΣΕΙΡΙΟΣ Δήμου Θεσσαλονίκης-OKANA. Ηλεκτρονική Διεύθυνση: elen\_gaki@yahoo.gr

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη σχετίζεται με το ερευνητικό πρόγραμμα «Σχέδιο Ευρυδίκη», που αφορά στην αποτροπή της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών σε εργασιακούς χώρους. Χρησιμοποιεί το ομώνυμο ερωτηματολόγιο ως βασικό μεθοδολογικό εργαλείο, προκειμένου να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των εργαζομένων στην ελληνική αστυνομία σχετικά με την τοξικοεξάρτηση, που με τη σειρά τους καθορίζουν και τη στάση τους απέναντι σε αυτό το κοινωνικό φαινόμενο.

Το Σχέδιο Ευρυδίκη αποτέλεσε ένα μακροπρόθεσμο πρόγραμμα για την αποτροπή του εθισμού. Το πρόγραμμα αυτό, αποτέλεσε καρπό της συνεργασίας επιστημονικών φορέων, όπως η *Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella*, με Εργατικές Ενώσεις, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας (I.L.O.) και το Συμβούλιο της Ευρώπης (E.Council). Ένα κομμάτι του προγράμματος χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (E.Commission).

Στις δημοσιευμένες έρευνες (Deluca & De Luca, 1991a; 1991b) που πραγματοποιήθηκαν, στα πλαίσια του προγράμματος, σε εργαζομένους στην Ιταλία (De Luca et al., 1991) και την Πορτογαλία (Cunha, et al., 1991)<sup>3</sup> τεκμηριώνεται επαρκώς, πως μέσα από τη σχεδιασμένη διαδικασία της αποτροπής της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, είναι πιθανή η βελτίωση στο εργασιακό περιβάλλον και τις εργασιακές σχέσεις, καθώς επίσης και η βελτίωση των υποστηρικτικών προγραμμάτων κατάρτισης και βοήθειας. Σκοπός του προγράμματος ήταν να αναπτυχθούν δράσεις αποτροπής της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών στο χώρο εργασίας, δημιουργώντας σχεδιασμένες διαδραστικές παρεμβάσεις στο εσωτερικό μεγάλων οργανισμών, όπως η Αστυνομία, λόγω των ειδικών συνθηκών εργασίας τους.

Πιο συγκεκριμένα, η έμφαση δίνεται στο ότι οι αστυνομικοί αποτελούν μια ομάδα, η οποία λόγω του ρόλου της, δηλαδή να καταστέλλει το «κακό» και να λειτουργεί τιμωρητικά, έχει φορτιστεί κοινωνικά με αρνητικό τρόπο. Σύμφωνα με τους Schuck et al. (2008), η φυλή/εθνικότητα, η κοινωνική τάξη και το ευρύτερο πλαίσιο της κοινότητας, αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν σημαντικά τη στάση των κατοίκων απέναντι στις αστυνομικές υπηρεσίες και «συνδιαμορφώνουν» το φόβο για την αστυνομία. Συνολικά, τα ευρήματα της μελέτης τονίζουν την πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των εμπειριών, του πλαισίου της κοινότητας, του τόπου κατοικίας, της κοινωνικής τάξης και του είδους της κατανόησης των φυλετικών και των πολιτισμικών διαφορών που οδηγεί εν τέλει, σε διαφοροποίηση στις αντιλήψεις των κατοίκων σε σχέση με το ρόλο και το κύρος της αστυνομίας.

Όσον αφορά στο οργανωμένο έγκλημα και τη βαριά οικονομική εγκληματικότητα, οι αντιλήψεις της ελληνικής κοινής γνώμης εστιάζουν στους αλλοδαπούς λαθρομετανάστες, προβαίνοντας ή και επικροτώντας συχνά την αυτοδικία. Σημαντικός είναι και ο ρόλος των ΜΜΕ, τα οποία με την προβολή περιστατικών αυτοδικίας υποσκάπτουν σε συμβολικό επίπεδο τη νομιμοποίηση των κατασταλτικών μηχανισμών συμβάλλοντας στη θυματοποίηση των δραστών και την περαιτέρω θυματοποίηση των θυμάτων (Πανούσης & Βιδάλη, 2001).

3 Euridice News 8, Towards a European Programme on Prevention and Drug Demand Reduction in the Workplace Concept Paper (1991: 3-14, 15-18, 19-22, 23-29).

## 24 Εξαορτήσεις

Αυτή τη στάση ενός μέρους του κοινωνικού συνόλου, οι αστυνομικοί τη βιώνουν επιβαρυντικά καθημερινά, σε συνδυασμό με την έλλειψη υποστήριξης στις δυσκολίες του ρόλου τους και εξειδικευμένης κατάρτισης σε θέματα, όπως το φαινόμενο της εξάρτησης, γεγονός που επιβαρύνει επιπλέον το έργο τους.<sup>4</sup> Η ίδια η φύση της εργασίας των αστυνομικών χαρακτηρίζεται από κίνδυνο και ένταση (Deschamps et al., 2003), κάτι που συνυφασίζεται με τα παραπάνω και είναι πιθανό να καταλήξει στο Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Αντωνίου & Πολυχρόνη, 2008; ΕΠΑΨΥ, 2002), το οποίο μπορεί να εκφράζεται, είτε με αδιαφορία, είτε με υπερβολικό ζήλο, είτε με ένταση.

Σύμφωνα με τα ευρήματα μελέτης της συμπεριφοράς αστυνομικών που εργάστηκαν σε αεροπορικό ατύχημα φάνηκε ότι οι αστυνομικοί αυτοί χρησιμοποιούσαν περισσότερα φαρμακευτικά σκευάσματα και επισκέπτονταν συχνότερα γενικούς γιατρούς και ψυχιάτρους από τους συναδέλφους τους που δεν είχαν εμπλοκή με το συμβάν. Το υψηλότερο ποσοστό χρησιμοποίησης της υγειονομικής περίθαλψης και των φαρμάκων μετά τις καταστροφές, όχι μόνον αφορά τους άμεσα εμπλεκόμενους, αλλά και εκείνους που εμπλέκονται επαγγελματικά. Οι επιπτώσεις φάνηκε ότι είναι μακροχρόνιες και οι ανάγκες φροντίδας της υγείας των αστυνομικών αυξημένες (Slottje et al., 2007).

Επίσης, το αντικείμενο της εργασίας των αστυνομικών έχει άμεση επαφή με άτομα «υψηλού κινδύνου», άτομα στα πρώτα στάδια εξάρτησης ή και σε τελευταία. Η μελέτη των Havis et al. (2005), έδειξε ότι, σε περιπτώσεις άμεσης αντιμετώπισης, για να μη χάνεται πολύτιμος χρόνος, απαιτείται περαιτέρω εκπαίδευση των αστυνομικών που καλούνται να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους περιστατικά (π.χ. παρέμβαση πρώτης βοήθειας, διαμεσολάβηση σε συμπλοκές κ.ά). Ιδιαίτερα μάλιστα σε περιόδους έντονης κοινωνικό-οικονομικής κρίσης, το έργο των αστυνομικών επιβαρύνεται σημαντικά, λόγω των κοινωνικών αναταράξεων, την οποία βιώνουν και ως μέλη του κοινωνικού ιστού και ως «όργανα» διαφύλαξης του.

### 1.2 Η Σχέση της Αστυνομίας με την Κοινότητα

Η αστυνομία δρα σε ένα περιβάλλον με πολλές και ποικίλες απειλές. Οι απειλές αυτές καθορίζουν τους στόχους της δράσης της, ενάντια στη διακίνηση και τη χρήση παράνομων ουσιών. Η βία στις μεγαλουπόλεις, η συνεχής και απότομη υποβάθμιση του αστικού περιβάλλοντος και οι σοβαρότατες επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, αποτελούν κοινωνικά φαινόμενα, που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με τη μαζική και εκτεταμένη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στα μεγάλα αστικά κέντρα. Ιδιαίτερα σε περιόδους κοινωνικό-οικονομικής κρίσης, οι επιπτώσεις αναμένεται να ενταθούν δραματικά. Η έννοια της δημόσιας ασφάλειας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την εθνική-εσωτερική ασφάλεια κάθε κράτους, σε συνδυασμό με την αντίληψη που διαμορφώνεται στον πολίτη για την αξιοπιστία του συστήματος (Λαμπροπούλου, 2001).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας που διεξήγαγε το Ινστιτούτο V-Project Reasearch Consulting με θέμα «Η κοινή γνώμη στην Ελλάδα» (Καρύδης, 1999), αναδείχθηκε ως πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της εγκληματικότητας η περισσότερη αστυνό-

<sup>4</sup> Σύμφωνα με Έρευνα του ΙΝ.Α.Μ.Ε.ΤΕ., ο ολικός μέσος δείκτης ικανοποίησης των εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία είναι ιδιαίτερα χαμηλός και εκτιμάται μόλις στο 30%.



μευση στους δρόμους. Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι άλλοι αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης της εγκληματικότητας, όπως αυτοί αναφέρθηκαν στην έρευνα, είναι η απέλαση όλων των λαθρομεταναστών και η μείωση της φτώχειας και της ανεργίας, ενώ χαμηλό ποσοστό των συμμετεχόντων θεωρεί την νομιμοποίηση των μεταναστών ως αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος (Πανούσης & Βιδάλη, 2001).

Το κράτος, με τις πολιτικές ασφάλειας, επιχειρεί να ικανοποιήσει το αίτημα των πολιτών για εμπέδωση ενός κλίματος κοινωνικής ειρήνης και τάξης με την προστασία των ατομικών και κοινωνικών αγαθών διασφαλίζοντας την εύρυθμη λειτουργία στο εσωτερικό του κοινωνικού συνόλου (Παπαθεοδώρου, 2005).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με το Ν.2800/2000, άρθρο 8, καθορίζεται η αποστολή της Αστυνομίας ως:

- 1) η εξασφάλιση της δημόσιας ειρήνης και ευταξίας και της απρόσκοπτης κοινωνικής διαβίωσης των πολιτών, που περιλαμβάνει την άσκηση της γενικής αστυνόμευσης και τροχαίας και
- 2) η πρόληψη και καταστολή του εγκλήματος και η προστασία του Κράτους και του δημοκρατικού πολιτεύματος στα πλαίσια της συνταγματικής τάξης, που περιλαμβάνει την άσκηση της αστυνομίας δημόσιας και κρατικής ασφάλειας.

Οι στόχοι της αστυνομίας αναφορικά με το θέμα των εξαρτήσεων, σύμφωνα με το Αμερικανικό Ινστιτούτο Δικαιοσύνης (Moore & Kleiman, 1989) θα έπρεπε να είναι οι εξής:

- 1) η μείωση της βίας των συμμοριών που συνδέονται με τη διακίνηση ναρκωτικών, η αποτροπή της δημιουργίας οργανωμένων εγκληματικών ομάδων.
- 2) ο έλεγχος των εγκλημάτων που διαπράττονται στους δρόμους από εξαρτημένα άτομα.
- 3) η βελτίωση της υγείας, της οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης των εξαρτημένων.
- 4) η αποκατάσταση της ποιότητας ζωής στις αστικές κοινότητες, με αποτελεσματικές παρεμβάσεις αντιμετώπισης της διακίνησης παράνομων ουσιών, στο επίπεδο του δρόμου (street work).
- 5) να βοηθήσει ώστε σχεδιασμένα να αποτρέπει τον πειραματισμό με εξαρτησιογόνες ουσίες.
- 6) η προστασία της ακεραιότητας και ανεξαρτησίας στα ιδρύματα ποινικής δικαιοσύνης.

Μέσα σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, η αστυνομία πρέπει να σχεδιάσει την παρέμβασή της, σε πολλά επίπεδα και με διαφορετικούς τρόπους. Η Ελληνική Αστυνομία φαίνεται να δίνει έμφαση στους δύο πρώτους στόχους, που αφορούν στην καταστολή, καθώς «μπορεί» να τους υλοποιεί αυτόνομα. Οι τέσσερις τελευταίοι στόχοι, που προτείνει το Αμερικανικό Ινστιτούτο Δικαιοσύνης, αποτελούν έργο ενός δικτύου υπηρεσιών που χρειάζεται να συνεργαστούν για να παραχθεί ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Απαιτείται η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, για να παραχθεί ένα σύνολο αποτελεσμάτων που δε μπορεί να παράγει από μόνη της.

Τέτοιου είδους συνολικές παρεμβάσεις αφορούν εξίσου και την εσωτερική δομή του Αστυνομικού Σώματος, με τον καταμερισμό που προκύπτει για το ζήτημα της εξάρτησης, τη σχέση της Αστυνομίας με την κοινωνία εν γένει και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Η διακίνηση παράνομων ουσιών, η χρήση και η συνεπαγόμενη πρόκληση φαινομένων βίας, οδηγούν στελέχη της αστυνομίας σήμερα να αναζητούν τρόπους για πιο αποτελεσματική αξιοποίηση των περιορισμένων πόρων που διαθέτουν με βάση τις δυνατότητες των υπηρεσιών τους, ώστε να αποκτηθεί ο έλεγχος επί του εγκλήματος. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να γίνουν προστατεύοντας ταυτόχρονα την ακεραιότητα των ίδιων των οργανώσεων της και το νομικό σύστημα από οποιαδήποτε ρωγμή υπονομεύει το κύρος της (Moore & Kleiman, 1989).

Αυτό καθιστά επιτακτική και επείγουσα την ανάγκη να βρεθεί και να υλοποιηθεί μια στρατηγική, που θα βασίζεται σε αποτελεσματικές σχέσεις και συνεργασίες τόσο με το σύνολο της τοπικής κοινωνίας όσο και με τις εμπλεκόμενες υπηρεσίες. Όπως αναφέρει και ο Πανούσης (1993), «*Μπροστά στην εγκληματικότητα δεν αρκεί να ορθώσουμε την Πρόληψη και την Καταστολή. Αναγκαία καθίσταται και η Αλληλεγγύη*». Αυτό δεν υποδηλώνει μόνο ότι υπάρχει ένας ακόμη «πόρος» που είναι διαθέσιμος για την αστυνομία, αλλά και ότι με την αποτελεσματική αξιοποίηση αυτής της «σχέσης» μπορεί να αντιμετωπιστεί πιο ολοκληρωμένα το πρόβλημα των ναρκωτικών (Moore & Kleiman, 1989).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι επιτυχείς προσεγγίσεις στο πρόβλημα, θα βασίζονται στην κινητοποίηση και τη συνδρομή πολλών και διαφορετικών δημόσιων φορέων, ώστε να υπάρξει διεπιστημονική αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου ζητήματος. Για την αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας, που έχουν σχέση με την εξάρτηση, εξω- και ενδο-νοσοκομειακά προγράμματα θεραπείας, μπορεί να αποδειχθούν πολύτιμα (π.χ. αξιοποίηση υπάρχοντος δικτύου ΚΕΘΕΑ με νοσοκομεία και μονάδες υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ). Για την πρόληψη της εξάπλωσης των εξαρτησιογόνων ουσιών σε νέες ομάδες εφήβων, η συνεργασία με τα σχολεία και τους γονείς είναι απαραίτητη, καθώς και με τα κέντρα πρωτογενούς πρόληψης.

Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής των ερευνών μετά από συλλήψεις απαιτούνται λεπτοί χειρισμοί. Καθίσταται αναγκαία η ενημέρωση για το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο και τις δυσκολίες που προκύπτουν κατά την εφαρμογή του, καθώς και πιθανοί τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών αυτών. Επιπρόσθετα, η εμπορία και η χρήση ναρκωτικών αποτελούν ένα πρόβλημα, που πρέπει να αντιμετωπιστεί με θεραπευτική βοήθεια, εκτός από συλλήψεις και αστυνομική δράση.

Η αστυνομία μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση της αυτοάμυνας των κατοίκων, που ζουν σε γειτονιές με αυξημένη παραβατικότητα, μέσω της συνεργασίας με τις τοπικές κοινότητες, αντί να προσανατολίζεται μόνο στην καταστολή ή αγνόητας τα σχετικά αιτήματα των κατοίκων για βοήθεια. Επίσης, θα μπορούσε να συμβάλει στην κινητοποίηση των γονέων και στην παραπομπή σε θεραπευτικά προγράμματα και αυτό να αποτελέσει μια μεγάλη ευκαιρία τόσο για τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους, όσο και για τη «μείωση βλάβης<sup>5</sup>» στο γενικό πληθυσμό. Αξίζει να αναφερθεί ότι η χρηματοδότηση θεραπευτικών υπηρεσιών, που αφορούν εξαρτημένα άτομα, έχει ισχυρό κοινωνικό όφελος τόσο από την οπτική γωνία της κοινωνικής δικαιο-

5 Η μείωση της βλάβης, περιλαμβάνει συντονισμένες παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση των βλαβερών συνεπειών, που επιφέρουν οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (π.χ. ενδοφλέβια χρήση ουσιών εξάρτησης). Οι παρεμβάσεις αυτές αποσκοπούν στη μείωση της βλάβης και δεν έχουν ως στόχο απαραίτητα τη διακοπή της χρήσης (CCSA, 2005 & Marlat, 1998), (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

οσύνης όσο και από την οπτική γωνία της οικονομικής αποδοτικότητας (Cartwright & Solano, 2003; ΚΕΘΕΑ, 2012).

### 1.3 Επισκόπηση της Υπάρχουσας Βιβλιογραφίας για την Ελλάδα.

Δυστυχώς, παρόλο που το έργο της αστυνομίας είναι εξαιρετικά δύσκολο και πολυδιάστατο, από την επισκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, δε φαίνεται να υπάρχουν μελέτες που να ασχολούνται με το αντικείμενο και τη φύση της εργασίας τους. Εξαιρέση αποτελεί η Πανελλαδική Έρευνα του ΙΝ.Α.Μ.Ε.Τ.Ε.<sup>6</sup>, που διεξάχθηκε χρονικά παράλληλα με τη συλλογή των στοιχείων της παρούσας μελέτης (Δεκέμβριος, 2005) σε 1813 αστυνομικούς και αφορά στην ικανοποίηση των εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία. Ειδικότερα, το 60,68% των συμμετεχόντων στην έρευνα θεωρούν ότι η εκπαίδευση που έλαβαν στη σχολή δεν τους εφοδιάζει επαρκώς για την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Παράλληλα, το 58,82% κρίνει ως μη ικανοποιητική την επιμόρφωση που λαμβάνει μέσα από τα σεμινάρια κατά τη διάρκεια παραμονής του στο σώμα.

Από τη μια, στην έρευνα του Μαγουλιανίτη (2011), που διεξάχθηκε σε 376 αστυνομικούς, αναδείχθηκε η έλλειψη οραματικής ηγεσίας στο χώρο της Ελληνικής Αστυνομίας. Από την άλλη, ο Πρέντζας (2008) αναλύει με κριτική διάθεση τις διακηρυγμένες στοχεύσεις της πολιτικής και αστυνομικής ηγεσίας. Τις διαχωρίζει σ' αυτές που αποτελούν μια πραγματικότητα ικανή να ανταπεξέλθει στις σύγχρονες ανάγκες αντιμετώπισης του εγκληματικού φαινομένου και σ' αυτές που έχουν άλλους μη διακηρυγμένους ή κρυφούς στόχους. Οι τελευταίες αναφέρεται ότι βάζουν στο επίκεντρο της αντεγκληματικής πολιτικής ομάδες του ευάλωτου κοινωνικού πληθυσμού, εξυπηρετώντας ευκαιριακές και βραχυπρόθεσμες πολιτικές αντιμετώπισης του εγκληματικού φαινομένου.

### 1.4 Στάσεις και Αντιλήψεις της Αστυνομίας για τους Πολίτες και τις Ευάλωτες Κοινωνικές Ομάδες.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δε φαίνεται να έχουν γίνει μελέτες για τις στάσεις και τις αντιλήψεις των αστυνομικών σχετικά με τα τοξικοεξαρτημένα άτομα. Ωστόσο, στο γενικό πληθυσμό το προφίλ του χρήστη συνδέεται με σχηματικά στερεότυπα. Συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ενσωματώνουν τη χρήση ουσιών στην καθημερινότητά τους, ως στήριγμα για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ζωής, ως μέσο προσαρμογής στις κοινωνικές και οικονομικές δομές, που συνδέεται με έναν τρόπο ψυχαγωγίας και κατανομής του ελεύθερου χρόνου (Βιδάλη, 2007). Στερεότυπα που κάποιες φορές επιβεβαιώνονται μέσω της προβλητικής ταύτισης, ενώ άλλοτε δεν ισχύουν.

Έχουν γίνει όμως έρευνες, που μελέτησαν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των αστυνομικών για άλλες ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Παρόλο που οι αστυνομικοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έχει φανεί (Psarra et al., 2008) ότι δεν έχουν υιοθετήσει τις αρχές της αποασυλοποίησης και της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ψυχικά ασθενών. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 75,6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι θα ήθελε να εκπαιδευτεί σε θέματα που αφορούν τους ψυχικά ασθενείς καθώς θα τους ήταν χρήσιμη για τα καθημερινά τους καθήκοντα (Psarra et al., 2008).

---

6 Ινστιτούτο Αστυνομικών Μελετών Επιμόρφωσης και Τεκμηρίωσης

Οι Dhont et al. (2010), μελέτησαν το πόσο επηρεάζεται η στάση και η συμπεριφορά των Φλαμανδών αστυνομικών από φυλετικά ζητήματα και ζητήματα ιθαγένειας. Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει προκατάληψη στις διαφυλετικές επαφές της αστυνομίας, η οποία σχετίζεται με το ζήτημα των μεταναστών και ανέδειξε σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στο εσωτερικό των οργανώσεων της αστυνομίας.

Ο ρόλος του μορφωτικού επιπέδου και των διαδεδομένων μύθων έχει φανεί ότι επηρεάζει σημαντικά τη στάση διευθυντικών στελεχών της αστυνομίας απέναντι σε μία στιγματισμένη κοινωνική ομάδα, αυτή των ομοφυλοφίλων (Lyons et al. 2008). Η έρευνα αποκαλύπτει ότι παρόλο που από τον ομοσπονδιακό νόμο απαγορεύονται διακρίσεις με βάση τη σεξουαλική προτίμηση, η διαδικασία άργησε να υιοθετηθεί από πολιτειακούς και τοπικούς φορείς για τους ομοφυλόφιλους αστυνομικούς. Προτείνεται εκπαίδευση που να λαμβάνει υπόψη της και το οργανωσιακό πολιτισμικό υπόβαθρο του οργανισμού.

Ομοίως, η έννοια της διαφορετικότητας δεν φαίνεται να είναι ενσωματωμένη στην κουλτούρα της διοίκησης της Ελληνικής Αστυνομίας και οι συνθήκες εργασίας αναπαράγουν διακρίσεις, υπό την επίδραση δομικών και πολιτισμικών παραμέτρων (Vidali, 2011). *Παραδοσιακά στερεότυπα περί ανδρισμού και κοινωνικής υγείας είναι διαδεδομένα και αναπαράγονται μέσα στο Σώμα, μέσω των παραστάσεων και πεποιθήσεων του προσωπικού.* Σύμφωνα με τη Βιδάλη, (2012), αυτές οι τάσεις επικρατούν και στην ευρύτερη ελληνική κοινωνία.

Επίσης, εξετάστηκε η στάση της αστυνομίας απέναντι σε παραβάτες που ασκούν ενδοοικογενειακή βία (χρήστες ουσιών και μη χρήστες). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μια τάση που στρέφεται περισσότερο στη θεραπεία, παρά στην ποινική αντιμετώπιση του ζητήματος της ενδοοικογενειακής βίας. Ακόμη από την έρευνα προέκυψε ότι οι αξιωματικοί είναι περισσότερο διατεθειμένοι να αντιμετωπίσουν ποινικά άλλες κατηγορίες παραβατών, σε σχέση με τους δράστες συντροφικής βίας που δεν κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Η «κατανόηση» της στάσης των αστυνομικών που συμμετείχαν στην έρευνα, μπορεί να ληφθεί υπόψη στην εκπαίδευση της αστυνομίας και των υπηρεσιών, ώστε κατά την άσκηση δικαιοσύνης να διασφαλίζεται η προστασία των γυναικών από τη βία των συντρόφων τους (Logan et al. 2006).

Οι Alarid & Marquart (2009) ανέδειξαν το ρόλο του μορφωτικού επιπέδου στις αντιλήψεις σωφρονιστικών υπαλλήλων για τον HIV. Οι αξιωματικοί που γνώριζαν λιγότερα στοιχεία για τον HIV και είχαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, φοβόταν την επαφή με κρατούμενους που γνώριζαν ότι ήταν θετικοί στον HIV, σε σχέση με αυτούς που είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν τη σημασία της συνεχούς εκπαίδευσης όχι μόνο στην περιοχή του HIV, αλλά και στην ευρύτερη περιοχή των μολυσματικών ασθενειών.

### *1.5 Ο ρόλος της Εκπαίδευσης στη Διαμόρφωση Στάσεων και Αντιλήψεων*

Πολλές είναι οι μελέτες που αναδεικνύουν τον καθοριστικό ρόλο της εκπαίδευσης στη διαμόρφωση στάσεων και αντιλήψεων (Forman et al., 2001; Gibbs et al., 2011; Islam et al., 2002; Lyons et al., 2008; Alarid & Marquart, 2009; Yi-lang Tang et al., 2005; Psarra et al., 2008). Οι Yi-lang Tang et al. (2005), έδειξαν ότι οι στάσεις, οι γνώσεις και οι αντιλήψεις Κινέζων γιατρών που εργάστηκαν με χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, διαφέρουν ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο και το θεραπευτικό μοντέλο προσέγγισης.

Οι Forman et al. (2001) αναλύουν το ζήτημα της στάσης και των πεποιθήσεων του προσωπικού, που εργάζεται σε δομές και ερευνητικά ινστιτούτα που σχετίζονται με την καταπολέμηση της τοξικοεξάρτησης. Το μεγαλύτερο μέρος των εργαζομένων είναι υπέρμαχοι της χρήσης καινοτόμων προσεγγίσεων, ενώ περίπου το 1/3 υποστηρίζει τη χρήση υποκατάστατων όπως η μεθαδόνη. Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της μελέτης είναι ότι τα άτομα με πιο χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο προτιμούν την χρήση περισσότερων φάρμακων, παρά τις διαδικασίες συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης.

Οι Gibbs et al. (2011), πραγματοποίησαν μία μεγάλη έρευνα στο Στρατιωτικό Σώμα σε σχέση με το στίγμα που συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ και θέματα ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τα ευρήματά της έρευνας η αρνητική στάση προς τη θεραπεία της κατάχρησης αλκοόλ, βασίζεται σε αντιλήψεις αποδοχής της χρήσης αλκοόλ στο στρατιωτικό πλαίσιο. Ως λύση προτείνονται εκπαιδευτικά μέτρα που αφορούν όλη την αλυσίδα της διοίκησης αναφορικά με τις συνέπειες της κατάχρησης αλκοόλ.

Τέλος, οι Islam et al. (2002) μελέτησαν τις αντιλήψεις εργαζομένων σχετικά με το σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (HIV). Βρέθηκε ότι περίπου οι μισοί είχαν αρνητική στάση απέναντι στα οροθετικά άτομα. Τα περισσότερα μέλη του προσωπικού, ιδιαίτερα σε χαμηλότερα επίπεδα ιεραρχίας, είχαν παρανοήσεις σχετικά με την πρόληψη του HIV, ενώ τα μέλη του προσωπικού σε υψηλότερα επίπεδα ιεραρχίας ήταν πιο μορφωμένα και έτειναν να έχουν καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τον HIV.

Συμπερασματικά, από την παρουσίαση της βιβλιογραφικής επισκόπησης σε διαφορετικές κατηγορίες οργανισμών προκύπτει η συσχέτιση συγκεκριμένων στάσεων και αντιλήψεων με το γενικό μορφωτικό επίπεδο, αλλά και με την παροχή συγκεκριμένης εκπαίδευσης για ειδικά ζητήματα.

### 1.6 Οι στόχοι της μελέτης

Ο στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία σχετικά με την τοξικοεξάρτηση, που με τη σειρά τους καθορίζουν και τη στάση τους απέναντι σε αυτό το κοινωνικό φαινόμενο. Απώτερο σκοπό της μελέτης αυτής αποτελούσε ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ενός στοχευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος, που θα ανταποκρινόταν στις συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ανάγκες των αστυνομικών του Ν. Θεσσαλονίκης. Γενικά, στόχος της εκπαίδευσης θα ήταν η ευαισθητοποίηση των αστυνομικών σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης, καθώς και η άρση τυχόν προκαταλήψεων και στερεοτυπικών κατασκευών.

Η έρευνα αυτή ξεκίνησε το 2005 στα πλαίσια ενός εκπαιδευτικού προγράμματος από το Κέντρο Πρόληψης ΣΕΙΡΠΙΟΣ. Στόχο του συγκεκριμένου προγράμματος αποτελούσε η εκπαίδευση αστυνομικών και συνοριακών φυλάκων σε θέματα πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας. Η παρεχόμενη εκπαίδευση αφορούσε σε: α) θέματα πρόληψης των εξαρτήσεων, β) ενημέρωση για το σχετικό νομικό πλαίσιο και γ) ενημέρωση για τις υπάρχουσες δομές σχετικά με τη χρήση κι απεξάρτηση από εξαρτησιογόνες ουσίες. Πραγματοποιήθηκαν ομαδικές συναντήσεις με απώτερο στόχο τη στήριξη και ενίσχυση του ρόλου των αστυνομικών, καθώς και τη διαχείριση άγχους που προκύπτει από την ίδια τη φύση της εργασίας τους.

30 *Εξαοτήσεις*

Στα πλαίσια των ενημερωτικών αυτών συναντήσεων, έγινε διανομή του ερωτηματολογίου «Ευρυδίκη» (Cooperativa Marcella)<sup>7</sup>. Το συγκεκριμένο εργαλείο διερευνά τις αντιλήψεις απέναντι στην τοξικοεξάρτηση, τον τοξικοεξαρτημένο και τα θεραπευτικά προγράμματα. Έχει διανεμηθεί σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες και σε διαφορετικές ομάδες εργαζομένων (De Luca et al., 1991; Deluca & De Luca, 1991a; Deluca & De Luca, 1991b). Σε καμία έρευνα δεν δόθηκε σε αστυνομικούς. Συλλέχθηκαν 397 ερωτηματολόγια, που χορηγήθηκαν πριν την εκπαίδευση. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και η συμμετοχή ήταν εθελοντική.

Το 2011 στα πλαίσια της συνεργασίας του Κέντρου Πρόληψης Σείριος με το Τμήμα Έρευνας του ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ συμφωνήθηκε η συνέχιση της συγκεκριμένης έρευνας με την ανάλυση των στοιχείων που είχαν συλλεχθεί το 2005 και τη συλλογή στοιχείων εντός του 2012, τα οποία θα συγκρίνονταν με τα πρώτα. Πραγματοποιήθηκαν κάποιες προσθήκες στο ερωτηματολόγιο Ευρυδίκη, σχετικά με την προηγούμενη εκπαίδευση των συμμετεχόντων πάω στο ζήτημα της τοξικοεξάρτησης και την επιθυμία τους για μελλοντική εκπαίδευση.

Ενώ η εισήγηση του Γενικού Αστυνομικού Διευθυντή Θεσσαλονίκης ήταν θετική, ωστόσο η απάντηση από τις κεντρικές υπηρεσίες της Ελληνικής Αστυνομίας ήταν αρνητική και δίχως τεκμηρίωση.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

*2.1 Εργαλείο: Το ερωτηματολόγιο Ευρυδίκη*

Το ερωτηματολόγιο Ευρυδίκη αποτελείται από 46 δηλώσεις, στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να τοποθετηθούν επιλέγοντας ανάμεσα σε μία κλίμακα Likert πέντε σημείων. Ειδικότερα, το 1 αντιστοιχούσε στο συμφωνώ απόλυτα, το 2 στο συμφωνώ αρκετά, το 3 στο δεν γνωρίζω, το 4 στο διαφωνώ αρκετά και το 5 με το διαφωνώ απόλυτα. Επίσης, υπήρχαν επτά ερωτήσεις που αφορούσαν κάποιες βασικές κοινωνικοδημογραφικές πληροφορίες. Αυτές ήταν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα χρόνια προϋπηρεσίας, η ύπαρξη τέκνων, η κοινωνική κατάσταση και η θέση εργασίας.

*2.2 Μετάφραση του εργαλείου και εσωτερική αξιοπιστία*

Ανάλυση εσωτερικής αξιοπιστίας του εργαλείου πραγματοποιήθηκε για να ελέγξουμε το κατά πόσο ο βαθμός συσχέτισης των ερωτήσεων είναι υψηλός. Η εσωτερική αξιοπιστία (cronbach alpha) του ερωτηματολογίου Ευρυδίκη από ψυχομετρικής σκοπιάς ήταν ικανοποιητική (alpha=.67).

Το ερωτηματολόγιο Ευρυδίκη μεταφράστηκε από μία ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας που είχαν ευχέρεια και στις δύο γλώσσες, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η ακρίβεια της μετάφρασης. Ορισμένοι εκ των οποίων ήταν δίγλωσσοι, δηλαδή εκτός από την πολύ καλή γνώση των δύο γλωσσών, είχαν ζήσει και στις δύο χώρες (Ελλάδα και Ιταλία) για διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους (Garyfallos et al., 1991). Μεταφράστηκε το ερωτηματολόγιο παράλληλα και ταυτόχρονα από κάθε μεταφραστή ξεχωριστά και επιβεβαιώθηκε η ομοιότητα των μεταφράσεων (διασταυρωμένη μετάφραση).

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε 450 Αστυνομικούς. Τα ερωτηματολόγια που επιστράφησαν σωστά συμπληρωμένα ήταν 397. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 88%.

7 Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella - <http://www.coopmarcella.it>

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

**3.1 Περιγραφική στατιστική των δημογραφικών χαρακτηριστικών**

Από τους 397 συμμετέχοντες, οι 349 ήταν άνδρες και οι 38 γυναίκες. Η αναλογία ανδρών γυναικών ήταν 9 προς 1. Η αναλογία αυτή είναι αντιπροσωπευτική του πληθυσμού των εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία σύμφωνα με στοιχεία της Ομοσπονδίας (Βουδούρης κ.α., 2007; Vidalli, 2011). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας από 31-40 χρόνων (43%). Το 36% ήταν μέχρι 30 ετών και το 22% ήταν από 41 ετών και πάνω.

Όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, το 78% ήταν απόφοιτοι λυκείου και το 18% ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίου. Επίσης, το 3% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι γυμνασίου και το 1% απόφοιτοι δημοτικού.

Η πλειοψηφία τους ήταν παντρεμένοι (64%) (βλ. Πίνακα 1) και το 52% είχαν παιδιά. Όσον αφορά στη θέση εργασίας, το 92% ήταν απλοί εργαζόμενοι, δίχως να κατέχουν κάποια θέση ευθύνης (βλ. Πίνακα 1). Τέλος, σχετικά με τα χρόνια προϋπηρεσίας το 53% είχαν λιγότερο από 10 χρόνια προϋπηρεσίας, εκ των οποίων το 29% είχαν λιγότερο από πέντε χρόνια προϋπηρεσίας (βλ. Πίνακα 1).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (N=385)**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
<b>Κοινωνική κατάσταση</b>		
Παντρεμένος/η	248	64,4
Ανύπαντρος/η	88	22,9
Συμβίωση	24	6,2
Διαζευγμένος/η	14	3,6
Εργένης/ισσα	11	2,9
<b>Θέση Εργασίας</b>		
Διευθυντής	2	0,5
Προϊστάμενος	10	2,6
Υπεύθυνος	19	4,9
Εργαζόμενος	354	92
<b>Χρόνια προϋπηρεσίας</b>		
0-5	111	28,8
6-10	92	23,9
11-15	67	17,4
16-20	54	14,0
>20	61	15,8

*Η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου, της ηλικίας, του φύλου και των χρόνων προϋπηρεσίας στις αντιλήψεις για την τοξικοεξάρτηση.*

Αρχικά, ένας έλεγχος αξιοπιστίας του εργαλείου πραγματοποιήθηκε για να ελέγξουμε την εσωτερική συσχέτιση των 46 διαστάσεων που μετρούν τις αντιλήψεις απέναντι σε ζητήματα τοξικοεξάρτησης. Η εσωτερική αξιοπιστία του εργαλείου ενισχυόταν σε περίπτωση διαγραφής της πρώτης δήλωσης («Η τοξικοεξάρτηση δεν είναι μια αρρώστια»). Ειδικότερα, εφόσον διαγραφόταν η συγκεκριμένη δήλωση, η τιμή cronbach alpha ανέβαινε στο .70. Για αυτό το λόγο, η συγκεκριμένη δήλωση αποκόπηκε από τις υπόλοιπες (βλ. Πίνακα 5). Ήταν άλλωστε και η μόνη δήλωση, η οποία δεν κατέστη εφικτό από τους ερευνητές της συγκεκριμένης έρευνας να αξιολογηθεί όσον αφορά στο ποια τοποθέτηση απέναντι της θα ήταν η ορθή, καθώς αποτελεί πεδίο διαμάχης στην επιστημονική κοινότητα. Ο ορισμός της «αρρώστιας» είναι αρκετά ασαφής, αφήνοντας ευρύ πεδίο θεώρησης της συγκεκριμένης έννοιας. Οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν αφορούσαν είτε στο μέσο όρο των 45 δηλώσεων είτε την πρώτη δήλωση μόνο. Αναλυτικά, οι τοποθετήσεις των αστυνομικών πάνω σε κάθε μία δήλωση ξεχωριστά βρίσκονται στη μεταπτυχιακή εργασία των συγγραφέων με τον ίδιο τίτλο στη βιβλιοθήκη του ΚΕΘΕΑ.

Όσον αφορά στις 45 δηλώσεις, δημιουργήθηκε ένας νέος τρόπος βαθμολόγησης των απαντήσεων που έδειχναν το βαθμό σωστής ενημέρωσης και αντίληψης (1= πολύ σωστή ενημέρωση / αντίληψη, 2 αρκετά σωστή ενημέρωση / αντίληψη, 3 δεν γνωρίζει, 4 αρκετά λανθασμένη ενημέρωση / αντίληψη, 5 πολύ λανθασμένη ενημέρωση / αντίληψη). Αφού αποκλείστηκε από αυτή τη διαδικασία η πρώτη δήλωση, πραγματοποιήθηκε αντιστροφή βαθμολόγησης για τις δηλώσεις 11, 12, 18-23, 25, 27, 28, 31, 35, 36, 38 και 41. Μετά από κοινή συμφωνία των δύο ερευνητών, θεωρήθηκε ότι για τις προαναφερθείσες δηλώσεις, η απάντηση «συμφωνώ απόλυτα» (δηλαδή το 1) αντιστοιχούσε με το «πολύ λανθασμένη ενημέρωση / αντίληψη» και για αυτό χρειάστηκε να αντιστραφεί η βαθμολόγησή τους.

Ο μέσος όρος των 45 δηλώσεων χρησιμοποιήθηκε για να διερευνήσουμε την επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου, της ηλικίας, του φύλου και των χρόνων προϋπηρεσίας στις αντιλήψεις για την τοξικοεξάρτηση. Τέσσερις μονοπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης πραγματοποιήθηκαν για καθεμιά από τις προαναφερθείσες ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι μεταβλητές «χρόνια προϋπηρεσίας» και «ηλικία» τροποποιήθηκαν έτσι ώστε να έχουν τρία επίπεδα για λόγους καλύτερης κατανομής των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σ' αυτούς που είχαν μέχρι 10 χρόνια προϋπηρεσίας, από 11 έως 20 και από 21 χρόνια και πάνω. Όσον αφορά στην ηλικία, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σ' αυτούς που ήταν μέχρι 30 ετών, σ' αυτούς που η ηλικία τους κυμαινόταν από 31 έως 40 ετών και σ' αυτούς που η ηλικία τους ξεπερνούσε τα 41 έτη.

Μόνον το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε ότι επιδρά πάνω στις αντιλήψεις για την τοξικοεξάρτηση,  $F(3, 383)=3.09; p<.027$  – (βλ. Πίνακα 2 για μέσους όρους και τυπικές αποκλίσεις). Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι απόφοιτοι πανεπιστημίου και λυκείου ήταν πιο καλά ενημερωμένοι και είχαν πιο σωστές αντιλήψεις σχετικά με το ζήτημα της τοξικοεξάρτησης απ' τους απόφοιτους δημοτικού και γυμνασίου. Η ηλικία, το φύλο και τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν φάνηκε να επηρεάζουν τις αντιλήψεις πάνω στο ζήτημα της τοξικοεξάρτησης.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΕΣ ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (N=385)

	<i>Μέσος όρος (τυπική απόκλιση)</i>
Δημοτικό	2,66 (.18)
Γυμνάσιο	2,54 (.26)
Λύκειο	2,39 (.28)
Πανεπιστήμιο	2,36 (.23)
Σύνολο	2,40 (.27)

Εξαιτίας του περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων σε αρκετά επίπεδα των εξετασθέντων ανεξάρτητων μεταβλητών δεν ήταν εφικτή η διεξαγωγή μιας πολυπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης με στόχο τη διερεύνηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Επίσης, τέσσερις μονοπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης πραγματοποιήθηκαν για τη διερεύνηση της επίδρασης του φύλου, της εκπαίδευσης, της ηλικίας και των χρόνων προϋπηρεσίας πάνω στην πρώτη δήλωση του ερωτηματολογίου. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μόνον για την εκπαίδευση [ $F(3, 380)=2.76; p<.042$ ] – (βλ. Πίνακα 3 για μέσους όρους και τυπικές αποκλίσεις). Συγκεκριμένα, η διεξαγωγή Scheffe test αποκάλυψε ότι αυτή η επίδραση οφειλόταν σε σημαντικές διαφορές μεταξύ των αποφοίτων γυμνασίου και των αποφοίτων λυκείου ( $p=.046$ ). Η διαφορά όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4 έγκειται στο ότι σχεδόν όλοι οι απόφοιτοι γυμνασίου συμφωνούν με τη δήλωση ότι η τοξικοεξάρτηση δεν είναι μια αρρώστια (83%), ενώ στους αποφοίτους λυκείου οι απόψεις διίστανται. Το 43% συμφωνεί με τη συγκεκριμένη δήλωση, ενώ η πλειοψηφία (55%) διαφωνεί. Το 2% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν γνωρίζει.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.** ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΕΣ ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ 1 ΓΙΑ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (N=385)

	<i>Μέσος όρος (τυπική απόκλιση)</i>
Δημοτικό	2,80 (2,05)
Γυμνάσιο	1,83 (1,19)
Λύκειο	3,18 (1,65)
Πανεπιστήμιο	3,13 (1,47)
Σύνολο	3,13 (1,63)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.** ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΛΩΣΗ 1 ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (%) (N=384)

	<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	<i>Συμφωνώ αρκετά</i>	<i>Δεν γνωρίζω</i>	<i>Διαφωνώ αρκετά</i>	<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>
Δημοτικό	40,0	20,0	0	0	40,0
Γυμνάσιο	50,0	33,3	8,3	0	8,3
Λύκειο	26,8	15,8	2,0	22,8	32,6
Πανεπιστήμιο	15,9	29,0	5,8	24,6	24,6

*Διερεύνηση του μοτίβου δομής*

Οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου Ευρυδική διερευνήθηκαν με την πραγματοποίηση παραγοντικής ανάλυσης με ορθογώνια περιστροφή. Οι συσχετίσεις ήταν μέτριες και περιορισμένες σε έναν παράγοντα και οι υπολειπόμενες συσχετίσεις ήταν πολύ χαμηλές, δείχνοντας ότι όλοι οι παράγοντες συσχετίζονταν με διαφορετικές μεταβλητές (Tabachnic & Fidell, 1989). Προτιμήθηκε η ορθογώνια περιστροφή για λόγους διευκόλυνσης της ερμηνείας των παραγόντων (Tabachnic & Fidell, 1989). Ως ανώτατο όριο για τις επιβαρύνσεις των παραγόντων επιλέχθηκε για λόγους ερμηνείας το .45, το οποίο αξιολογείται ως εύλογο (Tabachnic & Fidell, 1989). Οι επιβαρύνσεις των παραγόντων και τα ποσοστά της διακύμανσης δίνονται στον Πίνακα 5 (βλ. σελ. 36).

Στο άρθρο αυτό επιλέχθηκε η αξιολόγηση των αντιλήψεων της συγκεκριμένης ομάδας από το συνολικό βαθμό αξιολόγησης και την ανάδειξη των παραγόντων (ομαδοποίηση των δηλώσεων) που δημιουργήσαν οι συμμετέχοντες.

Σκοπός της παραγοντικής ανάλυσης ήταν η αναγνώριση μοτίβων των συσχετίσεων ανάμεσα στις 45 δηλώσεις, τα οποία αντανακλούν τις υποβόσκουσες δομές των στάσεων απέναντι στην τοξικοεξάρτηση. Εντοπίστηκαν πέντε σημαντικοί παράγοντες από την ομαδοποίηση των απαντήσεων των συμμετεχόντων.

Ο Παράγοντας 1 φαίνεται να αφορά στην κοινωνική ευθύνη απέναντι στον τοξικοεξαρτημένο γενικά (δήλωση 33), στους νέους (δηλώσεις 8, 14, 7) και στους εργαζόμενους, που είτε οι ίδιοι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα τοξικοεξάρτησης (δήλωση 40) είτε έχουν κάποιο τοξικοεξαρτημένο στην οικογένειά τους (δήλωση 36). Επίσης, η δήλωση 15, επιβάρυνε το συγκεκριμένο παράγοντα, η οποία φαίνεται ότι συνδέει την ευθύνη της κοινωνίας με την πρόληψη (Πίνακας 5).

Ο Παράγοντας 2 φαίνεται να αφορά στο αρνητικό προφίλ του τοξικοεξαρτημένου. Οκτώ δηλώσεις σχετίζονται αρκετά με τον παράγοντα αυτό, αποδίδοντας αρνητικά χαρακτηριστικά στον τοξικοεξαρτημένο (δηλώσεις 26, 19, 27, 28) και τις επιβλαβείς επιπτώσεις της τοξικοεξάρτησης (δηλώσεις 25 και 41) – (Πίνακας 5).

Ο Παράγοντας 3 φαίνεται να αφορά στην όχληση, που προκαλούν οι τοξικοεξαρτημένοι (δηλώσεις 34 & 37) – (Πίνακας 5). Ο παράγοντας 4 σχετίζεται με τη δύναμη της ναρκωτικής ουσίας (δηλώσεις 3 & 6) – (Πίνακας 5). Τέλος, ο παράγοντας 5 αφορά στη θεραπεία του τοξικοεξαρτημένου (δηλώσεις 20 & 21) – (Πίνακας 5).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε γενικές γραμμές, φαίνεται ότι οι Έλληνες Αστυνομικοί αντιλαμβάνονται την κοινωνική διάσταση του προβλήματος και αποδέχονται την ευθύνη της κοινωνίας ως προς τους τοξικοεξαρτημένους, καθώς και τη σημασία της πρόληψης στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης. Επιπρόσθετα, οι Έλληνες αστυνομικοί φαίνεται ότι αντιλαμβάνονται τη δύναμη και τις επιπτώσεις των εξαρτητικών συμπεριφορών τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Όσον αφορά στη θεραπεία της εξάρτησης φαίνεται ότι οι απόψεις δίστανται. Η απολυτότητα που συνόδευε τις δηλώσεις σχετικά και με τις δύο θεραπευτικές προσεγγίσεις, κατέστη σκόπελος ως προς τη διεξαγωγή ξεκάθαρων συμπερασμάτων. Σ' αυτό ενδεχομέ-

ως να συνετέλεσε και ο διχασμός που υπάρχει τόσο στους συμμετέχοντες όσο και στην επιστημονική κοινότητα σχετικά με το αν η τοξικοεξάρτηση είναι αρρώστια ή όχι και την αιτιοπαθογένειά της.

Σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης αποτελεί η ανάδειξη του ρόλου της εκπαίδευσης πάνω στις στάσεις και αντιλήψεις των συμμετεχόντων αναφορικά με το ζήτημα της εξάρτησης. Η επίδραση του φύλου, της ηλικίας και των χρόνων προϋπηρεσίας δε φάνηκε να είναι σημαντική. Τα ευρήματα αυτά είναι σε συμφωνία με τα ευρήματα άλλων μελετών (Forman et al., 2001; Gibbs et al., 2011; Islam et al., 2002; Lyons et al., 2008; Alarid & Marquart, 2009; Yi-lang Tang et al., 2005; Psarra et al., 2008).

#### 4.1 Δικτύωση Υπηρεσιών ως Αναγκαία Συνθήκη για την Αποτελεσματική Αντιμετώπιση της Τοξικοεξάρτησης.

Η μελέτη αυτή αποτελεί τμήμα της συνεργασίας που αναπτύχθηκε μεταξύ των Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας «ΣΕΙΡΙΟΣ» του Δ.Θ.-ΟΚΑΝΑ, του Τμήματος Έρευνας του ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ (Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) και της Ελληνικής Αστυνομίας. Επίδικο αντικείμενο της υλοποίησης της συγκεκριμένης μελέτης, αποτελεί η περαιτέρω δικτύωση των εμπλεκόμενων φορέων, δηλαδή η διαμόρφωση καλύτερων σχέσεων συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στους εμπλεκόμενους φορείς και η αποτελεσματική αντιμετώπιση του κάθε προβλήματος που αποτελεί το περιεχόμενο της δράσης τους (ΚΕΘΕΑ, Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων, Ελληνική Αστυνομία).

Στο πλαίσιο της φιλοσοφίας της δικτύωσης υπηρεσιών, η συγκεκριμένη πρόταση φιλοδοξεί να αποτελέσει την απαρχή μιας μακροχρόνιας συνεργασίας με στόχο την προώθηση μιας θετικής αλλαγής, προκειμένου η Ελληνική Αστυνομία να λειτουργεί όχι μόνο κατασταλτικά, αλλά και προληπτικά όπως προβλέπεται και από το Ν.2008/2000. Επίσης, επιδιώκει να λειτουργήσει εξισορροπητικά ως προς τυχόν παραλείψεις ή αντιφάσεις του νόμου, που έχουν αρνητικές συνέπειες στην πορεία των εξαρτημένων ατόμων, καθώς θα μπορούσαν με σωστή εκπαίδευση οι αστυνομικοί να κάνουν τις κατάλληλες εξατομικευμένες παραπομπές-παραμβάσεις. Λόγω των διαρκώς μεταβαλλόμενων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και των δυσμενών επιπτώσεών τους, γίνεται ολοένα και πιο απαραίτητη η δικτύωση των εμπλεκόμενων φορέων που ασχολούνται με το θέμα της τοξικοεξάρτησης.

Γενικά στην Ελλάδα οι συνεργασίες μεταξύ των φορέων δεν είναι θεσμικά κατοχυρωμένες, αλλά προκύπτουν κατά κύριο λόγο μέσα από τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων των φορέων και τις προσωπικές σχέσεις που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες που εργάζονται στους εμπλεκόμενους φορείς. Παρατηρείται έλλειψη συντονισμού και επαγγελματισμού σε διοικητικές θέσεις και δυστυχώς ακόμη και σε περιπτώσεις που υπάρχουν μνημόνια ή πρωτόκολλα συνεργασίας, αυτά ατονούν ή δεν έχουν συνέχεια χωρίς να υφίστανται τεκμηριωμένοι λόγοι (π.χ. οφείλονται σε αλλαγή διοίκησης και όχι σε αποτυχία μιας συνεργασίας). Φαίνεται να αναπαράγεται ένα σκηνικό που προσομοιάζει στο πολιτικό σκηνικό της χώρας.

Πιο συγκεκριμένα, μετά από μια μακροχρόνια συνεργασία του Κέντρου Πρόληψης Σείριος με το Τμήμα Εκπαίδευσης και το Τμήμα Δίωξης Ναρκωτικών της ΕΛΑΣ, προτάθηκε από το Κέντρο Πρόληψης Σείριος και το ΚΕΘΕΑ ο σχεδιασμός και η υλοποίηση κατάρτι-

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ 45 ΔΗΛΩΣΕΙΣ

ΔΗΛΩΣΕΙΣ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ				
	Παρ.1	Παρ.2	Παρ.3	Παρ.4	Παρ.5
Η τοξικοεξάρτηση αποδίδει στο ναρκωτικό τη δύναμη να λύνει όλα τα προβλήματα.	,31	,01	-,04	,37	-,25
Εξάρτηση από μια ουσία σημαίνει ότι αν κάποιος αρχίσει τη χρήση της είναι σχεδόν αδύνατο να σταματήσει.	-,01	-,25	-,01	,52	,21
Οι νέοι φοβούνται να μεγαλώσουν (να γίνουν ενήλικες).	,12	-,05	-,07	,24	,27
Το πρόβλημα των νέων που κάνουν χρήση ναρκωτικών είναι ότι δεν έχουν κατορθώσει να γίνουν αυτόνομοι και ανεξάρτητοι.	,29	-,13	-,17	,18	,17
Όλοι όσοι αρχίζουν τα ναρκωτικά είναι πεπεισμένοι ότι μπορούν να τα σταματήσουν όποτε θέλουν.	,19	-,11	,13	,46	-,20
Οι νέοι έχουν την ανάγκη να τους διδάξει κάποιος πως να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που συναντούν κατά το μεγάλο τους.	,49	-,09	-,21	-,10	,06
Μόνο στη βάση μιας καλής σχέσης και σχέσης εμπιστοσύνης μπορεί να διδάξει κανείς κάτι στους νέους.	,60	-,12	-,23	,03	,20
Ο οποιοσδήποτε μπορεί να έχει ένα πρόβλημα τοξικοεξάρτησης.	,40	-,06	-,14	,09	,04
Τα άτομα που παίρνουν ναρκωτικά εκτός από τα ναρκωτικά, έχουν ως κοινό μια ιστορία μεγάλου κοινωνικού προβλήματος.	,32	-,26	-,28	,06	,23
Όλοι οι ορθοετικοί αρρωσταίνουν από AIDS.	,08	,48	,26	,13	-,34
Όλοι οι τοξικοεξαρτημένοι γίνονται ορθοετικοί.	,19	,40	,28	,22	-,39
Τα συνθετικά ναρκωτικά (έκσταση, κρακ, LSD, μεταμφεταμίνες) προκαλούν πολύ έντονη εξάρτηση.	,27	-,31	-,05	-,13	,00
Η αδιαφορία και η μη ανοχή των ενηλίκων μπορεί να ωθήσει τους νέους στην άρνηση της πραγματικότητας.	,56	-,15	-,17	-,02	,11
Πρόβλημα σημαίνει να διαθέτεις χώρους ανάπτυξης στην κοινότητα, στη συνοικία, όπου μπορείς να συναντηθείς, καθώς και χώρους όπου μπορείς να ανταλλάξεις.	,50	-,10	-,20	-,14	-,02
Υπάρχουν άτομα που έχουν προδιάθεση στο να πάρουν ευκολότερα ουσίες.	,06	-,07	-,07	,30	,02
Όποιος αντιμετωπίζει πρόβλημα εξάρτησης δυσκολεύεται να ζητήσει βοήθεια επειδή φοβάται την κριτική των συναδέλφων.	,34	-,10	,09	,02	-,18
Το να απευθυνθεί ένας τοξικοεξαρτημένος στους δημόσιους φορείς (υγείας) αποτελεί μια προσωπική ήττα.	,09	,15	,21	-,37	,02
Όλοι οι τοξικοεξαρτημένοι είναι ίδιοι.	,25	,56	,13	-,05	,07
Μόνο η ιατρική παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει τον τοξικοεξαρτημένο.	-,12	,30	,25	,07	,55
Μόνο οι θεραπευτικές κοινότητες θεραπεύουν τον τοξικοεξαρτημένο.	-,16	,35	,25	,09	,49

Ο τοξικοεξαρτημένος δεν μπορεί να θεραπευτεί.	,31	,49	,11	-27	-,14
Όλη η ευθύνη είναι της κοινωνίας.	-,06	,14	,25	,23	,11
Ο τοξικοεξαρτημένος δεν είναι κακοποιός.	,30	,37	-,08	-,11	-,14
Ο τοξικοεξαρτημένος καταστρέφει την οικογένεια.	-,02	,49	-,21	,28	,02
Ο τοξικοεξαρτημένος είναι ψεύτης.	-,06	-,59	,24	-,14	-,11
Ο τοξικοεξαρτημένος δεν δουλεύει.	-,00	,54	-,21	,21	,21
Ο τοξικοεξαρτημένος δεν έχει συναισθήματα.	,23	,45	,12	-,00	,19
Στα ψυχοφάρμακα αποδίδεται μια υπερτιμημένη ικανότητα.	,22	-,15	,32	,32	-,16
Η μάχη ενάντια στα ναρκωτικά σημαίνει ότι πολεμάμε όλοι ενωμένοι.	,44	-,06	,06	,03	-,18
Για να αντιμετωπίσει κάποιος ένα προσωπικό πρόβλημα είναι καλύτερο να πάρει ένα φάρμακο ώστε να μην το σκέφτεται πια.	,05	,20	,43	,01	,18
Είναι σημαντικό οι τοπικοί φορείς (Δήμος, Νομαρχία) να συντονίζουν όλες τις παρεμβάσεις.	,30	-,07	,09	-,18	,15
Δεν πρέπει να πολεμάμε τον τοξικοεξαρτημένο, αλλά την κουλτούρα που υπάρχει γύρω από την ουσία (ναρκωτικής) και την εξάρτηση.	,60	,07	,08	,03	,00
Οι εργαζόμενοι δυσαναγκαστούν όταν έχουν να κάνουν με ένα συνάδελφο τοξικοεξαρτημένο.	,17	-,13	,52	,16	-,08
Ένας εργαζόμενος τοξικοεξαρτημένος πρέπει να απολύεται.	,41	,41	-,00	-,17	,16
Οι επιχειρήσεις πρέπει να διευκολύνουν τους εργαζόμενους που στην οικογένειά τους υπάρχει ένας τοξικοεξαρτημένος.	-,47	,07	-,06	,26	-,11
Η χρήση ουσιών που προκαλούν εξάρτηση μειώνει την απόδοση στην δουλειά.	,18	-,22	,46	-,14	-,03
Πολλοί εργαζόμενοι τοξικοεξαρτημένοι αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους επειδή φοβούνται ότι μετά τη θεραπεία δεν θα μπορούν να επιστρέψουν στη δουλειά τους.	-,30	,21	-,06	-,09	,26
Η χρήση συνθετικών ουσιών (έκσταση, κρακ, LSD) αυξάνει την ανθεκτικότητα στην κούραση.	-,01	-,20	,02	-,00	,01
Για να βοηθήσουμε εργαζόμενους που αντιμετωπίζουν πρόβλημα τοξικοεξάρτησης είναι απαραίτητο να υπάρχουν εργασιακές συμφωνίες.	,47	-,06	,06	-,11	,09
Το να εργάζεται κανείς με ορθοπεδικό είναι πολύ επικίνδυνο.	,31	,45	-,15	,11	-,14
Ο τύπος της σχέσης που υπάρχει μεταξύ γονιών και παιδιών επηρεάζει το βαθμό ανεξαρτησίας και αυτονομίας των παιδιών.	,13	-,15	,24	,01	,17
Ένας εργαζόμενος που είναι εξαρτημένος από ψυχοφάρμακα, ναρκωτικά και αλκοόλ, θέτει σε κίνδυνο τον εαυτό του και τους άλλους.	,08	-,23	,43	-,15	,18
Εξάρτηση σημαίνει υποταγή σε κάποιον ή σε κάτι.	,18	-,28	,35	,06	,24
Το να περνάει κανείς τον ελεύθερο χρόνο του μονότονα μπορεί να οδηγήσει στην επιθυμία λήψης ουσιών που προκαλούν εξάρτηση.	,11	-,28	-,06	,32	,22
Γνωρίζεις σε ποιους φορείς δημόσιους ή ιδιωτικούς πρέπει να απευθυνθείς σε περίπτωση ανάγκης για βοήθεια;	,12	-,02	,19	,17	,05

σης βασισμένης στις αρχές της Οργανωσιακής Μάθησης<sup>8</sup>. Η κατάρτιση αυτή θα προέκυπτε ύστερα από τη διεξαγωγή σχετικής μελέτης σε δείγμα αστυνομικών. Το αίτημα απορρίφθηκε δύο φορές χωρίς τεκμηρίωση. Ειδικότερα, λαμβάνοντας υπόψη, αλλαγές στη διοίκηση που έλαβαν χώρα τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, επαναλήφθηκε το αίτημα, το οποίο απορρίφθηκε εκ νέου.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται μία εσωστρέφεια του οργανισμού (ΕΛΑΣ), χαρακτηριστικό που εμπίπτει στη γενικότερη φιλοσοφία του, αλλά δε διευκολύνει την εξέλιξη και τη δυνατότητα του οργανισμού να μαθαίνει και να αξιοποιεί ήδη εδραιωμένα δίκτυα και συνεργασίες. Τονίζεται η ανάγκη υιοθέτησης μιας σύγχρονης ηγεσίας, προκειμένου να ανταποκριθεί επαρκώς τόσο στην αποστολή της, όσο και στις νέες απαιτήσεις του διεθνούς περιβάλλοντος (Cohen, 2014). Η τάχιστα εξάπλωση των νέων συνθετικών ναρκωτικών ουσιών με απρόβλεπτη δράση επιβάλλει τη διαρκή διακίνηση των πληροφοριών μεταξύ των υπηρεσιών και την εκπαίδευση των αστυνομικών στα νέα δεδομένα.

Καθώς το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης είναι εξαιρετικά περίπλοκο, χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη οι κοινωνικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες (Di Matteo & Martin, 2011; Bakal, 1999; Engel, 1997). Προσεγγίσεις που βασίζονται στο βιοϊατρικό μοντέλο περιγράφουν ανεπαρκώς την τοξικοεξάρτηση, όπως αυτή βιώνεται στο πλαίσιο της ανθρώπινης πραγματικότητας (Di Matteo & Martin, 2011; Bakal, 1999; Kleinman, 1988). Ενώ, προσεγγίσεις που βασίζονται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ενσωματώνουν ποικίλες βιολογικές παραμέτρους σε συνδυασμό με ψυχολογικά φαινόμενα. Ως εκ τούτου προώθηση μονομερών επιστημονικών ευρημάτων που παρουσιάζουν την εξάρτηση ως μία χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο όχι μόνο δεν άρουν τις προκαταλήψεις αλλά τις ενισχύουν.

#### 4.2 Εκπαιδευτική Πρόταση

Παλαιότερες προσεγγίσεις αντιμετώπισης και πρόληψης της τοξικοεξάρτησης που είχαν στηριχτεί μόνο στη δράση της αστυνομίας χρειάζονται αναθεώρηση, διότι φαίνεται να περιορίζονται στην ικανότητά τους να επιτύχουν οποιονδήποτε από τους σημαντικούς στόχους της κοινωνίας των πολιτών στον τομέα αυτό. Η ανάπτυξη ενός πλαισίου συνεργασίας σε επίπεδο εκπαίδευσης, επιμόρφωσης και κατάρτισης των αστυνομικών συνδέεται με την άμεση προστασία της υγείας, την αναχαίτιση της διάδοσης της ζήτησης και τον έλεγχο της προσφοράς (Cohen, 2014).

Στη σύγχρονη πραγματικότητα, οι οργανισμοί λειτουργούν μέσα σε ένα ευμετάβλητο περιβάλλον, που αντιμετωπίζει προκλήσεις. Οι αλλαγές είναι συνεχείς και επιταχυνόμενες. Για τους λόγους αυτούς, είναι σκόπιμη η διερεύνηση αναγκών και η διαρκής εκπαίδευση των εργαζομένων, ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και η ευκαιρία για βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και των συνεργασιών εντός και εκτός του Οργανισμού.

Συμπερασματικά, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει η ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση των εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία. Ειδικότερα, αναδείχθηκαν ζητήματα στα οποία, το δείγμα των συμμετεχόντων φαίνεται να απαντά αντιφατικά, γεγονός που αντικατοπτρίζει την έλλειψη κοινής στάσης απέναντι στα εξαρτημένα άτο-

<sup>8</sup> Ύπαρξη κοινών γνωστικών νοητικών μοντέλων/κοινών σημείων αναφοράς μεταξύ των μελών και των ομάδων της οργάνωσης

μα. Τα θέματα αυτά αφορούν την αιτιολογία της εξάρτησης, τη θεραπευτική της αντιμετώπιση, καθώς και ενημέρωση πάνω σε βασικά ιατρικά ζητήματα.

Ένα εκπαιδευτικό σεμινάριο θα μπορούσε να αξιοποιήσει ως θεματικούς άξονες τους πέντε παράγοντες<sup>9</sup>, που προκύπτουν από τα μοτίβα των συσχετίσεων και αντανακλούν τις υποβόσκουσες δομές των στάσεων. Επίσης, θα μπορούσε να προσανατολιστεί σε χωριστή εκπαίδευση για τους νεοεισερχόμενους και σε χωριστή για τους πιο έμπειρους καθώς έχουν διαφορετικές ανάγκες. Σε ένα δεύτερο και πιο ουσιαστικό στάδιο, θα ήταν απαραίτητο να υπάρχει κοινή βιωματική εκπαίδευση για τις δύο ομάδες, με θεματολογία τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους τόσο για τον επαγγελματικό τους ρόλο και τη φύση της δουλειάς τους όσο και για την εξάρτηση.

Τα εκπαιδευτικά σεμινάρια που προτείνονται να γίνουν σε εργαζομένους στην ελληνική αστυνομία, προέκυψαν έπειτα από διερεύνηση των αναγκών και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της ομάδας στόχου, καθώς και μελέτη της υπάρχουσας κατάστασης. Η εκπαίδευση θα αφορά στην ευαισθητοποίηση των αστυνομικών σε θέματα πρόληψης και εξάρτησης, στη μετατόπισή τους σε σχέση με την προσωπικότητα του χρήστη<sup>10</sup> και στην απομυθοποίηση τυχόν προκαταλήψεων και στερεοτυπικών κατασκευών<sup>11</sup> που πιθανόν να επηρεάζουν τη στάση τους<sup>12</sup>. Επίσης, θα ήταν σκόπιμο να δοθεί χώρος να αναδυθούν οι φόβοι τους και οι ανησυχίες τους, αλλά και άλλες δυσκολίες που δυσχεραίνουν το ρόλο τους και τη συμπεριφορά τους τόσο απέναντι σε εξαρτημένα άτομα, όσο και μεταξύ τους.

Επιπλέον, στόχευση αποτελεί η κατά το δυνατόν αλλαγή στάσης ως προς την εργασία τους και τους χρήστες ουσιών, ώστε να λειτουργούν και οι ίδιοι υποστηρικτικά απέναντι τους (π.χ. με μια παραπομπή στον ανάλογο φορέα). Τέλος, στόχο αποτελεί η κατάρτιση των εργαζομένων, ώστε να αντεπεξέλθουν στο ρόλο του υποστηρικτή των συναδέλφων τους, καθώς και του συνδέσμου αυτών με δομές πρόνοιας και ψυχικής υγείας, σχετικά με ψυχο-κοινωνικές δυσχέρειες, που ενδεχομένως αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης δευτερογενών προβλημάτων, για παράδειγμα χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

#### 4.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Μέσω της παρούσας έρευνας αναζητήθηκαν και προσδιορίστηκαν οι αντιλήψεις των εργαζομένων στην ελληνική αστυνομία σχετικά με την τοξικοεξάρτηση, που με τη σειρά τους καθορίζουν και τη στάση τους απέναντι σε αυτό το κοινωνικό φαινόμενο. Καθώς τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν το Νοέμβριο του 2005, προτείνεται η επικαιροποίηση των αποτελεσμάτων με την επανάληψη της έρευνας με κάποιες μικρές βελτιωτικές αλλαγές στο ερωτηματολόγιο Ευρυδίκη.

9 Ευθύνη της κοινωνίας, προφίλ του τοξικοεξαρτημένου, όχληση – αντιμετώπιση, αντίληψη για την εξάρτηση και τις εξαρτησιογόνες ουσίες, κοινωνική διάσταση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης και ιατροκοποίηση.

10 Η συμπάθεια που προκαλείται για κάποιον που είναι κοινωνικά στιγματισμένος μπορεί να βελτιώσει τη στάση προς αυτήν την ευαίσθητη κοινωνική ομάδα συνολικά (Batson et al. 2002).

11 Το στερεότυπο σημαίνει το μηχανικό τρόπο του διανοείσθαι. Σύμφωνα με τον Λίπμαν, στερεότυπα είναι οι προκατασκευασμένες απόψεις ή πεποιθήσεις για χαρακτηριστικά του εξωτερικού κόσμου

12 Βασικός στόχος της εκπαίδευσης ενηλίκων είναι η συνειδητοποίηση, η επίγνωση και ο κριτικός στοχασμός επάνω στα καθημερινά προβλήματα. Η αυθεντική εκπαίδευση απελευθερώνει το άτομο και το βοηθά να διαμορφώσει τη ζωή του σύμφωνα με νέα πρότυπα (P. Freire, 1977).

### Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

---

- Alarid, L., & Marquart, J. (2009). Officer Perceptions of Risk of Contracting HIV/AIDS in Prison: A Two-State Comparison, *The Prison Journal*, 89:440.
- Bakal, D. (1999). *Minding the Body: Clinical uses of somatic awareness*. New York: Guilford Press.
- Batson, C., Chang, J., Orr R. & Rowland, J. (2002). Empathy, Attitudes, and Action: Can Feeling for a Member of a Stigmatized Group Motivate One to Help the Group?, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28:1656.
- Cartwright, W., & Solano, P. (2003). The economics of public health: financing drug abuse treatment services, *Health Policy* 66:247-260.
- Cohen, J.,A. (2014). The Highs of Tomorrow. Why New Laws and Policies are Needed to Meet the Unique Challenges of Synthetic Drugs. *Journal of Law and Health*, 27:164-188.
- Cunha, S. & Eurodice team in Portugal, (1991). Perception of drug addiction in a Portugese workers group, *Euridice News, Towards a European Programme on Prevention and Drug Demand Reduction in the Workplace Concept Paper*, 8:23-29.
- De Luca, G., Deluca, P., Gori, C., Rimoldi, C., Signorelli C. (1991). What do Italian workers think about drug addiction? *Euridice News, Towards a European Programme on Prevention and Drug Demand Reduction in the Workplace Concept Paper*, 8: 3-14.
- Deluca, P., De Luca, G. (1991a). Young workers at risk: prevention of new synthetic drugs in apprenticeship and interim work, *Euridice News, Towards a European Programme on Prevention and Drug Demand Reduction in the Workplace Concept Paper*, 8: 15-18.
- Deluca, P., De Luca, G. (1991b). Young workers at risk: towards an individualized prevention programme, *Euridice News, Towards a European Programme on Prevention and Drug Demand Reduction in the Workplace Concept Paper*, 8: 19-22.
- Deschamps, F., Panagon-Badinier, I., Marchand, A., Merle, C., (2003). Sources and Assessment of Occupational Stress the Police. *Journal of Occupational Health*, 45: 358-364.
- Dhont, K., Cornelis, I., Hiel, A. (2010). Interracial public-police contact: Relationships with police officers' racial and work-related attitudes and behavior, *International Journal of Intercultural Relations*, 34, 551-560.
- Forman, R., Bovasso, G., Woody, G. (2001). Staff beliefs about addiction treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21:1- 9.
- Engel, G., L. (1997). From biomedical to Biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38, 521-528.
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C.; Alagiozidou, E., Mala, D., Garyfallos, A. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand*, 84, 371-378.
- Gibbs, D., Olmsted, K., Brown, J., & Clinton-Sherrod A. (2011). Dynamics of Stigma for Alcohol and Mental Health Treatment Among Army Soldiers, *Military Psychology*, 23:1, 36-51.
- Hammond, A., Sloboda, Z., Tonkin, P., Stephens, R., Teasdale, B., Grey, S., Williams, J., (2008). Do adolescents perceive police officers as credible instructors of substance abuse prevention programs?, *Health Education Research*, Vol.23:4:682-696.
- Havis, S., Best, D., Carter, J. (2005). Concealment of drugs by police detainees: Lessons learned from adverse incidents and from routine clinical practice, *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 12:237-241.



- Islam, M. T., Mostafa, G., Bhuiya, A. U., Hawkes, S., Francisco, A. (2002). Knowledge on, and Attitude Toward, HIV/AIDS among Staff of an International Organization in Bangladesh, *Journal Health Popul Nutr, Centre for Health and Population Research*, 20(3): 271-278.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Lyons, P. J., DeValve, M., Garner, R. (2008). Texas Police Chiefs' Attitudes Toward Gay and Lesbian Police Officers, *Police Quarterly*, 11: 102.
- Logan, T., Shannon, L., Walker, R., (2006). Police Attitudes Toward Domestic Violence Offenders, *Journal of Interpersonal Violence*, 21:1365.
- Moore, M., & Kleiman, M., (1989). The Police and Drugs, *Publication of the National Institute of Justice, U.S. Department of Justice, and the Program in Criminal Justice Policy and Management, John F. Kennedy School of Government, Harvard University*, No. 11.
- Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C., & Kontis, K. (2008). Greek police officers' attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31: 77-85.
- Schuck, A., Rosenbaum, D., & Hawkins, D., (2008). The Influence of Race/Ethnicity, Social Class, and Neighborhood Context on Residents' Attitudes Toward the Police, *Police Quarterly*, 11:496.
- Slottje, P., Smidt, N., Twisk, J., Huizink, A., Witteveen, A., Mechelen W., Smid T., (2007). Use of health care and drugs by police officers 8.5. years after the air disaster in Amsterdam, *European Journal of Public Health*, Vol. 18:1:92-94
- Tabachnik, B. G. & Fidell, L. S. (1989). *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins.
- Vidali, S. (2011). Police and Policing, Chelliotis, L.K., Xenakis, S., (eds), *Crime and Punishment in Contemporary Greece. International Comparative Perspectives*, Oxford, Peter Lang AG, 453-490.
- Yi-lang, Tang, A., Wiste, P., Mao, Ye-zhiHou. (2005). Attitudes, knowledge, and perceptions of Chinese doctors toward drug abuse, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29:215- 220.

### Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Αντωνίου, Α. (2008). *Burnout. Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Ερευνητικές Προσεγγίσεις*, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ.163-165, 197-208, 280-287.
- Βιδάλη, Σ. (2007). *Εγκληματικότητα και Αστυνομία*, Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή, σελ.161.
- Βιδάλη, Σ. (2012). *Αστυνομία. Έλεγχος του Εγκλήματος και Ανθρώπινα Δικαιώματα*, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, σελ. 128-130, 152-153, 217-219.
- Βουδούρης, Κ., Τσοτσόλας, Ν., Μπουράντα, Ν., Σαρρή, Α. (2007). *Μέτρηση Ικανοποίησης Εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία*, ΙΝ.Α.ΜΕ.ΤΕ, Νέα Αστυνομία, Μηνιαία Έκδοση της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Υπαλλήλων, Τεύχος 11°, σελ. 7-10.
- Di Matteo, M. R. & Martin R. L. (2011). *Εισαγωγή Στην Ψυχολογία της Υγείας*, Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα.
- ΕΚΤΕΠΝ (2009), <http://www.ektepn.org.cy>.
- ΕΠΑΨΥ (2002). *Πρόληψη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες*. <http://www.epapsy.gr>
- Καρύδης, Β., (1999). *Η κοινή γνώμη στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Λιβάνης, Αθήνα.
- ΚΕΘΕΑ, (2012). [www.researchkethea.wordpress.com/2012/01/27/έρευνα-κόστους-οφέλους](http://www.researchkethea.wordpress.com/2012/01/27/έρευνα-κόστους-οφέλους).

42 *Εξαορτήσεις*

- Λαμπροπούλου, Ε. (2001). *Εσωτερική Ασφάλεια και Κοινωνία Ελέγχου*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, σελ.27.
- Μαγουλιανίτη, Γ. (2011). *Μορφές Ηγεσίας και Όραμα στην Ελληνική Αστυνομία*, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, σελ. 198-200.
- Παπαθεοδώρου, Θ. (2005). *Δημόσια Ασφάλεια και Αντεγκληματική Πολιτική*, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, β' έκδοση, Αθήνα, σελ. 63,64, 97.
- Πανούσης, Γ. (1993). *Έγκλημα και Τοπική κοινωνία*, Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ.41.
- Πανούσης, Γ., Βιδάλη, Σ. (2001). *Κείμενα για την Αστυνομία και την Αστυνόμευση*, Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ.100, 115-127.
- Πρέντζας, Γ. (2008). *Το Δόγμα της Μηδενικής Ανοχής και η εφαρμογή του στην Ελλάδα*, Μεταπτυχιακή Εργασία, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα, σελ. 10, 13, 67-70.
- Wetherell, M. (2004). *Ταυτότητες, ομάδες και κοινωνικά ζητήματα*, εκδόσεις Μεταίχιμο, σελ.175-247.

*Εξαρτήσεις, τεύχος 24, 2015*

## TRANSFORMING THE ATTITUDES OF TREATMENT STAFF AND CORRECTIONAL OFFICERS THROUGH CROSS-TRAINING IN THE DRUG ADDICTION FIELD: ORGANIZATIONAL BARRIERS, DEFENSE MECHANISMS, CHALLENGES AND PERSPECTIVES

ANNA TSIBOUKLI<sup>1</sup> & REMOS ARMAOS<sup>2</sup>

### Abstract

Crosstraining of professionals among diverse organisations highlights the notions of defensiveness (Argyris & Schön, 1978) and organisational barriers (Senge, 2006) throughout the learning process. Challenges derived from those barriers and defensive mechanisms become larger when professionals come from systems with different organisational culture and practices. Crosstraining aspires to change their attitudes, perceptions and assumptions and develop an open communication network. This qualitative research focused primarily on exploring those factors that address the specific organisational barriers and defensive mechanisms in the field. Thematic analysis generated significant factor outputs emerged in the process of change.

---

1 Educational Psychologist, Head of Education Sector KETHEA, contact details: [anna@kethea.gr](mailto:anna@kethea.gr)

2 Educational Researcher, Head of Staff Training Department, KETHEA

*Εξαρτήσεις, τεύχος 24, 2015*

## ΣΥΝ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΩΦΡΟΝΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ - ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟΙ ΦΡΑΓΜΟΙ, ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ, ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.

ANNA ΤΣΙΜΠΟΥΚΛΗ<sup>13</sup> & ΡΕΜΟΣ ΑΡΜΑΟΣ<sup>14</sup>

### Π ε ρ ί λ η ψ η

Στην *συν-εκπαίδευση στελεχών* διαφορετικών συστημάτων αναδύεται η διάσταση των *αμυντικών μηχανισμών* Argyris & Schön (1978) αλλά και των *οργανωσιακών φραγμών* (Senge, 2006) στην επίτευξη της μάθησης. Οι προκλήσεις από τους οργανωσιακούς φραγμούς και τους αμυντικούς μηχανισμούς είναι μεγαλύτερες όταν τα στελέχη προέρχονται από διαφορετικές δομές και συστήματα ως προς την κουλτούρα και τις πρακτικές τους. Στόχος της συν-εκπαίδευσης είναι η *αλλαγή στάσεων, αντιλήψεων και παραδοχών* και η δημιουργία *δικτύου ανοικτής επικοινωνίας*. Η παρούσα ποιοτική μελέτη επικεντρώθηκε συνεπώς στη διερεύνηση παραγόντων που λειτουργούν ως οργανωσιακοί φραγμοί και αμυντικοί μηχανισμοί. Η ανάλυση ανέδειξε την σημασία των παραπάνω παραγόντων στην επίτευξη της αλλαγής.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τα ζητήματα που προκύπτουν στη διάρκεια της συνεκπαίδευσης στελεχών θεραπείας απεξάρτησης και σωφρονιστικών υπαλλήλων ως αποτέλεσμα της λειτουργίας και της κουλτούρας των διαφορετικών συστημάτων. Η συν-εκπαίδευση των παραπάνω στελεχών, αφορά αφενός στην αλλαγή στάσης απέναντι στα εξαρτημένα άτομα και αφετέρου στην αλλαγή κουλτούρας και συμπεριφοράς στο πλαίσιο οργανισμών οι οποίοι λειτουργούν επί σειρά ετών με συγκεκριμένα συστήματα και διαδικασίες ενταγμένες στην καθημερινή τους πρακτική. Η συνεκπαίδευση στελεχών διαφορετικών φορέων αποτελεί ούτως ή άλλως έναν ιδιαίτερο τομέα της εκπαίδευσης ενηλίκων. Στην περίπτωση φορέων με διαφορετική προσέγγιση, κουλτούρα και φιλοσοφία η συνεκπαίδευση στελεχών καθίσταται έναν από τους πλέον δύσκολους στόχους τόσο στη φάση του σχεδιασμού όσο και της υλοποίησης και αξιολόγησής τους. Σε αυτού του είδους τα προγράμματα είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι αμυντικοί μηχανισμοί όπως περιγράφηκαν από τον Argyris αλλά και η συστημική σκέψη του Senge για την προαγωγή ενός μοντέλου ανάπτυξης και αλλαγής που αντιμετωπίζει τους σημαντικούς οργανωσιακούς φραγμούς (Senge, 1990). Στόχος είναι μέσα από την συν-εκπαίδευση των στελεχών να διευκολυνθεί η ανταλλαγή εμπειριών και η δημιουργία δικτύου ανοικτής επικοινωνίας μεταξύ των δυο συστημάτων και να επιτευχθεί η αλλαγή στάσεων, αντιλήψεων και παραδοχών της μίας επαγγελματικής ομάδας προς την άλλη. Επιπλέον στόχος της συν-εκπαίδευσης είναι η υιοθέτηση νέων τρόπων σκέ-

1 Άννα Τσιμπουκλή, Εκπαιδευτική Ψυχολόγος, ΣΕΠ ΕΑΠ, Υπεύθυνη Τομέα Εκπαίδευσης ΚΕΘΕΑ, διεύθυνση επικοινωνίας: anna@kethea.gr

2 Ρέμος Αρμάος, Εκπαιδευτικός Ερευνητής, ΣΕΠ ΕΑΠ, Υπεύθυνος Τμήματος Εκπαίδευσης Στελεχών ΚΕΘΕΑ

ψης και πρακτικής με βάση ένα συλλογικό όραμα (West, 1997:3; Senge, 1990) που στην προκειμένη περίπτωση θα πρέπει να είναι η κοινωνική ένταξη των αποφυλακισμένων και η αποτροπή του επανεγκλεισμού τους.

Ωστόσο, το ερώτημα το οποίο τίθεται, είναι η δυνατότητα αποτύπωσης και αντιμετώπισης των οργανωσιακών φραγμών στην υλοποίηση προγραμμάτων συν-εκπαίδευσης για στελέχη διαφορετικών συστημάτων τα οποία απευθύνονται στον ίδιο πληθυσμό με φαινομενικά τον ίδιο σκοπό, δηλαδή την αποφυγή του επανεγκλεισμού αλλά ουσιαστικά με διαφορετικά μέσα και εργαλεία, δηλαδή τον σωφρονισμό και την τιμωρία την οποία υιοθετεί το ένα σύστημα έναντι της θεραπευτικής αντιμετώπισης και επανένταξης την οποία υιοθετεί το άλλο.

### Θεωρητική προσέγγιση

Η *συστημική σκέψη* του Peter Senge (2006) θεμελιωτή της έννοιας «Οργανισμός Μάθησης» και υποστηρικτή της αποκέντρωσης του ρόλου της ηγεσίας στους οργανισμούς, αναδεικνύει την ύπαρξη *πέντε βασικών αρχών* οι οποίες θα πρέπει να απασχολούν όσους σχεδιάζουν ή εφαρμόζουν εκπαιδευτικά προγράμματα σε οργανισμούς. Στις αρχές αυτές μεταξύ άλλων περιλαμβάνονται η *ομαδική μάθηση* (Senge, 1990:227), τα *νοητικά μοντέλα* δηλαδή οι «*βαθεία παγιωμένες παραδοχές, γενικεύσεις, σημασίες και εικόνες, οι οποίες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο κατανοούμε τον κόσμο και τον τρόπο με τον οποίο ενεργούμε*» (Senge, 1990:8) και η *συστημική σκέψη* η οποία επιτρέπει στην κατανόηση, στην ανάλυση και στην σύνθεση των αλληλεξαρτήσεων και των αλληλεπιδράσεων με άλλους. Στο ίδιο θεωρητικό πλαίσιο οι Watkins & Marsick (2003) υποστηρίζουν ότι οι οργανισμοί μάθησης ορίζονται από *επτά χαρακτηριστικά*. Στα χαρακτηριστικά αυτά, εκτός από την συνεχή δημιουργία *μαθησιακών ευκαιριών* περιλαμβάνονται η *ομαδική μάθηση*, τα *συστήματα κοινής μάθησης* αλλά και η *διασύνδεση του κάθε οργανισμού με το περιβάλλον του*. Από τα παραπάνω χαρακτηριστικά τόσο της θεωρίας Senge όσο και των Watkins & Marsick στην παρούσα μελέτη επιλέγονται από τρία τα οποία κρίνονται ως τα πλέον σημαντικά για την επίτευξη της αλλαγής στο πλαίσιο των συγκεκριμένων οργανισμών.

Ήδη από τη δεκαετία του 1960-70 η ένταξη της εκπαίδευσης στους οργανισμούς θεωρείται αναπόσπαστο μέρος της ανάπτυξής τους (Argyris and Schön, 1978; Bennis, 1969; Bennis and Nanus, 1985). Η ανάπτυξη μάλιστα ορίζεται ως μια περίπλοκη εκπαιδευτική στρατηγική που στοχεύει στην αλλαγή των απόψεων, των στάσεων, των αξιών και της δομής ενός οργανισμού (Jones and Hendry, 1994). Συνεπώς ο συμβατικός ορισμός της μάθησης ως απλής απόκτησης γνώσης αμφισβητείται έντονα και πλέον εδώ και αρκετά χρόνια έχει αντικατασταθεί από το *πρώτο επίπεδο μάθησης* το οποίο προϋποθέτει τουλάχιστον τον εντοπισμό, την αποδοχή και τη διόρθωση των λαθών (Argyris & Schön, 1978:2). Παράλληλα όμως με τον εντοπισμό των λαθών αναδύεται και μια νέα διάσταση η οποία επηρεάζει τη διεργασία της αλλαγής, αυτή των *αμυντικών μηχανισμών*. Οι αμυντικοί μηχανισμοί εκφράζονται μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές στους οργανισμούς που λειτουργούν ως *μανδύας προστασίας* σε μια προσπάθεια κάθε οργανισμού να προφυλακτεί από την κριτική και την ενδεχόμενη αμφισβήτηση (Senge, 2006:233). Ωστόσο ο *μανδύας προστασίας* των απομακρύνει από το εξωτερικό περιβάλλον και την ευκαιρία να μάθει για αυτό και εκφράζεται ως *αναντιστοιχία* μεταξύ λόγων και πράξης η οποία κατά κύριο λόγο οφείλεται στην ανάγκη αποποίησης των ευθυνών.

Η θεμελίωση των οργανισμών μάθησης προϋποθέτει ότι οι ίδιοι οι οργανισμοί θα «ανακαλύψουν τον τρόπο με τον οποίο θα αξιοποιήσουν τη δέσμευση και την ικανότητα των εργαζομένων να μαθαίνουν σε όλα τα επίπεδα» (Senge, 1990:4) και ότι παράλληλα θα δίνεται στα στελέχη που συμμετέχουν στην εκπαίδευση η δυνατότητα για άμεση εφαρμογή των νέων γνώσεων και δεξιοτήτων (Cross, 1981) οι οποίες αναμένεται να προκύψουν από τη μαθησιακή διεργασία. Συνεπώς, οι οργανισμοί χρειάζονται στελέχη με υψηλό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων, με αυτονομία, αυτοπεποίθηση και ικανότητα ανάληψης πρωτοβουλίας (Branden, 1995; Kegan & Lahey, 2009; Argyris & Schön, 1978) ώστε να μπορούν να κατανοήσουν τον εαυτό τους και τη στάση τους απέναντι στις εκάστοτε συνθήκες αλλά και στον κόσμο με τρόπο που ουσιαστικά ορίζει ότι έχουν κατακτήσει «ένα ανώτερο ποιοτικά επίπεδο διαχείρισης της νοητικής πολυπλοκότητας» (Kegan & Lahey, 2009:25).

Η εκπαίδευση μπορεί να αποτελέσει εργαλείο για τη διεύρυνση των δεξιοτήτων και το μετασχηματισμό των παραδοχών και των αντιλήψεων των στελεχών. Τα στελέχη έχουν την ικανότητα να μάθουν πώς να μαθαίνουν σε συνεργασία με άλλους και να ανακαλύπτουν συνεχώς πώς μπορούν να αλλάζουν την πραγματικότητά τους (Senge, 1990:3). Επιπλέον, όταν τους δίνεται η δυνατότητα άμεσης εφαρμογής όσων έμαθαν τότε συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης σαφώς ποιο ενεργά και με ουσιαστική παρέμβαση στη μαθησιακή διεργασία (Tough, 1978 στο Cross, 1981:89). Ωστόσο οι προκλήσεις αλλά και οι προοπτικές στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων είναι μεγαλύτερες όταν τα εκπαιδευτικά προγράμματα απευθύνονται σε στελέχη τα οποία προέρχονται από εντελώς διαφορετικές δομές και συστήματα ως προς την κουλτούρα και τις πρακτικές τους, αλλά αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους τον ίδιο πληθυσμό και μάλιστα μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα όπως αυτή των έγκλειστων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών.

Οι οργανωσιακοί φραγμοί αφορούν στον σκοπό, στη δομή, στα μέσα, στην κουλτούρα και στην ιεραρχία κάθε οργανισμού αλλά κυρίως στον *κατακερματισμό* (Senge, 1990) που οδηγεί στην ανυπαρξία συνέργειας και σε μονοδιάστατες προσεγγίσεις. Ο κατακερματισμός προκαλεί δυσκολίες στην συνεργασία διαφορετικών συστημάτων ενώ παράλληλα συνυπάρχει με τον ανταγωνισμό και την αντιδραστική στάση η οποία αποτελεί στάση *αδράνειας* που έχει ως αιτία τον *εφησυχασμό* και την *αυταρέσκεια* και ως αποτέλεσμα την αλλαγή μόνο ως *αντίδραση* σε εξωτερικά ερεθίσματα, δηλαδή αφού προκύψουν τα προβλήματα.

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα μελέτη ασχολήθηκε με την αξιολόγηση προγράμματος συν-εκπαίδευσης στελεχών θεραπείας της εξάρτησης και σωφρονιστικών υπαλλήλων το οποίο σχεδιάστηκε στη βάση της αναγνώρισης των *οργανωσιακών φραγμών* που δυσκολεύουν την προσέγγιση των δυο συστημάτων. Το πρόγραμμα διάρκειας 280 ωρών σχεδιάστηκε από τη Νομική Σχολή του ΑΠΘ και το ΚΕΘΕΑ. Σε επίπεδο γνώσεων αφορούσε στην κατανόηση του φαινομένου της εξάρτησης και την ενίσχυση της θεραπευτικής αντιμετώπισης των εξαρτημένων έναντι της τιμωρίας και του εγκλεισμού. Σε επίπεδο δεξιοτήτων στόχευε στον σχεδιασμό, στην υλοποίηση και στην αξιολόγηση προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος και στη δικτύωση των συστημάτων για ενίσχυση της θεραπευτικής φροντίδας μετά την αποφυλάκιση. Σε επίπεδο

δο στάσεων είχε ως αντικείμενο την ευαισθητοποίηση και το μετασχηματισμό των παραδοχών και των αντιλήψεων της κάθε ομάδας στελεχών για τις δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος αλλά και σε θέματα επαγγελματικής ηθικής και δεοντολογίας.

Στη διάρκεια σχεδιασμού του προγράμματος τρεις τουλάχιστον σημαντικοί παράγοντες λήφθηκαν υπόψη: α) οι σκοποί κάθε συστήματος, που στην προκειμένη περίπτωση αποτυπώνονται ως θεραπευτικοί του ενός σε αντίθεση με σωφρονιστικούς του άλλου, β) η κουλτούρα κάθε συστήματος, η οποία αντιστοίχως αποτυπώνεται ως θεραπευτική στο ένα σύστημα έναντι τιμωρικής στο άλλο και γ) τα μέσα κάθε συστήματος, τα οποία αποτυπώνονται ως εθελούσια συμμετοχή στη θεραπεία στο ένα σύστημα και υποχρεωτικού εγκλεισμού στο άλλο. Οι τρεις αυτοί παράγοντες είναι σημαντικοί στην κατανόηση των διαφορών και του χάσματος μεταξύ των δυο συστημάτων. Παράλληλα, σύμφωνα με τις θεωρίες αναδεικνύουν τον *κατακερματισμό* και την αναμενόμενη *αδράνεια και αντίσταση* στην αλλαγή που συναντώνται κατά κύριο λόγο στο σωφρονιστικό σύστημα. Ωστόσο, ο *κατακερματισμός* των συστημάτων δεν σημαίνει απαραίτητα ότι τα στελέχη που εργάζονται σε κάθε σύστημα πλήρως τις αντιλήψεις του συστήματος. Το χάσμα μεταξύ των αντιλήψεων των στελεχών κάθε συστήματος και του ίδιου του συστήματος επιτρέπει στην εκπαίδευση να προωθήσει την αλλαγή και τη διαμόρφωση μιας νέας κουλτούρας συν-εργασίας και συν-αντίληψης για τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης του παραπάνω πληθυσμού.

Η παρούσα μελέτη στηρίχθηκε στην υπόθεση ότι α) σκοπός της θεραπείας και του σωφρονισμού οφείλει να είναι η διακοπή της σχέσης εξάρτηση-εγκλεισμός-αποφυλάκιση-υποτροπή στην εξάρτηση και στον εκ νέου εγκλεισμό και ότι β) ο σκοπός αυτός εξυπηρετείται με διαφορετικά μέσα και εργαλεία από κάθε σύστημα. Συνεπώς, σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των ζητημάτων κατακερματισμού, αδράνειας και αμυντικών μηχανισμών ανάμεσα στα δύο συστήματα και η κατανόηση του ρόλου της συν-εκπαίδευσης των στελεχών στην αποφυγή τους.

Η διερεύνηση των φαινομένων του *κατακερματισμού, της αδράνειας και των αμυντικών μηχανισμών* πραγματοποιήθηκε μέσα από ανοικτές ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν στην σχέση απεξάρτησης και εγκλεισμού, στο περιβάλλον της φυλακής και στην σχέση αποφυλάκισης και απεξάρτησης.

Η διερεύνηση του ρόλου της *εκπαίδευσης* στην αντιμετώπιση της αδράνειας του συστήματος στηρίχθηκε στο ερωτηματολόγιο *Survey of Programme Training Needs* του *Texas Christian University, Institute of Behavioral Research, Fort Worth, Texas* κατόπιν άδειας για την προσαρμογή του στην Ελληνική πραγματικότητα.

Το παραπάνω ερωτηματολόγιο κινήθηκε σε *πέντε άξονες διερεύνησης* στους οποίους περιλαμβάνονται α) η ικανοποίηση των στελεχών από την συμμετοχή τους σε εκπαιδεύσεις στο παρελθόν, β) οι προτιμήσεις των στελεχών ως προς το περιεχόμενο της εκπαίδευσης, γ) οι θεματικές στις οποίες θα ήθελαν να εκπαιδευτούν τα στελέχη, δ) η προτιμώμενη στρατηγική εκπαίδευσης και ε) τα εμπόδια στην εκπαίδευση.

#### ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 31 στελέχη τα οποία εργάζονται σε δομές και στα δυο συστήματα, της Βορείου Ελλάδας, όπου και υλοποιήθηκε το συγκεκριμένο πρόγραμμα μετά από

ανοικτή πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος. Τα στελέχη αυτά κλήθηκαν να απαντήσουν σε ανοικτά ερωτήματα και να συμπληρώσουν σχετικά ερωτηματολόγια. Στο σύνολο των 31 στελεχών, 21 προέρχονται από θεραπευτικές δομές απεξάρτησης ή υποκατάστασης στη Βόρεια Ελλάδα και τα υπόλοιπα δέκα από γενικά καταστήματα κράτησης, από ψυχιατρικές δομές και από Σχολείο Δεύτερης Ευκαιρίας Φυλακών επίσης στην ίδια περιοχή. Συνεπώς ήταν αρκετά αντιπροσωπευτικό των επαγγελματιών του χώρου που δραστηριοποιούνται στην παραπάνω γεωγραφική περιοχή. Αξίζει να σημειωθεί ότι οκτώ από τα στελέχη είχαν ήδη ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές σε άλλο γνωστικό από το προτεινόμενο πεδίο ενώ έντεκα κατείχαν θέσεις προϊσταμένων και άρα γνώριζαν σε βάθος την κουλτούρα και τις δυσκολίες λειτουργίας κάθε συστήματος. Όσον αφορά στο μορφωτικό τους προφίλ οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν ψυχολόγοι ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και εργοθεραπευτές που εργάζονταν σε δομές απεξάρτησης και υποκατάστασης καθώς και σωφρονιστικοί υπάλληλοι που εργάζονται σε φυλακές.

#### *Ανάλυση των αποτελεσμάτων*

Η ποιοτική ανάλυση κατέδειξε με σαφήνεια ότι ανεξαρτήτως της θέσης εργασίας την οποία καταλαμβάνει κάποιος είτε ως θεραπευτικό είτε ως σωφρονιστικό προσωπικό, καταλήγει στην πεποίθηση πως ο εγκλεισμός των εξαρτημένων λειτουργεί ανασταλτικά στη διαδικασία απεξάρτησης και πως αντιθέτως αυξάνει τα προβλήματα χρήσης και λειτουργεί ως μηχανισμός 'εκπαίδευσης' σε νέες μορφές παραπτωματικής συμπεριφοράς. Συνεπώς τα στελέχη έχουν σαφή στάση απέναντι στην σχέση εγκλεισμού-απεξάρτησης ανεξαρτήτως του πλαισίου εργασίας. Χαρακτηριστικά αναφέρουν:

*Στη φυλακή, το πιθανότερο είναι να σταματήσει η όποια προσπάθεια διακοπής ή μείωσης της χρήσης, να συνεχιστεί η χρήση και με πιο επικίνδυνους τρόπους (π.χ. κοινή χρήση συρίγγων), να "εκπαιδευτεί" ο χρήστης σε νέες παραβατικές συμπεριφορές και σε επιπλέον εξοικείωση με την παραβατικότητα, δικτύωση με άλλους εγκληματίες, αποκοπή από οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον κλπ.*

*Ο εγκλεισμός είναι μια ακραία κατάσταση από μόνος του. Δυσχεραίνει την καθημερινότητα οποιουδήποτε, πόσο μάλλον ενός εξαρτημένου ανθρώπου. Στις ελληνικές φυλακές όπου δεν υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό, δεν υπάρχουν δομές και σχετική πρόνοια, είναι πιο εύκολο για κάποιον υγιή να περάσει στην εξάρτηση, παρά να θεραπευτεί ένας ήδη εξαρτημένος*

Με δεδομένη την σαφήνεια της στάσης των στελεχών η επόμενη ερώτηση αφορά τον κατακερματισμό, την αδράνεια και τους αμυντικούς μηχανισμούς του συστήματος απονομής της ποινικής δικαιοσύνης που υπερβαίνουν τις δυνατότητες και τη διάθεση των ατόμων ως μονάδων του συστήματος για αλλαγή συμπεριφοράς και καταδεικνύουν το ρόλο του περιβάλλοντος ως κυρίαρχο στην ενίσχυση των παραπάνω χαρακτηριστικών. Συγκεκριμένα, τα οργανωσιακά φαινόμενα του κατακερματισμού, της αδράνειας και των αμυντικών μηχανισμών του συστήματος αποδίδονται μέσα από την περιγραφή των στελεχών για τους τρόπους αντιμετώπισης των χρηστών. Τα στελέχη χαρακτηριστικά αναφέρουν:

*Οι έγκλειστοι χρήστες δεν αντιμετωπίζονται πάντοτε ως άτομα που χρήζουν θεραπείας αλλά ως κοινοί παραβάτες του νόμου. Η αντιμετώπιση του ιδιόρρυθμου προβλήμα-*



τός τους δεν γίνεται πάντοτε οργανωμένα και με επιστημονική μέθοδο ενώ συχνά υπάρχουν ελλείψεις ιατρικής παρακολούθησης λόγω ανάλογου προβλήματος στα καταστήματα κράτησης, π.χ. έλλειψη μόνιμου ψυχιάτρου, ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού, νοσηλεύτη κ.λπ.

Διαβίωση λόγω υπερπληθυσμού, προβλήματα υγείας, δυσκολία στη φροντίδα των νομικών τους εκκρεμοτήτων (με ενδεχόμενο να έχουν δυσανάλογα μεγάλες ποινές), οικονομική εξαθλίωση, εμπλοκή σε βίαιες καταστάσεις λόγω της ανάγκης τους για χρήση. Επίσης οικογενειακές σχέσεις επιβαρυνμένες, έλλειψη ελπίδας και προοπτικής. Αδιαφορία των κοινωνικών υπηρεσιών και ιατροφαρμακευτικής φροντίδας...το ποινικό σύστημα κυρίως είναι τιμωρητικό απέναντι σε αυτούς τους ανθρώπους...ως προς την ειδική διάσταση της χρήσης, όσοι έχουν θεραπευτικό αίτημα προφανώς αντιμετωπίζουν δυσκολία πρόσβασης στη θεραπεία (γραφειοκρατικές και χρονοβόρες διαδικασίες στις μεταγωγές), οι δε υπόλοιποι στερούνται των ερεθισμάτων για δημιουργία θεραπευτικού αιτήματος.

Συνεπώς το σύστημα δια μέσου του κατακερματισμού επιτυγχάνει την απομόνωση των στελεχών και άρα την αδράνεια ως στάση η οποία αποτρέπει την προώθηση αλλαγών. Παράλληλα μετά την αποφυλάκιση η έλλειψη δομών υποδοχής και επανένταξης αποφυλακισμένων λειτουργεί ως ένα άλλο μέσο κατακερματισμού, αδράνειας και άμυνας του συστήματος απέναντι στην αλλαγή αλλά έχει ως συνέπεια την υποτροπή των αποφυλακισμένων σε συμπεριφορές χρήσης και παραβατικότητας. Με τον τρόπο αυτό το σύστημα επιτυγχάνει την αναπαραγωγή του ενισχύοντας ένα συνεχές φαινόμενο σταθερής ροής από την παραβατικότητα στον εγκλεισμό και από εκεί στην αποφυλάκιση και εν συνέχεια στην παραβατικότητα. Χαρακτηριστικά τα στελέχη αναφέρουν:

*Σίγουρα το να φύγει κάποιος από το νοσογόνο περιβάλλον της φυλακής, είναι ένα βήμα θετικό. Αυτό όμως πρέπει να συνοδευτεί από ανάλογη μέριμνα για τη μετά φυλακή ζωή του χρήστη, αλλιώς οι «πιάτσες» θα βρουν απλά έναν ακόμα παλιό γνώριμο, έναν πελάτη απ τα παλιά*

*Η αποφυλάκιση θα μπορούσε να διευκολύνει την θεραπεία αν κάποιος μπορούσε να παρακάμψει τον φαύλο κύκλο «φυλακή - πιάτσα - φυλακή». Η έξοδος από την φυλακή θα μπορούσε να ακλουθείτε από την είσοδο σε θεραπευτικό πλαίσιο το οποίο να είναι δομημένο ώστε να παρέχει εκτός από ατομική η ομαδική θεραπεία, υποστήριξη οικογενείας και επαγγελματική αποκατάσταση.*

Η ανάλυση των ποιοτικών στοιχείων αναδεικνύει με μεγάλη σαφήνεια τη δύναμη των συστημάτων να παραμένουν αδρανή μέσα από τον κατακερματισμό των δράσεων, των αρμοδιοτήτων και των ρόλων. Το επόμενο συνεπώς ερώτημα αφορά στο ρόλο της εκπαίδευσης η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς απέναντι στην αδράνεια του συστήματος και ιδιαίτερα η τακτικότητα και η συνέπεια της εκπαίδευσης στην οποία εκτίθενται τα στελέχη αναφορικά με το πλαίσιο εργασίας τους. Στο πεδίο αυτό τα αποτελέσματα από την ανάλυση των ερωτηματολογίων έδειξαν ότι μόνο ένα στα τέσσερα στελέχη (26,5%) είναι ικανοποιημένο από την συμμετοχή του σε προγράμματα εκπαίδευσης ενώ περισσότεροι από τους μισούς (52,4%) κρίνει αρνητικά την εκπαίδευση την οποία δέχεται για θέματα εξαρτήσεων.

Σχεδόν το σύνολο των στελεχών του σωφρονιστικού συστήματος (97%) δηλώνει την ανάγκη για επιστημονική τεκμηρίωση σε θέματα εξαρτήσεων αλλά και την ανάγκη κατανόη-

50 *Εξαοτήσεις*

σης του ρόλου και της λειτουργίας άλλων στελεχών του προσωπικού (97,1%) το οποίο ενισχύει την υπόθεση ότι ο κατακερματισμός εντός του συστήματος αλλά και μεταξύ των δυο διαφορετικών συστημάτων κυριαρχεί και λειτουργεί αποτρεπτικά για την ένταξη νέων λειτουργιών.

Η υπόθεση ότι ο κατακερματισμός οφείλεται στο σύστημα παρά στα άτομα ενισχύεται και από την εκφρασμένη διάθεση των στελεχών να βελτιώσουν τη συνεργασία με προσωπικό από άλλες μονάδες και υπηρεσίες (97,1%).

Παράλληλα η αδράνεια του συστήματος και οι μηχανισμοί άμυνας προκύπτουν από τα εμπόδια στην εκπαίδευση τα οποία τα στελέχη προσδιορίζουν ως φόρτο εργασίας και εργασιακές πιέσεις (72%) αλλά ιδιαίτερα από την εκτίμηση των στελεχών για τη δυσκολία προσαρμογής και εφαρμογής στο χώρο εργασίας των αποτελεσμάτων της εκπαίδευσης (60,6%), την οποία αποδίδουν στα περιορισμένα μέσα που δυσχεραίνουν την υιοθέτηση νέων ιδεών (72,8%) και στο επαγγελματικό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο του προσωπικού που περιορίζει τις αλλαγές (52,5%).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι παρόλο που η ενίσχυση των γνώσεων των εκπαιδευομένων σε μια εκπαιδευτική διαδικασία είναι, αναμφισβήτητα, θετική και αποτελεί σημαντική συνιστώσα στη στοχοθεσία της εκπαίδευσης ενηλίκων, η συζήτηση δεν εξαντλείται εκεί. Το ενδιαφέρον των θεωρητικών αλλά και των επαγγελματιών στο χώρο έχει πλέον προχωρήσει βαθύτερα καθώς η δομή και το περιεχόμενο ενός εκπαιδευτικού προγράμματος αποτελεί το εργαλείο-κλειδί για ουσιαστικές ανατροπές τόσο για τον ίδιο τον εκπαιδευόμενο όσο και το ευρύτερο σύστημα ή οργανισμό. Η εκπαίδευση και ιδιαίτερα η συν-εκπαίδευση στελεχών από διαφορετικές δομές θα μπορούσε εν δυνάμει να οδηγήσει σε αλλαγή στάσεων και στη δημιουργία δια μέσου της δικτύωσης ενός οργανισμού που συνεχώς μαθαίνει με στόχο να αλλάξει τις παρεμβάσεις του ώστε να τροφοδοτήσει την ουσιαστική αλλαγή των ίδιων των ατόμων. Ωστόσο οι αλλαγές είναι δύσκολο να επιτευχθούν χωρίς την συνεχή υποστήριξη και ανατροφοδότηση αυτών των ομάδων των επαγγελματιών που μεταξύ άλλων βιώνουν έντονο εργασιακό άγχος και κινδύνους επαγγελματικής εξουθένωσης από την συνεχή παροχή φροντίδας προς τρίτους.

Τα αποτελέσματα που αφορούν την παραδοχή των στελεχών για την σχέση εγκλεισμού και απεξάρτησης με σαφήνεια έδειξαν ότι ο κατακερματισμός και η αδράνεια (Senge, 1990) του σωφρονιστικού συστήματος δεν συνεισφέρουν στη διαδικασία απεξάρτησης παρότι τα εξωτερικά ερεθίσματα, δηλαδή τα προβλήματα που προκύπτουν είναι έντονα. Αντιστοίχως οι αμυντικοί μηχανισμοί του σωφρονιστικού συστήματος όπως ορίζονται από τον Argyris (1978) και οι οποίοι εκφράζονται μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές που επηρεάζουν τη διεργασία της αλλαγής σύμφωνα με την ποιτική ανάλυση είναι παρόντες και ιδιαίτερα έντονοι.

Η θέση του Senge, (1990:3) ότι τα στελέχη έχουν την ικανότητα να μάθουν πώς να μαθαίνουν σε συνεργασία με άλλους μπορεί να βρει εφαρμογή σε προγράμματα συν-εκπαίδευσης τα οποία ιδιαίτερως στοχεύουν να ενισχύσουν τα στελέχη στην προσπάθειά τους για αλλαγή μιας ζοφερής πραγματικότητας. Ωστόσο όπως οι ίδιοι οι εκπαιδευόμενοι

αναφέρουν ότι ζητούμενο παραμένει πάντα η άμεση εφαρμογή των νέων γνώσεων και δεξιοτήτων (Tough, 1978 στο Cross 1981:84) οι οποίες θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην αντιμετώπιση των μηχανισμών άμυνας και αδράνειας του συστήματος και εν τέλει στην ουσιαστική και ποιοτική παροχή υπηρεσιών.

Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στη διερεύνηση βασικών παραγόντων που λειτουργούν ως εμπόδια στη μάθηση και αλλαγή στους οργανισμούς. Ερωτήματα τα οποία απομένουν ανοικτά για περαιτέρω έρευνα και ανάλυση αφορούν τη μετάβαση από την απόκτηση γνώσεων στην αλλαγή της καθημερινής πρακτικής. Τα ζητήματα αυτά θα μπορούσαν να τύχουν διερεύνησης μέσα από μελέτες follow-up και ανάλυσης των εμποδίων εφαρμογής.

### Βιβλιογραφικές Παραπομπές

---

- Argyris, C. & Schön, D.A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Bennis, W. and Nanus, B. (1985). *Leaders: The strategies for taking charge*. New York:Harper & Row
- Bennis, W. (1969). *Organization development: its nature, origins, and prospects*. Reading, Mass.: Addison-Wesley
- Branden, N. (1995). *The Six Pillars of Self-Esteem*, New York: Bantam
- Cross, K.P. (1981). *Adults as learners*, San Fransisco: Jossey-Bass
- Jones, A.M. and Hendry, C. (1994). The learning organization: adult learning and organizational transformation, *British Journal of Management*, Vol. 5 June, pp. 153-62
- Kegan, L. & Lahey L. (2009). *Immunity to change: how to overcome it and unlock the potential in yourself and your organisation*, Boston: Harvard Business School Publishing Corporation
- Marsick Victoria J. & Watkins Karen E. (2003). Demonstrating the Value of an Organization's Learning Culture: The Dimensions of the Learning Organization Questionnaire. *Advances in Developing Human Resources*, vol. 5 no. 2 132-151
- Senge, P.M. (1990). *The Fifth Discipline: The Art & Practice of The Learning Organization*. Currence Doubleday
- Senge, P.M. (2006). *The Fifth Discipline: The Art & Practice of the Learning Organization*. London: Random House
- West, A.M. (1997). *Developing creativity in organizations*, The British Psychological Society, UK

Εξαρτήσεις, τόμος 24, 2015

## GROUP-ANALYTIC FAMILY THERAPY AND SUBSTANCE ABUSE TREATMENT. THE CONTRIBUTION OF GROUP-ANALYTIC PARENT GROUP IN ADDICTION TREATMENT

MARIA G. KOURLI\*

### Abstract

The case that is attempted to be documented in this study is that, Group-Analytic Family Therapy is a method which can not only be consorted within the general frame of Substance Abuse Treatment and contribute to the achievement of its therapeutic goals, but it is also able to induce a more catholic, important therapeutic effect in the sectors of intrapersonal and interpersonal function of all members of the family that includes the substance abused person.

The study of scientific documents, combined with the clinical experience of operating Groups with Parents of adults addicted to opioids, based on the Group-Analytic Approach, in a state Treatment Program, converges to the following conclusion:

Group-Analytic Family Therapy, considering the therapeutic principles, the therapeutic goals and the therapeutic factors it represents, *can be effectively applied to Substance Abuse Treatment, and it is able to achieve profits for all members of the family that copes with abuse problems, because:*

- 1) it matches with the therapeutic goals of Substance Abuse Treatment
- 2) it is in harmony with the specific traits and the clinical requirements of the family with addiction problems
- 3) it is orientated to family system 's functions and traits that simmer under the addictive, symptomatic, behavior, boding a more thorough and permanent therapeutic effect, which is not limited to the symptom 's elimination
- 4) it mobilizes and aims at the wide development of the family system and the personal evolution of every family member.

**Key Words:** Family Involvement in Substance Abuse Treatment – Group of Parents of Adults Substance Abusers – Group Analysis – Group-analytic Family Therapy – Traits of Family of Substance Users.

---

\* Social Worker – Family Therapist. Member of the therapeutic staff of Organization Against Drugs, working at the Family Program of the Reception, Information and Orientation Center. Contact details: email: mkoyrlh@gmail.com

*Εξαρτήσεις, τεύχος 24, 2015*

## ΟΜΑΔΙΚΟΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ & ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΙΚΟΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

ΜΑΡΙΑ Γ. ΚΟΥΡΛΗ\*

### Π ε ρ ί λ η ψ η

Η *υπόθεση* που επιχειρείται να τεκμηριωθεί στην παρούσα εργασία είναι ότι, η Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας συνιστά μία μέθοδο που μπορεί όχι μόνον να εναρμονισθεί στο γενικότερο πλαίσιο της Θεραπείας Απεξάρτησης και να συμβάλει ουσιαστικά στην επίτευξη των θεραπευτικών επιδιώξεων αυτής, αλλά, επιπλέον, δύναται να επιφέρει συνολικότερο και σημαντικό θεραπευτικό όφελος στους τομείς της ενδοψυχικής και διαπροσωπικής λειτουργίας των μελών της οικογένειας που περιλαμβάνει το ουσιοεξαρτώμενο άτομο.

Η μελέτη των επιστημονικών δεδομένων, σε συνδυασμό με την κλινική εμπειρία από τη λειτουργία Ομάδων Γονέων με ενήλικα ουσιοεξαρτημένα τέκνα, ομαδικοαναλυτικού τύπου, σε δημόσιο φορέα αντιμετώπισης της Τοξικοεξάρτησης, συγκλίνουν στο εξής *συμπέρασμα*:

Η Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας, θωρούμενη ως προς τις *θεραπευτικές αρχές*, τους *θεραπευτικούς στόχους* και τους *θεραπευτικούς παράγοντες* που αντιπροσωπεύει, *μπορεί να εφαρμοσθεί με τρόπο αποτελεσματικό* εντός του πλαισίου της Θεραπείας Απεξάρτησης και *δύναται να επιφέρει οφέλη για όλα τα μέλη της οικογένειας* που αντιμετωπίζει προβλήματα Τοξικοεξάρτησης, καθώς:

- 1) ταυτίζεται με τους στόχους της συνολικότερης Θεραπείας Απεξάρτησης
- 2) βρίσκεται σε αρμονία με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις κλινικές απαιτήσεις της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα Τοξικοεξάρτησης
- 3) απευθύνεται σε λειτουργίες και χαρακτηριστικά του οικογενειακού συστήματος που υποβόσκουν της εξαρτητικής, συμπτωματικής, συμπεριφοράς, προοιωνίζοντας έτσι ένα πληρέστερο και μονιμότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, που δεν περιορίζεται στην εξάλειψη του συμπτώματος
- 4) επιδιώκει και κινητοποιεί τη συνολική ανάπτυξη του οικογενειακού συστήματος και την προσωπική εξέλιξη κάθε μέλους αυτού.

Λέξεις – Κλειδιά: Εμπλοκή Οικογένειας στη Θεραπεία Απεξάρτησης - Ομάδα Γονέων με Ουσιοεξαρτημένα Ενήλικα Τέκνα – Ομαδική Ανάλυση - Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας – Χαρακτηριστικά Οικογένειας Χρηστών Ψυχοδραστικών Ουσιών.

\* Κοινωνική Λειτουργός – Θεραπεύτρια Οικογένειας. Μέλος του Θεραπευτικού Προσωπικού του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), απασχολούμενη στο Πρόγραμμα Υποστήριξης Οικογένειας του Κέντρου Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού (ΚΥΕΠ).  
Στοιχεία επικοινωνίας: Κρέσνας 36 – Ν. Κυψέλη, Αθήνα, Τ.Κ. 11363, email: mkoyrlh@gmail.com, κιν. τηλ.: 697 4833349

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*Η Σύγχρονη θεώρηση της Τοξικοεξάρτησης & της Θεραπείας Απεξάρτησης*

Σύμφωνα με τη σύγχρονη και ερευνητικώς τεκμηριωμένη επιστημονική θεώρηση, η *Τοξικοεξάρτηση συνιστά ένα σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο*, το οποίο εμπεριέχει πολυδιάστατα –βιολογικά, ψυχοδυναμικά και κοινωνικοπολιτισμικά- συστατικά. Παράλληλα, αποτελεί την εκδήλωση μιας ευρύτερης –ατομικής, οικογενειακής και κοινωνικής- δυσλειτουργίας. Κατά συνέπεια, επιδρά σε όλες τις παραμέτρους –σωματική, ψυχολογική, διαπροσωπική, οικογενειακή, κοινωνική, επαγγελματική- της ανθρώπινης ύπαρξης (Galizio & Maisto, 1985; Landry, 1997; McLellan, 2000; Scott, 2000; Albanese & Khantzian, 2002; Denning, 2004; Lin & Anthenelli 2004; Lowinson, et al., 2004; Glidden-Tracey, 2005; Πουλόπουλος, 2005; Μάτσα, 2006; Wallace, 2006; Λιάππας, κ.ά., 2007; Ruiz, Strain & Langrod, 2007).

Εξαιτίας αυτής της πολυπλοκότητας του φαινομένου, και προκειμένου να επιτύχει θετικά και μόνιμα αποτελέσματα, η *Θεραπεία Απεξάρτησης οφείλει να συνίσταται σε ένα πολυστασιακό δίκτυο συμπληρωματικών υπηρεσιών*, ικανών να απευθυνθούν αποτελεσματικά σε όλα τα πεδία της ανθρώπινης λειτουργικότητας (Rassool, 1998; Evans & Sullivan, 2000; Rasmussen, 2000; Levin, Culkin & Perrotto, 2001; Brook & Spitz, 2002; Γεωργάκας, 2003; Hendrickson, Schmal & Ekleberry, 2004; Satel & Farabee, 2004; Stohler & Rossler, 2005; Prochaska, 2007; Μάτσα, 2008; Whashton & Zweben, 2008).

## 1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

*1α. Θεωρητική Προσέγγιση της Οικογένειας Χρηστών Ψυχοδραστικών Ουσιών*

Η ευρεία διάδοση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου αιτιολόγησης και αντιμετώπισης της Τοξικοεξάρτησης, καθώς και η ανάπτυξη της Θεραπείας Οικογένειας, συντέλεσαν στην πραγματοποίηση πολυάριθμων ερευνητικών μελετών περί της σημασίας της οικογενειακής δομής και λειτουργίας, των ενδοοικογενειακών σχέσεων, αλλά και των κοινωνικών σχέσεων ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος στην ανάπτυξη της εξαρτητικής συμπεριφοράς (Stanton, Todd & Associates, 1982; Evans & Sullivan, 2000; Stanton & Heath, 2004; McCrady, Epstein & Sell, 2006; O'Farrell & Fals-Stewart, 2006).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών, όπως καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, η οικογένεια με εξαρτημένα μέλη χαρακτηρίζεται, με μεγάλη συχνότητα, από ορισμένα γνωρίσματα, δημογραφικά, δομικά, ειδικά και, κυρίως, δυναμικά, τα οποία αλληλεπιδρούν και συνεπάγονται σοβαρή δυσλειτουργία. Επισημαίνεται, ωστόσο, ότι δεν προκύπτει ένας συγκεκριμένος τύπος *εξαρτησιογόνου οικογένειας* (Stanton, Todd & Associates, 1982; Kaufman, 1989; Chatlos, 1991; Bergeret, 1999; Barrett & Turner, 2006; Gruber & Taylor, 2006; Ρούσσης, 2007; Ruiz, Strain & Langrod, 2007).

Επιγραμματικά, τα χαρακτηριστικά αυτά διαμορφώνονται ως εξής:

- Δημογραφικά – Δομικά Χαρακτηριστικά
  - Χρόνια κοινωνική, οικονομική, εκπαιδευτική και πολιτισμική μειονεξία.
  - Μεγάλος αριθμός μελών οικογένειας.
  - Διαταραγμένη συζυγική κατάσταση.

- Κρίση θεσμού οικογένειας (Kumpfer, et al., 1998; Johnson & Colub, 2004; Hanson, Venturelli & Fleckenstein, 2005; Barrett & Turner, 2006; Gruber & Taylor, 2006; Allen, 2007; Μάτσα, 2008).

- **Ειδικά Χαρακτηριστικά**

- Άμεση έκθεση και πρόσβαση σε ψυχοδραστικές ουσίες.
- Γονική ανοχή και συγκατάθεση προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.
- Παροχή εκ μέρους των γονέων αρνητικού προτύπου προς μίμηση (Γεωργάκας, 2003; Μάτσα, 2003; Gruber & Taylor, 2006; Κυριακίδης, 2007; Ruiz, Strain & Langrod, 2007).

- **Δυναμικά Χαρακτηριστικά**

- Διαταραγμένη ιεραρχία και χαώδης ή άκαμπτη δομή ισχύος
- Ασαφείς προσωπικοί ρόλοι, ταυτότητες και όρια
- Ανεπαρκής ή αρνητική ενδοοικογενειακή επικοινωνία
- Κακή ποιότητα ενδοοικογενειακών σχέσεων
- Διαταραγμένη αίσθηση πραγματικότητας
- Συναισθηματική δυσλειτουργία και ανεπαρκής αλληλοϋποστήριξη
- Ανικανότητα αλλαγής και εξέλιξης

Παρουσία ψυχοπαθολογίας στον κάθετο άξονα του διαγενεακού ιστορικού ή στο οριζόντιο πλαίσιο της πυρηνικής οικογένειας (Chatlos, 1991; Kumpfer, et al., 1998; Merikangas, Dierker & Fenton, 1998; Bergeret, 1999; O'Farrell & Fals-Stewart, 1999; Degli Stefani & Cibir, 2000; Mercado, 2000; Levin, Culkin & Perrotto, 2001; Μάτσα, 2001, 2006, 2008; Ζώτου & Κοπακάκη, 2005; Πουλόπουλος, 2005; Barrett & Turner, 2006; Gruber & Taylor, 2006; Κυριακίδης, 2007; Ruiz, Strain & Langrod, 2007).

Ωστόσο, η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν λειτουργεί μόνον ως παράγοντας κινδύνου για την εμπλοκή ενός μέλους του στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Αντιθέτως, μπορεί να συστήσει έναν καθοριστικό παράγοντα για την απεμπλοκή του απ' αυτήν, και να διευκολύνει σημαντικά την επιτυχή ολοκλήρωση ποικίλων διαδικασιών καθ' όλη τη διάρκεια της Θεραπείας Απεξάρτησης (π.χ. άρση αντίστασης προς τη θεραπεία, διατήρηση αποχής από τη χρήση, διευκόλυνση θεραπευτικού σχεδιασμού, συγκράτηση στη θεραπεία, επίτευξη αποθεραπείας και επανένταξης). Προϋπόθεση αυτής της θετικής συμβολής είναι η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία (Stanton, Todd & Associates, 1982; Galanter, 2002; Meyers, et al., 2002; Whittinghill, 2002; Stanton & Heath, 2004; Ζώτου & Κοπακάκη, 2005; Πουλόπουλος, 2005; Ruiz, Strain & Langrod, 2007; O'Farrell & Fals-Stewart, 2008).

### *1β. Θεραπευτική Προσέγγιση της Οικογένειας Χρηστών Ψυχοδραστικών Ουσιών*

Η Θεραπεία Οικογένειας, εφαρμοζόμενη εντός ενός σαφούς και σταθερού πλαισίου, συνιστά μία εκ των πλέον υποσχόμενων θεραπευτικών μεθόδων στη Θεραπεία της Τοξικοεξάρ-

τησης, και εντάσσεται, με ποικίλες μορφές και σχήματα, ως σταθερή υπηρεσία στα περισσότερα Θεραπευτικά Προγράμματα (Ashery, Robertson & Kumpfer, 2000; Liddle & Rowe, 2002; Meyers, et al., 2002; Whittinghill, 2002; Παππά, 2003; Armstrong, 2004; Stanton & Heath, 2004; Σφηκάκη, 2004; Ανδρουλάκη & Ζερβού, 2005; Fals-Stewart, O'Farrell & Birchler, 2006; McCrady, Epstein & Sell, 2006; Straussner & Fewell, 2006; Φωστέρη, 2006; Galanter & Kleber, 2008; O'Farrell & Fals-Stewart, 2008).

Τα σημαντικότερα σύγχρονα θεωρητικά Μοντέλα Θεραπείας Οικογένειας που εφαρμόζονται στα πλαίσια της Θεραπείας Απεξάρτησης συνίστανται στα εξής:

- α) Μοντέλο Οικογενειακής Ασθένειας (*Family Disease Model*) (π.χ. Ανώνυμες Ομάδες Αυτοβοήθειας) (Hesselbrock, Hesselbrock & Epstein, 1999; O'Farrell & Fals-Stewart, 1999; Lieberman & Humphreys, 2002; Meyers, et al., 2002; Whittinghill, 2002; Zemore, Kashutas & Ammon, 2004; Wallace, 2006; Λαϊνάς, 2007).
- β) Μοντέλο Οικογενειακών Συστημάτων (*Family Systems Model*) (π.χ. Δομική Θεραπεία Οικογένειας, Λειτουργική Θεραπεία Οικογένειας, Βραχεία Στρατηγική Θεραπεία Οικογένειας) (Aronson & VanDeusen, 1981; Barton & Alexander, 1981; Stanton, Todd & Associates, 1982; Degli Stefani & Cibir, 2000; Minuchin, 2000; Liddle & Rowe, 2002; Austin, Macgowan & Wanger, 2005; Gruber & Taylor, 2006; Ruiz, Strain & Langrod, 2007).
- γ) Συμπεριφοριολογικό Μοντέλο Θεραπείας Οικογένειας (*Family Behavior Therapy*) (π.χ. Συμπεριφορική Θεραπεία Ζεύγους) (O'Farrell & Fals-Stewart, 1999; 2006, 2008; Levin, Culkun & Perrotto, 2001; Fals-Stewart, O'Farrell & Birchler, 2006; Gruber & Taylor, 2006; Rotgers, 2006).

Άλλες σημαντικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται είναι η Ψυχοδυναμική Θεραπεία Οικογένειας, η Οικολογική Προσέγγιση, η Πολυδιάστατη Θεραπεία Οικογένειας και η Θεραπεία Δικτύου (Liddle & Rowe, 2002; Meyers, et al., 2002; Sheidow & Woodford, 2003; Khantzian, Dodew & Brehm, 2004; Galanter, 2002, 2008; Austin, Macgowan & Wanger, 2005; Galanter & Kleber, 2008).

## 2. ΟΜΑΔΙΚΟΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

### 2α. Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας

Η Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας αναπτύχθηκε από τον A.C.R. Skynner κατά την δεκαετία του 1960. Εδράζεται στις βασικές αρχές της Ομαδικής Ανάλυσης, ενώ περικλείει και πλήθος φιλοσοφικών εννοιών και προβληματισμών, αρχών της Αναπτυξιακής Ψυχολογίας, της Θεωρίας των Γενικών Συστημάτων, της Ψυχανάλυσης και του Συμπεριφορισμού, καθώς και «τεχνικών δράσης» (Foulkes, 1948, 1975, 2003; Skynner, 1981; Τσέγκος, 2001, 2002).

Τα κύρια ομαδικοαναλυτικά χαρακτηριστικά της προσέγγισης συνδέονται με τις εξής θέσεις:

- ❖ Η παράλληλη μελέτη του μέρους και του όλου δεν είναι ασύμβατη. Αντιθέτως, οι ψυχολογικές δομές του ατόμου και της οικογενειακής του ομάδας είναι ομόλογες. Έτσι, η τροποποίηση της μίας πλευράς σηματοδοτεί αυτομάτως και τροποποίηση της άλλης, με την προϋπόθεση ότι τα μέρη του συστήματος παραμένουν σε επαφή.



- ❖ Η οικογένεια θεωρείται ότι διαθέτει έμφυτο δυναμικό τόσο ως προς την επικοινωνιακή κατανόηση και τη διευκόλυνση της αλλαγής και της εξέλιξης, όσο και ως προς την πρόκληση σύγχυσης και την ανακοπή της ανάπτυξης.
- ❖ Η σοφία και η κατανόηση που υπάρχει έμφυτη στην οικογενειακή ομάδα υπερβαίνει εκείνη του θεραπευτή (Skynner, 1976, 1981, 1987, 1998).
- ❖ Παράλληλα, σύμφωνα με τον Skynner, κυρίαρχο ρόλο στην κατανόηση και, εν συνεχεία, στην θεραπευτική παρέμβαση στην εκδηλούμενη παθολογία κατέχει ο *αναπτυξιακός προσδιορισμός της οικογένειας* σύμφωνα με τα ατομικά εξελικτικά στάδια του φροϋδικού μοντέλου, ο οποίος πραγματοποιείται βάσει της αξιολόγησης συγκεκριμένων βασικών στοιχείων της δομής και της λειτουργίας της.

Τα στοιχεία αυτά είναι:

- ❖ δομή ισχύος
- ❖ ρόλοι
- ❖ επικοινωνία
- ❖ σχέση
- ❖ διαφοροποίηση
- ❖ αίσθηση πραγματικότητας
- ❖ συναίσθημα
- ❖ σεξουαλικότητα
- ❖ στάση προς την αλλαγή και την απώλεια
- ❖ διαχείριση ελεύθερου χρόνου (Skynner, 1976, 1981, 2003; Skynner & Cleese, 1996).

## 2β. Εφαρμογή των Βασικών Αρχών της Ομαδικoαναλυτικής Προσέγγισης Θεραπείας Οικογένειας στη Θεραπεία Απεξάρτησης

Η υπόθεση ότι η Ομαδικoαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας συνιστά μία μέθοδο που δύναται όχι μόνο να εναρμονισθεί στο γενικότερο πλαίσιο της Θεραπείας Απεξάρτησης και να συμβάλει ουσιαστικά στην επίτευξη των θεραπευτικών επιδιώξεων αυτής, αλλά και να επιφέρει συνολικότερο και σημαντικό θεραπευτικό όφελος στους τομείς της ενδοψυχικής και διαπροσωπικής λειτουργίας των μελών της οικογένειας που περιλαμβάνει το ουσιοεξαρτώμενο άτομο, εδραιώνεται βάσει των κατωτέρω θεωρητικών και κλινικών διαπιστώσεων:

- α) Η Θεραπεία Οικογένειας αποτελεί ένα σημαντικό και πολλές φορές αναπόσπαστο συστατικό της συνολικής θεραπευτικής παρέμβασης στην Τοξικοεξάρτηση ενώ, αποδεδειγμένα, συνεισφέρει αποφασιστικά στην αύξηση της αποτελεσματικότητάς της (Friedman, 1985; Kaufman & Reoux, 1991; Liddle & Rowe, 2002; Stanton & Heath, 2004; Austin, Macgowan & Wanger, 2005; Fals-Stewart, O'Farrell & Birchler, 2006; Ruiz, Strain & Langrod, 2007; Galanter, 2008; O'Farrell & Fals-Stewart, 2008).
- β) Η Ομαδικoαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας αποτελεί μία μέθοδο ευρέως εφαρμόσιμη σε ποικίλα κοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα

και σε διάφορα είδη οικογενειών, καθώς και εύκολα συνδυαζόμενη με άλλες μορφές θεραπείας. Επιπλέον, επιφέρει μία ασυνήθιστα γρήγορη αλλαγή, ακόμα και όταν συγκρίνεται με άλλους τύπους οικογενειακής θεραπείας (Foulkes & Anthony, 1957; Skynner, 1976, 1981, 1987; 2003, Τσέγκος, 2001, 2002).

Ωστόσο, σύμφωνα τουλάχιστον με τα στοιχεία που προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η συγκεκριμένη προσέγγιση δεν έχει αξιοποιηθεί σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα Τοξικοεξάρτησης. Κατά συνέπεια, η υποστήριξη της αρχικής μας υπόθεσης δεν μπορεί να βασισθεί σε προηγούμενες θεραπευτικές εμπειρίες και μετρήσιμα αξιολογητικά αποτελέσματα.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τους ανωτέρω περιορισμούς, επιχειρούμε μία εκτενή θεωρητική τεκμηρίωση της υπόθεσής μας α) εστιάζοντας στις θεραπευτικές αρχές, τους θεραπευτικούς στόχους και τους θεραπευτικούς παράγοντες της Ομαδικοαναλυτικής Προσέγγισης Θεραπείας Οικογένειας, και β) διερευνώντας τη δυνατότητα εναρμόνισης και συγκερασμού αυτών με τα βασικά χαρακτηριστικά των οικογενειών με ουσιοεξαρτημένα μέλη, τα οποία και καθορίζουν τις αρχές και τους στόχους της θεραπευτικής εμπλοκής της οικογένειας στη Θεραπεία Απεξάρτησης.

#### Ομαδικοαναλυτική Θεώρηση της Τοξικοεξάρτησης

Καταρχήν, είναι σκόπιμο να παραθέσουμε μία αδρή θεώρηση της Τοξικοεξάρτησης υπό το πρίσμα των θέσεων της Ομαδικοαναλυτικής Οικογενειακής Θεραπείας:

Η Τοξικοεξάρτηση, ως συμπτωματική συμπεριφορά, νοηματοδοτείται ως *απαρνημένο συναίσθημα* ή *φαινόμενο ανακούφισης*, το οποίο προκύπτει μέσω των ενδοοικογενειακών προβλητικών συστημάτων, και στοχεύει στην προστασία του γονέα, του γάμου ή της οικογένειας από την αποσύνθεση, ενώ έχει ως κίνητρο την ενοχή και την προσκόλλησή. Συνδέεται, λοιπόν, με τη συνολικότερη λειτουργία του οικογενειακού συστήματος, και την αναπτυξιακή κατάσταση αυτού στην κατηγορία των δυσλειτουργικών οικογενειών, οι οποίες αντιμετωπίζουν σοβαρές ανεπάρκειες, ιδιαίτερως στους τομείς της δομής, της διαφοροποίησης, της επικοινωνίας και της σχέσης. Στόχος της θεραπείας είναι η διαμόρφωση ενός νέου διαπροσωπικού συστήματος, εντός του οποίου τα αναπτυξιακά ελλείμματα αναπληρώνονται και τα δυσλειτουργικά πρότυπα σχετίζονται αναδύονται, εντοπίζονται και τροποποιούνται, με σκοπό τη βελτίωση της ατομικής και οικογενειακής λειτουργικότητας και τη συνεπαγόμενη αποδυνάμωση των συμπτωμάτων (Skynner, 1976, 1981, 2003; Skynner & Cleese, 1984, 1996).

#### Θεραπευτικές Αρχές – Θεραπευτικοί Στόχοι

Σύμφωνα με την Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας, κύριες αρχές που διέπουν την εφαρμογή της θεραπείας, στοχεύοντας σε ανάλογες θεραπευτικές επιδιώξεις, είναι οι εξής:

α) *Αποσαφήνιση και Τροποποίηση της Δομής*: Ο παράγοντας αυτός λαμβάνεται πρωταρχικά υπ' όψιν, καθώς εμπεριέχεται στην επιλογή των οικογενειακών μελών που θα συμμετέχουν στη θεραπευτική διαδικασία, αντικατοπτρίζοντας την εγκαθιδρυμένη ιεραρχία και τους κανόνες της οικογενειακής αλληλεπίδρασης που συμβάλλουν στη διατήρηση της δυσλειτουργίας. Για τον λόγο αυτό, εφαρμόζοντας την έννοια του *Ελάχιστου Επαρκούς Δικτύου* (Minimum Sufficient Network), προσ-

διορίζεται ότι, στη θεραπεία συμμετέχει ένα υποσύστημα της οικογένειας, το οποίο συγκεντρώνει το *σύμπτωμα*, την *ενόχληση* εξ αυτού και το *κίνητρο* για αλλαγή. Αυτή καθαυτή η διαδικασία, σε συνδυασμό με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, δύναται να επιφέρουν δομικές μετατοπίσεις και αλλαγές, ικανές να συνεπαχθούν άμεση αλλά και μακροπρόθεσμη άμβλυση των συμπτωμάτων που εμφανίζει το «άρρωστο μέλος» της οικογένειας. Οι αλλαγές αυτές επικεντρώνονται στην εγκαθίδρυση μίας ξεκάθαρης και αμοιβαίως παραδεκτής οικογενειακής ιεραρχίας, καθώς και στη διαμόρφωση μίας ισχυρής και ισοδύναμης γονεϊκής συμμαχίας, με δυνατότητα διαπραγμάτευσης και συμμετοχής των παιδιών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων (Skynner, 1976, 1981, 1987, 1998, 2003; Skynner & Cleese, 1996).

- β) *Διευκόλυνση Επικοινωνίας*: Ο παράγοντας αυτός αφορά στη διευκρίνιση, και στη συνέχεια στη χαλάρωση ή την οριοθέτηση των οικογενειακών προτύπων επικοινωνίας, στοχεύοντας στην ευόδωση της ιδιωτικότητας και της ιδιαιτερότητας, καθώς και στην επικύρωση της δομικής ιεραρχίας. Ως απώτερη επιδίωξη αναδεικνύεται η αποσαφήνιση των επικοινωνιακών συναλλαγών και η εξοικείωση με ένα νέο μοντέλο άμεσης και αυθόρμητης, ειλικρινούς και ζητήρης, ανοικτής και δεκτικής σε νέες ιδέες, επικοινωνίας. Απαραίτητη προϋπόθεση αξιοποίησης του παράγοντα αυτού, καθώς και των στόχων που υπηρετεί, αποτελεί ο ιδιαίτερος ρόλος του θεραπευτή, ο οποίος ενεργώντας ως *πρόσωπο*, εγκαθιδρύει μία άμεση διαπροσωπική σχέση με τα μέλη του οικογενειακού συστήματος αλλά και ένα νέο σύστημα που απαρτίζεται από τον ίδιο και την οικογένεια (Foulkes, 1975; Skynner, 1976, 1981, 1987, 1998, 2003; Skynner & Cleese, 1996).
- γ) *Εκπαίδευση σε νέους Τρόπους Συμπεριφοράς*: Ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει καταρχήν τον εντοπισμό εκ μέρους του θεραπευτή αναπτυξιακών ανεπαρειών και ελλειπουσών εμπειριών των οικογενειακών μελών, οι οποίες ευθύνονται για την παρούσα απουσία δεξιοτήτων οικογενειακού σχετιζοσθαι, και συνδέονται, σε συνάρτηση με εξωτερικούς ψυχοπαιστικούς παράγοντες, με το είδος και τη φύση της εκδηλούμενης παθολογίας. Ακολουθώντας, η θεραπευτική διαδικασία στοχεύει στην εκμάθηση αυτών των ειδικών ικανοτήτων, μέσω της διδασχής τυπικών τεχνικών συμπεριφοράς και της επανασύνδεσης των μελών με ήδη εσωτερικευμένες αλλά απαρνημένες καλές εμπειρίες. Ο ρόλος του θεραπευτή, απέχοντας από τον αποστασιοποιημένο χειρισμό της συμπεριφοράς, αλλά αντιθέτως εμπιερώντας τόσο τη συνειδητή αναπαράσταση όσο και την αυθόρμητη συμπεριφορά, προωθεί την αμφισβήτηση εγκαθιδρυμένων προτύπων συναλλαγής, ενισχύει τη μετοχή σε νέες εμπειρίες σχετιζοσθαι, και, τελικά, παρακινεί την υιοθέτηση καινούριων τρόπων συμπεριφοράς (Skynner 1976, 1981, 1987, 1998, 2003; Skynner & Cleese, 1984, 1996).
- δ) *Διευκόλυνση Διαφοροποίησης*: Ο παράγοντας αυτός, διαφοροποιώντας την Ομαδικοαναλυτική Οικογενειακή Θεραπεία από βραχείες συμπεριφοριστικές μεθόδους που στοχεύουν στην εξάλειψη του συμπτώματος, προωθεί την αλλαγή της συνολικής λειτουργίας του οικογενειακού συστήματος καθώς και την εξέλιξη και ανάπτυξη κάθε μέλους αυτού. Η επίτευξη της διαφοροποίησης, αν και συνιστά μία μακρόχρονη και συχνά οδυνηρή θεραπευτική διαδικασία, εμπιερώνει την ανάδειξη των οικογενειακών μελών ως *ανεξάρτητα πρόσωπα* με σαφή και ασφαλή ταυτότητα και υψηλή υπευθυνότητα, που περισσότερο *απολαμβάνουν* την εγγύτητα και την

οικειότητα, παρά έχουν την ανάγκη της μεταξύ τους σχέσης. Ο ρόλος του θεραπευτή, αποφεύγοντας διαδικασίες λογικής κατανόησης και προωθώντας την εξ αλληλεπιδράσεως επίγνωση, στοχεύει στην αυξανόμενη αντίληψη της συμπεριφοράς και την επακόλουθη αλλαγή (Skynner, 1976, 1981, 1987, 1998, 2003; Skynner & Cleese, 1984, 1996).

ε) *Ενίσχυση Προσεταιριστικής Στάσης*: Ο παράγοντας αυτός συνδέεται με την προαγωγή της *Φιλοσοφίας της Αφθονίας* (Philosophy of Plenty) και τη συρρίκνωση της *Φιλοσοφίας της Έλλειψης* (Philosophy of Scarity). Η μακρόχρονη ψυχοθεραπευτική διαδικασία, που δεν στοχεύει αποκλειστικά στη βελτίωση των συμπτωμάτων αλλά επιδιώκει την ανάπτυξη και τη διαφοροποίηση, επιτρέπει την επανεννοιοδότηση της μόνιμης οικογενειακής αίσθησης στέρησης ως μία *κακή αυτοεκπληρούμενη προφητεία* (self-fulfilling prophecy), και στη συνέχεια οδηγεί σε εντυπωσιακή αλλαγή των ατόμων και του οικογενειακού συστήματος, και σε αιφνίδια αναστροφή της πραγματικότητας, αποδυναμώνοντας τη σημασία των συμπτωματικών εκδηλώσεων (Skynner, 1976, 1981, 1998, 2003; Skynner & Cleese, 1996).

Βέβαια, χρειάζεται να επισημανθεί ότι, οι ανωτέρω θεραπευτικές αρχές, που σχετίζονται άμεσα τόσο με τα κριτήρια της οικογενειακής υγείας και δυσλειτουργίας, όπως αυτά έχουν νωρίτερα αναφερθεί, όσο και με τη διαμόρφωση αντίστοιχων θεραπευτικών στόχων, προϋποθέτουν την οικοδόμηση μίας θεραπευτικής σχέσης ζεστασιάς και εμπιστοσύνης, και τη βαθιά πίστη στο υγιές δυναμικό και την θεραπευτικότητα της οικογένειας, η οποία, όπως συντηρεί τη στασιμότητα και τη δυσλειτουργία, με τον ίδιο τρόπο μπορεί να προωθήσει την αλλαγή και την υγεία (Skynner, 1981, 1998; Τσέγκος, 2001, 2007; Παπαδάκης, 2003).

#### Διαπιστώσεις

Διερευνώντας τη δυνατότητα αξιοποίησης των θεραπευτικών αρχών και στόχων της Ομαδικο-αναλυτικής Προσέγγισης Θεραπείας Οικογένειας στο πλαίσιο της θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης, μπορούμε να διατυπώσουμε τα εξής συμπεράσματα:

- ❖ Η Τοξικοεξάρτηση συνδέεται πολύ συχνά με μία οικογενειακή *δομή* που χαρακτηρίζεται ως χαοτική, αναποτελεσματική και παθογόνος (Kumpfer, et al., 1998; Μάτσα, 2001; Ζώτου & Κοπακάκη, 2005; Barrett & Turner, 2006; Gruber & Taylor, 2006). Κατά συνέπεια, προκύπτει βασική αναγκαιότητα δομικών μετατοπίσεων, με στόχο την αποσαφήνιση της ιεραρχίας, την ισχυροποίηση της γονεϊκής συμμαχίας, και τη διευκόλυνση της διαπραγμάτευσης και της συμμετοχής των παιδιών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η προτεραιότητα αυτή συμπίπτει με την Ομαδικοαναλυτική θεραπευτική αρχή και επιδίωξη της «Αποσαφήνισης και Τροποποίησης της Δομής».
- ❖ Η έννοια του Ελάχιστου Επαρκούς Δικτύου, όπως περιγράφεται από την Ομαδικοαναλυτική Θεραπεία Οικογένειας, μπορεί να αξιοποιηθεί τα μέγιστα στο πεδίο της Τοξικοεξάρτησης, όπου, πολύ συχνά, το σύμπτωμα, η ενόχληση και το κίνητρο εντοπίζονται σε διαφορετικά οικογενειακά μέλη, η συνεύρεση των οποίων αποτελεί προϋπόθεση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας. Παράλληλα, έχοντας υπ' όψιν ότι, στις οικογένειες αυτές η παρουσία (φυσική ή συναισθηματική) ενός μόνο γονέα απαντάται με εντυπωσιακή συχνότητα, διαπιστώνουμε ότι η εφαρμογή του Ελάχιστου Επαρκούς Δικτύου διευκολύνει τη θεραπευτική διαδικασία καθώς, αποφεύγοντας άκαμπτα κριτή-

ρια θεραπείας, επιτρέπει την έναρξη και την εξέλιξη αυτής απαιτώντας τον μικρότερο ικανό αριθμό συμμετεχόντων μελών (Degli Stefani & Cibin, 2000; Πουλόπουλος, 2005; Gruber & Taylor, 2006; Ρούσσης, 2007).

- ❖ Η ασαφής, αντιφατική και ανεπαρκής επικοινωνία αποτελεί ένα ακόμη κύριο γνώρισμα των οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα Τοξικοεξάρτησης (O'Farrell & Fals-Stewart, 1999; Mercado, 2000; Gruber & Taylor, 2006; Μάτσα, 2008). Συνεπώς, βασικό θεραπευτικό καθήκον συνιστά η αποσαφήνιση και κατάδειξη της επικοινωνιακής δυσλειτουργίας, και, κατόπιν, η προώθηση νέων προτύπων αλληλεπίδρασης, συμβατών με την αμοιβαία αναγκαιότητα ιδιωτικότητας και ιεραρχίας. Η επιδίωξη αυτή συμπίπτει με την Ομαδικοαναλυτική θεραπευτική αρχή της «Διευκόλυνσης της Επικοινωνίας».
- ❖ Οι συμπεριφορές στις οικογένειες των εξαρτημένων ατόμων, ακολουθώντας τα πρότυπα των επικοινωνιακών συναλλαγών, κυμαίνονται μεταξύ ασάφειας και ακαμψίας, διαιωνίζοντας τον φαύλο κύκλο της δυσλειτουργίας (Mercado, 2000; Levin, Culkin & Perrotto, 2001; Κυριακίδης, 2007). Για τον λόγο αυτό, άλλωστε, οι περισσότερες προσεγγίσεις Θεραπείας Οικογένειας που εφαρμόζονται στη Θεραπεία Απεξάρτησης στοχεύουν στην τροποποίηση αυτής της συμπεριφορικής δυσπραγίας (Degli Stefani & Cibin, 2000; Meyers, et al., 2002; Liddle & Rowe, 2002; Whittinghill, 2002; Austin, Macgowan & Wanger, 2005; O'Farrell & Fals-Stewart, 2006, 2008; Ruiz, Strain & Langrod, 2007). Η αναγκαιότητα αυτή συμβαδίζει με την Ομαδικοαναλυτική θεραπευτική αρχή της «Εκπαίδευσης σε Νέους Τρόπους Συμπεριφοράς».
- ❖ Οι οικογένειες με εξαρτημένα άτομα χαρακτηρίζονται, σε μεγάλο βαθμό, από συγχώνευση, παρεμβατικότητα και αποφυγή ευθύνης, παράγοντες που, μεταξύ άλλων, ελκύουν και συντηρούν την παθολογία (O'Farrell & Fals-Stewart, 1999; Kaufman & Reoux, 1991; Degli Stefani & Cibin, 2000; Mercado, 2000; Levin, Culkin & Perrotto, 2001; Gruber & Taylor, 2006). Έτσι, η στοχοποίηση της εξάλειψης του συμπτώματος, αν δεν συνδυαστεί με θεραπευτική παρέμβαση στα δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά του οικογενειακού συστήματος, δεν επιφέρει παρά μία περιστασιακή ανακούφιση, ενώ ελλοχεύει τον σοβαρό κίνδυνο, αν όχι τη μαθηματική επαγωγή, υποτροπής του συμπτώματος ή εμφάνισης μίας νέας παθογόνου κατάστασης (O'Farrell & Fals-Stewart, 1999 2008; Washton, 2002; Daley & Marlatt, 2004). Έτσι, η διευκόλυνση της διαφοροποίησης, αν και προϋποθέτει σοβαρότερη δέσμευση και μακροχρονέστερη παραμονή στη θεραπεία, επιφυλάσσει μονιμότερα αποτελέσματα, καθώς στοχεύει στην αλλαγή του πυρήνα που επιδρά αιτιολογικά στην εκδήλωση της συμπτωματικής συμπεριφοράς (O'Farrell & Fals-Stewart, 1999, 2008; Ruiz, Strain & Langrod, 2007). Η ίδια ακριβώς αντίληψη συνιστά προεξάρχουσα θεραπευτική αρχή και επιδίωξη της Ομαδικοαναλυτικής Θεραπείας Οικογένειας.
- ❖ Η καχυποψία, η απαισιοδοξία, η εχθρότητα και η έλλειψη ικανοποίησης αποτελούν συχνά συναισθήματα των μελών των οικογενειών με προβλήματα Τοξικοεξάρτησης, διαμορφώνοντας μία στάση εναντιωματική, που ενισχύει τις διαστρεβλώσεις της οικογενειακής δομής και της επικοινωνίας, ενώ παρεμποδίζει την αλλαγή και τη διαφοροποίηση (Degli Stefani & Cibin, 2000; Mercado, 2000; Barrett & Turner, 2006; Gruber & Taylor, 2006). Η επίτευξη επίγνωσης της στάσης αυτής εκ μέρους των μελών της οικογένειας, καθώς και του συναισθηματικού φόρτου και των δυσσίωνων προοπτικών που συνεπάγεται, αποτελεί πρωταρχική προϋπόθεση και εναρκτηρία φάση της αλλαγής, είτε αυτή αφορά στα άτομα, είτε στο οικογενειακό σύστημα, είτε στη συνολικό-

τερη πραγματικότητα (Merikangas, Dierker & Fenton, 1998; Ζώτου & Κοπακάκη, 2005). Η επιδίωξη αυτή ταυτίζεται με την Ομαδικοαναλυτική θεραπευτική αρχή της «Ενίσχυσης της Προσεταριστικής Στάσης».

Συνοψίζοντας, *συμπεραίνουμε* ότι, οι θεωρητικές αρχές και οι θεραπευτικοί στόχοι που εμπειριούνται στην προσέγγιση της Ομαδικοαναλυτικής Θεραπείας Οικογένειας εναρμονίζονται πλήρως με τις αδυναμίες και τις ανεπάρκειες των οικογενειών με προβλήματα Τοξικοεξάρτησης, καθώς απευθύνονται σε λειτουργίες και χαρακτηριστικά του οικογενειακού συστήματος που υποβόσκουν της εξαρτητικής, συμπτωματικής, συμπεριφοράς, προοιωνίζοντας έτσι ένα συνολικό και μόνιμο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

### Θεραπευτικοί Παράγοντες

Στο συγγραφικό έργο του Skynner περιγράφονται επανειλημμένως συγκεκριμένοι παράγοντες που απαιτούνται για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Πρόκειται για τους εξής:

- α) *Σύστημα Δομής*: Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει έναν ισχυρό γονεϊκό συνασπισμό, με σαφή ιεραρχία μεταξύ γονέων και παιδιών, και καταμερισμό της εξουσίας μεταξύ των δύο συζύγων.
- β) *Σύστημα Στήριξης*: Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει τη συζυγική σχέση, την πυρηνική οικογένεια, την εκτεταμένη οικογένεια και την ευρύτερη κοινότητα.
- γ) *Υπερβατικό Σύστημα Αξιών*: Το σύστημα αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την θρησκευτική πίστη, το ανθρώπινο ενδιαφέρον, κ.ά., ενώ παρέχει την αίσθηση της συνέχειας και της σημασίας (Skynner, 1989, 1991, 2003).

### Διαπιστώσεις

Διερευνώντας τη δυνατότητα αξιοποίησης των θεραπευτικών παραγόντων που προεξάρχουν στην Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας στο πλαίσιο της Θεραπείας Απεξάρτησης, μπορούμε να διατυπώσουμε τα εξής συμπεράσματα:

- ❖ Η οικογένεια που αντιμετωπίζει προβλήματα Τοξικοεξάρτησης, χαρακτηρίζεται, με εντυπωσιακή συχνότητα, από δυσλειτουργίες στη δομή ισχύος, με κύρια χαρακτηριστικά τα ασαφή διαγενεακά όρια, τις παγιωμένες συμμαχίες μεταξύ υποσυστημάτων, τους αδύναμους γονεϊκούς ρόλους, τη γονεϊκή αντιπαλότητα περί της ισχύος, και την αντιστροφή της ιεραρχίας (Mercado, 2000; Μάτσα, 2001; Barrett & Turner, 2006; Gruber & Taylor, 2006). Βάσει των δεδομένων αυτών, σημαντική προτεραιότητα της Θεραπείας Οικογένειας που εμπλέκεται στη Θεραπεία Απεξάρτησης είναι η αναδιαμόρφωση αυτού του χαώδους πλαισίου εντός του οποίου αναπτύσσεται η Τοξικοεξάρτηση, ενώ ως επιμέρους στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης αναδεικνύονται η ανασυγκρότηση και ενίσχυση του γονεϊκού συνασπισμού, ο καταμερισμός των γονεϊκών καθηκόντων μεταξύ των συζύγων, και η εγκαθίδρυση σταθερών ορίων μεταξύ των οικογενειακών υποσυστημάτων. Μέσω αυτής της αναδιαμόρφωσης της δομής της οικογένειας, θα επηρεασθούν και θα τροποποιηθούν πλείστες ακόμα δυσλειτουργίες, ενώ θα ενδυναμωθούν προϋποθέσεις υγείας της οικογενειακής ζωής, ικανές να ελαχιστοποιήσουν την αναγκαιότητα ύπαρξης της συμπτωματικής εξαρτητικής συμπεριφοράς (Meyers, et al., 2002; Liddle & Rowe, 2002; Austin, Macgowan & Wanger, 2005). Η θεραπευτική αυτή προτεραιότητα ταυτίζεται με Ομαδικοαναλυτικό θεραπευτικό παράγοντα του «*Συστήματος Δομής*».

- ❖ Στην οικογένεια που υπάρχει εξάρτηση, εντοπίζεται σύγκρουση και αποστασιοποίηση μεταξύ του πρωταρχικού συζυγικού υποσυστήματος, καθώς και απομονωτικές τάσεις ολόκληρου του πυρηνικού οικογενειακού συστήματος σε σχέση με την εκτεταμένη οικογένεια και την ευρύτερη κοινότητα. Τα συναισθήματα ενοχής, ντροπής, δυστυχίας, απόγνωσης και αποτυχίας που κυριεύουν τα μέλη, τα ωθούν σε έναν αυτο-αποκλεισμό που, σταδιακά, επιφέρει και κοινωνικό αποκλεισμό. Τόσο τα απομονωμένα μέλη, όσο και ολόκληρη η οικογένεια, δηλαδή, συνιστούν κλειστά συστήματα που αντιδρούν σε οποιαδήποτε εισροή και εκροή ερεθισμάτων και αλληλεπιδράσεων. Οι στάσεις αυτές αυξάνουν τις αρνητικές και ακραίες ενδοοικογενειακές διαντιδράσεις και συντηρούν την Τοξικοεξάρτηση (Merikangas, Dierker & Fenton, 1998; Levin, Culkin & Perrotto, 2001; Galanter, 2002; Stanton & Heath, 2004). Ο Ομαδικοαναλυτικός θεραπευτικός παράγοντας του «*Συστήματος Στήριξης*», δρα καταλυτικά στην αναγκαιότητα αντιστροφής αυτής της συνθήκης και προσβλέπει στο άνοιγμα των συστημάτων. Έτσι, προωθεί τη δυνατότητα υποστήριξης και φροντίδας μεταξύ του συζυγικού ζεύγους, και μεταξύ όλων των οικογενειακών μελών, ενώ διευρύνει τις ευκαιρίες εμπλοκής και παροχής ενίσχυσης από την ευρύτερη οικογένεια, όπως και την αξιοποίηση πηγών άντλησης στήριξης και ικανοποίησης στο εκτεταμένο πλαίσιο της κοινότητας.
- ❖ Η οικογένεια που αντιμετωπίζει προβλήματα Τοξικοεξάρτησης εμμένει σε προσδοκίες κακών και ακολουθεί έναν μοιρολατρικό και παθητικό τρόπο ζωής, ο οποίος συντηρεί τις δυσλειτουργίες και τις συμπτωματικές συμπεριφορές (Degli Stefani & Cibin, 2000; Galanter, 2002; Ruiz, Strain & Langrod, 2007).
- ❖ Ο Ομαδικοαναλυτικός θεραπευτικός παράγοντας του «*Υπερβατικού Συστήματος Αξιών*», εισάγοντας στο οικογενειακό σύστημα συναισθήματα ελπίδας και πίστης και προοπτικές σκοπού και συνέχειας, δύνανται να αντικαταστήσει τις στάσεις απόσυρσης και εναντιωτισμού με νέες στάσεις ενεργητικότητας, υπευθυνότητας, ρεαλιστικότητας και προσδοκίας, αναταράσσοντας, έτσι, τη στασιμότητα της οικογενειακής ζωής και παρέχοντας κίνητρο και δύναμη για προσπάθεια και δράση. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, πως όσο ασύνδετος μπορεί να φαίνεται αρχικά ο παράγοντας αυτός με τα κρίσιμα και επίμονα προβλήματα με τα οποία η Τοξικοεξάρτηση επιβαρύνει το οικογενειακό σύστημα, τόσο απαραίτητος καταδεικνύεται στη συνέχεια μέσω των πρακτικών αλλαγών που κινητοποιεί στα άτομα.

Συνοψίζοντας, *συμπεραίνουμε* ότι, οι θεραπευτικοί παράγοντες που εμπεριέχονται στην προσέγγιση της Ομαδικοαναλυτικής Θεραπείας Οικογένειας συνάδουν με τις ελλείψεις και τις ανάγκες των οικογενειών με προβλήματα Τοξικοεξάρτησης, καθώς εισάγουν αντιλήψεις και προωθούν στάσεις που ευωδόνουν, πέραν φυσικά της αντιμετώπισης του συμπτώματος και των συνεπειών του, τη συνολικότερη ανάπτυξη του οικογενειακού συστήματος και την προσωπική εξέλιξη κάθε μέλους αυτού.

*Συμπερασματικά*, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ανωτέρω διαπιστώσεις, μπορούμε να διατυπώσουμε ότι, η Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας, θωρούμενη ως προς τις θεραπευτικές αρχές, τους θεραπευτικούς στόχους και τους θεραπευτικούς παράγοντες που αντιπροσωπεύει, βρίσκεται σε αρμονία με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις κλινικές απαιτήσεις της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα Τοξικοεξάρτησης, ενώ ταυτίζεται με τους στόχους της συνολικότερης Θεραπείας Απεξάρτησης, και, κατά συνέπεια, μπορεί να εφαρμοσθεί σε τρόπο αποτελεσματικό εντός του πλαισίου αυτής.

## 3. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΟΜΑΔΑΣ ΓΟΝΕΩΝ ΟΜΑΔΙΚΟΑΝΑΛΥΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

## 3α. Η Σημασία της Εμπλοκής των Γονέων στη Θεραπεία

Έχοντας υποστηρίξει θεωρητικά την αρχική μας υπόθεση ότι, η Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας δύναται να εφαρμοσθεί με τρόπο αποτελεσματικό στο πλαίσιο της Θεραπείας Απεξάρτησης, θα επιχειρήσουμε, στη συνέχεια, τη θεωρητική τεκμηρίωση της ωφελιμότητας μίας συγκεκριμένης εφαρμογής αυτής, της Ομάδας Γονέων.

Οι κύριες θέσεις που υποστηρίζουν την εν λόγω εφαρμογή, όπως παρατίθενται στη συνέχεια, περιλαμβάνουν α) τα οφέλη στα οποία η Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση προσβλέπει από τη γονεϊκή εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία, και β) την ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα της ένταξης των γονέων σε ομαδικό θεραπευτικό σχήμα.

## Εμπλοκή των Γονέων στη Θεραπευτική Διαδικασία

Η συνεργασία με τους γονείς επιτρέπει τη συλλογή περισσότερων πληροφοριών, διότι «φωτίζει» πολύπλευρα τόσο την κατάσταση του εξαρτημένου ατόμου και των υπολοίπων οικογενειακών μελών, όσο και τα χαρακτηριστικά (δομή, σχέσεις, ρόλοι, επικοινωνία, κ.ά.) ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. Οι πληροφορίες αυτές παρέχουν το πλαίσιο («φόντο») εντός του οποίου το ατομικό σύμπτωμα («φιγούρα») μπορεί να γίνει κατανοητό, ενώ, παράλληλα, μετακινούν τον εστιασμό από το άτομο («μέρος») στο οικογενειακό σύστημα («όλον») (Foulkes, 1948; Skynner, 1981).

Επίσης, η εμπλοκή των γονέων στη θεραπευτική διαδικασία *αντικρούσει την τάση τους για άρνηση* του προβλήματος της Τοξικοεξάρτησης και *αποφυγή* ανάληψης της δικής τους ευθύνης για επίτευξη αλλαγών, ενώ ενθαρρύνει τη διαμόρφωση ρεαλιστικότερων προσδοκιών. Παράλληλα, *κινητοποιεί και αξιοποιεί την ευφυΐα και την έμφυτη δυναμική ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος* προκειμένου να επιτευχθεί αλλαγή και εξέλιξη και, ακολούθως, αποδυνάμωση των συμπτωματικών εκδηλώσεων (Skynner, 1976; Skynner & Cleese, 1996; Παπαδάκης & Κουνέλη, 2007).

Επιπλέον, η συμμετοχή των γονέων στη θεραπεία δύναται να αποκαλύψει τις αναπτυξιακές ανεπάρκειες και τα δυσλειτουργικά προβλητικά συστήματα της οικογενειακής ομάδας, και ιδιαίτερος του πρωταρχικού, συζυγικού-γονεϊκού, υποσυστήματος, τα οποία συνδέονται, πιθανώς, με την εμφάνιση, και, ασφαλώς, με τη διατήρηση της Εξάρτησης, αλλά και την αποσιώπησή τους κάτω από το «βάρος» αυτής. Σταδιακά, οι γονείς ωθούνται στο να ασχοληθούν συστηματικά με τις κεκαλυμμένες ατομικές αδυναμίες και συζυγικές δυσκολίες και να τις αντιμετωπίσουν με τρόπο πιο ουσιαστικό. Όταν αυτή η *αναπτυξιακή διεργασία* ανακινηθεί, τότε μόνον η συμπεριφορά της Τοξικοεξάρτησης μπορεί να νοηματοδοτηθεί, να συνδεθεί αιτιολογικά με τα κύρια αναπτυξιακά ελλείμματα και να αντιμετωπισθεί θεραπευτικά με τρόπο εύστοχο και αποτελεσματικό (Skynner, 1987; Τσέγκος, 2001).

Παράλληλα, η γονεϊκή ενεργοποίηση και εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία αναπλαισιώνει το συζυγικό-γονεϊκό ζεύγος ως το *αποφασίζον υποσύστημα* της οικογένειας και ισχυροποιεί το γονεϊκό ρόλο. Με τον τρόπο αυτή, η *διαταραγμένη οικογενειακή δομή τροποποιείται*, με την ιεραρχία να αποκαθίσταται και τις συμμαχίες μεταξύ των υποσυστημάτων να αποδυναμώνονται. Δεδομένης της στενής σχέσης που τα περισσότερα εξαρτημένα άτομα διατηρούν με τις γονεϊκές φιγούρες, οι ανωτέρω αλλαγές θα επιδράσουν σημαντικά και στη δική τους θεραπευτική πορεία (Skynner, 1976; Skynner & Cleese, 1996).



Τέλος, η εμπλοκή των γονέων σε ένα νέο σύστημα που περιλαμβάνει αυτούς και τους θεραπευτές –και που αντιπροσωπεύει τη φυσιολογική νόρμα- προσφέρει τη *συναισθηματική εμπειρία ενός νέου τρόπου διαπροσωπικού σχετίζεσθαι*, ο οποίος χαρακτηρίζεται από υψηλή συνοχή, δέσμευση και συνεργασία. Παράλληλα, παρέχει πολλαπλές ευκαιρίες *εξοικείωσης με νέους τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς*, με κύρια γνωρίσματα τη σαφήνεια, την αμεσότητα και τη συναισθηματική έκφραση. Αυτή η «*μάθηση μέσω μίμησης προτύπου*» προωθεί την ευκαμψία, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και τη *διαφοροποίηση*, ενώ, ταυτοχρόνως, κινητοποιεί διεργασίες τροποποίησης της οικογενειακής λειτουργίας και εξέλιξης του ενδοοικογενειακού δικτύου σχέσεων (Skynner, 1981; Schlapobersky, 1987).

#### Εμπλοκή των Γονέων σε Ομαδική Θεραπευτική Διαδικασία

Δεδομένης της σοβαρής δυσλειτουργίας της οικογένειας με εξαρτημένο μέλος και της «*συνεργατικής στεγανότητας*» που την χαρακτηρίζει, η συμμετοχή ενός ή περισσότερων μελών που ανήκουν στην ίδια φυσική ομάδα σε μία ομάδα αγνώστων *επισπεύδει την «έκθεση» της παθολογίας* και συντελεί καθοριστικά στον προσδιορισμό της θεραπευτικής παρέμβασης (Skynner, 1976, 1987; Schlapobersky, 1987).

Επίσης, καθώς η οικογένεια ή το γονεϊκό-συζυγικό ζεύγος μοιράζεται ένα κοινό, ισχυρό και στεγανό σύστημα αξιών, οικογενειακών μύθων και αμυνών, πολλές φορές ορθώνει σθεναρή αντίσταση στις «έξωθεν» παρεμβάσεις του θεραπευτή. Η Ομάδα Γονέων, απαρτιζόμενη από «ομοιοπαθείς» γονείς, συνιστά, τότε, ένα θαυμάσιο, ευαίσθητο θεραπευτικό μέσο, το οποίο, αξιοποιώντας την *εμπρόσωπη ολόπλευρη επικοινωνία, τον κοινό νου και την ισότιμη κοινωνική αλληλεπίδραση*, δύναται να παράσχει στα μέλη της *επαναλαμβανόμενες δυνατότητες επίγνωσης*. Παράλληλα, επιτρέπει στον θεραπευτή να αποστασιοποιηθεί, να μετακινηθεί από τη θέση του ιθύνοντος, και να επικεντρωθεί στην περαιτέρω αξιοποίηση αυτής ακριβώς της «θαυματουργής» δυνατότητας της ομαδικής διάταξης (Foulkes, 1948; Skynner, 1998; Τσέγκος, 2002).

Επιπλέον, η ομαδική δυναμική και η διασφάλιση της ομαδικοαναλυτικής κατάστασης μεγιστοποιούν τις δυνατότητες παροχής προτύπου μέσω των *πολλαπλών διαπροσωπικών σχέσεων*. Κάθε μέλος-γονέας και κάθε γονεϊκό-συζυγικό ζεύγος έχει την ευκαιρία, μέσω της *άμεσης παρατήρησης των άλλων και της αντανάκλασης (reflection)*, να αναγνωρίσει καλύτερα τις δυσλειτουργίες και τις αδυναμίες στην άσκηση του γονεϊκού ρόλου του, να ενισχύσει τις υγιείς αντιδράσεις του και να οδηγηθεί σε θεραπευτική αλλαγή. Εκτός αυτού, η ομαδική διάταξη, εμπεριέχοντας την ανταλλαγή κοινών εμπειριών, νέων συμπεριφορών και θετικών εξελίξεων, προωθεί τη *γονεϊκή ενδυνάμωση*, ενθαρρύνει την *ισότιμη κατανομή ευθυνών* μεταξύ των δύο γονέων και ισχυροποιεί τη *γονεϊκή σχέση*. Ταυτοχρόνως, η Ομάδα, μέσω της σταθερής διατήρησης των δομικών στοιχείων και των κανόνων της, ενεργοποιεί έναν ακόμη παράγοντα *παροχής προτύπου σαφούς ταυτότητας, δομής και λειτουργίας*, τον οποίο οι γονείς δύνανται να αξιοποιήσουν τροποποιώντας και αποσαφηνίζοντας τη δομή, τα όρια και τους ρόλους στην οικογένειά τους.

Τέλος, η συμμετοχή των γονέων στην Ομάδα εμπεριέχει την ανεκτίμητη δυνατότητα δημιουργίας σταθερών διαπροσωπικών σχέσεων και ικανοποίησης των συναισθηματικών αναγκών τους. Η Ομάδα αποτελεί ένα *σταθερό πλαίσιο* που «αντέχει» την έκφραση και την εκτόνωση των έντονων αρνητικών συναισθημάτων και, συγχρόνως, ένα *ισχυρό σύ-*

στημα που παρέχει την αίσθηση της δύναμης, της στήριξης, του γνήσιου ενδιαφέροντος και της συνέχειας (Skynner 1981, 1998). Εκτός αυτού, η ομαδικοαναλυτική κατάσταση εξασφαλίζει την ενεργοποίηση συγκεκριμένων, σημαντικότερων για την επίτευξη της θεραπευτικής αλλαγής, θεραπευτικών παραγόντων, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η *απενοχοποιητική προσέγγιση του οικογενειακού δικτύου*, η *ανάδειξη της ετερότητας* –που προηγείται της θεραπείας του «παθολογικού»-, η διάκριση της *αιδούς* από την *ενοχή* και του *σθένους* από την *ισχύ*, η *ενθάρρυνση του χιούμορ* και η *υπερίσχυση της σχέσης* και της *σύνθεσης* έναντι της αποχής και της ανάλυσης (Τσέγκος, 2002; Τσέγκος & Συνεργάτες, 2007).

#### Διαπιστώσεις

Βάσει των ανωτέρω θεωρητικών δεδομένων, *συμπεραίνουμε* ότι, οι θεραπευτικές αρχές, οι θεραπευτικοί στόχοι και οι θεραπευτικοί παράγοντες της Ομαδικοαναλυτικής Προσέγγισης Θεραπείας Οικογένειας δύνανται να αξιοποιηθούν με τρόπο ουσιαστικό κατά τη συμμετοχή των γονέων χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών στη θεραπευτική διαδικασία. Φαίνεται δε ότι, αυτοί ευοδώνονται ταχύτερα και αποτελεσματικότερα στην ομαδική διάταξη απ' ό,τι συμβαίνει στα πλαίσια συναντήσεων του γονεϊκού ζεύγους ή της οικογένειας με τον θεραπευτή, καθώς η Ομάδα αντιπαρέρχεται τις ποικίλες δυσκολίες που χαρακτηρίζουν τις ξεχωριστές συναντήσεις.

Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώνουμε ότι, η Ομάδα Γονέων Ομαδικοαναλυτικού τύπου, υπερβαίνοντας τις αρχικές διεργασίες ενημέρωσης, συμβουλευτικής και καθοδήγησης, συνιστά μία *θεραπευτική διαδικασία* που ανταποκρίνεται στα χαρακτηριστικά και τις αναγκαιότητες της οικογένειας χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών. Αξιοποιώντας τα πλεονεκτήματα της ομαδικής διάταξης και της ομαδικοαναλυτικής κατάστασης, αλλά και συνδυάζοντας θεραπευτικά γνωρίσματα των ομάδων «αγνώστων» και των φυσικών ομάδων, απευθύνεται στο αποφασίζον γονεϊκό υποσύστημα, και συνεισφέρει με τρόπο ουσιαστικό και αποτελεσματικό στη συνολική αντιμετώπιση των ενδοοικογενειακών δυσλειτουργιών που συνδέονται με την εμφάνιση και τη διατήρηση της Τοξικοεξάρτησης. Τελικά, επιφέρει οφέλη τόσο στη θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου όσο και στην «εξυγίανση» της οικογενειακής λειτουργίας και την προσωπική εξέλιξη κάθε οικογενειακού μέλους.

Εν κατακλείδει, όπως αναφέρει και ο Skynner, η Ομάδα που περιλαμβάνει μέλη που διατηρούν οικείες σχέσεις και εκτός συνεδριών είναι μία Ομάδα δύσκολη και έντονη συναισθηματικά, που μπορεί να οδηγήσει τον θεραπευτή σε σύγχυση και απώλεια ελέγχου της κατάστασης. Ωστόσο, η ικανοποίηση που συνεπάγεται η αξιοποίηση ενός τόσο ευαίσθητου και δημιουργικού εργαλείου είναι η ανταμοιβή για την προσπάθεια που απαιτείται (Skynner, 1976).

#### 3β. Παρατηρήσεις από τη λειτουργία Ομάδων Γονέων σε Πλαίσιο Δημόσιου Φορέα Αντιμετώπισης της Τοξικοεξάρτησης

##### Περιγραφή Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με τον *Νόμο 2161/1993* και συνιστά αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σύμφωνα με τον *Νόμο 4139/2013 «περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις»*, σκοποί του ΟΚΑΝΑ είναι:

- α) Η συμβολή στον σχεδιασμό, στην προώθηση και στην εφαρμογή εθνικής πολιτικής και προγραμμάτων για την πρόληψη της χρήσης και της διάδοσης των ψυχοδραστικών ουσιών, καθώς και στη θεραπεία, την επαγγελματική κατάρτιση και την κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων.
- β) Η συμβολή στη μελέτη της εξάρτησης σε εθνικό επίπεδο, και η υποβολή προτάσεων για τη λήψη αναγκαίων μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης του προβλήματος.
- γ) Η έγκυρη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τις συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και η ενθάρρυνση, ο συντονισμός και η εποπτεία κάθε ιδιωτικής πρωτοβουλίας που επιδιώκει συμμετοχή στην αντιμετώπιση του προβλήματος.
- δ) Η συνεργασία με σχετικούς εθνικούς, ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς και φορείς.

Το δίκτυο υπηρεσιών που έχει αναπτύξει ο ΟΚΑΝΑ είναι πολυδιάστατο και περιλαμβάνει 75 Κέντρα Πρόληψης, 54 Μονάδες Υποκατάστασης, 6 «Στεγνά» Θεραπευτικά Προγράμματα, 2 Μονάδες Επανάταξης, 1 Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης και 3 Υπηρεσίες Μείωσης Βλάβης.

Η *θεραπευτική προσέγγιση* που εφαρμόζεται βασίζεται στη *φαρμακευτική αντιμετώπιση της Εξάρτησης μέσω της Υποκατάστασης*, ως μία εναλλακτική, και αποδεδειγμένα αποτελεσματική, παρέμβαση σε χρόνιους και βαρείς χρήστες οπιοειδών ουσιών που δεν ωφελούνται από τα «στεγνά» Θεραπευτικά Προγράμματα Απεξάρτησης. Βασικές αρχές που διέπουν τις θεραπευτικές υπηρεσίες είναι η αντίληψη της Τοξικοεξάρτησης, για πολλά εξαρτημένα άτομα, ως υποτροπιάζουσας ασθένειας, καθώς και η έμφαση στον περιορισμό της βλάβης που συνεπάγεται η χρήση τόσο για τα ίδια τα εξαρτημένα άτομα όσο και για το κοινωνικό σύνολο (ΟΚΑΝΑ, 2002, 2004, 2012, 2015 [www.okana.gr](http://www.okana.gr)).

#### Περιγραφή Κέντρου Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού

Σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του ΟΚΑΝΑ, τα Κέντρα Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού (Κ.Υ.Ε.Π.) αποτελούν Μονάδες Εφαρμογών που στοχεύουν στην ενημέρωση των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών και των συγγενών τους για τις δυνατότητες που υφίστανται στην Ελλάδα αναφορικά με τη θεραπεία και την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών, καθώς και στον προσανατολισμό των ενδιαφερομένων προς τις ενδεικνυόμενες Μονάδες Θεραπείας των διαφόρων Φορέων (ΦΕΚ 1603, τ.Β'/30-10-2003).

Το Κ.Υ.Ε.Π. που εδρεύει στην Αθήνα ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2002 και στελεχώνεται από τον Υπεύθυνο, το διοικητικό προσωπικό και το θεραπευτικό προσωπικό.

Από το 2008, στα πλαίσια του Κ.Υ.Ε.Π. λειτουργεί Πρόγραμμα Υποστήριξης Οικογένειας, το οποίο παρέχει συμβουλευτικές, εκπαιδευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες σε οικογένειες με ουσιοεξαρτημένα μέλη που είτε έχουν ενταχθεί στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ, είτε αναμένουν την ένταξή τους σε αυτό.

#### Περιγραφή Ομάδων Γονέων

Στα πλαίσια του Προγράμματος Υποστήριξης Οικογένειας, από το 2008 λειτουργούν Ομάδες Γονέων με ενήλικα τέκνα εξαρτημένα από οπιοειδείς ουσίες.

Συνοπτικά, τα *δομικά στοιχεία* των Ομάδων περιλαμβάνουν τα εξής:

- ❖ Οι Ομάδες εδράζονται θεωρητικά στην Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας, ενώ συγχρόνως αξιοποιούν στοιχεία της Συστημικής και της Συμπεριφορικής Προσέγγισης, καθώς και Τεχνικές Δράσης (π.χ. ανάγλυφο, ψυχόγραμμα).
- ❖ Ως προς το μέγεθός τους ορίζονται ως μικρές ομάδες, ενώ η εναλλαγή των μελών είναι βραδεία. Οι συναντήσεις πραγματοποιούνται σε δεκαπενθήμερη συχνότητα και διαρκούν 1½ ώρα. Ημερομηνία ολοκλήρωσης των συναντήσεων των Ομάδων δεν ορίζεται.
- ❖ Οι κανόνες που διέπουν τη λειτουργία των Ομάδων περιλαμβάνουν την τήρηση συνέπειας και εχεμύθειας, και την απαγόρευση σωματικής και λεκτικής βίας ή συμμετοχής υπό την επήρεια αλκοόλ ή άλλων ουσιών.
- ❖ Η θεραπευτική διεργασία επικεντρώνεται στο «εδώ και τώρα», αξιοποιεί την ελευθέρως ρέουσα συζήτηση και αναδεικνύει την Ομάδα ως κύριο θεραπευτικό εργαλείο. Επίσης, εστιάζεται στα υγιή χαρακτηριστικά των ατόμων και των συστημάτων που αυτά εκπροσωπούν, στοχεύοντας στην ανάδειξη και την ενδυνάμωσή τους.

Επιμέρους *στόχοι* των Ομάδων είναι:

- ❖ Η ενθάρρυνση δημιουργίας ενός σταθερού πλαισίου αμοιβαίας εμπιστοσύνης, ασφάλειας, συνοχής και υποστήριξης.
- ❖ Η συζήτηση και ανταλλαγή εμπειριών για θέματα που σχετίζονται με την τοξικοεξάρτηση και την απεξάρτηση.
- ❖ Η ανάδειξη προβλημάτων και δυσκολιών, και η αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων.
- ❖ Η ενδυνάμωση και κινητοποίηση για ανάληψη ατομικής ευθύνης και δραστηριοποίησης, καθώς και η ευαισθητοποίηση για την αναγκαιότητα της γονεϊκής εμπλοκής στη θεραπευτική διαδικασία.
- ❖ Η έκφραση και η αποφόρτιση των γονεϊκών δυσφορικών συναισθημάτων ως προς τη χρήση.
- ❖ Η τροποποίηση των δυσλειτουργικών γονεϊκών στάσεων ως προς τη χρήση.
- ❖ Η διαμόρφωση θετικών όσο και ρεαλιστικών γονεϊκών προσδοκιών.
- ❖ Η αποσαφήνιση της οικογενειακής δομής ισχύος, καθώς και η αναζήτηση και τροποποίηση των δυσλειτουργιών.
- ❖ Η εξοικείωση με την σαφή και αυθόρμητη επικοινωνία.
- ❖ Η εκπαίδευση σε νέους τρόπους συμπεριφοράς.
- ❖ Η ενθάρρυνση της προσωπικής διαφοροποίησης.
- ❖ Η ενίσχυση μιας πιο θετικής, αισιόδοξης και προσεταιριστικής στάσης ζωής.
- ❖ Η αποκωδικοποίηση της συμπτωματικής εξαρτητικής συμπεριφοράς και η κατανόησή της εντός του οικογενειακού πλαισίου στο οποίο διατηρείται.
- ❖ Η διαμόρφωση και σταθεροποίηση συνθηκών αποδυνάμωσης του συμπτώματος της εξάρτησης.

Ο συντονισμός των Ομάδων, καθώς και των υπολοίπων Δράσεων του Προγράμματος, πραγματοποιείται από 2 Θεραπεύτριες Οικογένειες (μία εκ των οποίων είναι η γράφουσα) με μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην Ομαδικοαναλυτική Θεραπεία Οικογένειας και στη Σύστημική Θεραπεία.

Η επταετής εμπειρία από τη συγκεκριμένη κλινική εφαρμογή των βασικών αρχών της Ομαδικοαναλυτικής Προσέγγισης Θεραπείας Οικογένειας σε ένα πλαίσιο αντιμετώπισης της Τοξικοεξάρτησης, μας έδωσε την ευκαιρία να συγκεντρώσουμε πλήθος πληροφοριών και στοιχείων, όπως αυτά αποτυπώνονται στα αρχεία των Οικογενειακών Ιστορικών των μελών, στα Ημερολόγια συναντήσεων των Ομάδων, και στο υλικό (βιωματικές ασκήσεις - καταγραφές μελών) των Ομάδων. Έτσι, διαμορφώθηκε η δυνατότητα διατύπωσης ποικίλων παρατηρήσεων, με κυριότερες τις κατωτέρω:

- ❖ Οι διαδικασίες εμπλοκής και συγκράτησης των γονέων σε μία μακρόχρονη θεραπευτική ομαδική διεργασία αποτελούν ένα απαιτητικό και δυσχερές στάδιο, το οποίο συνδέεται τόσο με χαρακτηριστικά του OKANA (εξελισσόμενος οργανισμός, που επικεντρώνεται στη φαρμακευτική-ιατροκεντρική αντιμετώπιση της Εξάρτησης) (Sheehan & Owen, 1999; Preston & Bennett, 2003), όσο και με γνωρίσματα των οικογενειών με εξαρτημένα μέλη (απροθυμία και αντίσταση στη θεραπεία, χαμηλό κίνητρο για αλλαγή) (Stanton et al., 1982; Kaufman & Reoux, 1991; Mercado, 2000; Austin, Macgowan & Wanger, 2005; Gruber & Taylor, 2006).

Ενδεικτικά, στις Ομάδες Γονέων συναντάμε με μεγάλη συχνότητα: αιφνίδια διακοπή συμμετοχής μετά τις αρχικές συναντήσεις, ισχυρή αμφισβήτηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας του OKANA ή και των Θεραπευτικών Προγραμμάτων γενικότερα, αίσθημα κόπωσης, ματαίωσης ή θυμού λόγω των αλληπάλληλων «άκαρπων» συμμετοχών σε Ομάδες Γονέων άλλων Προγραμμάτων, επίμονη απροθυμία διατάραξης της δεδομένης οικογενειακής ισορροπίας, σθεναρή άρνηση θεραπευτικής ενασχόλησης με σοβαρά προσωπικά ή συζυγικά προβλήματα που υποβόσκουν και καλύπτονται από την εξάρτηση.

- ❖ Τα χαρακτηριστικά των οικογενειών που συμμετέχουν στις Ομάδες συνάδουν με τα γενικότερα χαρακτηριστικά των οικογενειών που περιλαμβάνουν εξαρτημένα μέλη, όπως αυτά περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Chatlos, 1991; Mercado, 2000; Barrett & Turner, 2006; Gruber & Taylor, 2006; Ruiz, Strain & Langrod, 2007). Παράλληλα, συνδέονται και με το γεγονός ότι, τα Προγράμματα του OKANA απευθύνονται κυρίως σε βεβαίως και χρόνιους χρήστες οπιοειδών ουσιών (OKANA, 2002, 2004).

Επιγραμματικά, στις οικογένειες που τα μέλη των Ομάδων εκπροσωπούν, συναντάμε με εντυπωσιακή συχνότητα όλα τα δυναμικά χαρακτηριστικά (σοβαρές δυσλειτουργίες γονεϊκού ζεύγους, συμμαχίες γονέα-τέκνου, συγχωνεύσεις και αντιστροφές ρόλων, παγιώσεις συμπεριφορών και σχέσεων, μυστικά, ανεπίλυτα πένθη, αρνητική επικοινωνία, συναισθηματική αποστασιοποίηση, κοινωνική απομόνωση, ψυχοπαθολογία), ενώ σπανιότερα εντοπίζονται δημογραφικοί και ειδικοί παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με την Εξάρτηση (κοινωνικοοικονομική και εκπαιδευτική μειονεξία, γονική ανοχή προς τη χρήση).

- ❖ Οι συγκεκριμένες Ομάδες, παρά τις προαναφερθείσες δυσκολίες που συναντούν, αλλά και πέραν των παρεκκλίσεων τους από μία τυπική Ομαδικοαναλυτική Ομάδα Γονέων, λόγω της ομογένειας του παρουσιαζόμενου προβλήματος, της συχνής συμμετοχής ενός μόνο γονέα, κ.ά., επιτυγχάνουν να ενσωματώνουν τις κύριες αρχές της προ-

σέγγισης, να ενεργοποιούν τους θεραπευτικούς της παράγοντες και να προσανατολίζονται προς τους κύριους θεραπευτικούς της στόχους, αποδεικνύοντας την ευελιξία εφαρμογής της Ομαδικοαναλυτικής προσέγγισης αλλά και συνάδοντας με την κλινική αναγκαιότητα προσαρμογής της θεραπευτικής μεθόδου στις ανάγκες των θεραπευομένων (Stanton, Todd & Associates, 1982; Kaufman, 1989; Meyers, et al., 2002; Austin, Macgowan & Wanger, 2005).

Ενδεικτικά, μέσω των δομικών στοιχείων των Ομάδων και των ποικίλων θεραπευτικών παρεμβάσεων, αλλά και αναλογικά με το διάστημα συμμετοχής, τα μέλη βιώνουν τη σημασία και τα οφέλη της σταθερής ομαδικής δομής, της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης, επικοινωνίας και εγγύτητας, και της πίστης στα υγιή χαρακτηριστικά και τις δυνατότητες εξέλιξής τους, προετοιμάζοντας σταδιακά, και κατόπιν επιχειρώντας, τη μεταφορά αυτής της βιωματικής γνώσης και εμπειρίας στην οικογένειά τους.

- ❖ Μέσω της δράσης των κατά Foulkes και Skynner ομαδικοαναλυτικών θεραπευτικών παραγόντων, καθώς και των κατά Yalom ομαδικών θεραπευτικών παραγόντων, οι Ομάδες επιτυγχάνουν οφέλη για τα μέλη τους και τις οικογένειες που αυτά εκπροσωπούν (Foulkes & Anthony, 1957; Foulkes, 1964; Skynner, 1981, 1998; Yalom, 1995). Πιο συγκεκριμένα, η *Οικουμενικότητα*, η *Μετάδοση Πληροφοριών*, ο *Αλτροϊσμός* και η *Ομαδική Συνοχή* συντελούν, αρχικώς, στη διαμόρφωση ενός αμοιβαίου πυρήνα ενδιαφέροντος, που ενισχύει τη συγκράτηση των μελών στην Ομάδα, και αφυπνίζει συναισθήματα οικειότητας, εμπιστοσύνης, ταύτισης και ανακούφισης. Ακολούθως, ενεργοποιούνται διεργασίες ανοικτής επικοινωνίας και συναισθηματικής έκφρασης (θετικών, αμφίσημων και δυσφορικών συναισθημάτων), που άρουν την επικέντρωση από τα ατομικά προβλήματα και τις τάσεις εσωστρέφειας και απομόνωσης. Έτσι, σταδιακά εγκαθίσταται ένα σταθερό και ισχυρό *Σύστημα Δομής και Στήριξης* (λειτουργία της Ομάδας ως εμπριέχων χώρος), το οποίο προωθεί τη *Διαπροσωπική Μάθηση* και αξιοποιεί τα φαινόμενα της *Συνήχησης*, της *Αλυσίδας* και του *Καθρεπίσματος*, καθώς και τη δύναμη του *Κοινού Νοός* και της συναισθηματικής εμπειρίας, αναδεικνύοντας τα υγιή στοιχεία των μελών. Παράλληλα, ευοδώνεται η *Κάθαρση* και η *Ενστάλλαξη Ελπίδας* και αναδύονται οι *Υπαρξιακοί Παράγοντες*, με αποτέλεσμα τα μέλη να ενδυναμώνονται, να διαφοροποιούνται και να εξοικειώνονται ακόμη περισσότερο με νέους τρόπους επικοινωνείν και σχετίζεσθαι, οι οποίοι, συνδιαλεγόμενοι με τις εμπειρίες των ενδοοικογενειακών σχέσεων και των κοινωνικών συναναστροφών τους, εμπλουτίζονται και τροποποιούνται αμοιβαίως.
- ❖ Πέραν όλων αυτών των σημαντικών παραγόντων, πιστεύουμε ότι, τα μέλη αυτών των ταλαιπωρημένων, απομονωμένων και αντιστεκόμενων οικογενειών παραμένουν στις Ομάδες και εξελίσσουν συνεχώς τις διεργασίες τους, για έναν ακόμη κύριο λόγο. Πρόκειται για το γνήσιο ανθρώπινο *Ενδιαφέρον*, το οποίο ενσταλλάχθηκε από την πρώτη στιγμή στην κουλτούρα των Ομάδων μέσω του ρόλου των συντονιστών, διευκολύνοντας σημαντικά την εξέλιξη όλων των επομένων φάσεων. Ο παράγοντας αυτός, συνδεόμενος άμεσα με τον κατά Skynner παράγοντα του *Συστήματος Αξιών*, προτρέπει τα μέλη να πιστέψουν και πάλι στον άνθρωπο και στη δύναμη αυτού, και να αναπληρώσουν την εξαντλημένη ενέργειά τους μέσω μιας αμοιβαίας και ωφέλιμης αυθεντικής συναισθηματικής συναλλαγής (Skynner, 1981, 1998; Τσέγκος, 2002).
- ❖ Τέλος, οι συγκεκριμένες Ομάδες, συνιστούν μία *θεραπευτική παρέμβαση* που απευθύνεται σε γονείς, η οποία καταφέρνει να ενεργοποιεί πλείστους θεραπευτικούς παρά-

γοντες και να επιτυγχάνει αλλαγές και θετικές εξελίξεις των μελών της, επιφέροντας, έτσι, βελτιώσεις στις δυσλειτουργικές οικογενειακές διεργασίες, με άμεσο και ορατό αποτέλεσμα στη συνολική προσπάθεια αντιμετώπισης της Τοξικοεξάρτησης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η θεωρητική μελέτη σε συνδυασμό με την κλινική εμπειρία, συγκλίνουν στην τεκμηρίωση της αρχικής μας υπόθεσης ότι, η Ομαδικoαναλυτική Προσέγγιση Θεραπείας Οικογένειας δύναται να εφαρμοσθεί στο πλαίσιο της Θεραπείας Απεξάρτησης και να αξιοποιηθεί με τρόπο εύκαμπτο και αποτελεσματικό.

Προκειμένου να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά της με τρόπο περισσότερο εμπειριστωμένο και τεκμηριωμένο, θα χρειασθεί να πραγματοποιηθούν περαιτέρω μελέτες μέσω ερωτηματολογίων (αντιλήψεων, στάσεων, τρόπων αντιμετώπισης, κ.ά.) ή άλλων ψυχολογικών δοκιμασιών επικεντρωμένων στις παραμέτρους της προσωπικότητας, με σκοπό να εντοπισθούν οι ειδικοί τομείς επίδρασης της μεθόδου.

#### Βιβλιογραφία

- ALBANESE M.S. & KHANTZIAN E.J. (2002) Self-Medication Theory and Modified Dynamic Group Therapy. In BROOK D.W. & SPITZ H.I. (eds.) (2002) The Group Therapy of Substance Abuse. New York: The Haworth Press.
- ALLEN C. (2007) Crime, Drugs and Social Theory: A Phenomenological Approach. Hampshire: Ashgate Publishing Ltd.
- ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗ Δ. & ΖΕΡΒΟΥ Χ. (2005) Παρεμβάσεις σε Πληθυσμό Περιστασιακών Χρηστών και στις Οικογένειές τους. Το Δίκτυο Έγκαιρης Παρέμβασης «ΠΛΕΥΣΗ» και η Σύνδεσή του με την Πρωτογενή Πρόληψη. Πρακτικά 6ης Πανελλαδικής Συνάντησης Φορέων Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών. Διοργάνωση: Πανελλαδικό Δίκτυο Φορέων Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών – Τομέας Πρόληψης ΚΕ.ΘΕ.Α., με την υποστήριξη του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Λάρισα: 9-12/11/2005.
- APONTE H.J. & VANDEUSEN J.M. (1981) Structural Family Therapy. In GURMAN A.S. & KNISKERN D.P. (eds.) (1981) Handbook of Family Therapy (vol.1). New York: Brunner/Mazel.
- ARMSTRONG K.L. 2004. Family Therapy Theory Applied in a Group Setting. The Family Issues Group. The Family Journal, 12: 392-395.
- ASHERY R.S., ROBERTSON E.B. & KUMPFER K.L. (eds.) (2000) Drug Abuse Prevention through Family Interventions. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health.
- AUSTIN A.M., MACGOWAN M.J. & WANGER E.F. (2005) Effective Family-Based Interventions for Adolescents with Substance Use Problems. A Systematic Review. Research on Social Work Practice, 15: 67-83.
- BARRETT A.E. & TURNER R.J. (2006) Family Structure and Substance Use Problems in Adolescence and Early Adulthood: Examining Explanations for the Relationship. Addiction, 101: 109-120.

72 *Εξαρτήσεις*

- BARTON C. & ALEXANDER J.F. (1981) Functional Family Therapy. In GURMAN A.S. & KNISKERN D.P. (eds.) (1981) *Handbook of Family Therapy* (vol.1). New York: Brunner/Mazel.
- BERGERET J. (1999) Τοξικοεξάρτηση και Προσωπικότητα. Αθήνα: Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- BROOK D.W. & SPITZ H.I. (eds.) (2002) *The Group Therapy of Substance Abuse*. New York: The Haworth Press.
- ΓΕΩΡΓΑΚΑΣ Π. (2003) Εξαρτημένοι Γονείς και Παιδιά. Τετράδια Ψυχιατρικής, 82: 18-82.
- CHATLOS C.J. (1991) Adolescent Drug and Alcohol Addiction: Diagnosis and Assessment. In MILLER N.S. (ed.) (1991) *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. New York: Marcel Dekker.
- DALEY D.C. & MARLATT A.G. (2004) Relapse Prevention. In LOWINSON J.H., RUIZ P., MILLMAN R.B. & LANGROD J.G. (eds.) (2004) *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook* (4th edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- DE LEON G (2000) *The Therapeutic Community: Theory, Model and Method*. New York: Springer Publishing Company.
- DEGLI STEFANI M. (2006) Speak to the Mother to Understand her Son. An Hypothesis of Intervention with Drug-Addicted Patients. *Group Analysis*, 39: 121-132.
- DEGLI STEFANI M. & CIBIN M. (2000) Institutional Experiences in Psychotherapy with Drug-Addicted Patients and their Families: Substance, Drug and Group in the Opiate-Dependence Dynamic. *Group Analysis*, 33: 289-294.
- DENNING P. (2004) *Practicing Harm Reduction Psychotherapy. An Alternative Approach to Addictions*. New York: Guilford Press.
- EVANS K. & SULLIVAN M.J. (2000) *Dual Diagnosis: Counseling the Mentally Ill Substance Abuser*. New York: Guilford Press.
- ΖΩΤΟΥ Σ. & ΚΟΠΑΚΑΚΗ Μ. (2005) Χρήση Ουσιών στην Εφηβεία: Παράγοντας Φύλο και Οικογενειακό Ιστορικό. Μία Διαχρονική Μελέτη στον Πληθυσμό των Εφήβων Χρηστών που Προσέγγισαν το Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ κατά τα έτη 2001-2004. *Εξαρτήσεις*, 8: 24-40.
- FALS-STEWART W., O'FARRELL T.J. & BIRCHLER G.R. (2006) *Family Therapy Techniques*. In ROTGERS F., MORGENSTERN J. & WALTERS S.T. (eds.) (2006) *Treating Substance Abuse Handbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- FOULKES S.H. (1948) *Introduction to Group Analytic Psychotherapy*. London: Maresfield Reprints, 1984.
- FOULKES S.H. (1964) *Therapeutic Group Analysis*. London: Maresfield Reprints, 1984.
- FOULKES S.H. (1975) *Group-Analytic Psychotherapy. Method and Principles*. London: Maresfield Library, 1986.
- FOULKES S.H. (2003) *The Issue*. In FOULKES S.H. & PRINCE G.S. (eds.) *Psychiatry in a Changing Society* (reprinted edition). London: Routledge.
- FOULKES S.H. & ANTHONY E.J. (1957) *Group Psychotherapy. The Psychoanalytic Approach*. London: Maresfield Reprints, 1984.
- FRIEDMAN A.S. (1985) Family Factors and the Family Role in Treatment for Adolescent Drug Abuse. In FRIEDMAN A.S. & BESCHNER G.M. (eds.) (1985) *Treatment Services for Adolescent Substance Abusers*. Rockville: DIANE Publishing.
- GALANTER M. (2002) Network Therapy. In BROOK D.W. & SPITZ H.I. (eds.) (2002) *The Group Therapy of Substance Abuse*. New York: The Haworth Press.
- GALANTER M. (2008) Network Therapy. In GALANTER M. & KLEBER H.D. (eds.) (2008) *The American Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.



- GALANTER M. & KLEBER H.D. (eds.) (2008) *The American Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment* (4th edition). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- GALIZIO M. & MAISTO S.A. (1985) Towards a Biopsychosocial Theory of Substance Abuse. In GALIZIO M. & MAISTO S.A. (eds.) (1985) *Determinants of Substance Abuse. Biological, Psychological and Environmental Factors*. New York: Plenum Press.
- GLIDDEN-TRACEY C. (2005) *Counseling and Therapy with Clients who Abuse Alcohol and other Drugs*. London: Routledge.
- GRUBER K.J. & TAYLOR M.F. (2006) A Family Perspective for Substance Abuse: Implications from the Literature. In STRAUSSNER S.L.A. & FEWELL C.H. (eds.) (2006) *Impact of Substance Abuse on Children and Families: Research and Practice Implications*. New York: The Haworth Press.
- HANSON G.R., VENTURELLI P.J. & FLECKENSTEIN A.E. (2005) *Drugs and Society* (9th edition). Boston: Jones & Barlett Publishers.
- HENDRICKSON E.L., SCHMAL M.S. & EKLEBBERY S.C. (2004) *Treating Co-Occuring Disorders. A Handbook for Mental Health and Substance Abuse Professionals*. New York: The Haworth Press.
- HESSELBROCK M.N., HESSELBROCK V.M. & EPSTEIN E.E. (1999) Theories of Etiology of Alcohol and Other Drug Use Disorders. In McCRADY B.S. & EPSTEIN E.E. (eds.) (1999) *Addictions. A Comprehensive Guidebook*. New York: Oxford University Press.
- JOHNSON B.D. & COLUB A. (2004) Sociocultural Issues. In LOWINSON J.H., RUIZ P., MILLMAN R.B. & LANGROD J.G. (eds.) (2004) *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook* (4th edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- KAUFMAN E. (1989) Family Therapy: A Treatment Approach with Substance Abusers in Inpatient and Residential Facilities. In EINSTEIN S. (ed.) (1989) *Drug and Alcohol Use: Issues and Factors* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- KAUFMAN E. & REOUX J.P. (1991) The Family in Drug and Alcohol Addiction. In MILLER N.S. (ed.) (1991) *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. New York: Marcel Dekker.
- KHANTZIAN E.J., DODEW L. & BREHM N.M. (2004) Psychodynamics. In LOWINSON J.H., RUIZ P., MILLMAN R.B. & LANGROD J.G. (eds.) (2004) *Abuse: A Comprehensive Textbook* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- KUMPFER K.L., OLDS D.L., ALEXANDER J.F., ZUCKER R.A. & GARY L.E. (1998) Family Etiology of Youth Problems. In ASHERY R.S., ROBERTSON E.B. & KUMPFER K.L. (eds.) (2000) *Drug Abuse Prevention through Family Interventions*. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health.
- ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ Σ. (2007) Χρήση Ψυχοτρόπων Ουσιών Νεαρών Παραβατών και των Οικογενειών τους και Αντιλήψεις Γονικής Φροντίδας και Προστασίας. *Εξαρτήσεις*, 11: 24-32.
- ΛΑΪΝΑΣ Σ. (2007) Κριτική Αποτίμηση της Αυτοβοήθειας στην Εξάρτηση. *Κοινωνία & Ψυχική Υγεία*, 6: 65-73.
- LANDRY J.M. (1997) Overview of Addiction Treatment Effectiveness. U.S. Department of Health and Human Services.
- LEVIN J.D., CULKIN J. & PERROTTO R.S. (2001) *Introduction to Chemical Dependency Counseling*. New York: Rowman & Littlefield.
- ΛΙΑΠΠΑΣ Ι.Α., ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.Γ., ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Θ. & ΣΟΛΔΑΤΟΣ Κ.Ρ. (2007) Αυτοκτονική Συμπεριφορά και Ουσιοεξάρτηση. *Εξαρτήσεις*, 11: 43-52.
- LIDDLE H.A. & ROWE C.L. (2002) Multi dimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Making the Case for the Developmental-Contextual, Family-Based Intervention. In BROOK D.W. & SPITZ H.I. (eds.) (2002) *The Group Therapy of Substance Abuse*. New York: The Haworth Press.
- LIEBERMAN M.A. & HUMPHREYS K. (2002) *Self-Help Groups and Substance Abuse: An Examination of Al-*

- coholics Anonymous. In BROOK D.W. & SPITZ H.I. (eds.) (2002) *The Group Therapy of Substance Abuse*. New York: The Haworth Press.
- LIGHTDALE H.A., MACK A.H. & FRANCEW R.J. (2008) Psychodynamics. In GALANTER M. & KLEBER H.D. (eds.) (2008) *The American Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment (4th edition)*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- LIN S.W. & ANTHENELLI R.M. (2004) Genetic Factors in the Risk for Substance Use Disorders. In LOWINSON J.H., RUIZ P., MILLMAN R.B. & LANGROD J.G. (eds.) (2004) *Abuse: A Comprehensive Textbook (4th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- LOWINSON J.H., MARION I., JOSEPH H., LANGROD J., SALSITZ E.A., PAYTE T.J. & DOLE V.P. (2004) Methadone Maintenance. In LOWINSON J.H., RUIZ P., MILLMAN R.B. & LANGROD (eds.) (2004) *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook (4th edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- MATΣΑ Κ. (2001) Ψάξαμε Ανθρώπους και Βρήκαμε Σκιές... Το Αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα: Εκδ. Άγρα.
- MATΣΑ Κ. (2003) Βία, Περιθώριο, Στιγματισμός. Οι Συντεταγμένες της Ζωής και της Σχέσης των Τοξικομανών Μητέρων και των Παιδιών τους. Τετράδια Ψυχιατρικής, 82: 8-17.
- MATΣΑ Κ. (2006) Η Περίπτωση Ευρυδίκη. Κλινική της Τοξικομανίας. Αθήνα: Εκδ. Άγρα.
- MATΣΑ Κ. (2008) Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση. Το Παράδειγμα του «18 ΑΝΩ». Αθήνα: Εκδ. Άγρα.
- McCRADY B.S., EPSTEIN E.E. & SELL R.D. (2006) Theoretical Bases of Family Approaches to Substance Abuse Treatment. In ROTGERS F., MORGENSTERN J. & WALTERS S.T. (eds.) (2006) *Treating Substance Abuse Handbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McLELLAN T. (2000) Ανασκόπηση Υπηρεσιών Θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης. Παρακολούθηση και Αποτελεσματικότητα. Κοινωνική Εργασία, 57: 39-46.
- McLELLAN T.A. (2008) Evolution in Addiction Treatment Concepts and Methods. In GALANTER M. & KLEBER H.D. (eds.) (2008) *The American Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment (4th edition)*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- MERCADO M.M. (2000) The Invisible Family: Counseling Asian American Substance Abusers and their Families. *The Family Journal*, 8: 267-272.
- MERIKANGAS K.R., DIERKER L. & FENTON B. (1998) Family Factors and Substance Abuse: Implications for Prevention. In ASHERY R.S., ROBERTSON E.B. & KUMPFER K.L. (eds.) (2000) *Drug Abuse Prevention through Family Interventions*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
- MEYERS R.J., APODACA T.R., FLICKER S.M. & SLESNICK N. (2002) Evidence-Based Approaches for the Treatment of Substance Abusers by Involving Family Members. *The Family Journal*, 19: 281-288.
- MINUCHIN S. (2000) Οικογένειες και Οικογενειακή Θεραπεία. Αθήνα: Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- O'FARRELL T.J. & FALS-STEWART W. (1999) Treatment Models and Methods: Family Models. In McCRADY B.S. & EPSTEIN E.E. (eds.) (1999) *Addiction: A Comprehensive Guidebook*. New York: Oxford University Press.
- O'FARRELL T.J. & FALS-STEWART W. (2006) Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. New York: Guilford Press.
- O'FARRELL T.J. & FALS-STEWART W. (2008) Family Therapy. In GALANTER M. & KLEBER H.D. (eds.) (2008) *The American Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment (4th ed.)*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- OKANA (2002) Έκθεση Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών. Απολογισμός Έργου Τριετίας 1999-2002. Αθήνα: OKANA.

- OKANA (2004) Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Αθήνα: OKANA.
- OKANA (2012) Απολογισμός Έργου Διετίας 2010-2012. Αθήνα: OKANA.
- OKANA (2015) Είκοσι Χρόνια OKANA. Αθήνα: OKANA.
- ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Θ. (2003) Εισαγωγή στο SKYNNER R. (2003) Θεραπεία Οικογένειας. Η Ομαδικοαναλυτική Προσέγγιση ως Ανοικτό Σύστημα. Αθήνα: Εκδ. Σαββάλας.
- ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Θ. & ΚΟΥΝΕΛΗ Ε. (2007) Το Τμήμα Θεραπείας Οικογένειας και Παιδιών. Στο ΤΣΕΓΚΟΣ Ι.Κ. & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ (2007) Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο (1980-2007). Δραστηριότητες και Ιδιότητες. Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.
- ΠΑΠΠΑ Β. (2003) Σχεδιασμός Προγραμμάτων Εκπαίδευσης Γονέων. Κατηγορίες Προγραμμάτων. Τετράδια Ψυχιατρικής, 81: 103-110.
- ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Χ. (2005) Εξαρτήσεις. Οι Θεραπευτικές Κοινότητες. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- PRESTON A. & BENNETT G. (2003) The History of Methadone and Methadone Prescribing. In TOBER G. & STRANG J. (eds.) (2003) Methadone Matters. Evolving Community Methadone Treatment of Opiate Addiction. London: Taylor & Francis.
- PROCHASKA J.O. (2007) High-Impact Paradigms for the Treatment of Addiction. In HENNINGFIELD J.E., SANTORA P.B. & BICKEL W.K. (2007) Addiction Treatment. Science and Policy for the Twenty-first Century. Baltimore: JHU Press.
- RASMUSSEN S. (2000) Addiction Treatment: Theory and Practice. London: Sage Publications.
- RASSOOL H.G. (1998) Substance Use and Misuse: Nature, Context and Clinical Interventions. London: Blackwell Publishing.
- ROTGERS F. (2006) Cognitive – Behavioral Theories of Substance Abuse. In ROTGERS F., MORGENSTERN J. & WALTERS S.T. (eds.) (2006) Treating Substance Abuse Handbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- ΡΟΥΣΣΗΣ Α.Γ. (2007) Ναρκωτικά και Ανήλικοι. Ο Ρόλος της Οικογένειας. Αθήνα: Εκδ. Γρηγόρη.
- RUIZ P., STRAIN E.C. & LANGROD J.G. (2007) (4th ed.) The Substance Abuse Handbook. A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- SATEL S.L. & FARABEE D.J. (2004) The Role of Coersion in the Drug Treatment. In LOWINSON J.H., RUIZ P., MILLMAN R.B. & LANGROD J.G. (eds.) (2004) Abuse: A Comprehensive Textbook (4th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- SCHLAPOBERSKY J.R. (1987) Επιμέλεια στο SKYNNER R. (1987) Explorations with Families. Group Analysis and Family Therapy. London: Routledge.
- SCOTT C.G. (2000) Ethical Issues in Addiction Counseling. Rehabilitation Counseling Bulletin (43: 209-214).
- SHEEHAN T. & OWEN P. (1999) The Disease Model. In McCRADY B.S. & EPSTEIN E.E. (eds.) (1999) Addiction: A Comprehensive Guidebook. New York: Oxford University Press.
- SHEIDOW A.J. & WOODFORD M.S. (2003) Multisystemic Therapy: An Empirically Supported, Home-Based Family Therapy Approach. The Family Journal, 11: 257-263.
- SKYNNER A.C.R. (1976) One Flesh Separate Persons. Principles of Family and Marital Psychotherapy. London: Constable, 1996.
- SKYNNER A.C.R. (1981) An Open-System Group-Analytic Approach to Family Therapy. In GURMAN A.S. & KNISKERN D.P. (eds.) (1981) Handbook of Family Therapy (vol.1). New York: Brunner/Mazel. Ελληνική Έκδοση: SKYNNER R. (2003) Θεραπεία Οικογένειας. Η ομαδικοαναλυτική προσέγγιση ως ανοικτό σύστημα. Αθήνα: Εκδ. Σαββάλας.
- SKYNNER R. (1987) Explorations with Families. Group Analysis and Family Therapy. London: Routledge.

76 *Εξαορτήσεις*

- SKYNNER R. (1998) Οικογενειακές Υποθέσεις. Ένας οδηγός για καλύτερες και υγιέστερες ανθρώπινες σχέσεις (β' έκδ.). Αθήνα: Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- SKYNNER R & CLEESE J. (1984) Families and How to Survive Them. New York: Oxford University Press.
- SKYNNER R. & CLEESE J. (1996) Ζωή. Η Σύγχρονη Οδύσσεια. Αθήνα: Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- STANTON D.M., TODD T.C. & ASSOCIATES (1982) The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. New York-London: The Guilford Press.
- STANTON D.M. & HEATH A.W. (2004) Family/Couples Approaches to Treatment Engagement and Therapy. In LOWINSON J.H., RUIZ P., MILLMAN R.B. & LANGROD J.G. (eds.) (2004) Substance Abuse: A Comprehensive Textbook (4th ed.) Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- STOHLER R. & ROSSLER W. (eds.) (2005) Dual Diagnosis. The Evolving Conceptual Framework. Switzerland: Kanger Publishers.
- STRAUSSNER S.L.A. & FEWELL C.H. (eds.) (2006) Impact of Substance Abuse on Children and Families: Research and Practice Implications. New York: The Haworth Press.
- ΣΦΗΚΑΚΗ Μ. (2004) Η Πρόληψη της Τοξικομανίας και ο Ρόλος των Γονέων. Ομάδες Γονέων. Τετράδια Ψυχιατρικής, 88: 84-89.
- ΤΣΕΓΚΟΣ Ι.Κ. (2001) Η Ομαδική Ανάλυση. Στο ΑΣΗΜΑΚΗΣ Π. (επιμ.) (2001) Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες. Από τη Θεωρία στην Εφαρμογή. Αθήνα: Π.Ασημάκης Συμβουλευτική & Θεραπεία.
- ΤΣΕΓΚΟΣ Ι.Κ. (2002) Οι Μεταμφιέσεις του Ψυχοθεραπευτού. Αθήνα: Εκδ. Στιγμή.
- ΤΣΕΓΚΟΣ Ι.Κ. & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ (2007) Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο (1980-2007). Δραστηριότητες και Ιδιοτροπίες. Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.
- ΦΩΣΤΕΡΗ Μ. (2006) Αλκοόλ – Τοξικοεξάρτηση και ο Ρόλος της Οικογένειας. Τετράδια Ψυχιατρικής, 93: 27-30.
- YALOM I.D. (1995) The Theory and Practice of Group Psychotherapy (4th ed.). New York: Basic Books.
- WALLACE J. (2006) Theory of 12-Step-Oriented Treatment. In ROTGERS F., MORGENSTERN J. & WALTERS S.T. (eds.) (2006) Treating Substance Abuse Handbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- WASHTON A.M. (2002) Outpatient Groups at Different Stages of Substance Abuse Treatment: Preparation, Initial Abstinence and Relapse Prevention. In BROOK D.W. & SPITZ H.I. (eds.) (2002) The Group Therapy of Substance Abuse. New York: The Haworth Press.
- WASHTON A.M. (2004) Group Therapy with Outpatients. In LOWINSON J.H., RUIZ P., MILLMAN R.B. & LANGROD J.G. (eds.) (2004) Substance Abuse: A Comprehensive Textbook (4th ed.) Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- WASHTON A.M. & ZWEBEN S.E. (2008) Treating Alcohol and Drug Problems in Psychotherapy Practice. New York: Guilford Press.
- WHITTINGHILL D. (2002) Ethical Considerations for the use of Family Therapy in Substance Abuse Treatment. The Family Journal, 10: 75-78.
- ZEMORE S.E., KASHUTAS L.A. & AMMON L.N. (2004) Στις Ομάδες 12-Βημάτων, η Προσφορά Βοήθειας Βοηθάει Αυτόν που την Προσφέρει. Εξαρτήσεις, 6: 74-91.

Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ  
INTERNATIONAL EXPERIENCE

2

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

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

Εξαρτήσεις, τεύχος 24, 2015

## ΤΙ ΕΧΟΥΝ ΔΕΙΞΕΙ ΟΙ ΕΡΕΥΝΕΣ ΔΥΟ ΔΕΚΑΕΤΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΑΓΩΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΝΝΑΒΗΣ;\*

WAYNE HALL\*\*1,2,3

Απόδοση στα ελληνικά ΤΖΙΝΗ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ  
Translation into Greek GENIE CHRISTOFILI

### Περίληψη

Στόχοι Να διερευνηθούν οι αλλαγές των στοιχείων σχετικά με τις αρνητικές επιδράσεις της κάνναβης από το 1993.

Μεθοδολογία Σύγκριση στοιχείων από το 1993 με τα στοιχεία και τις ερμηνείες των ίδιων στοιχείων υγείας το 2013.

Αποτελέσματα Έρευνες των τελευταίων 20 ετών έχουν δείξει ότι η οδήγηση υπό την επήρεια κάνναβης ουσιαστικά διπλασιάζει τις πιθανότητες ατυχήματος ενώ ένας στους δέκα συστηματικούς χρήστες κάνναβης οδηγείται σε εξάρτηση. Η συστηματική χρήση κάνναβης στην εφηβεία διπλασιάζει τον κίνδυνο διακοπής του σχολείου και την εμφάνιση γνωσιακών δυσκολιών και ψύχωσης στην ενηλικίωση. Επίσης, η συστηματική χρήση κάνναβης στην εφηβεία συσχετίζεται πολύ με τη χρήση άλλων παράνομων ουσιών. Αυτοί οι συσχετισμοί διατηρούνται ακόμη και μετά τον έλεγχο για άλλες πιθανές μεταβλητές σύγχυσης σε μακρόχρονες μελέτες. Αυτό υποδηλώνει ότι η χρήση κάνναβης συμβάλει σημαντικά σε αυτά τα αποτελέσματα, παρόλο που ορισμένοι ερευνητές εξακολουθούν να υποστηρίζουν ότι αυτές οι σχέσεις μπορεί να εξηγηθούν από κοινά αίτια ή παράγοντες κινδύνου. Το κάπνισμα της κάνναβης επίσης πιθανά αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων στους μεσήλικες, όμως η επίδρασή του στην αναπνευστική λειτουργία και τον καρκίνο του αναπνευστικού παραμένει ασαφής, καθώς οι περισσότεροι χρήστες κάνναβης κάπνιζαν ή εξακολουθούν να καπνίζουν καπνό.

Συμπεράσματα Η βιβλιογραφία επιδημιολογικών μελετών των τελευταίων 20 ετών δείχνει ότι η χρήση κάνναβης αυξάνει τον κίνδυνο ατυχήματος και μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση. Επίσης έχουν αναδειχθεί σταθεροί συσχετισμοί μεταξύ της χρήσης κάνναβης και των χαμηλών ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων και της ψυχικής υγείας στην ενηλικίωση.

Λέξεις Κλειδιά Κάνναβη, εξάρτηση, βλάβες σχετικά με τη χρήση, επιδημιολογία, κίνδυνοι για την υγεία, ψυχική υγεία.

\* Τίτλος πρωτοτύπου: "What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?", *Addiction*, Volume 110, Issue 1, pages 19–35, January 2015

\*\* Διεύθυνση αλληλογραφίας: Wayne Hall, The University of Queensland Centre for Youth Substance Abuse Research, Herston 4006, Australia. E-mail: w.hall@uq.edu.au

1 The University of Queensland Centre for Youth Substance Abuse Research and The UQ Centre for Clinical Research, Herston, Australia,

2 The National Addiction Centre, Kings College London, London, UK

3 National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, New South Wales, Australia

Το άρθρο παρουσιάστηκε στο Διεθνές Συμπόσιο για την Πολιτική για τα Ναρκωτικά με τίτλο: *Through the Maze: Cannabis and Health*, στο Όκλαντ, της Νέας Ζηλανδίας, το Νοέμβριο του 2013.

ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΑΝΗΣΥΧΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΑΓΩΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΝΝΑΒΗΣ;

Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μισού αιώνα, η ψυχαγωγική χρήση της κάνναβης έχει γίνει τόσο συνηθισμένη για τους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες σχεδόν όσο και η χρήση καπνού. Από τότε που αναφέρθηκε για πρώτη φορά η ψυχαγωγική χρήση της κάνναβης, 40 χρόνια πριν, στις Ηνωμένες Πολιτείες, έχει εξαπλωθεί σε ολόκληρο τον κόσμο σε άλλες αναπτυσσόμενες χώρες και πιο πρόσφατα στις χαμηλού και μέσου εισοδήματος χώρες [1, 2].

Η επίδραση που αναζητούν οι χρήστες κάνναβης –η ευφορία και η βελτίωση της κοινωνικοποίησης- φαίνεται να προκαλείται πρωταρχικά από την ουσία δέλτα-9-τετραυδροκανναβινολη (THC) [3]. Η επίδραση της THC μπορεί να επηρεάζεται από την κανναβιδιόλη (CBD), ένα μη ψυχοδραστικό κανναβινοειδές που βρίσκεται σε πολλά προϊόντα της κάνναβης [3]. Η περιεκτικότητα σε THC είναι υψηλότερη στις ανθισμένες κορφές του φυτού. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών, η περιεκτικότητα της κάνναβης σε THC αυξήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες από <2% το 1980 σε 8,5% το 2006 [4]. Η περιεκτικότητα σε THC αυξήθηκε επίσης στην Ολλανδία και πιθανά και σε άλλες αναπτυσσόμενες χώρες [5].

Η κάνναβης συνήθως καπνίζεται σε «τσιγαρίκι» ή με πίπα νερού (ορισμένες φορές μαζί με καπνό) γιατί το κάπνισμα είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος να επιτευχθούν τα επιθυμητά ψυχοδραστικά αποτελέσματα [3]. Μια δόση 2–3 mg από THC θα επιφέρει «φτιάξιμο» στον περιστασιακό χρήστη που συνήθως μοιράζονται ένα τσιγάρο με άλλους. Οι συστηματικοί χρήστες μπορεί να καπνίζουν έως τρία έως πέντε τσιγάρα κάνναβης την ημέρα [6].

Σε επιδημιολογικές μελέτες, ως «σοβαρή» ή «συστηματική» χρήση κάνναβης ορίζεται η καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση [6]. Όταν αυτή η συνήθεια εξακολουθήσει χρόνια ή και δεκαετίες, μπορεί να προβλέψει αυξημένο κίνδυνο για πολλές από τις αρνητικές επιδράσεις που αποδίδονται στην κάνναβη και οι οποίες αναλύονται παρακάτω [6]. Στη συνέχεια του άρθρου αναλύονται οι αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος κάνναβης, ιδιαίτερα οι αρνητικές συνέπειες από το συστηματικό, συνήθως ημερήσιο κάπνισμα κάνναβης, εκτός εάν δηλώνεται κάτι διαφορετικό.

Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΑΣ ΣΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΤΟΥ 1993

Το 1993 υπήρχαν πολύ λίγες επιδημιολογικές μελέτες για τις επιδράσεις της κάνναβης στην υγεία. Η βιβλιογραφία έβριθε (i) μελετών με ζώα από το 1970 αναφορικά με την τοξικότητα, τις τερατογενέσεις και καρκινογενέσεις από την κάνναβη και την THC, και (ii) εργαστηριακών μελετών σε ανθρώπους από τα τέλη της δεκαετίας 1970 και τις αρχές 1980 για τις επιδράσεις της παρατεταμένης χρήσης κάνναβης για περισσότερες από 7-35 ημέρες στην υγεία των φοιτητών. Ο αριθμός των κλινικών μελετών για τις αρνητικές επιδράσεις στην υγεία από τη σοβαρή χρήση κάνναβης την ίδια περίοδο ήταν πολύ μικρός [7, 8].



Στις αρχές της δεκαετίας της 1990 στην Αυστραλία (όπως και αλλού) υπήρχαν έντονα πολωμένες απόψεις σχετικά με τις αρνητικές επιδράσεις από την κάνναβη στην υγεία. Οι δημοσιευμένες εκτιμήσεις των περιορισμένων στοιχείων που υπάρχουν έχουν επηρεαστεί από την οπτική που επέλεξε ο εκάστοτε εκτιμητής να δει τις πολιτικές για την κάνναβη (αποποινικοποίηση ή νομιμοποίηση της προσωπικής χρήσης σε αντίθεση με την εντατική ενημέρωση του κοινού και τις καμπάνιες που αποτρέπουν από τη χρήση). Υιοθετήσαμε τις ακόλουθες πρακτικές για να μεγιστοποιήσουμε τις πιθανότητες η ανασκόπησή μας να θεωρηθεί αξιόπιστη από τους υποστηρικτές αυτών των διαφορετικών και ανταγωνιστικών δημόσιων πολιτικών σχετικά με τη χρήση κάνναβης.

Αρχικά, η Nadia Solowij, ο Jim Lemon και εγώ εφαρμόσαμε τα συνήθη κριτήρια για να καταλήξουμε σε αιτιακά συμπεράσματα σχετικά με τις επιπτώσεις στην υγεία οποιασδήποτε ουσίας και της κάνναβης. Αυτό σημαίνει ότι αναζητούσαμε: (i) επιδημιολογικά στοιχεία για οποιοδήποτε συσχετισμό ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και τα αποτελέσματα στην υγεία σε μελέτες προοπτικής και μελέτες περίπτωσης με ομάδα ελέγχου, (ii) στοιχεία ότι η αντίστροφη αιτιολογία ήταν μια αναξιόπιστη ερμηνεία (π.χ. στοιχεία από μελέτες προοπτικής ότι η χρήση κάνναβης προϋπήρχε του αποτελέσματος), (iii) στοιχεία από μελέτες προοπτικής που είχαν ελέγξει για πιθανούς παράγοντες σύγχυσης (όπως χρήση άλλων ουσιών και χαρακτηριστικά στα οποία διέφεραν οι χρήστες κάνναβης με τους μη χρήστες), και (iv) κλινικά και εμπειρικά στοιχεία που να υποστηρίζουν τη βιολογική αξιοπιστία αιτιακού χαρακτήρα [9].

Κατά δεύτερον, προσδιορίσαμε τα κριτήρια που θα χρησιμοποιούσαμε συμπεραίνοντας ότι η κάνναβη ήταν πιθανή αιτία αρνητικών συνεπειών για την υγεία, δηλαδή αποδείξεις που έδιναν περισσότερες πιθανότητες η κάνναβη να είναι αίτιο αρνητικών συνεπειών για την υγεία. Όπως τονίσαμε, εάν αναζητούσαμε αδιαμφισβήτητα στοιχεία σε πολύ λίγα συμπεράσματα θα μπορούσαμε να καταλήξουμε. Εντοπίσαμε επίσης αρνητικές συνέπειες για την υγεία που έρχονταν περαιτέρω διερεύνησης, π.χ. εάν τα στοιχεία που είχαμε για ζώα/ανθρώπους υποδείκνυαν συσχετισμό ανάμεσα στη χρήση κάνναβης καθώς και μια αρνητική επίδραση για την υγεία η οποία να είναι βιολογικά αξιόπιστη.

Τρίτον, ήμασταν ανοιχτοί στο συμπέρασμα ότι η κάνναβη μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία δεδομένου ότι: έχει κοινή οδό χορήγησης όπως και ο καπνός π.χ. αναπνευστικά προβλήματα, ή ότι επιφέρει τα ίδια αποτελέσματα με τη χρήση αλκοόλ π.χ. κίνδυνος ατυχημάτων κατά την οδήγηση, και έχει την ίδια φαρμακολογική επίδραση με άλλες κατασταλτικές του ΚΝΣ ουσίες μακράς δράσης π.χ. τις βενζοδιαζεπίνες.

Τέταρτον, συγκρίναμε τις πιθανές αρνητικές συνέπειες που έχει η κάνναβη για την υγεία με τις γνωστές αρνητικές συνέπειες στην υγεία από το αλκοόλ και τον καπνό. Στοχεύαμε να το κάνουμε με τρόπο που να χρησιμοποιεί τα ίδια συμπερασματικά κριτήρια σχετικά με τις πιθανές αρνητικές συνέπειες που έχουν για την υγεία και οι τρεις ουσίες.

Στην ανάλυση που ακολουθεί εφαρμόστηκαν αυτά τα κριτήρια για τα πλέον ουσιαστικά ερευνητικά στοιχεία που συγκεντρώθηκαν τα τελευταία είκοσι χρόνια σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες της κάνναβης στην υγεία. Για κάθε τύπο αρνητικής συνέπειας για την υγεία (i) γίνεται μια σύνοψη των συμπερασμάτων από το 1993, (ii) αναλύονται οι λόγοι για αυτά τα συμπεράσματα και (iii) συγκρίνονται τα συμπεράσματα του 1993 με τα πορίσματα που μπορούν να εξαχθούν το 2013. Η ανασκόπηση ξεκινάει με τις έντονες αρνητικές συνέπειες στην υγεία, αυτές που μπορεί να προκύψουν από ένα μεμονωμέ-

νο επεισόδιο τοξίκωσης με κάνναβη. Στη συνέχεια εξετάζονται οι αρνητικές συνέπειες στην υγεία και τις ψυχολογικές επιδράσεις της συστηματικής χρήσης κάνναβης για πολλά χρόνια και δεκαετίες.

#### ΕΝΤΟΝΕΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Το 1993 τα στοιχεία έδειχναν ότι ο κίνδυνος από θανατηφόρα υπερβολική δόση από τη χρήση κάνναβης είναι εξαιρετικά μικρός. Αυτό εξακολουθεί να αποτελεί αδιαμφισβήτητο συμπέρασμα καθώς η δόση THC που μπορεί να σκοτώσει ένα ποντίκι είναι εξαιρετικά υψηλή. Όπως έχει φανεί από μελέτες σε ζώα, η εκτιμώμενη δόση που οδηγεί σε θάνατο έναν άνθρωπο κυμαίνεται από 15 g [10] έως 70 g [3]. Αυτή η ποσότητα κάνναβης είναι πολύ υψηλότερη από ότι μπορεί να καταναλώσει ακόμη και ένα άτομο που κάνει πολύ υψηλή χρήση κάνναβης σε μια ημέρα [10]. Επίσης δεν υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές σε μελέτες επιδημιολογίας για θανάτους από θανατηφόρες ποσότητες κάνναβης [11]. Ωστόσο έχουν αναφερθεί περιστατικά θανάτου από καρδιαγγειακά αίτια σε κατά τα φαινόμενα υγιείς νεαρούς άνδρες αφού είχαν καπνίσει κάνναβη [12] αυτά περιγράφονται και αναλύονται στη συνέχεια στην παράγραφο «Επίδραση σε καρδιαγγειακές παθήσεις».

Το 1993 εντοπίστηκαν οι ακόλουθες αρνητικές συνέπειες από τη χρήση της κάνναβης: (i) αρνητικά βιώματα όπως άγχος, δυσφορία και παράνοια, ιδιαίτερα μεταξύ άμαθων στη χρήση ατόμων, (ii) γνωσιακές βλάβες, ιδιαίτερα σχετικά με την προσοχή και τη μνήμη, (ii) ψυχοκινητικές βλάβες που μπορεί να περιορίσουν την ικανότητα του ατόμου να οδηγήσει μηχανοκίνητο όχημα ενόσω βρίσκεται υπό την επήρεια, (iv) αυξημένο κίνδυνο ψυχωσικών συμπτωμάτων ειδικά για τα άτομα με προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό ψύχωσης και (v) σε περίπτωση χρήσης κάνναβης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξημένο κίνδυνο λιποβαρών βρεφών.

Οι έντονες αρνητικές συνέπειες άγχους, πανικού και ψυχωσικών συμπτωμάτων εξακολουθούν να αναφέρονται ιδιαίτερα μεταξύ άμαθων στη χρήση ατόμων [6]. Κατά την τελευταία δεκαετία αυξήθηκε σημαντικά η παρουσία ατόμων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία των ΗΠΑ κατά τα οποία «εμπλέκεται» η κάνναβη [13]. Αυτό μπορεί να αντανάκλα αύξηση των αρνητικών συνεπειών στα άμαθα άτομα καθώς ο μέσος όρος περιεκτικότητας σε THC στα προϊόντα κάνναβης έχει αυξηθεί, αυτό είναι ένα ζήτημα που αναλύεται διεξοδικότερα παρακάτω.

#### *Αυτοκινητιστικά ατυχήματα και θάνατοι*

Το 1993 ήταν σαφές από εργαστηριακές μελέτες ότι η κάνναβη και η THC προκαλούσαν βλάβες που σχετιζόνταν με τη δόση, σε θέματα όπως ο χρόνος αντίδρασης, η επεξεργασία πληροφοριών, ο συντονισμός αντίληψης-κίνησης, οι κινητικές επιδόσεις, η προσοχή και η συμπεριφορά παρακολούθησης. Αυτό υποδήλωνε ότι η κάνναβη θα μπορούσε δυνητικά να αποτελεί αιτία οδικών ατυχημάτων εάν οι χρήστες οδηγούν υπό την επήρεια της ουσίας, κάτι που ωστόσο παραμένει ασαφές εάν ισχύει. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε εξομοιωτές οδήγησης έδειξαν ότι οι χρήστες κάνναβης γνώριζαν τις επιπτώσεις από τη χρήση και αντιστάθμιζαν τους περιορισμούς επιβραδύνοντας την οδήγησή τους και υιοθετώντας λιγότερο επικίνδυνες συμπεριφορές. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα από τις λίγες έρευνες που έχουν εξετάσει τις επιδράσεις της χρήσης κάνναβης στην οδήγηση στο δρόμο (βλ. [14] ανασκόπηση).

Το 1993, δημιουργήθηκαν πολύ σημαντικά προβλήματα στην ερμηνεία των ολιγάριθμων επιδημιολογικών ερευνών σχετικά με τη χρήση κάνναβης και τα θανατηφόρα ατυχήματα. Οι περισσότερες αναφορές αφορούσαν την ύπαρξη μεταβολιτών κάνναβης, κάτι που αποδείκνυε ότι είχε πραγματοποιηθεί χρήση κάνναβης τις ημέρες που προηγήθηκαν του ατυχήματος, ότι όμως ότι οι οδηγοί βρίσκονταν υπό την επήρεια την ώρα του ατυχήματος. Επιπλέον, σε πολλές από αυτές τις μελέτες ένα σημαντικό ποσοστό των οδηγών με κάνναβη στο αίμα είναι επίσης και υψηλά επίπεδα αλκοόλ, κάτι που καθιστούσε δύσκολο το διαχωρισμό μεταξύ των επιπτώσεων της κάνναβης και του αλκοόλ στο ατύχημα [9].

Την τελευταία δεκαετία καλύτερα σχεδιασμένες επιδημιολογικές μελέτες έχουν βρει ότι οι χρήστες κάνναβης που οδηγούν υπό την επήρεια της ουσίας ουσιαστικά διπλασιάζουν τον κίνδυνο να εμπλακούν σε οδικό ατύχημα. Οι Gerberich *et al.* [15], για παράδειγμα, βρήκαν ότι οι χρήστες κάνναβης είχαν υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας από τραυματισμό από οποιαδήποτε αίτιο σε σύγκριση με τους πρώην χρήστες κάνναβης ή τους μη χρήστες μεταξύ 64.657 ασθενών σε έναν οργανισμό φροντίδας της υγείας (Health Maintenance Organization, HMO). Ο σχετικός κίνδυνος (σχετικός κίνδυνος, RR) ατυχημάτων με μηχανοκίνητα οχήματα (RR = 1,96) διατηρήθηκε στους άνδρες ακόμη και μετά τη στατιστική προσαρμογή παραγόντων σύγχυσης. Οι Mura *et al.* [16] εντόπισαν παρόμοια σχέση σε μελέτη ελέγχου ασθενών για την ύπαρξη THC στον ορό αίματος 900 ατόμων που νοσηλεύτηκαν στη Γαλλία λόγω τραυματισμού σε αυτοκινητιστικό ατύχημα και 900 περιστατικών ελέγχου που ταιριάστηκαν αναφορικά με την ηλικία και το φύλο και οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στα ίδια νοσοκομεία για άλλους λόγους, κι όχι τραυματισμούς.

Η μετα-ανάλυση εννέα μελετών περίπτωσης με ομάδα ελέγχου (case-control) και υπαιτιότητας [17] εντόπισε ότι η πρόσφατη χρήση κάνναβης (όπως φαινόταν από τα επίπεδα THC στο αίμα ή από αυτοαναφορά χρήσης κάνναβης) διπλασίαζε τον κίνδυνο αυτοκινητιστικού ατυχήματος [λόγος πιθανοτήτων (OR) = 1,92 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI) = 1,35, 2,73]. Ο κίνδυνος ήταν οριακά υψηλότερος σε: καλύτερα σχεδιασμένες μελέτες (2,21 vs 1,78), στις μελέτες περίπτωσης με ομάδα ελέγχου από ότι στις μελέτες υπαιτιότητας του οδηγού (2,79 vs 1,65) καθώς επίσης περισσότερο σε μελέτες με κάποιο θάνατο από ότι σε τραυματισμούς (2,10 vs 1,74). Πολύ παρεμφερή ήταν τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν από μια άλλη μετα-ανάλυση [18] (συνδυαστικός κίνδυνος 2,66) και από τη συστηματική ανασκόπηση εργαστηριακών και επιδημιολογικών μελετών [19].

Εν περιλήψει, τα επιδημιολογικά και εργαστηριακά στοιχεία σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες από την κάνναβη υποστηρίζουν ότι οι χρήστες κάνναβης που οδηγούν υπό την επήρεια της ουσίας αυξάνουν 2-3 φορές τον κίνδυνο εμπλοκής τους σε οδικό ατύχημα [20] σε αντιπαραβολή με 6 έως 15 φορές που αυξάνεται ο κίνδυνος από τα επικίνδυνα επίπεδα αλκοόλ. Στη χρήση κάνναβης αποδίδεται ένα ποσοστό 2,5% των θανάτων από αυτοκινητιστικό δυστύχημα στη Γαλλία, σε σύγκριση με 29% από το αλκοόλ. Ο κίνδυνος αύξησης ατυχήματος αυξάνει σημαντικά εάν οι χρήστες κάνναβης έχουν επίσης αυξημένα επίπεδα αλκοόλ στο αίμα [19].

#### Η επίδραση της χρήσης κάνναβης στο σύστημα αναπαραγωγής

##### Ανάπτυξη του εμβρύου και προβλήματα στη γέννηση

Το 1993 μελέτες σε ζώα έδειξαν ότι οι υψηλές δόσεις εκχυλίσματος κάνναβης προκαλούν επιβράδυνση της ανάπτυξης και δυσμορφίες κατά τον τοκετό [21], οι επιδημιολογικές

μελέτες δεν έδειξαν με συνέπεια την ύπαρξη αυξημένου κίνδυνου για ανωμαλίες στη γέννηση σε γυναίκες που ανέφεραν ότι έκαναν χρήση κάνναβης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης ήταν δύσκολο να ερμηνευθούν οι λίγες μελέτες που ανέφεραν αυξημένα ποσοστά ανωμαλιών στη γέννηση (π.χ. [22]), επειδή οι χρήστες κάνναβης ήταν πιθανότερο να καπνίζουν και καπνό, να κάνουν χρήση αλκοόλ και άλλων παράνομων ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης [23]. Επίσης ήταν λιγότερο πιθανό να ασχοληθούν με την προγεννητική φροντίδα και ακολουθούσαν άσχημη διατροφή σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έκαναν χρήση κάνναβης [24]. Οι Zuckerman *et al.* [25] κατέληξαν στην πλέον πειστική αδυναμία εντοπισμού αυξημένου κινδύνου ανωμαλιών στη γέννηση βάσει μιας μεγάλης μελέτης με γυναίκες με αρκετά μεγάλο ποσοστό χρήσης κάνναβης, και το οποίο ουσιαστικά μετρήθηκε με εξέταση ούρων και όχι με αυτό-αναφορά.

Μια μετα ανάλυση [26] μελετών από τις δεκαετίες 1980 και 1990 υποστηρίζει ότι η συστηματική χρήση κάνναβης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μείωνε το βάρος κατά τη γέννηση, παρόλο που η επίδραση αυτή ήταν πιο ήπια από αυτή του καπνού. Αρκετές μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες ανέφεραν έκτοτε ότι η χρήση κάνναβης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με μικρότερο βάρος του μωρού κατά τη γέννηση (π.χ. [27, 28]). Αυτή η επίδραση φάνηκε να διατηρείται ακόμη και μετά τον στατιστικό έλεγχο για χρήση άλλων ουσιών (π.χ. [25, 28, 29]). Αρκετές από αυτές τις μελέτες αναφέρουν επίσης ότι οι γυναίκες που έκαναν χρήση κάνναβης είχαν συντομότερης διάρκειας τοκετό και αυξημένο κίνδυνο να γεννήσουν μωρά μικρά σε σχέση με το διάστημα της κύησης [27].

Αυτές οι μελέτες έχουν αρκετούς περιορισμούς. Πρώτον, ότι τα ποσοστά αυτοαναφοράς της χρήσης κάνναβης είναι σχετικά χαμηλά (2–6%). Οι μελέτες που εκτίμησαν τη χρήση κάνναβης με αναλύσεις ούρων υποστηρίζουν ότι τα επίπεδα αυτοαναφοράς της χρήσης κάνναβης είναι εξαιρετικά μικρά, κάτι που πιθανά υποτιμά τη σχέση ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και τα αρνητικά αποτελέσματα κατά τη γέννηση. Κατά δεύτερον, συχνά είναι πολύ δύσκολο να προσαρμοστούν οι επιδράσεις από σημαντικούς παράγοντες σύγχυσης κατά την ανάλυση της επίδρασης της χρήσης κάνναβης στο βάρος του μωρού, όπως είναι το κάπνισμα τσιγάρων. Παρόλα αυτά υπάρχουν αρκετά επιχειρήματα που υποστηρίζουν ότι είναι σημαντικό οι έγκυες γυναίκες να αποφεύγουν τη χρήση κάνναβης τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και στην προσπάθεια να μείνουν έγκυες.

#### Επιδράσεις της χρήσης κάνναβης από τη μητέρα μετά τη γέννηση

Το 1993 ένας μικρός αριθμός μελετών ανέφεραν αυξημένα ποσοστά αναπτυξιακών προβλημάτων σε παιδιά γυναικών που έκαναν χρήση κάνναβης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως για υστέρηση στην ανάπτυξη του οπτικού/οφθαλμολογικού συστήματος, αυξημένο τρέμουλο και ξάφνιασμα σε σύντομο χρόνο μετά τη γέννηση [30]. Αυτές οι επιπτώσεις δεν αναφέρθηκαν με συνέπεια σε μεταγενέστερες αξιολογήσεις, π.χ. ορισμένες δεν αναφέρονταν στην αξιολόγηση τον πρώτο μήνα ή σε τεστ ικανοτήτων στους 6 και τους 12 μήνες. Άλλες αναφέρθηκαν στους 36 και τους 48 μήνες, αλλά όχι στους 60 και τους 72 μήνες [30]. Όταν πλέον αυτά τα παιδιά έφτασαν στην εφηβεία, η χρήση κάνναβης της μητέρας σχετίστηκε με χαμηλότερες γνωσιακές επιδόσεις. Στη μελέτη του Οντάριο, με άτομα ηλικίας 12 ετών, δεν φάνηκαν διαφορές στο επίπεδο του IQ μεταξύ παιδιών που είχαν ή δεν είχαν εκτεθεί στην κάνναβη, υπήρχαν ωστόσο

διαφορές όσον αφορά την αντιληπτική οργάνωση και τις ανώτερες γνωσιακές διεργασίες [30]. Οι Tennes *et al.* [24], αντίθετα, δεν εντόπισαν καμία διαφορά στο επίπεδο του IQ μεταξύ των παιδιών χρηστών κάνναβης και των παιδιών η μητέρα των οποίων δεν έκανε χρήση κάνναβης, τον πρώτο χρόνο σε δείγμα 756 γυναικών, ένα τρίτο των οποίων έκαναν χρήση κάνναβης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τα τελευταία 20 χρόνια μια ακόμη μελέτη κοόρτης με δείγμα γυναίκες χαμηλού οικονομικού επιπέδου και υψηλότερα ποσοστά συστηματικής χρήσης κάνναβης [31] ανέφερε χαμηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα για τη μνήμη και τη λεκτική ικανότητα με βάση την Stanford-Binet Intelligence Scale σε παιδιά ηλικίας 3 ετών, που γεννήθηκαν στο Πίτσμπουργκ μεταξύ 1990 και 1995 από 655 χαμηλού οικονομικού επιπέδου (μισές αφροαμερικανικής καταγωγής και μισές καυκάσιες φυλής). Μέχρι την ηλικία των 10 ετών, η χρήση κάνναβης από τη μητέρα σε οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης σχετίστηκε με παραβατικότητα και προβληματική συμπεριφορά [32]. Τα παιδιά που είχαν εκτεθεί στην κάνναβη είχαν χαμηλότερες ακαδημαϊκές επιδόσεις στα τεστ ανάγνωσης και ορθογραφίας και αξιολογήθηκαν με χαμηλότερο βαθμό συνολικά για τα ακαδημαϊκά τους επιτεύγματα από τους καθηγητές τους [33]. Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν στην ηλικία των 14 ετών, όταν οι συσχετισμοί ανάμεσα στην προγεννητική χρήση κάνναβης και οι χαμηλότερες επιδόσεις στο σχολείο φάνηκε να επηρεάζεται από τη χαμηλότερη γνωσιακή ικανότητα του παιδιού, από υψηλότερα ποσοστά διαταραχών προσοχής και διάθεσης, και από την έναρξη της χρήσης κάνναβης των παιδιών πριν της ηλικία των 14 [34].

Οι συμπεριφορικές επιπτώσεις από την προγεννητική έκθεση στην κάνναβη έχουν αναφερθεί μόνο από δύο μελέτες κοόρτης, και οι επιπτώσεις εμφανίστηκαν με μεγαλύτερη συνέπεια στην κοόρτη με τις γυναίκες χαμηλότερης οικονομικής κατάστασης και υψηλότερα ποσοστά χρήσης [35]. Η σχέση δόσης-αντίδρασης σε μια από αυτές τις μελέτες είναι ενδεικτική του αιτιακού ρόλου που έχει η κάνναβη. Η αβεβαιότητα παραμένει ωστόσο λόγω του μικρού αριθμού μελετών, του περιορισμένου δείγματος γυναικών σε όλες και στην αδυναμία των ερευνητών να ελέγξουν άλλους παράγοντες σύγχυσης όπως είναι η επίδραση από τη χρήση άλλων ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τη χρήση ουσιών από τη μητέρα μετά τον τοκετό καθώς και τις ανεπαρκείς γονικές δεξιότητες. Αυτές οι μελέτες επίσης δεν έχουν καταφέρει να ελέγξουν κάποιες πιθανές εξηγήσεις για τις επιδράσεις από τη χρήση κάνναβης της μητέρας, ήτοι γενετικές διαφορές στο επίπεδο IQ και διαφορές αναφορικά με τους κινδύνους για εκδήλωση διαταραχών συμπεριφοράς και κατάχρησης ουσιών μεταξύ των μητέρων που έκαναν χρήση και των μητέρων που δεν έκαναν χρήση [35]. Παρόλα αυτά, όπως και με το ζήτημα του ελλιπούς βάρους κατά τη γέννηση, είναι σημαντικό οι έγκυες γυναίκες να αποφεύγουν τη χρήση κάνναβης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

#### ΟΙ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

Οι επιδημιολογικές μελέτες για τη χρήση κάνναβης συνήθως δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν τη δόση THC και των λοιπών κανναβινοειδών (π.χ. κανναβιδιόλης) που λαμβάνουν οι συστηματικοί χρήστες κάνναβης [36]. Ελλείψει αυτών των στοιχείων, οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν ορίσει τη «σοβαρή» ή «συστηματική» χρήση κάνναβης ως ημερήσια ή σχεδόν ημερήσια χρήση [6]. Αυτή είναι η χρήση που έχει συνδεθεί με συνέπεια με τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και τις μεγαλύτερες ψυχολογικές συνέπειες.

Στις επιδημιολογικές μελέτες, μεγάλη πρόκληση στην ερμηνεία των συσχετισμών ανάμεσα στη συστηματική χρήση κάνναβης και τις αρνητικές συνέπειες στην υγεία, είναι ότι οι συστηματικοί χρήστες κάνναβης διαφέρουν από τους μη χρήστες σε πολλά σημεία, που μπορεί να αποτελούν και βασικές διαφορές ως προς τη βαρύτητα του κινδύνου για αρνητικές συνέπειες. Για παράδειγμα, οι συστηματικοί χρήστες κάνναβης είναι πιθανότερο να κάνουν χρήση αλκοόλ, καπνού και άλλων παράνομων ουσιών, ενώ επίσης διαφέρουν από τους μη χρήστες στην ανάληψη ρίσκου και σε άλλες συμπεριφορές [6]. Έχουν χρησιμοποιηθεί στατιστικές μέθοδοι ελέγχου της αξιοπιστίας αυτού του παράγοντα σύγχυσης ως εξήγηση αυτών των σχέσεων, και χρησιμοποιήθηκε παλινδρόμηση σταθερών επιδράσεων για να ελέγξει άγνωστες σταθερές διαφορές μεταξύ χρηστών και μη χρηστών (π.χ. [37]). Ορισμένοι ερευνητές εξέφρασαν τις αμφιβολίες τους σχετικά με το εάν η πρώτη στρατηγική θα μπορούσε να είναι συνολικά επιτυχημένη [38].

#### *Η εξάρτηση από την κάνναβη*

Τα συμπεράσματα από την ανασκόπηση του 1993 για την εξάρτηση από την κάνναβη έχουν προκαλέσει κάποιο σκεπτικισμό. Για την εξάρτηση από την κάνναβη χρησιμοποιήσαμε τον ορισμό του DSM-III που περιλαμβάνει τον περιορισμένο έλεγχο της χρήσης της ουσίας και τη δυσκολία διακοπής της χρήσης παρά τα προβλήματα που προκαλεί στη ζωή του ατόμου. Η κατάχρηση και η εξάρτηση από την κάνναβη με βάση το DSM-III ήταν η πλέον συνηθισμένη διαταραχή χρήσης παράνομης ουσίας όπως εντοπίστηκε από τις έρευνες για την ψυχική υγεία στις ΗΠΑ τις δεκαετίες 1980 και 1990 [9]. Οι επικριτές των επιδημιολογικών στοιχείων υποστηρίζουν ότι πολύ λίγοι χρήστες κάνναβης όπως ορίζονται από το DSM-III είχαν πρόβλημα που έρχοζαν επαγγελματικής βοήθειας.

Σύμφωνα με μελέτες επιδημιολογίας στην Αυστραλία, τον Καναδά και τις Ηνωμένες Πολιτείες κατά τη διάρκεια των τελευταίων 20 ετών, η κατάχρηση κάνναβης και η εξάρτηση από αυτήν, αποτελούν την πιο συνηθισμένη μορφή εξάρτησης μετά το αλκοόλ και τον καπνό. Αυτές οι διαταραχές εκτιμάται ότι επηρέασαν περίπου το 1-2% του πληθυσμού των ενηλίκων τον τελευταίο χρόνο και περίπου το 4-8% των ενηλίκων στη διάρκεια της ζωής τους [6, 39]. Στις Ηνωμένες Πολιτείες εκτιμάται ότι ο κίνδυνος να οδηγηθεί κανείς στην εξάρτηση από το σύνολο των ατόμων που έχουν δοκιμάσει κάποια φορά κάνναβη ήταν 9% στις αρχές του 1990 [39] σε σύγκριση με 32% για τη νικοτίνη, 23% για την ηρωίνη, 17% για την κοκαΐνη, 15% για το αλκοόλ και 11% για τα διεγερτικά [40, 41]. Μακρόχρονες έρευνες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος εξάρτησης από την κάνναβη κυμαίνεται σε ένα στα έξι άτομα που θα ξεκινήσουν στην περίοδο της εφηβείας [39] και περίπου οι μισοί από όσους κάνουν καθημερινή χρήση κάνναβης [42].

Από το 1993, τα στοιχεία που υποστηρίζουν το σύνδρομο στέρησης από την κάνναβη έχουν ενισχυθεί. Σε εργαστηριακές μελέτες άνθρωποι έχουν αναπτύξει ανοχή στην τετραϋδροκανναβινόλη (THC) [43] ενώ επίσης χρήστες κάνναβης που έχουν απευθυνθεί κάπου για βοήθεια συχνά αναφέρουν συμπτώματα στέρησης που τους δυσκολεύουν στην επίτευξη της αποχής. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα στέρησης είναι άγχος, αϋπνία, διαταραχές όρεξης και κατάθλιψη [44], αρκετά συχνά σε βαθμό που να επηρεάζεται η καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου [45]. Μια πρόσφατη, ελεγχόμενη, διπλά τυφλή, κλινική μελέτη έδειξε ότι αυτά τα συμπτώματα στέρησης έγιναν εντονότερα από την κατάποση ενός προϊόντος κάνναβης (Sativex) [46].

Πλέον είναι δύσκολο να υποστηρίξει κανείς ότι το σύνδρομο στέρησης από την κάνναβη δεν χρειάζεται επαγγελματική φροντίδα. Ο αριθμός των χρηστών κάνναβης που ζητούν βοήθεια για να καταφέρουν να διακόψουν ή να θέσουν υπό έλεγχο τη χρήση κάνναβης, έχει αυξηθεί τις τελευταίες δυο δεκαετίες τις Ηνωμένες Πολιτείες, την Ευρώπη [47] και την Αυστραλία [6, 48, 49]. Η αύξηση παρατηρήθηκε τις περισσότερες φορές περίπου μια δεκαετία μετά την αύξηση της χρήσης κάνναβης σε νεαρούς πληθυσμούς [49]. Αυτή η αύξηση δεν μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση των δικαστικών παραπομπών για θεραπεία, για όσες χώρες εξακολουθούν να διατηρούν τις ποινικές κυρώσεις για τη χρήση κάνναβης: αφού η ίδια αύξηση έχει σημειωθεί και στην Ολλανδία, όπου η χρήση κάνναβης έχει αποποινικοποιηθεί εδώ και 40 χρόνια [50]. Το 2011, η κάνναβη ήταν η κύρια ουσία κατάχρησης για το 48% όσων ξεκινούσαν θεραπεία, και το 58% των νέων εισαγωγών για θεραπεία στην Ολλανδία.

Οι αρνητικές συνέπειες στην υγεία και οι αρνητικές κοινωνικές συνέπειες από τη χρήση κάνναβης όπως αναφέρουν οι ίδιοι οι χρήστες κάνναβης όταν έρχονται να ζητήσουν βοήθεια για εξάρτηση φαίνεται να είναι λιγότερο σοβαρές από αυτές που αναφέρονται από τα άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ και τα οπιοειδή [6, 51], ωστόσο τα ποσοστά απεξάρτησης από την εξάρτηση από την κάνναβη για τα άτομα που ζητούν θεραπεία είναι όμοια με αυτά των αλκοολικών [52]. Κλινικές δοκιμές γνωσιακές συμπεριφορικής θεραπείας για την εξάρτηση από την κάνναβη δείχνουν ότι μόνο μια μειονότητα διατηρούν την αποχή 6 και 12 μήνες μετά τη θεραπεία. Ωστόσο η θεραπεία μειώνει σημαντικά τη σοβαρότητα των προβλημάτων και τη συχνότητα της χρήσης κάνναβης για τα περισσότερα άτομα που δέχονται θεραπεία [53, 54].

#### *Χρόνια χρήση κάνναβης, γνωσιακή λειτουργικότητα και εγκεφαλική λειτουργία*

##### *Γνωσιακές βλάβες*

Το 1993, μελέτες περίπτωσης με ομάδα ελέγχου ανέφεραν ότι οι συστηματικοί χρήστες κάνναβης είχαν χαμηλότερες γνωσιακές επιδόσεις από ότι οι μη χρήστες κάνναβης της ομάδας ελέγχου, ωστόσο δεν ήταν σαφές εάν αυτό οφειλόταν στο ότι η χρήση κάνναβης επηρέαζε τις γνωσιακές επιδόσεις, στο ότι τα άτομα με χαμηλότερες γνωσιακές επιδόσεις ήταν πιθανότερο να οδηγηθούν στη συστηματική χρήση κάνναβης, η σε κάποιο συνδυασμό των δυο [9]. Πολύ λίγες μελέτες είχαν ταιριάξει την εκτιμώμενη διανοητική λειτουργία των χρηστών και μη χρηστών κάνναβης, πριν την έναρξη της χρήσης κάνναβης [55], και μόνο μια μελέτη είχε μετρήσει τη γνωσιακή επίδοση πριν τη χρήση της κάνναβης [56]. Και οι δυο αυτές μελέτες βρήκαν μεγαλύτερες λειτουργικές δυσκολίες στα άτομα με συστηματική και/η μακρόχρονη χρήση κάνναβης μετά τον έλεγχο διαφορών στις γνωσιακές δεξιότητες κατά την έναρξη.

Ο αυξανόμενος αριθμός καλύτερα ελεγχόμενων δοκιμών που αναφέρονται από το 1993 (βλ. 57, 58 για ανασκόπηση) εντόπισαν με συνέπεια ελλείψεις σε λεκτική μάθηση, στη μνήμη και τη συγκέντρωση στα άτομα που κάνουν συστηματική χρήση κάνναβης και αυτές οι ελλείψεις συνήθως αλλά όχι πάντοτε σχετίζονταν με τη διάρκεια και τη συχνότητα της χρήσης κάνναβης, την ηλικία έναρξης και την εκτιμώμενη συγκεντρωτική δόση THC που λήφθηκε [59, 60]. Εξακολουθεί να παραμένει ασαφές εάν υπάρχει πλήρης ανάκαμψη της γνωσιακής λειτουργικότητας μετά τη διακοπή μακρόχρονης χρήσης κάνναβης. Η Solowij [55, 60] εντόπισε μερική ανάκαμψη μετά από αποχή δυο ετών, αλλά η ικανότητα του εγκεφάλου που σχετίζεται με τα γεγονότα εξακολουθεί να είναι προβληματική ως προς την επεξεργασία των πληροφοριών, που συνδέθηκε με την πολυετή χρήση

κάνναβης. Οι Bolla *et al.* [61] εντόπισαν βλάβες σε νευρογνωσιακό επίπεδο, μετά από 28 ημέρες αποχής σε νεαρά άτομα που έκαναν σοβαρή χρήση (μέσος όρος χρήσης 5 έτη), οι οποίες σχετίζονται με τη δόση. Οι Pope *et al.* [62], αντίθετα, αναφέρουν πλήρη ανάκαμψη μετά από 28 ημέρες αποχής. Εξακολουθεί να παραμένει ασαφές εάν οι γνωσιακές βλάβες αποτελούν «κατάλοιπο» της έκθεσης σε χρόνια χρήση κάνναβης, ή εάν η συγκεντρωτική επίδραση της έκθεσης στην τετραϋδροκανναβινόλη προκάλεσε πιο μόνιμες αλλαγές στη λειτουργικότητα του εγκεφάλου [59].

Μια μακροχρόνια μελέτη από την κοόρτη γέννησης του Dunedin υποστηρίζει ότι η παρατεταμένη σοβαρή χρήση κάνναβης για αρκετές δεκαετίες μπορεί να προκαλέσει σημαντικές μεταβολές στις γνωσιακές επιδόσεις οι οποίες ενδέχεται να είναι μην είναι πλήρως αναστρέψιμες. Αυτή η μελέτη εκτίμησε τις αλλαγές στο IQ 1037 ατόμων από τη Νέα Ζηλανδία που γεννήθηκαν το 1972 ή 1973, από την ηλικία των 13 ετών (πριν την έναρξη της χρήσης κάνναβης) έως την ηλικία των 38 ετών [63]. Η έρευνα αυτή εντόπισε ότι τα άτομα που εμπλέκονταν με μακρόχρονη, σοβαρή χρήση ουσιών από νεαρή ηλικία είχαν απόκλιση 8 μονάδων στο IQ, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έκαναν καθόλου χρήση κάνναβης ή έκαναν πιο περιορισμένη χρήση κάνναβης.

Εκτενείς αναλύσεις αναδεικνύουν την παρατεταμένη χρήση κάνναβης ως πιθανότερη αιτία για τη γνωσιακή έκπτωση των ατόμων. Πρώτον, η απόκλιση στη βαθμολογία του IQ ήταν μεγαλύτερη για τα άτομα που ξεκίνησαν με τη χρήση κάνναβης στην εφηβεία και εξακολούθησαν σχεδόν με καθημερινή χρήση και στην ενήλικη ζωή. Δεύτερον, διατηρήθηκε μετά τη στατιστική προσαρμογή για πρόσφατη χρήση κάνναβης, για αλκοόλ, καπνό, χρήση άλλων ουσιών και για σχιζοφρένια. Τρίτον, η ίδια επίδραση παρατηρήθηκε σε χρήστε κάνναβης που τελείωσαν το λύκειο, η απόκλιση των οποίων διατηρήθηκε ακόμη και μετά το στατιστικό έλεγχο για τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα. Τέταρτον, υπήρχε βελτίωση εάν οι χρήστε είχαν διακόψει τη χρήση για ένα χρόνο ή περισσότερο. Απόκλιση στο IQ δεν υπήρχε σε περίπτωση που οι χρήστε κάνναβης είχαν ξεκινήσει στην νεαρή ενήλικη ζωή αλλά δεν είχαν εμπλακεί με τη χρήση για ένα χρόνο ή περισσότερο πριν το follow-up.

Δύο πράγματα αξίζει να τονίσουμε για αυτή τη μελέτη. Κατ' αρχήν, αυτές οι επιδράσεις στο IQ εντοπίστηκαν μόνο σε ένα μικρό ποσοστό χρηστών κάνναβης, οι οποίοι ξεκίνησαν χρήση στην εφηβεία και εξακολούθησαν την καθημερινή χρήση στα 20 και τα 30 τους. Δεν εντοπίστηκαν επιδράσεις σε όσους ξεκίνησαν σε μεγαλύτερη ηλικία ή σε όσους έκαναν καθημερινή χρήση αλλά διέκοψαν νωρίτερα στην ενήλικη ζωή τους. Κατά δεύτερον, η απόκλιση 8 μονάδων IQ στα άτομα που εξακολούθησαν τη σοβαρή χρήση ήταν σημαντική: ήταν μισή τυπική απόκλιση χαμηλότερα από ότι των συνομηλίκων τους. Αυτό σημαίνει ότι το μέσο IQ των ατόμων που έκαναν σοβαρή χρήση ουσιών ήταν χαμηλότερο του 70% σε σύγκριση με το μέσο IQ της ομάδας των συνομηλίκων τους. Αυτές οι γνωσιακές επιπτώσεις ήταν εμφανείς στα άτομα του κοντινού περιβάλλοντος των συμμετεχόντων. Όσοι έκαναν σοβαρή χρήση κάνναβης εκτιμάται ότι είχαν περισσότερα προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης στην καθημερινότητά τους από ότι οι συνομηλικοί τους οι οποίοι δεν έκαναν παρόμοια χρήση κάνναβης.

#### Δομή και λειτουργία του εγκεφάλου

Στην ανασκόπηση του 1993, εντοπίσαμε μια μελέτη 22 ετών η οποία με χρήση αεροεγκεφαλογραφίας υποστήριξε ότι η σοβαρή χρήση κάνναβης προκάλεσε βλάβη στη δομή του εγκεφάλου [64]. Αυτή η μελέτη σχολιάστηκε αρκετά γιατί περιλάμβανε μικρό αριθμό



χρηστών, δεν είχαν ελεγχθεί επαρκώς οι επιδράσεις άλλων ουσιών και επίσης υπήρχαν σοβαρές αμφιβολίες σχετικά με την αξιοπιστία της αεροεγκεφαλογραφίας. Από τότε, καλύτερες μέθοδοι απεικόνισης του εγκεφάλου αναφέρουν μεταβολές στη λειτουργία και τη δομή του εγκεφάλου σε άτομα που κάνουν σοβαρή χρήση κάνναβης.

Οι μελέτες τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET) αναφέρουν ότι τα άτομα που κάνουν συστηματική χρήση κάνναβης εμφανίζουν απευαισθητοποίηση των υποδοχέων κανναβινοειδών η οποία διατηρήθηκε για περίπου ένα μήνα μετά την αποχή [65]. Οι μελέτες λειτουργικής απεικόνισης σε άτομα που κάνουν χρόνια χρήση κάνναβης (π.χ. [66]) δείχνουν μειωμένη δραστηριότητα σε τομείς του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη μνήμη και τη συγκέντρωση μετά από 28 ημέρες αποχής [56]. Μελέτες μαγνητικής τομογραφίας (MRI) αναφέρουν δομικές αλλαγές στον ιππόκαμπο, τον προμετωπιαίο φλοιό και την παρεγκεφαλίδα στα άτομα που κάνουν χρόνια χρήση κάνναβης. Οι Yücel *et al.* [67], για παράδειγμα, αναφέρουν συρρίκνωση του όγκου του ιππόκαμπου και της παρεγκεφαλίδας σε 15 μακροχρόνιους χρήστες οι οποίοι κάπνιζαν 5 ή περισσότερα τσιγάρα κάνναβης ημερησίως για 10 ή περισσότερα χρόνια. Αυτή η συρρίκνωση ήταν μεγαλύτερη για τους χρήστες με πιο παρατεταμένη διάρκεια χρήσης.

Οι επισκοπήσεις μελετών λειτουργικής και δομικής απεικόνισης χρόνιων χρηστών κάνναβης [68, 69] έδειξαν ότι είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν μεγαλύτερες και καλύτερα ελεγχόμενες μελέτες νευροαπεικόνισης οι οποίες θα χρησιμοποιούν τυποποιημένες διαδικασίες και μετρήσεις. Οι πιθανές γνωσιακές επιδράσεις από τη χρόνια χρήση κάνναβης ενέχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς ακριβώς τα άτομα με χαμηλότερο γνωσιακό επίπεδο είναι αυτά που είναι πιθανότερο να ξεκινήσουν τη χρήση κάνναβης σε νεαρή ηλικία και να κάνουν συστηματική χρήση κατά τη διάρκεια της νεαρής ενήλικης ζωής.

#### *Οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες της χρήσης κάνναβης στην εφηβεία*

##### **Ακαδημαϊκά αποτελέσματα**

Το 1993, μελέτες διατομής έδειξαν ότι οι συστηματικοί χρήστες κάνναβης είχαν χαμηλότερα ακαδημαϊκά επιτεύγματα σε σύγκριση με τους συνομηλικούς τους που δεν έκανα χρήση [70], ήταν ασαφές ποιο ήταν το αίτιο και ποιο το αποτέλεσμα. Αυτό σημαίνει ότι δεν είμαστε σε θέση να πούμε εάν αυτός ο συσχετισμός προέκυψε επειδή: (i) η χρήση κάνναβης ήταν αίτιο της χαμηλής απόδοσης στο σχολείο, (ii) η χρήση κάνναβης ήταν πιθανότερη στους νέους με χαμηλά ακαδημαϊκά επιτεύγματα ή (iii) η χρήση κάνναβης και τα χαμηλά ακαδημαϊκά επιτεύγματα προκλήθηκαν από τους ίδιους παράγοντες [70]. Οι περιπτώσεις (i) και (ii) μπορεί να ισχύουν και οι δύο εάν οι χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις οδηγούσαν συχνότερα τους νέους στη συστηματική χρήση ουσιών, και η συστηματική χρήση ουσιών στη συνέχεια επιδείνωνε τις επιδόσεις του σχολείου.

Διαχρονικές μελέτες έχουν εντοπίσει ότι η σχέση ανάμεσα στη χρήση κάνναβης πριν την ηλικία των 15 ετών και η πρόωγη εγκατάλειψη του σχολείου διατηρήθηκαν ακόμη και μετά την προσαρμογή για παράγοντες σύγχυσης (π.χ. [71]). Μια πρόσφατη μετά-ανάλυση τριών διαχρονικών μελετών από την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία [72] έδειξαν ότι σε όσο νεαρότερη ηλικία ξεκινούσε η πρώτη εμπλοκή με τη χρήση κάνναβης, τόσο λιγότερες ήταν οι πιθανότητες ολοκλήρωσης του σχολείου και η συνέχεια της εκπαίδευσης μετά το λύκειο. Αυτές οι επιδράσεις διατηρήθηκαν ακόμη και μετά την προσαρμογή για την κοινωνική τάξη των γονιών και άλλες μετρήσεις σχετικά με χαρακτηριστικά μειονεξίας. Οι συγγραφείς εκτιμούν ότι η έναρξη της χρήσης κάνναβης σε

πολύ νεαρή ηλικία συνέβαλε κατά 17% στον κίνδυνο μη ολοκλήρωσης του λυκείου ή την εκπαίδευση μετά το. Οι αρνητικές επιδράσεις από τη χρήση της κάνναβης στις ακαδημαϊκές επιδόσεις μπορεί να ενισχύονται και από την πολιτική του σχολείου, η οποία μπορεί να αποβάλλει τους μαθητές που «πιάνονται» να κάνουν χρήση κάνναβης.

Είναι πιθανό ότι τα ακαδημαϊκά αποτελέσματα στους συστηματικούς χρήστες κάνναβης επιδεινώνονται ως αποτέλεσμα συνδυασμού: ενός προϋπάρχοντος σοβαρού κινδύνου ακαδημαϊκών προβλημάτων για τα άτομα που οδηγούνται στη συστηματική χρήση κάνναβης, αρνητικών επιπτώσεων από τη συστηματική χρήση κάνναβης στη μάθηση, την αυξημένη συναναστροφή των συστηματικών χρηστών κάνναβης με άλλους συνομήλικους που κάνουν επίσης χρήση κάνναβης και οι οποίοι απορρίπτουν το σχολείο και μιας έντονης επιθυμίας των νεαρών χρηστών κάνναβης να κάνουν μια πρόωρη μετάβαση στην ενηλικίωση εγκαταλείποντας το σχολείο [70].

Η πρόσφατη ανάλυση μιας μελέτης με διδύμους στην Αυστραλία προκάλεσε αμφιβολίες σχετικά με το εάν είναι αιτιακός ο συσχετισμός ανάμεσα στη χρήση κάνναβης των εφήβων και την πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου [73]. Η ανάλυση των διδύμων που δεν έκαναν και οι δύο χρήση κάνναβης από νεαρή ηλικία δεν εντόπισε διαφορές στον κίνδυνο πρόωρης διακοπής από το σχολείο μεταξύ των διδύμων που έκαναν και αυτών που δεν έκαναν χρήση κάνναβης, κάτι που υποδηλώνει ότι ο συσχετισμός μπορεί να εξηγηθεί από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζονται από δύο παλαιότερες αναλύσεις σε μελέτες με διδύμους στις Ηνωμένες Πολιτείες [74, 75].

#### Χρήση άλλων ουσιών

Το 1993 στις Ηνωμένες Πολιτείες, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι: (i) οι συστηματικοί χρήστες κάνναβης είχαν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης και (ii) όσο νωρίτερα ξεκινούσε κανείς τη χρήση κάνναβης, τόσο πιθανότερο ήταν να συμβεί το (i) [76]. Υπάρχουν τρεις εξηγήσεις για αυτό: (i) ότι οι χρήστες κάνναβης έχουν περισσότερες ευκαιρίες να κάνουν χρήση άλλων παράνομων ουσιών, επειδή τα βρίσκουν στην ίδια μαύρη αγορά που βρίσκουν και την κάνναβη, (ii) ότι τα άτομα που ξεκίνησαν τη χρήση κάνναβης σε νεαρή ηλικία ήταν πιο πιθανό να κάνουν χρήση άλλων παράνομων ουσιών, για λόγους που δεν έχουν σχέση με τη χρήση κάνναβης (π.χ. ανάληψη κινδύνων ή αναζήτηση αισθήσεων), (iii) ότι οι φαρμακολογικές επιδράσεις της κάνναβης αυξάνουν την τάση του ατόμου να κάνει χρήση και άλλων παράνομων ουσιών [6].

Έρευνες επιδημιολογίας από το 1993 αναφέρουν παρόμοια χαρακτηριστικά στην εμπλοκή με τη χρήση από αρκετές χώρες (π.χ. [77]), παρόλο που η σειρά με την οποία χρησιμοποιούνται οι ουσίες μπορεί ποικίλει ανάλογα με τα διαφορετικά είδη παράνομων ουσιών που χρησιμοποιούν οι ενήλικες [78]. Οι έρευνες έχουν επίσης υποστηρίξει τις δύο πρώτες υποθέσεις, ότι οι νέοι στις Ηνωμένες Πολιτείες που έχουν κάνει χρήση κάνναβης αναφέρουν περισσότερες ευκαιρίες να κάνουν χρήση κοκαΐνης σε μικρότερη ηλικία [79], και οι κοινωνικά αποκλίνοντες νέοι (που είναι επίσης πιο πιθανό να κάνουν χρήση κοκαΐνης και ηρωίνης) ξεκινούν να κάνουν χρήση κάνναβης σε μικρότερη ηλικία από τους συνομηλικούς τους [80]. Μια μελέτη προσομοίωσης [81] υπέδειξε ότι κοινοί παράγοντες κινδύνου μπορεί να εξηγήσουν τις σχέσεις ανάμεσα στην κάνναβη και τη χρήση άλλων παράνομων ουσιών στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Η υπόθεση των κοινών παραγόντων κινδύνου δοκιμάστηκε σε μακροχρόνιες μελέτες αξιολογώντας εάν η χρήση κάναβης ήταν πιθανότερο να αναφέρουν χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης μετά το στατιστικό έλεγχο για πιθανούς παράγοντες σύγχυσης (π.χ. [82]). Η προσαρμογή για παράγοντες σύγχυσης (συμπεριλαμβάνοντας τους μη καταμετρημένους σταθερούς παράγοντες χρησιμοποιώντας παλινδρόμηση σταθερής επίδρασης) [83] δεν έχει αποκλείσει τη σχέση ανάμεσα στη συστηματική χρήση κάναβης και τη χρήση άλλων παράνομων ουσιών [84].

Μελέτες με διδύμους που δεν έκαναν και οι δύο χρήση κάναβης (δηλ. Ο ένας έκανε ο άλλος δεν έκανε) έχουν ελέγξει εάν η σχέση ανάμεσα στη χρήση κάναβης και τη χρήση άλλων παράνομων ουσιών μπορεί να εξηγηθεί από κοινή ευαισθησία στη χρήση ουσιών. Οι Lynskey *et al.* [85] βρήκαν ότι ο δίδυμος που είχε κάνει χρήση κάναβης ήταν πιθανότερο να έχει κάνει χρήση και άλλων παράνομων ουσιών από ότι ο δίδυμος αδερφός-ή του που δεν είχε κάνει. Αυτή η σχέση διατηρήθηκε ακόμη και μετά τον έλεγχο για μη κοινούς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί με ζευγάρια διδύμων στις Ηνωμένες Πολιτείες [86] και στην Ολλανδία [86].

Η σειρά εμπλοκής με την κάναβη και τις άλλες παράνομες ουσίες, καθώς και η αυξημένη πιθανότητα χρήσης άλλων παράνομων ουσιών είναι το αποτέλεσμα με τη μεγαλύτερη συνέπεια στις επιδημιολογικές μελέτες σε νεαρούς ενήλικες. Η ερμηνεία αυτών των σχέσεων παραμένει αμφιλεγόμενη, αλλά οι σχέσεις μεταξύ της συστηματικής χρήσης κάναβης και άλλων παράνομων ουσιών διατηρήθηκαν ακόμη και μετά τη στατιστική προσαρμογή για παράγοντες σύγχυσης τόσο στις μακροχρόνιες μελέτες όσο και στις μελέτες με διδύμους (που δεν έκαναν χρήση κάναβης και τα δύο αδέρφια).

Οι έρευνες τα τελευταία 20 χρόνια έχουν αποκαλύψει μια μεταβαλλόμενη σχέση μεταξύ της χρήσης κάναβης και άλλων ναρκωτικών ουσιών. Το 1993, βλέπαμε ότι το κάπνισμα γενικά είχε ξεκινήσει αρκετά πριν τη χρήση κάναβης και το συστηματικό κάπνισμα αποτελούσε δείκτη πρόγνωσης για τη συστηματική χρήση κάναβης. Ως αποτέλεσμα των επιτυχημένων εκστρατειών δημόσιας υγείας της δεκαετίας το 2000 για την πρόληψη του καπνίσματος από τους νέους, παρατηρήθηκε ότι οι νέοι που δεν καπνίζουν τσιγάρα αρχίζουν να εμπλέκονται απευθείας με τη χρήση κάναβης. Μια σειρά από πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι αυτοί που κάνουν πλέον χρήση κάναβης είναι πολύ πιθανό να ξεκινήσουν το κάπνισμα σε συνέχεια της χρήσης κάναβης, αυτό περιγράφηκε ως «αντίστροφη πύλη εισόδου» [87]. Πιθανά αυτό το εύρημα να αντανακλά ένα συνδυασμό των παρακάτω στοιχείων: την κοινή οδό χορήγησης (κάπνισμα) [88], τη συνναστροφή των καπνιστών με τους χρήστες κάναβης και πιθανά την επίδραση από την ανάμειξη του καπνού του τσιγάρου στα τσιγάρα της κάναβης. Τα στοιχεία που αφορούν το τελευταίο μάλλον είναι ενδεικτικά καθώς αυτό το αποτέλεσμα φάνηκε εντονότερα στη μελέτη με τους εφήβους στην Αυστραλία [87] όπου είναι πιο συνηθισμένο να συνδυάζει κανείς τον καπνό με την κάναβη, από ό,τι στις Ηνωμένες Πολιτείες όπου αυτή η πρακτική φαίνεται να μην είναι τόσο συνηθισμένη [89].

### Χρήση κάναβης και ψυχική υγεία

#### Ψύχωση και σχιζοφρένεια

Το 1993, υπήρχαν αναφορές που συνέδεαν τη συστηματική χρήση κάναβης με τα ψυχωσικά συμπτώματα (διαταραγμένο τρόπο σκέψης, ψευδαισθήσεις, και παραληρητικές ιδέες). Επίσης υποστήριζαν ότι τα ποσοστά συστηματικής χρήσης κάναβης ήταν υψηλότερα

για τα άτομα με σχιζοφρένεια, μια διαταραχή κατά την οποία τα άτομα αναφέρουν σοβαρά ψυχωσικά συμπτώματα για ολόκληρους μήνες, ενώ επίσης βιώνουν συχνά σημαντικές κοινωνικές αδυναμίες, απώλεια κινήτρου και άλλους γνωσιακές ελλείψεις [90].

Το 1993, η επισκόπησή μας εντόπισε μια μεγάλη μελέτη προοπτικής η οποία υποστήριζε τον αιτιακό ρόλο της κάνναβης, μια 15-ετή μελέτη follow-up με τα ποσοστά σχιζοφρένειας σε μια ομάδα 50.465 Σουηδών ανδρών στο στρατό. Οι συμμετέχοντες που είχαν δοκιμάσει κάνναβη μέχρι την ηλικία των 18 ετών είχαν περισσότερο από 2,4 πιθανότερο να διαγνωστούν με σχιζοφρένεια στο διάστημα των επόμενων 15 ετών, σε σχέση με όσους δεν είχαν δοκιμάσει [91]. Μετά τη στατιστική προσαρμογή για προσωπικό ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών μέχρι την ηλικία των 18 ετών και διαζύγιο των γονιών, όσοι είχαν κάνει χρήση κάνναβης 10 ή περισσότερες φορές μέχρι την ηλικία των 18 ετών ήταν 2,3 φορές πιθανότερο να διαγνωστούν με σχιζοφρένεια από ό,τι τα άτομα που δεν είχαν κάνει χρήση κάνναβης.

Οι επικριτές αυτής της μελέτης υποστηρίζουν ότι δεν εξετάστηκαν οι παράγοντες σύγχυσης και η αντίστροφη αιτιότητα. Έκτοτε έχουν γίνει απόπειρες να εξεταστεί αυτό. Το follow-up των 27 ετών, της σουηδικής μελέτης που έκαναν οι Zammit *et al.* [92] εντόπισε μια σχέση δόσης-αντίδρασης ανάμεσα στη συχνότητα της χρήσης κάνναβης στην ηλικία των 18 ετών και του κινδύνου για σχιζοφρένεια καθ'όλη τη διάρκεια της περιόδου του follow-up. Αυτό το αποτέλεσμα διατηρήθηκε ακόμη και μετά τον στατιστικό έλεγχο για παράγοντες σύγχυσης. Εκείνοι εκτιμούν ότι 13% των περιπτώσεων σχιζοφρένειας θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί εάν η χρήση κάνναβης είχε προληφθεί εντελώς στην ομάδα. Τα ευρήματα της σουηδικής μελέτης υποστηρίζονται και από τα αποτελέσματα μικρότερων διαχρονικών μελετών στην Ολλανδία [93], τη Γερμανία [94] και τη Νέα Ζηλανδία [95, 96]. Όλες αυτές οι μελέτες εντόπισαν μια σχέση μεταξύ της χρήσης κάνναβης και των ψυχωσικών διαταραχών ή συμπτωμάτων και αυτές οι σχέσεις διατηρήθηκαν μετά την προσαρμογή για παράγοντες σύγχυσης.

Η μετά-ανάλυση αυτών των διαχρονικών μελετών αναφέρει ότι τα ψυχωσικά συμπτώματα ή η ψυχωσική διαταραχή ήταν πιο συνηθισμένη για τα άτομα που είχαν κάνει χρήση κάνναβης κάποια στιγμή στη ζωή τους (συνδυαστικός λόγος πιθανοτήτων 1,4, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης = 1,20, 1,65) [97]. Ο κίνδυνος ψυχωσικών συμπτωμάτων ή ψυχωσικών διαταραχών ήταν υψηλότερος για τους συστηματικούς χρήστες (λόγος πιθανοτήτων 2,09, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης = 1,54, 2,84). Η αντίστροφη αιτιότητα αντιμετωπίστηκε από κάποιες από αυτές τις μελέτες εξαιρώντας τις περιπτώσεις που ανέφεραν ψυχωσικά συμπτώματα κατά την έναρξη, ή με στατιστική προσαρμογή για προϋπάρχοντα ψυχωσικά συμπτώματα. Η υπόθεση των κοινών αιτιών ήταν δυσκολότερο να αποκλεισθεί, διότι ο συσχετισμός μεταξύ της χρήσης κάνναβης και της ψύχωσης εξασθενούσε μετά τη στατιστική προσαρμογή για πιθανούς παράγοντες σύγχυσης, και καμία μελέτη δεν μπόρεσε να αξιολογήσει όλους τους παράγοντες σύγχυσης.

Οι ερευνητές που διατηρούν τις επιφυλάξεις τους σχετικά με την αιτιακή εξήγηση συχνά υποστηρίζουν ότι η αιτιακή υπόθεση δεν συμφωνεί με τη μη αύξηση στον επιπολασμό της σχιζοφρένειας, παρότι η χρήση κάνναβης έχει αυξηθεί μεταξύ των νεαρών ενηλίκων. Τα στοιχεία για την τάση επιπολασμού της σχιζοφρένειας είναι μεικτά. Μια μελέτη στην Αυστραλία δεν εντόπισε αύξηση του επιπολασμού της ψύχωσης ως συνέπεια της απότομης αύξησης της χρήσης κάνναβης στις δεκαετίες του 80 και 90 [98], ωστόσο μια παρόμοια βρετανική μελέτη [99] υποστήριξε ότι ήταν πολύ νωρίς για να εντοπι-

στεί οποιαδήποτε αύξηση στον επιπολασμό της ψύχωσης στη Βρετανία. Δύο μελέτες καταγραφής περιστατικών στη Βρετανία [100] και την Ελβετία [101] ανέφεραν αυξημένο επιπολασμό της ψύχωσης στις πρόσφατες ομάδες γέννησης, όμως μια βρετανική μελέτη ατόμων που λάμβαναν θεραπεία για σχιζοφρένεια στη γενική ιατρική δεν εντόπισε κάτι παρόμοιο [90].

Είναι δύσκολο να αποφανθεί κανείς εάν η χρήση κάνναβης επηρέασε τον επιπολασμό της ψύχωσης, διότι ακόμη και εάν ήταν αιτιακή η σχέση, η χρήση κάνναβης θα επέφερε πολύ μικρή αύξηση στον επιπολασμό. Ο εντοπισμός οποιασδήποτε τέτοιας αύξησης επηρεάζεται από μεταβολές στα διαγνωστικά κριτήρια και τις υπηρεσίες ψυχική υγείας για την αντιμετώπιση της ψύχωσης, από την χαμηλή ποιότητα στοιχείων από το φάκελο διαχείρισης για τα περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν και πιθανά από κοινωνικές βελτιώσεις (π.χ. προγεννητική φροντίδα) που μπορεί να περιορίσαν τον επιπολασμό της ψύχωσης κατά τη διάρκεια που αυξήθηκε η χρήση κάνναβης.

Η καλύτερη εκτίμηση είναι ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ψύχωσης διπλασιάζεται, από περίπου 7 στα 1000 στους μη χρήστες [102] σε 14 στα 1000 για τους συστηματικούς κάνναβης. Εάν υποθέσουμε ότι η χρήση κάνναβης έχει αιτιακό ρόλο στην ψύχωση, θα είναι δύσκολο να μειωθεί ο επιπολασμός της ψύχωσης με την πρόληψη της κατανάλωσης κάνναβης στο γενικό πληθυσμό: σε τέτοια περίπτωση θα έπρεπε, στο Ηνωμένο Βασίλειο, να αποτραπούν περίπου 4700 νεαροί άνδρες να μην κάνουν χρήση κάνναβης, ώστε να προληφθεί ένα περιστατικό σχιζοφρένειας [99]. Εάν οι κίνδυνοι από τη χρήση κάνναβης είναι ανεξάρτητοι και μεταβιβάζονται γενετικά, τότε ο διπλασιασμός του κινδύνου θα ήταν σημαντική πληροφορία για τα άτομα που έχουν ένα συγγενή πρώτου βαθμού με σχετικό πρόβλημα: αυτό σημαίνει ότι ο κίνδυνος θα αυξανόταν από το 10% στο 20% εάν έκαναν συστηματική χρήση κάνναβης [103].

Υπάρχουν επίσης σημαντικά μηνύματα κινδύνου σχετικά με τη χρήση κάνναβης για τους νέους που βιώνουν ψυχωσικά συμπτώματα. Οι νέοι που εμφανίζουν ψύχωση ή ψυχωσικά συμπτώματα και οι οποίοι κάνουν χρήση κάνναβης έχουν νεαρότερη μέση ηλικία εμφάνισης επεισοδίου ψύχωσης [104]. Στη θετική πλευρά, οι νέοι που εμφανίζουν επεισόδιο ψύχωσης και οι οποίοι διακόπτουν τη χρήση κάνναβης έχουν καλύτερα κλινικά αποτελέσματα από ό,τι αυτοί που εξακολουθούν τη χρήση, αυτό μετρήθηκε με μικρότερο αριθμό ψυχωσικών συμπτωμάτων και καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα [105,106].

#### Χρήση κάνναβης και άλλες ψυχικές διαταραχές

Το 1993, επιδημιολογικές μελέτες όπως η Epidemiologic Catchment Area Study και Εθνική Μελέτη για τη Συννοσηρότητα (National Comorbidity Study) εντόπισαν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ των διαταραχών της χρήσης κάνναβης και των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών, διαταραχών χρήσης άλλων ουσιών και διαταραχών αντικοινωνικής προσωπικότητας [9]. Ωστόσο, υπήρχαν κάποιες μακροχρόνιες μελέτες το 1993 για να εντοπιστούν οι καλύτερες ερμηνείες για αυτές τις σχέσεις.

Σε μακροχρόνιες μελέτες που έχουν διεξαχθεί από τότε που πραγματοποιήσαμε την επισκόπηση, η σχέση μεταξύ της συστηματικής χρήσης κάνναβης και της κατάθλιψης φάνηκε ασθενέστερη από αυτή της κάνναβης και της ψύχωσης [107]. Στο follow-up της ομάδας στη Σουηδία από τον Manrique-Garcia και τους συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι η κατάθλιψη ήταν 1,5 φορές πιο συχνή σε αυτούς που ανέφεραν σοβαρότερη χρήση κάνναβης στην ηλικία των 18 ετών σε σχέση με τους μη χρήστες, αλλά ο συσχετισμός

δεν ήταν πλέον σημαντικός μετά την προσαρμογή για παράγοντες σύγχυσης [108]. Οι Fergusson & Horwood [109] εντόπισαν μια σχέση δόσης-αντίδρασης ανάμεσα στη συχνότητα της χρήσης κάνναβης μέχρι την ηλικία των 16 ετών και την κατάθλιψη, αλλά η στατιστική σημασία χανόταν μετά την προσαρμογή για παράγοντες σύγχυσης. Η μετα-ανάλυση αυτών των μελετών [97] αναφέρει ένα μέτριο συσχετισμό ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και τις καταθλιπτικές διαταραχές (Λόγος Πιθανοτήτων = 1,49, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης = 1,15, 1,94) και κατέληξαν ότι η υποστήριξη για την αιτιακή υπόθεση ήταν ασθενής, διότι οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες δεν είχαν ελέγξει επαρκώς για παράγοντες σύγχυσης ή είχαν εξαιρέσει την πιθανότητα ότι οι νέοι με κατάθλιψη ήταν πιθανότερο να κάνουν χρήση κάνναβης. Παρόμοια είναι τα συμπεράσματα από μια συνδυαστική ανάλυση δεδομένων από μελέτη σε τέσσερις κοορτές γέννησης Αυστραλο-ασιατικής καταγωγής [110].

Στα κλινικά δείγματα υπάρχουν πολύ υψηλότερα ποσοστά διαταραχών από τη χρήση κάνναβης μεταξύ των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με διπολική διαταραχή από ότι στο γενικό πληθυσμό (π.χ. [111–114]). Σε μια διαχρονική μελέτη, η χρήση κάνναβης κατά την έναρξη προέβλεψε αυξημένο κίνδυνο συμπτωμάτων μανίας στο follow-up των τριών ετών [115]. Σε κάποιες κλινικές μελέτες, οι άνθρωποι με διπολική διαταραχή οι οποίοι εξακολουθούν να κάνουν χρήση κάνναβης εμφανίζουν περισσότερα επεισόδια μανίας και είναι λιγότερο ικανοποιημένοι με τη ζωή τους από ότι τα άτομα με διπολική διαταραχή που δεν συνεχίζουν τη χρήση κάνναβης [113]. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η συστηματική χρήση κάνναβης μπορεί να ενέχει αιτιακό ρόλο στις διπολικές διαταραχές, αυτή η υπόθεση ωστόσο δεν έχει αποδειχθεί ακόμη καθώς αυτές οι μελέτες δεν έχουν ελέγξει επαρκώς τις μεταβλητές σύγχυσης ούτε έχουν αποκλείσει την αντίστροφη αιτιότητα [113].

Αρκετές μελέτες περίπτωσης με ομάδα ελέγχου και μελέτες κοόρτης αναφέρουν συσχετισμούς ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και την αυτοκτονία σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Για παράδειγμα, μια μελέτη περίπτωσης με ομάδα ελέγχου στη Νέα Ζηλανδία [116] για τις απόπειρες αυτοκτονίας που οδήγησαν σε νοσηλεία εντόπισε ότι το 16% των 302 περιστατικών απόπειρας είχαν διαταραχή χρήσης κάνναβης σε σύγκριση με το 2% των 1028 μελών της ομάδας ελέγχου. Ο έλεγχος για κοινωνικά μειονεκτούντες, για κατάθλιψη και εξάρτηση από το αλκοόλ περιόρισε σημαντικά το συσχετισμό αλλά δεν τον εξάλειψε (προσαρμοσμένος Λόγος Πιθανοτήτων 2).

Οι αποδείξεις από τις μελέτες προοπτικής είναι μικτές. Οι Fergusson & Horwood [109], για παράδειγμα, εντόπισαν μια σχέση δόσης-αντίδρασης μεταξύ της συχνότητας χρήσης κάνναβης μέχρι την ηλικία των 16 ετών και τις αυτό-αναφερόμενες απόπειρες αυτοκτονίας, ωστόσο ο συσχετισμός δεν διατηρήθηκε μετά τον έλεγχο για παράγοντες σύγχυσης. Μια πρόσφατη ανάλυση των στοιχείων από αυτή την κοόρτη [117] με τη χρήση οικονομετρικών μεθόδων εντόπισε ότι η χρήση κάνναβης συχνότερα από εβδομαδιαία αύξανε την πιθανότητα αναφοράς αυτοκτονικών σκέψεων, κάτι που ισχύει μόνο για τους άνδρες. Οι Patton *et al.* [118], αντίθετα, εντόπισαν ότι η κάνναβη σχετιζόταν με την πρόκληση βλάβης στον εαυτό μόνο για τις γυναίκες. Οι Rasic *et al.* [119] ανέφεραν ότι η σοβαρή χρήση κάνναβης αύξανε τον κίνδυνο κατάθλιψης αλλά δεν επηρέαζε τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Η απόπειρα μετά-ανάλυσης παρόμοιων μελετών [97] κατέληξε ότι ο σχεδιασμός αυτών των μελετών και οι μετρήσεις που χρησιμοποιήθηκαν ποίκιλαν σε τέτοιο βαθμό που δεν ήταν δυνατή η ουσιαστική ποσοτικοποίηση

του κινδύνου, επίσης οι περισσότερες μελέτες δεν είχαν αποκλείσει την αντίστροφη αιτιότητα ούτε είχαν ελέγξει επαρκώς για μεταβλητές σύγχυσης.

Μια πρόσφατη μελέτη θνησιμότητας μεταξύ 6445 άτομα σε θεραπεία για διαταραχή της χρήσης κάνναβης στη Νορβηγία εντόπισαν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονιών (Λόγος Πιθανοτήτων = 5,3, Διάστημα Εμπιστοσύνης = 3,3, 7,79) [120]. Αυτό το δείγμα περιελάμβανε πολύ πιο προβληματικούς χρήστες κάνναβης από αυτούς που μελετήθηκαν στις μελέτες κοόρτης. Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό αυτών των προβληματικών χρηστών κάνναβης είχαν εμπλακεί επίσης και με την ενδοφλέβια χρήση παράνομων ουσιών, μια συμπεριφορά που αυξάνει σημαντικά τη θνησιμότητα από αυτοκτονίες [51]. Η εξαίρεση των χρηστών κάνναβης που ήταν γνωστό την περίοδο της θεραπείας ότι έκαναν ενδοφλέβια χρήση περιόρισε οριακά τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Λόγος Πιθανοτήτων = 4,8, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης = 2,4, 8,9). Η μελέτη βασίστηκε κυρίως στην καταγραφή των περιστατικών, έτσι ήταν περιορισμένη η ικανότητά της να ελέγξει άλλους πιθανούς παράγοντες σύγχυσης. Ωστόσο, υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεταξύ των ατόμων που κάνουν σοβαρή χρήση κάνναβης και ζητούν θεραπεία μπορεί να προϋπάρχει και να είναι αυξημένος.

#### *Αρνητικές συνέπειες για την υγεία από τη μακρόχρονη χρήση κάνναβης* Αναπνευστικό σύστημα

Το 1993, υπήρχαν μελέτες που ανέφεραν ότι τα άτομα με συστηματική χρήση κάνναβης αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα χρόνιας βρογχίτιδας (συριγμό, έκκριση πτυέλου, και χρόνιο βήχα) από ό,τι οι μη καπνιστές (βλ. [121] για ανασκόπηση). Μελέτες follow-up με άτομα που έκαναν συστηματική χρήση κάνναβης μόνο εντόπισαν επίσης προβλήματα στην αναπνευστική λειτουργία και παθολογικές μεταβολές στον ιστό των πνευμόνων, όπως αυτές που προηγούνται της χρόνιας αναπνευστικής πνευμονοπάθειας [121].

Από το 1993, επιδημιολογικές μελέτες έχουν εκφράσει ανησυχίες σχετικά με τους κινδύνους για το αναπνευστικό από το κάπνισμα κάνναβης, χωρίς όμως να έχουν δώσει σαφή εικόνα, καθώς οι περισσότεροι χρήστες κάνναβης είναι επίσης και καπνιστές ή πρώην καπνιστές (βλ. [122] για ανασκόπηση). Μια μελέτη κοόρτης με τα μέλη ενός οργανισμού για τη φροντίδα της υγείας αναφέρει ότι τα άτομα που κάπνιζαν κάνναβη χρησιμοποίησαν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας σχετικά με αναπνευστικά προβλήματα σε σχέση με τους μη καπνιστές κάνναβης [123]. Σε άλλες μελέτες κοόρτης, οι επιδράσεις στην αναπνευστική λειτουργία από το μακρόχρονο κάπνισμα κάνναβης ήταν λιγότερο σαφείς [121]. Μια μακρόχρονη έρευνα με δείγμα 1037 νέων από τη Νέα Ζηλανδία που παρακολούθηθηκαν μέχρι την ηλικία των 26 ετών [124] ανέφερε προβλήματα στην αναπνευστική λειτουργία στους εξαρτημένους χρήστες κάνναβης, αλλά το μακρόχρονο follow-up μελέτης στις Ηνωμένες Πολιτείες με μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων δεν αναπαρήγαγε το ίδιο αποτέλεσμα [123]. Η χρόνια χρήση κάνναβης δεν αύξησε τον κίνδυνο εμφυσήματος στις μελέτες follow-up με χρήστες κάνναβης στις Ηνωμένες Πολιτείες [125, 126] και τη Νέα Ζηλανδία [127].

Η μεγάλη μελέτη κοόρτης που παρακολούθησε περισσότερους από 5000 νεαρούς ενήλικες για 20 χρόνια [125] εντόπισε μια σχέση δόσης-αντίδρασης ανάμεσα στο κάπνισμα και την κακή αναπνευστική λειτουργία, ωστόσο η σχέση με το κάπνισμα της κάνναβης ήταν πιο πολύπλοκη: τα χαμηλά επίπεδα χρήσης κάνναβης (μέσος όρος περίπου 3-5 σιγάρα κάνναβης το μήνα) φάνηκαν να αυξάνουν την αναπνευστική λειτουργία. Η

αναπνευστική λειτουργία ωστόσο φάνηκε να επηρεάζεται με την καθημερινή χρήση κάνναβης. Οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι οι επιδράσεις από το κάπνισμα της κάνναβης μπορεί να εξαρτώνται από τη συχνότητα της χρήσης: σε μικρή συχνότητα η χρήση κάνναβης αυξάνει τον όγκο εισπνεόμενου αέρα, είτε λόγω της συχνής, βαθιάς εισπνοής και το κράτημα της αναπνοής, είτε επειδή η τετραϋδροκανναβινόλη έχει βρογχοδιασταλτικές ιδιότητες. Σε μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης, αυτές οι ιδιότητες παρακάμπτονται από τις συγκεντρωτικές αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος της κάνναβης στη λειτουργία των πνευμόνων.

#### Καρδιαγγειακές επιπτώσεις

Το 1993, βρήκαμε εργαστηριακές μελέτες που ανέφεραν ότι το κάπνισμα κάνναβης αύξανε τον καρδιακό ρυθμό με μια σχέση δόσης-αντίδρασης (βλέπε ανασκόπηση [128, 129]), αλλά ότι η ανοχή σε αυτές τις επιπτώσεις αναπτύχθηκε πολύ γρήγορα σε υγιείς νεαρούς ενήλικες. Υπήρχαν κλινικές ενδείξεις ότι το κάπνισμα κάνναβης μπορούσε να προκαλέσει συμπτώματα στηθάγχης σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με καρδιαγγειακά νοσήματα, οι οποίοι είχαν κάνει χρήση κάνναβης [130].

Οι αποδείξεις από το 1993 δεν έχουν αυξηθεί ιδιαίτερα, αλλά συμφωνούν με τα στοιχεία ότι το κάπνισμα κάνναβης έχει αρνητικές καρδιαγγειακές συνέπειες σε άτομα μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας. A case-cross-over study [131] με 3882 ασθενείς που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου εντόπισε ότι το κάπνισμα της κάνναβης αύξανε σημαντικά τον κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου: την πρώτη ώρα μετά το κάπνισμα ο κίνδυνος τετραπλασιαζόταν. Μια μελέτη προοπτικής 1913 από αυτούς τους ασθενείς εντόπισε σχέση δόσης-αντίδρασης ανάμεσα στη συχνότητα της χρήσης κάνναβης και τη θνησιμότητα πάνω από 3,8 έτη [132]. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν παλαιότερες εργαστηριακές μελέτες που δείχνουν ότι το κάπνισμα κάνναβης μπορεί να προκαλέσει πόνους στηθάγχης σε ασθενείς με καρδιακά προβλήματα [130].

Οι κίνδυνοι καρδιαγγειακών προβλημάτων από το κάπνισμα κάνναβης είναι πιθανά μεγαλύτεροι σε ενήλικα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ωστόσο και νεαρότερης ηλικίας ενήλικα άτομα που δεν έχουν διαγνωστεί με καρδιαγγειακές παθήσεις μπορεί επίσης να κινδυνεύουν. Για παράδειγμα, μια γαλλική μελέτη 200 περιστατικών νοσηλείας που σχετιζόταν με τη χρήση κάνναβης στην περιοχή της Τουλούζης, το διάστημα Ιανουάριο 2004 και Δεκέμβριο 2007, περιλάμβανε αρκετά περιστατικά εμφράγματος του μυοκαρδίου και ένα μοιραίο εγκεφαλικό επεισόδιο σε νεαρούς ενήλικες οι οποίοι είχαν κάνει πρόσφατα χρήση κάνναβης και δεν υπήρχε άλλος παράγοντας κινδύνου για αυτές τις παθήσεις [133]. Αυτά τα περιστατικά υποδηλώνουν ότι το κάπνισμα της κάνναβης μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρα καρδιαγγειακά επεισόδια σε νεαρούς ενήλικες που δεν έχουν διαγνωστεί με κάποια καρδιαγγειακή πάθηση.

#### Κάνναβη και καρκίνος

Η τετραϋδροκανναβινόλη (THC) και άλλα κανναβινοειδή δεν φαίνονται πιθανοί καρκινογόνοι παράγοντες στις μικροβιολογικές αναλύσεις, όπως είναι το τεστ Ames [134, 135] ή στους ελέγχους που γίνονται με ποντίκια [136]. Ο καπνός της κάνναβης είναι καρκινογόνος στις συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις [134, 135, 137]. Το γεγονός ότι ο καπνός της κάνναβης είναι καρκινογόνος [21] υποδηλώνει ότι το κάπνισμα κάνναβης μπορεί να αποτελεί αιτία εμφάνισης καρκίνου στους πνεύμονες και το άνω αναπνευστικό σύστημα (στόμα, γλώσσα, οισοφάγο) και την κύστη [134].



### Καρκίνοι του αναπνευστικού

Το 1993 οι κύριοι λόγοι για να υποστηρίξει κανείς υποψίες ότι η χρήση κάνναβης μπορεί να προκαλεί καρκίνο στους πνεύμονες και το άνω αναπνευστικό σύστημα, ήταν ότι ο καπνός κάνναβης περιείχε πολλά κοινά καρκινογόνα με τον καπνό του τσιγάρου [138]. Σε κάποιες μελέτες περίπτωσης με ομάδα ελέγχου, οι συστηματικοί χρήστες κάνναβης εμφάνισαν παθολογικές μεταβολές στα κύτταρα των πνευμόνων τους, όμοιες με αυτές που προηγούνται της εμφάνισης καρκίνου στους καπνιστές [139]. Επίσης, υπήρχαν αναφορές περιστατικών καρκίνου των πνευμόνων σε νεαρούς ενήλικες που δεν κάπνιζαν τσιγάρο, ωστόσο δεν υπήρχαν μελέτες περίπτωσης με ομάδα ελέγχου ή μελέτες προοπτικής που να δείχνουν υψηλότερα ποσοστά σε οποιονδήποτε από αυτούς τους καρκίνους μεταξύ των ατόμων που κάπνιζαν κάνναβη [9].

Επιδημιολογικές μελέτες από το 1993, έχουν παρουσιάσει αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Οι Sidney *et al.* [140] δεν εντόπισαν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του αναπνευστικού σε μια μελέτη follow-up 8,6 ετών με 64.855 μέλη από το Kaiser Permanente Medical Care Program, ωστόσο τα ποσοστά συστηματικής χρήσης κάνναβης ήταν χαμηλά και το follow-up σταμάτησε στην ηλικία των 42 ετών. Οι Zhang *et al.* [141] ανέφεραν αυξημένο κίνδυνο (Λόγος Πιθανοτήτων of 2) καρκινώματος από πλακώδες επιθήλιο στο κεφάλι και το λαιμό των χρηστών κάνναβης σε 173 περιστατικά και 176 άτομα σε ομάδα ελέγχου. Η επίδραση διατηρήθηκε μετά την προσαρμογή για κάπνισμα, χρήση αλκοόλ και άλλους παράγοντες κινδύνου, ωστόσο άλλες τρεις μελέτες περίπτωσης με ομάδα ελέγχου δεν κατάφεραν να εντοπίσουν συσχέτισμο της χρήσης κάνναβης και αυτών των καρκίνων [142].

Μελέτες περίπτωσης με ομάδα ελέγχου για τον καρκίνο των πνευμόνων έχουν παρουσιάσει πιο συνεπείς συσχετισμούς. Σε όλες αυτές τις μελέτες ωστόσο υπήρχε πάντα σύγχυση του καπνίσματος κάνναβης με το κάπνισμα τσιγάρου [143]. Μια μελέτη περίπτωσης με ομάδα ελέγχου στην Τυνησία εξέτασε 110 περιστατικά νοσηλείας με διάγνωση καρκίνου των πνευμόνων και 110 άτομα ελέγχου και εντόπισε συσχέτισμο με τη χρήση κάνναβης (Λόγος Πιθανοτήτων = 8,2) ο οποίος διατηρήθηκε μετά την προσαρμογή για το κάπνισμα τσιγάρου. Μια συνδυαστική ανάλυση τριών μελετών περίπτωσης με ομάδα ελέγχου στο Μαρόκο εντόπισε αυξημένο κίνδυνο καρκίνου των πνευμόνων για τους καπνιστές κάνναβης, ωστόσο όλοι οι χρήστες κάνναβης που είχαν κάπνιζαν επίσης και καπνό [144]. Στη Νέα Ζηλανδία, μια μελέτη περίπτωσης με ομάδα ελέγχου 79 ενηλίκων με καρκίνο των πνευμόνων ηλικίας κάτω των 55 ετών και 324 μελών της κοινότητας στην ομάδα ελέγχου [145] εντόπισε σχέση δόσης αντίδρασης ανάμεσα στη συχνότητα χρήσης κάνναβης και τον κίνδυνο καρκίνου των πνευμόνων. Στις Ηνωμένες Πολιτείες μια μελέτη περίπτωσης με ομάδα ελέγχου εντόπισε συσχέτισμο ανάμεσα στο κάπνισμα κάνναβης και τους καρκίνους στο κεφάλι, το λαιμό και τους πνεύμονες, ωστόσο οι συσχετισμοί έχαναν τη σημαντικότητά τους μετά τον έλεγχο για χρήση καπνού [146].

Στο πρόσφατο 40-ετές follow-up περιστατικών καρκίνου των πνευμόνων στην κοόρτη στρατιωτικών από τη Σουηδία [147] εντόπισε διπλάσιο κίνδυνο για καρκίνο των πνευμόνων μεταξύ των στρατιωτικών που είχαν καπνίσει κάνναβη 50 ή περισσότερες φορές πριν την ηλικία των 18 ετών. Αυτό διατηρήθηκε μετά την προσαρμογή για κάπνισμα τσιγάρων (το οποίο παρουσίασε την αναμενόμενη σχέση δόσης αντίδρασης με τον καρκίνο των πνευμόνων), η δυνατότητα να γίνει πλήρης προσαρμογή με το κάπνισμα (τσιγά-

ρου) ωστόσο ήταν περιορισμένη καθώς το 91% των ατόμων που έκαναν σοβαρή χρήση κάναβης σε ηλικία 18 ετών, κάπνιζαν επίσης και τσιγάρο. Χρειάζεται να πραγματοποιηθούν μεγαλύτερες και καλύτερα σχεδιασμένες μελέτες περίπτωσης με ομάδα ελέγχου οι οποίες να ελέγχουν το ζήτημα του τσιγάρου, ώστε να διευκρινιστεί ο κίνδυνος καρκίνου των πνευμόνων για τους μακροχρόνιους, συστηματικούς χρήστες κάναβης [142].

#### Χρήση κάναβης από τη μητέρα και παιδικός καρκίνος

Το κάπνισμα κάναβης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συσχετιστεί με καρκίνους στα παιδιά. Τρεις μελέτες ασθενών-μαρτύρων διερεύνησαν τη χρήση κάναβης ως έναν από τους παράγοντες κινδύνου για αυτούς τους καρκίνους και εντόπισαν την ύπαρξη συσχετισμού [148–150]. Αντίθετα με τους καρκίνους του αναπνευστικού, δεν υπήρχε κανένας λόγος εκ των προτέρων να αναμένεται σχέση της χρήσης κάναβης και του κινδύνου εμφάνισης αυτών των ειδών καρκίνου. Το 1993 το συμπέρασμα που είχαμε καταλήξει ήταν ότι αυτοί οι συσχετισμοί δεν φαινόταν να έχουν αιτιακή σχέση. Έκτοτε, δεν έχουν γίνει περαιτέρω μελέτες που να αναπαράγουν αυτά τα ευρήματα, και ο επιπολασμός αυτών των καρκίνων δεν φάνηκε να αυξάνει το διάστημα 1979-95 στις Ηνωμένες Πολιτείες [151–153].

#### Καρκίνος στους άνδρες

Η μελέτη των Sidney *et al.* [140] αναφέρει αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη σε καπνιστές κάναβης, μελετήθηκε ο επιπολασμός του καρκίνου κατά τη διάρκεια follow up 8,6 ετών με 64.855 μέλη από το Kaiser Permanente Medical Care Program. Όταν συγκρίθηκαν αυτοί που είχαν κάνει χρήση κάναβης κάποια στιγμή, και αυτοί που έκαναν στο παρόν χρήση κάναβης με τους μη χρήστες κατά την έναρξη, συνολικά δεν υπήρχε περισσότερος καρκίνος (RR = 0.9, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης = 0.7, 1.2). Ωστόσο, οι άνδρες που κάπνιζαν κάναβη είχαν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη, κάτι που ίσχυε και για τους άνδρες που έκαναν χρήση κάναβης στο παρόν [140]. Μια πιθανή εξήγηση για το εύρημα αυτό μπορεί να σχετίζεται με άλλους παράγοντες σύγχυσης που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής των ατόμων, καθώς σε αυτή τη μελέτη οι θάνατοι των χρηστών κάναβης από AIDS ήταν περισσότεροι.

Μεγαλύτερη ανησυχία προκαλεί η πληροφορία ότι οι χρήστες κάναβης διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για καρκίνο των όρχεων. Οι Daling *et al.* [154] ανέφεραν μια μελέτη περίπτωσης με ομάδα ελέγχου με 369 άνδρες χρήστες κάναβης που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο των όρχεων και 979 μέλη ομάδας ελέγχου ίδιας ηλικίας. Μεταξύ των περιστατικών εντόπισαν μεγαλύτερο αριθμό χρηστών κάναβης (Λόγος Πιθανοτήτων = 1,7, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης = 1,1, 2,5). Ο κίνδυνος ήταν υψηλότερος για τους μη σεμινωματώδεις όγκους των όρχεων (Λόγος Πιθανοτήτων = 2,3, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης = 1,4, 4,0) και ήταν ακόμη πιο αυξημένος για όσους ξεκίνησαν τη χρήση κάναβης πριν την ηλικία των 18 ετών και όσους έκαναν κάναβη συχνότερα από εβδομαδιαία. Αυτά τα ευρήματα έχουν αναπαραχθεί σε δύο επιπλέον μελέτες περίπτωσης με ομάδα ελέγχου στις Ηνωμένες Πολιτείες [155,156]. Αυτές οι μελέτες βρήκαν ότι ο κίνδυνος για μη σεμινωματώδεις όγκους των όρχεων διπλασιάζεται για τους χρήστες κάναβης και σαφείς ενδείξεις ότι ο κίνδυνος αυξάνεται με το νεαρό την ηλικία και τη συχνότητα της χρήσης κάναβης. Η αναπαραγωγή αυτών των ευρημάτων από τις τρεις μελέτες περίπτωσης με ομάδα ελέγχου υποδηλώνει μια επίδραση που

χρήζει επιπλέον διερεύνησης. Υπάρχει επίσης και μια βιολογική πιθανότητα για αυτή την επίδραση καθώς οι υποδοχείς των κανναβινοειδών βρίσκονται στο ανδρικό σύστημα αναπαραγωγής.

#### ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΤΕΤΡΑΪΔΡΟΚΑΝΝΑΒΙΝΟΛΗ (THC) ΣΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΤΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

Το 1993, υπήρξαν αναφορές ότι η περιεκτικότητα της κάνναβης σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) είχε αυξηθεί απότομα. Αναλύσεις των κρίσεων από κάνναβη στις Ηνωμένες Πολιτείες, αναφέρουν 30% αύξηση στην περιεκτικότητα THC, αλλά δεν υπήρχαν αντίστοιχα δεδομένα για την περιεκτικότητα THC στην κάνναβη εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών πριν το 1999 [157]. Από το 2000 είναι σαφές ότι η περιεκτικότητα των προϊόντων της κάνναβης σε THC αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1990 και στις αρχές του 2000 στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε αρκετές ακόμη χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου [5, 158, 159]. Αυτό που δεν είναι σαφές ωστόσο είναι εάν η αυξημένη περιεκτικότητα σε THC συνοδεύεται και από μείωση στην περιεκτικότητα σε κανναβιδιόλη (CBD), ένα κανναβινοειδές που υποστηρίζεται από ορισμένους ερευνητές ότι μπορεί να μετριάσει τις αρνητικές επιδράσεις της THC [160].

Με ποιο τρόπο μπορεί να επηρεάσει η χρήση προϊόντων κάνναβης με αυξημένη THC την πιθανότητα αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία; Κάποιοι υποστηρίζουν ότι τα αποτελέσματα θα είναι ελάχιστα καθώς οι χρήστες ρυθμίζουν τη δόση THC ώστε να πετύχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα μέθης, ωστόσο πρόσφατα στοιχεία υποστηρίζουν ότι οι συστηματικοί χρήστες κάνναβης δεν ρυθμίζουν πλήρως τη δόση THC όταν βρεθούν με ισχυρότερα προϊόντα κάνναβης [161].

Οι επιπτώσεις από την αυξημένη ισχύ των προϊόντων κάνναβης θα πρέπει να αποτελέσουν ερευνητική προτεραιότητα. Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες πιθανές υποθέσεις που υποστηρίζουν ότι οι επιδράσεις από την αυξημένη ισχύ της κάνναβης θα εξαρτηθούν από το βαθμό εμπειρίας των χρηστών με την χρήση κάνναβης. Για τους άμαθους χρήστες, η υψηλή περιεκτικότητα σε THC μπορεί να αυξήσει το άγχος, την κατάθλιψη και τα ψυχωσικά συμπτώματα. Αυτό μπορεί να εξηγήσει και τον αυξημένο αριθμό περιστατικών που αφορούν την κάνναβη στα τμήματα επειγόντων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Μπορεί επίσης να επιδεινωθεί η παρατεταμένη χρήση στα άτομα που βιώνουν τέτοιες συνέπειες. Τα πιο ισχυρά προϊόντα κάνναβης μπορεί επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη και ψυχωσικά συμπτώματα στους συστηματικούς χρήστες. Οι αρνητικές συνέπειες στο αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα μπορεί να περιοριστούν στο βαθμό που οι συστηματικοί χρήστες ρυθμίζουν τη δόση THC καπνίζοντας λιγότερο.

#### ΤΙ ΕΧΟΥΜΕ ΜΑΘΕΙ ΣΕ 20 ΧΡΟΝΙΑ;

Το 2013 γνωρίζουμε πλέον πολύ περισσότερα σχετικά με τις αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιδράσεις της κάνναβης από ότι γνωρίζαμε το 1993. Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι έχουν πραγματοποιηθεί πολύ περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με τις επιδράσεις της χρήσης κάνναβης στην εφηβεία και την νεαρή ενήλικη ζωή και τις ψυχοκοινωνικές επιδράσεις στις ηλικίες από 20 έως 30 ετών και κάτι (π.χ. [63, 162, 163]). Οι πιο καλοσχεδιασμένες και ενημερωμένες μελέτες ήταν δύο περιπτώσεις με

ομαδοποίηση κατά τη γέννηση, που πραγματοποιήθηκαν στη Νέα Ζηλανδία, τα μέλη των οποίων έζησαν μια ιστορική περίοδο κατά την οποία γινόταν πολλή χρήση κάνναβης στην εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή. Αρκετά από τα άτομα αυτά έκαναν χρήση κάνναβης αρκετά συχνά, και για παρατεταμένα διαστήματα ώστε να είναι σ θέση να παρέχουν στοιχεία σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες της συστηματικής και παρατεταμένης χρήσης κάνναβης. Η εμπιστοσύνη στα αποτελέσματα των μελετών της Νέας Ζηλανδίας ενισχύθηκε από την αναπαραγωγή των αποτελεσμάτων σε μελέτες κοόρτης στην Αυστραλία [164], τη Γερμανία [165] και την Ολλανδία [93]. Το γεγονός ότι η εξάρτηση από την κάνναβη και ορισμένες από αυτές τις αρνητικές επιδράσεις αναφέρθηκαν και από την ολλανδική μελέτη (όπου η κάνναβη έχει αποποινικοποιηθεί εδώ και 40 χρόνια περίπου) αποκλείει την πιθανότητα αυτές οι αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιδράσεις να αποδίδονται στις νομικές πολιτικές για την κάνναβη.

Οι επιδημιολογικές αποδείξεις για πολλές από τις υποτιθέμενες αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία που παρουσιάστηκαν το 1993 έχουν ενισχυθεί. Έχουν εντοπιστεί σταθεροί συσχετισμοί μεταξύ της συστηματικής (ιδιαίτερα της καθημερινής) χρήσης κάνναβης και των αρνητικών επιπτώσεων σε επίπεδο υγείας και το ψυχοκοινωνικό επίπεδο, σχέσεις οι οποίες συχνά παρουσιάζουν σχέση δόσης-αντίδρασης και οι οποίες διατηρούνται μετά τη στατιστική προσαρμογή για πιθανούς παράγοντες σύγχυσης. Στη σύνοψη που ακολουθεί, παρουσιάζω τα συμπεράσματα που θεωρώ ότι απορρέουν λογικά πλέον υπό το πρίσμα των αποδείξεων που έχουν συγκεντρωθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται συνοπτικά το είδος των αποδείξεων βάσει των οποίων οδηγήσαμε στα εν λόγω συμπεράσματα.

#### *Αρνητικές συνέπειες της εντατικής χρήσης*

- Η κάνναβη δεν οδηγεί σε θάνατο από υπερβολική δόση, όπως συμβαίνει με τα οπιούχα.
- Διπλασιασμός του κινδύνου ατυχημάτων με το αυτοκίνητο εάν οι χρήστες κάνναβης οδηγούν υπό την επήρεια της ουσίας.
- Αυτός ο κίνδυνος αυξάνει ακόμη περισσότερο εάν οι χρήστες καταναλώνουν επίσης μεγάλες δόσεις αλκοόλ.
- Η χρήση κάνναβης κατά την εγκυμοσύνη μειώνει ελαφρά το βάρος κατά τη γέννηση.

#### *Αρνητικές συνέπειες της χρόνιας χρήσης*

##### *Ψυχοκοινωνικές επιδράσεις*

- Οι συστηματικοί χρήστες κάνναβης μπορεί να οδηγηθούν σε εξάρτηση, ο κίνδυνος για κάτι τέτοιο είναι περίπου 1 στους 10 χρήστες κάνναβης, και 1 στους 6 για όσους ξεκίνησαν τη χρήση κάνναβης κατά την εφηβεία.
- Οι συστηματικοί χρήστες κάνναβης παρουσιάζουν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης ψυχωσικών συμπτωμάτων και διαταραχών, ειδικά εάν έχουν προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό ψυχωσικών διαταραχών, και εάν ξεκίνησαν τη χρήση κάνναβης στα μέση της εφηβείας.
- Οι συστηματικοί χρήστες κάνναβης έχουν χαμηλότερα ακαδημαϊκά επιτεύγματα από τους μη χρήστες συνομηλίκους τους.
- Οι συστηματικοί έφηβοι χρήστες κάνναβης είναι πιθανότερο να κάνουν χρήση και άλλων παράνομων ουσιών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΑΓΩΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΝΝΑΒΗΣ.

	<i>Δεδομένα</i>	<i>Εύρος δεδομένων</i>	<i>Ισχύς της επίδρασης / αποτελέσματος</i>
<b>Έντονες επιδράσεις</b>			
Θανατηφόρος υπερβολική δόση	+++	Απουσία περιπτώσεων	0
Αυτοκινητιστικά ατυχήματα	++	Μελέτη κοόρτης και μελέτη περίπτωσης με ομάδα ελέγχου	Διπλάσιος κίνδυνος
Χαμηλό βάρος μωρού στη γέννηση	++	Μελέτες κοόρτης	
<b>Χρόνιες επιπτώσεις</b>			
Εξάρτηση	+++	Μελέτες Κοόρτης	1 στους 10 για όποιους έκαναν χρήση κάποια στιγμή
Ακαδημαϊκές επιδόσεις	++	Μελέτη κοόρτης και μελέτη περίπτωσης με ομάδα ελέγχου	Διπλάσιος κίνδυνος στους συστηματικούς χρήστες
Γνωσιακές βλάβες	++	Μελέτη κοόρτης και μελέτη περίπτωσης με ομάδα ελέγχου	Δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί
Ψύχωση	++	Μελέτες Κοόρτης	Διπλάσιος κίνδυνος για τους συστηματικούς χρήστες
Κατάθλιψη	+?	Μελέτες κοόρτης	Πιθανοί παράγοντες σύγχυσης
Αυτοκτονία	+?	Μελέτες κοόρτης	Διπλάσιος κίνδυνος στους συστηματικούς χρήστες
Χρόνια βρογχίτιδα	++	Μελέτες κοόρτης	Διπλάσιος κίνδυνος στους συστηματικούς χρήστες
Αναπνευστικά προβλήματα	+?	Μελέτες κοόρτης	Mixed
Καρδιαγγειακές παθήσεις	++	Μελέτη κοόρτης και μελέτη περίπτωσης με ομάδα ελέγχου	3–4-πλάσιο για το έμφραγμα μυοκαρδίου
<b>Καρκίνοι</b>			
Καρκίνος των όρχεων	++	Μελέτη περίπτωσης με ομάδα ελέγχου	Διπλάσιος-τριπλάσιος κίνδυνος
Καρκίνοι του αναπνευστικού	+?	Μελέτη περίπτωσης με ομάδα ελέγχου	Σύγχυση με το κάπνισμα

102 *Εξαορτήσεις*

- Η συστηματική χρήση κάνναβης στην εφηβεία που εξακολουθεί κατά τη διάρκεια της νεαρής ενήλικης ζωής φαίνεται να προκαλεί γνωσιακές βλάβες, ωστόσο ο μηχανισμός και η αντιστρεψιμότητα της κατάστασης παραμένει ασαφής.
- Η συστηματική χρήση κάνναβης στην εφηβεία διπλασιάζει τον κίνδυνο διάγνωσης σχιζοφρένειας ή ψυχωσικών συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή.
- Όλες αυτές οι σχέσεις διατηρούνται ακόμη και μετά τον έλεγχο για πιθανούς παράγοντες σύγχυσης σε καλοσχεδιασμένες μελέτες, ωστόσο κάποιοι ερευνητές εξακολουθούν να αμφισβητούν το κατά πόσο οι αρνητικές αυτές επιδράσεις έχουν αιτιακή σχέση με τη συστηματική χρήση κάνναβης ή εάν μπορούν να εξηγηθούν από κοινούς παράγοντες κινδύνου.

**Επιδράσεις στη σωματική υγεία**

- Οι άνθρωποι που καπνίζουν συστηματικά κάνναβη έχουν υψηλότερο κίνδυνο χρόνιας βρογχίτιδας δεν είναι σαφές όμως εάν προκαλεί προβλήματα στην αναπνευστική λειτουργία.
- Το κάπνισμα κάνναβης από μεσήλικα άτομα πιθανά αυξάνει τον κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου.

*Αντικρουόμενα συμφέροντα*

Κανένα.

*Χρηματοδότηση*

Η χρηματοδότηση για την έρευνα στο παρόν άρθρο προήλθε από την υποτροφία NHMRC Αυστραλίας 569738.

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους Nadia Solowij και Jim Lemon για τη δουλειά τους στην ανασκόπηση του 1994, τη Louisa Degenhardt για τη συνεργασία της και την έρευνα για τις επιδράσεις της κάνναβης στην υγεία την τελευταία δεκαετία, τον Michael Lynskey για παλαιότερες συνεργασίες, την Bianca Calabria για τη βοήθειά της στην ανασκόπηση των ερευνών σχετικά με τις αρνητικές επιδράσεις της κάνναβης στην υγεία για ένα πρόγραμμα σχετικά με τη συμμετοχή που έχει η χρήση παράνομων ουσιών στην Παγκόσμια Επιβάρυνση από τις Ασθένειες (Global Burden of Disease), τον Jason Connor για τα χρήσιμα σχόλιά του σε μια αρχική έκδοση αυτού του άρθρου, και τη Sarah Yeates για την πολύτιμη βοήθειά της για την αναζήτηση στη βιβλιογραφία και την προετοιμασία αυτού το εκπαιδευτικού προς δημοσίευση.

## Παραπομπές

1. United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2014*. New York: United Nations; 2014.
2. Hall W. D., Degenhardt L. Prevalence and correlates of cannabis use in developed and developing countries. *Curr Opin Psychiatry* 2007; **20**: 393–7.
3. Iversen L. *The Science of Marijuana*, 2nd edn. Oxford: Oxford University Press; 2007.
4. ElSohly M. A. Quarterly Report: December 16, 2007 thru March 15, 2008. Potency Monitoring Project Report 100. University, MS: National Center for Natural Products Research, University of Mississippi; 2008.
5. McLaren J., Swift W., Dillon P., Allsop S. Cannabis potency and contamination: a review of the literature. *Addiction* 2008; **103**: 1100–9.
6. Hall W. D., Pacula R. *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
7. Institute of Medicine. *Marijuana and Health*. Washington, DC: National Academy Press; 1982.
8. Fehr K., Kalant H., editors. *Cannabis and Health Hazards: Proceedings of an ARF/WHO Scientific Meeting on Adverse Health and Behavioral Consequences of Cannabis Use*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1983.
9. Hall W. D., Solowij N., Lemon J. *The Health and Psychological Consequences of Cannabis Use*. Canberra: Australian Government Publishing Service; 1994.
10. Gable R. S. Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. *Addiction* 2004; **99**: 686–96.
11. Calabria B., Degenhardt L., Hall W. D., Lynskey M. Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. *Drug Alcohol Rev* 2010; **29**: 318–30.
12. Hartung B., Kaufenstein S., Ritz-Timme S., Daldrup T. Sudden unexpected death under acute influence of cannabis. *Forensic Sci Int* 2014; **237**: e11–3.
13. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *The DAWN Report: Highlights of the 2011 Drug Abuse Warning Network (DAWN) Findings on Drug-Related Emergency Department Visits*. Rockville, MD: SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality; 2013.
14. Smiley A. Marijuana: on road and driving simulator studies. In: Kalant H., Corrigan W., Hall W. D., Smart R., editors. *The Health Effects of Cannabis*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 1999, pp. 171–91.
15. Gerberich S., Sidney S., Braun B., Tekawa I., Tolan K., Quesenberry C. Marijuana use and injury events resulting in hospitalization. *Ann Epidemiol* 2003; **13**: 230–7.
16. Mura P., Kintz P., Ludes B., Gaulier J. M., Marquet P., Martin-Dupont S. *et al.* Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs between 900 injured drivers and 900 control subjects: results of a French col-laborative study. *Forensic Sci Int* 2003; **133**: 79–85.
17. Asbridge M., Hayden J. A., Cartwright J. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ* 2012; **344**: 14–7.
18. Li M. C., Brady J. E., DiMaggio C. J., Lusardi A. R., Tzong K. Y., Li G. Marijuana use and motor vehicle crashes. *Epidemiol Rev* 2012; **34**: 65–72.
19. Hartman R. L., Huestis M. A. Cannabis effects on driving skills. *Clin Chem* 2013; **59**: 478–92.
20. Ramaekers J. G., Berghaus G., van Laar M., Drummer O. H. Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug Alcohol Depend* 2004; **73**: 109–19.

21. Bloch E. Effects of marijuana and cannabinoids on reproduction, endocrine function, development, and chromosomes. In: Fehr K., Kalant H., editors. *Cannabis and Health Hazards*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1983, pp. 355–432.
22. Forrester M. B., Merz R. D. Risk of selected birth defects with prenatal illicit drug use, Hawaii, 1986–2002. *J Toxicol Environ Health A* 2007; **70**: 7–18.
23. Eyler F. D., Behnke M. Early development of infants exposed to drugs prenatally. *Clin Perinatol* 1999; **26**: 107–50.
24. Tennes K., Aritable N., Blackard C., Boyles C., Hasoun B., Holmes L. *et al.* Marihuana: prenatal and postnatal exposure in the human. In: Pinkert T., editor. *Current Research on the Consequences of Maternal Drug Abuse*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 1985, pp. 48–60.
25. Zuckerman B., Frank D. A., Hingson R., Amaro H., Levenson S. M., Kayne H. *et al.* Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. *N Engl J Med* 1989; **320**: 762–8.
26. English D., Hulse G., Milne E., Holman C., Bower C. Maternal cannabis use and birth weight: a meta-analysis. *Addiction* 1997; **92**: 1553–60.
27. Hayatbakhsh M. R., Flenady V. J., Gibbons K. S., Kingsbury A. M., Hurrion E., Mamun A. A. *et al.* Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy. *Pediatr Res* 2012; **71**: 215–9.
28. Fergusson D. M., Horwood L. J., Northstone K. Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; **109**: 21–7.
29. El Marroun H., Tiemeier H., Steegers E. A., Jaddoe V. W., Hofman A., Verhulst F. C. *et al.* Intrauterine cannabis exposure affects fetal growth trajectories: the Generation R Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; **48**: 1173–81.
30. Fried P. A., Smith A. R. A literature review of the consequences of prenatal marihuana exposure: an emerging theme of a deficiency in aspects of executive function. *Neurotoxicol Teratol* 2001; **23**: 1–11.
31. Day N. L., Richardson G. A., Goldschmidt L., Robles N., Taylor P. M., Stoffer D. S. *et al.* Effect of prenatal marijuana exposure on the cognitive development of offspring at age three. *Neurotoxicol Teratol* 1994; **16**: 169–75.
32. Goldschmidt L., Day N. L., Richardson G. A. Effects of pre-natal marijuana exposure on child behavior problems at age 10. *Neurotoxicol Teratol* 2000; **22**: 325–36.
33. Goldschmidt L., Richardson G. A., Cornelius M. D., Day N. L. Prenatal marijuana and alcohol exposure and academic achievement at age 10. *Neurotoxicol Teratol* 2004; **26**: 521–32.
34. Goldschmidt L., Richardson G. A., Willford J. A., Severtson S. G., Day N. L. School achievement in 14-year-old youths prenatally exposed to marijuana. *Neurotoxicol Teratol* 2012; **34**: 161–67.
35. Huizink A. C., Mulder E. J. Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; **30**: 24–41.
36. Norberg M., Mackenzie J., Copeland J. Quantifying cannabis use with the timeline followback approach: a psychometric evaluation. *Drug Alcohol Depend* 2012; **121**: 247–52.
37. Fergusson D. M., Horwood L. J., Ridder E. M. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction* 2005; **100**: 354–66.
38. Macleod J., Oakes R., Copello A., Crome I., Egger M., Hickman M. *et al.* Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 2004; **363**: 1579–88.
39. Anthony J. C. The epidemiology of cannabis dependence. In: Roffman R. A., Stephens R. S., editors. *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006, pp. 58–105.



40. Anthony J., Warner L., Kessler R. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol* 1994; **2**: 244–68.
41. Hall W. D., Teesson M., Lynskey M., Degenhardt L. The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Addiction* 1999; **94**: 1541–50.
42. van der Pol P., Liebrechts N., de Graaf R., Korf D. J., van den Brink W., van Laar M. Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: a three-year prospective study. *Drug Alcohol Depend* 2013; **133**: 352–9.
43. Lichtman A., Martin B. Cannabinoid tolerance and dependence. *Handb Exp Pharmacol* 2005; **168**: 691–717.
44. Budney A., Hughes J. The cannabis withdrawal syndrome. *Curr Opin Psychiatry* 2006; **19**: 233–8.
45. Allsop D. J., Copeland J., Norberg M. M., Fu S., Molnar A., Lewis J. *et al.* Quantifying the clinical significance of cannabis withdrawal. *PLOS ONE* 2012; **7**: e44864.
46. Allsop D. J., Copeland J., Lintzeris N., Dunlop A. J., Montebello M., Sadler C. *et al.* Nabiximols as an agonist replacement therapy during cannabis withdrawal: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014; **71**: 281–91.
47. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Table TDI-105, Part VII: All Clients Entering Inpatient Treatment by Primary Drug and Age, 2009 or Most Recent Year Available: All Cannabis Inpatient Clients by Country and Age*. Statistical Bulletin 2011: Demand for Treatment (TDI). Lisbon: EMCDDA; 2011.
48. World Health Organization (WHO). *ATLAS on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*. Geneva: WHO; 2010.
49. Roxburgh A., Hall W. D., Degenhardt L., McLaren J., Black E., Copeland J. *et al.* The epidemiology of cannabis use and cannabis-related harm in Australia 1993–2007. *Addiction* 2010; **105**: 1071–9.
50. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Drug Treatment Overview for Netherlands*. Lisbon: EMCDDA; 2013. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Netherlands> (accessed 23 July 2014). (Archived at <http://www.webcitation.org/6S4yjPY59> on 25 August 2014).
51. Degenhardt L., Hall W. D. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012; **379**: 55–70.
52. Florez-Salamanca L., Secades-Villa R., Budney A. J., Garcia-Rodriguez O., Wang S., Blanco C. Probability and predictors of cannabis use disorders relapse: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend* 2013; **132**: 127–33.
53. Roffman R., Stephens R., editors. *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
54. Danovitch I., Gorelick D. A. State of the art treatments for cannabis dependence. *Psychiatr Clin North Am* 2012; **35**: 309–26.
55. Solowij N. Marijuana and cognitive function. In: Onaivi E. S., editor. *Biology of Marijuana: From Gene to Behaviour*. London: Taylor & Francis; 2002, pp. 308–32.
56. Block R., O’Leary D., Hichwa R., Augustinack J., Ponto L., Ghoneim M. *et al.* Effects of frequent marijuana use on memory-related regional cerebral blood flow. *Pharmacol Biochem Behav* 2002; **72**: 237–50.
57. Crane N. A., Schuster R. M., Fusar-Poli P., Gonzalez R. Effects of cannabis on neurocognitive functioning: recent advances, neurodevelopmental influences, and sex differences. *Neuropsychol Rev* 2013; **23**: 117–37.

58. Solowij N., Battisti R. The chronic effects of cannabis on memory in humans: a review. *Curr Drug Abuse Rev* 2008; **1**: 81–98.
59. Solowij N., Stephens R., Roffman R., Babor T., Kadden R., Miller M. *et al.* Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA* 2002; **287**: 1123–31.
60. Solowij N., Pesa N. Cannabis and cognition: short and long term effects. In: Castle D., Murray R. M., D'Souza D. C., editors. *Marijuana and Madness*, 2nd edn. New York: Cambridge University Press; 2012, pp. 91–102.
61. Bolla K., Brown K., Eldreth D., Tate K., Cadet J. Dose-related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology* 2002; **59**: 1337–43.
62. Pope H., Gruber A., Hudson J., Huestis M., Yurgelun-Todd D. Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry* 2001; **58**: 909–15.
63. Meier M., Caspi A., Ambler A., Harrington H., Houts R., Keefe R. *et al.* Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012; **109**: E2657–64.
64. Campbell A. M., Evans M., Thomson J. L., Williams M. J. Cerebral atrophy in young cannabis smokers. *Lancet* 1971; **2**: 1219–24.
65. Hirvonen J., Goodwin R. S., Li C. T., Terry G. E., Zoghbi S. S., Morse C. *et al.* Reversible and regionally selective downregulation of brain cannabinoid CB1 receptors in chronic daily cannabis smokers. *Mol Psychiatry* 2012; **17**: 642–9.
66. Quickfall J., Crockford D. Brain neuroimaging in cannabis use: a review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2006; **18**: 318–32.
67. Yücel M., Solowij N., Respondek C., Whittle S., Fornito A., Pantelis C. *et al.* Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use. *Arch Gen Psychiatry* 2008; **65**: 694–701.
68. Baker S. T., Yucel M., Fornito A., Allen N. B., Lubman D. I. A systematic review of diffusion weighted MRI studies of white matter microstructure in adolescent substance users. *Neurosci Biobehav Rev* 2013; **37**: 1713–23.
69. Batalla A., Bhattacharyya S., Yucel M., Fusar-Poli P., Crippa J. A., Nogue S. *et al.* Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescent and adult findings. *PLOS ONE* 2013; **8**: e55821.
70. Lynskey M., Hall W. D. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction* 2000; **96**: 433–43.
71. Ellickson P., Bui K., Bell R., McGuigan K. Does early drug use increase the risk of dropping out of high school? *J Drug Issues* 1998; **28**: 357–80.
72. Horwood L., Fergusson D., Hayatbakhsh M., Najman J., Coffey C., Patton G. *et al.* Cannabis use and educational achievement: findings from three Australasian cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2010; **110**: 247–53.
73. Verweij K. J., Huizink A. C., Agrawal A., Martin N. G., Lynskey M. T. Is the relationship between early-onset cannabis use and educational attainment causal or due to common liability? *Drug Alcohol Depend* 2013; **133**: 580–6.
74. Grant J. D., Scherrer J. F., Lynskey M. T., Agrawal A., Duncan A. E., Haber J. R. *et al.* Associations of alcohol, nicotine, cannabis, and drug use/dependence with educational attainment: evidence from cotwin-control analyses. *Alcohol Clin Exp Res* 2012; **36**: 1412–20.
75. Bergen S. E., Gardner C. O., Aggen S. H., Kendler K. S. Socioeconomic status and social support following illicit drug use: causal pathways or common liability? *Twin Res Hum Genet* 2008; **11**: 266–74.

76. Kandel D. *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. New York: Cambridge University Press; 2002.
77. Swift W., Coffey C., Degenhardt L., Carlin J. B., Romaniuk H., Patton G. C. Cannabis and progression to other substance use in young adults: findings from a 13-year prospective population-based study. *J Epidemiol Community Health* 2012; **66**: e26.
78. Degenhardt L., Dierker L., Chiu W. T., Medina-Mora M. E., Neumark Y., Sampson N. *et al*. Evaluating the drug use 'gateway' theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug Alcohol Depend* 2010; **108**: 84–97.
79. Wagner F., Anthony J. Into the world of illegal drug use: exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana, and cocaine. *Am J Epidemiol* 2002; **155**: 918–25.
80. Fergusson D., Boden J., Horwood L. The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend* 2008; **96**: 165–77.
81. Morral A., McCaffrey D., Paddock S. Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction* 2002; **97**: 1493–504.
82. Lessem J., Hopfer C., Haberstick B., Timberlake D., Ehringer M., Smolen A. *et al*. Relationship between adolescent marijuana use and young adult illicit drug use. *Behav Genet* 2006; **36**: 498–506.
83. Fergusson D., Boden J., Horwood L. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction* 2006; **101**: 556–69.
84. Hall W. D., Lynskey M. Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug Alcohol Rev* 2005; **24**: 39–48.
85. Lynskey M., Heath A., Bucholz K., Slutske W. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA* 2003; **289**: 427–33.
86. Lynskey M. T., Vink J. M., Boomsma D. I. Early onset cannabis use and progression to other drug use in a sample of Dutch twins. *Behav Genet* 2006; **36**: 195–200.
87. Patton G. C., Coffey C., Carlin J. B., Sawyer S. M., Lynskey M. T. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction* 2005; **100**: 1518–25.
88. Agrawal A., Lynskey M. T. Tobacco and cannabis co-occurrence: does route of administration matter? *Drug Alcohol Depend* 2009; **99**: 240–7.
89. Timberlake D. S., Haberstick B. C., Hopfer C. J., Bricker J., Sakai J. T., Lessem J. M. *et al*. Progression from marijuana use to daily smoking and nicotine dependence in a national sample of U.S. adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2007; **88**: 272–81.
90. Advisory Council on the Misuse of Drugs. *Cannabis: Classification and Public Health*. London: Home Office; 2008.
91. Andréasson S., Engstrom A., Allebeck P., Rydberg U. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987; **2**: 1483–86.
92. Zammit S., Allebeck P., Andréasson S., Lundberg I., Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 2002; **325**: 1199–201.
93. van Os J., Bak M., Hanssen M., Bijl R. V., de Graaf R., Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol* 2002; **156**: 319–27.
94. Henquet C., Krabbendam L., Spauwen J., Kaplan C., Lieb R., Wittchen H. *et al*. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ* 2004; **330**: 11.

95. Arseneault L., Cannon M., Poulton R., Murray R., Caspi A., Moffitt T. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 2002; **325**: 1212–13.
96. Fergusson D., Horwood L., Swain-Campbell N. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med* 2003; **33**: 15–21.
97. Moore T., Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes T., Jones P., Burke M. *et al.* Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; **370**: 319–28.
98. Degenhardt L., Hall W. D., Lynskey M. Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend* 2003; **71**: 37–48.
99. Hickman M., Vickerman P., Macleod J., Kirkbride J., Jones P. Cannabis and schizophrenia: model projections of the impact of the rise in cannabis use on historical and future trends in schizophrenia in England and Wales. *Addiction* 2007; **102**: 597–606.
100. Boydell J., van Os J., Caspi A., Kennedy N., Giouroukou E., Fearon P. *et al.* Trends in cannabis use prior to first presentation with schizophrenia, in South-East London between 1965 and 1999. *Psychol Med* 2006; **36**: 1441–6.
101. Ajdacic-Gross V., Lauber C., Warnke I., Haker H., Murray R., Rossler W. Changing incidence of psychotic disorders among the young in Zurich. *Schizophr Res* 2007; **95**: 9–18.
102. Saha S., Chant D., Welham J., McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLOS Med* 2005; **2**: e141.
103. Gottesman I. I. *Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness*. New York: W.H. Freeman; 1991.
104. Large M., Sharma S., Compton M. T., Slade T., Nielssen O. Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2011; **68**: 555–61.
105. Mullin K., Gupta P., Compton M. T., Nielssen O., Harris A., Large M. Does giving up substance use work for patients with psychosis? A systematic meta-analysis. *Aust NZ J Psychiatry* 2012; **46**: 826–39.
106. Kuepper R., van Os J., Lieb R., Wittchen H. U., Hofler M., Henquet C. Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. *BMJ* 2011; **342**: d738.
107. Degenhardt L., Hall W. D., Lynskey M., Coffey C., Patton G. The association between cannabis use and depression: a review of the evidence. In: Castle D., Murray R., D'Souza D., editors. *Marijuana and Madness*, 2nd edn. New York: Cambridge University Press; 2012, pp. 114–28.
108. Manrique-Garcia E., Zammit S., Dalman C., Hemmingsson T., Allebeck P. Cannabis use and depression: a longitudinal study of a national cohort of Swedish conscripts. *BMC Psychiatry* 2012; **12**: 112. doi: 10.1186/471-244X-12-112.
109. Fergusson D., Horwood L. Early-onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction* 1997; **92**: 279–96.
110. Horwood L., Fergusson D., Coffey C., Patton G., Tait R., Smart D. *et al.* Cannabis and depression: an integrative data analysis of four Australasian cohorts. *Drug Alcohol Depend* 2012; **126**: 369–78.
111. Lai H., Sitharthan T. Exploration of the comorbidity of cannabis use disorders and mental health disorders among inpatients presenting to all hospitals in New South Wales, Australia. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2012; **38**: 567–74.
112. Lev-Ran S., Le F. B., McKenzie K., George T. P., Rehm J. Bipolar disorder and co-occurring cannabis use disorders: characteristics, co-morbidities and clinical correlates. *Psychiatry Res* 2013; **209**: 459–65. doi: 10.1016/j.psychres.2012.12.014.
113. Silberberg C., Castle D., Koethe D. Cannabis, cannabinoids, and bipolar disorder. In: Castle D., Murray R., D'Souza D., editors. *Marijuana and Madness*, 2nd edn. New York: Cambridge University Press; 2012, pp. 129–36.

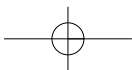
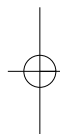
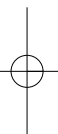
114. Agrawal A., Nurnberger J. I. Jr, Lynskey M. T. Cannabis involvement in individuals with bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2011; **185**: 459–61.
115. Henquet C., Krabbendam L., de Graaf R., ten Have M., van Os J. Cannabis use and expression of mania in the general population. *J Affect Disord* 2006; **95**: 103–10.
116. Beautrais A., Joyce P., Mulder R. Cannabis abuse and serious suicide attempts. *Addiction* 1999; **94**: 1155–64.
117. van Ours J. C., Williams J., Fergusson D., Horwood L. J. Cannabis use and suicidal ideation. *J Health Econ* 2013; **32**: 524–37.
118. Patton G., Harris J., Schwartz M., Bowes G. Adolescent suicidal behaviors: a population-based study of risk. *Psychol Med* 1997; **27**: 715–24.
119. Rasic D., Weerasinghe S., Asbridge M., Langille D. Longitudinal associations of cannabis and illicit drug use with depression, suicidal ideation and suicidal attempts among Nova Scotia high school students. *Drug Alcohol Depend* 2013; **129**: 49–53.
120. Arendt M., Munk-Jorgensen P., Sher L., Jensen S. O. Mortality following treatment for cannabis use disorders: predictors and causes. *J Subst Abuse Treat* 2013; **44**: 400–6.
121. Tetrault J., Crothers K., Moore B., Mehra R., Concato J., Fiellin D. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review. *Arch Intern Med* 2007; **167**: 221–8.
122. Owen K. P., Sutter M. E., Albertson T. E. Marijuana: respiratory tract effects. *Clin Rev Allergy Immunol* 2013; **46**: 65–81.
123. Tashkin D., Baldwin G., Sarafian T., Dubinett S., Roth M. D. Respiratory and immunologic consequences of marijuana smoking. *J Clin Pharmacol* 2002; **42**: 71S–81.
124. Taylor D., Fergusson D., Milne B., Horwood L., Moffitt T., Sears M. *et al.* A longitudinal study of the effects of tobacco and cannabis exposure on lung function in young adults. *Addiction* 2002; **97**: 1055–61.
125. Pletcher M., Vittinghoff E., Kalhan R., Richman J., Safford M., Sidney S. *et al.* Association between marijuana exposure and pulmonary function over 20 years. *JAMA* 2012; **307**: 173–81.
126. Tashkin D. Smoked marijuana as a cause of lung injury. *Monaldi Arch Chest Dis* 2005; **63**: 93–100.
127. Aldington S., Williams M., Nowitz M., Weatherall M., Pritchard A., McNaughton A. *et al.* Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax* 2007; **62**: 1058–63.
128. Jones R. Cardiovascular system effects of marijuana. *J Clin Pharmacol* 2002; **42**: 58S–63.
129. Sidney S. Cardiovascular consequences of marijuana use. *J Clin Pharmacol* 2002; **42**: 64S–70.
130. Gottschalk L., Aronow W., Prakash R. Effect of marijuana and placebo-marijuana smoking on psychological state and on psychophysiological and cardiovascular functioning in angina patients. *Biol Psychiatry* 1977; **12**: 255–66.
131. Mittleman M. A., Lewis R., Maclure M., Sherwood J., Muller J. Triggering myocardial infarction by marijuana. *Circulation* 2001; **103**: 2805–09.
132. Mukamal K., Maclure M., Muller J., Mittleman M. An exploratory prospective study of marijuana use and mortality following acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2008; **155**: 465–70.
133. Jouanjus E., Leymarie F., Tubery M., Lapeyre-Mestre M. Cannabis-related hospitalizations: unexpected serious events identified through hospital databases. *Br J Clin Pharmacol* 2011; **71**: 758–65.
134. MacPhee D. Effects of marijuana on cell nuclei: a review of the literature relating to the genotoxicity of cannabis. In: Kalant H., Corrigall W., Hall W. D., Smart R., editors. *The Health Effects of Cannabis*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 1999, pp. 435–58.

135. Marselos M., Karamanakos P. Mutagenicity, developmental toxicity and carcinogenicity of cannabis. *Addict Biol* 1999; **4**: 5–12.
136. Chan P. C., Sills R. C., Braun A. G., Haseman J. K., Bucher J. R. Toxicity and carcinogenicity of delta 9-tetrahydrocannabinol in Fischer rats and B6C3F1 mice. *Fundam Appl Toxicol* 1996; **30**: 109–17.
137. Leuchtenberger C. Effects of marijuana (cannabis) smoke on cellular biochemistry of *in vitro* test systems. In: Fehr K., Kalant H., editors. *Cannabis and Health Hazards*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1983, pp. 177–224.
138. Moir D., Rickert W., Levasseur G., Larose Y., Maertens R., White P. *et al.* A comparison of mainstream and sidestream marijuana and tobacco cigarette smoke produced under two machine smoking conditions. *Chem Res Toxicol* 2008; **21**: 494–502.
139. Tashkin D. Effects of cannabis on the respiratory system. In: Kalant H., Corrigan W., Hall W. D., Smart R., editors. *The Health Effects of Cannabis*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 1999, pp. 311–45.
140. Sidney S., Quesenberry C., Friedman G., Tekawa I. Marijuana use and cancer incidence (California, United States). *Cancer Causes Control* 1997; **8**: 722–8.
141. Zhang Z., Morgenstern H., Spitz M., Tashkin D., Yu G., Marshall J. *et al.* Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999; **8**: 1071–8.
142. Hashibe M., Straif K., Tashkin D., Morgenstern H., Greenland S., Zhang Z. Epidemiologic review of marijuana use and cancer risk. *Alcohol* 2005; **35**: 265–75.
143. Mehra R., Moore B., Crothers K., Tetrault J., Fiellin D. The association between marijuana smoking and lung cancer: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006; **166**: 1359–67.
144. Berthiller J., Straif K., Boniol M., Voirin N., Benhaim-Luzon V., Ayoub W. B. *et al.* Cannabis smoking and risk of lung cancer in men: a pooled analysis of three studies in Maghreb. *J Thorac Oncol* 2008; **3**: 1398–403.
145. Aldington S., Harwood M., Cox B., Weatherall M., Beckert L., Hansell A. *et al.* Cannabis use and risk of lung cancer: a case-control study. *Eur Respir J* 2008; **31**: 280–6.
146. Hashibe M., Morgenstern H., Cui Y., Tashkin D., Zhang Z., Cozen W. *et al.* Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers: results of a population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; **15**: 1829–34.
147. Callaghan R. C., Allebeck P., Sidorchuk A. Marijuana use and risk of lung cancer: a 40-year cohort study. *Cancer Causes Control* 2013; **24**: 1811–20.
148. Robinson L., Buckley J., Daigle A., Wells R., Benjamin D., Arthur D. *et al.* Maternal drug use and the risk of childhood nonlymphoblastic leukemia among offspring: an epidemiologic investigation implicating marijuana. *Cancer* 1989; **63**: 1904–11.
149. Grufferman S., Schwartz A. G., Ruyman F. B., Maurer H. M. Parents' use of cocaine and marijuana and increased risk of rhabdomyosarcoma in their children. *Cancer Causes Control* 1993; **4**: 217–24.
150. Kuijten R. R., Bunin G. R., Nass C. C., Meadows A. T. Parental occupation and childhood astrocytoma—results of a case control study. *Cancer Res* 1992; **52**: 782–86.
151. Reis L., Eisner M., Kosary C., Hankey B., Miller B., Clegg L. *et al.*, editors. *SEER Cancer Statistics Review, 1973–1997*. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2000.
152. Smith M. A., Gloekler-Reiss L. A., Reis L., Gurney J., Ross J. Leukemia. In: Reis L., Eisner M., Kosary C., Hankey B., Miller B., Clegg L. *et al.*, editors. *SEER Cancer Statistics Review, 1973–1997*. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2000, pp. 17–34.

153. Gurney J., Young J., Roffers S., Smith M. A., Bunin C. Soft tissue sarcomas. In: Reis L., Eisner M., Kosary C., Hankey B., Miller B., Clegg L. *et al.*, editors. *SEER Cancer Statistics Review, 1973–1997*. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2000, pp. 11–123.
154. Daling J. R., Doody D. R., Sun X., Trabert B. L., Weiss N. S., Chen C. *et al.* Association of marijuana use and the incidence of testicular germ cell tumors. *Cancer* 2009; **115**: 1215–23.
155. Lacson J. C., Carroll J. D., Tuazon E., Castelao E. J., Bernstein L., Cortessis V. K. Population-based case-control study of recreational drug use and testis cancer risk confirms an association between marijuana use and nonseminoma risk. *Cancer* 2012; **118**: 5374–83.
156. Trabert B., Sigurdson A. J., Sweeney A. M., Strom S. S., McGlynn K. A. Marijuana use and testicular germ cell tumors. *Cancer* 2011; **117**: 848–53.
157. Hall W. D., Swift W. The THC content of cannabis in Australia: evidence and implications. *Aust NZ J Public Health* 2000; **24**: 503–08.
158. Slade D., Mehmedic Z., Chandra S., ElSohly M. Is cannabis becoming more potent? In: Castle D., Murray R., D'Souza D., editors. *Marijuana and Madness*, 2nd edn. New York: Cambridge University Press; 2012, pp. 35–52.
159. Mehmedic Z., Chandra S., Slade D., Denham H., Foster S., Patel A. S. *et al.* Potency trends of Delta9-THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008. *J Forensic Sci* 2010; **55**: 1209–17.
160. Atakan Z. Cannabis, a complex plant: different compounds and different effects on individuals. *Ther Adv Psychopharmacol* 2012; **2**: 241–54.
161. van der Pol P., Liebrechts N., Brunt T., van Amsterdam J., de Graaf R., Korf D. J. *et al.* Cross-sectional and prospective relation of cannabis potency, dosing and smoking behaviour with cannabis dependence: an ecological study. *Addiction* 2014; **109**: 1101–9.
162. Fergusson D. M., Horwood L. J., Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction* 2002; **97**: 1123–35.
163. Patton G. C., Coffey C., Carlin J. B., Degenhardt L., Lynskey M. T., Hall W. D. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* 2002; **325**: 1195–98.
164. Swift W., Coffey C., Carlin J. B., Degenhardt L., Patton G. C. Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood. *Addiction* 2008; **103**: 1361–70.
165. Wittchen H. U., Frohlich C., Behrendt S., Gunther A., Rehm J., Zimmermann P. *et al.* Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2007; **88**: S60–70.



112 *Εξαγορές*

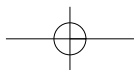
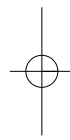






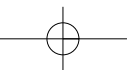
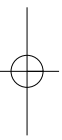
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ  
FOR THE READERS

3





114 *Εξαρθήσεις*



## ΧΩΡΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ΤΕΧΝΗ

ΑΝΤΩΝΗΣ ΠΑΡΙΟΣ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ, ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ, ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ  
ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ

ΙΩΑΝΝΑ ΒΑΛΣΑΜΙΔΟΥ, Μ.Α. ΨΥΧΟΔΡΑΜΑΤΙΣΤΡΙΑ, ΔΡΑΜΑΤΟΥΡΓΟΣ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ

*Η σύμπραξη των δύο φορέων συνεχίζεται, με σύμφωνο συνεργασίας που έχει υπογραφεί μέχρι τον Ιούνιο 2016. Την επιστημονική επίβλεψη έχει ο Αντώνης Πάριος, Υπεύθυνος ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ. Την οργάνωση, συντονισμό και καλλιτεχνική επιμέλεια του Χώρου Δράσης έχει η Ιωάννα Βαλσαμίδου, θεραπεύτρια ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ, ψυχοδραματίστρια και ηθοποιός, η οποία είχε την ιδέα της σύμπραξης. Μέχρι τον Ιούλιο 2015, συνεργάστηκε η Στέλλα Ράπτη, υπεύθυνη του Θεάτρου «Κατ' Οίκων» Εθνικού Θεάτρου, ηθοποιός. Η συνεργασία του Εθνικού Θεάτρου και του ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ, στα πλαίσια του Χώρου Δράσης, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον ερευνητών, ως ένα επιτυχημένο μοντέλο σύμπραξης φορέων κοινωνικής φροντίδας και πολιτισμού. Ενδεικτικά, παρουσιάσεις έχουν πραγματοποιηθεί σε διεθνή συνέδρια (Really Useful Theatre-Βερολίνο, 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής- Αθήνα), ενώ άρθρο των συγγραφέων θα συμπεριληφθεί στην έκδοση της Ιατρικής Σχολής Αθηνών «Ψυχοθεραπεία μέσω Τέχνης στην Ψυχιατρική». Αναφορές έχουν γίνει από ερευνητές στους τομείς του εφαρμοσμένου και κοινωνικού θεάτρου και πολιτισμού.*

### Π ε ρ ί λ η ψ η

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να παρουσιαστεί το πλαίσιο συνεργασίας ενός φορέα κοινωνικής φροντίδας, με έναν φορέα πολιτισμού, και συγκεκριμένα του ανοιχτού Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ και του Εθνικού Θεάτρου. Οι δύο φορείς, προσφέροντας θεατρικά εργαστήρια σε ένα μεγάλο κομμάτι των κοινωνικά ευπαθών ομάδων λειτουργούν στα πλαίσια της εν λόγω σύμπραξης με το βλέμμα στραμμένο στην κοινωνική ευαισθητοποίηση και συνοχή.

### Η ΑΥΘΟΡΜΗΤΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

Τον Οκτώβρη του 2013, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Αστέγων, το Πρόγραμμα ΑΛΦΑ του ΚΕΘΕΑ απεύθυνε κάλεσμα στην δράση «Κατ' Οίκων» του Εθνικού Θεάτρου, με στόχο την πραγματοποίηση μίας από κοινού δράσης με θέμα τον σύγχρονο νεο-άστεγο. Η ιδέα για το κάλεσμα βασίστηκε στην σκέψη να έρθει κοντά στην θεατρική πράξη ένα μεγάλο τμήμα των κοινωνικά ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων.

Το πρώτο αυτό εγχείρημα, με τον τίτλο «Άστεγος, μία έννοια προς διερεύνηση» πραγματοποιήθηκε στον χώρο του ΑΛΦΑ και απευθύνθηκε στους θεραπευόμενους του Θεραπευτικού Προγράμματος, δηλαδή σε εξαρτημένα άτομα από το αλκοόλ ή τα τυχερά παιχνίδια, ως μία ανοιχτή «συνομιλία» με το πρόσωπο του σύγχρονου νέο-αστέγου. Μέχρι το τέλος του 2013, ζητήθηκαν από τους θεραπευόμενους, σχεδιάστηκαν και υλοποιή-

θηκαν ακόμη δύο θεατρικά εργαστήρια: το «Ένα ψέμα που λέει πάντα την αλήθεια», με θέμα τα όρια μεταξύ αλήθειας και ψεύδους, σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, και το «Αυτό δεν θα τύχει ποτέ σε εμένα», στο οποίο έγινε δραματοποίηση πραγματικών αφηγήσεων παιδιών που μεγάλωσαν σε οικογένειες με εξαρτημένους από ουσίες γονείς. Όλα τα εργαστήρια εμπεριείχαν αφήγηση, δραματοποίηση, στοιχεία αυτοσχεδιασμού και αλληλεπίδραση με το κοινό – συμμετέχοντες, συζήτηση. Το feedback των συναντήσεων υπογράμμισε την αξία της θεατρικής εμπειρίας, ως βιωματικής διαδικασίας, που εγγράφεται σε βαθύτερο επίπεδο από το καθαρά νοητικό, ενώ ενεργοποιεί συναισθήματα μέσα από τις προσωπικές ιστορίες.

#### Ο ΧΩΡΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

Ιδρύθηκε τον Μάρτιο 2014. Η συνεργασία των δύο φορέων έδωσε την δυνατότητα διεύρυνσης του πεδίου των αποδεκτών του: όλες οι ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες - άστεγοι, πρόσφυγες, μετανάστες, φυλακισμένοι & αποφυλακισμένοι, εξαρτημένοι κ.α., άτομα με κινητικά και νοητικά προβλήματα - θα μπορούσαν πλέον να λάβουν μέρος στα θεατρικά εργαστήρια. Με την συνεργασία το Εθνικό Θέατρο παραχώρησε χώρο και εξοπλισμό του κτιρίου Τσίλλερ. Επιπλέον, ο Χώρος Δράσης ξεκίνησε να ταξιδεύει τόσο στην περιφέρεια, όσο και «επί τόπου» στους χώρους όπου βρίσκονται οι ευάλωτες ομάδες, όπως οι φυλακές κ.ά. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο προϋπολογισμός της δράσης ήταν εξ' αρχής και παρέμεινε σχεδόν μηδενικός, περιοριζόμενος κυρίως στα πάγια έξοδα λειτουργίας των χώρων δράσης. Πρόκειται δηλαδή για ένα non-budget εγχείρημα που παρέχει τις υπηρεσίες του δωρεάν και λειτουργεί μέχρι σήμερα συμπεριλαμβάνοντας συμβολή εθελοντών και του προσωπικού των δύο φορέων.

#### ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΧΩΡΟΥ ΔΡΑΣΗΣ

Οκτώβριος 2013 - Ιούλιος 2015

#### ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ:

- ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ
- ΚΕΘΕΑ MOSAIC
- ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ – Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού
- ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ – Χανιά Κρήτης
- ΣΧΕΔΙΑ
- ΟΚΑΝΑ
- Πανελλήνιος Σύλλογος Παραπληγικών
- Very Special Arts, Athens

ΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ:

*«Άστεγος: μια έννοια προς εξερεύνηση»*

Συμμετέχοντες: θεραπευόμενοι στο χώρο του ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ

Κείμενα:

- Ας φρόντιζαν - Κ.Π. Καβαφης
- Προμηθέας Δεσμώτης - Αισχύλος
- Πέρσες - Αισχύλος
- Βασιλιάς Ληρ - Γ. Σαίξπηρ
- Δον Κιχώτης - Μ. Θερβάντες
- Αποσπάσματα από τον ημερήσιο έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο με πραγματικές μαρτυρίες

Βίντεο:

- Συρραφή εικόνων και ήχων της Έφφης Αλεξάνδρου, με θέμα τον σύγχρονο νέο-άστεγο
- Απόσπασμα από την τηλεοπτική μεταφορά του «Εκείνος & Εκείνος», Κ. Μουρσελά

Σύνοψη:

Το εργαστήρι αποτελεί μία ανοιχτή «συνομιλία» με τον σύγχρονο νέο-άστεγο, τον οποίο υποδύεται ηθοποιός. Η δομή και το περιεχόμενο του ρόλου συγκροτήθηκε από πραγματικές μαρτυρίες, μετά από έρευνα. Δεν περιέχει στοιχεία θεατρικής παράστασης, υπό την κλασική έννοια της σχέσης θεατή - θεώμενου. Πυρήνας της συνάντησης ήταν ο αυτοσχεδιασμός του ηθοποιού σε ρόλο αστέγου, κάτω από το βλέμμα των ανυποψίαστων συμμετεχόντων, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται η ζωντανή αλληλεπίδραση και συνομιλία με το πρόσωπο αυτό. Σταδιακά, και ενώ πραγματοποιείται η «αποκάλυψη» της θεατρικής σύμβασης, οι συμμετέχοντες μετατοπίζονται σε ενεργή εμπλοκή με την θεατρική πράξη.

*«Ένα ψέμα που λέει πάντα την αλήθεια»*

Συμμετέχοντες: εξαρτημένες φυλακισμένες στις Γυναικείες φυλακές Κορυδαλλού, θεραπευόμενοι στον χώρο του ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ, και εξαρτημένα άτομα σε χρήση στον χώρο του ΟΚΑΝΑ.

Κείμενα:

- Ο ψεύτης - Ζαν Κοκτώ

Σύνοψη:

Προσομοίωση αίθουσας δικαστηρίου. Οι συμμετέχοντες παρακολουθούν την απολογία δύο κατηγορουμένων για ακατάσχετη ψευδολογία. Οι απολογίες των δύο προσώπων είναι λέξη προς λέξη πανομοιότυπες, αλλά η οπτική τους για το όριο που διαχωρίζει την αλήθεια από το ψέμα εκ διαμέτρου αντίθετη. Οι συμμετέχοντες καλούνται να λάβουν θέση με την ψήφο τους και να αναλάβουν την ευθύνη για την ετυμηγορία, δηλ., να αναστοχαστούν για τη δική τους σχέση με τις δύο έννοιες.

118 *Εξαρτήσεις*

«Αυτό δεν θα συμβεί ποτέ σε μένα»

Συμμετέχοντες: εξαρτημένοι συγγενείς στο χώρο του ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ

Κείμενα:

- Μαρτυρίες παιδιών εξαρτημένων οικογενειών

Σύνοψη:

Μια θεατρική παράσταση βασισμένη στη δραματοποίηση πραγματικών μαρτυριών παιδιών που έχουν μεγαλώσει σε οικογένειες με εξαρτημένους γονείς.

«Αγάπης αγώνας άγονος», κύκλος 3 ή 5 συναντήσεων

Συμμετέχοντες: άτομα με κινητικά προβλήματα, εξαρτημένα άτομα στον χώρο του Εθνικού Θεάτρου και άτομα = ζευγάρια, στον χώρο του ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ

Κείμενα:

- Ο αγαπητικός της βοσκοπούλας - Δ. Κορομηλάς
- Λαϊκή αφήγηση για την προέλευση του τραγουδιού «Βάτους κι αγκάθια», από την περιοχή Τρικόρφου Ναυπακτίας.
- Όνειρο καλοκαιρινής νύχτας - Γ. Σαίξπηρ
- Λαχταρώ - Σ. Κέιν
- Ματωμένος γάμος - Φ. Γκ. Λόρκα
- Δημοτική ποίηση από τη συλλογή του Λίνου Πολίτη

Σύνοψη:

Οι συμμετέχοντες επεξεργάστηκαν το θαυμαστό κόσμο του έρωτα και της συντροφικής σχέσης στις διαφορετικές της εκφάνσεις: προδοσία, αποχωρισμό, δέσμευση, ερωτικό παιχνίδι. Τα κείμενα αποτελούν το πλαίσιο για τη δημιουργία ενός φανταστικού κόσμου μέσα στον οποίον οι συμμετέχοντες γράφουν μια καινούρια αφήγηση για τον εαυτό τους και τον έρωτα.

«Ντροπή, ο μασκαρεμένος φόβος», κύκλος 3 συναντήσεων

Συμμετέχοντες: εξαρτημένες φυλακισμένες γυναίκες στον χώρο των Γυναικείων Φυλακών Κορυδαλλού, εξαρτημένα άτομα στον χώρο του ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ στα Χανιά Κρήτης, πρόσφυγες – μετανάστες, άστεγοι, άτομα με κινητικά προβλήματα, έφηβοι με νοητική υστέρηση, εξαρτημένα άτομα, καθώς και οι συνοδοί όλων των παραπάνω πληθυσμιακών ομάδων, στον χώρο του Εθνικού Θεάτρου.

Κείμενα:

- Ιππόλυτος στεφανηφόρος – Ευριπίδης
- Έγκλημα και τιμωρία – Φ. Ντοστογιέφσκι
- Ο παίκτης - Φ. Ντοστογιέφσκι
- Ένα ηλιόλουστο πρωινό - Χ. & Σ. Κιντέρο

Με αφορμή τα λογοτεχνικά κείμενα, οι συμμετέχοντες καλούνται να ασκηθούν σε διαφορετικά επίπεδα έκθεσης, χρησιμοποιώντας ως εργαλεία τον θεατρικό, τον μουσικό, και τον κινητικό αυτοσχεδιασμό.

#### ΜΙΑ ΜΑΡΤΥΡΙΑ

Λίγες μέρες μετά την ολοκλήρωση της δράσης, η Α.Κ., θεραπευόμενη και συμμετέχουσα στο εργαστήριο για τον σύγχρονο νε-άστεγο, προσκόμισε στο Πρόγραμμα επιστολή, στην οποία μεταξύ άλλων αναφέρει:

«Με αφορμή το θεατρικό που παρακολούθησα στις 24 Οκτωβρίου 2013 ήθελα να εκφράσω την επίδραση που είχε επάνω μου. Πρώτη φορά ένιωσα - σκέφθηκα - αισθάνθηκα... Ίσως να με καταλάβετε αν σας περιγράψω τη συνέχεια της βραδιάς: Περπάτησα την οδό Πανεπιστημίου βράδυ, μόνη μου. Πρώτη φορά μετά από πολλά χρόνια, ανέβηκα τα σκαλιά στο κλιμακοστάσιο του σπιτιού μου, συνεπαρμένη από τη χαρά του θεατρικού, χωρίς να θυμηθώ να ανάψω το φως. Σημειώνω ότι πάντα ανεβαίνω ερευνητικά, ορμώμενη από τις επιθέσεις του αδελφού μου και από μία επίθεση αγνώστου που είχα στα 22 μου... Ήτανε ώρες που το σώμα μου, το πνεύμα μου και η ψυχή μου συναντήθηκαν για να καταλήξω στο συμπέρασμα πως η ζωή είναι σημαντική... Αντί «ευχαριστώ» δεχθείτε το εξής: Χαίρομαι που υπάρχει ζωή χωρίς βία, χωρίς μαυρίλα... Ήτανε οξυγόνο ψυχής και σώματος».

Καλλιτεχνική αδεία, λοιπόν, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το εν λόγω θεατρικό εργαστήριο αποτέλεσε μία «πρόβα» για την υγιέστερη λειτουργία του ατόμου στο εξωτερικό περιβάλλον.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επαφή με την τέχνη, και ειδικότερα με την θεατρική πράξη, αποτελεί εμπειρία που ενθαρρύνει την ανάδυση συναισθημάτων σε βαθύτερο επίπεδο από το καθαρά νοητικό. Αναγνωρίζοντας το δίπτυχο άτομο – κοινωνία και την διαλεκτική τους σχέση, η λειτουργία του Χώρου Δράσης είναι διττή. Στοχεύει αφενός στο ατομικό επίπεδο, ώστε να επιτευχθεί η βιωματική σύνδεση που θα μειώσει τους αμυντικούς μηχανισμούς των συμμετεχόντων και θα οδηγήσει σε αναστοχασμό, διάλογο και αναπλαισίωση. Σε συλλογικό επίπεδο, μέσα από την εμπειρία της θεατρικής πράξης και των κειμένων επιχειρείται μια πολύπλευρη διερεύνηση ζητημάτων, ώστε να αναδυθούν ερωτήσεις σχετικά με το εφήμερο, την φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την στέρηση βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, την έλλειψη ελπίδας και προοπτικής και την μεγέθυνση των κοινωνικών ανισοτήτων.

Ο αριθμός των συμμετεχόντων αλλά και ο βαθμός προσωπικής εμπλοκής τους με την θεατρική πράξη εντάθηκε σημαντικά στα πρώτα αυτά στάδια, εμπλουτίζοντας τα εργαστήρια με στιγμές, οι οποίες, πέρα από την προσωπική και ομαδική ανάπτυξη, είχαν και καλλιτεχνικό ενδιαφέρον. Η αξιοποίηση της διαδραστικής θεατρικής εμπειρίας, ως βιωματικής διαδικασίας, δημιουργεί το υπόβαθρο στο άτομο ώστε να εκφραστεί με λόγο για το φορτίο που βιώνει. Ταυτόχρονα, μέσα από την ανατροφοδότηση ενισχύονται οι δεξιότητες που συμβάλλουν στην άρση του στιγματισμού, στην κοινωνική συνοχή και στην καλλιέργεια του «ευ-συσχετίζεσθαι».

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ\*****JOANNE NEALE<sup>1</sup>**  
**ROBERT WEST<sup>2,3</sup>**Απόδοση στα ελληνικά ΤΖΙΝΗ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ  
Translation into Greek GENIE CHRISTOFILI

Οι οδηγίες για τη δημοσίευση άρθρων έχει αποδειχθεί χρήσιμη τακτική για τη βελτίωση της παρουσίασης των ερευνητικών μεθόδων και ευρημάτων. Το *Addiction* περιμένει οι συγγραφείς να παρουσιάζουν τις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες με βάση το CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) [1]. Οι συγγραφείς που επιθυμούν να παρουσιάσουν τα αποτελέσματα άλλων μεθοδολογικών προσεγγίσεων (μελέτη κοόρτης, έρευνα ασθενών-μαρτύρων, έρευνα διατομής, μη τυχαιοποιημένες αποτιμήσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις) καλούνται επίσης να συμβουλευτούν και να ακολουθήσουν τις σχετικές οδηγίες όπως STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) [2], TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Non-randomized Designs) [3] και PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) [4]. Βασικές οδηγίες για την παρουσίαση ποιοτικών μελετών περιλαμβάνονται στα COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies) [5], RATS (Qualitative Research Review Guidelines) [6] και CASP (Critical Appraisal Skills Programme) [7]. Αφού μελετήσαμε όλες αυτές τις οδηγίες θεωρήσαμε ότι χρειάζεται να δημιουργήσουμε ένα σύνολο οδηγιών ειδικότερα για το είδος των ερευνών που επιθυμούμε να δημοσιεύονται στο περιοδικό *Addiction*.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:**

Οι συγγραφείς θα πρέπει επίσης να ακολουθούν τις γενικές οδηγίες προς τους συγγραφείς όπως περιγράφονται από το *Addiction* (<http://www.addictionjournal.org/pages/authors>)

*Τίτλος και Περίληψη*

1. Ορισμός της μελέτης ως ποιοτική στον τίτλο, την περίληψη ή τις λέξεις κλειδιά
2. Διασφαλίστε ότι η 'διατυπωμένη δήλωση' (<http://addictionjournal.org/pages/writing-the-abstract>) είναι ισοδύναμη με κάποια μελέτη που αναγνωρίζει την ύπαρξη, εμφάνιση ή κατανόηση των φαινομένων, αλλά όχι την επικράτηση, το συσχετισμό ή την αιτιότητα.

\* Τίτλος Πρωτοτύπου: "Guidance for reporting qualitative manuscripts", *ADDICTION*, Volume 110, Issue 4, April 2015, Pages: 549–550

1 Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK, E-mail: joanne.neale@kcl.ac.uk

2 Cancer Research UK Health Behaviour Research Centre, University College London, London UK

3 National Centre for Smoking Cessation and Training, London, UK



### Εισαγωγή

3. Διατυπώστε το ερευνητικό ερώτημα με σαφήνεια (αντί για «ερευνητικά ερωτήματα» μπορεί να διατυπωθούν «στόχοι», οι μελέτες ωστόσο που έχουν ως αποκλειστικό στόχο την περιγραφή κάποιου φαινομένου συνήθως δεν θα γίνονται αποδεκτές –οι μελέτες θα πρέπει να παρουσιάζουν γνώση των πολιτικών, των μηχανισμών ή διαδικασιών και/ή μιας πιθανής εφαρμογής σε άλλους πληθυσμούς ή χώρους)
4. Για κάθε ερευνητικό ερώτημα/στόχο (α) εξηγήστε για ποιο λόγο είναι σημαντική η αντιμετώπισή του, (β) αναφέρετε συνοπτικά προηγούμενες σχετικές έρευνες και (εκτός αν είναι εμφανές) (γ) προσδιορίστε με ποιο τρόπο και για ποιο λόγο θα χρησιμοποιηθεί η προτεινόμενη μεθοδολογία
5. Για την πραγματοποίηση του 4, είναι σημαντικό να (α) ορίσετε τις βασικές έννοιες και (β) να προσδιορίσετε οποιαδήποτε θεωρία ή θεωρητικό πλαίσιο και τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόστηκαν

### Μεθοδολογία

6. Περιγράψτε και αιτιολογήστε το σύνολο των δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων του μεγέθους και των κριτηρίων επιλογής [σημειώστε ότι ο αριθμός των συμμετεχόντων σε μια ποιοτική μελέτη, εξαρτάται από το ερώτημα (ερωτήματα) που τίθεται]
7. Αναφέρατε πληροφορία αφορά το χώρο διεξαγωγής της έρευνας και τους συμμετέχοντες
8. Καταγράψτε τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων
9. Περιγράψτε τη διαδικασία λήψης δήλωσης συμφερόντων, της έγγραφης συγκατάθεσης για συμμετοχή και διατήρησης της ανωνυμίας
10. Αναφέρετε και αιτιολογήστε τη διαδικασία ανάλυσης (π.χ. Ανάλυση Πλαισίου, Αφηγηματική Ανάλυση, Ανάλυση Περιεχομένου, Θεμελιωμένη Θεωρία, Ανάλυση Λόγου, Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση κλπ.)
11. Περιγράψτε τη διαδικασία κωδικοποίησης των δεδομένων (συμπεριλαμβανομένης της χρήσης οποιουδήποτε λογισμικού, διπλής κωδικοποίησης, και εάν οι κωδικοί προέκυψαν επαγωγικά ή απαγωγικά)
12. Περιγράψτε με ποιο τρόπο εντοπίσατε τα θέματα και τις έννοιες από τα δεδομένα καθώς και εάν εξετάστηκαν τυχόν παρεκκλίσεις ή αρνητικά περιστατικά

### Αποτελέσματα

13. Βεβαιωθείτε ότι τα αποτελέσματα συνδέονται 1 : 1 με τα ερευνητικά ερωτήματα / στόχους
14. Παρουσιάστε τα ευρήματα από τις αναλύσεις χρησιμοποιώντας αποσπάσματα και σημειώσεις πεδίου εντός του κυρίως κειμένου, και συμπεριλάβετε τα στην καταμέτρηση των λέξεων
15. Παρουσιάστε τα αποσπάσματα και τις σημειώσεις με τέτοιο τρόπο ώστε ο αναγνώστης να μπορεί να αξιολογήσει το εύρος των δηλώσεων/απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες (π.χ. κωδικοποιήστε με μοναδικό τρόπο κάθε συμμετέχοντα και παρουσιάστε βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως είναι το φύλο και η ηλικία)
16. Βεβαιωθείτε ότι η διαφοροποίηση μεταξύ των δεδομένων και της όποιας ερμηνείας από τον ερευνητή είναι σαφής

122 *Εξαρτήσεις*

17. Διασφαλίστε την ανωνυμία των συμμετεχόντων
18. Προσπαθήστε να διασφαλίσετε τη μέγιστη δυνατή διαφάνεια αναφορικά με τον αριθμό των συμμετεχόντων που έδωσαν συγκεκριμένες απαντήσεις ή είδος απαντήσεων χωρίς να προβαίνετε σε ισχυρισμούς που μπορεί να ερμηνευθούν ως εκτιμήσεις επικράτησης

*Συζήτηση και Συμπεράσματα*

19. Συνοψίστε τα ευρήματα σε συνάρτηση με τα ερευνητικά ερωτήματα /στόχους.
20. Για κάθε ένα από τα ευρήματα, συζητήστε πιθανές επεκτάσεις λαμβάνοντας υπόψη την εναρμόνιση ή παρέκκλιση από το προσδοκώμενο ή από παρόμοιες μελέτες
21. Υποδείξτε ποια περαιτέρω έρευνα θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί με στόχο να επιβεβαιώσει ή να επεκτείνει κάθε εύρημα
22. Παρουσιάστε τυχόν περιορισμούς της μελέτης όσον αφορά (α) το χώρο, (β) το δείγμα/το σύνολο των δεδομένων ή τη διαδικασία λήψης του δείγματος/δεδομένων, (γ) τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγκέντρωση των απαντήσεων ή πιθανές προκαταλήψεις στην απάντηση, (δ) πληροφορίες που δεν λήφθηκαν αλλά μπορεί να είναι σχετικές και (ε) τις μεθόδους ανάλυσης
23. Αναφέρετε τα βασικά συμπεράσματα με όρους που ταιριάζουν με τη διατυπωμένη δήλωση από την περίληψη και αποσαφηνίστε τη σημαντικότητα και την καινοτομία των ευρημάτων

Οι οδηγίες του Πίνακα 1 έχουν στόχο να υποστηρίξουν τους συγγραφείς του περιοδικού *Addiction* παρουσιάζοντας τις γενικές προσδοκίες παρουσίασης μιας ποιοτικής μελέτης. Ο ευρύτερος στόχος είναι να διασφαλιστεί ένας βαθμός συνέπειας όσον αφορά τα στάνταρ με τα άλλα είδη δημοσιεύσεων που πραγματοποιούνται από το περιοδικό, να βοηθηθούν οι ερευνητές ποιοτικών μελετών κατά την προετοιμασία άρθρου τους προς δημοσίευση, καλώντας τους να εξετάσουν με προσοχή όλες τις πτυχές του σχεδιασμού και ανάλυσης της μελέτης τους, αλλά και να βοηθήσει τους αναγνώστες και κριτικούς αναγνώστες στην αξιολόγηση των ποιοτικών άρθρων που δημοσιεύονται από το περιοδικό. Η ερμηνεία της κάθε οδηγίας είναι ανοιχτή και ενθαρρύνεται από τον κάθε συγγραφέα ξεχωριστά, ανάλογα με τη μεθοδολογία και την προσέγγισή του, επίσης οι συγγραφείς παροτρύνονται να συμβουλευτούν και άλλες δημοσιευμένες οδηγίες σχετικά με τη δημοσίευση ποιοτικών ερευνών. Φυσικά όπως ισχύει πάντα, οποιαδήποτε σχόλια ή ανατροφοδότηση είναι ευπρόσδεκτα.

## ΑΝΤΙΚΡΟΥΟΜΕΝΑ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΑ

Joanne Neale: Κανένα. Ο Robert West έχει λάβει έξοδα μετακίνησης και φιλοξενίας, και έχει αναλάβει έρευνες και συμβουλευτικές υπηρεσίες από φαρμακευτικές εταιρίες που κατασκευάζουν ή ερευνούν προϊόντα που βοηθούν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Αυτά τα προϊόντα περιλαμβάνουν θεραπείες υποκατάστασης της Νικοτίνης και Zyban (bupropion). Συνεπώς έχει απολαβές προσωπικά αλλά και ο οργανισμός του. Αναλαμβάνει και πραγματοποιεί ομιλίες και εκπαίδευση σχετικά με μεθόδους διακοπής του καπνίσματος κάτι που αποφέρει έσοδα στον ίδιο προσωπικά αλλά και στον οργανισμό του. Έχει λάβει επιχορηγήσεις για ερευνητικούς σκοπούς από ιατρικούς αφιλοκερδείς συλλόγους και κυβερνητικές υπηρεσίες.

### Παραπομπές

---

1. Moher D., Schulz K. F., Altman D. G. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* 2001; 357: 1191–4.
2. von Elm E., Altman D. G., Egger M., Pocock S. J., Gtzsche P. C., Vandenbroucke J. P., STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008; 61: 344–9.
3. Des Jarlais D. C., Lyles C., Crepaz N., the TREND Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health* 2004; 94: 361–6.
4. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. G., the PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *BMJ* 2009; 339: b2535. DOI: 10.1136/bmj.b2535
5. Tong A., Sainsbury P., Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19: 349–57.
6. Clark J. P.. How to peer review a qualitative manuscript. In: Godlee F., Jefferson T. editors. *Peer Review in Health Sciences*, 2nd edn. London: BMJ Books; 2003, pp. 219–35.
7. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Qualitative research checklist 31.05.13. Available at: [http://www.cas-pinternational.org/mod\\_product/uploads/CASP%20Qualitative%20Research%20Checklist%2031.05.13.pdf](http://www.cas-pinternational.org/mod_product/uploads/CASP%20Qualitative%20Research%20Checklist%2031.05.13.pdf) (accessed 13 January 2015).

## 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 απαραίτητα 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 γραμματοσειρά 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 περίληψη. 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

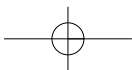
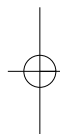
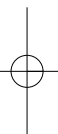
Είναι όρος της παρούσας έκδοσης οι συγγραφείς να διατηρούν τα πνευματικά δικαιώματα από τα άρθρα που προσκομίζουν. Ωστόσο ο οργανισμός διατηρεί κάθε δικαίωμα για πλήρη δημοσίευση και διάδοση του άρθρου και του περιοδικού σε όσο το δυνατόν ευρύτερο αναγνωστικό κοινό, τόσο σε έντυπη όσο και σε ηλεκτρονική 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 ΤΕΤΑΡΤΟ ΤΕΥΧΟΣ  
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ  
*ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ*  
ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΤΟΝ ΙΟΥΝΙΟ ΤΟΥ 2015  
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 ΧΡΗΣΤΟΦΙΛΗ	<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



128 *Εξαγγελίες*





**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: **GR480110117000011729600012**

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](mailto:exartisis@kethea.gr)

## Order Form

**EXARTISIS**  
 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

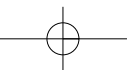
Annual Student Subscription  € 10.00

### 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](mailto: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.

**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.

**ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ (04/2014)**

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

**CIRCULATION (04/2014)**

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