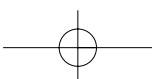
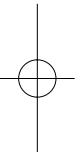
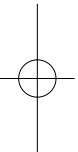


ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ • Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ • ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ
DRUG ADDICTION IN GREECE • INTERNATIONAL EXPERIENCE • FOR THE READERS



Ιδιοκτησία

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

Εκδότης-Διευθυντής

Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ

Αναπληρώτρια Διευθύντρια Έκδοσης

Άννα ΤΣΙΜΠΟΥΚΛΗ

Συντακτική Ομάδα

Σταματία ΑΛΙΦΡΑΓΚΗ, Ρέμος ΑΡΜΑΟΣ,
Ελένη ΑΡΓΥΡΙΑΔΟΥ, Μίρκα ΓΟΝΤΙΚΑ,
Μαρίνα ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ, Ειρήνη ΚΑΤΣΑΜΑ,
Γεωργία ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ

Σύμβουλος Έκδοσης

Griffith EDWARDS, Εκδότης του *Addiction*

Διεθνής Συμβουλευτική Επιτροπή

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

Επιστημονική Επιτροπή Έκδοσης

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

Publishing Body

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

Editor in Chief

Gerassimos NOTARAS

Assistant Editor

Anna TSIBOUKLI

Editorial Group

Stamatia ALIFRAGI, Remos ARMAOS,
Eleni ARGYRIADOU, Mirka GONTIKA,
Marina DASKALOPOULOU, Eirini KATSAMA,
Georgia CHRISTOFILI

Consultant Editor

Griffith EDWARDS, Editor in Chief of *Addiction*

International Editorial Advisory Group

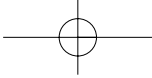
David DEITCH, Professor of Clinical Psychiatry,
University of California San Diego
Demetrius IATRIDIS, Professor, Social Policy Planning,
Boston College Graduate School of Social Work
Edward KAUFMAN, Professor of Clinical Psychiatry,
University of California, Irvine and Editor of the
American Journal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

National Editorial Advisory Group

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

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

	Εκδοτικό σημείωμα - Editorial	5
	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ με τον Marc Schuckit – INTERVIEW with Marc Schuckit	7
1	ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - DRUG ADDICTION IN GREECE	
	Ένα μοντέλο ολιστικής προσέγγισης πρωτογενούς πρόληψης στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η εφαρμογή του σε δημοτικό σχολείο της Αθήνας. Ioanna Kyritsi, Sotiria Tsiotra, <i>A model of integrated approach of primary prevention in primary education. Its implementation in a primary school of Athens</i> Ioanna Kyritsi and Sotiria Tsiotra	19
	Προβλήματα και δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι πρώην χρήστες από το πρόγραμμα «ΝΟΣΤΟΣ» κατά τη διαδικασία ένταξης τους στην αγορά εργασίας Εύη Μαλάμογλου <i>Obstacles and problems faced by ex-drug users form NOSTOS Treatment Programme in the process of vocational rehabilitation</i> Evi Malamoglou	36
2	Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ – INTERNATIONAL EXPERIENCE	
	Ενίσχυση της κινητοποίησης και εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης της χρήσης κοκαΐνης: η επίδραση στα αποτελέσματα της χρήσης ουσιών <i>Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes</i> Damaris J. Rohsenow, Peter M. Monti, Rosemarie A. Martin, Suzanne M. Colby, Mark G. Myers, Suzy B. Gulliver, Richard A. Brown, Timothy I. Mueller, Alan Gordon and David B. Abrams	47
	Στις ομάδες 12-βημάτων, η προσφορά βοήθειας βοηθάει αυτόν που την προσφέρει <i>In Twelve-step Groups, Helping Helps the Helper</i> Sarah E. Zemore, Lee Ann Kashutas and Lyndsay N. Ammon	74
3	ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ – ABSTRACTS	
	Αλκοόλ - Alcohol	97
	Ηρωίνη, Κάνναβη και άλλες ουσίες - Heroin, Cannabis and other drugs	100
	Καπνός - Tobacco	101
	Άλλα θέματα – Other issues	107
4	ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ – FOR THE READERS	
	Νέα και γεγονότα – News and notes	117
	Οδηγίες προς τους συγγραφείς – Author guidelines	124



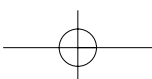
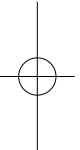
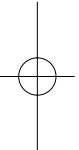
4 Εξήρασηεις

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

Οι αναγνώστες των *Εξαρτήσεων* γνωρίζουν από προηγούμενες δημοσιεύσεις την ύπαρξη και το πλαίσιο δραστηριοτήτων του ISAJE - *International Society of Addiction Journal Editors*.

Το περιοδικό μας ήταν φέτος ο διοργανωτής της ετήσιας Γενικής Συνέλευσης του ISAJE που πραγματοποιήθηκε στην Ύδρα από τις 9 έως τις 11 Οκτωβρίου.

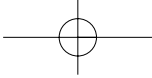
Η θεματολογία της Συνάντησης περιλάμβανε τρεις διακριτές ενότητες: Την συμβολή του ISAGE στην διευκόλυνση των εκδοτικών εργασιών στον χώρο των εξαρτήσεων, την προώθηση της ανάπτυξης νέων εκδοτικών πρωτοβουλιών και τις διαδικασίες για την εκλογή νέου προεδρείου για την επόμενη διετία.

Στην πρώτη ενότητα το κυρίαρχο θέμα ήταν η έκδοση του βιβλίου που επιμελήθηκε η ομάδα των: Kerstin Stenius, Susan Savva και Tom Babor που φέρει τον τίτλο: *Publishing Addiction Science: A guide for the perplexed* και αποτελεί στην ουσία ένα συστηματικό οδηγό ο οποίος απαντά στα βασικά διλήμματα ή ερωτήματα, μπροστά στα οποία βρίσκονται πολύ συχνά οι συγγραφείς αλλά και οι εκδότες άρθρων και περιοδικών, αντίστοιχα, που ασχολούνται με θέματα εξαρτήσεων. Λόγω της ιδιαίτερης σημασίας του εγχειριδίου αυτού οι *Εξαρτήσεις* αφιερώνουν, στο σημερινό τεύχος, μία εκτενή παρουσίαση.

Το βιβλίο αυτό θα αποτελέσει αντικείμενο εκπαιδευτικών παρουσιάσεων στο πλαίσιο των σεμιναρίων που οργανώνει το ISAJE για τους εκδότες και συγγραφείς του χώρου των εξαρτήσεων. Πρώτη τέτοια επιστημονική συνάντηση θα πραγματοποιηθεί τον προσεχή Μάιο κατά το *Ευρωπαϊκό Συνέδριο Θεραπευτικών Κοινοτήτων* που διοργανώνει το ΚΕ.Θ.Ε.Α. στο Ηράκλειο Κρήτης. Έτσι θα έχουν την δυνατότητα να έρθουν σε επαφή και να εκπαιδευτούν στα θέματα που πραγματεύεται η συγκεκριμένη έκδοση ένας μεγάλος αριθμός θεραπευτών από όλη την Ευρώπη.

Στην ίδια ενότητα εξετάστηκαν διάφορες πτυχές των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν μη αγγλόφωνα περιοδικά όπως και περιοδικά που εκδίδονται σε χώρες χαμηλού οικονομικού επιπέδου και αντιμετωπίζουν προβλήματα “επιβίωσης”. Συζητήθηκε το ενδεχόμενο δημοσίευσης περιλήψεων στα αγγλικά, των μη αγγλόφωνων άρθρων, ή/και η δημοσίευση, μια φορά το χρόνο σε ιδιαίτερο τεύχος, των καλύτερων άρθρων, που έχουν δημοσιευθεί σε μη αγγλόφωνα περιοδικά, μεταφρασμένων στα αγγλικά. Με τους τρόπους αυτούς θα επιδιωχθεί να γίνεται ευρύτερα γνωστή η επιστημονική παραγωγή, μη αγγλόφωνων χωρών και επιστημόνων, στον τομέα των εξαρτήσεων.

Τέθηκε ακόμα ως στόχος, η προσπάθεια εναρμόνισης της ορολογίας, από τα περιοδικά που ασχολούνται με θέματα εξαρτήσεων. Παρουσιάστηκαν ακόμη οι



6 Εξαρτήσεις

προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες ένα περιοδικό, του χώρου αυτού, μπορεί να ενταχθεί στις “μηχανές αναζήτησης”, πράγμα ιδιαίτερα σημαντικό για ένα επιστημονικό περιοδικό, διότι όπως είναι γνωστό όσο υψηλότερο impact factor διαθέτει τόσο μεγαλύτερη επιστημονική βαρύτητα έχει, για τον συγγραφέα, η δημοσίευση άρθρου στο συγκεκριμένο περιοδικό, άρα και μεγαλύτερη προ-σφορά άρθρων προς δημοσίευση έχει το περιοδικό.

Κατά την συνάντηση της Ύδρας έγινε, από τους εκδότες τους, η παρουσίαση τριών νέων επιστημονικών περιοδικών για θέματα των εξαρτήσεων. Το πρώτο αφιερωμένο στην Αφρική: African Journal of Drug and Alcohol Studies και τα δύο άλλα στην Τσεχία: Adictologie και στην Ρωσία: Narkologia, αντίστοιχα.

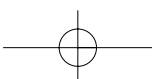
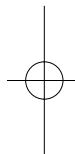
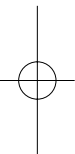
Συζητήθηκαν ακόμη θέματα σχεδιασμού και αξιολόγησης εξειδικευμένων ερευ-νών και έγινε παρουσίαση του ρόλου του *Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας* των Ηνω-μένων Πολιτειών σε σχέση με τη διάδοση των πληροφοριών σε θέματα υγείας και ειδικότερα εξαρτήσεων καθώς και τη σχέση του με τις εκδόσεις στον το-μέα αυτό.

Στο πλαίσιο της συνάντησης της Ύδρας το μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και αντιπρόεδρος του Δ.Σ. της Ε.Σ.Η.Ε.Α. κυρία Νανά Νταου-ντάκη ανέπτυξε στους συνέδρους τον τρόπο με τον οποίο τα μέσα μαζικής επικοινωνίας αντιμετωπίζουν, στον τόπο μας, τα περιοδικά των εξαρτήσεων και έκανε συγκεκριμένες προτάσεις για τη βελτίωση του τρόπου προβολής τους.

Πέρα από τα επιστημονικά θέματα που με συντομία περιγράψαμε, στην συνά-ντηση της Ύδρας εκλέχτηκε το νέο Δ.Σ. του ISAJE.

Ας σημειώσουμε τέλος ιδιαίτερα ότι την συνάντηση πλούτισε με την παρουσία και τις παρεμβάσεις του ο εκδότης του περιοδικού Addiction, ιδρυτής και κι-νητήρια δύναμη του ISAJE Griffith Edward.

Για την Συντακτική Επιτροπή
ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΝΟΤΑΡΑΣ



ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ - INTERVIEW

Λίγα λόγια για τον Marc Schuckit

Ο Dr Marc Schuckit έλαβε το πτυχίο του από το Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον και ειδικεύτηκε στην ψυχιατρική στο ίδιο Πανεπιστήμιο και στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια, Σαν Ντιέγκο. Στην περίοδο 1975-1978 ήταν ο πρώτος Διευθυντής του Ινστιτούτου για το Αλκοόλ και τα Ναρκωτικά στο Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον. Στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια Σαν Ντιέγκο επέστρεψε ως Καθηγητής και Διευθυντής του Προγράμματος Θεραπείας για το Αλκοόλ και τις Εξαρτήσεις. Διετέλεσε Πρόεδρος της ομάδας DSM-IV για τη διάγνωση της διαταραχής της εξάρτησης από ουσίες. Την περίοδο αυτή ολοκληρώνει μια εικοσάχρονη μελέτη follow up με γιους αλκοολικών στην οποία προσπαθεί να ερευνήσει τις περιβαλλοντικές συνθήκες που μπορεί να σχετίζονται με την έκφραση της βιολογικής προδιάθεσης για εξάρτηση από το αλκοόλ. Ένας άλλος ερευνητικός τομέας του ενδιαφέροντός του είναι η συν-νοσηρότητα ανάμεσα στην κατάχρηση ουσιών και σε ψυχιατρικές διαταραχές.

Από τη Μαρίνα Δασκαλοπούλου, την Ειρήνη Κατσαμά και την Άννα Τσιμπουκλή

Ερ: *Πρώτα-πρώτα θα θέλαμε να ρωτήσουμε πώς αρχίσατε να ασχολείστε με το χώρο των εξαρτήσεων.*

Απ: Έγινε εντελώς τυχαία. Σπούδαζα ιατρική και αναζητούσα δουλειά. Με προσέλαβε μια ερευνήτρια ως συνεντευκτική μερικής απασχόλησης στο ερευνητικό της πρόγραμμα, το οποίο σχετιζόταν με το αλκοόλ. Επρόκειτο για ένα follow up που αφορούσε τριαντάχρονους άνδρες οι οποίοι είχαν πάει σχολείο στο Saint Lewis, περιοχή όπου βρισκόταν και η ιατρική σχολή που παρακολουθούσα. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων διαπίστωσα ότι ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα που αντιμετώπιζαν σχετιζόταν με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Η καθηγήτριά μου Lee Robins είχε την καλοσύνη να μου επιτρέψει να μελετήσω και να αναλύσω κάποια από τα στοιχεία και να ετοιμάσω σχετικά μια μικρή εργασία.

Τέλειωσα αυτή τη δουλειά και, όντας ακόμα φοιτητής με ανάγκη για λεφτά, άρχισα να αναζητώ νέα απασχόληση. Ο επόμενος εργοδότης μου ήταν ένας θαυμάσιος άνθρωπος που λεγόταν George Winokur, ενδιαφερόταν ιδιαίτερα για το θέμα της κατάθλιψης και παρακολουθούσε ερευνητικά ομάδες οικογενειών με πολλά κρούσματα κατάθλιψης. Πίστευε ότι η κατάθλιψη σχετιζόταν με κάποιο τρόπο με το πρόβλημα του αλκοολισμού. Δε νομίζω ότι η θεωρία που είχε διαμορφώσει ήταν σωστή, ωστόσο ήταν πολύ έξυπνο από μέρους του να κάνει αυτή την υπόθεση. Μου επέτρεψε μάλιστα να καταγράψω μερικά από τα στοιχεία της έρευνάς του. Έτσι, ενώ μέχρι τότε δεν είχα ιδιαίτερες γνώσεις και ενδιαφέρον για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, άρχισα να αντιλαμβάνομαι πόσο κοινό ήταν το πρόβλημα, πόσο επηρέαζε κάθε οικογένεια που το αντιμετώπιζε. Στην πορεία ανακάλυψα ότι και σε προσωπικό επίπεδο αποτελούσε ένα πεδίο απασχόλησης με ιδιαίτερο ενδιαφέρον που δεν θα βαριόμουν ποτέ.

Στη συνέχεια όσο πιο πολλά μάθαινα για τον τομέα αυτόν τόσο πιο πολύ μου άρεσε. Μπήκα στο χώρο αυτόν ως ερευνητής και, όταν αποφάσισα να παραμείνω στην ιατρική σχολή και στο ακαδημαϊκό χώρο ως θεραπευτής και ως δάσκαλος, κατάλαβα ότι ο τομέας

της κλινικής μου εξειδίκευσης θα έπρεπε να είναι το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Βρήκα τόσο συναρπαστικά τα θέματα αυτά που ποτέ δε σταμάτησα να ασχολούμαι μαζί τους.

Ερ: Πόσα χρόνια εμπειρίας έχετε σε αυτόν το χώρο;

Απ: Άρχισα να ενδιαφέρομαι για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά το 1964, όταν ήμουν πρωτοετής φοιτητής, δηλ. – μου φαίνεται τρομερό να το πω - εδώ και 40 χρόνια. Φυσικά μπήκα στην ιατρική στα έξι μου.

Ερ: Αναρωτιόμαστε αν θα μπορούσατε εν συντομία να μας μιλήσετε για το ερευνητικό σας έργο με υιοθετημένα και δίδυμα παιδιά. Απ' ό,τι καταλαβαίνουμε η έρευνα που έχει γίνει στη Σουηδία και σε άλλες χώρες στον τομέα αυτόν παρουσιάζει κάποια μεθοδολογικά προβλήματα. Θα μπορούσατε να μας αναφέρετε τα πιο δύσκολα μεθοδολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ερευνητής στον τομέα αυτόν;

Απ: Στην πραγματικότητα νομίζω ότι οι σουηδικές μελέτες ήταν αρκετά ξεκάθαρες. Τα προβλήματα με τις έρευνες διδύμων αφορούν βρετανικές μελέτες, και υπάρχει λόγος για αυτό. Έχει να κάνει με τον τρόπο που δομήθηκε η έρευνα, ένα δύσκολο και προκλητικό έργο για κάθε έρευνα. Από τον τρόπο που δομείς την έρευνά σου εξαρτώνται και οι απαντήσεις που θα πάρεις.

Στην ερευνητική μου καριέρα ποτέ δεν συμμετείχα σε έρευνα που κατάφερε να αποδείξει κάτι πέρα από κάθε αμφιβολία. Κάθε έρευνα έχει τα δικά της πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Για να αποφασίσω αν κάτι έχει πιθανότητες να ισχύσει, λαμβάνω υπόψη μου την πλειονότητα των σχετικών ερευνών και τα πορίσματά τους, για να εντοπίσω τις εξαιρέσεις που δεν συμφωνούν με ό,τι πιστεύω, και εάν δω ότι υπάρχει κάτι εκεί καταλαβαίνω πόσο περίπλοκη είναι η κατάσταση.

Η δουλειά μου στην πραγματικότητα είναι η λογική προέκταση αυτού που έκανα κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Είχα την ευκαιρία να διεξάγω μία σχετική έρευνα όχι όμως ακριβώς με υιοθετημένα παιδιά. Το πρόβλημα ήταν ότι στο στάδιο αυτό, κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής μου ειδίκευσης, ήθελα να τελειώσω την ιατρική και να μπορέσω να δω αν το αλκοόλ εμφανίζεται για γενετικούς λόγους στις οικογένειες, γιατί τα παιδιά μαθαίνουν πώς να γίνονται αλκοολικοί. Και προφανώς ένας τρόπος για να το μελετήσει κανείς αυτό είναι να προσπαθήσει να βρει ανθρώπους που, ενώ δεν τους μεγάλωσαν αλκοολικοί, ο φυσικός τους γονιός ήταν αλκοολικός. Ίδωδες για αυτό είναι οι έρευνες με υιοθετημένα παιδιά, που προϋποθέτουν πρόσβαση σε αρχεία υιοθεσίας, προκειμένου να εντοπισθούν οι βιολογικοί γονείς, καθώς και τη δυνατότητα να παρακολουθείς τα παιδιά σε βάθος χρόνου και να πραγματοποιείς συνεντεύξεις με τους θετούς γονείς.

Αυτό ήταν αδύνατον στις Η.Π.Α. την εποχή που άρχιζα την έρευνα μου, γιατί δεν επιτρεπόταν η πρόσβαση σε φακέλους υιοθεσίας. Έτσι, ακολουθώντας τις υποδείξεις των καθηγητών μου, κατέφυγα σε μία άλλη προσέγγιση, αυτή των ετεροθαλών αδελφών_ ποτέ δεν έκανα έρευνα με υιοθετημένα παιδιά. Στην έρευνα με τα ετεροθαλή αδέρφια εκμεταλλευτήκαμε το γεγονός ότι πολλοί αλκοολικοί παίρνουν διαζύγιο ή αποκτούν παιδιά με διαφορετικούς συντρόφους. Αυτό μας επέτρεψε για παράδειγμα να αρχίσουμε την έρευνα με μία ομάδα αλκοολικών και να δούμε τα παιδιά που έκαναν αλλά δεν τα μεγάλωσαν οι ίδιοι, γιατί για παράδειγμα έκαναν σχέση με μία γυναίκα που έμεινε έγκυος, αυτοί όντας αλκοολικοί την εγκατέλειψαν για μία άλλη σχέση, έτσι το παιδί, αν και είχε πατέρα, ή μητέρα αλκοολική, δεν ανατράφηκε από αλκοολικό γονέα. Αυτός ήταν ένας τρόπος να παρακάμψουμε το πρόβλημα του ότι δεν μπορούσαμε να δούμε φακέλους υιοθεσίας.

Όπως κάθε είδους προσέγγιση είχε και αυτή τα μειονεκτήματά της. Καμία έρευνα δεν μπορεί να απαντήσει σε όλα. Σε αυτή λοιπόν την έρευνα βρέθηκε ότι τα παιδιά αλκοολικών γονέων που δεν ανατράφηκαν από τους ίδιους, παρουσιάζουν μεγάλο ποσοστό αλκοολισμού. Σε σχέση με την κατηγορία αυτή, τα παιδιά αλκοολικών που μεγάλωσαν με το γονιό που είχε το πρόβλημα δεν εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό αλκοολισμού. Ο λόγος που σας μίλησα για την έρευνα αυτή ήταν για να σας δείξω τη μεγάλη χαρά που αποτελεί για μένα να κάνω έρευνα, να διατυπώνω ερωτήματα, να διαπιστώνω ότι δεν υπάρχουν απλές απαντήσεις σε αυτά και να πρέπει να βρω τρόπο για να απαντήσω στα ερωτήματα που με απασχολούν, κάνοντάς το με έναν τρόπο που οι περισσότεροι άνθρωποι δεν θα σκεφτόντουσαν. Δεν ανακάλυψα εγώ την προσέγγιση με τα ετεροθαλή αδέρφια. Απλώς αυτή έτυχε να έχει χρησιμοποιηθεί πολύ, μετά το 1920, αλλά όχι στην έρευνα για θέματα αλκοολισμού.

Κάθε έρευνα, ιδίως αυτή που εξετάζει αν μια ιδέα σου ευσταθεί, αποτελεί πραγματική πρόκληση, και αυτό είναι που διατηρεί το ενδιαφέρον μου. Η έρευνα λοιπόν που έδειξε ότι ο αλκοολισμός επηρεάζεται γενετικά, από μόνη της δεν απέδειξε τίποτα. Όταν όμως τη λάβεις υπόψη μαζί με τα αποτελέσματα των ερευνών από διδύμα αδέρφια και υιοθετημένα παιδιά που παρουσιάστηκαν αργότερα –προηγήθηκαν οι έρευνες διδύμων και αργότερα έγιναν δύο έρευνες με υιοθετημένα παιδιά στη Δανία από τους Schulsinger & Goodwin– όταν συνεκτιμήσεις όλα τα πορίσματα, φαίνεται ο ρόλος του γενετικού παράγοντα στον αλκοολισμό.

Στο σημείο αυτό έπρεπε λοιπόν να αποφασίσω: Θέλω να συνεχίσω την έρευνα αυτού του τύπου είτε να αρχίσω έρευνες διδύμων – που ποτέ δεν έκανα- ή μήπως ήρθε η στιγμή να θέσω νέες ερωτήσεις; Και αποφάσισα να θέσω μια καινούργια ερώτηση. Αυτή αφορούσε το τι κληρονομείται. Αν ο αλκοολισμός επηρεάζεται γενετικά και αν, σύμφωνα με τις έρευνες διδύμων και υιοθετημένων, δεν μπορούν όλα να εξηγηθούν με βάση τα γονίδια, το να βρει κανείς τι είναι αυτό που τελικά κληρονομείται αποτελεί περίπλοκη υπόθεση. Έτσι, το επόμενο βήμα μου ήταν να προσπαθήσω να βρω και να εξηγήσω, τι κληρονομείται. Ο κληρονομικός αυτός παράγοντας μπορεί να επιτείνει το κίνδυνο, όπως η περίπτωση της αντικοινωνικής προσωπικότητας, που κάνει τα άτομα πολύ παρορμητικά και ιδιαίτερα ευάλωτα στην εξάρτηση από αλκοόλ και ναρκωτικά. Ωστόσο, είναι μικρό το ποσοστό των αλκοολικών και των τοξικομανών που παρουσιάζουν αυτού του είδους τη διαταραχή. Μπορεί όμως αυτός να είναι ένας μηχανισμός. Ένας άλλος μηχανισμός, από γενετική άποψη, που μπορεί να αυξάνει το κίνδυνο μπορεί να σχετίζεται με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως η μανιοκατάθλιψη και η σχιζοφρένια, καθώς και με έναν άλλο μηχανισμό ο ρόλος του οποίου άρχισε να γίνεται πιο εμφανής από τη δεκαετία του 1970.

Πρόκειται για τον τρόπο που ένας οργανισμός μεταβολίζει ή αποδομεί το αλκοόλ. Αυτός γίνεται ιδιαίτερα αισθητός στους Ασιάτες όπως οι Κινέζοι, οι Ιάπωνες και οι Κορεάτες. Ξεκίνησα λοιπόν μία μελέτη στα μέσα της δεκαετίας του 1970, από τη στιγμή που τελείωσα το πανεπιστήμιο και την εκεί παραμονή μου και όφειλα από το νόμο να κάνω δύο χρόνια στρατιωτικής θητείας. Όσο βρισκόμουν στο στρατό είχα την τύχη να μπω σε μια ερευνητική του μονάδα. Στο στρατό συναντά επίσης κανείς άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικά και αλκοόλ, και έτσι ερχόμουν σε επαφή με περιπτώσεις που μπορούσα να μελετήσω. Άρχισα λοιπόν να διαμορφώνω μια μελέτη με στόχο να δω αν μπορεί κανείς θεωρητικά να διακρίνει στην προδιάθεση για τον αλκοολισμό ποικιλία χαρακτηριστικών που τη συνθέτουν. Δεν είμαι ο μόνος που το επιχειρήσε αυτό. Το έχουν δοκιμάσει και άλλοι, ωστόσο, εκεί με έφεραν τα βήματά μου. Το ξεχωριστό με

10 Εξαορτήσεις

- τη δουλειά της ομάδας μου ήταν ότι εξετάσαμε και άλλους παράγοντες εκτός από το μεταβολισμό του αλκοόλ όπως η αντικοινωνική προσωπικότητα.
- Το επόμενο βήμα μας λοιπόν –και ήμασταν οι πρώτοι που το κάναμε αυτό, αν και είναι κοινή λογική- ήταν να σκεφτούμε: «Γιατί να μην ρωτήσω τους ίδιους τους αλκοολικούς πώς τους έκανε το αλκοόλ να αισθάνονται στην αρχή της πορείας τους στη χρήση. Ένωσαν κάτι που δεν αισθάνονται οι περισσότεροι άνθρωποι; Η αλήθεια είναι πως περίμενα να μου πουν ότι το αλκοόλ στη αρχή της χρήσης τους έκανε να αισθάνονται φυσιολογικοί, ότι είναι σαν τους άλλους ανθρώπους και ορισμένοι μου το είπαν, αλλά δεν ήταν αυτό που άκουγα από τους περισσότερους. Οι περισσότεροι από τους οποίους πήρα συνέντευξη σε εκείνο το στάδιο λέγανε: «Τον πρώτο καιρό στην πραγματικότητα δεν αισθανόμουν και πολλά πράγματα από τη χρήση αλκοόλ. Μπορούσα να πιω πολύ χωρίς αυτό να με επηρεάζει ιδιαίτερα. Έβγαينا με παρέα για να πιω, καταλάωνα 12 ποτήρια μπύρας και μόλις που αισθανόμουν την επίδρασή τους, ενώ άλλοι με δύο ποτήρια άρχιζαν να μοιάζουν μεθυσμένοι».
- Έτσι οδηγηθήκαμε στην υπόθεση ότι ίσως όταν δεν συμπεριλαμβάνεις στην έρευνά σου ανθρώπους που είναι ιδιαίτερα παρορμητικοί, έχουν ψυχιατρικές διαταραχές ή άλλα προβλήματα, όπως διαφορετικό τρόπο μεταβολισμού του αλκοόλ, ίσως ο καθοριστικός παράγοντας να είναι ότι οι αλκοολικοί, όταν αρχίζουν τη χρήση, πίνουν πολύ, για να «φτιαχτούν» όπως ο υπόλοιπος κόσμος, αλλά τους χρειάζεται πολύ αλκοόλ για να το καταφέρουν αυτό. Αυτό μπορεί να έχει διάφορες συνέπειες, όπως ότι αρχίζεις να αναπτύσσεις ανοχή στο αλκοόλ και έτσι χρειάζεσαι ακόμα μεγαλύτερη ποσότητα από ό,τι στην αρχή, αλλά και το με ποιους κάνεις παρέα. Αυτοί θα είναι άνθρωποι που περνούν πολύ χρόνο πίνοντας και που θα προσπαθήσουν να σε πείσουν ότι τα 10 ποτά σε μία βραδιά δεν είναι πολλά. Θα υποστηρίξουν ότι «όλοι αυτό κάνουν», πράγμα που δεν ισχύει, είναι όμως αυτό που κάνουν οι φίλοι σου και αυτό σε ωθεί στο να πίνεις ακόμα περισσότερο.
- Έτσι το ερώτημά μας μετατοπίζεται από το «Επηρεάζεται ο αλκοολισμός από την κληρονομικότητα;» στο τι νομίζουμε ότι είναι αυτό που κληρονομείται, στο αν η ένταση ή το επίπεδο ανταπόκρισης στη χρήση αλκοόλ συνδέεται με αυτό και στο πώς μπορούμε να το ελέγξουμε. Και πώς μπορείς να το ελέγξεις αυτό; Μελετάς ανθρώπους που δεν είναι ακόμη αλκοολικοί, γιατί τότε δεν μπορείς να ερμηνεύσεις τίποτε, δεν μπορείς να γνωρίζεις τι προκάλεσε τι. Για κάθε παιδί αλκοολικού που μελετήσαμε κάναμε τη σύγκριση με ένα παιδί μη-αλκοολικού. Μελετήσαμε τους ανθρώπους αυτούς στην ηλικία των 18 ετών περίπου και μόνο εφόσον είχαν ήδη αρχίσει να πίνουν αρκετά. Στο πλαίσιο ενός εργαστηριακού πειράματος τους δώσαμε να καταναλώσουν ποσότητα αλκοόλ αντίστοιχη με τρία ποτά και καταγράψαμε το πώς ένιωθαν, πώς αντιδρούσαν και ποιες σωματικές αλλαγές συνέβαιναν ανάλογα με το επίπεδο του αλκοόλ στο αίμα. Εξετάσαμε πράγματα όπως τα κύματα του εγκεφάλου, οι ορμονικές αλλαγές, καθώς και ποικιλία άλλων χαρακτηριστικών που συνδέονταν με το συντονισμό και την κίνηση. Βρήκαμε ότι το 40% περίπου των ανδρών και γυναικών που ήταν παιδιά αλκοολικών παρουσίαζαν αξιοσημείωτα χαμηλά επίπεδα αντίδρασης στην αύξηση του επιπέδου αλκοόλ στο αίμα τους.
- Στο αντίστοιχο λοιπόν των 0,07 γραμμαρίων αλκοόλ ανά λίτρο, που είναι περίπου η ποσότητα που προσλαμβάνεις με 3 ποτά, το 40% των ατόμων με αλκοολικό γονιό έμοιαζαν σαν να είχαν πει περίπου μισό ποτήρι. Αντίθετα το φαινόμενο αυτό παρατηρούνταν σε λιγότερο από το 10% των ατόμων χωρίς αλκοολικό γονιό. Ερευνήσαμε σοβαρά τις διαφορές πλευρές της αντίδρασης στο αλκοόλ σε διάστημα μιας δεκαετίας. Επίσης ερευνήσαμε αν η αντίδραση σε μία άλλη ναρκωτική ουσία, όπως το valium, ήταν επίσης μικρή. Από το έλεγχο διαπιστώσαμε ότι δεν ήταν μικρή στα παιδιά των αλκοολι-

κών, περιορισμένη ήταν η αντίδραση τους μόνο στο αλκοόλ. Αυτό μας έφερε στο επόμενο στάδιο της έρευνας. Κάθε βήμα οδηγεί στο επόμενο και κάθε επόμενο βήμα είναι και το πιο συναρπαστικό για μένα. Το πώς συνδέεις τα κομμάτια, το πώς κάνεις το επόμενο βήμα είναι το πιο ενδιαφέρον. Το επόμενο βήμα ήταν: «Μήπως η περιορισμένη αντίδραση στο αλκοόλ επιτρέπει να προβλέψουμε ποιος θα γίνει αλκοολικός; Ας παρακολουθήσουμε τα άτομα σε βάθος χρόνου».

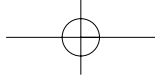
Στο αρχικό μας δείγμα υπήρχαν 453 άνδρες που παρακολουθήσαμε. Τους παρακολουθήσαμε όλους επί 10 χρόνια οπότε και είχαμε στοιχεία για τους 449 από τους 453 και βρήκαμε ότι όσο μικρότερη ήταν η αντίδρασή τους στο αλκοόλ, όταν ήταν 20 ετών (ήταν 18-21 όταν άρχισε η έρευνα), τόσο μεγαλύτερος ήταν ο κίνδυνος που διέτρεχαν να γίνουν αλκοολικοί στα 30 τους. Δεν εμφάνιζαν ωστόσο αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης από κάποια άλλη ουσία με βάση το οικογενειακό τους ιστορικό ή το επίπεδο αντίδρασης ούτε αυξημένο κίνδυνο για ψυχιατρικές διαταραχές. Και οι πατεράδες σε αυτές τις οικογένειες ήταν εξαρτημένοι από αλκοόλ, όχι από ηρωίνη για παράδειγμα. Η απάντηση μπορεί να είναι κάπως διαφορετική. Έτσι λοιπόν, αφού τους παρακολουθήσαμε, δείξαμε ότι η περιορισμένη αντίδραση στο αλκοόλ στα παιδιά των αλκοολικών αποτελεί χαρακτηριστικό που σχετίζεται με τον κίνδυνο εμφάνισης αλκοολισμού και επιτρέπει την πρόβλεψή του.

Υπάρχουν και άλλες έρευνες που εξετάζουν αν το επίπεδο αντίδρασης στο αλκοόλ φαίνεται να επηρεάζεται από τα γονίδια. Τέτοιες έρευνες μπορούν να γίνουν με ζώα, με συγγενείς διαφορετικού βαθμού, με οικογένειες, με διδύμους. Το επίπεδο αντίδρασης στο αλκοόλ επηρεάζεται σημαντικά από την κληρονομικότητα, κατά 60% περίπου, ενώ το 40% αφορά την επιρροή του περιβάλλοντος. Έτσι το επόμενο βήμα μας ήταν να ερευνήσουμε συγχρόνως προς δύο κατευθύνσεις. Να βρούμε αν η μικρή αντίδραση στο αλκοόλ μπορεί να συνδέεται με συγκεκριμένα γονίδια. Υπάρχουν πολλά γονίδια που επηρεάζουν την αντίδραση στο αλκοόλ, εμάς μας ενδιέφερε να εντοπίσουμε μερικά από αυτά. Και ενώ ερευνούμε αυτό, μπορούμε επίσης να μελετήσουμε τα αρχικά υποκείμενα της έρευνας, 453 άνδρες και τα παιδιά που στο μεταξύ απέκτησαν, καθώς μεγαλώνουν, και να μελετήσουμε και τις δύο γενιές, ώστε να διαπιστώσουμε τι είναι αυτό στο περιβάλλον που μπορεί να επηρεάζει το αν η χαμηλή αντίδραση στο αλκοόλ νωρίς στη ζωή συνδέεται αργότερα με τον αλκοολισμό.

Έτσι τώρα κάνουμε σειρά νέων μελετών σε αυτές και σε νέες οικογένειες. Χρησιμοποιούμε ποικιλία μεθόδων για να εντοπίσουμε τα γονίδια, ενώ μελετούμε επίσης σε βάθος χρόνου μεγάλο αριθμό ατόμων, εξετάζοντας γύρω στα 15 γεγονότα του περιβάλλοντός κατά τη διάρκεια της ζωή τους, ώστε να διαπιστώσουμε πώς αυτά τα γεγονότα που αφορούν το περιβάλλον, όπως τα επίπεδα άγχους και ο τρόπος διαχείρισης και αντιμετώπισής του, μπορεί να αλληλεπιδρούν τόσο με τα επίπεδα αντίδρασης στο αλκοόλ όσο και με τα συγκεκριμένα γονίδια. Στόχος μας είναι κάτι που δεν θα μπορούσα ποτέ να αντιληφθώ όταν άρχισα να ερευνώ ως φοιτητής της ιατρικής. Στόχος μας είναι να δούμε αν μπορούμε να καταλάβουμε περισσότερα για τη βιολογία και την προδιάθεση και, καθώς μελετάμε το περιβάλλον, για το πώς η βιολογία αλληλεπιδρά με το περιβάλλον, ώστε να το μεταβάλλουμε ανάλογα με το συγκεκριμένο κάθε φορά είδος προδιάθεσης.

Ερ: Εάν ανακαλύψετε ότι υπάρχουν πράγματι κάποια γονίδια που εξηγούν τον αλκοολισμό, πώς πιστεύετε ότι αυτό θα επηρεάσει τη θεραπεία του αλκοολισμού.

Απ: Καταρχήν δεν υπάρχουν γονίδια που προκαλούν τον αλκοολισμό. Υπάρχουν μόνο γονίδια που αυξάνουν τον σχετικό κίνδυνο καθώς και υπο-κατηγορίες αλκοολικών που εμφα-



12 Εξαρτήσεις

νίζουν διαφορετικούς μηχανισμούς, όπως ο μεταβολισμός του αλκοόλ, η παρορμητικότητα, άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και μικρή αντίδραση στο αλκοόλ, οι οποίοι επιτείνουν το κίνδυνο.

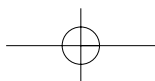
Θα αναφερθώ σύντομα στις συνέπειες, για τη θεραπεία υπάρχουν 2-3 δυνητικές συνέπειες. Η πρώτη είναι κάτι απλό όπως η φαρμακοθεραπεία. Υπάρχει ένα φάρμακο για τον αλκοολισμό που μόλις εγκρίθηκε στις ΗΠΑ με την ονομασία «Καμπράλ». Η συμβολή του στη θεραπεία του αλκοολισμού είναι μέτρια. Ας πούμε ότι όταν λαμβάνεις την ουσία αυτή παράλληλα με την παρακολούθηση ενός θεραπευτικού προγράμματος έχεις κατά 20% περισσότερες πιθανότητες θετικού αποτελέσματος από ό,τι εάν μόνο παρακολουθείς ένα συνηθισμένο πρόγραμμα για τον αλκοολισμό. Δεν πρόκειται για διπλασιασμό αλλά για αύξηση της τάξεως του 20%. Η αύξηση αυτή είναι μέτρια. Γιατί το φάρμακο δεν είναι αποτελεσματικό με όλα τα άτομα, γιατί φαίνεται ότι μπορεί να βοηθήσει μόνο ορισμένους ανθρώπους. Υπάρχουν πολλές πιθανές απαντήσεις και μία από αυτές είναι ότι υπάρχουν διαφορετικές βιολογικές υπο-κατηγορίες αλκοολικών. Άνθρωποι με διαφορετικού τύπου προδιάθεση. Όσο περισσότερο κατανοούμε το ρόλο των γονιδίων που επηρεάζουν τον κίνδυνο τόσο περισσότερο μπορούμε να αξιοποιήσουμε τα στοιχεία των ερευνών και να πούμε ότι γνωρίζουμε πως υπάρχουν αυτά τα γονίδια που επηρεάζουν την επικινδυνότητα των διαφόρων παραγόντων. Δεν βρισκόμαστε ακόμα σε αυτό το σημείο, αλλά ελπίζουμε ότι θα μπορέσουμε να το φτάσουμε.

Ας κατηγοριοποιήσουμε τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία για να δούμε αν κάποιοι συγκεκριμένοι τύποι γονιδίων καθορίζουν ποιοι παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να ανταποκριθούν στο φάρμακο. Μπορεί φυσικά να κάνει κανείς το ίδιο για τις θεραπείες ψυχολογικού και συμπεριφοριστικού τύπου. Είναι απλώς ευκολότερο να χρησιμοποιήσεις την περίπτωση μιας φαρμακευτικής αγωγής. Αυτός είναι ο δεύτερος τρόπος. Ο πρώτος τρόπος είναι: Μπορούμε να πάρουμε τις περιπτώσεις φαρμάκων που ήδη χρησιμοποιούνται και να κατανοήσουμε περισσότερα σχετικά με το ποιος έχει περισσότερες και ποιος λιγότερες πιθανότητες να ανταποκριθεί σε συγκεκριμένο είδος θεραπείας κατανοώντας τη συγκεκριμένη βιολογική προδιάθεση του καθενός;

Η δεύτερη συνέπεια για τη θεραπεία είναι εάν, για παράδειγμα, γνωρίζω και αληθεύει ότι υπάρχει η πιθανότητα ένα συγκεκριμένο γονίδιο που συνδέεται με τη μεταφορά σεροτονίνης στον εγκέφαλο σχετίζεται με τη μικρή αντίδραση στο αλκοόλ. Έχουν γίνει έρευνες τόσο σε ανθρώπους όσο και σε ζώα που δείχνουν ότι αυτό ενδεχομένως ισχύει. Και αν ισχύει μπορεί κανείς να πει «ας δούμε λοιπόν πώς μπορούμε να αξιοποιήσουμε αυτή την πληροφορία και ίσως να δημιουργήσουμε ένα φάρμακο που θα μπορεί στα αλήθεια να βοηθήσει τους ανθρώπους να μην εμπλακούν στη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ή, αν έχουν υποτροπιάσει, να αποκτήσουν ξανά τη νηφαλιότητά τους. Έτσι λοιπόν μελετάμε τις υπάρχουσες θεραπείες και την ανάπτυξη νέων, είτε με φαρμακευτική αγωγή, είτε ψυχοκοινωνικές ή γνωστικές συμπεριφορικές.

Ερ: Θα θέλαμε να μοιραστείτε μαζί μας μερικές εμπειρίες σας από τα τόσα χρόνια που δουλεύετε ως θεραπευτής και ερευνητής και να μας πείτε ποια κατά τη γνώμη σας είναι η μεγαλύτερη δυσκολία στη δουλειά με εξαρτημένα άτομα

Απ: Το δυσκολότερο σημείο στη δουλειά με εξαρτημένα από ουσίες άτομα είναι να εξασφαλίσεις τη δέσμευσή τους για θεραπεία. Γνωρίζουν, συχνά για χρόνια, στο βάθος της καρδιάς και του μυαλού τους ότι έχουν μπλέξει πολύ άσχημα. Και παίζουν όλα αυτά τα παιχνίδια με τον εαυτό τους, έχουν αναπτύξει μηχανισμούς, ώστε να μπορούν να



- παραβλέπουν ότι έχουν μπλέξει άσχημα και ότι πρέπει να κάνουν κάτι. Αυτό είναι το δυσκολότερο σημείο που πρέπει να ξεπεράσεις ως θεραπευτής.
- Μόλις φτάσουν στο σημείο να πουν:** «Ίσως πρέπει να κάνω κάτι για αυτό», μπορώ να δουλέψω μαζί τους με στόχο την επίτευξη αλλαγών σε γνωστικό επίπεδο, ώστε να αναγνωρίσουν ότι έχουν ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα και ότι πρέπει κάπως να το αντιμετωπίσουν. Αν απευθυνθούν σε μένα έχοντας κάνει το επόμενο βήμα, λένε δηλαδή: «Έχω μπλέξει πολύ άσχημα, είμαι υπεύθυνος για αυτό και πρέπει να κάνω κάτι» η θεραπεία είναι πιο εύκολη. Αυτό είναι το πρώτο στάδιο, το αρχικό, δεν σκέφτονται καν το πρόβλημα και αυτό είναι το δυσκολότερο.
- Πολλοί από τους ανθρώπους που γνωρίζω στο χώρο εργασίας μας αναρωτιούνται:** «Είμαι εδώ για να τους μιλήσω; Να τους δείξω πού πάνε;». Είμαι πολύ χαρούμενος που προσπαθώ να βοηθήσω οικογένειες, οι οποίες παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο σε αυτή την ιστορία, να μάθουν πώς μπορούν να αξιοποιήσουν τις φορές που το άτομο δείχνει αβεβαιότητα, μπορεί να έχουν πραγματικά πρόβλημα και είμαι πρόθυμος να προσπαθήσω όσες φορές χρειαστεί, μέχρι να είναι πραγματικά έτοιμοι. Αυτό είναι το δυσκολότερο κομμάτι.

Ερ: Χάνεται ποτέ την πίστη σας ότι κάποιος μπορεί να θεραπευτεί;

Απ: Όχι και υπάρχει λόγος που δεν χάνω την πίστη μου ότι αυτό θα συμβεί. Έχουν υπάρξει αναρίθμητες στιγμές που, αν και σκέφτηκα ότι δεν υπάρχει ελπίδα, δεν υπάρχει πιθανότητα να βοηθήσω αυτόν τον άνθρωπο, αυτός προχώρησε ακριβώς τη στιγμή που δεν πίστευα ότι αυτό θα γινόταν ή απευθύνθηκε ξανά σε μένα όταν ξαναβρέθηκε σε κρίση και τότε τα κατάφερε. Διαπιστώνω έτσι ότι τα καταφέρνουν θαυμάσια τη στιγμή που ποτέ δεν πίστευα ότι αυτό θα συνέβαινε.

Σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν γίνει για να βρεθεί πώς μπορούμε να προβλέψουμε για ποιους θα είναι αποδοτική η θεραπεία και για ποιους όχι, υπάρχουν πολλοί παράγοντες πρόγνωσης αλλά αθροιστικά δεν εξηγούν παρά το 20 με 30% της συνολικής επίκονας. Το 70% του τι συμβαίνει όταν κάποιος αποφασίζει να μπει σε θεραπεία και τα πηγαίνει καλά δεν γνωρίζουμε τι είναι. Και όσο δεν καταλαβαίνουμε τι είναι, πώς μπορούμε να εγκαταλείψουμε την ελπίδα, αφού αυτό που βλέπουμε δεν είναι παρά τμήμα της εικόνας. Ένας άλλος λόγος που δεν χάνω την ελπίδα μου είναι ότι σύμφωνα με μελέτες για εξαρτημένους από ηρωίνη, αλκοόλ και διεγερτικά που δεν κάνουν θεραπεία, δεν έχουν ποτέ μπει επισήμως σε διαδικασία θεραπείας ή σε ομάδα αυτό-βοήθειας, ακόμα και ανάμεσα σε αυτούς, ένα 20% τουλάχιστον σταματάει κάποια στιγμή τη χρήση με δική του πρωτοβουλία και τη σταματάει για πάντα. Αυτό δύσκολα μπορεί να προβλεφθεί με αξιόπιστο τρόπο. Έτσι βλέποντας απλώς κάποιον δεν μπορώ να μαντέψω εάν θα δεσμευτεί στη διαδικασία θεραπείας όσο δουλεύω μαζί του ούτε αν, εφόσον δεν δουλέψουμε μαζί, κάποια στιγμή θα σταματήσει με δική του πρωτοβουλία τη χρήση. Φυσικά και απογοητεύομαι εάν κάποιος δεν πηγαίνει καλά στη θεραπεία, αλλά υπενθυμίζω στο εαυτό μου ότι δεν μπορώ να τον θεραπεύσω, μπορώ μόνο να διευκολύνω τη θεραπεία του, όταν είναι έτοιμος. Έτσι προσπαθώ να αντλήσω χαρά από τις περιπτώσεις αυτών που πάνε καλά και να μην απογοητεύομαι ιδιαίτερα ή να μην κατηγορώ τον εαυτό μου ότι μπορεί να έχει κάνει κάτι εμφανώς λάθος στην περίπτωση αυτών που δεν τα πηγαίνουν καλά. Αλλά αυτό δεν είναι και πολύ διαφορετικό από την κατάσταση που αντιμετωπίζουν όσοι ασχολούνται με την ιατρική. Έρχονται ασθενείς που έχουν διαβήτη και τους λέω ότι αν δεν χάσουν βάρος, εάν δεν σταματήσουν το κάπνισμα, εάν δεν αθληθούν, αλλάξουν τη δίαιτά τους και δεν ακολουθήσουν φαρ-

14 Εξαρτήσεις

μακευτική αγωγή, θα τυφλωθούν ή θα χάσουν το πόδι τους. Και συχνά υπάρχουν άνθρωποι που λένε: «Ναι, το ξέρω, δώσε μου φάρμακα», τα οποία δεν παίρνουν και δεν σταματούν το κάπνισμα

Ωστόσο, ο μέσος γιατρός πιθανώς να πιστεύει ότι η θεραπεία της εξάρτησης από αλκοόλ και ναρκωτικά δεν έχει ελπίδες επιτυχίας. Πώς διαμόρφωσε αυτή την ιδέα;. Εν μέρει επειδή δεν γνωρίζει πώς να αναγνωρίσει την εξάρτηση από αλκοόλ και από ναρκωτικά. Αναγνωρίζουν μόνο τις περιπτώσεις ατόμων που φτάνουν στα επείγοντα περιστατικά και όπου δεν παρέχουν βοήθεια για το πρόβλημα του αλκοόλ και των ναρκωτικών. Οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν εκείνη τη στιγμή ένα επείγον πρόβλημα, ένα ατύχημα, μια μόλυνση, για το οποίο ζητούν βοήθεια και δεν είναι έτοιμοι να αρχίσουν να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της χρήσης, δεν είναι αυτός ο λόγος για τον οποίο φτάνουν στα επείγοντα. Και ο γιατρός σκέφτεται «Φέτος, έχω δει τρεις φορές αυτόν τον άνθρωπο στα επείγοντα. Είναι αλκοολικός, δεν θα γίνει ποτέ καλά.» Είναι σαν να βλέπεις μόνο διαβητικούς που έχουν χάσει και τα δύο πόδια τους και να σκέφτεσαι ότι είναι πράγματι βλακώδες που κανένας διαβητικός δεν ακολουθεί ποτέ τη θεραπεία του.

Όταν εξετάζει κανείς τα ερευνητικά στοιχεία σε σχέση με τη θεραπεία της εξάρτησης, βλέπει ότι αυτά είναι αρκετά ενθαρρυντικά. Σε πολλά θεραπευτικά προγράμματα η αποτελεσματικότητα αφορά ανθρώπους που έχουν δουλειές και οικογένειες, κάτι που ισχύει για πολλούς αλκοολικούς. Πολλοί τα καταφέρνουν μια χαρά, παρά το πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Εάν ενταχθούν σε θεραπεία, και εάν είναι αποφασισμένοι και παραμένουν σε αυτή κατά τον πρώτο-ας πούμε- εντατικό μήνα, στο δικό μας πρόγραμμα έχουν 70% πιθανότητες να τα πάνε πολύ καλά. Το πολύ καλά σημαίνει ένα χρόνο συνεχούς αποχής και ο μόνος λόγος που αναφέρομαι στον ένα χρόνο είναι γιατί οι περισσότερες μελέτες αποτελεσματικότητας δεν παρακολουθούν τα άτομα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, ο ένας χρόνος φαίνεται να είναι πολύ αξιόπιστος προγνωστικός παράγοντας και για τα επόμενα πέντε χρόνια.

Ας πάμε τώρα στο άλλο άκρο. Κάποιον που μόλις αποφυλακίστηκε, έχει πιθανώς αντικοινωνική προσωπικότητα, σκέφτεται το ενδεχόμενο τη θεραπείας και εντάσσεται σε ένα πρόγραμμα. Ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις το 25% καταφέρνει να απέχει πλήρως από τη χρήση. Το δικό μου πρόγραμμα ασχολείται κυρίως με άστεγους, με φτωχούς, και ανέργους, και πολλοί δεν έχουν οικογένεια. Αλλά αν εξετάσεις την πλειονότητα των ασθενών μας που δεν έχουν αντικοινωνική προσωπικότητα, το 52% καταφέρνει να απέχει από τη χρήση ένα χρόνο. Δεν καταλαβαίνω πως κάποιος που εργάζεται στο χώρο των εξαρτήσεων και έχει υπόψη του αυτά τα στοιχεία -70% επιτυχία μεταξύ των ατόμων που η χρήση ουσιών και αλκοόλ δεν έχει επηρεάσει και τόσο τη ζωή τους και 30% μεταξύ αυτών που αντιμετωπίζουν προβλήματα ανεργίας, είναι αντικοινωνικές προσωπικότητες, πώς θα μπορούσε να πει ότι η αποτελεσματικότητά μας είναι μικρότερη από τα ποσοστά επιτυχίας στη θεραπεία του διαβήτη και της υπέρτασης. Νομίζω ότι η αποτελεσματικότητά μας είναι πραγματικά υψηλή. Αυτό σου δίνει ιδιαίτερη ικανοποίηση, καθώς έρχεσαι σε επαφή με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν μεγάλο πρόβλημα και αισθάνονται οι ίδιοι πολύ ένοχοι και εντελώς απελπισμένοι και μετά βλέπεις πολλούς από αυτούς να τα πηγαίνουν θαυμάσια.

Ερωτ.: Θα θέλαμε τη γνώμη σας για τα ελληνικά θεραπευτικά προγράμματα, καθώς και ένα πιο εκτενές σχόλιο γύρω από την αναγκαιότητα περισσότερων προγραμμάτων αντιμετώπισης του αλκοολισμού και στην Ελλάδα στην οποία αναφερθήκατε επιγραμματικά κατά τη διάρκεια της εισήγησής σας στην ημερίδα.

Απ: Πρέπει να σας πω ότι δεν ξέρω αρκετά για τα ελληνικά θεραπευτικά προγράμματα. Όσον αφορά το πρόβλημα του αλκοόλ, αυτό είναι εμφανές ακόμα και για κάποιον όπως εγώ που δεν γνωρίζει καλά τα ελληνικά θεραπευτικά προγράμματα. Όλες οι χώρες οφείλουν να γνωρίζουν ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα χρήσης που αντιμετωπίζουν μετά τη νικοτίνη είναι το αλκοόλ. Αυτή είναι η αλήθεια. Σε όλα τα μέρη του κόσμου, εκτός από τις πολύ αυστηρές μουσουλμανικές χώρες όπου η πρόσβαση στο αλκοόλ είναι εξαιρετικά δύσκολη, παντού όπου το αλκοόλ διατίθεται ελεύθερα, από την Νότια Αφρική μέχρι την Κένυα και από τις Η.Π.Α. μέχρι την Ελλάδα πρόκειται για ένα σημαντικό πρόβλημα. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν είναι τρομερή η εξάρτηση από τα οπιοειδή, είναι πράγματι τρομερή, αλλά ένας στους 8 θανάτους των ατόμων με καρδιακές προσβολές, εγκεφαλικά και ένα σωρό άλλα προβλήματα σχετίζονται με το αλκοόλ. Για να επανέλθουμε όμως στα ελληνικά προγράμματα, ότι έχω δει, μου αρέσει πολύ. Γνωρίζω τη φιλοσοφία τους, τους ανθρώπους που εργάζονται εκεί, την ικανότητα των ανθρώπων αυτών, που τη διαπίστωσα τόσο στην ημερίδα όσο και κατά τη διάρκεια του σεμιναρίου.

Ερ: *Μια τελευταία ερώτηση: Λένε ότι το αλκοόλ είναι το πιο σκληρό ναρκωτικό. Εσείς τι νομίζετε;*

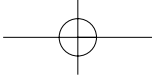
Απ: Τι εννοείτε με τον όρο «σκληρό»;

Ερ: *Ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό και στη ζωή του ατόμου*

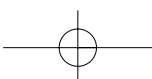
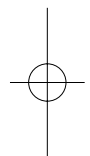
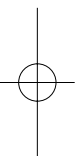
Απ: Είναι αλήθεια ότι 1 με 2 ποτά την ημέρα είναι ωφέλιμα, ότι έχουν πολλές επωφελείς ιδιότητες, εφόσον δεν υπάρχουν άλλοι λόγοι αποχής από το αλκοόλ. Από τη στιγμή που αρχίζει κανείς να ξεπερνά τα τρία ποτά ημερησίως και όσο περισσότερο υπερβαίνει αυτό το όριο τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης πολύ μεγάλου αριθμού διαφορετικών προβλημάτων υγείας. Ο αριθμός των προβλημάτων υγείας που συνδέεται με την εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ο μεγαλύτερος που μπορείς να εμφανίσεις λόγω μιας εξάρτησης. Ωστόσο, εάν είσαι ηρωινομανής, παρόλο που τα προβλήματα που μπορείς να εμφανίσεις μόνο από τη χρήση της ουσίας είναι λίγα, υπάρχουν τόσα άλλα πράγματα που μπορεί να αυξήσουν τους κινδύνους, όπως η κοινή χρήση σύριγγας και η υπερβολική δόση που, νομίζω, είναι πιο εύκολο, πιο πιθανό να συμβεί και να είναι πιο σοβαρή με τη χρήση οπιοειδών παρά με τη χρήση αλκοόλ. Έτσι, αν και δεν έχω πρόχειρα τα σχετικά στοιχεία, τόσο η εξάρτηση από το αλκοόλ όσο και η εξάρτηση από τα οπιούχα μπορούν να μειώσουν το μέσο όρο ζωής, αλλά υπάρχει μεγάλη ποικιλία προβλημάτων που μπορεί να προκύψει λόγω των δύο αυτών εξαρτήσεων. Ο θάνατος ωστόσο είναι θάνατος.

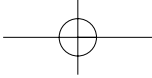
Σας ευχαριστούμε πολύ. Μακάρι να είχαμε περισσότερο χρόνο στη διάθεσή μας γιατί πραγματικά απολαύσαμε τη συζήτησή μας.

Εγώ σας ευχαριστώ, ήταν εξαιρετική και για μένα.



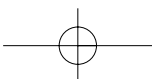
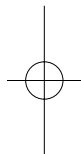
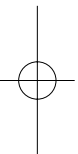
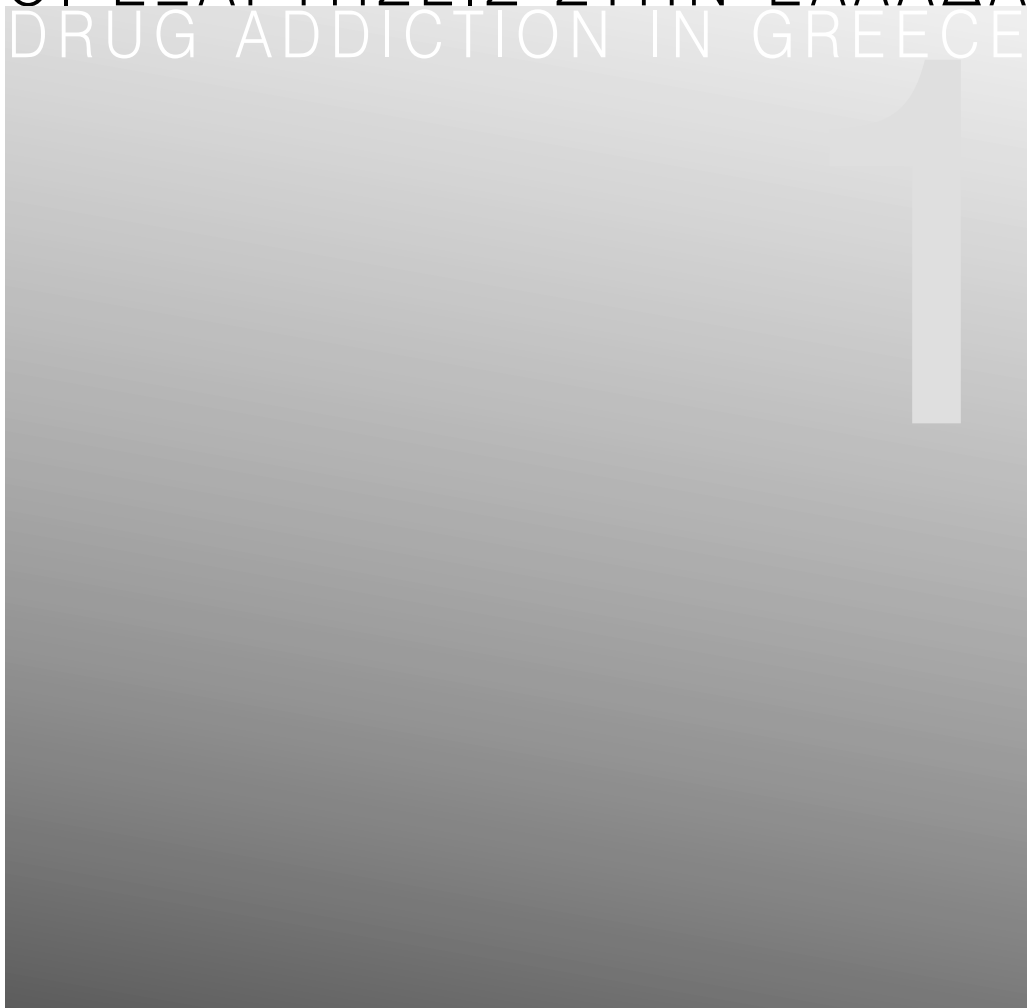
16 Εξαγρήσεις

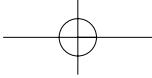




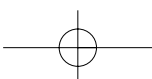
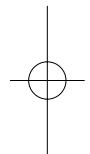
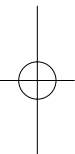
ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

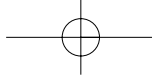
DRUG ADDICTION IN GREECE





18 Εξαγρήσεις





Εξαρτήσεις, τεύχος 6, 2004

A MODEL OF INTEGRATED APPROACH TO PRIMARY PREVENTION IN PRIMARY EDUCATION. ITS IMPLEMENTATION IN A PRIMARY SCHOOL OF ATHENS

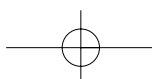
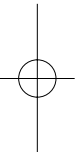
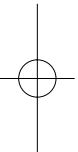
IOANNA KYRITSI, BIOLOGIST, DRUG ADDICTION TREATMENT AND PREVENTION COUNSELOR, HEAD OF PREVENTION DEPARTMENT, KETHEA

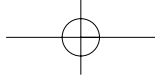
SOTIRIA TSIOTRA, DRUG ADDICTION TREATMENT AND PREVENTION COUNSELOR (DIP. IN ADDICTION STUDIES), HEAD OF DEPARTMENT OF PREVENTION FOR THE PRIMARY EDUCATION, KETHEA

A b s t r a c t

The current paper presents a model of integrated approach to primary prevention in primary education. It is a school-based project, developed and implemented by KETHEA's Prevention Department. It is a multi-level, comprehensive and global primary prevention intervention programme having as final target group children between 6-12 years old. This project includes interventions both school as community (teachers, pupils, parents), school as a whole and as a part of the broader community. It involves skills' training, peer learning and group work, parental and teacher's education and involvement, on going training and consultation.

In this paper, the theoretical background, the framework, the methodology and the strategy followed, as well as, the long-term and systematic project designed, developed, implemented, evaluated and awarded by the international prevention organization Mentor Foundation, are reported. In addition, the evaluation process, the evaluation outcomes as well as conclusions and proposals are presented.





ΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΟ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΣΕ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ.

ΙΩΑΝΝΑ ΚΥΡΙΤΣΗ, ΒΙΟΛΟΓΟΣ, ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ-ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΤΟΜΕΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΕ.Θ.Ε.Α.

ΣΩΤΗΡΙΑ ΤΣΙΩΤΡΑ, ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ - ΠΡΟΛΗΨΗΣ (DIP. IN ADDICTION STUDIES), ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Π ε ρ ί λ η ψ η

Στο παρόν άρθρο, παρουσιάζεται το μοντέλο ολιστικής προσέγγισης πρωτογενούς πρόληψης στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, το οποίο αναπτύχθηκε και υλοποιείται από τον Τομέα Πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Είναι ένα πολυεπίπεδο, ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρωτογενούς, καθολικής πρόληψης με τελική ομάδα στόχο, παιδιά ηλικίας 6-12 χρόνων, το οποίο περιλαμβάνει παρεμβάσεις τόσο σε όλες τις υποομάδες του σχολείου (δάσκαλοι, μαθητές, γονείς), όσο και στο σχολείο ως όλον και ως μέρος της ευρύτερης κοινότητας.

Στο παρόν άρθρο αναφέρεται η επιστημολογία, το πλαίσιο, η μεθοδολογία και η στρατηγική που ακολουθείται καθώς και το μακροχρόνιο και συστηματικό πρόγραμμα που σχεδιάστηκε, εφαρμόστηκε, αξιολογήθηκε και βραβεύτηκε από τον διεθνή οργανισμό πρόληψης Mentor Foundation. Αναφέρονται επίσης η μεθοδολογία αξιολόγησής του, καθώς και αποτελέσματα από την αξιολόγηση. Παρατίθενται στοιχεία αξιολόγησης καθώς και προτάσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

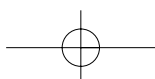
Τα μακροχρόνια και ολοκληρωμένα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης που εφαρμόζονται στο δημοτικό σχολείο από τον Τομέα Πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. αποτελούν μέρος της ολοκληρωμένης στρατηγικής του για την προώθηση της πρόληψης της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών στις μικρές ηλικίες της προσχολικής και σχολικής ηλικίας και κυρίως μέσα από το χώρο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η στρατηγική του περιλαμβάνει:

- Πρότυπα ολοκληρωμένα προγράμματα σε σχολεία που περιλαμβάνουν: α) εκπαίδευση της ομάδας των διδασκόντων, β) εμπλοκή των γονέων στο πρόγραμμα, γ) εκπαίδευση των παιδιών στην προσωπική και κοινωνική τους ανάπτυξη και δ) δικτύωση της σχολικής κοινότητας με κοινωνικούς φορείς που ασχολούνται με την προαγωγή της υγείας και της πρόληψης.

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Τομέας Πρόληψης ΚΕ.Θ.Ε.Α., Χαρβούρη 1, 116 36 Αθήνα, Τηλ. 210-9212304, Φαξ. 210-9212763

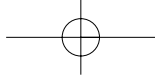
e-mail: prevention@ath.forthnet.gr



- Εκπαίδευση δασκάλων, νηπιαγωγών και παιδαγωγών στην προώθηση της πρόληψης, της υγείας και προστασίας.
 - Εκπαίδευση γονέων για την προώθηση της πρόληψης μέσα στην οικογένεια.
 - Εκπαίδευση επαγγελματιών στο συγκεκριμένο μοντέλο και δράση.
 - Δημιουργία κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού.
 - Αξιολόγηση.
- Η ανάγκη για σχεδιασμό, εφαρμογή και αξιολόγηση μακρόχρονων και ολοκληρωμένων προγραμμάτων στη σχολική κοινότητα της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης προκύπτει από τα εθνικά επιδημιολογικά στοιχεία (ΕΠΙΨΥ 1998-2003) αλλά και τα στοιχεία του ΚΕ.Θ.Ε.Α. που δείχνουν αυξητική τάση του ποσοστού των νέων που πειραματίζονται ή κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και μείωση της ηλικίας έναρξης της χρήσης (1994-2002, ΣΤΡΟΦΗ).
- Η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος πρόληψης καθορίζεται από τις αξίες στις οποίες στηρίζεται, το σκοπό, τις αρχές λειτουργίας και τους νέους εξελισσόμενους ρόλους στους οποίους εισάγονται τα στελέχη του, τη στρατηγική και μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθεί, τους στόχους παρέμβασης και τα τακτικά βήματα που επιλέγει για την επίτευξη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος.

ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

- Οι βασικές αρχές της πρωτογενούς πρόληψης που ακολουθούνται είναι αυτές οι οποίες έχουν διεθνώς αναγνωρισθεί ως καθοριστικές για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων. Σύμφωνα με αυτές, τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να παρεμβαίνουν στη ρίζα του προβλήματος στοχεύοντας σε τροποποιήσιμους παράγοντες έτσι ώστε να ενισχύουν τους προστατευτικούς και να μειώνουν τους παράγοντες κινδύνου. Ως εκ τούτου δεν απευθύνονται στην πρόληψη μιας μόνο ουσίας αλλά όλων των ουσιών εξάρτησης. Θα πρέπει να παρεμβαίνουν σε όσο το δυνατόν μικρότερες ηλικίες και να στοχεύουν στη βελτίωση των σχολικών επιδόσεων και της κοινωνικής και συναισθηματικής εκπαίδευσης.
- Είναι σημαντικό να περιλαμβάνουν την οικογένεια στοχεύοντας στην ενδυνάμωση των δεσμών και των σχέσεων της και να ενισχύουν τις γονικές δεξιότητες. Θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των δασκάλων σε τεχνικές διαχείρισης της τάξης. Για να είναι δε πιο αποτελεσματικά χρειάζεται να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κάθε τοπικής κοινότητας, να ενσωματώνουν τεχνικές αλληλεπίδρασης, να είναι μακρόχρονα και όχι αποσπασματικά.
- Όσον αφορά τα σχολικά προγράμματα πρόληψης οι βασικές κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι: τα σχολικά προγράμματα να είναι περισσότερο αποτελεσματικά εάν εντάσσονται σαν μέρος του ολοκληρωμένου εκπαιδευτικού προγράμματος για την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη και την προαγωγή της υγείας. Επίσης, είναι σημαντικό να περιλαμβάνουν όλους όσοι ενδιαφέρονται μέσα στη σχολική κοινότητα αλλά και όσους μπορούν να την ενισχύσουν (Kumpfer & Alvarado 1995; Ghodse, Boss, Marque 1998; Leger et al. 1999; SAMHSA 2003).



ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Το μοντέλο του προγράμματος που παρουσιάζεται είναι ένα μοντέλο πρωτογενούς Πρόληψης, το οποίο εφαρμόστηκε σε δύο δημοτικά σχολεία, για δύο συνεχή σχολικά χρόνια στο καθένα. Το πρώτο, που αποτέλεσε την Πιλοτική Λειτουργία, πραγματοποιήθηκε στο 28^ο Δημοτικό Σχολείο Πειραιά από το 1997 ως το 1999. Το δεύτερο, το οποίο θα παρουσιαστεί αναλυτικότερα, εφαρμόστηκε στο 132^ο Δημοτικό Σχολείο Αθηνών από το 2000 ως το 2002.

Το μοντέλο αυτό απέσπασε το 1^ο Διεθνές Βραβείο «Mentor Achievement Award 2003», ανάμεσα σε 149 Προγράμματα Πρωτογενούς Πρόληψης από όλο τον κόσμο.

Ξεκίνησε βασιζόμενο στην πρόταση του εκπαιδευτικού υλικού «Δεξιότητες για Παιδιά του Δημοτικού» (Tacade-ΚΕ.Θ.Ε.Α. 1998) αλλά εμπλουτίστηκε με διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις και τεχνικές και διαμορφώθηκε έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του Σύγχρονου Ελληνικού Σχολείου.

Η πολυετής παράλληλη δουλειά με δασκάλους για την εκπαίδευση σε αυτή την προσέγγιση, έδωσε τη δυνατότητα ζύμωσης αυτών των στοιχείων που προέκυπταν από την εφαρμογή έτσι ώστε, μέσα από μία δημιουργική διεργασία αλληλεπίδρασης να συντίθενται κομμάτι-κομμάτι, τα στοιχεία εκείνα που βοηθούν στην ανέλιξη.

Μακροχρόνιος σκοπός της όλης παρέμβασης είναι η ενδυνάμωση του σχολείου στο ρόλο του για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των μαθητών του ενισχύοντας τους προσωπικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που προωθούν στάσεις και συμπεριφορές που οδηγούν σε υγιείς επιλογές και συμβάλλουν στην καθυστέρηση ή αποφυγή της έναρξης της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών.

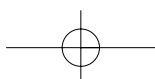
Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν συγκεκριμένοι επιβαρυντικοί ή προστατευτικοί παράγοντες για χρήση ουσιών (Baumrind 1985; Hundleby & Mercer 1987; Buckhat et al. 1992; Hawkins, Catalano & Miller 1992; Newcomb & Ortiz 1992; Jackson et al. 1997; Charllier et al. 2000; Ellickson, Tucker & Klein 2001; Boyle et al. 2001).

Οι συγκεκριμένοι παράγοντες των οποίων την τροποποίηση στοχεύει το πρόγραμμα είναι ατομικοί, σχολικοί και περιβαλλοντικοί-οικογενειακοί

Στους προστατευτικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι ατομικοί, οι σχολικοί και οι περιβαλλοντικοί-οικογενειακοί. Στους ατομικούς περιλαμβάνονται η υγιής συναισθηματική, ηθική και κοινωνική ανάπτυξη, τα θετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (αυτοεκτίμηση, αυτοπεποίθηση, αυτό-αποτελεσματικότητα), η δέσμευση σε αξίες που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση, οι δεξιότητες επικοινωνίας, η λήψη αποφάσεων, η επίλυση προβλημάτων, θέματα αυτοελέγχου και θέσπισης στόχων.

Οι σχολικοί αφορούν τη σύνδεση-δέσμευση του παιδιού με το σχολείο, το έντονο αίσθημα της κοινότητας μεταξύ των μαθητών του σχολείου, την ακαδημαϊκή δέσμευση και επιτυχία και τις σχέσεις φροντίδας και εμπιστοσύνης με τους δασκάλους.

Οι περιβαλλοντικοί-οικογενειακοί (Συνομηλικών – Ενηλίκων) περιλαμβάνουν τις σχέσεις φροντίδας και ενδιαφέροντος μεταξύ των ομότιμων, την ικανοποίηση των γονέων ως προς το γονεϊκό τους ρόλο, την αποτελεσματική επικοινωνία στην οικογένεια (Satir 1989), τις δεξιότητες αντίστασης σε πιέσεις και προκλήσεις των συνομηλικών και τη συνεργασία της οικογένειας με το σχολείο (Kumpfer 2000).



Η μείωση των παραγόντων κινδύνου επίσης αφορά ατομικούς, σχολικούς και περιβαλλοντικούς-οικογενειακούς παράγοντες. Οι ατομικοί περιλαμβάνουν την πρώιμη αντικοινωνική συμπεριφορά (Has 1996), την έλλειψη αυτό-ελέγχου, επιβολής και διεκδίκησης και άλλων κοινωνικών και προσωπικών δεξιοτήτων (Levise 1999), την έλλειψη δέσμευσης σε βασικές κοινωνικές αξίες, τα ατομικά ψυχικά και γνωστικά προβλήματα (Deykin's & Buka 1994; Weis 1992; Ziedonis 1995) και τη μειωμένη προετοιμασία για την είσοδο του παιδιού στη σχολική ζωή.

Οι σχολικοί αναφέρονται στην σχολική αποτυχία, στην έλλειψη σχολικών δεσμών (Mench & Kandel 1998), στο χαμηλό αίσθημα κοινότητας στο σχολείο (Γεωργούλας 2000) και στην έλλειψη οικογενειακής συμμετοχής στο σχολείο. Τέλος, οι περιβαλλοντικοί-οικογενειακοί αφορούν την έλλειψη γονικής αποτελεσματικότητας και ικανοποίησης (Velleman, Mistral & Sanderling 1997; Kandel, Kessler & Marguliles 1978), τα οικονομικά προβλήματα (π.χ. ανεργία, φτώχεια), το ασταθές οικογενειακό περιβάλλον, τις δυσκολίες στην επικοινωνία μέσα στην οικογένεια (Velleman et al. 1997; Cancrini & Gantman 1978; Reilly 1979), την ανοχή ως προς τη χρήση ουσιών (Sheehan, Oppenheimer, Taylor 1988; Wisely and Col 1987; Merikangas, Rounsaville & Prusoff 1992; Boyle et al. 2001).

ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Το πρόγραμμα, αφορά τόσο την πρόληψη της χρήσης και κατάχρησης ουσιών όσο και την πρόληψη άλλων βλαπτικών συμπεριφορών, για την ψυχική και σωματική υγεία των νέων, καθώς οι ψυχοκοινωνικοί εκπαιδευτικοί παράγοντες, επηρεάζουν και όλους τους τομείς της αγωγής υγείας (Charlton A. 1986).

Η πρόωξη της ανάπτυξης της θετικής ψυχικής υγείας των παιδιών είναι η απάντηση σε πολλά προβλήματα, ένα εκ των οποίων είναι η χρήση ουσιών. Ο Freud περιέγραψε την ψυχική υγεία ως την ικανότητα του ανθρώπου να εργάζεται και να αγαπά αποτελεσματικά. Σημαντικά στοιχεία για τη θετική ψυχική υγεία του παιδιού είναι η ικανότητά του να δημιουργεί στενούς συναισθηματικούς δεσμούς με τους γονείς του τα αδέρφια του και τα άλλα παιδιά. Η θετική ψυχική υγεία μπορεί να περιλαμβάνει ακόμα την ικανότητά του να χειρίζεται τα θέματα στη ζωή του με ικανοποιητική αποτελεσματικότητα προσαρμοζόμενο στα εκάστοτε αναπτυξιακά του δεδομένα και στις όλο πιο σύμπλοκες συναισθηματικές, πνευματικές και κοινωνικές καταστάσεις που καλείται ν' αντιμετωπίσει (Herbert 1998).

ΜΙΑ ΣΥΝΘΕΣΗ ΘΕΩΡΗΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:

1. Η συστημική προσέγγιση (Watzlawick 1981; Βασιλείου 1987), σύμφωνα με την οποία το σχολείο αντιμετωπίζεται ως όλον, όπου ένας αριθμός από διεργασίες και ενότητες βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση, αλληλοσυσχέτιση και συναλλαγή. Το ίδιο λειτουργεί σε ένα πλαίσιο και αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου συστήματος. Η ανάγκη για μία λειτουργική διασύνδεση και αλληλεπίδραση με την περιβάλλουσα κοινότητα, τις ομάδες, τους φορείς ή τα σχολεία που την απαρτίζουν είναι εμφανής.
2. Η γνωστικο-συναισθηματική προσέγγιση (Ellis 1994) η οποία αναγνωρίζει ότι η σκέψη, το συναίσθημα και η συμπεριφορά κάποιου είναι αλληλένδετα στοιχεία και επηρεάζουν και

24 *Εξαρτήσεις*

- τους άλλους. Αυτά συνδέονται με την αυτό-αποδοχή, την ευελιξία, τη δέσμευση, την ανάληψη ρίσκου χωρίς απερισκεψία, την ανοχή στη ματαιώση και στο λάθος, το κοινωνικό ενδιαφέρον (π.χ. λειτουργούν ηθικά, προστατεύουν τα δικαιώματα των άλλων).
3. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση (Klein 1932; Pollock 1989) με ισχυρό εργαλείο τη συναισθηματική κατανόηση, που επιτρέπει στο άτομο να αναπτύξει τις ικανότητές του να αισθάνεται, να σκέφτεται και να καταλαβαίνει καλύτερα τον εαυτό του και τους άλλους. Η αναγνώριση, η επιτρεπτικότητα και η αποδοχή όλων των συναισθημάτων ενισχύει μια λειτουργική ύπαρξη και συνύπαρξη αλλά και κατανόηση του γύρω κόσμου και των σχέσεων που βιώνονται.
 4. Η συμπεριφορική προσέγγιση μέσα από την κοινωνική μάθηση που δίνει έμφαση στην ικανότητα να επιλύονται κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα και στις αναπτυξιακές μεταβλητές βάσει των οποίων αναπτύσσεται η προσωπική και κοινωνική εκπαίδευση με την καλλιέργεια δεξιοτήτων.
 5. Η προσέγγιση εστιασμένη στο άτομο μέσα από την ομάδα με έμφαση στην αυτό-πραγμάτωση, την αυτό-ρύθμιση, την υπευθυνότητα, και
 6. Η διαπολιτισμική προσέγγιση και το μοντέλο διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης (Γεωργογιάννης 1997), οι βασικές αρχές του οποίου είναι η ενσυναίσθηση, η αλληλεγγύη, ο σεβασμός στην πολιτισμική ετερότητα, η εξάλειψη του εθνικιστικού τρόπου σκέψης και η απαλλαγή από εθνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Το μοντέλο αφορά σε ένα μακροχρόνιο πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης για το δημοτικό σχολείο.

Περιλαμβάνει:

- Εκπαίδευση δασκάλων
- Εκπαίδευση γονέων (Kumpfer 2000)
- Εκπαίδευση των παιδιών σε προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες
- Ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης (Goleman 1998)
- Δικτύωση στην κοινότητα
- Αξιολόγηση

Αξιοποιούνται για τα παραπάνω:

- Η παιδαγωγική σχέση και οι τεχνικές ενεργητικής μάθησης
- Το κτίσιμο ομάδας και η διεργασία ομάδας (Βασιλείου 1987)
- Η προσομοίωση
- Οι ομάδες των ομοτίμων
- Η δημιουργική έκφραση
- Η θετική αναπλαισίωση (Watzlavick 1981)

Εκπαιδευτικά υλικά πρόληψης που αξιοποιούνται «Δεξιότητες για Παιδιά του Δημοτικού» (TACADE 1998), «Ο Κήπος με τις 11 Γάτες» (Moratti 1992) και η «Ψυχική Υγεία – Διαπροσωπικές Σχέσεις» (ΥΠΕΠΘ – ΚΕ.Θ.Ε.Α. – ΕΨΥΠΕ 2000).

Η ολοκληρωμένη παρέμβαση σε σχολείο της Αθήνας είναι ένα δομημένο πρόγραμμα που βασίζεται στο δημοτικό σχολείο και στην αλληλεπίδραση όλων των μερών του (μαθητές, εκ-

παιδευτικοί, γονείς) συνδέοντας, παράλληλα, την κοινότητα του σχολείου με την περιβάλλουσα τοπική κοινότητα. Πραγματοποιήθηκε στο 132° Δημοτικό Σχολείο Αθηνών και διήρκησε 2 ολόκληρα σχολικά έτη (2000-2001, 2001-2002) χρόνος που κρίνεται απαραίτητος προκειμένου τα χαρακτηριστικά στοιχεία της πρόληψης να ενσωματωθούν και να εφαρμοστούν με σταθερότητα και συνέχεια (Πίνακας 1). Χρειάστηκε μια περίοδος προπαρασκευαστική κυρίως προς την ομάδα των εκπαιδευτικών με ένα εισαγωγικό εργαστήριο στην πρόληψη της χρήσης ουσιών και στη μεθοδολογία δουλειάς στην πρόληψη.

Στόχοι της παρέμβασης ήταν:

A. Η παροχή ενός υποστηρικτικού πλαισίου στη σχολική κοινότητα προκειμένου:

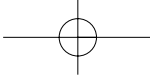
1. Να ενθαρρύνει την προώθηση της ψυχικής και κοινωνικής υγείας των μαθητών αλλά και των σημαντικών τους ενηλίκων μέσα από την ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων και τη συναισθηματική αγωγή.
2. Να εκπαιδεύσει και να ενδυναμώσει το σχολικό σύστημα προκειμένου να ανταποκριθεί και στις ψυχο-κοινωνικές ανάγκες και ανάπτυξη των μελών του.
3. Να παρέμβει στις αιτίες που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την χρήση ουσιών μέσα από την πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού, των συναισθηματικών διαταραχών, της επιθετικότητας, της σχολικής αποτυχίας.

B. Η δημιουργία ομάδων-πυρήνων πρόληψης στη σχολική κοινότητα που θα συνεχίσουν την προαγωγή της υγείας και της πρόληψης.

Γ. Η ενσωμάτωση αρχών και μεθοδολογίας πρόληψης μέσα στο καθημερινό εκπαιδευτικό πρόγραμμα που διατρέχει τη σχολική κοινότητα σε όλο το χρονικό διάστημα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

1η ΦΑΣΗ 2000-2001	ΕΜΦΑΣΗ	ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ανάπτυξη θετικών συμμαχιών και διεργασιών μεταξύ διαφόρων ενότητων του σχολείου. ➤ Ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση στην Πρόληψη. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 3 ομάδες μαθητών ηλικίας 11-12 χρονών (76 μαθητές εκ των οποίων 47 από την Ελλάδα και 29 από την Αλβανία, 38 κορίτσια και 38 αγόρια) ➤ 1 ομάδα εκπαιδευτικών (19 εκπαιδευτικοί συμπεριλαμβανομένης και της Δ/ντριας του σχολείου): με: <ol style="list-style-type: none"> 1. εκπαιδευτικά εργαστήρια σε ομάδα δασκάλων του σχολείου αλλά και γειτονικών σχολείων 2. ταυτόχρονη εκπαίδευση των δασκάλων στην τάξη κατά την εφαρμογή του προγράμματος στους μαθητές τους ➤ 2 ομάδες γονέων των μαθητών του σχολείου (21 γονείς) με: <ol style="list-style-type: none"> 1. ενημερωτικές συναντήσεις κατά τις οποίες παρουσιάστηκε το πρόγραμμα 2. δομημένα & συστηματικά εκπαιδευτικά εργαστήρια σε ομάδα ελληνόφωνων γονέων και αλβανόφωνων γονέων.

26 *Εξαρτήσεις*

2η ΦΑΣΗ 2001-2002	<ul style="list-style-type: none"> ➤ στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων των δασκάλων & των μαθητών ➤ στην ανάπτυξη δράσεων πρόληψης από το ίδιο το σχολείο και τους εκπαιδευτικούς ➤ στην εδραίωση της δικτύωσης του σχολείου με την ευρύτερη κοινότητα 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 6 ομάδες μαθητών ηλικίας 7-12 χρονών (142 μαθητές εκ των οποίων 93 από διάφορες εθνικότητες, 49 από Ελλάδα, 72 κορίτσια και 70 αγόρια) ➤ Σε συνέχεια της εκπαίδευσης στην 1η ομάδα εκπαιδευτικών (15 εκπαιδευτικοί) που εφαρμόζαν πρόγραμμα πρόληψης και αγωγής υγείας και σε παροχή συμβουλευτικής κατά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή συναντήσεων από τους ίδιους προς τους μαθητές τους ➤ 2 ομάδες γονέων (64 γονείς) με : <ol style="list-style-type: none"> 1. δομημένα και συστηματικά εκπαιδευτικά εργαστήρια 2. δομημένες ανοιχτές συναντήσεις, σεμιναριακής κυρίως μορφής, με ποικίλα θέματα που αφορούν το γονικό ρόλο.
----------------------	--	--

Μαθητές

Στόχοι: ➤ Να εκτιμήσουν τον εαυτό τους, να επικοινωνήσουν καλύτερα, να δημιουργήσουν υγιέστερες σχέσεις μεταξύ τους, να αντιμετωπίσουν και διαχειριστούν με αποτελεσματικό τρόπο τη διαφορετικότητά τους, να αυξήσουν τις γνώσεις τους σε θέματα που αφορούν την υγεία τους.

➤ Να μειωθούν τα περιστατικά επιθετικότητας, συγκρούσεων και ρατσισμού και να αυξηθεί η μεταξύ τους συνεργασία.

Το πρόγραμμα που απευθύνθηκε σε αυτή την ομάδα σχεδιάστηκε βάσει των ιδιαίτερων αναγκών των μαθητών προκειμένου να δώσει τις πλέον κατάλληλες και απαραίτητες πληροφορίες για το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκονται και να θέσει τους ίδιους τους μαθητές στο ρόλο του συν-διαμορφωτή του προγράμματος στο οποίο θα συμμετέχουν. Τέλος, να δώσει στους μαθητές τη δυνατότητα ανάληψης μέρους της ευθύνης γι' αυτό.

Μία σειρά 11-15 συνεδριών με την κάθε τάξη των μαθητών πραγματοποιούνταν με συχνότητα μια φορά την εβδομάδα και διάρκεια 90'/συνεδρία ενώ για την προετοιμασία και την αποτίμηση της συνεδρίας με το δάσκαλο χρειαζόταν μία συνάντηση. Οι μαθητές σε μικρές ή μεγάλες ομάδες επεξεργάστηκαν τα θέματα που τους απασχολούσαν. Είχαν την ευκαιρία να διερευνήσουν τις αξίες και τις συμπεριφορές τους και να εκτεθούν σε ερεθίσματα για θέσπιση στόχων, εδραίωση αξιών και εμπειριών, λήψη αποφάσεων, επιλογών και υπευθυνοτήτων.

Κατά τις συνεδρίες μέσα από την αλληλεπίδραση, το μοίρασμα, την ενεργή συμμετοχή, το παιχνίδι, τη συζήτηση, επεξεργάστηκαν θέματα που αφορούσαν την αυτο-εκτίμησή τους, την αποτελεσματική επικοινωνία, την αυτο-οργάνωση, την ικανότητα λήψης αποφάσεων, την αντίσταση στις πιέσεις, την αντιμετώπιση των προκλητικών συμπεριφορών των συμμαθητών τους, τη θέσπιση στόχων για την προσωπική τους βελτίωση.

Γονείς

Στόχοι: ➤ Η ενημέρωση για το πρόβλημα της χρήσης, κατάχρησης και εξάρτησης από ουσίες καθώς και για το ρόλο της οικογένειας στο επίπεδο της πρόληψης.

- Η γνωριμία και η κατανόηση κατάλληλων μεθόδων για το υγιές μέγεθος του παιδιού.
- Η ενδυνάμωση των προσωπικών και κοινωνικών τους δεξιοτήτων.
- Η εκπαίδευση και η ενδυνάμωση των γονεϊκών τους δεξιοτήτων.
- Η βελτίωση της ενδοικογενειακής επικοινωνίας και κλίματος.
- Η ενθάρρυνση στη συνεργασία με το σχολείο.

Κατά την πρώτη φάση του προγράμματος δημιουργήθηκε μια ομάδα ελληνόφωνων γονέων, οι οποίοι ευαισθητοποιήθηκαν και εκπαιδεύτηκαν στο πλαίσιο μιας σειράς 10 συνεδριών με συχνότητα μια φορά την εβδομάδα και διάρκεια 2 ωρών /συνεδρία.

Αξιοποιώντας τη διεργασία ομάδας και τεχνικές βιωματικής μάθησης, είχαν τη δυνατότητα να διερευνήσουν και να επεξεργαστούν θέματα όπως:

Το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης: χρήση και κατάχρηση, αίτια, γνώση για τις συνέπειες και τις ψυχοδραστικές ουσίες, ο ρόλος της οικογένειας στην πρόληψη, αναπτυξιακά στάδια του παιδιού, προσωπική και κοινωνική εκπαίδευση, αποτελεσματική επικοινωνία και ανταπόκριση στα προβλήματα των παιδιών, αυτοεκτίμηση, επίλυση συγκρούσεων.

Σταδιακά προετοιμάστηκε το έδαφος ώστε να γίνει και μια ομάδα αλβανόφωνων γονέων, οι οποίοι με τη σειρά τους ευαισθητοποιήθηκαν και εκπαιδεύτηκαν στα ίδια θέματα με ταυτόχρονη μετάφραση από την ελληνική στην αλβανική γλώσσα και αντίστροφα.

Παρατηρήθηκε μια σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών των δυο ομάδων, η οποία πιθανόν είναι πολιτισμική και είναι σχετική με το ποιος ρόλος θεωρείτο ο πιο κατάλληλος για μια τέτοια εκπαίδευση.

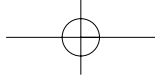
Συγκεκριμένα, στην ομάδα των ελλήνων γονέων συμμετείχαν μόνο μητέρες ενώ στην ομάδα των αλβανών γονέων συμμετείχαν κατά μεγάλη πλειοψηφία οι πατεράδες.

Κατά τη δεύτερη φάση του προγράμματος προσφέρθηκαν δυο μορφές εκπαίδευσης για τους γονείς.

Η μία ήταν η δομημένη εκπαιδευτική ομάδα με δέσμευση σε ένα εργαστήριο 12 δίωρων συνεδριών με συχνότητα μία ανά 15ήμερο, στην οποία οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να διερευνήσουν θέματα, όπως:

Ανάγκες του παιδιού και αναπτυξιακές αλλαγές, όρια και κανόνες καθώς το παιδί μεγαλώνει, η πρόληψη στην οικογένεια και στο σχολείο, κοινωνικοπολιτισμικές αλλαγές και η επίδρασή τους στον άνθρωπο, την οικογένεια, την κοινωνία, εκπαίδευση του παιδιού στην προστασία του, επικοινωνία στην οικογένεια, αυτοεκτίμηση.

Η άλλη μορφή εκπαίδευσης περιελάμβανε 11 δίωρα αυτόνομα εργαστήρια με συχνότητα ένα ανά 15ήμερο. Οι θεματικοί άξονες αυτών των εργαστηρίων ήταν: προετοιμασία γονέων για την ένταξη των παιδιών στο σχολείο, οικογένεια. Στάδια εξέλιξης της οικογένειας και φυσιολογικές κρίσεις, κακοποίηση-παραμέληση παιδιού, σχολική άρνηση και μαθησιακές δυσκολίες ή προβλήματα, υγιεινή διατροφή, πρόληψη ατυχημάτων, το παιχνίδι ως μέσο μάθησης, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση του παιδιού, εφηβεία.

*Εκπαιδευτικοί*

Στόχοι: ➤ Η εκπαίδευση στην προαγωγή της πρόληψης, της υγείας και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων στο σχολείο.

- Η ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου σε θέματα επικοινωνίας, αυτό-εκτίμησης, επίλυσης προβλημάτων και συγκρούσεων, σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης δράσεων πρόληψης.
- Η ενδυνάμωση στη συνεργασία μεταξύ τους αλλά και με τους γονείς και τους μαθητές τους.

Η πρώτη φάση του προγράμματος με τους δασκάλους, αφορούσε στη βιωματική, θεωρητική εκπαίδευση και παράλληλη πρακτική εκπαίδευση μέσα στην τάξη. Πραγματοποιήθηκε ένα βιωματικό εργαστήριο 10 δίωρων συνεδριών, κατά τη διάρκεια του οποίου είχαν την ευκαιρία να διερευνήσουν σημαντικά θέματα, ενώ παράλληλα έκαναν την πρακτική τους εκπαίδευση ως συντονιστές μέσα στις τάξεις.

Τα θέματα τα οποία επεξεργάστηκαν ήταν:

Δημιουργία εκπαιδευτικού πλαισίου, προσωπική και κοινωνική εκπαίδευση στο σχολείο, δουλεύοντας με ομάδες. Αποτελεσματική ακρόαση και επικοινωνία, ανταπόκριση στα προβλήματα των παιδιών, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του παιδιού στο σχολείο, επίλυση συγκρούσεων, συνολική σχολική προσέγγιση στην πρόληψη, δυσκολίες.

Η δεύτερη φάση αφορούσε κυρίως στην υποστήριξη των δασκάλων που εφαρμόζαν πρόγραμμα πρόληψης και αγωγής υγείας, με ομαδική και ατομική συμβουλευτική και εξειδικευμένη εκπαίδευση. Πραγματοποιήθηκαν 5 εκπαιδευτικές και 5 εποπτικές συνεδρίες. Τα θέματα, τα οποία επεξεργάστηκαν ήταν:

Κοινωνικοπολιτισμικές αλλαγές και η επίδρασή τους στο σχολείο και στο ρόλο του δασκάλου, προκατάληψη και διαφορετικότητα, η διαδικασία της αξιολόγησης, σχέσεις σχολείου-γονέων, διαχείριση των συναισθημάτων που συνοδεύουν το πένθος.

ΔΙΚΤΥΩΣΗ

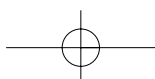
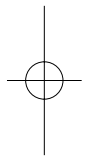
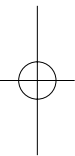
Η εργασία για τη δικτύωση αφορούσε στο πρώτο κυρίως επίπεδο της που είναι η γνωριμία μεταξύ των φορέων και είχε τρεις κατευθύνσεις:

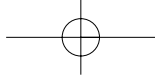
Τη δικτύωση με φορείς που ασχολούνται με την προώθηση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας του παιδιού, τη δικτύωση με άλλα σχολεία της ευρύτερης περιοχής, τη δικτύωση με την κοινότητα.

Για την πρώτη κατεύθυνση ο στόχος ήταν αφενός η ευαισθητοποίηση του σχολείου σε ανάλογα θέματα και η ανάπτυξη σχέσης τέτοιας που θα διευκόλυne τη βοήθεια ή παραπομπή ανάλογων περιπτώσεων. Έτσι υπήρξε συνεργασία με το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Αθηνών, το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο (Τμήμα Διατροφολογίας) και το Σωματείο «Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος».

Για τη δεύτερη κατεύθυνση ο στόχος ήταν η ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού δικτύου δασκάλων και σχολείων, το οποίο θα λειτουργεί ανατροφοδοτικά σε βάθος χρόνου.

Για το σκοπό αυτό στις ομάδες των δασκάλων εντάχθηκαν και δάσκαλοι από γειτονικά σχολεία.





Για την τρίτη κατεύθυνση, αυτή της σύνδεσης με την κοινότητα αξιοποιήθηκαν οι εκδηλώσεις παρουσίασης του προγράμματος.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΥΛΙΚΟΥ

Η δημιουργία υλικού αποτέλεσε αφ' ενός μια τεχνική επεξεργασίας κάποιων θεμάτων με τα παιδιά, και αφ' ετέρου έναν τρόπο διάχυσης της δουλειάς. Η αξιοποίηση μηνυμάτων πρόληψης από συνομήλικους είναι ένας τρόπος για να απευθυνθεί κανείς σε ένα μεγαλύτερο αριθμό παιδιών, σε διαφορετικό βεβαίως επίπεδο.

Το υλικό που δημιουργήθηκε αφορούσε μπλούζες, αφίσες και κάρτες με μηνύματα πρόληψης.

Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Μία τόσο ευρεία παρέμβαση, η οποία ταυτόχρονα στοχεύει σε βάθος, είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται από μια ομάδα προσωπικού σε πολλούς, εναλλασσόμενους και ανεπισσόμενους ρόλους.

Η ύπαρξη μιας σταθερής ομάδας είναι απαραίτητη για να συμπεριλάβει όλο το σύστημα και τις δυναμικές του και η ύπαρξη των εξωτερικών συνεργατών είναι απαραίτητη για τον εμπλουτισμό της παρέμβασης με άλλα θέματα, άλλους τρόπους και άλλες οπτικές προσέγγισης των ίδιων θεμάτων.

Η βασική ομάδα αποτελούνταν από 5 στελέχη σε διαφορετικούς ρόλους, (επόπτης σύμβουλος, υπεύθυνος σχεδιασμού και υλοποίησης, προσωπικό υλοποίησης, αξιολογητές). Συμπληρωματικά, εργάστηκαν εθελοντικά 19 επαγγελματίες-επιστήμονες από άλλους φορείς αλλά και φοιτητές σε πλαίσιο πρακτικής καθώς και κάποιοι ως ωρομίσθιοι εμπυχωτές.

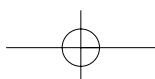
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

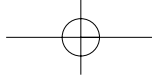
Μεθοδολογία

Για την αξιολόγηση του προγράμματος διαμορφώθηκε ένα ερευνητικό σχέδιο αξιολόγησης, ικανό και κατάλληλο να ανταποκριθεί στα ζητούμενα. Για το λόγο αυτό, σε όλες τις επιμέρους φάσεις εφαρμογής του προγράμματος συμπεριλήφθησαν πολλές διαφορετικές μέθοδοι, ομαδοποιημένες σε 3 κατηγορίες: ατομικά ερωτηματολόγια, παρατήρηση τάξης (συζήτηση στην τάξη, παίξιμο ρόλων, παραγωγή υλικών: εργασίες των ομάδων), ομαδικά εστιασμένες συνεντεύξεις.

Η αξιολόγηση έγινε σε πέντε άξονες

- Διερεύνηση των αναγκών και των προσδοκιών κάθε ομάδας της σχολικής κοινότητας.
- Διερεύνηση των στάσεων ζωής των μαθητών της ομάδας-στόχου και της ομάδας-ελέγχου.
- Αξιολόγηση κατά τη διαδικασία εφαρμογής
- Αξιολόγηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας μέσω αυτό-χορηγούμενων ερωτηματολογίων για τις ομάδες των δασκάλων και των μαθητών.
- Ποιοτική αξιολόγηση με τη μέθοδο της ομαδικά εστιασμένης συνέντευξης (focus group).





Ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους μαθητές πριν και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος και σε ομάδα-στόχου και σε ομάδα-ελέγχου. Αυτοχορηγούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο βασίστηκε στο ερευνητικό εργαλείο που αξιοποιείται από το National Institute for Drug and Drug Addiction και βρίσκεται ως παράρτημα στο εγχειρίδιο STEPP, Staff/Team Evaluation of Prevention Programs (Hawkins, J.D., Nederhood, B. 1987) δόθηκε στους μαθητές και στους ενήλικες (γονείς και εκπαιδευτικούς). Τηρήθηκαν οι εργασίες από τις ομάδες καθώς και πρακτικά από τις συναντήσεις, είτε στην τάξη είτε στην ομάδα των ενηλίκων. Πραγματοποιήθηκαν πέντε ομαδικά εστιασμένες συνεντεύξεις, δύο με τις ομάδες των δασκάλων κατά την πρώτη φάση εφαρμογής, και τρεις με τις ομάδες των γονέων τόσο στην πρώτη όσο και στη δεύτερη φάση.

Οι παραπάνω μέθοδοι συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν στο πλαίσιο της αξιολόγησης της διαδικασίας αλλά και του αποτελέσματος του προγράμματος, με απώτερο στόχο την αποτίμηση του προγράμματος στη βάση μιας σειράς κριτηρίων επίτευξης των προσδιοριζόμενων στόχων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η υλοποίηση του προγράμματος κρίνεται αποτελεσματική καθώς όλοι οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα ανέφεραν την ικανοποίησή τους για α) την επίτευξη των στόχων που αρχικά είχαν τεθεί, β) τη συνολική ποιότητα του προγράμματος που τους προσφέρθηκε και γ) την αποτελεσματικότητα της μαθησιακής μεθόδου που ακολουθήθηκε. Όλοι διατήρησαν τη δέσμευση και τη συμμετοχή τους κατά τη διάρκεια της υλοποίησης του προγράμματος καθώς και μετά την ολοκλήρωσή του.

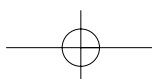
Σημαντικός αριθμός μαθητών, γονέων και δασκάλων ανέφερε προσωπικές αλλαγές κυρίως όσον αφορά την αύξηση των γνώσεων, τη βελτίωση της αυτο-εκτίμησης και αυτο-γνωσίας, την καλύτερη διαχείριση της κρίσης και της διαφορετικότητας, τη βελτίωση της μεταξύ τους συνεργασίας, τη βελτίωση της επικοινωνίας και της αλληλεπίδρασης.

Λιγότερα περιστατικά επιθετικότητας και ρατσισμού συνέβησαν στο σχολείο, σημαντική μείωση των συγκρούσεων στην αυλή και στην τάξη ανάμεσα στους μαθητές, ενώ μαθητές που ήταν στο περιθώριο ή μαθητές νεοεισερχόμενοι ενσωματώθηκαν και εντάχθηκαν στην ομάδα των μαθητών και στην τάξη πολύ πιο γρήγορα και εύκολα.

Όσον αφορά την ένταξη και ενσωμάτωση αυτή παρατηρήθηκε και στην ομάδα των εκπαιδευτικών του σχολείου, οι οποίοι πολύ φυσιολογικά και αυθόρμητα υποδέχονταν στην ομάδα τους νέους συναδέλφους και τους εκπαιδεύαν εντάσσοντάς τους και στο πρόγραμμα εκπαίδευσης και στο πρόγραμμα που εφάρμοζαν στους μαθητές τους.

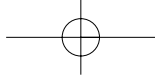
Οι μαθητές είχαν την ευκαιρία να αναγνωρίσουν τις ικανότητές τους και να τις ενισχύσουν. Κατέκτησαν μια ρεαλιστική άποψη των αναγκών τους, περισσότερη εμπιστοσύνη και σεβασμό ο ένας στον άλλο, αξιοποιώντας θετικά τη διαφορετικότητά τους και εκτίμησαν τις θετικές πλευρές του καθενός. Εφάρμοσαν στην τάξη τις νεοαποκτηθείσες δεξιότητες (π.χ. επίλυση διαφωνίας, ενεργητική ακρόαση) και έλαβαν βοηθητική ανατροφοδότηση από τους ομότιμους τους και τους ενήλικες σε ένα υποστηρικτικό κλίμα μέσα στο σχολείο.

Ενσωμάτωσαν στην καθημερινή λειτουργία της τάξης αρχές του σεβασμού, της αλληλοβοή-



θειας, του ενδιαφέροντος, της υπευθυνότητας, της εμπιστοσύνης, της αυτό-πειθαρχίας όπως τις είχαν θέσει ως αρχές κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του προγράμματος.

- Οι δάσκαλοι ανέφεραν ότι οι μαθητές απέκτησαν μεγαλύτερη συνοχή και στενότερους δεσμούς με τους συμμαθητές τους. Ανέφεραν, επίσης, βελτίωση στη χαμηλή σχολική απόδοση κάποιων μαθητών.
- Οι γονείς είχαν την ευκαιρία να προσεγγίσουν το σχολείο, να αλλάξουν μη λειτουργικά μοντέλα συμπεριφοράς στην επικοινωνία τόσο με τα παιδιά τους όσο και με την υπόλοιπη οικογένεια και το σχολείο και ένισωσαν ενισχυμένοι στο ρόλο τους μέσα στην οικογένεια. Σταδιακά, συμμετείχαν περισσότερο στις δραστηριότητες του σχολείου. Οι αρχικοί φόβοι, δισταγμοί και η αποφυγή για το σχολείο αντικαταστάθηκαν από διαθεσιμότητα, ευχαρίστηση και ικανοποίηση.
- Οι δάσκαλοι ενθαρρύνθηκαν και ενσωμάτωσαν μέσα στη σχολική ζωή ευκαιρίες για τους μαθητές ώστε να εξερευνούν τα συναισθήματα, τα πιστεύω τους, τις αξίες και τη συμπεριφορά τους μέσα από προγραμματισμένες δραστηριότητες ή εκμεταλλευόμενοι αυθόρμητες ευκαιρίες κατά τη διάρκεια της σχολικής ζωής. Δήλωσαν ανανεωμένοι δημιουργώντας ένα νέο όραμα για τη δουλειά τους στο πώς να βοηθήσουν στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα του σχολείου την «ολόπλευρη ανάπτυξη της προσωπικότητας του μαθητή τους» χωρίς να εστιάζουν μόνο στη σχολική επίδοση αλλά και στην ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη.
- Οι δάσκαλοι σταδιακά ανέλαβαν τον σχεδιασμό και την εφαρμογή τριών διαφορετικών προγραμμάτων στο σχολείο (υγιεινή διατροφή, περιβαλλοντική εκπαίδευση, εκπαίδευση σε προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες). Συνειδητοποίησαν τη σπουδαιότητα του ρόλου τους στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας και αποσαφήνισαν έννοιες, αρχές, μεθοδολογία και θέματα σχετικά.
- Οι αλλαγές που έγιναν στο σχολείο ως όλον είναι πολύ σημαντικές και μεγαλύτερες από το άθροισμα των επιμέρους αλλαγών, που παρατηρήθηκαν στις ομάδες.
- Το σχολείο άρχισε να συζητά και να ξεκαθαρίζει την πολιτική του σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας και αντιμετώπισης της κακοποίησης.
 - Μειώθηκαν σημαντικά οι συγκρούσεις μεταξύ των μαθητών στην αυλή.
 - Αντιμετώπιστηκαν περιστατικά κακοποίησης ή παραμέλησης παιδιών τα οποία καιρό έμεναν κλειστά ως θέματα.
 - Οι σχέσεις με τους γονείς όχι απλώς βελτιώθηκαν αλλά έγιναν λειτουργικές.
 - Δημιουργήθηκε μια ομάδα αυτοβοήθειας των δασκάλων.
 - Το σχολείο ανέπτυξε ένα σημαντικό υποστηρικτικό δίκτυο με φορείς δημόσιους ή μη κυβερνητικούς (Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Αθήνας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Σωματείο «Αντιμετώπιση Παιδικού Τραύματος») με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών ή άλλων ψυχολογικών ή κοινωνικών προβλημάτων.
- Ενώ αυτά διαπιστώθηκαν με το κλείσιμο του προγράμματος το δεύτερο χρόνο, το επόμενο έτος (2003) και αφού το σχολείο ανέλαβε πια μόνο του να συνεχίσει το έργο της πρόληψης έκανε σημαντικές αλλαγές:



32 Εξαρτήσεις

- Δημιούργησε Σχολή Γονέων.
- Δημιούργησε τμήμα διδασκαλίας ελληνικής γλώσσας για ξενόγλωσσους γονείς με εθελοντική προσφορά των δασκάλων.
- Άλλαξε η δομή των τάξεων από την παραδοσιακή μετωπική διάταξη των θρανίων σε κύκλο ή μικρές ομάδες.
- Το πρόγραμμα πρόληψης ενώ είχε ετήσιο σχεδιασμό, πέρασε στην καθημερινή ζωή του σχολείου κερδίζοντας το στοίχημα των σύγχρονων σχολικών προγραμμάτων πρόληψης.

Οι αλλαγές που προέκυψαν στα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και στο σχολείο επηρέασαν και την ευρύτερη περιοχή της Γκράβας. Αποτέλεσαν παράδειγμα ευαισθητοποίησης και κινητοποίησης και άλλων εκπαιδευτικών, γονέων και σχολείων στη γύρω περιοχή, που με τη σειρά τους εξέφρασαν διάθεση και αίτημα για ενημέρωση και εκπαίδευσή τους στην πρόληψη.

Αν και το θέμα χρήσης και κατάχρησης ουσιών δεν προσεγγίστηκε άμεσα, η συνολική όμως αξιολόγηση του προγράμματος δείχνει ότι δημιουργήθηκαν προληπτικά αποτελέσματα όσον αφορά τη χρήση ουσιών από τους μαθητές, καθώς είχαμε τροποποίηση πολλών παραγόντων κινδύνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

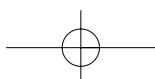
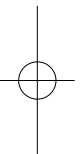
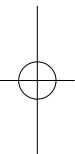
Η εργασία στην πρωτογενή πρόληψη όταν δε στοχεύει στη συμμόρφωση αλλά στην ανάπτυξη των ανθρώπων σε ό,τι μπορούν να γίνουν είναι εξαιρετικά δύσκολη. Χρειάζεται ένα συνδυασμό γνώσεων, δεξιοτήτων και μεγάλη επένδυση. Πολλές φορές γεμίζει τους ανθρώπους με ματαιώσεις και αγωνίες σχετικά με το αποτέλεσμα. Ειδικά όταν τα αποτελέσματα της πρόληψης δεν είναι άμεσα και εμφανίζονται αργότερα.

Όμως, οι αλλαγές που μπορεί να γίνουν στην ποιότητα της ζωής των νέων είναι μετρήσιμες και σημαντικές.

Το μοντέλο είναι αποτελεσματικό και μπορεί να εφαρμοστεί σε δημοτικά σχολεία σε αγροτική, ημιαστική και αστική περιοχή χωρίς κανένα περιορισμό. Ωστόσο, η υψηλή δέσμευση που απαιτείται σε χρόνο και ανάληψη ευθύνης τόσο από επιστήμονες επαγγελματίες όσο και από το σχολείο, είναι ένας σημαντικός περιοριστικός παράγοντας για την γρήγορη επέκταση του προγράμματος σε πολλά σχολεία.

Ένα τέτοιο πρόγραμμα πρόληψης χρειάζεται χρόνο για προσεκτικό σχεδιασμό και προετοιμασία, προσεκτική ακρόαση των αναγκών του σχολείου και των μελών του, προσεκτική παρατήρηση των «κρυφών» σημείων της σχολικής κοινότητας, σεβασμό στις ισορροπίες του και υποστηρικτική παρέμβαση και όχι παραβίαση, σχεδιασμό ανάλογα με τις ανάγκες, ισχυρές συμμαχίες ανάμεσα στα στελέχη πρόληψης, στους δασκάλους και στους γονείς, καλλιέργεια των σχέσεων σε επίπεδο ρόλων αλλά και σε ανθρώπινο επίπεδο και εποπτεία σε όλα τα επίπεδα.

Χρειάζεται, επίσης, να αποδεχτούμε ότι ο δάσκαλος της τάξης είναι ο σημαντικότερος υποστηρικτής της πρόληψης. Εκτός από την προσφορά του μέσα στην τάξη μπορεί να λειτουργήσει ως «χιονοστιβάδα» κινητοποιώντας και άλλους δασκάλους από άλλα



σχολεία. Ο δάσκαλος, όμως, χρειάζεται επαρκή εκπαίδευση σε θέματα δυναμικής της τάξης, κτισίματος ομάδας, προσεκτικής ακρόασης, προώθησης της ψυχοκοινωνικής υγείας των μαθητών. Το σχολείο θα πρέπει να λειτουργεί ως μέρος ενός υποστηρικτικού δικτύου σχολείων και άλλων υπηρεσιών με στόχο τη συμπληρωματική λειτουργία, υπηρετώντας τις ανάγκες των νέων και των οικογενειών τους, υπηρετώντας τελικά τη ζωή. Τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας πρέπει να συνδυάζονται και με άλλα προγράμματα (π.χ. περιβαλλοντικής εκπαίδευσης, διαπολιτισμικά, κ.λπ.), και να έχουν στόχο την υγιή ανάπτυξη των παιδιών και να γίνονται μέρος της καθημερινής ζωής του σχολείου. Τέλος, τα σχολεία χρειάζονται θεσμική υποστήριξη και όχι μόνο για τα προγράμματα πρόληψης, με τέτοιον τρόπο που να τα οδηγεί από την ομοιομορφία στην ποικιλομορφία, από το αντικείμενο στο υποκείμενο. Χρειάζονται θεσμική υποστήριξη, η οποία δεν θα λειτουργεί ελεγκτικά για το σχολείο, τους δασκάλους, τα παιδιά και τους γονείς αλλά θα γίνει εργαλείο προώθησης του «ευ ζην».

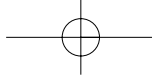
Βιβλιογραφία

- Boyle, M., Sanford, M., Szatmari, P., Mericangas, K., & Offer, D. (2001). "Familiar influences on substance use by adolescents and young adults". *Canadian Journal of Public Health*, 92, 206-209
- Βασιλείου, Γ. (1987) «Ο Άνθρωπος ως σύστημα: μια παρουσίαση για τον παιδοψυχίατρο». *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*. Τόμος Α, μέρος 3^ο, Αθήνα
- Βασιλείου – Παπαγεωργίου Β. (2004) «Η εκπαίδευση ενηλίκων υπό το πρίσμα δύο στοχαστών του 20^{ου} αιώνα», J. Dewey & P. Freire, Εκπαίδευση Ενηλίκων, τεύχος 1^ο, εκδόσεις ΜΕΤΑΙΧΜΙΟ, Αθήνα.
- Γεωργογιάννης Π. (1997) «Θέματα Διαπολιτισμικής Επικοινωνίας και Αγωγής», Αθήνα, Gutenberg.
- Charllier, B., Chau, N., Predine, R., Choquet, M., & Legras, B., (2000). «Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol and illicit drug use in adolescents». *European Journal of Epidemiology*, 16, 33-42
- Charlton A., (1986) "Evaluation of a family – linked smoking program in primary schools" *Health education journal*, 45, 3, 140.
- Deykin, E.Y. & Buka, S.L. (1994) "Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents" *American Journal of Public Health*, 84 p.p. 634-39.
- Ellickson, P.L., Tucker, J.S., & Klein, D.J. (2001). «High-risk behaviors associated with early smoking: results from a 5-year follow up». *Journal of Adolescent Health*, 28, 465-473
- Ellis, A. (1994). "Reason and Emotion in Psychotherapy". New York: Birch Lane Press
- Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. (1998, 2000, 2002, 2003). Ετήσια Έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Ghodse, H. (1998) Drug Abuse Prevention in the Information age. Cited in *Drug Prevention and Drug Policy, Proceedings of the European Conference* 98, Vienna, 5-6/11/98, pp. 20-22.
- Goleman, D. (1998). Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ: γιατί το EQ είναι πιο σημαντικό από το IQ, εκδόσεις *Ελληνικά Γράμματα*

34 Εξαρτήσεις

- Hawkins, J.D., Netherhood, B. (1987) "Handbook for Evaluating Drug and Alcohol Prevention Programs – STEPP", U.S. Department of Health and Human Services
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention". *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105
- Herbert, M. (1998) «Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας». Τόμος Α, εκδόσεις *Ελληνικά Γράμματα*
- Hundleby, J.D., & Mercer, G.W. (1987). "Family and friends as social environments and their relationship to young adolescents' use of alcohol, tobacco and marijuana". *Journal of Clinical Psychology*, 44, 125-134
- Kandel, D.B. Kessler, R.C. & Margulies, R.Z. (1978), "Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis", *Journal of Youth and Adolescence*, 7, p.p. 13-40.
- Klein, M. (1932). "The psychoanalysis of children". London: Hogarth Press.
- ΚΕ.Θ.Ε.Α.-ΕΨΥΠΕ-ΥΠΕΠΘ «Αγωγή Υγείας – Ψυχική Υγεία – Διαπροσωπικές Σχέσεις για παιδιά από 11-14 ετών» ΑΘΗΝΑ 2000.
- Κυρίτση, Ι., Τσιώτρα, Σ. (2000). Παρέμβαση Πρωτογενούς Πρόληψης στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Τετράδια Ψυχιατρικής, No 72, σελ. 119-127
- Kiritisi, J., Tsiotra, S. (2002). "Combining Health Promotion and Primary Drug Prevention in a holistic approach". European Conference "Search for Quality in school-based drug prevention", European Healthy School and Drugs, Hamburg, 27-29/11/2003.
- Kumpfer K, U (2000) "Effectives of a culturally tailored family focused substance abuse program: the strengthening families program", National Conference on Drug Abuse Prevention Research: Presentations, Papers and Recommendations, NIDA.
- Leger, L. et al. (1999), "The context for Health Promotion in schools – the evidence of health promotion effectiveness", European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, 1999.
- Morrati, L. (1992). «Ο κήπος με τις 11 γάτες», εκδόσεις «Σχήμα και Χρώμα», 1994.
- Merikangas, K.R., Rounsaville, B. J. & Prusoff, B.A. (1992) "Familiar Factors in vulnerability to substance abuse" in M.D. Glantz & R.W. Pickens (Eds), *Vulnerability to Drug Abuse*, Washington DC: American Psychological Association.
- Newcomb, M.D., & Felix-Ortiz, M. (1992). "Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings". *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (2), 280-296
- NIDA. www.nida.nih.gov
- Pollock, G.H. (1989), Forward in K. Field, B. Cohler & G. Wool (eds), *Learning and education: Psychoanalytic perspectives (27-29)*, Madison, CT: International Universities Press.
- Satir V., (1989) «Πλάθοντας Ανθρώπους», Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρωπίνων Σχέσεων, Εκδόσεις Κέδρος.
- Schinke, S. & Cole, K. (1995) Prevention in community settings. In G.J. Botvin, S. Schinke, & M.A. Orlandi (Eds.), *Drug abuse prevention with multiethnic youth* (p.p. 215-232). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Science-based Prevention Programs and Principles 2002. Effective Substance Abuse and Mental Health Programs for Every Community. Department of Health and Human Services, SAMHSA Model Programs, DHHS Publication No. (SMA) 03-3764, 2003

- Sheehan, M., Oppenheimer, E., & Taylor, C. (1988) "Who comes for treatment: drug misusers at three London agencies", *British Journal of Addiction*, 83, p.p. 311-20.
- ΣΤΡΟΦΗ (2002) «Απολογισμός έργου 2000. Χαρακτηριστικά των εφήβων που προσέγγισαν το Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΣΤΡΟΦΗ», σελ. 79, ΚΕ.Θ.Ε.Α.
- TACADE – ΚΕ.Θ.Ε.Α. (1990). «Δεξιότητες για παιδιά του Δημοτικού», εκδόσεις «Σχήμα και Χρώμα», 1998.
- Velleman, R., Mistral, W. & Sanderling, L. (1997) "Involving Parents in Drugs Prevention", Paper presented at the Drugs Prevention Initiative Research Conference, Liverpool, December.
- Waltzawick P. (1981). «Η γλώσσα της αλλαγής», εκδόσεις ΚΕΔΡΟΣ.
- Ziedonis, D.M. (1995) "Psychiatric patients". In R.H. Coombs & D.M. Ziedonis (Eds.), *Handbook on Drug Abuse Prevention*, Boston: Allyn and Bacon.



Εξαρτήσεις, τεύχος 6, 2004

OBSTACLES AND PROBLEMS FACED BY EX-DRUG USERS FORM NOSTOS TREATMENT PROGRAMME IN THE PROCESS OF VOCATIONAL REHABILITATION

ΕVI MALAMOGLOU*

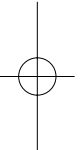
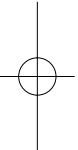
Abstract

The purpose of this paper is to present and understand the personal and the social-labour factors that impede ex drug users during their labour market entering process.

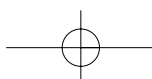
The sample of case studies investigated in this paper originates from NOSTOS program and in particular from the Social Rehabilitation Centre. It consists of individuals who entered the phase of Social Rehabilitation from 2000 to 2003.

In particular, this study used records taken from the sequential interviews EuropAsi. The interviews were taken from individuals who passed successfully from the community phase of the NOSTOS program and who are currently in the Social Rehabilitation Centre phase.

In correlation to the above mentioned EuropAsi research tool, qualitative results from the Career Advising Consulting groups were also evaluated.



* Sociologist, with Training in Adult education, Head of the Education Department of the Treatment Program NOSTOS, Therapy Centre Of Dependent Individuals



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΠΡΩΗΝ ΧΡΗΣΤΕΣ, ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΝΟΣΤΟΣ», ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΥΗ ΜΑΛΑΜΟΓΛΟΥ*

Π ε ρ ί λ η ψ η

Στόχος της εργασίας είναι η διερεύνηση και παρουσίαση των ατομικών και κοινωνικών-εργασιακών παραγόντων που δυσχεραίνουν τους πρώην χρήστες κατά τη διαδικασία ένταξης τους στην αγορά εργασίας.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης προέρχεται από το Θεραπευτικό Πρόγραμμα Νόστος και συγκεκριμένα από το Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης του Προγράμματος. Τα άτομα του δείγματος εισήχθησαν στην φάση της Κοινωνικής Επανάταξης το χρονικό διάστημα 2000-2003.

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία που προέκυψαν από τις επαναληπτικές συνεντεύξεις EuropAsi, που πραγματοποιήθηκαν σε δείγμα ατόμων που πέρασε από τη Θεραπευτική Κοινότητα στο Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης του Προγράμματος Νόστος και εξακολουθούν να παρακολουθούν το Πρόγραμμα. Σε συνδυασμό με το παραπάνω ερευνητικό εργαλείο αξιοποιήθηκαν και ποιοτικά στοιχεία που προκύπτουν από τις ομάδες Συμβουλευτικής σε θέματα επαγγελματικού προσανατολισμού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

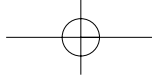
Η ανάπτυξη των κοινωνιών και η οργάνωσή τους στα σύγχρονα βιομηχανικά πρότυπα πολλαπλασίασε τις ανάγκες και αύξησε τις ικανότητες που πρέπει να έχουν τα άτομα για να ενταχθούν χωρίς προβλήματα στο κοινωνικό σύνολο (Πυργιωτάκης 1998).

Οι τεράστιες ανακατατάξεις σε πολιτικό και κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο που διαδραματίζονται τα τελευταία χρόνια και οι συνέπειες που αυτές επιφέρουν (φτώχεια, ανεργία) σε κάποιες ομάδες ανθρώπων, υπονομεύουν την ικανότητα των ατόμων αυτών να συμμετέχουν παραγωγικά στη ραγδαία τεχνικά εξελισσόμενη οικονομία δημιουργώντας επιπλέον συναισθήματα άγχους, ανασφάλειας, απαξίωσης.

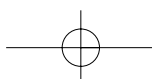
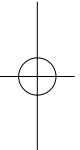
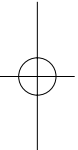
Τα τελευταία χρόνια η έννοια μέσω της οποίας περιγράφονται και ορίζονται τα κοινωνικά προβλήματα είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός, ένα έντονο κοινωνικό φαινόμενο που συντίθεται από ανεργία μακράς διάρκειας, υποεκπαίδευση, φτώχεια, έλλειψη κοινωνικής αλληλεγγύης.

Όλο και συχνότερα παρατηρούμε οι υποεκπαιδευμένοι να περιθωριοποιούνται στο πλαίσιο της δευτερεύουσας αγοράς εργασίας που περιλαμβάνει τις πιο κακοπληρωμένες και ανε-

* Κοινωνιολόγος, με Μετεκπαίδευση στην Εκπαίδευση Ενηλίκων, Υπεύθυνη Εκπαίδευσης Θεραπευτικού Προγράμματος Νόστος, ΚΕ.Θ.Ε.Α.



- πιθύμητες εργασίες ή να μένουν άνεργοι. Το ιδιαίτερα χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο δρα ως πτωχογόνος παράγοντας και λειτουργεί ανασταλτικά στην άσκηση κάποιου προσοδοφόρου επαγγέλματος (Καράγιωργας 1990).
- Με την κρίση αυτή της νεωτερικότητας είναι συνυφασμένη και η τοξικοεξάρτηση. Η εξάρτηση από τοξικές ουσίες αποτελεί φαινόμενο κοινωνικής παθογένειας που έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις στην Ελλάδα και παγκοσμίως, δημιουργώντας μια ομάδα ατόμων, η οποία χαρακτηρίζεται από ιδιαιτερότητες που απαιτούν την ιδιαίτερη μέριμνα της πολιτείας, προς την κατεύθυνση, τόσο της μείωσης της ζήτησης ουσιών, όσο και της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης των απεξαρτημένων.
- Η ομάδα των πρώην χρηστών τοξικών ουσιών αποτελεί μια ομάδα ατόμων που για λόγους υποκειμενικούς ή αντικειμενικούς δεν έχουν ή δεν τους δίνονται οι ευκαιρίες για ισότιμη ένταξη στην αγορά εργασίας.
- Η επιτυχημένη κοινωνική ένταξη των πρώην χρηστών, αποτελεί ένα από τα κριτήρια για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και σημαντικό παράγοντα πρόληψης της υποτροπής σε προηγούμενες βλαπτικές συμπεριφορές και στη χρήση. Προϋπόθεση για την επιτυχημένη κοινωνική ένταξη αποτελεί η ένταξη ή η επανένταξη στον εργασιακό χώρο.
- Η εργασία για τον απεξαρτημένο έχει βαρύνουσα σημασία εφόσον, εκτός από το οικονομικό όφελος, απαραίτητο για την αυτοδυναμία του σε σχέση με την πατρική εστία, δίνει στο άτομο συγκεκριμένη επαγγελματική ταυτότητα και χώρο στην κοινωνία. Ταυτόχρονα το άτομο αναλύει θέματα που αφορούν την αυτοπειθαρχία και τις τρέχουσες κοινωνικές συνθήκες. Το άτομο αισθάνεται χρήσιμο, σημαντικό, υπεύθυνο (βελτίωση αυτοεικόνας), οργανώνει τον καθημερινό του χρόνο και γνωρίζεται με νέους ανθρώπους. Η επαγγελματική αποκατάσταση δίνει στο άτομο το αίσθημα της ασφάλειας, της αυτοαξίας, του ανήκειν.
- Η επαγγελματική ένταξη των πρώην χρηστών έρχεται αντιμέτωπη με παραμέτρους που αφορούν τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την ομάδα αυτή και συνίστανται σε ελλείψεις σε επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματικής κατάρτισης και κοινωνικών δεξιοτήτων. Στην πλειοψηφία τους οι χρήστες έχουν διακόψει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση σε πρώιμο στάδιο ή έχουν αρνητική εμπειρία από το σχολείο. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από την Πανελλήνια Έρευνα για τη διερεύνηση των αναγκών και των δυνατοτήτων απασχόλησης των απεξαρτημένων ή και των υπό εξάρτηση ατόμων που πραγματοποίησε το ΕΚΤΕΠΝ το 2003, προκύπτει ότι το 40,8% έχει ολοκληρώσει μόνο την υποχρεωτική εκπαίδευση ενώ το 1,9% του δείγματος δηλώνουν αναλφάβητοι (ΕΚΤΕΠΝ 2004). Πολλοί από αυτούς δεν έχουν επαγγελματική εμπειρία εφόσον στη διάρκεια της χρήσης εργάζονταν ευκαιριακά ή και καθόλου.
- Επίσης, χαρακτηρίζονται από ελλιπή προσωπική οργάνωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, θολά σχέδια, διάσπαρτες επιθυμίες, μεγάλη ανάγκη για σχέσεις εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας ενώ αρκετοί αντιμετωπίζουν πολλά οικογενειακά και νομικά προβλήματα και παρουσιάζουν αδυναμία στο επίπεδο λήψης απόφασης.



ΚΟΙΝΩΝΙΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ 2000 – 2003

Σύμφωνα με τα στοιχεία που προέκυψαν από τις επαναληπτικές συνεντεύξεις EuroAsi που πραγματοποιήθηκαν στα άτομα που πέρασαν από την Θεραπευτική Κοινότητα στο Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης του Προγράμματος Νόστος και εξακολουθούν να παρακολουθούν το Πρόγραμμα ή έχουν αποφοιτήσει, τα τελευταία τρία χρόνια παρατηρούνται τα εξής:

ΦΥΛΟ

Οι άντρες αντιπροσωπεύουν το 90,3% των ατόμων του δείγματος και οι γυναίκες το 9,7%. Παρατηρούμε μικρότερη εκπροσώπηση των γυναικών συγκριτικά με τους άνδρες (Πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστά
Άνδρες	56	90,3%
Γυναίκες	6	9,7%
Σύνολο	62	100,0

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

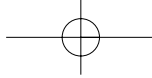
Η ηλικιακή κατανομή των ανδρών και των γυναικών όπως φαίνεται από τους Πίνακες 2 και 3 κατατάσσεται ως εξής: το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (39,3%) ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 20 – 25 ετών ενώ το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (37,5%) ανήκει στην κατηγορία 26-30 ετών. Αντίθετα το μικρότερο ποσοστό (3,6%) εμφανίζεται στην ανώτερη ηλικιακή κατηγορία από 41 ετών και άνω. Όλες οι γυναίκες φαίνεται να συγκεντρώνονται στην ηλικιακή κατηγορία 20 – 25 ετών και πιο συγκεκριμένα 23-25 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ηλικία Ανδρών	Συχνότητα	Ποσοστά
20-25	22	39,3
26-30	21	37,5
31-35	8	14,3
36-40	3	5,4
41+	2	3,6
Σύνολο	56	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ηλικία Γυναικών	Συχνότητα	Ποσοστά
20-25	6	100,0
Σύνολο	6	100,0



40 Εξαρτήσεις

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Αναφορικά με τον πληθυσμό των ανδρών το μεγαλύτερο ποσοστό (37,5%) έχει απολυτήριο Γυμνασίου, ενώ τα ποσοστά αυτών που έχουν απολυτήριο Λυκείου (28,6%) ή απολυτήριο Δημοτικού (26,8%) είναι παρόμοια (Πίνακας 4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

<i>Εκπαίδευση Ανδρών</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστά</i>
Απολυτήριο Δημοτικού	15	26,8
Απολυτήριο Γυμνασίου	21	37,5
Απολυτήριο Λυκείου	16	28,6
Ανώτερη Εκπαίδευση	2	3,6
Ανώτατη Εκπαίδευση	2	3,6
Σύνολο	56	100,0

Στην περίπτωση των γυναικών παρατηρείται μεγαλύτερη ομοιογένεια ως προς την κατανομή τους στο εκπαιδευτικό επίπεδο, αφού οι μισές έχουν τουλάχιστον απολυτήριο Γυμνασίου και οι υπόλοιπες απολυτήριο Λυκείου (Πίνακας 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

<i>Εκπαίδευση Γυναικών</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστά</i>
Απολυτήριο Γυμνασίου	3	50%
Απολυτήριο Λυκείου	3	50%
Σύνολο	6	100,0%

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Τα προβλήματα και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει η συγκεκριμένη ομάδα οφείλονται αφενός σε παράγοντες ατομικούς που προκύπτουν από τα χαρακτηριστικά των μελών και αφετέρου σε κοινωνικούς-εργασιακούς παράγοντες.

Στους ατομικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι ελλιπείς γνώσεις, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η ελλιπής-μη πιστοποιημένη επαγγελματική κατάρτιση και η έλλειψη επαγγελματικής εμπειρίας, που τους καθιστά λιγότερο ανταγωνιστικούς στη σύγχρονη αγορά εργασίας.

Οι πρώην χρήστες συνήθως δεν διατυπώνουν αιτήματα για την κατάρτισή τους, δεδομένου ότι αισθάνονται οι «αποτυχημένοι» της εκπαίδευσης.

Η επιλογή επαγγέλματος γίνεται συνήθως με κριτήρια που δεν είναι ρεαλιστικά και δεν ανταποκρίνονται πάντα στις πραγματικές ικανότητες και γνώσεις τους. Σε αυτό συμβάλλει και η ανεπαρκής πληροφόρηση σχετικά με τα δεδομένα της σύγχρονης αγοράς εργασίας. Ταυτόχρονα, τα άτομα αυτά αντιστέκονται, αμφισβητώντας τη νέα πληροφο-

ρία, εφόσον αυτή τους επιτείνει το άγχος, όταν συνειδητοποιούν την απόσταση ανάμεσα στις σύγχρονες απαιτήσεις και τις ικανότητες και γνώσεις που οι ίδιοι έχουν. Ως εκ τούτου, συμβαίνει συχνά, ένα ποσοστό να παρουσιάζει αναβλητικότητα στην ανάληψη δράσης την οποία δικαιολογεί προβάλλοντας την πρωταρχική του ανάγκη, δηλαδή την αποχή από τις ουσίες και αποσυνδέοντάς αυτήν από το θέμα της επαγγελματικής ένταξης.

Παράλληλα, αρκετοί χαρακτηρίζονται από επιθυμία για γρήγορη απόκτηση χρημάτων χωρίς, ωστόσο, να είναι πρόθυμοι να επενδύσουν σε προσπάθεια που απαιτεί χρόνο, με αποτέλεσμα τη γρήγορη απογοήτευσή τους.

Στο επίπεδο των κοινωνικών δεξιοτήτων οι δυσκολίες είναι σχετικές με την αναζήτηση, την εύρεση και τη διατήρηση της εργασίας, ενώ αντιμετωπίζουν και δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή που αφορούν στις επαγγελματικές τους δραστηριότητες, στις συναλλαγές τους με τις δημόσιες υπηρεσίες καθώς επίσης δυσκολίες ευελιξίας και προσαρμογής στον εργασιακό ρόλο.

Η έλλειψη αυτοπεποίθησης, οι ανασφάλειες και η χαμηλή αυτοεκτίμηση που αισθάνονται αρκετοί πρώην χρήστες, συντελούν στο να μη νιώθουν ισότιμοι στον εργασιακό χώρο, να μη διεκδικούν σεβασμό, να δέχονται υποδεέστερες θέσεις και αμοιβές και πολλές φορές να μη διεκδικούν την ασφάλισή τους.

Στους ατομικούς παράγοντες που δυσχεραίνουν την εργασιακή ένταξη των πρώην χρηστών μπορούν να αναφερθούν επίσης η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων και δικτύων υποστήριξης και η δυσκολία να εντάξουν στον εργασιακό τους χώρο τις αξίες που γνώρισαν και υιοθέτησαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

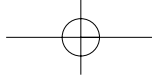
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ – ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι δυσχερείς συνθήκες στην αγορά εργασίας που χαρακτηρίζεται από τάσεις επαγγελματικής υπερειδίκευσης από τη μια και υποειδίκευσης ενός σημαντικού μέρους του ανθρώπινου δυναμικού από την άλλη, η ανεργία, η μη ένταξη, η περιθωριοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός των πρώην χρηστών αποτελούν παράγοντες που δυσκολεύουν την κοινωνική και εργασιακή ένταξη της ομάδας αυτής.

Παράλληλα, σε μια κοινωνία όπου η ανεργία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα είναι αυτονόητες οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι απεξαρτημένοι όταν πολύ συχνά έχουν να υπερβούν προβλήματα που σχετίζονται με τον κοινωνικό ρατσισμό, (Πουλόπουλος, κ.ά. 1996).

Οι προκαταλήψεις, τα αρνητικά στερεότυπα που οδηγούν σε προκαλυμμένες ή και εμφανείς διακρίσεις σε συνάφεια με την ελλιπή ευαισθητοποίηση των εργοδοτών (καχυποψία, επιφυλακτικότητα στο πρόσωπο του πρώην χρήστη, καθυστέρηση της πρόσληψης και ασφάλισής του), δυσχεραίνουν την ένταξη των πρώην χρηστών στην αγορά εργασίας.

Προς την ίδια κατεύθυνση λειτουργούν τα προβλήματα συνεργασίας και δικτύωσης δομών και φορέων, η έλλειψη εξειδικευμένων υποστηρικτικών μηχανισμών, που θα συνέβαλλαν στην υποστήριξη της ομάδας αυτής, στη μείωση των προκαταλήψεων και στη διευκόλυνση της επαγγελματικής ενσωμάτωσής της.



42 Εξαρτήσεις

Επιπλέον οι δομές εκπαίδευσης και κατάρτισης αδυνατούν να ικανοποιήσουν ανάγκες ενήλικων ατόμων που διαθέτουν μόνο την υποχρεωτική εκπαίδευση, εφόσον η πλειοψηφία των ειδικοτήτων σε δημόσια ΙΕΚ και ΚΕΚ απευθύνονται σε αποφοίτους Λυκείου. Επίσης, δεν υπάρχει άμεση αντιστοίχιση ανάμεσα στις ανάγκες των πρώην χρηστών για κατάρτιση σε συγκεκριμένο αντικείμενο, στα προγράμματα κατάρτισης και στη ζήτηση της αγοράς εργασίας.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ 2000 - 2003

Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από τους παρακάτω πίνακες τα επαγγέλματα των ατόμων που βρίσκονται στη φάση της Κοινωνικής Επανάταξης στην πλειοψηφία τους (64,5%) αφορούν εργασίες ανειδίκευτου εργάτη. Το 35,5% αφορά ειδικευμένη εργασία (Πίνακας 6).

Σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού από τα μέλη της Κοινωνικής Επανάταξης ασχολείται με χειρονακτικές εργασίες (οικοδομή, ψυκτικός, οδηγός, ξυλουργός, ηλεκτρολόγος, αρτοποιός, εργαστήριο εκκλησιαστικών ειδών). Η πλειοψηφία των γυναικών εργάζονται ως υπάλληλοι σε Super -Market, αρτοποιείο και γραφείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Είδος Εργασίας	Συχνότητα	Ποσοστά
Ειδικευμένη	22	35,5%
Ανειδίκευτη	40	64,5%
Σύνολο	62	100,0%

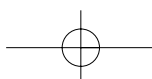
Το 33,2% των ατόμων δεν έχουν αλλάξει εργασία από τη στιγμή που ολοκλήρωσαν τη θεραπευτική κοινότητα ενώ το 66,8% έχουν αλλάξει περισσότερη από μια θέσεις απασχόλησης, στη φάση της Κοινωνικής Επανάταξης (Πίνακας 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Επαγγελματική Σταθερότητα	Συχνότητα	Ποσοστά
Δεν έχει αλλάξει επάγγελμα	21	33,8%
Έχει αλλάξει επάγγελμα	41	66,2%
Σύνολο	62	100,0%

Σε πολλές περιπτώσεις η άμεση εξεύρεση εργασίας αποτελεί ανάγκη για λόγους βιοποριστικούς με τον κίνδυνο όμως το άτομο να υποστεί τις επιπτώσεις μιας μη ικανοποιητικής εργασίας.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η εύρεση εργασίας αποτελεί όρο τον οποίο οι πρώην χρήστες πρέπει να εκπληρώσουν με την ολοκλήρωση της θεραπευτικής κοινότητας και την ένταξή τους στη φάση της κοινωνικής επανάταξης. Καλούνται στο στάδιο αυτό, ανά-



μεσα σε άλλα, να αποδείξουν στους εαυτούς τους, κυρίως, ότι είναι ικανοί να αυτοσυντηρούνται, να αναπτύσσουν σχέσεις, να θέτουν στόχους, να καλλιεργήσουν τις προοπτικές τους, να αξιοποιήσουν τις κλίσεις τους και τα ενδιαφέροντά τους, να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ζωής και της διαβίωσης.

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΝΟΣΤΟΣ»

Οι τρόποι με τους οποίους αντιμετωπίζονται οι δυσκολίες και τα προβλήματα επανένταξης στην αγορά εργασίας, αποτελούν μέρος μιας ολοκληρωμένης παρέμβασης για την απεξάρτηση, στο πλαίσιο ενός μακροχρόνιου θεραπευτικού προγράμματος που παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη στους χρήστες και στις οικογένειές τους.

Στο πλαίσιο της προσπάθειας υποστήριξης των μελών του θεραπευτικού προγράμματος «Νόστος» έχει αναπτυχθεί και εφαρμόζεται στη θεραπευτική κοινότητα (κύρια φάση της απεξάρτησης) πρόγραμμα εκπαίδευσης. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ενισχυτική διδασκαλία, με στόχους την προετοιμασία των υπο απεξάρτηση ατόμων για συμμετοχή σε προαγωγικές εξετάσεις όλων των τάξεων της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και την εκμάθηση της αγγλικής γλώσσας. Εφαρμόζονται επίσης, προγράμματα κατάρτισης σε Η/Υ, σε ηλεκτρονική επεξεργασία εικόνας, στη φωτογραφία, στο κόσμημα καθώς και προγράμματα δημιουργικής διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου (μουσική, θέατρο, αθλητικές δραστηριότητες).

Επίσης, υλοποιείται πρόγραμμα εξατομικευμένης και ομαδικής συμβουλευτικής σε θέματα εκπαιδευτικού και επαγγελματικού σχεδιασμού στις φάσεις της θεραπευτικής κοινότητας και της κοινωνικής επανένταξης.

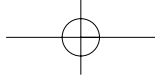
Το πρόγραμμα αυτό στοχεύει στην αύξηση της αυτογνωσίας, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στη διερεύνηση των επαγγελματικών σχεδίων των απεξαρτημένων όπως και στην εκπαίδευση στη λήψη αποφάσεων.

Η πληροφόρηση και η κατανόηση της δομής του εκπαιδευτικού συστήματος, των προγραμμάτων κατάρτισης και της αγοράς εργασίας και η προετοιμασία και η υποστήριξη για την ένταξη σε εκπαίδευση ή κατάρτιση και για την εύρεση εργασίας αποτελούν κεντρικούς άξονες του προγράμματος συμβουλευτικής. Έμφαση, επιπλέον, δίνεται στη νοηματοδότηση της συμμετοχής των πρώην χρηστών στο εκπαιδευτικό σύστημα ή στην αγορά εργασίας από νέα θέση και ρόλο.

Σημαντικά μέσα για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος θεωρούνται η καλή προετοιμασία και συμφωνία του «εκπαιδευτικού συμβολαίου», η σαφής διατύπωση των προσωπικών σχεδίων και του πλαισίου συνεργασίας, η ομαδικότητα και η συνέπεια.

Τα εργαλεία που επιλέχθηκαν είναι η οργάνωση του προσωπικού φακέλου, η δουλειά σε ομάδες, οι ασκήσεις γνωριμίας και επικοινωνίας, οι ασκήσεις διερεύνησης του επαγγελματικού προφίλ, η καταγραφή των αντιλήψεων και των απόψεων για την εργασία και τα αυτοδιαγνωστικά τεστ. Παράλληλα διανέμεται έντυπο πληροφοριακό υλικό και γίνεται εξάσκηση σε τεχνικές εύρεσης εργασίας.

Επίσης, αναπτύσσεται συνεργασία με φορείς υλοποίησης προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και διενεργείται προσπάθεια ευαισθητοποίησης των εργοδοτών της τοπικής κοινωνίας (έκδοση και διανομή ενημερωτικού φυλλαδίου).



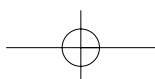
44 Εξαρτήσεις

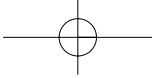
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η κοινωνική επανένταξη των αποθεραπευμένων χρηστών προϋποθέτει την περαιτέρω ανάπτυξη προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, υποστήριξης και διαμεσολάβησης στην αγορά εργασίας.
- Η ανάπτυξη δικτύων υποστήριξης, με τη συμμετοχή εργοδοτικών οργανισμών, οργανισμών επαγγελματικής εκπαίδευσης, φορέων απεξάρτησης και φορέων προώθησης στην απασχόληση μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά τους πρώην χρήστες να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που δυσχεραίνουν την προσπάθειά τους να ενταχθούν στην αγορά εργασίας.
- Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ερευνών για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών, των εκπαιδευτικών και των επαγγελματικών αναγκών και των δυνατοτήτων απασχόλησης των πρώην χρηστών, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση, από τους οργανισμούς που παρέχουν επαγγελματική κατάρτιση προγραμμάτων κατάρτισης συμβατών με τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα της ομάδας και τη ζήτηση στην αγορά εργασίας, η μοριοδότηση των πρώην χρηστών προκειμένου να διευκολυνθεί η ένταξή τους σε εκπαιδευτικά ιδρύματα που παρέχουν κατάρτιση, θα μπορούσαν να συμβάλουν ουσιαστικά στην υποστήριξη των απεξαρτημένων ατόμων στη διαδικασία ένταξης στην αγορά εργασίας, προϋπόθεση ουσιαστική για την κοινωνική τους επανένταξη.
- Παράλληλα, το πρόγραμμα επαγγελματικής συμβουλευτικής επιδιώκει την εμψύχωση, την ενθάρρυνση και την ψυχολογική υποστήριξη των απεξαρτημένων κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, την προετοιμασία τους για ένταξη στην αγορά εργασίας αλλά και την παραμονή τους στη θέση εργασίας.
- Στόχος είναι ο απεξαρτημένος να μπορέσει να ενταχθεί στον εργασιακό χώρο μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο της υποτροπής σε παλιότερες συμπεριφορές και στη χρήση.

Βιβλιογραφία

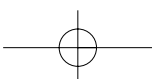
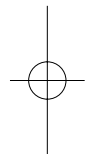
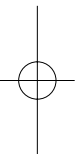
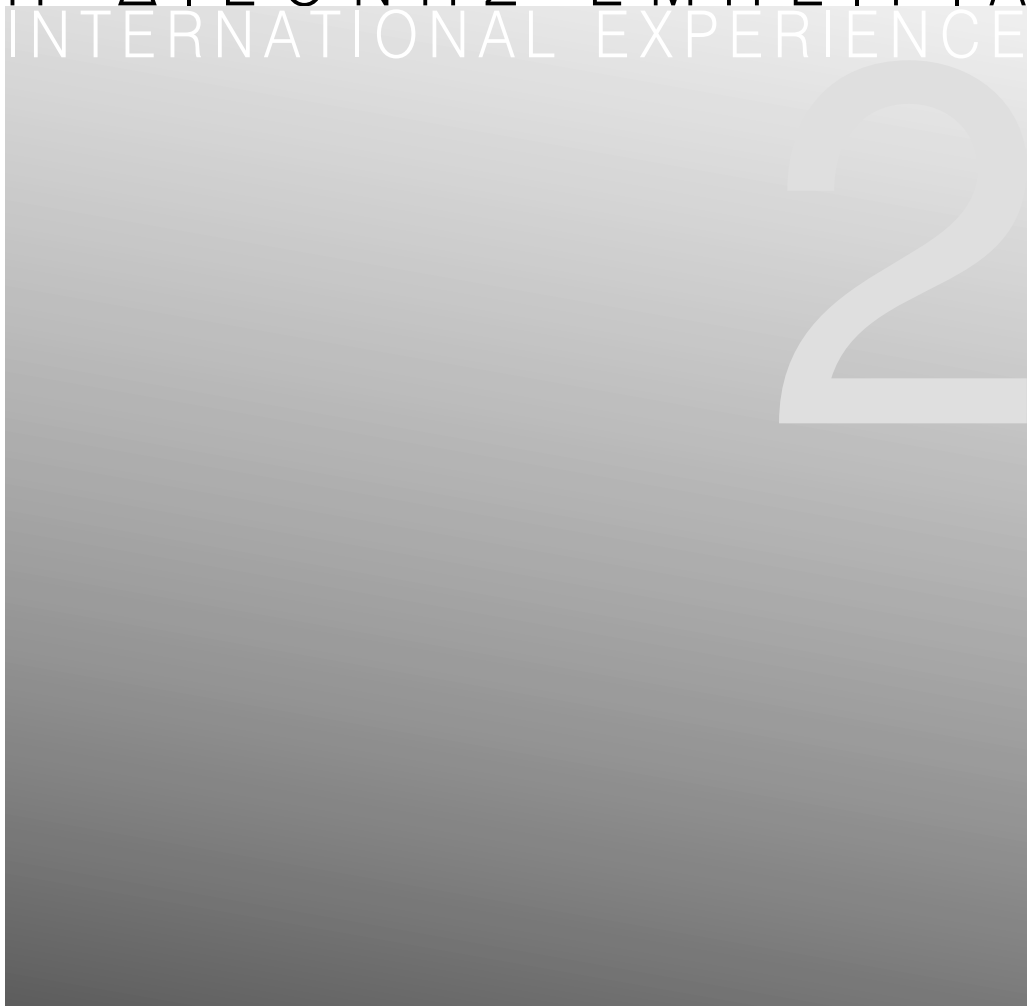
- Πυργιωτάκης Ι. (1998), Κοινωνικοποίηση και Εκπαιδευτικές Ανισότητες, εκδ. Γρηγόρη, Αθήνα
- Καράγιωργας Σ. (1990), Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα, εκδ. ΕΚΚΕ, τ. Α, Β, Αθήνα
- Πουλόπουλος Χ. (1996), Εξελικτική πορεία και δραστηριότητες του ΚΕ.Θ.Ε.Α 1983-1995, Κοινωνική Εργασία τ. 42, Αθήνα.
- ΕΚΤΕΠΝ, (2004), Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, Αθήνα, ΕΠΙΨΥ.

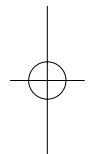
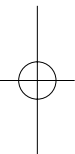
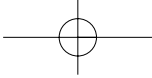




Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

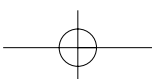
INTERNATIONAL EXPERIENCE





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

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



Εξαρτήσεις, τεύχος 6, 2004

ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΚΑΪΝΗΣ: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

DAMARIS J. ROHSENOW, PETER M. MONTI, ROSEMARIE A. MARTIN, SUZANNE M. COLBY,
MARK G. MYERS, SUZY B. GULLIVER, RICHARD A. BROWN, TIMOTHY I. MUELLER, ALAN
GORDON and DAVID B. ABRAMS

Μετάφραση ΓΕΩΡΓΙΑ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ
Translation GEORGIA CHRISTOFILI

Π ε ρ ί λ η ψ η

Στόχοι: Αυτή η κλινική δοκιμή διερεύνησε την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Ενίσχυσης της Κινητοποίησης και της Ομαδικής Εκπαίδευσης σε Δεξιότητες Αντιμετώπισης, στην εξάρτηση από την κοκαΐνη. Έγινε η υπόθεση ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας ενίσχυσης της κινητοποίησης θα είναι μεγαλύτερη από αυτή της εκπαίδευσης σε δεξιότητες αντιμετώπισης, ιδιαιτέρως σε λιγότερο κινητοποιημένους ασθενείς.

Σχεδιασμός και παρεμβάσεις: Ένα ερευνητικό μοντέλο (2x2) χρησιμοποιήθηκε για να συγκρίνει δύο ατομικές συνεδρίες Θεραπείας Ενίσχυσης της Κινητοποίησης και Θεραπείας Διαλογισμού-Χαλάρωσης και στη συνέχεια τέσσερις ομαδικές συνεδρίες Εκπαίδευσης σε Δεξιότητες Αντιμετώπισης και συναντήσεις Ενημέρωσης για τις Ουσίες, που αποτελούν καθημερινά εργαλεία στην εντατική θεραπεία.

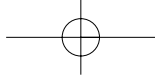
Χώρος: Το πρόγραμμα για την κατάχρηση ουσιών παρείχε ολόημερη θεραπεία, επιπλέον θεωρητική εκπαίδευση και τη μέθοδο των 12-βημάτων.

Συμμετέχοντες: Άτομα εξαρτημένα στην κοκαΐνη.

Μετρήσεις: Η αξιολόγηση περιελάμβανε σε follow up 12 μηνών την παραμονή στη θεραπεία, τις αλλαγές στην έντονη επιθυμία για χρήση κοκαΐνης, τη μέτρηση της αυτό-αποτελεσματικότητας, τα υπέρ-κατά και την κινητοποίηση, την κατάχρηση ουσιών και τα προβλήματα με τις ουσίες.

Ευρήματα: Από τους 165 συμμετέχοντες, στο follow up ήταν γνωστή η κατάσταση των 149 (90%). Τα άτομα που συμμετείχαν στη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης και είχαν χαμηλή κινητοποίηση για αλλαγή ανέφεραν χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής στην κοκαΐνη και στο αλκοόλ, λιγότερες ημέρες χρήσης και λιγότερα προβλήματα με το αλκοόλ σε σχέση με αυτά που συμμετείχαν στη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης με υψηλότερη αρχική κινητοποίηση. Η θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης έδειξε μεγαλύτερη βελτίωση στην απασχόληση από ό,τι η θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης, χωρίς ωστόσο να προκύπτει άλλο σαφές πλεονέκτημα για τη θεραπεία

1. Τίτλος πρωτοτύπου: "Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes" *Addiction*, Volume 99, Number 7, July 2004
2. Διεύθυνση Αλληλογραφίας: Damaris Rohsenow, Brown University, Box G-BH, Center for Alcohol and Addiction Studies, Providence, RI 02912, USA, E-mail: Damaris_Rohsenow@brown.edu



ενίσχυσης της κινητοποίησης. Οι ασθενείς με υψηλότερη κινητοποίηση είχαν περισσότερα προβλήματα με την κοκαΐνη και το αλκοόλ, μετά τη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης, από ό,τι μετά τη Θεραπεία Διαλογισμού-Χαλάρωσης. Η ομαδική Εκπαίδευση σε Δεξιότητες Αντιμετώπισης περιόρισε τη χρήση κοκαΐνης και αλκοόλ κατά το follow up μόνο στις γυναίκες, αλλά μείωσε την υποτροπή στο αλκοόλ και στους άνδρες και στις γυναίκες.

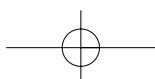
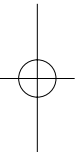
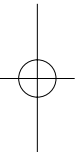
Συμπεράσματα: Η θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης φαίνεται να είναι πιο ωφέλιμη για άτομα με χαμηλότερη αρχική κινητοποίηση από ό,τι για άτομα με υψηλή αρχική κινητοποίηση. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης μείωσε τη χρήση κοκαΐνης και αλκοόλ μόνο για τις γυναίκες και μείωσε συνολικά την υποτροπή στο αλκοόλ, σε αντίθεση με την μακρόχρονη ατομική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης.

Λέξεις κλειδιά: εξάρτηση από την κοκαΐνη, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης, συνέντευξη κινητοποίησης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

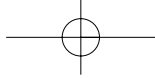
Την περασμένη δεκαετία υπήρξαν νέες συμπεριφορικές παρεμβάσεις που είχαν καλά αποτελέσματα όσον αφορά στη χρήση κοκαΐνης (π.χ. Onken, Blaine & Boren 1993; Higgins & Wong 1998). Οι προσεγγίσεις που προέκυψαν από την κοινωνική μάθηση και τις γνωσιακές-συμπεριφορικές αρχές έχουν δείξει μειωμένη χρήση ουσιών σε μελέτες ελέγχου με χρήστες κοκαΐνης (e.g. Anker & Crowley 1982; Childress et al. 1993; Higgins & Budney 1993; Carroll, Nich & Rounsaville 1995a; Carroll et al. 1995b; Monti et al. 1997; Higgins et al. 2000; Rohsenow et al. 2000). Τα αποτελέσματα από την εθνική μελέτη για τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης έδειξαν 50% λιγότερες ημέρες χρήσης κοκαΐνης το πρώτο έτος μετά το στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης ή το σύντομο πρόγραμμα διαμονής (Hubbard et al. 1997). Παρά τα πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα, υπάρχουν ακόμη πολλά περιθώρια για βελτίωση.

Ο στόχος της ενίσχυσης του βαθμού κινητοποίησης του ατόμου που κάνει κατάχρηση κοκαΐνης για διακοπή αυτής θα μπορούσε να δώσει ώθηση στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Οι χρήστες κοκαΐνης ξεκινούν τη θεραπεία με σημαντικές διαφορές ως προς την κινητοποίησή τους κι αυτό εμφανίζεται σε προηγούμενες μελέτες από τα υψηλά ποσοστά άρνησης της θεραπείας ή και από την πρόωρη εγκατάλειψή της (Anker & Crowley 1982; Washton et al. 1986). Το επίπεδο της κινητοποίησης επηρεάζει την επιτυχία: προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι οι χρήστες κοκαΐνης με δέσμευση για πλήρη αποχή είχαν χαμηλότερο ποσοστό υποτροπής από αυτούς που αποδέχονταν έναν χαμηλότερο στόχο (Hall et al. 1991). Σύμφωνα με τη θεωρία της κινητοποίησης (Deci & Ryan 1991), τα εσωτερικά κίνητρα μπορεί να οδηγήσουν σε καλύτερα αποτελέσματα από την απλή αίσθηση ότι η αλλαγή στη συμπεριφορά ελέγχεται από εξωτερικές δυνάμεις. Το ίδιο ισχύει και για τους καπνιστές (Curry et al. 1997). Σύμφωνα με το δια-θεωρητικό μοντέλο της αλλαγής (π.χ. Prochaska & DiClemente 1983), οι χρήστες που βρίσκονται στο στάδιο της προπερίσκεψης (δεν έχουν πρόθεση να αλλάξουν) ή στο στάδιο της περίσκεψης (δεν έχουν δεσμευτεί ακόμη στην αλλαγή) μπορεί να μην είναι δεκτικοί σε θεραπείες που προϋποθέτουν ότι κάποιος είναι έτοιμος



να αλλάξει (στάδια της προετοιμασίας ή της δράσης). Στις περιπτώσεις αυτές, ίσως είναι καλύτερο τα λιγότερα έτοιμα άτομα να συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα που έχει σχεδιαστεί για την αύξηση της κινητοποίησης.

- Η προσέγγιση της συνέντευξης κινητοποίησης (Miller & Rollnick 1991) υποστηρίζει ότι η κινητοποίηση για αλλαγή μπορεί να αυξηθεί με την αύξηση της επίγνωσης των αρνητικών επιπτώσεων που έχει η χρήση ουσιών στη ζωή ενός ατόμου. Η συνέντευξη κινητοποίησης περιλαμβάνει ένα μη-αντιπαραθετικό στυλ ενσυναίσθησης από τον θεραπευτή και δίνει έμφαση στην ασυμφωνία ανάμεσα στους στόχους του πελάτη για τη ζωή του και στη χρήση ουσιών, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα μέσα από την προσωπική ανατροφοδότηση να γίνουν κατανοητές οι συνέπειες από τη χρήση των ουσιών. Η προσέγγιση είχε αρχικά σημαντική αποτελεσματικότητα στα άτομα που έκαναν σοβαρή χρήση αλκοόλ αλλά δεν ζητούσαν θεραπεία (Miller et al. 1988; Miller et al. 1993) κι έδειξε ότι η προσέγγιση που εμπειριέχε ενσυναίσθηση και είχε ως επίκεντρο το άτομο είχε καλύτερα αποτελέσματα συγκρινόμενη με αυτήν της αντιπάρθεσης (Miller et al. 1993). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έφηβοι που δεν ζητούσαν θεραπεία αλλά βρέθηκαν στα επείγοντα περιστατικά λόγω τοξίκωσης από αλκοόλ είχαν λιγότερα προβλήματα με το αλκοόλ κατά τη διάρκεια του follow up, όταν είχαν συμμετάσχει σε Θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης σε σχέση με το εάν είχαν παραπεμφθεί αλλού (Monti et al. 1999).
- Η Συνέντευξη Κινητοποίησης έχει μελετηθεί πολύ λίγες φορές ως πρωταρχική θεραπεία. Σημαντικά ήταν τα αποτελέσματα που προέκυψαν για την σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ στους έξι μήνες, όταν η Συνέντευξη Κινητοποίησης ήταν η μοναδική θεραπεία που δόθηκε σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ σε σύγκριση με τη μη-θεραπεία (Sellman et al. 2001). Ωστόσο, η Συνέντευξη Κινητοποίησης ή η Θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης έχει βρεθεί ότι είναι εξίσου αποτελεσματική με τη Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία, τη μέθοδο των 12-Βημάτων ή άλλες συμμετοχικές θεραπευτικές προσεγγίσεις (Project MATCH Research Group 1998; Stephens et al. 2000; Burke et al. 2003). Η Θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης ή η Συνέντευξη Κινητοποίησης θεωρούνται περισσότερο ως στάδια προπαρασκευαστικά για άλλες θεραπείες κι όχι ως θεραπείες από μόνες τους. Ως προπαρασκευαστικό στάδιο, η Συνέντευξη Κινητοποίησης είχε καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη συμμετοχή στη θεραπεία για το αλκοόλ, καλύτερα αποτελέσματα για την κατανάλωση αλκοόλ σε σύγκριση με τη μη-θεραπεία (Bien et al. 1993; Brown & Miller 1993; Connors, Walitzer & Derman 2002) και μεγαλύτερη παραμονή σε πλαίσιο θεραπείας της τοξικοεξάρτησης μετά από φυλάκιση (Davis et al. 2003), ενώ δεν έδειξε βελτίωση στα αποτελέσματα της χρήσης ουσιών έπειτα από θεραπεία για την τοξικοεξάρτηση (Miller, Yahne & Tonigan 2003). Παρ' όλο που η Συνέντευξη Κινητοποίησης από μόνη της δεν παρουσίασε διαφορές από τη Συνέντευξη Κινητοποίησης σε συνδυασμό με την Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία για τους χρήστες μαριχουάνα (Budney et al. 2000) δεν διερευνήθηκε το ερώτημα κατά πόσο η Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα με ή χωρίς την Συνέντευξη Κινητοποίησης. Η Θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης η οποία δίνει έμφαση στις δεξιότητες προετοιμασίας των ατόμων για θεραπεία και είναι προσαρμοσμένη για τις ανάγκες της εξάρτησης από την κοκαΐνη δεν έχει αξιολογηθεί ως βοηθητική κατά την έναρξη της εντατικής θεραπείας.
- Μια δεύτερη πολλά υποσχόμενη προσέγγιση είναι η Εκπαίδευση σε Δεξιότητες Αντιμετώπισης, η οποία επικεντρώνεται στην πρόβλεψη και αντιμετώπιση των καταστάσεων που

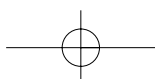
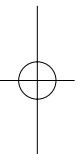
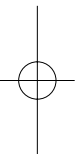


αποτελούν υψηλό κίνδυνο για υποτροπή (Monti et al. 2002). Η εκπαίδευση στην πρόληψη της υποτροπής για άτομα εξαρτημένα από την κοκαΐνη οδήγησε σε υψηλότερα ποσοστά αποχής από τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Carroll et al. 1991, 1995a). Δύο ακόμη προγράμματα εκπαίδευσης σε δεξιότητες για χρήστες ουσιών απέτυχαν (Hawkins et al. 1986; Wells et al. 1994) καθώς δεν είχαν προσαρμοστεί στις ιδιαίτερες ανάγκες των χρηστών κοκαΐνης.

Πρόσφατα, η βραχεία ατομική Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία, προσαρμοσμένη για τις ανάγκες των χρηστών κοκαΐνης και βασισμένη στη λειτουργική ανάλυση των καταστάσεων υψηλού κινδύνου προστέθηκε στα ολοκληρωμένα προγράμματα θεραπείας. Η θεραπεία αυτή, σε μελέτες με ομάδες ελέγχου, βρέθηκε ότι οδηγεί σε σημαντικά λιγότερο συχνή χρήση κοκαΐνης κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Monti et al. 1997; Rohsenow et al. 2000). Η προοπτική αυτής της προσέγγισης φαίνεται από το γεγονός ότι επτά, κατά μέσο όρο, βοηθητικές συνεδρίες Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας έδειξαν θετικά αποτελέσματα ύστερα από έξι μήνες. Αρκετές νέες κατευθύνσεις χρειάζονται διερεύνηση. Κατ' αρχήν, η αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας σε ομάδα χρειάζεται να διερευνηθεί καθώς η ομαδική θεραπεία έχει μικρότερο κόστος από την ατομική θεραπεία. Κατά δεύτερον, στοιχεία από προηγούμενη δουλειά μας (Rohsenow et al. 2000) έχουν χρησιμοποιηθεί για την προσεκτικότερη αντιμετώπιση των πιο συνηθισμένων περιστατικών υποτροπής στη χρήση κοκαΐνης.

Η αλληλεπίδραση των χαρακτηριστικών των ασθενών με τη συνέντευξη κινητοποίησης δεν έχει μελετηθεί αρκετά (Dunn, Deroo & Rivara 2001). Η Θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης θα πρέπει να είναι πιο αποτελεσματική για τα άτομα που αμφιταλαντεύονται ή που δεν έχουν ακόμη το κίνητρο να αλλάξουν τη χρήση κοκαΐνης από ό,τι για τα άτομα που είναι ήδη κινητοποιημένα. Σε μια πιλοτική μελέτη, χρήστες σε πρόγραμμα αποκατάστασης από την κοκαΐνη με χαμηλά επίπεδα κινητοποίησης ήταν πιθανότερο να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα εάν συμμετείχαν σε Συνέντευξη Κινητοποίησης από ό,τι εάν δεν συμμετείχαν σε Συνέντευξη Κινητοποίησης, ενώ το αντίθετο ίσχυε για χρήστες με υψηλά επίπεδα κινητοποίησης (Stotts et al. 2001). Αυτή η υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε σε μια μελέτη με αλκοολικούς (Project MATCH Research Group 1998) ούτε με άτομα σε πρωτοβάθμια φροντίδα που έκαναν επικίνδυνη χρήση αλκοόλ (Maisto et al. 2001), πιθανόν λόγω του γεγονότος ότι η Θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης ήταν η μόνη θεραπεία στην οποία συμμετείχαν στη διάρκεια της μετα-θεραπευτικής περιόδου, στη θεραπεία εξωτερικής παρακολούθησης ή στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Η παρούσα μελέτη παρείχε δύο συνεδρίες Θεραπείας Ενίσχυσης της Κινητοποίησης, ειδικά για χρήστες κοκαΐνης ή μια διαδικασία ελέγχου με θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης, κατά τις τρεις πρώτες ημέρες ενός προγράμματος θεραπείας της τοξικοεξάρτησης σε νοσοκομείο (π.χ. ημερήσια φροντίδα σε νοσοκομείο). Μετά τις ημέρες ατομικής θεραπείας, οι χρήστες συμμετείχαν σε ομαδικές συνεδρίες, είτε εκπαίδευσης σε δεξιότητες αντιμετώπισης, είτε σε διαδικασία ελέγχου (με εκπαιδευτικές συζητήσεις) ως μέρος του θεραπευτικού τους προγράμματος και μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας στο νοσοκομείο. Οι συνεδρίες ελέγχου χρησιμοποιούσαν διαδικασίες που συνηθίζονται στη θεραπεία για να ελεγχθούν ιδιαίτερες καταστάσεις. Έγινε η υπόθεση ότι η Θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης και η Εκπαίδευση σε Δεξιότητες Αντιμετώπι-



σης ήταν πιο αποτελεσματικές από ό,τι οι διαδικασίες ελέγχου όσον αφορά τα αποτελέσματα, την τάση για χρήση ουσιών και την αυτό-αποτελεσματικότητα. Η Θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης θεωρήθηκε πιο αποτελεσματική για άτομα με χαμηλότερη αρχική κινητοποίηση, καθώς βελτίωνε τη διάρκεια παραμονής στη θεραπεία και την κινητοποίηση, το διάστημα μετά τη θεραπεία, και σε συνδυασμό με την Εκπαίδευση σε Δεξιότητες Αντιμετώπισης, έδινε καλύτερα αποτελέσματα στον ένα χρόνο. Η αρχική κινητοποίηση δεν φάνηκε να αλληλεπιδρά με την Εκπαίδευση σε Δεξιότητες Αντιμετώπισης, καθώς τα άτομα θα έπρεπε να βρίσκονται στο στάδιο της προετοιμασίας ή της δράσης για να ωφεληθούν από οποιαδήποτε από τις δύο. Διερευνήθηκαν επίσης οι αλληλεπιδράσεις του φύλου με τη θεραπεία.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες

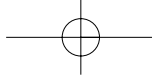
Χώρος: Οι συμμετέχοντες ήταν άτομα που είχαν εισαχθεί σε ιδιωτικό πρόγραμμα θεραπείας της τοξικοεξάρτησης σε ένα αστικό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Το πρόγραμμα που στόχευε στην αποχή, στηριζόταν στη μέθοδο των 12 Βημάτων και στα μοντέλα μάθησης και παρείχε ομαδική εκπαίδευση, ομάδες 12 Βημάτων, οικογενειακή θεραπεία ή συμβουλευτική για το γάμο και υπηρεσίες μετα-θεραπευτικής φροντίδας.

Κριτήρια συμμετοχής: Οι συμμετέχοντες έπρεπε να πληρούν τα κριτήρια εξάρτησης από την κοκαΐνη σύμφωνα με τη δομημένη κλινική συνέντευξη του DSM-IV (SCID-P; First et al. 1995) και να έχουν κάνει χρήση κοκαΐνης για τουλάχιστον 10 ημέρες τους έξι μήνες πριν από την έναρξη της θεραπείας. Εξαιρέθηκαν τα άτομα με ψύχωση καθώς και τα άτομα που σχεδίαζαν να παραμείνουν λιγότερες από 5 ημέρες. Ένας εκπαιδευμένος ερευνητής-θεραπευτής καθόριζε τη δυνατότητα συμμετοχής και τη διάγνωση.

Ανασκόπηση των διαδικασιών: Όλες οι διαδικασίες είχαν την έγκριση του Institutional Review Boards του Brown University, του Providence Veterans Affairs Medical Center και του Νοσοκομείου Butler. Οι ερευνητές ζητούσαν γραπτή συγκατάθεση από τους συμμετέχοντες, τη δεύτερη ημέρα στο πρόγραμμα ή μόλις ηρεμούσαν από τα στερητικά. Οι αξιολογήσεις γίνονταν αμέσως μετά την έναρξη του προγράμματος, την ημέρα της ολοκλήρωσης του προγράμματος και στους 3, 6 και 12 μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος στο νοσοκομείο. Οι θεραπείες που αξιολογήθηκαν στη μελέτη πραγματοποιούνταν σε συνεδρίες διάρκειας 50 λεπτών, μία φορά την ημέρα και σε ατομικές συνεδρίες για δύο ημέρες τις οποίες ακολουθούσαν ομαδικές συνεδρίες τις επόμενες ημέρες. Οι θεραπείες της μελέτης αντικαθιστούσαν τις ομάδες του προγράμματος στην ανάλυση της λειτουργικότητας και στην πρόληψη της υποτροπής. Οι ασθενείς συμμετείχαν κανονικά και σε όλες τις άλλες δραστηριότητες του προγράμματος.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ

Βοηθεί ερευνητές που αγνοούσαν τις θεραπευτικές συνθήκες πραγματοποιούσαν τις αξιολογήσεις. Η αξιολόγηση πριν τη θεραπεία χρειάστηκε κατά μέσο όρο 133 ± 50 λεπτά (SD), η αξιολόγηση μετά τη θεραπεία χρειάστηκε κατά μέσο όρο 39 ± 9 λεπτά και κάθε μία από τις επόμενες αξιολογήσεις χρειάστηκαν κατά μέσο όρο 59 ± 23 λεπτά. Όλοι οι συμμετέχοντες συμμετείχαν σε όλες τις μετρήσεις.



ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

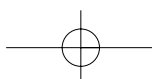
Μια συνέντευξη «Επιστροφής στο χρόνο» (TLFB; Sobell & Sobell 1980; Ehrman & Robbins 1994) που αφορούσε την περίοδο των έξι μηνών πριν τη θεραπεία και δόθηκε σε κάθε follow up, αξιολόγησε τον αριθμό των ημερών χρήσης κοκαΐνης, αλκοόλ και άλλων ουσιών. Σε κάθε follow up γινόταν εξέταση ούρων και ένα μέλος της οικογένειας ή κοινός φίλος (σημαντικός άλλος) συμμετείχε σε συνέντευξη σχετικά με τη χρήση ουσιών του πελάτη. Για την αύξηση της εγκυρότητας των αυτό-αναφορών ακολουθήθηκαν οι διαδικασίες των Sobell & Sobell (1986). Για την εξέταση ούρων χρησιμοποιήθηκαν χρωματογραφία αερίου και φασματογραφία μάζας για την κοκαΐνη, τις βενζοδιαζεπίνες, τα κανναβινοειδή, τα οπιούχα και τις αμφεταμίνες. Ο Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI) (ASI; McLellan et al. 1992, 5^η έκδοση), δόθηκε πριν τη θεραπεία και σε κάθε follow up για πιο πολύπλοκους δείκτες (McGahan, Griffith & McLellan 1986). Για την ανατροφοδότηση στη Θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης επαναλαμβάνονταν κάποιες ερωτήσεις προσθέτοντας τη φράση «ως αποτέλεσμα της χρήσης κοκαΐνης».

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Για την ανατροφοδότηση στη Θεραπείας Ενίσχυσης της κινητοποίησης, πραγματοποιήθηκαν οι ακόλουθες επιπρόσθετες μετρήσεις από όλους τους συμμετέχοντες, πριν την τυχαία ένταξη στις ομάδες. Το Ερωτηματολόγιο για τις Επιδράσεις της Κοκαΐνης σε Πληθυσμούς χρηστών (Rohsenow et al. 2004) αποτελείται από επτά αξιόπιστες κλίμακες συχνότητας (ευχαρίστηση και διέγερση, σεξουαλική ενίσχυση, κοινωνική ενίσχυση, μείωση του πόνου, επιθετικότητα, ένταση, κοινωνική απόσυρση). Ο Πίνακας Ελέγχου των Αρνητικών Συνεπειών από την κοκαΐνη (Michalec et al. 1996), ένας πίνακας ελέγχου 75 ερωτήσεων με 12 νέα ερωτήματα για νομικά ή οικονομικά ζητήματα, βαθμολογήθηκε σε έξι τομείς (σωματική υγεία, συναισθηματικός/ ψυχολογικός, κοινωνικός/ σχέσεις, επαγγελματικός/ εκπαιδευτικός, νομικός, οικονομικός). Το μαθηματικό τεστ της κλίμακας Wechsler για τον δείκτη ευφυΐας στους ενήλικες (Wechsler 1981), το τεστ μνήμης (Wechsler 1945) και το τεστ Symbol Digit Modalities (Smith 1973) αξιολόγησαν τις επιδράσεις της χρήσης στη λειτουργία του εγκεφάλου (βάσει των Ardila, Rosselli & Strumwasser 1991; O'Malley et al. 1992). Δόθηκαν: ένας πίνακας ελέγχου 10 ιατρικών συνεπειών από τη χρήση κοκαΐνης, 12 συνέπειες σχετικές με το συγκεκριμένο τρόπο λήψης, πέντε επιδράσεις στην εγκυμοσύνη ή στο έμβρυο και τέσσερα ερωτήματα για τον κίνδυνο ατυχήματος. Ο κίνδυνος για τον ιό του AIDS περιελάμβανε 33 ερωτήματα για τη συχνότητα της επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη χρήση κοκαΐνης καθώς και των επικίνδυνων πρακτικών χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών από την Αξιολόγηση της Επικίνδυνης Συμπεριφοράς (NIDA 1991).

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗΣ

Το ιστορικό για την κοκαΐνη περιελάμβανε την ηλικία έναρξης και τους τρόπους χρήσης. Για την κατάχρηση ουσιών ή την εξάρτηση χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια SCID-P.

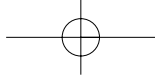


ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Οι προσδοκίες από τη θεραπεία εκτιμήθηκαν μετά την ολοκλήρωσή της με την ερώτηση «πόσο θεωρείς ότι αυτά που έμαθες από αυτή τη θεραπεία θα σε βοηθήσουν να παραμείνεις καθαρός και νηφάλιος αφού φύγεις από το νοσοκομείο;» χρησιμοποιώντας τις κλίμακες Likert των επτά απαντήσεων. Οι ακόλουθες μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν πριν και μετά τη θεραπεία. Το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Αλλαγής για την Κοκαΐνη (Prochaska et al. 1994) έχει αξιόπιστες και έγκυρες κλίμακες για το στάδιο της προ-περίσκεψης, της περίσκεψης, της δράσης και της συντήρησης. Η Κλίμακα Ισορροπίας της Απόφασης για την Κοκαΐνη (Prochaska et al. 1994) αποτελείται από δύο παράγοντες: τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της χρήσης κοκαΐνης. Η Αξιολόγηση των Δεξιοτήτων Αντιμετώπισης που Σχετίζονται με την Κοκαΐνη, μια αναθεώρηση του Τεστ Ιδιαίτερων Δεξιοτήτων για την Κοκαΐνη (Monti et al. 1997), αξιολόγησε την επιθυμία για χρήση κοκαΐνης και την αυτό-αποτελεσματικότητα στις καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Σε κασέτες περιγράφονται 11 καταστάσεις κινδύνου για υποτροπή από τον Rohsenow κ.ά. (2000) και χρησιμοποιούνται τρεις σειρές κασετών. Μετά από κάθε περιγραφή ρωτούνται οι συμμετέχοντες «εσείς τι θα κάνατε εάν βρισκόσασταν σε αυτή την κατάσταση ώστε να κρατηθείτε και να μην κάνετε χρήση ουσιών;», «εάν τώρα δεν ήσαστε στο νοσοκομείο, πόσο ισχυρή θα ήταν η επιθυμία σας να κάνετε χρήση κοκαΐνης;», και ακολουθούσε η ίδια ερώτηση για το αλκοόλ. Κάθε περίπτωση μετρήθηκε σε κλίμακες Likert από καμία επιθυμία (1) έως πολύ ισχυρή επιθυμία (7). Έπειτα ακολουθούσε η ερώτηση «πόσο βέβαιος είστε ότι πραγματικά θα μπορούσατε να [παράφραση της απάντησης που δόθηκε] σε αυτήν την κατάσταση;», η οποία αξιολογήθηκε από καθόλου βέβαιος (1) σε απολύτως βέβαιος (7) και τέλος ήταν η ερώτηση «εάν [παράφραση της απάντησης που δόθηκε], πόσο καλά πιστεύετε ότι θα λειτουργούσε αυτό για να παραμείνετε νηφάλιος σε μια τέτοια κατάσταση;», η οποία μετρήθηκε από δεν θα λειτουργούσε καθόλου (1) έως θα λειτουργούσε εξαιρετικά καλά (7). Οι καταστάσεις ήταν: ένα ευχάριστο κοινωνικό γεγονός, χρήματα, αίσθημα κόπωσης, χρήση αλκοόλ, μια κακή ημέρα, κοινωνικά ερεθίσματα για χρήση κοκαΐνης με ή χωρίς κοινωνική πίεση, πλήξη, μια διαπροσωπική σύγκρουση, αξιολόγηση ελέγχου και επιθυμίας για χρήση χωρίς σαφή εναύσματα.

ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Έπειτα από μια ημέρα αξιολόγησης, οι χρήστες εισήχθησαν τυχαία είτε σε Θεραπεία Ενίσχυσης της κινητοποίησης είτε σε Θεραπεία Διαλογισμού-Χαλάρωσης. Με στρωματοποιημένη δειγματοληψία υπήρχε ισορροπία στις δυο ομάδες όσον αφορά το φύλο και την συχνότητα χρήσης κοκαΐνης. Ύστερα από 2 ημέρες, οι συμμετέχοντες εντάχθηκαν στην ομάδα μελέτης που διεξαγόταν εκείνη την περίοδο και θα διαρκούσε για το υπόλοιπο της παραμονής τους. Επειδή η στελέχωση, ο χώρος και η ροή επέτρεπαν να διενεργείται μόνο μια ομάδα τη φορά για Εκπαίδευση σε Δεξιότητες Αντιμετώπισης και η Ενημέρωση για τα Ναρκωτικά πραγματοποιούνταν διαδοχικά για περίπου 8 συνεχείς εβδομάδες (για να αποφευχθεί η σύγχυση από την περιοδικότητα), δεν επιτρέπόνταν η ένταξη νέων μελών στις ομάδες κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας θεραπείας, έτσι ώστε να υπάρχει χρόνος για το κλείσιμο των ομάδων. Οι ομάδες χρησιμοποιούσαν κυλιόμενες εισαγωγές και ήταν ανοικτές στους χρήστες κοκαΐνης που δε συμμετείχαν στη μελέτη. Το θεραπευτικό προσωπικό δεν γνώριζε τον τύπο θεραπείας, ο οποίος πάντα αποκαλούνταν «δεξιότητες αποχής».



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

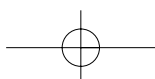
Κάθε θεραπευτική συνεδρία πραγματοποιούνταν από ένα από τα παρακάτω τέσσερα μέλη θεραπευτικού προσωπικού: δύο με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και περίπου 10ετή εμπειρία, έναν υποψήφιο διδάκτορα στην κλινική ψυχολογία και, όταν χρειαζόταν, από έναν κλινικό ψυχολόγο. Κάθε θεραπευτής πραγματοποιούσε όλα τα είδη θεραπείας. Προκειμένου να αποφευχθεί η σύγχυση του θεραπευτή χρησιμοποιήθηκαν σχετικά εγχειρίδια. Η εκπαίδευση στη Θεραπεία Ενίσχυσης της κινητοποίησης περιελάμβανε ένα εργαστήριο επτά ωρών από τον Steven Rollnick, το οποίο συνοδευόταν από περίπου 30 ώρες εποπτευόμενης εκπαίδευσης και πρακτικής από τον πρώτο συγγραφέα του παρόντος άρθρου, ο οποίος είχε δεχτεί επιπλέον εκπαίδευση στη Θεραπεία Ενίσχυσης της κινητοποίησης από τον Steven Rollnick. Η εκπαίδευση στις Δεξιότητες Αντιμετώπισης, στο Διαλογισμό-Χαλάρωση και στην Ενημέρωση για τις Ουσίες περιελάμβανε περίπου 10 ώρες εκπαίδευσης και πρακτικής για θεραπευτές που δεν ήταν ήδη εκπαιδευμένοι. Οι μετρήσεις της διεργασίας της θεραπείας για κάθε συνεδρία πραγματοποιήθηκαν από τους θεραπευτές, ενώ όλες οι συνεδρίες της Θεραπείας Ενίσχυσης της Κινητοποίησης είχαν ηχογραφηθεί. Το 41% αναθεωρήθηκε από τους Roshenow ή Brown σε εποπτεία ομάδας για την συνοχή και την ικανότητα, χρησιμοποιώντας γραπτούς πίνακες ελέγχου, ενώ το 36% των ομάδων παρατηρούσε ένας επόπτης όσον αφορά τη συνοχή και την ικανότητα, ο οποίος έδινε ανατροφοδότηση στους θεραπευτές για να αποφευχθούν οι παρεκκλίσεις.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Χρησιμοποιήθηκε ο τρόπος θεραπείας των Miller & Rollnick (1991). Το προκαταρκτικό εγχειρίδιο θεραπείας αναθεωρήθηκε με ανατροφοδότηση από τον Steven Rollnick. Στην πρώτη συνεδρία οι συμμετέχοντες διερεύνησαν: τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα από τη χρήση κοκαΐνης και από τη διακοπή της χρήσης κοκαΐνης, όπως οι ίδιοι τα αντιλαμβάνονταν, τους στόχους τους στη ζωή, το ρόλο της κοκαΐνης στην επίτευξη των στόχων τους και τις προσδοκίες για τη ζωή τους σε 1 και 10 χρόνια στο μέλλον, με ή χωρίς κοκαΐνη. Η δεύτερη συνεδρία επικεντρώθηκε στην αναθεώρηση της αξιολόγησης: (1) η χρήση κοκαΐνης σε σχέση με τους κανόνες θεραπείας για τους χρήστες κοκαΐνης και το νόμιμο εισόδημα, (2) οι συνέπειες που εντοπίζονται από τα τροποποιημένα για την κοκαΐνη ερωτήματα του ASI και από το Ερωτηματολόγιο Επίδρασης της Κοκαΐνης σε πληθυσμό χρηστών (3) η νευροψυχολογική λειτουργία (που παρουσιάστηκε σαν κλίμακα πέντε βαθμών, από αρκετά κάτω του μετρίου έως αρκετά πάνω από το μέσο όρο), (4) ο κίνδυνος ατυχημάτων λόγω της κοκαΐνης, (5) οι ιατρικές επιπλοκές από δηλητηρίαση, στερητικά, τρόπο χορήγησης, εγκυμοσύνη και τα ερωτήματα του ASI και (6) ο κίνδυνος για τον ιό του AIDS ως αποτέλεσμα της χρήσης κοκαΐνης. Η συνεδρία έκλεισε με μια σύνοψη, με απόψεις από την ομάδα, με τη δημιουργία ελπίδας για τη βελτίωση της κατάστασης μέσω της διακοπής της χρήσης και με παροχή βοήθειας για τη λήψη αποφάσεων και για ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας.

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΛΟΓΙΣΜΟΥ-ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ

Το εγχειρίδιο εκμάθησης τεχνικών διαλογισμού και χαλάρωσης προσαρμόστηκε από μια διαδικασία που βρέθηκε αξιόπιστη αλλά δίχως αποτέλεσμα για την θεραπεία του άγχους



(Holroyd 1976). Η Θεραπεία Διαλογισμού-Χαλάρωσης επιλέχθηκε επειδή η εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης συχνά αποτελεί μέρος των προγραμμάτων θεραπείας από την κατάχρηση ουσιών, ωστόσο δεν έχει καμία σημαντική επίδραση στη χρήση ουσιών (Klaajner, Hartman & Sobell 1984). Στο πρώτο μέρος κάθε συνεδρίας οι συμμετέχοντες μάθαιναν να εστιάζουν στις αισθήσεις (π.χ. ζεστασιά και βαρύτητα) που κάθε μέρος του σώματος βιώνει. Έπειτα, χωρίς διακοπή της σωματικής χαλάρωσης, οι συμμετέχοντες φαντάζονταν μια ευχάριστη εικόνα που δεν συνδέονταν με τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών.

Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Η Εκπαίδευση σε Δεξιότητες Αντιμετώπισης, τροποποιήθηκε ειδικά για την κοκαΐνη από τον Monti κ.ά. (1997) και βασίζεται στη λειτουργική ανάλυση των καταστάσεων υψηλού κινδύνου. Η Εκπαίδευση σε Δεξιότητες Αντιμετώπισης περιλαμβάνει την ανάλυση γεγονότων και συνεπειών του παρελθόντος, σκέψεων και συναισθημάτων, που συνδέονται με οποιοδήποτε επεισόδιο χρήσης και αναπτύσσει ένα εξατομικευμένο φάσμα εναλλακτικών γνωστικών και συμπεριφοριστικών δεξιοτήτων για τη μείωση του κινδύνου από τη χρήση κοκαΐνης. Τα παραδείγματα καταστάσεων υψηλού κινδύνου επιλέγονταν από κάθε συμμετέχοντα ανάλογα με το θέμα της ημέρας. Μετά οι αναλύσεις της λειτουργίας των καταστάσεων (που αποκαλούνταν αλυσίδες συμπεριφοράς) διερευνούσαν: (1) μια κατάσταση που προκαλούσε επιθυμία, (2) σκέψεις (σκέψεις υψηλού κινδύνου και δημιουργικές εναλλακτικές), (3) διάθεση, (4) συμπεριφορά (χρήση κοκαΐνης και μετά μια δημιουργική εναλλακτική) και (5) συνέπειες, θετικές και αρνητικές, από τη χρήση κοκαΐνης και από τις εναλλακτικές. Τα θέματα βασίστηκαν στην ανάλυση των επικίνδυνων καταστάσεων για υποτροπή από προηγούμενη μελέτη (Rohsenow et al. 2000): (1) επιθυμία για χρήση και ερεθίσματα από το περιβάλλον, (2) δεξιότητες άρνησης της χρήσης κοκαΐνης, (3) θυμός/ ενόχληση, (4) αξιολόγηση ελέγχου και χρήση αλκοόλ ως ερέθισμα για χρήση κοκαΐνης, (5) κατάθλιψη και (6) θετικές κοινωνικές καταστάσεις. Οι επιλογές των δεξιοτήτων αντιμετώπισης περιελάμβαναν: (1) τρόπους διαφυγής, αποφυγής ή τροποποίησης της κατάστασης που προηγείται (της χρήσης), (2) γνωσιακή αναδόμηση των σκέψεων και του συναισθήματος, (3) εναλλακτικές συμπεριφορές για να επιτευχθούν οι επιθυμητές συνέπειες, (4) σκέψη των συνεπειών από τη χρήση σε σύγκριση με τη μη χρήση κατά τη διάρκεια της κατάστασης και (5) εκπαίδευση στην διεκδικητικότητα.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι εκπαιδευτικές συζητήσεις επιλέχτηκαν ως «σνηθισμένη θεραπεία» και διαδικασία ελέγχου και χρησιμοποιήθηκαν ενόητες χωρίς στοιχεία από τις δεξιότητες αντιμετώπισης (όπως περιγράφονται από τους Rohsenow et al. 2001). Οι συνεδρίες είχαν διδακτικό χαρακτήρα και προσωπικά παραδείγματα ενώ αποθάρρυναν ενεργά την επίλυση των προβλημάτων. Στις ενότητες συμπεριλαμβάνονταν: (1) αυτοεκτίμηση, (2) μαθαίνοντας από άλλους, (3) συστήματα υποστήριξης, (4) δυνάμεις και αδυναμίες, (5) τα αποτελέσματα του αλκοόλ στις σχέσεις, (6) αποκατάσταση του τρόπου ζωής, (7) συναισθήματα υψηλού κινδύνου, (8) φάσεις της αποκατάστασης, (9) μύθοι για την αποκατάσταση, (10) ενοχλητικές καταστάσεις, (11) εμπόδια για την αποκατάσταση, (12) αποτελέσματα της κοκαΐνης, (13) στάδια της θεραπείας, (14) φαινομενικά άσχετες αποφάσεις και (15) προειδοποιητικά σημάδια για υποτροπή.

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Χρησιμοποιώντας όλο το δείγμα με «πρόθεση-για-θεραπεία» πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ατομικής θεραπείας, της ομαδικής θεραπείας καθώς και του επιπέδου της κινητοποίησης πριν τη θεραπεία (υψηλότερο έναντι χαμηλότερου) στις αρχικά εξαρτημένες μετρήσεις και σε ένα μοντέλο 2 x 2 x 2. Το επίπεδο της κινητοποίησης πριν από τη θεραπεία καθορίστηκε από το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Αλλαγής για την Κοκαΐνη: οι υψηλότερες βαθμολογίες στην περίσκεψη από ό,τι στη δράση ταξινομήθηκαν ως «χαμηλότερη κινητοποίηση» και οι βαθμολογίες στο στάδιο της δράσης, ίσες ή υψηλότερες από το στάδιο της περίσκεψης, ταξινομήθηκαν ως «υψηλότερη κινητοποίηση».

Τα άτομα που δήλωναν αποχή αλλά είχαν θετική εξέταση ούρων κωδικοποιήθηκαν ως χρήστες της ουσίας, που εντοπίστηκαν από την εξέταση ούρων. Τα άτομα που δεν έδωσαν ούρα ή τα ούρα ήταν μολυσμένα ή/και που δεν βρέθηκαν στο follow up, κωδικοποιήθηκαν ως χρήστες όλων των ουσιών. Για όσους παρουσίασαν ανακόλουθες αναφορές, ο αριθμός ημερών χρήσης κοκαΐνης κατά τη διάρκεια του follow up υπολογίστηκε από τα στοιχεία που έδωσαν κατά την έναρξη της έρευνας χρησιμοποιώντας παλινδρόμηση. Αυτό περιελάμβανε 10% του δείγματος στους 3 μήνες, 4% στους 6 μήνες και 11% στους 12 μήνες. Τα στοιχεία μπορούσαν να υπολογιστούν επειδή βρέθηκε ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης του αποτελέσματος πριν τη θεραπεία και επειδή δεν υπήρξε καμία διαφορά ανάμεσα στις ομάδες όσον αφορά τον αριθμό των ατόμων με ανακόλουθες αναφορές.

Η υποτροπή (οποιαδήποτε χρήση κατά τη διάρκεια του μεσοδιαστήματος) στη χρήση κοκαΐνης, αλκοόλ ή άλλης ουσίας αναλύθηκε χωριστά για κάθε διάστημα παρακολούθησης 3 μηνών χρησιμοποιώντας λογαριθμικές παλινδρομήσεις 2 x 2 x 2 για το αποτέλεσμα της ατομικής θεραπείας, το αποτέλεσμα της ομαδικής και το κίνητρο για θεραπεία. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν για κάθε χρονική περίοδο, επειδή τα αρχικά αποτελέσματα μπορεί αργότερα να απαλειφθούν (π.χ. Rohsenow et al. 2000), ή αντίστροφα. Ο συνδυασμός των στοιχείων θα μπορούσε να αποκρύψει τα αποτελέσματα που εξαρτώνται από τον παράγοντα χρόνο. Η τιμή, πριν τη θεραπεία, των πιο σχετικών συνεχών μεταβλητών (π.χ. αριθμός ημερών χρήσης κοκαΐνης για τις αναλύσεις της υποτροπής στην κοκαΐνη) και οι δύο συμμεταβλητές που εντοπίστηκαν ως διαφορές κατά την έναρξη (ποσοστό των ημερών χρήσης αλκοόλ και ο δείκτης ASI για τις ουσίες, προσδιορίζονται παρακάτω) εισήχθησαν στο πρώτο βήμα. Τα αποτελέσματα της ατομικής και ομαδικής θεραπείας και το κίνητρο για θεραπεία εισήχθησαν στο δεύτερο βήμα. Οι διπλής κατεύθυνσης αλληλεπιδράσεις για το αποτέλεσμα της ατομικής θεραπείας με την ομαδική θεραπεία και της ατομικής θεραπείας με το κίνητρο για θεραπεία εισήχθησαν στο τρίτο βήμα. Οι υπόλοιποι όροι για την αλληλεπίδραση εισήχθησαν στο τέλος για να ολοκληρωθεί το μοντέλο.

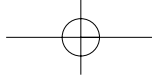
Αναλύθηκαν τρεις συνεχείς εξαρτημένες μετρήσεις αποτελέσματος για την κοκαΐνη: αριθμός ημερών χρήσης κοκαΐνης, μεγαλύτερη συνεχής περίοδος αποχής από την κοκαΐνη (σε ημέρες) και μέγιστος αριθμός ημερών χρήσης κοκαΐνης στη σειρά. Αναλύθηκαν δύο άλλες συνεχείς εξαρτημένες μετρήσεις της χρήσης: ποσοστό των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ και ποσοστό των ημερών στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν άλλες ουσίες εκτός από κοκαΐνη ή αλκοόλ. Τρεις ασύμμετρες συνεχείς μεταβλητές αποτελέσματος αξιολογήθηκαν πριν από τις αναλύσεις: ο αριθμός ημερών χρήσης κοκαΐνης, το ποσο-

στό των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ και το ποσοστό των ημερών που χρησιμοποιήθηκαν άλλες ουσίες. Ωστόσο στο κείμενο και στα σχήματα οι τιμές αναφέρονται αμετάβλητες για να διευκολυνθεί η ερμηνεία. Τα αποτελέσματα της θεραπείας και του κινήτρου στον αριθμό των ημερών χρήσης κοκαΐνης, το ποσοστό των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ και το ποσοστό των ημερών χρήσης άλλων ουσιών ερευνήθηκαν χρησιμοποιώντας $2 \times 2 \times 2 \times 4$ μικτές αναλύσεις συνδιακύμανσης (covariance) (ANCOVAs) του αποτελέσματος της ατομικής θεραπείας, της ομαδικής και του κινήτρου για θεραπεία με follow up των τιμών στους 3, 6, 9 και 12 μήνες, όπως και επαναλαμβανόμενες μετρήσεις, έχοντας την τιμή πριν τη θεραπεία και τις δύο μεταβλητές της διαφοράς κατά την έναρξη της θεραπείας ως συμμεταβλητές. Οι συνεχείς μεταβλητές βαθμολογήθηκαν για το follow up ολόκληρου του διαστήματος των δώδεκα μηνών, η πιο μακρόχρονη συνεχής αποχή από την κοκαΐνη και ο μέγιστος αριθμός ημερών χρήσης κοκαΐνης στη σειρά, αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας $2 \times 2 \times 2$ ANCOVAs με το αποτέλεσμα της ατομικής θεραπείας, της ομαδικής και του κινήτρου για θεραπεία ως παράγοντες, και με τον αριθμό των ημερών χρήσης κοκαΐνης, πριν τη θεραπεία, και τις δύο μεταβλητές της διαφοράς κατά την έναρξη, ως συμμεταβλητές.

Αναφέρθηκαν τα κύρια αποτελέσματα της ομαδικής και ατομικής θεραπείας και τα αποτελέσματα της αλληλεπίδρασης της ατομικής θεραπείας με το κίνητρο για θεραπεία και κάθε θεραπείας με τον χρόνο θεραπείας. Τα σημαντικά αποτελέσματα των αλληλεπιδράσεων παρακολουθήθηκαν με απλές δοκιμές αποτελέσματος. Τα κύρια αποτελέσματα του κινήτρου για θεραπεία και της ομαδικής θεραπείας με το κίνητρο για θεραπεία και της τριπλής αλληλεπίδρασης δεν αναφέρονται καθώς δεν είναι σχετικά με την υπόθεσή μας. Τα μεγέθη επίδρασης που υπολογίστηκαν ήταν h για τις εξαρτημένες μεταβλητές και f για τις συνεχείς εξαρτημένες μεταβλητές (Cohen 1988).

Οι δείκτες του ASI στους 3, 6 και 12 μήνες ερευνήθηκαν με μικτό ANCOVA για κάθε δείκτη $2 \times 2 \times 2 \times 3$ (αποτελέσματα ομαδικής θεραπείας \times ατομικής \times κίνητρο για θεραπεία \times χρόνο), έχοντας ως συμμεταβλητές τις τιμές των ίδιων δεικτών πριν τη θεραπεία και των μεταβλητών της διαφοράς κατά την έναρξη. Τρεις σημαντικά ασύμμετροι δείκτες (αλκοόλ, ουσία και νομικές υποθέσεις) αξιολογήθηκαν πριν από τις αναλύσεις, ωστόσο αναφέρονται οι τιμές πριν τη μετατροπή. Οι μετρήσεις της διαδικασίας διερευνήθηκαν με $2 \times 2 \times 2$ μικτά ANOVAs με τιμές των μετρήσεων διαδικασίας πριν και μετά τη θεραπεία ως επαναλαμβανόμενη μέτρηση με το αποτέλεσμα ατομικής θεραπείας και ομαδικής ως παράγοντες. Για το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της αλλαγής για την κοκαΐνη, δημιουργήθηκε μια συνεχής μέτρηση αφαιρώντας τις μετρήσεις του σταδίου της προπερίσκεψης από το σύνολο των μετρήσεων των υπολοίπων κλιμάκων (Blanchard et al. 2003).

Το επίπεδο της πιθανότητας του $\alpha = 0,05$ επιλέχτηκε βάσει του εύρους των εξαρτημένων μεταβλητών της υπόθεσης. Για τα αποτελέσματα των θεραπειών στη χρήση ουσιών, χρησιμοποιήθηκαν έξι εξαρτημένες μεταβλητές. Σε ένα νέο είδος θεραπείας για την εξάρτηση από την κοκαΐνη, είναι πολύ σημαντικό να αποφευχθούν τα λάθη τύπου 2. Δεν έγιναν αναλύσεις πολλαπλών μεταβλητών επειδή ο σκοπός ήταν να διερευνηθούν οι επιρροές σε κάθε τύπο αποτελέσματος κι όχι στις κοινές σχέσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων. Μια δευτερεύουσα υπόθεση για τις επιδράσεις της θεραπείας στη δριμύτητα του προβλήματος χρησιμοποίησε έξι εξαρτημένες μετρήσεις. Το σύνολο των υποθέσεων για τις επιδράσεις στις μετρήσεις (παραμονή, επιθυμία, αυτό-αποτελε-



σματικότητα, πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα και κίνητρο) περιελάμβανε έξι. Κατά συνέπεια, ο άλφα 0,05 σε κάθε χωριστό σύνολο υποθέσεων είναι αποδεκτός, δεδομένης της σημασίας οποιασδήποτε επίδρασης και για να αποφευχθούν τα ψευδή αρνητικά αποτελέσματα.

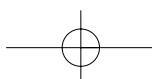
ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΠΩΛΕΙΣ

Από τους 207 ασθενείς που προσεγγίστηκαν, το 10,5% αρνήθηκε να συμμετάσχει. Από τους 185 ασθενείς που δέχθηκαν, 20 (11%) διέκοψαν πριν από την ένταξη σε θεραπεία και 165 εντάχθηκαν σε θεραπεία, αποτελώντας το δείγμα με-πρόθεση-για-θεραπεία. Από αυτούς, 88 (59 άνδρες και 29 γυναίκες) εντάχθηκαν σε εκπαίδευση δεξιοτήτων αντίστασης (Ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης), 77 (54 άνδρες και 23 γυναίκες) εντάχθηκαν σε εκπαίδευση για τα ναρκωτικά (Ενημέρωση για ουσίες), 83 (59 άνδρες και 24 γυναίκες) εντάχθηκαν σε θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης και 82 (54 άνδρες και 28 γυναίκες) εντάχθηκαν σε Θεραπεία Διαλογισμού-Χαλάρωσης. Ο αριθμός σε κάθε συνδυασμό θεραπειών ήταν 44 (27%) σε Θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης και σε ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης, 44 (27%) σε θεραπείας διαλογισμού-χαλάρωσης και σε ομαδική εκπαίδευση για δεξιότητες αντιμετώπισης, 39 (24%) σε θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης και ενημέρωσης για τις ουσίες και 38 (23%) σε θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης και ενημέρωσης για τις ουσίες. Από τους 165, τέσσερις (2%) διέκοψαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας (αρνήθηκαν το follow up), τέσσερις (2%) διέκοψαν κατά τη διάρκεια του follow up και οκτώ (5%) δεν εντοπίστηκαν για follow up. Η κατάσταση για το follow up είναι διαθέσιμη για 149 (90%) άτομα από το δείγμα με πρόθεση-για-θεραπεία. Ένα σύνολο αναλύσεων χ^2 δεν βρήκε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των όρων θεραπείας και των ποσοτών απώλειας. Τα στοιχεία που έλειπαν από τις μεταβλητές μειώνουν το μέγεθος του δείγματος σε μερικές αναλύσεις.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Η ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ FOLLOW UP

Οι συμμετέχοντες είχαν μέση ηλικία $34,2 \pm 6,8$ έτη, το 68% ήταν άνδρες, το 37% ήταν παντρεμένοι ή είχαν σύντροφο, το 84% είχε τουλάχιστον 12ετή εκπαίδευση, το 67% εργάζονταν, το 88% ήταν λευκοί, 11% μαύροι και 1% Ασιάτες. Η χρήση πριν από τη θεραπεία (6 μήνες) περιλάμβανε κατά μέσο όρο $59,8 \pm 45,3$ (SD) ημέρες χρήσης κοκαΐνης, $61,2 \pm 58,2$ ημέρες χρήσης αλκοόλ και $\$4253 \pm \5501 που ξοδεύτηκαν για κοκαΐνη. Τα κριτήρια συννοσηρότητας για την κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ ικανοποιήθηκαν κατά 70% και συμφωνούν με τα αποτελέσματα από προγενέστερες μελέτες (π.χ. Monti et al. 1997). Πολλοί τρόποι λήψης της ουσίας αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες. Έτσι, το 72% είχαν καπνίσει (κρακ ή freebase), το 54% έκαναν χρήση από τη μύτη και το 4% έκανε ενδοφλέβια χρήση κοκαΐνης. Ο συχνότερος τρόπος χρήσης κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες ήταν το κάπνισμα για το 62%, η χρήση από τη μύτη για το 35% και η ενδοφλέβια χρήση για το 3%.

Οι αναλύσεις της μεταβλητότητας (ANOVA) των αποτελεσμάτων ατομικής και ομαδικής θεραπείας (2x2) ή οι αναλύσεις χ^2 δεν έδειξαν καμία διαφορά μεταξύ των όρων θεραπείας στις δημογραφικές μεταβλητές ή σε οποιαδήποτε μορφή χρήση κοκαΐνης ή αλκοόλ



πριν τη θεραπεία, ούτε έδειξε σημαντική διαφορά όσον αφορά στις συνέπειες ή στις μετρήσεις του ASI, εκτός από δύο κύρια αποτελέσματα. Τα άτομα που συμμετείχαν στην ομάδα θεραπείας ενίσχυσης της κινητοποίησης δήλωσαν μεγαλύτερη χρήση πριν την ένταξη στη θεραπεία ($M= 72,1 \pm 64,6$) (SD) από αυτά της ομάδας θεραπείας διαλογισμού-χαλάρωσης ($M= 49,3 \pm 48,8$), $F_{1,146}= 5,83$, $P < 0,05$. Επίσης, οι συμμετέχοντες στην ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο Δείκτη Σοβαρότητας ASI για τη χρήση ουσιών ($M= 0,15 \pm 0,11$) από τα άτομα στην ομάδα ενημέρωσης για τις ουσίες ($M= 0,11 \pm 0,09$), $F_{1,152}= 4,65$, $P < 0,05$. Έτσι, αυτές οι μεταβλητές συμπεριλήφθηκαν ως συμμεταβλητές στις αναλύσεις για τη χρήση ουσιών, αφού ελέγχθηκε η ομοιογένεια των υποθέσεων παλινδρόμησης.

Ορισμένοι χρήστες διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία λόγω διοικητικής απόφασης ενώ κάποιοι διέκοψαν πρόωρα και έτσι η θεραπεία που λήφθηκε ήταν κατά μέσο όρο $1,9 \pm 0,81$ ατομικές συνεδρίες και $4,0 \pm 3,1$ συνεδρίες ομαδικής θεραπείας, χωρίς σημαντικές διαφορές στη θεραπεία. Καμία σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ των ατόμων που πέρασαν από συνέντευξη ή χάθηκαν στο follow up σε οποιαδήποτε δημογραφική μέτρηση, στη μέτρηση της χρήσης ουσιών ή του ASI, εκτός από το ότι εκείνοι που συμμετείχαν στο follow up ήταν νεότεροι ($M= 33,7$ χρόνια) από εκείνους που χάθηκαν στο follow up ($M= 37,7$ χρόνια), $t(159)= 2,37$, $P < 0,05$.

ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΥΤΟ-ΑΝΑΦΟΡΑ

Σε κάθε συνέντευξη follow-up γίνονταν εξετάσεις ούρων και τα αποτελέσματα συγκρίνονταν με τα στοιχεία για την αποχή από την αυτο-αναφορά. Αυτά τα στοιχεία ήταν διαθέσιμα για το 82% των συμμετεχόντων στους 3 μήνες, για το 85% στους 6 μήνες και για το 96% στους 12 μήνες. Το συνολικό ποσοστό των ατόμων των οποίων τα στοιχεία από την αυτο-αναφορά δεν επιβεβαιώνονταν από την εξέταση των ούρων όσον αφορά στη χρήση κοκαΐνης ή άλλων ουσιών οποιαδήποτε χρονική στιγμή της έρευνας ήταν 16% για το δείγμα του follow-up. Από αυτούς, 10 ήταν σε ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης, 13 σε ενημέρωση για τις ουσίες, 11 σε θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης και 12 σε θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης χωρίς σημαντικές διαφορές στους όρους της θεραπείας στα τεστ χ^2 . Από τους 53 που δήλωναν αποχή στους 3 μήνες, πέντε (9%) είχαν θετικό δείγμα ούρων, από τους 70 στους 6 μήνες, τρεις (4%) είχαν θετικό δείγμα ούρων για χρήση κοκαΐνης και από τους 61 στους 12 μήνες, οκτώ (13%) είχαν θετικό δείγμα ούρων για χρήση κοκαΐνης. Από τους 101 που δήλωσαν αποχή από άλλες ουσίες εκτός της κοκαΐνης στους 3 μήνες, πέντε (5%) είχαν θετικό δείγμα ούρων για άλλες ουσίες, από τους 95 στους 6 μήνες, πέντε (5%) είχαν θετικό δείγμα ούρων για άλλες ουσίες και από τους 93 στους 12 μήνες, τέσσερις (4%) είχαν θετικό δείγμα ούρων για άλλες ουσίες.

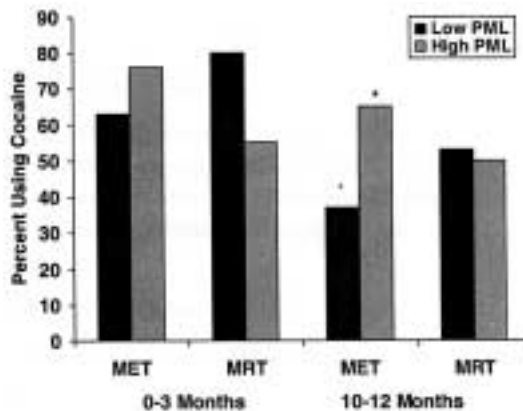
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χρήση κοκαΐνης στο follow-up

Κατάσταση αποχής: Το 68% έκανε χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά μέσα στους 3 πρώτους μήνες του follow-up, το 55% κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου του follow-up, το 56% κατά τη διάρκεια των μηνών 7–9-του follow up και το 51% κατά τη διάρκεια των μηνών 10–12 του follow-up. Όσον αφορά στην υποτροπή στην κοκαΐνη

στους 3 μήνες, το σύνολο των μεταβλητών θεραπειάς και κινητοποίησης (βήμα 3) είχαν σημαντική δυνατότητα πρόβλεψης της υποτροπής (βλέπε σχήμα 1), με το μοντέλο χ^2 (2, N= 131)= 6,33, P < 0,05, με τη μεταβλητή της αλληλεπίδρασης, αποτέλεσμα ατομικής θεραπείας και κίνητρο για θεραπεία, να συμβάλει σημαντικά (B= -2,1, SE= 0,88, P < 0,02). Στη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης, το κίνητρο για θεραπεία δεν ήταν δυνατόν να προβλέψει την υποτροπή στην κοκαΐνη (70% υποτροπιάσαν; B= -0,63, SE= 0,52), ενώ το μέγεθος της επιρροής ήταν μικρό (h= 0,28). Στην θεραπεία διαλογισμού – χαλάρωσης, το χαμηλότερο κίνητρο για θεραπεία έδειχνε να προβλέπει υψηλότερα ποσοστά υποτροπής (80%) από το υψηλότερο κίνητρο για θεραπεία (55%; B= 1,01, SE= 0,67, P= 0,09) και είχε μέτριο μέγεθος επιρροής (h= 0,54). Για την υποτροπή, στους μήνες 10–12 του follow-up, το σύνολο των μεταβλητών αλληλεπίδρασης (βήμα 3) ήταν σχετικά σημαντικό σύμφωνα με το μοντέλο (2, N= 129) χ^2 = 5,71, P= 0,06, ενώ η αλληλεπίδραση των αποτελεσμάτων ατομικής θεραπείας με το κίνητρο για θεραπεία επίσης προσέγγιζε τη σημαντικότητα (B= -1,5, SE= 0,81, P= 0,07). Σε ένα post hoc test, στη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης, το χαμηλότερο κίνητρο για θεραπεία συσχετίστηκε με χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής στην κοκαΐνη (37%) από ό,τι το υψηλότερο κίνητρο για θεραπεία (65%; B= -1,19, SE= 0,52, P < 0,05), με μέτριο μέγεθος επιρροής (h= 0,50). Στην θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης τα ποσοστά υποτροπής (52%) δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με το κίνητρο για θεραπεία (B= 0,14, SE= 0,59, h= 0,08). Οι αναλύσεις σε άλλες χρονικές στιγμές δεν ήταν σημαντικές.

ΣΧΗΜΑ 1

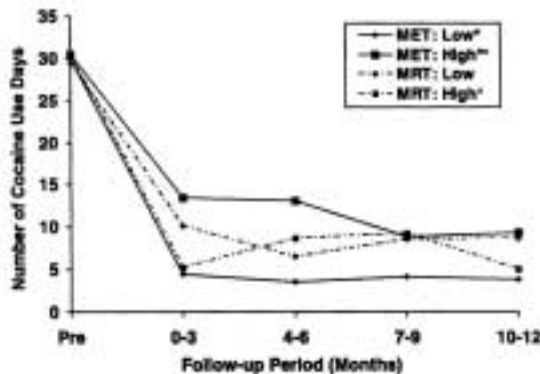


Ποσοστό των ασθενών που έκαναν χρήση κοκαΐνης στην θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης (MET) έναντι Θεραπειάς Διαλογισμού-Χαλάρωσης (MRT), ανάλογα με τα επίπεδα κινητοποίησης πριν τη θεραπεία, (PML) κατά τη διάρκεια των μηνών 0-3 και 10-12 στο follow up (διαστήματα με σημαντικά αποτελέσματα). Οι σημαντικές διαφορές στην κινητοποίηση πριν τη θεραπεία μέσα στη θεραπευτική κατάσταση από τα post hoc σημειώνονται με αστερίσκο.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΚΑΪΝΗΣ

Για 129 άτομα, χωρίς να λείπουν συμμεταβλητές, εντοπίστηκε σημαντική αλληλεπίδραση ανάμεσα στα αποτελέσματα της ατομικής θεραπείας και στο κίνητρο για θεραπεία για τον αριθμό των ημερών χρήσης κοκαΐνης (βλέπε Σχήμα 2 και Πίνακα 1 για τους μέσους όρους των όρων), $F_{1,118}=7.11$, $P < 0,01$, με μέτριο μέγεθος επιρροής ($f= 0,25$). Απλά τεστ επιρροής έδειξαν ότι στη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης τα άτομα με το χαμηλότερο κίνητρο για θεραπεία είχαν λιγότερες συνολικά ημέρες χρήσης κοκαΐνης μέσα στο χρόνο ($M= 14,2 \pm 25,6$ ημέρες) από τα άτομα με υψηλότερο κίνητρο για θεραπεία ($M= 43,2 \pm 61,0$ ημέρες, $F_{1,118}= 9,70$, $P < 0,01$). Επίσης, για τα άτομα με υψηλότερο κίνητρο για θεραπεία, η θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης οδηγούσε σε λιγότερες ημέρες χρήσης κοκαΐνης από ό,τι η θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης ($F_{1,118}= 4,71$, $P < 0,05$). Απλά τεστ επιρροής δεν έδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις ημέρες χρήσης κοκαΐνης, για όσους συμμετείχαν στη θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης, ή για τα αποτελέσματα της ατομικής θεραπείας, σε άτομα με χαμηλό κίνητρο θεραπείας. Ο συνολικός αριθμός ημερών χρήσης κοκαΐνης στην πρώτη, τη δεύτερη, την τρίτη και την τέταρτη περίοδο ήταν κατά μέσο όρο $8,5 \pm 14,9$, $8,5 \pm 15,5$, $7,6 \pm 12,2$ και $6,7 \pm 12,2$ ημέρες αντίστοιχα.

ΣΧΗΜΑ 2



Αριθμός ημερών χρήσης κοκαΐνης για τη θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης (MET) έναντι Θεραπείας Διαλογισμού-Χαλάρωσης (MRT) ανάλογα με τα επίπεδα κινητοποίησης πριν τη θεραπεία (PML) πριν την έναρξη της θεραπείας (μέσος αριθμός ημερών χρήσης ανά 90 ημέρες για το τελευταίο εξάμηνο) και σε κάθε περίοδο follow up 90 ημερών. Οι σημαντικές διαφορές στα επίπεδα κινητοποίησης πριν τη θεραπεία μέσα στη θεραπευτική κατάσταση από τα απλά τεστ επιρροών σημειώνονται με αστερίσκο και οι σημαντικές διαφορές στη θεραπεία με τα επίπεδα κινητοποίησης πριν τη θεραπεία σημειώνονται με μια λευκή κουκίδα.

Για το μέγιστο αριθμό διαδοχικών ημερών χρήσης κοκαΐνης, σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση των αποτελεσμάτων της ομαδικής θεραπείας με το κίνητρο για θεραπεία ($F_{1,105}= 4,57$, $P < 0,04$, $f= 0,21$, μικρή έως μέτρια επιρροή). Οι συμμετέχοντες στην ομαδική εκπαίδευση για δεξιότητες αντιμετώπισης με χαμηλότερο κίνητρο για θεραπεία είχαν πιο

62 Εξαρτήσεις

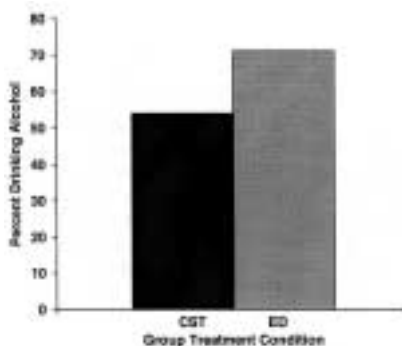
σύντομη, μέγιστη υπερβολική κατανάλωση με μέσο όρο $2,6 \pm 3,3$ ημέρες, από ό,τι οι ασθενείς με υψηλότερο κίνητρο για θεραπεία με μέσο όρο $8,8 \pm 14,1$ ημέρες ($F_{1,105} = 5,06$, $P < 0,03$, $f = 0,22$). Καμία άλλη απλή επιρροή δεν ήταν σημαντική. Για τη μακρύτερη περίοδο αποχής από την κοκαΐνη τη σημαντικότητα προσέγγισε η αλληλεπίδραση της ατομικής θεραπείας και του κινήτρου για θεραπεία ($F_{1,117} = 3,66$, $P = 0,06$, $f = 0,18$ μικρή επιρροή). Οι χρήστες στη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης, με χαμηλότερο κίνητρο για θεραπεία είχαν μακρύτερη σε διάρκεια αποχή, με μέσο όρο 238 ± 113 ημέρες, από ό,τι τα άτομα με υψηλότερο κίνητρο για θεραπεία με μέσο όρο 175 ± 125 ημέρες, ($F_{1,117} = 4,30$, $P < 0,04$), χωρίς άλλες απλές σημαντικές επιρροές.

ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΛΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ FOLLOW-UP

Αποχή από άλλες ουσίες: Χρήση άλλων ουσιών εκτός από κοκαΐνη ή αλκοόλ έκανε το 36% των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια των πρώτων 3 μηνών του follow-up, το 39% κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου, το 34% για τους μήνες 7 έως 9 και από το 33% για τους μήνες 10 έως 12. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές.

Αποχή από το αλκοόλ: Έγινε χρήση αλκοόλ από το 63% των ασθενών κατά τη διάρκεια των 3 πρώτων μηνών, από το 62% κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου, από το 56% για τους μήνες 7 έως 9 και από το 55% για τους μήνες από 10 έως 12. Οι μεταβλητές θεραπείας και κινητοποίησης (βήμα 2) μπορούσαν να προβλέψουν την υποτροπή από την ολοκλήρωση της θεραπείας έως τους 3 μήνες, (μοντέλο χ^2 (3, $N = 131$) = 6,69, $P < 0,08$), ενώ σημαντική διακύμανση προκαλούσαν τα αποτελέσματα της ομαδικής θεραπείας ($B = -0,94$, $SE = 0,39$, $P < 0,02$). Τα ποσοστά υποτροπής ήταν χαμηλότερα στην ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης (54%) από ό,τι στην ενημέρωση για τις ουσίες (71%), η οποία είχε μικρή επιρροή ($h = 0,37$) (βλέπε Σχήμα 3). Οι μεταβλητές της αλληλεπίδρασης (βήμα 3) προέβλεπαν σημαντικά την υποτροπή στους μήνες 4-6, (χ^2 (2, $N = 130$) = 7,15, $P < 0,03$), ενώ η αλληλεπίδραση των αποτελεσμάτων της ατομικής θεραπείας με το κίνητρο για θεραπεία συνέβαλε σημαντικά στη διακύμανση, ($B = -1,60$, $SE = 0,82$, $P < 0,05$). Για τη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης, το χαμηλότερο κίνητρο για θεραπεία προέβλεπε χαμηλότερη υποτροπή (49%) από ό,τι το

ΣΧΗΜΑ 3



Ποσοστό ασθενών που κάνουν χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια του τρίμηνου follow up για τις ομάδες Εκπαίδευσης για Δεξιότητες Αντιμετώπισης (CST) έναντι των ομάδων Εκπαίδευσης (ED). Οι διαφορές των ομάδων είναι σημαντικές.

υψηλότερο κίνητρο για θεραπεία (74%, $B = -1,16$, $SE = 0,52$, $P < 0,05$), το οποίο είχε μέτρια επιρροή ($h = 0,52$). Για τη θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης, τα ποσοστά υποτροπής στο αλκοόλ (58%) δεν διέφεραν σημαντικά. Για κάθε όρο του κινήτρου για θεραπεία, το αποτέλεσμα της ατομικής θεραπείας δεν ήταν σημαντικό. Οι μεταβλητές αλληλεπίδρασης (βήμα 3) προέβλεπαν σημαντικά την υποτροπή για τους μήνες 10-12, ($\chi^2 (2, N = 129) = 6,39$, $P < 0,04$), ενώ η αλληλεπίδραση του αποτελέσματος της ατομικής θεραπείας με το κίνητρο για θεραπεία προέβλεπε την υποτροπή ($B = -1,83$, $SE = 0,82$, $P < 0,03$). Για τη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης, το χαμηλότερο κίνητρο για θεραπεία προέβλεπε μικρότερα ποσοστά υποτροπής στο αλκοόλ (43%) από ό,τι το υψηλότερο κίνητρο για θεραπεία [68%; $B = -1,13$, $SE = 0,52$, $P < 0,05$, $h = 0,51$ (μέτρια)]. Για τη θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης, τα ποσοστά υποτροπής (56%) δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με το κίνητρο για θεραπεία. Για κάθε κίνητρο για θεραπεία δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές από το αποτέλεσμα της ατομικής θεραπείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΩΝ ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΚΑΪΝΗΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΗΜΕΡΩΝ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΑΝΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (PML) ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ FOLLOW-UP.

Περίοδος follow-up	MET		MRT	
	Low PML M(SD)	High PML M(SD)	Low PML M(SD)	High PML M(SD)
Αριθμός ημερών				
χρήσης κοκαΐνης				
0-3 μήνες	4.4 (6.4)	13.5 (19.9)	10.1 (15.9)	5.2 (10.6)
4-6 μήνες	3.5 (7.5)	13.1 (20.0)	6.5 (8.4)	8.7 (16.5)
7-9 μήνες	4.1 (6.6)	8.8 (14.1)	8.6 (13.9)	9.2 (12.6)
10-12 μήνες	3.8 (7,4)	9.3 (15.3)	8.7 (15.7)	5.0 (8.8)
Ποσοστό ημερών				
χρήσης αλκοόλ				
0-3 μήνες	6.6 (17.0)	11.8 (21.5)	3.7 (7.0)	5.6 (16.5)
4-6 μήνες	9.1 (20.9)	17.3 (25.5)	10.9 (14.4)	8.2 (17.9)
7-9 μήνες	10.9 (20.5)	20.1 (29.8)	9.2 (14.2)	11.9 (18.8)
10-12 μήνες	10.5 (20.7)	16.1 (25.9)	10.4 (14.7)	9.1 (18.9)

Μέσα στις MET τα επίπεδα κινητοποίησης πριν τη θεραπεία διέφεραν κατά $P < 0,05$ για την κοκαΐνη, $P < 0,02$ για το αλκοόλ. Όταν τα επίπεδα κινητοποίησης πριν τη θεραπεία ήταν υψηλότερα η MET διέφερε από την MRT κατά $P < 0,01$ για την κοκαΐνη.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Για το ποσοστό των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ, σημαντική ήταν η επίδραση του αποτελέσματος της ατομικής θεραπείας με το κίνητρο για θεραπεία ($F_{1,119} = 4,08$, $P < 0,05$, $f = 0,18$ (μικρή επιρροή)). Για τη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης, τα άτομα με υψηλότερο κίνητρο για θεραπεία παρουσίαζαν περισσότερες ημέρες χρήσης αλκοόλ το χρόνο, με μέσο όρο $16,3 \pm 25,7\%$, από ό,τι τα άτομα με χαμηλότερο κίνητρο για θε-

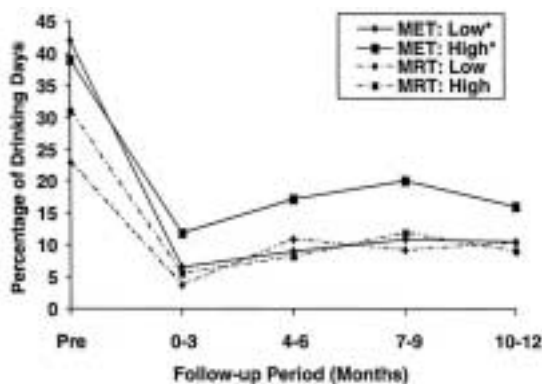
64 Εξαρτήσεις

ραπεία με μέσο όρο $9,3 \pm 19,8\%$, ($F_{1,93} = 5,58$, $P < 0,02$, $f = 0,20$ (μικρή) (βλέπε Σχήμα 4). Καμία άλλη επίδραση δεν ήταν σημαντική. Καμία επίδραση δεν ήταν σημαντική για τις ημέρες χρήσης άλλων ουσιών. Την πρώτη, τη δεύτερη, την τρίτη και την τέταρτη περίοδο οι ασθενείς κατανάλωσαν αλκοόλ με μέσο όρο $7,4 \pm 17,4\%$, $11,5 \pm 20,9\%$, $13,6 \pm 22,6\%$ και $11,7 \pm 21,1\%$ ημέρες αντίστοιχα και έκαναν χρήση άλλων ουσιών σε $7,2 \pm 19,3\%$, $9,9 \pm 23,0\%$, $11,6 \pm 24,9\%$ και $9,1 \pm 21,3\%$ ημέρες αντίστοιχα.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ (ASI)

Σημαντική αλληλεπίδραση των αποτελεσμάτων της ατομικής θεραπείας και του κινήτρου για θεραπεία εντοπίστηκε για το δείκτη του αλκοόλ, [$F_{1,94} = 4,02$, $P < 0,05$, $f = 0,21$ (μικρή έως μέτρια)]. Για τη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης τα άτομα με υψηλότερο κίνητρο για θεραπεία είχαν υψηλότερες βαθμολογίες για τα προβλήματα χρήσης με μέσο όρο $0,12 \pm 0,17$, από ό,τι τα άτομα με χαμηλότερο κίνητρο για θεραπεία με μέσο όρο $0,06 \pm 0,11$ ($F_{1,94} = 6,98$, $P < 0,01$). Μεταξύ των ασθενών με υψηλότερο κίνητρο για θεραπεία, όσοι ήταν σε θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης είχαν υψηλότερες βαθμολογίες με μέσο όρο $0,12 \pm 0,17$ από όσους ήταν σε θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης με μέσο όρο $0,07 \pm 0,13$ ($F_{1,101} = 9,22$, $P < 0,05$). Υπήρχε σημαντική αλληλεπίδραση του αποτελέσματος της ατομικής θεραπείας με το χρόνο όσον αφορά το δείκτη προβλημάτων στην εργασία, ($F_{1,187} = 6,27$, $P < 0,01$, $f = 0,26$ (μέτρια)). Για τη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης, ο δείκτης εμφάνιζε πτωτικές τάσεις από $M = 0,38 \pm 0,28$ στους 3 και 6 μήνες σε $M = 0,33 \pm 0,30$ στους 12 μήνες $F_{2,113} = 2,60$, $P < 0,08$. Καμία άλλη απλή επιρροή δεν προσέγγισε τη σημαντικότητα. Καμία επιρροή δεν ήταν σημαντική για άλλους δείκτες.

ΣΧΗΜΑ 4



Ποσοστό ημερών χρήσης αλκοόλ στη θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης (MET) έναντι Θεραπείας Διαλογισμού-Χαλάρωσης (MRT) ανάλογα με τα επίπεδα κινητοποίησης πριν τη θεραπεία κατά τη διάρκεια της θεραπείας και κατά τη διάρκεια των τρίμηνων περιόδων follow up. Οι σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα επίπεδα κινητοποίησης πριν τη θεραπεία με την θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης (MET) σημειώνονται με αστερίσκο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΦΥΛΟΥ Χ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ FOLLOW-UP ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ.(CST): ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
(ED): ΟΜΑΔΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Περίοδος follow-up	Είδος θεραπείας	Κοκαΐνη		Αλκοόλ	
		Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)
0-3 μήνες	CST	73	46 ^a	60	46 ^a
	ED	69	80 ^a	69	80 ^a
n		103	46		
4-6 μήνες	CST	65 ^a	42	—	—
	ED	46 ^a	65	—	—
n		102	46		
7-9 μήνες	CST	64	39	58	39 ^b
	ED	56	60	54	80 ^b
	MET	52	59	—	—
	MRT	70	38	—	—
n		100	46		

*a Διαφορές στη θεραπεία μέσα στο ίδιο φύλο P < 0.05 σε posthoc test.**b Διαφορές στη θεραπεία μέσα στο ίδιο φύλο P < 0.01 σε posthoc test.***ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

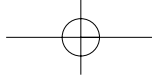
Καμία επίδραση δεν βρέθηκε σημαντική για τον αριθμό των ημερών παραμονής στο νοσοκομείο από τα αποτελέσματα της ομαδικής θεραπείας με τα αποτελέσματα της ατομικής θεραπείας (ANCOVA). Οι ασθενείς έλαβαν κατά μέσο όρο ημερών θεραπεία στο πρόγραμμα, για $7,7 \pm 3,4$ ημέρες.

ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΜΕ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι αναλύσεις των αποτελεσμάτων της χρήσης ουσιών επαναλήφθηκαν υποκαθιστώντας το φύλο με το κίνητρο για θεραπεία. Αναφέρονται μόνο οι αλληλεπιδράσεις του φύλου και τα post hoc tests σημαντικών αλληλεπιδράσεων.

ΑΠΟΧΗ

Για την υποτροπή στην κοκαΐνη, οι αλληλεπιδράσεις φύλου και θεραπείας ήταν σημαντικές στις παλινδρομήσεις στους 3 μήνες, για τα αποτελέσματα της ομαδικής θεραπείας, [το μοντέλο χ^2 (3, N= 136)= 7,11, P < 0,01, B= -2,35, SE= 0,94)], στους 6 μήνες, για τα αποτελέσματα της ομαδικής θεραπείας [το μοντέλο χ^2 (3, N= 135)= 5,16, P < 0,03, B= -1,82, SE= 0,81)] και στους 9 μήνες και για το αποτέλεσμα της ατομικής θεραπείας και για τα αποτελέσματα της ομαδικής θεραπείας, (με το μοντέλο χ^2 (3, N= 134)= 11,66, P < 0,01) τα αποτελέσματα της ομαδικής θεραπείας (B= -1,67, SE= 0,85) και της ατομικής [B= 1,86, SE= 0,80 (βλέπε Πίνακα 2 για λεπτομέρειες)]. Για την υποτρο-



πή στο αλκοόλ εντοπίστηκαν σημαντικές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο φύλο και στην ομαδική θεραπεία στους 3 μήνες, (μοντέλο χ^2 (3, N= 136)= 6,38, P < 0,02, B= 2,22, SE= 0,94) και στους 9 μήνες, (μοντέλο χ^2 (3, N= 134)= 6,79, P < 0,01, B= 2,15, SE= 0,86). Σε post hoc tests για κάθε φύλο, οι γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανό να υποτροπιάσουν στην χρήση κοκαΐνης στους 3 μήνες μετά από ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης της χρήσης από ό,τι μετά από ενημέρωση για τις ουσίες (χ^2 (1, N= 46) = 5,44, P < 0,02) και το αλκοόλ (χ^2 (1, N= 46)= 5,44, P < 0,02) και οι άνδρες ήταν πιθανότερο να υποτροπιάσουν στην κοκαΐνη μετά από ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης από ό,τι μετά από ενημέρωση για τις ουσίες στους 6 μήνες (χ^2 (1, N= 102)= 3,89, P < 0,05). Καμία άλλη αλληλεπίδραση με το φύλο δεν ήταν σημαντική.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ

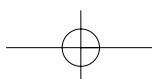
Για τον αριθμό των ημερών χρήσης κοκαΐνης, σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση του φύλου με τα αποτελέσματα της ομαδικής θεραπείας ($F_{1,123}= 7,66$, P < 0,01, f= 0,25 μέτρια επιρροή). Οι γυναίκες έκαναν λιγότερη χρήση κοκαΐνης τον χρόνο μετά την ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης (M= 16,3 ± 33,4 ημέρες) από ό,τι μετά από την ενημέρωση για τις ουσίες (M= 26,5 ± 32,9 ημέρες, $F_{1,127}= 5,65$, P < 0,02), και μετά την ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης οι γυναίκες έκαναν λιγότερη χρήση κοκαΐνης από ό,τι οι άνδρες (M= 33,5 ± 41,8 ημέρες, $F_{1,127}= 12,36$, P < 0,001). Η αλληλεπίδραση του φύλου με τα αποτελέσματα της ομαδικής θεραπείας ήταν σημαντική για μεγαλύτερα ποσοστά αποχής από την κοκαΐνη, ($F_{1,122}= 5,72$, P < 0,02, f= 0,22 (μικρή έως μέτρια). Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερα ποσοστά αποχής μετά την ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης (M= 237 ± 123 ημέρες) από ό,τι μετά την ενημέρωση για τις ουσίες [(M= 181 ± 103 ημέρες), $F_{1,126}= 5,45$, P < 0,02] και μεγαλύτερα ποσοστά αποχής από τους άνδρες μετά την ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης [(M= 168 ± 115 ημέρες), $F_{1,126}= 5,62$, P < 0,02].

Όσον αφορά στις ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ, σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση του φύλου με τα αποτελέσματα της ομαδικής θεραπείας ($F_{1,124}= 7,58$, P < 0,01, f= 0,25 (μέτρια επιρροή). Οι γυναίκες έπιναν αλκοόλ λιγότερο συχνά τον χρόνο μετά την ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης (M= 3,8 ± 5,5%) από ό,τι μετά την ενημέρωση για τις ουσίες (M= 9,4 ± 8,4%), $F_{1,127}= 7,67$, P < 0,01). Μετά την ομαδική εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης οι γυναίκες έπιναν λιγότερο αλκοόλ από ό,τι οι άνδρες (M= 14,6 ± 22,8%), $F_{1,127}= 4,99$, P < 0,03.

Για τις ημέρες χρήσης άλλων ουσιών, σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση των αποτελεσμάτων της ατομικής θεραπείας με το φύλο και το χρόνο [$F_{3,376}= 3,18$, P < 0,03, f= 0,16 (μικρή επιρροή)]. Σημαντική ήταν η επίδραση της ατομικής θεραπείας τους 3 πρώτους μήνες, [$F_{1,129}= 4,05$, P < 0,05, f= 0,18 (μικρή επιρροή)], με λιγότερες ημέρες χρήσης ουσιών μετά τη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης (M= 5,1 ± 14,9%) από ό,τι μετά τη θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης (M= 8,5 ± 19,0%). Οι επιδράσεις δεν ήταν σημαντικές σε άλλες χρονικές περιόδους.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΚΑΪΝΗ

Η αξιοπιστία ήταν πολύ καλή για τις συνθήκες επιθυμίας πριν τη θεραπεία (Cronbach's $\alpha= 0,90$) και την αυτο-αποτελεσματικότητα (Cronbach's $\alpha= 0,88$). Για την επιθυμία για



χρήση κοκαΐνης, σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση της ομαδικής με την ατομική θεραπεία [$F_{1,97} = 4,62$, $P < 0,04$, $f = 0,22$ (μικρή έως μέτρια)]. Για τη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης, η επιθυμία για χρήση ήταν υψηλότερη στην ενημέρωση για τις ουσίες ($M = 4,2 \pm 1,5$) από ό,τι στην ομαδική εκπαίδευση για δεξιότητες αντιμετώπισης ($M = 3,6 \pm 1,6$, $F_{1,97} = 4,12$, $P < 0,05$, $f = 0,21$). Καμία άλλη επιρροή δεν ήταν σημαντική. Οι επιρροές δεν ήταν σημαντικές για την αυτο-αποτελεσματικότητα εκτός από την κύρια επίδραση του χρόνου, [$F_{1,98} = 4,63$, $P < 0,04$, $f = 0,22$ (μικρή έως μέτρια)]. Η αυτο-αποτελεσματικότητα μετά τη θεραπεία ($M = 5,9 \pm 1,0$) ήταν υψηλότερη από ό,τι πριν τη θεραπεία ($M = 5,6 \pm 1,1$).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Υπήρχε σημαντική επίδραση του χρόνου προς τα υπέρ της χρήσης κοκαΐνης, [$F_{1,102} = 7,05$, $P < 0,01$, $f = 0,26$ (μέτρια)]. Τα υπέρ μετά τη θεραπεία ($M = 11,6 \pm 5,6$) ήταν χαμηλότερα από τα υπέρ πριν τη θεραπεία ($M = 13,6 \pm 6,9$). Υπήρχε κύρια επίδραση της ατομικής θεραπείας στη χρήση κοκαΐνης [$F_{1,102} = 4,27$, $P < 0,05$, $f = 0,20$ (μικρή)], με υψηλότερα αποτελέσματα στη θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης ($M = 24,0 \pm 6,3$) από ό,τι στη θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης ($M = 21,8 \pm 7,5$).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΚΑΪΝΗ

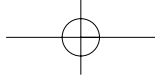
Δεν υπήρχαν σημαντικές επιδράσεις ή επιδράσεις από την αλληλεπίδραση με τη θεραπεία ή το χρόνο στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της αλλαγής της χρήσης κοκαΐνης.

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ANCOVA για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ομαδικής εκπαίδευσης έναντι της ενημέρωσης για τις ουσίες, έδειξε ότι δεν ήταν σημαντική. Μια ANOVA έδειξε υψηλότερα ποσοστά αποτελεσματικότητας για τη θεραπεία ενίσχυσης ($M = 6,2 \pm 1,1$) από ό,τι για τη θεραπεία διαλογισμού-χαλάρωσης ($M = 5,8 \pm 1,2$), [$F_{1,139} = 3,85$, $P < 0,05$, $f = 0,17$ (μικρή)].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης έχει αρκετά σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα όταν παρέχεται στην έναρξη ενός εντατικού προγράμματος θεραπείας της τοξικοεξάρτησης σε άτομα εξαρτημένα από την κοκαΐνη και ιδιαίτερα σε εκείνους με χαμηλό επίπεδο αρχικής κινητοποίησης για διακοπή της χρήσης κοκαΐνης. Αν και το χαμηλό κίνητρο πριν τη θεραπεία, προέβλεπε υψηλότερα ποσοστά υποτροπής στην κοκαΐνη τους πρώτους 3 μήνες, όσοι συμμετείχαν σε θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης, με χαμηλή αρχική κινητοποίηση, ανέφεραν χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής στο αλκοόλ μετά από 4-6 μήνες, μικρότερη υποτροπή στην κοκαΐνη και στο αλκοόλ στο follow up του ενός έτους, λιγότερες ημέρες χρήσης κοκαΐνης και αλκοόλ κατά τη διάρκεια του έτους και λιγότερο σοβαρά προβλήματα με το αλκοόλ σε σχέση με όσους συμμετείχαν σε θεραπεία ενίσχυσης με υψηλότερο αρχικό κίνητρο για αλλαγή. Έτσι, η θεραπεία ενίσχυσης δείχνει να είναι πιο ωφέλιμη για τους λιγότερο κινητοποιημένους χρήστες σε σχέση με τους περισσότερο κινητοποιημένους χρήστες. Επί-

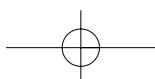
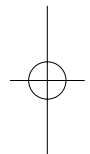
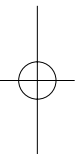


σης, υπήρξε μια σημαντική αλληλεπίδραση χρόνου και θεραπείας, όσον αφορά στα προβλήματα απασχόλησης: όσοι συμμετείχαν σε θεραπεία ενίσχυσης παρουσίαζαν λιγότερο σοβαρά προβλήματα στην απασχόληση κατά τη διάρκεια του έτους του follow up σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Κατά δεύτερον, η θεραπεία ενίσχυσης, που εξειδικεύτηκε σε εξαρτημένους από την κοκαΐνη δεν οδήγησε σε σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στη χρήση ουσιών, όταν συγκρίθηκε με τις υπόλοιπες θεραπείες, ούτε και με την αλληλεπίδραση των επιπέδων κινητοποίησης πριν τη θεραπεία. Επιπλέον, τα άτομα που δεν συμμετείχαν σε θεραπεία ενίσχυσης με υψηλότερο κίνητρο για αλλαγή πριν τη θεραπεία, ανέφεραν χαμηλότερη συχνότητα χρήσης κοκαΐνης και λιγότερο σοβαρά προβλήματα με το αλκοόλ κατά τη διάρκεια του επόμενου έτους από αυτό που συμμετείχαν. Ίσως το επιτρεπτικό μήνυμα που χρησιμοποιείται στη θεραπεία ενίσχυσης να μην είναι κατάλληλο για τους πιο κινητοποιημένους, οι οποίοι μπορεί να ανυπομονούν για μια περισσότερο καθοδηγητική προσέγγιση. Επομένως, τα προγράμματα που παρέχουν θεραπεία ενίσχυσης πιθανώς χρειάζεται να την παρέχουν μόνο σε όσους είναι λιγότερο κινητοποιημένοι για αλλαγή. Οι εξαρτημένοι από την κοκαΐνη που έχουν ήδη ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να ωφεληθούν λιγότερο από τη θεραπεία ενίσχυσης σε σχέση με άλλους πληθυσμούς που έχουν ήδη μελετηθεί, όπως οι αλκοολικοί και τα άτομα που δεν έχουν ζητήσει θεραπεία.

Οι μετρήσεις της διαδικασίας έδειξαν ότι οι χρήστες σε θεραπεία ενίσχυσης περίμεναν μεγαλύτερο όφελος από τη θεραπεία και κατανοούσαν ότι υπήρχαν περισσότερα αρνητικά αποτελέσματα από τη χρήση κοκαΐνης σε σχέση με όσους συμμετείχαν σε άλλη θεραπεία. Η θεραπεία ενίσχυσης δεν επηρέαζε σημαντικά τα θετικά αποτελέσματα της κοκαΐνης που εντόπιζαν οι ασθενείς ούτε το στάδιο αλλαγής. Οι θεραπείες γενικά δεν επηρεάζουν την αντίληψη σχετικά με τα θετικά αποτελέσματα από τις ουσίες (Prochaska et al. 1994). Η θεραπεία ενίσχυσης για τη χρήση καπνού όταν εφαρμόστηκε σε αλκοολικούς, σε θεραπευτικό πλαίσιο διαμονής, δεν επηρέασε το επίπεδο κινητοποίησης παρά την αυξανόμενη αποχή από τον καπνό (Rohsenow et al. 2002). Ίσως οι μετρήσεις αυτό-αναφοράς της κινητοποίησης να μην είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην αλλαγή ή να αλλάζουν πιο αργά από ό,τι η συμπεριφορά. Ενώ η αυτο-αποτελεσματικότητα για το χειρισμό καταστάσεων υψηλού κινδύνου αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η θεραπεία ενίσχυσης δεν επηρέασε σημαντικά την αυτο-αποτελεσματικότητα ή την επιθυμία για χρήση κοκαΐνης. Επομένως, οποιαδήποτε θετικά αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται περισσότερο στην πίστη για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και στα δυσμενή αποτελέσματα της κοκαΐνης παρά στην αλλαγή στο επίπεδο κινήτρου, στην επιθυμία, στην αυτο-αποτελεσματικότητα ή στα αντιληπτά θετικά αποτελέσματα από τη χρήση κοκαΐνης. Η αύξηση των δυσμενών αποτελεσμάτων είναι πράγματι ένας βασικός στόχος της θεραπείας ενίσχυσης και συνδέεται γενικά με τη ανάληψη δράσης για αλλαγή (Prochaska et al. 1994).

Η εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης, προσαρμοσμένη για άτομα εξαρτημένα από την κοκαΐνη, δεν παρουσίασε τα θετικά αποτελέσματα για τη χρήση κοκαΐνης που λήφθηκαν από προηγούμενη μελέτη αυτής της προσέγγισης (Rohsenow et al. 2000). Η εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης οδήγησε σε 24% λιγότερους χρήστες οι οποίοι κάνουν χρήση αλκοόλ στους 3 πρώτους μήνες, σε αντίθεση με προηγούμενη μελέτη και αυτό ενδεχομένως να οφείλεται σε μία συνεδρία για τη χρήση αλκοόλ ως έναυ-



σμα για την υποτροπή στην κοκαΐνη. Επίσης, μεταξύ των ασθενών σε θεραπεία ενίσχυσης, εκείνοι που συμμετείχαν και σε εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης ανέφεραν μικρότερη επιθυμία για χρήση κοκαΐνης από όσους ήταν μόνο σε ομάδα εκπαίδευσης. Ωστόσο, εντοπίστηκε αρκετά σταθερή διαφορά των φύλων στα αποτελέσματα της εκπαίδευσης σε δεξιότητες αντιμετώπισης. Οι εκπαιδευόμενες γυναίκες σε δεξιότητες αντιμετώπισης ήταν λιγότερο πιθανό να κάνουν χρήση κοκαΐνης ή αλκοόλ τους 3 πρώτους μήνες μετά τη θεραπεία, ήταν λιγότερο πιθανόν να κάνουν χρήση αλκοόλ 7–9 μήνες μετά από τη θεραπεία και έκαναν χρήση κοκαΐνης και αλκοόλ λιγότερο συχνά στο έτος μετά τη θεραπεία, από τις γυναίκες στην ομάδα ελέγχου. Οι γυναίκες ωφελήθηκαν περισσότερο από τους άνδρες από την εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης, όσον αφορά την υποτροπή στην κοκαΐνη έξι μήνες μετά και τη συχνότητα χρήσης κοκαΐνης και αλκοόλ κατά τη διάρκεια του επόμενου έτους. Καμία διαφορά μεταξύ των φύλων δεν φάνηκε στην πρώτη μελέτη (Rohsenow et al. 2000). Είναι πιθανόν ότι η αλλαγή από ατομική σε ομαδική μορφή θεραπείας να κατέστησε αυτήν την προσέγγιση λιγότερο αποτελεσματική για τη χρήση κοκαΐνης από τους άνδρες. Οι ομάδες δίνουν λιγότερη προσοχή στα ατομικά ζητήματα, κάτι που τονίζεται ιδιαίτερα στις γνωσιακές δεξιότητες αντιμετώπισης. Επίσης, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να ανοιχτούν σε μια ομάδα από ό,τι οι άνδρες, οι οποίοι ανέφεραν συχνά ότι φοβόντουσαν να κάνουν αποκαλύψεις στην ομάδα για τις παράνομες δραστηριότητές τους. Τα αποτελέσματα της εκπαίδευσης σε δεξιότητες αντιμετώπισης, μπορεί να μειώθηκαν από την εμφανώς συντομότερη παραμονή στη θεραπεία, κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης σε σχέση με την προηγούμενη μελέτη (Rohsenow et al. 2000), καθώς πραγματοποιήθηκαν κατά μέσο όρο τέσσερις συνεδρίες έναντι επτά.

Στους περιορισμούς περιλαμβάνεται ότι χρησιμοποιήθηκαν μόνο χρήστες από ένα ιδιωτικό πρόγραμμα θεραπείας. Τα αποτελέσματα μπορεί να διαφέρουν σε άτομα με μεγαλύτερη οικονομική αστάθεια, από την άποψη της απασχόλησης, και επειδή μπορεί να έχουν λιγότερες δεξιότητες αντιμετώπισης ή μικρότερο κίνητρο για θεραπεία. Ένας δεύτερος περιορισμός για τις μετρήσεις της θεραπείας ενίσχυσης είναι ότι χρησιμοποιήθηκαν μόνο άτομα που είχαν ενταχθεί για θεραπεία αντί για δείγματα από την κοινότητα και ήταν μόνο άτομα από πλαίσιο εντατικής και μη εντατικής θεραπείας σε πλαίσιο εξωτερικής παρακολούθησης. Ο ισχυρός προσανατολισμός μάθησης του προγράμματος μπορεί να δυσκόλεψε τον εντοπισμό των διαφορών: για όλες τις μορφές θεραπείας η συχνότητα χρήσης κοκαΐνης ήταν 78% χαμηλότερη από ό,τι πριν τη θεραπεία 12 μήνες μετά. Τα αποτελέσματα αυτά δεν μπορούν να γενικευτούν σε άλλους χώρους ή πληθυσμούς. Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να αξιολογήσει τα αποτελέσματα της θεραπείας στους υπόλοιπους πληθυσμούς. Παρά τους περιορισμούς, τα αποτελέσματα για την αξία δύο συνεδριών θεραπείας ενίσχυσης της κινητοποίησης, νωρίς στη θεραπεία, για άτομα εξαρτημένα από την κοκαΐνη και για σύντομη ομαδική εκπαίδευση των γυναικών σε δεξιότητες αντιμετώπισης, ήταν υποσχόμενα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αυτή η έρευνα υποστηρίχθηκε μερικώς από την επιχορήγηση 2R01 DA04859 του National Institute on Drug Abuse, καθώς και από δύο επιχορηγήσεις για Επιστημονική Έρευνα (Research Career Scientist Awards) από το Department of Veterans Affairs. Οι συγγραφείς αναγνωρίζουν τη σημαντική συμβολή της Cheryl Eaton, MA για τις στατιστικές

αναλύσεις, του προσωπικού και της διοίκησης του Νοσοκομείου Butler (Butler Hospital in Providence), Rhode Island και των Stephen Rollnick, PhD και William Miller, PhD για τη βοήθειά τους στην προσαρμογή της προσέγγισης της κινητοποίησης για άτομα εξαρτημένα από την κοκαΐνη καθώς και τους χώρους θεραπείας των ατόμων αυτών. Ο Mark Myers, PhD βρίσκεται τώρα στο Department of Veterans Affairs και στο University of California, San Diego, CA. Η Suzy Gulliver, PhD είναι τώρα στο Department of Veterans Affairs, Boston, MA και στο Boston University. Ο Timothy Mueller, MD βρίσκεται τώρα στο Department of Veterans Affairs, Tucson, AZ.

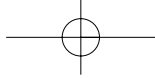
Βιβλιογραφία

- Anker, A. L. & Crowley, T. J. (1982) Use of contingency contracts in specialty clinics for cocaine abuse. In: Harris, L., ed. *Committee on the Problems of Drug Dependence 1981*, pp. 452–459. Research Monograph no. 41. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Ardila, A., Rosselli, M. & Strumwasser, S. (1991) Neuropsychological deficits in chronic cocaine abusers. *International Journal of Neuroscience*, 57, 73–79.
- Bien, T. H., Miller, W. R. & Borouhgs, J. M. (1993) Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347–356.
- Blanchard, K. A., Morgenstern, J., Morgan, T. J., Labouvie, E. & Bux, D. A. (2003) Motivational subtypes and continuous measures of readiness for change: concurrent and predictive validity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 56–65.
- Brown, J. M. & Miller, W. R. (1993) Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211–218.
- Budney, A. J., Higgins, S. T., Radonovich, K. J. & Novy, P. L. (2000) Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1051–1061.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003) The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843–861.
- Carroll, K. M., Nich, C. & Rounsaville, B. J. (1995a) Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 251–259.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. & Gawin, F. H. (1991) A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 229–247.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. & Gawin, F. (1995b) Integrating psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: results from a randomized clinical trial. In: Onken, L. S., Blaine, J. D. & Boren, J. J., eds. *Integrating Behavioral Therapies with Medications in the Treatment of Drug Dependence*, pp. 19–36. Research Monograph no. 150. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Childress, A. R., Hole, A. V., Ehrman, R. N., Robbins, S. J., McLellan, A. T. & O'Brien, C. P. (1993) Cue reactivity and cue reactivity interventions in drug dependence. In: Onken, L. S., Blaine, J. D. & Boren, J. J., eds. *Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence*, pp. 73–95. Research Monograph no. 137. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd edn. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connors, G. J., Walitzer, K. S. & Dermen, K. H. (2002) Preparing patients for alcoholism treatment: effects on treatment participation and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1161–1169.
- Curry, S. J., Grothaus, L. C. & McBride, C. (1997) Reasons for quitting: intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 22, 727–739.
- Davis, R. M., Baer, J. S., Saxon, A. J. & Kivlahan, D. R. (2003) Brief motivational feedback improves post-incarceration treatment contact among veterans with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 197–203.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991) A motivational approach to self: integration in personality. In: Dienstbier, R., ed. *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. 38. *Perspectives on Motivation*, pp. 237–288. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F. P. (2001) The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96, 1725–1742.
- Ehrman, R. N. & Robbins, S. J. (1994) Reliability and validity of six-month timeline reports of cocaine and heroin use in a methadone population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 843–850.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. (1995) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York.
- Hall, S. M., Havassy, B. E. & Wasserman, D. A. (1991) Commitment to abstinence, positive moods, stress, and coping on relapse to cocaine use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 526–532.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Wells, E. A. (1986) Measuring effects of a skills training intervention for drug abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 661–664.
- Higgins, S. T. & Budney, A. J. (1993) Treatment of cocaine dependence via the principles of behavior analysis and behavioural pharmacology. In: Onken, L. S., Blaine, J. D. & Boren, J. J., eds. *Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence*, pp. 97–121. Research Monograph no. 137. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Higgins, S. T. & Wong, C. J. (1998) Treating cocaine abuse: what does research tell us? In: Higgins, S. T. & Katz, J. L., eds. *Cocaine Abuse: Behavior, Pharmacology, and Clinical Applications*, pp. 343–361. New York: Academic Press.
- Higgins, S. T., Wong, C. J., Badger, G. J., Haug Ogden, D. E. & Dantona, R. L. (2000) Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 64–72.
- Holroyd, K. A. (1976) Cognition and desensitization in the group treatment of test anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 27, 455–456.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J. & © 2004 Society for the Study of Addiction *Addiction*, 99, 862–874 874 Damaris J. Rohsenow et al.

- Etheridge, R. M. (1997) Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 261–278.
- Klajner, F., Hartman, L. M. & Sobell, M. B. (1984) Treatment of substance abuse by relaxation training: a review of its rationale, efficacy and mechanisms. *Addictive Behaviors*, 9, 41–55.
- Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., Conigliaro, R. L. & Kelley, M. E. (2001) Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 605–614.
- McGahan, P. L., Griffith, J. A. & McLellan, A. T. (1986) *Composite Scores from the Addiction Severity Index*. Manual and Computer Software. Philadelphia, PA: Veterans Administration Press, PVAMC.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992) The 5th edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- Michalec, E. M., Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Varney, S. M., Martin, R. A., Dey, A. N., Myers, M. G. & Sirota, A. D. (1996) A cocaine negative consequences checklist: development and validation. *Journal of Substance Abuse*, 8, 181–193.
- Miller, W. R., Benefield, G. S. & Tonigan, J. S. (1993) Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455–461.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G. & Kregge, B. (1988) Motivational interviewing with problem drinkers. II. The drinker's checkup as a preventive intervention. *Behavioral Psychotherapy*, 16, 251–268.
- Miller, W. R., Yahne, C. E. & Tonigan, J. S. (2003) Motivational interviewing in drug services: a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754–763.
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., Woolard, R. H. & Lewander, W. J. (1999) Brief intervention for harm-reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989–994.
- Monti, P. M., Kadden, R., Rohsenow, D. J., Cooney, N. & Abrams, D. B. (2002) *Treating Alcohol Dependence: a Coping Skills Training Guide*, 2nd edn. New York: Guilford Press.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A. & Abrams, D. B. (1997) Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at 3 months. *Addiction*, 92, 1717–1728.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1991) *Risk Behavior Assessment*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- O'Malley, S., Adams, M., Heaton, R. K. & Gawin, F. H. (1992) Neuropsychological impairment in chronic cocaine abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18, 131–144.
- Onken, L. S., Blaine, J. D. & Boren, J. J. (1993) Behavioral treatments of drug abuse and dependence: progress, potential, and promise. In: Onken, L. S., Blaine, J. D. & Boren, J. J., eds. *Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence*, pp. 1–4. Research Monograph no. 137. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395.

- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D. & Rossi, S. R. (1994) Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39–46.
- Project MATCH Research Group (1998) Matching alcoholism treatments to patient heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 631–639.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Colby, S. M. & Martin, R. A. (2002) Brief interventions for smoking cessation in alcoholic smokers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 1950–1951.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Michalec, E. & Abrams, D. B. (2000) Brief coping skills treatment for cocaine abuse: 12-month substance use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 515–520.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A. & Abrams, D. B. (2001) Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes. *Addiction*, 96, 1161–1174.
- Rohsenow, D. J., Sirota, A. D., Martin, R. A. & Monti, P. M. (2004) The cocaine effects questionnaire for patient populations: development and psychometric properties. *Addictive Behaviors*, 29, 537–553.
- Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J. & MacEwan, I. (2001) A randomized controlled trial of Motivational Enhancement Therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 389–396.
- Smith, A. (1973) *Symbol Digit Modalities Test*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1980) Convergent validity: An approach to increasing confidence in treatment outcome conclusions with alcohol and drug abusers. In: Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Ward, E., eds. *Evaluating Alcohol and Drug Abuse Treatment Effectiveness: Recent Advances*, pp. 177–183. New York: Pergamon Press.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1986) Can we do without alcohol abusers' self-reports? *Behavior Therapist*, 7, 141–146.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A. & Curtin, L. (2000) Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 898–908.
- Stotts, A. L., Schmitz, J. M., Rhoades, H. M. & Grabowski, J. (2001) Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 858–862.
- Washton, A. M., Gold, M. S. & Pottash, A. C. (1986) Treatment outcome in cocaine abusers. In: Harris, L., ed. *Problems of Drug Dependence*, pp. 263–270. NIDA Research Monograph Series, no. 67. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Wechsler, D. (1945) A standardized memory scale for clinical use. *Journal of Psychology*, 19, 87–95.
- Wechsler, D. (1981) *Wechsler Intelligence Scale for Adults – Revised*. New York: Psychological Corp.
- Wells, E. A., Peterson, P. L., Gainey, R. R., Hawkins, D. J. & Catalano, R. F. (1994) Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and Twelve-Step approaches. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 1–17.



Εξαρτήσεις, τεύχος 6, 2004

ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ 12-ΒΗΜΑΤΩΝ, Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΒΟΗΘΑΕΙ ΑΥΤΟΝ ΠΟΥ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ

SARAH E. ZEMORE, LEE ANN KASHUTAS and LYNDSEY N. AMMON

Μετάφραση ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΤΖΑΛΑ
Translation ALEXANDRA TZALA

Π ε ρ ί λ η ψ η

Στόχοι: Η αρχή της θεωρίας της αμοιβαίας βοήθειας υποστηρίζει ότι στις ομάδες αυτοί που βοηθούν άλλους βοηθούν τον εαυτό τους. Η παρούσα μελέτη εξετάζει εάν τα άτομα που κάνουν θεραπεία για προβλήματα χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών ωφελούνται προσφέροντας βοήθεια σε άλλους και με ποιον τρόπο αυτή η προσφορά βοήθειας σχετίζεται με την εμπλοκή τους στα 12-βήματα.

Σχεδιασμός: Μακροχρόνια θεραπευτικά αποτελέσματα.

Συμμετέχοντες: Ένα δείγμα 279 εξαρτημένων ατόμων από αλκοόλ ή/και ναρκωτικά (162 άνδρες, 117 γυναίκες) σε μια κοινότητα με διαφορετικές εθνότητες, συγκεντρώθηκε μέσω του τύπου ή μέσω παραπομπών από θεραπευτικές δομές από την περιοχή της Northern California Bay. Οι συμμετέχοντες εντάχθηκαν σε ένα από τα προγράμματα των τεσσάρων ημερών.

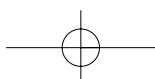
Μετρήσεις: Ένα ερωτηματολόγιο ελέγχου της παροχής βοήθειας μέτρησε το χρόνο που ανάλωσαν οι συμμετέχοντες στη διάρκεια της θεραπείας, προσφέροντας βοήθεια σε άλλους με το μοίρασμα εμπειριών, εξηγώντας πώς να λάβουν βοήθεια και προσφέροντας συμβουλές για την εξεύρεση κατοικίας ή εργασίας. Οι μετρήσεις για την εμπλοκή στα 12-βήματα και για τα αποτελέσματα της χρήσης ουσιών διεξήχθησαν στην αρχή και στην έρευνα follow-up έπειτα από 6 μήνες.

Ευρήματα: Η προσφορά βοήθειας και η εμπλοκή στα 12-βήματα αναδύθηκαν ως σημαντικοί και συσχετιζόμενοι παράγοντες πρόβλεψης των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Στο γενικό δείγμα, η αποχή στο follow-up ήταν δυνατόν να προβλεφθεί με σαφήνεια από την εμπλοκή στα 12 βήματα στο follow-up αλλά όχι από την παροχή βοήθειας στη διάρκεια της θεραπείας. Παρ' όλα αυτά, η προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας στα άτομα που συνέχιζαν να πίνουν κατά τη διάρκεια του follow-up, προέβλεπε μικρότερη πιθανότητα υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, ενώ οι επιδράσεις για την εμπλοκή στα 12-βήματα ήταν σαφείς.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα υποστηρίζουν την αρχή της θεωρίας της αμοιβαίας βοήθειας και αποσαφηνίζουν τη διαδικασία των ομάδων των 12-βημάτων.

Λέξεις-κλειδιά: Ομάδες 12- βημάτων, Ανώνυμοι Αλκοολικοί, προσφορά βοήθειας, θεραπευτικό αποτέλεσμα.

1. Τίτλος πρωτοτύπου: "In Twelve-step Groups, Helping Helps the Helper" *Addiction*, Volume 99, Number 8, August 2004
2. Διεύθυνση Αλληλογραφίας: Sarah E. Zemore, Alcohol Research Group, 2000 Hearst Avenue, Suite 300, Berkeley, CA 94709-2176, USA, E-mail: szemore@arg.org



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ομάδες 12-βημάτων, όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (ΑΑ), οι Ανώνυμοι Κοκαΐνομανείς (CA), και οι Ανώνυμοι Ναρκομανείς (NA) πιστεύουν ότι η θεραπεία είναι δυνατή με την προσφορά βοήθειας σε άλλους. Η βιβλιογραφία των ομάδων των 12-βημάτων ενισχύει ρητά την προσφορά βοήθειας ως μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας, σημείο που ενισχύεται ιδιαίτερα από το δωδέκατο βήμα των ΑΑ: «έχοντας φτάσει στην πνευματική αφύπνιση ως αποτέλεσμα αυτών των βημάτων, προσπαθήσαμε να μεταφέρουμε αυτό το μήνυμα και σε άλλους αλκοολικούς, και να εφαρμόσουμε αυτές τις αρχές σε όλες μας τις σχέσεις» (Alcoholics Anonymous World Service 1991). Η προσφορά βοήθειας είναι επίσης ένα συστατικό των ομάδων 12-βημάτων: Η προσφορά βοήθειας ενισχύει τη σχέση «μέλους-αδελφού» και μπορεί να ενισχύσει το δεσμό της ομάδας και την επικοινωνία. Ωστόσο, η ερευνητική δουλειά, που αναφέρεται στις σχέσεις που αναπτύσσονται κατά την προσφορά βοήθειας στις ομάδες των 12-βημάτων και στην απεξάρτηση από ουσίες, είναι περιορισμένη. Το παρόν άρθρο βοηθάει στην κάλυψη του κενού αυτού διερευνώντας το ρόλο που έχει η προσφορά βοήθειας ανάμεσα σε ένα διαχρονικό δείγμα εξαρτημένων ατόμων.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΑ ΔΩΔΕΚΑ-ΒΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

Από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση βγαίνει το συμπέρασμα ότι η συμμετοχή σε ομάδες 12-βημάτων μπορεί να αυξήσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα σε προβληματικούς πότες (Emrick et al. 1993; Tonigan et al. 1996; McIntire 2000). Επίσης, η μεγαλύτερη εμπλοκή έχει συνδεθεί με καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ (Emrick et al. 1993). Παρομοίως, έρευνα στους Ανώνυμους Ναρκομανείς υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης (Alfond et al. 1991; Johnsen & Herringer 1993; Christo & Franey 1995; Toumboutou et al. 2003). Παρ' όλο που οι ερευνητές έχουν ασκήσει κριτική στις μεθοδολογικές βάσεις των ερευνών των 12-βημάτων (Emrick et al. 1993; Kownacki & Shadish 1999), ωστόσο, ακόμα και οι αυστηρά μεθοδολογικές μελέτες έχουν καταλήξει σε παρόμοια συμπεράσματα (Emrick et al. 1993; Kownacki & Shadish 1999). Το πρόγραμμα MATCH, σε μια κλινική δοκιμή η οποία εξέτασε τα αποτελέσματα της σχέσης του ατόμου με τη θεραπεία, ανέφερε θετικές, αν και μετριοπαθείς συσχετίσεις ανάμεσα στη συμμετοχή στις ομάδες των 12-βημάτων και στα ποσοστά αποχής τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και στη φάση του follow-up μετά από 12 μήνες (Tonigan 2001). Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της μετά-ανάλυσης του Emrick et al. (1993) για θετικές, μέτριες συσχετίσεις μεταξύ της συμμετοχής στις ομάδες των ΑΑ και στη χρήση αλκοόλ. Οι αλλαγές στα κοινωνικά δίκτυα (Humphreys & Noke 1997; Longabaugh et al. 1998; Kaskutas et al. 2002), οι στρατηγικές αντιμετώπισης (Humphreys et al. 1999) ή/και η συνολική ψυχολογική λειτουργία (Humphreys et al. 1997) μπορεί να εξηγήσουν τέτοιου είδους θετικές συσχετίσεις.

Παρά το προφανές όφελος της συμμετοχής στις ομάδες των 12-βημάτων υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι τα περισσότερα άτομα που ζητούν θεραπεία για προβλήματα σχετικά με τις εξαρτήσεις, είτε δεν αρχίζουν ποτέ, είτε αποτυγχάνουν να παρακολουθήσουν τακτικά την ομάδα στη διάρκεια της θεραπείας (Tonigan 2003). Συνεπώς, οι ερευνητές προσπαθούν να εντοπίσουν κάποια καθοριστικά χαρακτηριστικά των ομά-

δων των 12-βημάτων με μικρή επιτυχία. Παρ' όλο που οι έρευνες των ΑΑ δείχνουν ότι τα μέλη της ομάδας είναι κυρίως λευκοί (86%) και άνδρες (67%) (Alcoholics Anonymous 1997), το φύλο, η φυλή και οι δημογραφικοί παράγοντες έχουν ασαφή ρόλο, εαν έχουν κάποιον, στην πρόβλεψη της εμπλοκής των ατόμων που έχουν προβλήματα αλκοολισμού στη θεραπεία (Emrick et al. 1993). Παρομοίως, η έρευνα έχει αναδείξει ελάχιστους ισχυρούς ψυχολογικούς παράγοντες πρόβλεψης της ένταξης σε θεραπεία. Στις εξαιρέσεις περιλαμβάνεται η σοβαρότητα του προβλήματος (Humphreys et al. 1991; Emrick et al. 1993; Humphreys et al. 1998b; Brown et al. 1991; Connors et al. 2001), και η πνευματικότητα (Fitcher 1982; Winzelberg & Humphreys 1999; Fiorentine & Hillhouse 2000; Tonigan et al. 2001b) που συσχετίζεται θετικά με την πρόβλεψη της ένταξης σε θεραπεία.

Οι στάσεις και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την προσφορά βοήθειας, παρ' όλο που δεν έχουν μελετηθεί αρκετά μπορεί να έχουν διαφορετικούς ρόλους σε σχέση με τις ομάδες των 12-βημάτων. Ο προσανατολισμός προς την προσφορά βοήθειας θα μπορούσε να δράσει ως επιρροή ή ως συνέπεια της εμπλοκής στα 12-βήματα. Η προσφορά βοήθειας θα μπορούσε επίσης να διευκολύνει ή να μετριάσει το ρόλο της εμπλοκής στα αποτελέσματα της χρήσης ουσιών. Ανεξάρτητα από τη σχέση της ένταξης στις ομάδες των 12-βημάτων, οι ενδείξεις υποδεικνύουν ότι η προσφορά βοήθειας αποτελεί σημαντική πηγή δύναμης για την ανάκαμψη.

Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΑΝΑΚΑΜΨΗ

Ο Frank Riessman, ερευνητής των ομάδων αμοιβαίας βοήθειας, πρότεινε ότι αρχή της αμοιβαίας βοήθειας (Riessman 1965, 1976) είναι ότι αυτοί που προσφέρουν βοήθεια σε άλλους εμμέσως βοηθούν τον εαυτό τους. Κατά την άποψη του Riessman, η προσφορά βοήθειας ωφελεί αυτόν που την προσφέρει γιατί αυξάνει τη δέσμευσή του ως προς τη θεραπεία, την αντίληψη της αξίας του για τους άλλους, τον κοινωνικό του ρόλο και την αίσθηση της ανεξαρτησίας του. Πράγματι, έρευνες στον γενικό πληθυσμό έχουν επανειλημμένως δείξει θετικούς συσχετισμούς ανάμεσα στην προσφορά βοήθειας και στην ψυχική υγεία (π.χ. λιγότερη κατάθλιψη και μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, Piliavin 2003).

Οι ιδέες του Riessman συμπίπτουν με τη θεωρία που άσκησε μεγάλη επιρροή ως προς τις διαδικασίες αλλαγής στην ομαδική θεραπεία (Yalom 1970, 1975). Ο Yalom καταγράφει τον αλτρουισμό, την αίσθηση του να προσφέρεις βοήθεια σε μέλη της ομάδας, μέσω του μοιράσματος και της προσφοράς, ως έναν από τους 12-θεραπευτικούς παράγοντες. Υποστηρίζοντας την κεντρική ιδέα αυτού του παράγοντα, οι Emrick, Lassen & Edwards (1977), κάνοντας ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των ΑΑ στις έμμεσες ή άμεσες αναφορές των παραγόντων του Yalom, βρήκαν ότι ο αλτρουισμός ήταν ο παράγοντας με τις περισσότερες παραπομπές.

Αυτές οι ποσοτικές μελέτες έχουν συνδέσει την προσφορά βοήθειας με τα αποτελέσματα της ομαδικής θεραπείας. Οι Schiff & Bargal (2000), μελετώντας 11 ομάδες αμοιβαίας βοήθειας (πχ. Ανώνυμους Υπέρβαρους, Ανώνυμους Οφειλέτες και Ομάδες Ομοφυλοφίλων) βρήκαν ότι η ανταλλαγή βιωματικών γνώσεων συσχετιζόταν με την υποκειμενικά καλύτερη ποιότητα ζωής και την ομαδική ικανοποίηση. Ο Maton (1988), παίρνοντας δείγματα από τρεις ομάδες (π.χ. Ανώνυμοι Υπέρβαροι, Ομάδα Σκλήρυνσης κατά Πλά-

κας και οι Σπλαχνικοί Φίλοι, μια ομάδα για πενθούντες), ανέφερε ότι η προσφορά υποστήριξης μπορούσε να προβλέψει λιγότερη κατάθλιψη, υψηλότερη αυτοεκτίμηση και μεγαλύτερη ομαδική ικανοποίηση. Η τρίτη, μια αυστηρή μεθοδολογικά μελέτη ομάδας ατόμων με νοητικά προβλήματα, ανέφερε ότι όσο περισσότερες ήταν οι περιπτώσεις όπου παρατηρήθηκε προσφορά βοήθειας τόσο περισσότερο ανεπτυγμένη ήταν η ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Roberts et al 1999). Ωστόσο, καμία έρευνα δεν έχει μελετήσει την προσφορά βοήθειας ανάμεσα σε εξαρτημένα άτομα.

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ

Η παρούσα μελέτη εξετάζει τρεις υποθέσεις που συσχετίζουν την εμπλοκή στις ομάδες των 12-βημάτων, την ανταλλαγή προσφοράς βοήθειας και τα θεραπευτικά αποτελέσματα:

1. Μεγαλύτερη εμπλοκή στα 12-βήματα πριν τη θεραπεία (όπως μετρήθηκε στο σημείο έναρξης) θα προβλέψει μεγαλύτερη προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Οι ομάδες δώδεκα-βημάτων ενθαρρύνουν τα μέλη να βοηθήσουν τον εαυτό τους προσφέροντας βοήθεια σε άλλους, να μοιραστούν εμπειρίες, να ακούσουν ιστορίες, να φτιάξουν καφέδες σε συναντήσεις κτλ. Συνεπώς, η εμπλοκή στα 12-βήματα πριν τη θεραπεία θα πρέπει να εξοικειώσει τα άτομα στην προσφορά βοήθειας, αυξάνοντας τη βοήθεια κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
2. Περισσότερη προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας προβλέπει μεγαλύτερη εμπλοκή στα 12-βήματα κατά τη διάρκεια της συνεχιζόμενης έρευνας. Όπως ακριβώς η εμπλοκή στα 12-βήματα πριν τη θεραπεία πρέπει να εξοικειώνει τα άτομα στην προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρέπει να προετοιμάζει τα άτομα να βοηθήσουν άλλα μέλη των ομάδων των 12-βημάτων, διευκολύνοντας τη μετάβαση στην κουλτούρα των ομάδων των 12-βημάτων.
3. Περισσότερη προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μεγαλύτερη εμπλοκή στις ομάδες των 12-βημάτων προβλέπει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα κατά τη διάρκεια της συνεχιζόμενης έρευνας. Θα έπρεπε η προσφορά βοήθειας και η εμπλοκή στις ομάδες των 12-βημάτων, βασιζόμενη σε προηγούμενη ανασκόπηση, να επηρεάσει τα αποτελέσματα της θεραπείας θετικά (περιλαμβανόμενης της αποχής και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ).

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Συλλέχθηκε ένα δείγμα (n=279) εξαρτημένων ατόμων, ή ατόμων από την κοινότητα μεταξύ του Μαΐου του 1998 και του Δεκεμβρίου του 2000 από την περιοχή της Northern California Bay. Η συλλογή των στοιχείων, βάσει του πρωτοκόλλου, ήταν εντατική, συγκεντρώνοντας τους συμμετέχοντες μέσω τηλεοπτικών διαφημίσεων (35%), διαφημίσεων σε εφημερίδες και αφίσες (26%) και μέσω τοπικών προγραμμάτων απεξάρτησης (39%). Για να πάρουν μέρος στην έρευνα οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι από 18 ετών και άνω, με διάγνωση εξάρτησης από το αλκοόλ ή/και τις εξαρτησιογόνες ουσίες, χωρίς ιστορικό ψυχώσεων, με σταθερή κατοικία και με 72 ή παραπάνω ώρες

αποχής από τη χρήση. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για συμμετοχή σε μια τυχαία δοκιμή. Στις προϋποθέσεις για συμμετοχή προβλεπόταν ότι οι συμμετέχοντες δε θα συμμετείχαν σε θεραπεία (πέραν της αποτοξίνωσης) τις προηγούμενες 30 ημέρες. Η θεραπεία ήταν δωρεάν και περιελάμβανε τα έξοδα μετακίνησης. Οι εξετάσεις και οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν από προσωπικό έρευνας. Οι συμμετέχοντες έλαβαν \$85 για τη συμμετοχή τους.

Ένα σύνολο από 822 άτομα έδωσαν τηλεφωνική συνέντευξη. Από αυτούς οι 303 αποκλείστηκαν γιατί δεν είχαν ολοκληρώσει την αποτοξίνωση (69%), ή είχαν ψυχιατρικά προβλήματα, ή χρειάζονταν φροντίδα διαφορετικού τύπου (11%), ή βρίσκονταν σε θεραπεία κατά την περίοδο των 30 ημερών (9%) ή για άλλους λόγους (11%). Από τους υπόλοιπους 519, οι 302 παρουσιάστηκαν για την αρχική συνέντευξη. Δεν υπήρχαν διαφορές όσον αφορά στο φύλο, ωστόσο, οι μη λευκοί απουσίαζαν λίγο πιο συχνά από τους λευκούς ($p=0.02$). Οι συμμετέχοντες εντάχθηκαν τυχαία, από τους ερευνητές, σε ένα από τα τέσσερα θεραπευτικά προγράμματα. Το 92% των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσε την αρχική συνέντευξη έδωσε δεδομένα στη διάρκεια της συνεχιζόμενης έρευνας και περιλήφθηκε στην ανάλυση.

Το τελικό δείγμα (162 άνδρες, 117 γυναίκες) περιελάμβανε άτομα με διάγνωση τοξικοεξάρτησης (39%), εξάρτησης από αλκοόλ (27%) και εξάρτησης από αλκοόλ και εξαρτησιογόνες ουσίες (34%). Το 51% των συμμετεχόντων ήταν λευκοί, το 37% έγχρωμοι, το 9% ισπανικής καταγωγής, και το 3% άλλοι, από διάφορες ηλικιακές ομάδες (μέσος όρος=41, $SD=9.3$, εύρος=19-75) και με διαφορετικό εισόδημα (μέσος όρος=\$6718, $SD=$14.347$) παρ' όλο που το 5% δήλωσε πως κερδίζει λιγότερα από \$25.000 το χρόνο. Ο μέσος όρος της σοβαρότητας του προβλήματος ήταν υψηλός (πχ. ASI Σοβαρότητα Αλκοολισμού, μέσος όρος=0.39, $SD=0.33$ και ASI Σοβαρότητα Τοξικοεξάρτησης, μέσος όρος=0.15, $SD=0.12$). Οι περισσότεροι (72%) είχαν δεχτεί προηγούμενη θεραπεία για χρήση ουσιών και οι περισσότεροι (85%) δήλωσαν προηγούμενη συμμετοχή σε ομάδες 12-βημάτων.

ΧΩΡΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Οι χώροι μελέτης ήταν τρία προγράμματα για άνδρες και γυναίκες και ένα αποκλειστικά για γυναίκες. Όλοι οι χώροι παρείχαν ημερήσια θεραπεία προσαρμοσμένη στην κάθε ομάδα. Η προγραμματισμένη θεραπευτική διάρκεια εκτείνονταν από 3 μέχρι 6 εβδομάδες. Οι συμμετέχοντες έπαιρναν μέρος σε θεραπεία μικρότερου εύρους από το προγραμματισμένο (μέσος όρος 11.3 και 13.0, αντίστοιχα, $SE=-0.58$). Επιπλέον, το 22% ($n=60$) δεν πήρε μέρος σε θεραπευτικές συνεδρίες. Ωστόσο, η περίοδος παραμονής δε διέφερε ανάμεσα στα προγράμματα ($F(3,275)=0.64$, $P=0.59$).

Τα προγράμματα μελέτης διέφεραν κάπως στον προσανατολισμό της θεραπείας, αλλά όλα ενσωμάτωναν τη φιλοσοφία των 12-βημάτων και κάποιο προσωπικό στο στάδιο της επανεξέτασης. Ένα από αυτά στεγάζονταν σε νοσοκομείο ($N=128$) και αποτελούσε ένα υβριδικό μοντέλο που συνδύαζε την ιατρική επιστήμη και την εμπειρία του συμπεριφορισμού με τις αρχές των ομάδων των 12-βημάτων. Τρία ήταν τα προγράμματα σε κοινότητες, που περιελάμβαναν δύο για άνδρες και γυναίκες ($n=55$ $n=67$, αντίστοιχα) και ένα αποκλειστικά για γυναίκες ($n=29$). Σε αυτά τα προγράμματα δόθηκε έμ-

φαση στην εμπειρική μάθηση και στις αρχές των ομάδων των 12-βημάτων όσον αφορά στο περιεχόμενο του προγράμματος και στην οργάνωση, χωρίς ιατρικό προσωπικό και με πολλούς συμβούλους χωρίς πιστοποίηση.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν τις ερευνητικές μετρήσεις κατά τη διάρκεια τριών συνεντεύξεων. Οι πρώτες (σημείο έναρξης) συνεντεύξεις δόθηκαν κατά πρόσωπο, πριν τη θεραπεία. Η συνεχιζόμενη έρευνα έγινε με τηλεφωνικές συνεντεύξεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας (την τελευταία ημέρα της ατομικής θεραπείας ή το συντομότερο δυνατό μετά το τέλος της) και 6 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας.

ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

Συμμετοχή σε ομάδες των 12-βημάτων

Η συμμετοχή στις ομάδες των 12-βημάτων εξετάστηκε με βάση ένα ερωτηματολόγιο 8 ερωτήσεων. Σε έξι από τα ερωτήματα οι συμμετέχοντες επέλεξαν «ναι» ή «όχι» για να δηλώσουν τις εμπειρίες τους σε ομάδες όπως οι AA/NA/CA ή άλλα γεγονότα (π.χ. η έκκληση βοήθειας από ένα μέλος, η μελέτη της βιβλιογραφίας, η προσφορά κοινωνικής εργασίας και η εμπειρία πνευματικής αφύπνισης). Οι ερωτηθέντες δήλωναν επίσης εάν θεωρούσαν τον εαυτό τους μέλος και πόσες συνεδρίες είχαν παρακολουθήσει τον προηγούμενο χρόνο (μέτρηση σημείου έναρξης) ή τους 6 μήνες (6 μήνες κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα). Όλες οι απαντήσεις, εκτός από την ερώτηση για τη συμμετοχή σε συναντήσεις, χωρίστηκαν σε 0 (για το «όχι») και 1 (για το «ναι»). Οι απαντήσεις σχετικά με την ερώτηση για τις συναντήσεις χωρίστηκαν ανά τέταρτα και οι κατηγορίες ήταν 0,25, 0,50, 0,75 ή 1. Υπολογίστηκε ο μέσος όρος των ερωτήσεων για να δημιουργηθούν συνοπτικές βαθμολογίες από το 0 έως το 1. Προηγούμενη έρευνα με κλίμακα 9 ερωτήσεων υποστηρίζει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της κλίμακας (Humphreys et al. 1998a). Εδώ οι μετρήσεις του σημείου έναρξης και της συνεχιζόμενης έρευνας δείχνουν μεγάλη αξιοπιστία ($\alpha=0.82$ και για τα δύο).

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Εφτά ερωτήσεις εξέτασαν την προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας (βλέπε Πίνακα 1). Για καθεμία από αυτές, οι ερωτηθέντες δήλωσαν πόσο χρόνο είχαν αναλώσει την προηγούμενη ημέρα προσφέροντας βοήθεια σε άλλους που ήταν στη θεραπεία. Οι επιλογές περιλάμβαναν 0 λεπτά, 1-15 λεπτά, 16-30 λεπτά, 31-45 λεπτά, 46 λεπτά-1 ώρα και πάνω από 1 ώρα. Οι απαντήσεις καταχωρήθηκαν ως «0» (για την πρώτη κατηγορία), «1» (για τη δεύτερη κατηγορία) κτλ. Οι αναλύσεις της κλίμακας οδήγησαν στην απόρριψη δυο ερωτήσεων με χαμηλή μεταβλητότητα και μικρές συνολικά συσχετίσεις (π.χ. το μόιρασμα εμπειριών για την εύρεση εργασίας και η προσφορά συμβουλών που αφορούν την κατοικία).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΗΜΕΡΑ

	<i>% Χρόνος προσφοράς βοήθειας με αυτόν τον τρόπο</i>	<i>% 1-30 λεπτά προσφοράς βοήθειας με αυτόν τον τρόπο</i>	<i>% 31-60 λεπτά προσφοράς βοήθειας με αυτόν τον τρόπο</i>	<i>% Περισσότερη από μια ώρα προσφοράς βοήθειας με αυτόν τον τρόπο</i>
Προσφορά ηθικής υποστήριξης και ενθάρρυνσης	31	29	14	26
Μοίρασμα εμπειριών για το πώς μένεις καθαρός και νηφάλιος	41	32	14	13
Μοίρασμα εμπειριών για άλλα προβλήματα	42	35	13	10
Εξηγώντας πώς να πάρεις βοήθεια στο πρόγραμμα	61	25	8	6
Εξηγώντας πώς να πάρεις βοήθεια έξω από το πρόγραμμα	63	26	6	5
Μοίρασμα εμπειριών για την εύρεση εργασίας	71	20	4	5
Δίνοντας συμβουλές για το σπίτι	85	12	2	1

Το γεγονός αυτό περιορίσε την αρχική κλίμακα σε πέντε ερωτήσεις ($\alpha=0.73$). Οι βαθμολογίες δημιουργήθηκαν από το μέσο όρο των ερωτήσεων, με κλίμακα από το 0 έως το 5.

Τα αποτελέσματα της χρήσης ουσιών: Τα αποτελέσματα της θεραπείας, όπως μετρήθηκαν στους 6 μήνες της συνεχιζόμενης έρευνας, περιελάμβαναν: (i) 30 ημέρες αποχής από το αλκοόλ και άλλες ουσίες, και (ii) υπερβολική κατανάλωση. Για την εξέταση της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ οι ερωτώμενοι ανέφεραν τον αριθμό των ημερών, εάν υπήρξε, κατά τις οποίες κατανάλωσαν πέντε ή παραπάνω ποτά, στη διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών. Οι ερωτώμενοι που δήλωσαν ότι κατανάλωναν αλκοόλ, αλλά ποτέ περισσότερο από τέσσερα ποτά την ημέρα κατηγοριοποιήθηκαν ως «πότες μέτριας κατανάλωσης» και όσοι δήλωσαν ότι κατανάλωναν πέντε ή περισσότερα ημερησίως ως «πότες υπερβολικής κατανάλωσης».

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

Αρχική διάγνωση και σοβαρότητα προβλήματος

Οι ερευνητές έκαναν τις αρχικές διαγνώσεις για την εξάρτηση από το αλκοόλ ή/και τις ναρκωτικές ουσίες με τη χρήση του Quick-DIS (Bucholz et al. 1996). Η αρχική διάγνωση για τη σοβαρότητα του προβλήματος εξετάστηκε με τη χρήση του Δείκτη Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI). Το ASI είναι καθιερωμένος τρόπος μέτρησης της σοβαρότητας της εξάρτησης με μεγάλη εγκυρότητα και αξιοπιστία (McLellan et al. 1985a, 1985b). Τα ερωτήματα (8 για το αλκοόλ και 16 για τη σοβαρότητα της χρήσης ουσιών) επικεντρώνονται στη χρήση ουσιών, στα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση και στην υποκειμενική αξία της θεραπείας. Υπολογίστηκε ο μέσος όρος των απαντήσεων στις υπό-κλίμακες για τη δημιουργία σύνθετων βαθμολογιών από το 0 μέχρι το 1.

ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ

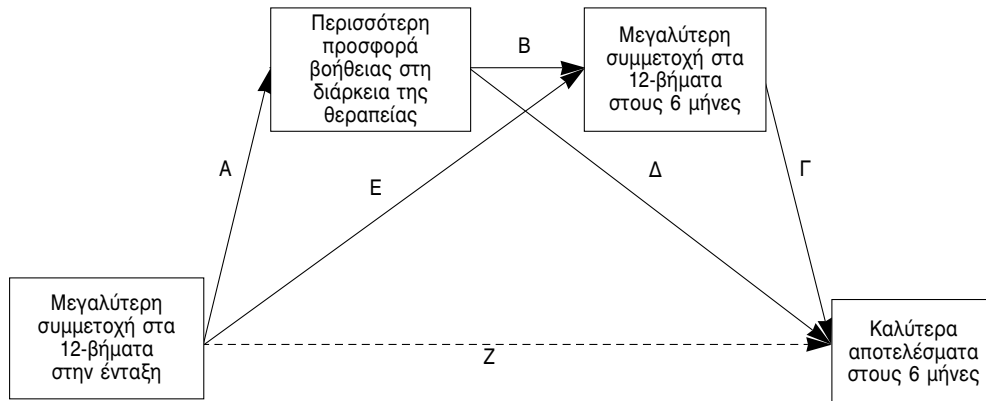
Οι μετρήσεις στο σημείο έναρξης περιελάμβαναν επίσης ένα εργαλείο πιθανής σύγχυσης, μια κλίμακα για τη μέτρηση των σταδίων της αλλαγής, το Τεστ Αξιολόγησης της Αλλαγής του Πανεπιστημίου του Rhode Island (University of Rhode Island Change Assessment, URICA) (McConaughy et al. 1989, Diclemente & Hughes 1990). Οι συνεντεύξεις περιελάμβαναν τρία ερωτήματα για κάθε υπό-κλίμακα (π.χ. προ-περίσκεψη, περίσκεψη, δράση, συντήρηση). Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν πόσο συμφωνούν σε μια κλίμακα από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) μέχρι το 5 (συμφωνώ απόλυτα).

Οι προκαταρκτικές αναλύσεις έδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (76-99%) επέλεξε μια από τις δυο απαντήσεις που είναι σε συμφωνία με την ετοιμότητα για αλλαγή, συμφωνία ή απόλυτη συμφωνία με τα ερωτήματα υπέρ της αλλαγής (π.χ. περίσκεψη, δράση, συντήρηση) και διαφωνία ή απόλυτη διαφωνία με τα ερωτήματα κατά της αλλαγής (π.χ. προ-περίσκεψη). Συνεπώς, οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν με την καταχώρηση ενός βαθμού για απαντήσεις που έδειχναν μια απόλυτη στάση υπέρ της αλλαγής («απόλυτα συμφωνώ» με τα ερωτήματα υπέρ της αλλαγής και «απόλυτα διαφωνώ» με τα ερωτήματα κατά της αλλαγής) και μηδέν βαθμούς για όλες τις άλλες απαντήσεις. Βασιζόμενη στην ανάλυση παραγόντων και σε συμφωνία με το Πρόγραμμα MATCH (DiClemente et al. 2001), η παρούσα μελέτη άθροισε τις βαθμολογίες αντιστρέφοντας τη βαθμολογία των ερωτημάτων της προ-περίσκεψης και υπολογίζοντας το μέσο όρο. Το αποτέλεσμα ήταν ένα ερωτηματολόγιο 12-ερωτήσεων με διακύμανση από το 0 μέχρι το 1 ($\alpha=0.83$).

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Οι μεταβλητές του προγράμματος περιελάμβαναν τον προσδιορισμό του προγράμματος (μια μεταβλητή κατηγοριοποίησης σε τέσσερα επίπεδα) και τον χρόνο παραμονής (συλλέχθηκε από τα αρχεία του προγράμματος). Επειδή ο χρόνος παραμονής δε διέφερε ανάμεσα στα προγράμματα (βλέπε χώρος μελέτης), στις αναλύσεις ενσωματώθηκε αυτή η μεταβλητή, χρησιμοποιήθηκαν αυτούσιες οι αριθμητικές αξίες και δεν προσαρμόστηκαν με ακρίβεια με βάση τον αναμενόμενο χρόνο παραμονής.

ΣΧΗΜΑ 1. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΜΟΝΤΕΛΟ



ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

Η βασική ανάλυση περιέλαβε ανάλυση διαδρομής με τη χρήση σταθμισμένων υπολογισμών least-squares για κατηγορίες μεταβλητών εφαρμοσμένες σε Mplus (Muthen & Muthen 1998). Οι προβλέψεις της έρευνας εξετάστηκαν με τη χρήση δυο μοντέλων. Το πρώτο, με τη χρήση ολόκληρου του δείγματος, εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στην εμπλοκή σε ομάδες 12-βημάτων, στην προσφορά βοήθειας και στην αποχή από το αλκοόλ και τις ουσίες. Το δεύτερο, απομονώνοντας τους 110 συμμετέχοντες που εξακολουθούσαν να πίνουν κατά τη διάρκεια της συνεχιζόμενης έρευνας, εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στην εμπλοκή σε ομάδες 12-βημάτων, στην προσφορά βοήθειας και στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Οι τυπικοί συσχετισμοί και οι παλινδρομήσεις συμπλήρωσαν αυτές τις αναλύσεις.

Η γενική ιδέα του μοντέλου, ίδια για όλες τις αναλύσεις, διαφαίνεται στο σχήμα 1. Το μονοπάτι A προέρχεται από την Υπόθεση 1, δείχνοντας ότι το σημείο έναρξης για την εμπλοκή σε ομάδες των 12-βημάτων επιδρά στην προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Το μονοπάτι B, προέρχεται από την Υπόθεση 2, προτείνοντας ότι η προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας επιδρά στην εμπλοκή σε ομάδες 12-βημάτων κατά τη διάρκεια της συνεχιζόμενης έρευνας. Η Υπόθεση 2 αναφέρει συγκεκριμένα τα αποτελέσματα της χρήσης ουσιών από την προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας και από την εμπλοκή σε ομάδες 12-βημάτων κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα-γεγονός που οδηγεί στα μονοπάτια Γ και Δ. Το μονοπάτι E προέρχεται από προηγούμενη έρευνα δείχνοντας ότι η εμπλοκή σε ομάδες 12-βημάτων, κάποια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, προβλέπει την εμπλοκή σε ομάδες 12-βημάτων σε κάποια επόμενη χρονική στιγμή (Tonigan 2001). Το μονοπάτι Z δεν αναμενόταν να αποφέρει στατιστική σημαντικότητα καθώς προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι οι μετρήσεις της εμπλοκής σε ομάδες των 12-βημάτων καθιστούν αδύνατες τις προβλέψεις ως προς το αποτέλεσμα της θεραπείας (Miller et al. 1997; Tonigan et al. 2001a).

Όλες οι εξισώσεις που προέβλεπαν τα αποτελέσματα της θεραπείας περιελάμβαναν τις μετρήσεις του σημείο έναρξης (ASI) για τη σοβαρότητα του προβλήματος (π.χ. το μο-

ντέλο 1 έλεγγε το μέγεθος του προβλήματος της χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών κατά το σημείο έναρξης, το μοντέλο 2 το μέγεθος του προβλήματος της χρήσης του αλκοόλ κατά το σημείο έναρξης). Εισήχθησαν επιλεκτικά επιπρόσθετες μεταβλητές ελέγχου, καθώς η υπερφόρτωση του μοντέλου θα απειλούσε την αξιοπιστία των παραμέτρων που θα προέκυπταν από τους υπολογισμούς. Για την αναγνώριση σημαντικών ελεγχόμενων μεταβλητών, διερευνητικές αναλύσεις (π.χ. συσχετισμοί, t-τεστ, αναλύσεις μεταβλητότητας και χ^2) εξέτασαν τις σχέσεις μεταξύ όλων των δευτερεύοντων μεταβλητών (π.χ. φύλο, φυλή, ηλικία, εισόδημα, αρχική διάγνωση, κινητοποίηση για αλλαγή, ο προσδιορισμός του προγράμματος, και χρόνος παραμονής) και όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών. Όλες οι δευτερεύουσες μεταβλητές που φανέρωσαν σημαντικές συνδέσεις με συγκεκριμένες εξαρτημένες μεταβλητές συμπεριλήφθηκαν στις εξισώσεις που προέβλεπαν αυτήν τη μεταβλητή. Έτσι, οι εξισώσεις και στα δύο μοντέλα περιελάμβαναν την κινητοποίηση για αλλαγή (για την πρόβλεψη της προσφοράς βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας), τον προσδιορισμό του προγράμματος (επίσης για την πρόβλεψη της προσφοράς κατά τη διάρκεια της θεραπείας) και τον χρόνο παραμονής (για την πρόβλεψη της προσφοράς βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας), την εμπλοκή σε ομάδες 12-βημάτων κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα και την αποχή κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα. Το μοντέλο 2 επίσης περιελάμβανε την αρχική διάγνωση (για την πρόβλεψη της υπερβολικής κατανάλωσης) και τη φυλή (για την πρόβλεψη της εμπλοκής σε ομάδες 12-βημάτων κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Και τα δύο μοντέλα σύμφωνα με τους δείκτες αποδείχθηκαν κατάλληλα (Bentler & Bonett 1980). Επιπλέον, εξήγησαν ένα σημαντικό μέρος των αντιθέσεων στα αποτελέσματα της θεραπείας, στην εμπλοκή σε ομάδες 12-βημάτων για 6 μήνες και στην προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας (βλέπε Πίνακα 2).

Τα σχήματα 2 και 3 αναπαριστούν υπολογιστικές παραμέτρους και επίπεδα σημαντικότητας για τα υποτιθέμενα μονοπάτια. Το σχήμα 3 (που αντιπροσωπεύει την ανάλυση της υπερβολικής κατανάλωσης) παρουσιάζει δυο ομάδες υπολογισμών που αντιστοιχούν σε: (i) όλους τους συμμετέχοντες που εξακολουθούν να πίνουν στην συνεχιζόμενη έρευνα, και (ii) μόνο τους συμμετέχοντες με αρχική διάγνωση αλκοολισμού. Τα τελευταία αποτελέσματα (στις παρενθέσεις) πηγάζουν από δευτερεύουσες αναλύσεις που περιλαμβάνονται στη συζήτηση.

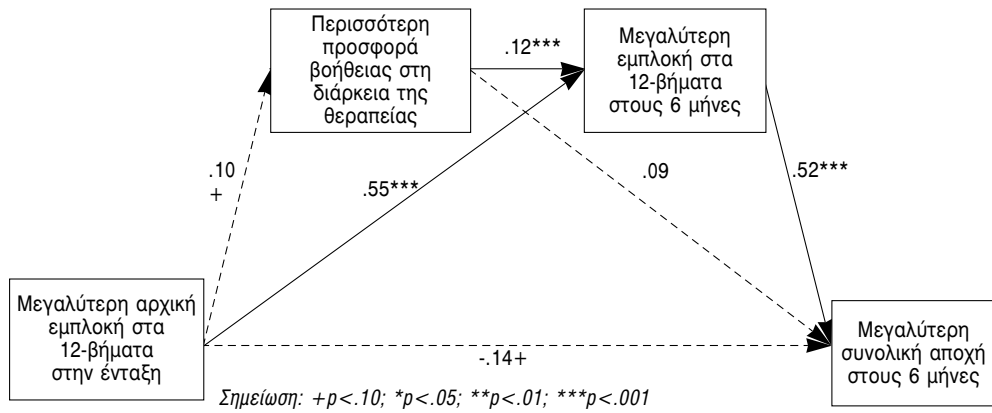
Για να εξακριβώσουμε ότι τα αποτελέσματα που προήλθαν από το βασικό μονοπάτι των αναλύσεων δεν προέκυψαν από ιδιαιτερότητες της ανάλυσης, εφαρμόστηκε η κλασική παλινδρόμηση. Έξι παλινδρομήσεις προέβλεψαν την πρόσφορα βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας, την εμπλοκή σε ομάδες 12-βημάτων κατά την συνεχιζόμενη έρευνα και θεραπευτικά αποτελέσματα στο γενικό δείγμα και ανάμεσα στους πότες κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα. Καθεμία από τις εξισώσεις ενσωμάτωσε τις ίδιες ανεξάρτητες μεταβλητές με αυτές της πρώτης διαδρομικής ανάλυσης. Για παράδειγμα, ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό, η εμπλοκή σε ομάδες των 12-βημάτων κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα προβλέφθηκε από την αρχική εμπλοκή, την προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας και το χρόνο παραμονής. Σε όλες τις περιπτώσεις, η μορφή των αποτελεσμάτων επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα των διαδρομικών αναλύσεων.

84 Εξαρτήσεις

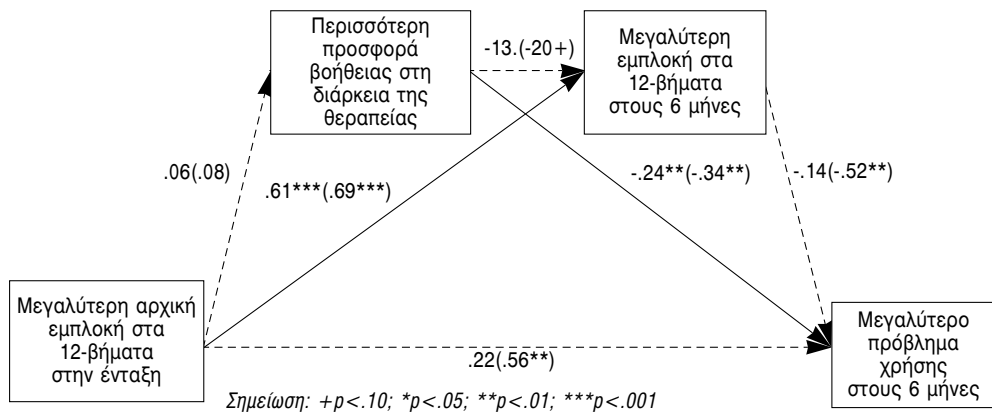
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΣΧΕΣΗ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ

	χ^2 Σημαντικότητα (d.f.n)	CFI	RMSEA	Πολλαπλό R ² . Αποτέλεσμα θεραπείας	Πολλαπλό R ² . Προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια θεραπείας	Πολλαπλό R ² . Προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια θεραπείας
Μοντέλο 1. απόλυτη αποχή	11.2ns (10.278)	0.99	0.02	0.30	0.27	0.27
Μοντέλο 2. υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ	5.3ns (10.106)	1.00	0.00	0.36	0.25	0.25

ΣΧΗΜΑ 2. ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΑΠΟΧΗΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ



ΣΧΗΜΑ 3 ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΝΑΝ ΣΤΟ FOLLOW UP



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Υπόθεση 1

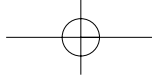
Τα δεδομένα δεν υποστηρίζουν τις υποθέσεις, παρ' όλο που μερικώς υποστηρίζονται άλλες προβλέψεις. Η αρχική συμμετοχή σε ομάδες των 12-βημάτων δεν προβλέπει την προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας σε οποιοδήποτε μοντέλο. Η διαφορά ανάμεσα στις αρχικές μετρήσεις της εμπλοκής (που κάλυψαν ολόκληρο τον προηγούμενο χρόνο) και της προσφοράς βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μπορεί να βοηθήσει στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Μια άλλη πιθανότητα είναι ότι, παρ' όλο που οι ομάδες των 12-βημάτων ενθαρρύνουν γενικά την προσφορά βοήθειας, το παρόν δείγμα δεν ανταποκρίθηκε θετικά στην αρχική συμμετοχή, και έτσι δεν υιοθέτησε τις πράξεις των 12-βημάτων όπως είχαν κάνει άλλοι. Το γεγονός ότι το δείγμα ζήτησε επιπλέον θεραπεία δείχνει ότι, πράγματι, δεν είχαν συνολικά οφέλη από την συμμετοχή τους. Μια τρίτη ερμηνεία είναι ότι τα άτομα απλώς απέτυχαν στη μεταφορά της προσφοράς βοήθειας που έμαθαν στις ομάδες των 12-βημάτων στην κύρια φάση θεραπείας.

Υπόθεση 2

Τα δεδομένα υποστηρίζουν ικανοποιητικά την υπόθεση 2. Τα αποτελέσματα του μοντέλου 1 δείχνουν ότι, μέσα στο γενικό δείγμα και δεδομένης της αρχικής συμμετοχής στις ομάδες των 12-βημάτων, η προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας προέβλεψε θετικά και σημαντικά την συμμετοχή στις ομάδες των 12-βημάτων κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα. Αυτή η σύνδεση δεν προκύπτει όταν συμπεριληφθούν ερωτήσεις που σχετίζονται με δείκτες για τη μέτρηση της συμμετοχής στις ομάδες των 12-βημάτων: έπειτα από νέο υπολογισμό της κλίμακας, αφού αποκλείσαμε την κοινοτική εργασία, η προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας εξακολουθούσε να σχετίζεται σημαντικά με την εμπλοκή στις ομάδες των 12-βημάτων. Η εμπλοκή συσχετίστηκε μέτρια με το μοίρασμα εμπειριών για το πώς να μείνεις καθαρός και νηφάλιος ($r=0.24$), το μοίρασμα εμπειριών πάνω σε άλλα προβλήματα ($r=0.18$) και την προσφορά ηθικής στήριξης και συμπαράστασης ($r=0.18$). Οι συνδέσεις ήταν κάπως πιο αδύναμες για να εξηγήσουμε πως λαμβάνεις βοήθεια εκτός προγράμματος ($r=0.14$) και πως λαμβάνεις βοήθεια εντός προγράμματος ($r=0.11$).

Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν προηγούμενη έρευνα για τους ψυχολογικούς παράγοντες πρόβλεψης της συμμετοχής στις ομάδες των 12-βημάτων (Fichter 1982; Winzelberg & Humphreys 1999; Fiorentine & Hillhouse 2000; Tonigan et al. 2001b) και προτείνουν ότι η προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας μπορεί να προετοιμάσει τα άτομα για αμοιβαίο μοίρασμα, κατανόηση και αποδοχή της φιλοσοφίας των 12-βημάτων και για κατάλληλη ανταπόκριση στις κοινωνικές απαιτήσεις, διευκολύνοντας την ενσωμάτωση μέσα στις ομάδες των 12-βημάτων. Μέχρι στιγμής, καθώς οι θεραπευτικοί στόχοι περιλαμβάνουν την εμπλοκή των πελατών σε μακρόχρονα υποστηρικτικά προγράμματα όπως οι AA και οι NA, τα προγράμματα μπορούν να προωθήσουν της προσφοράς βοήθειας ως βασικό μέρος της θεραπείας.

Εν τω μεταξύ, δεν γενικεύτηκαν τα αποτελέσματα του μοντέλου 1 για την Υπόθεση 2 στο υπόσυνολο των συμμετεχόντων που εξακολουθούσαν να πίνουν κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα. Σχετικά με τα άτομα που παρέμειναν σε αποχή, τα άτομα που εξακολουθού-



σαν να πίνουν κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα δήλωσαν μικρά αλλά όχι μη σημαντικά επίπεδα προσφοράς βοήθειας και εμπλοκής σε ομάδες των 12-βημάτων (π.χ. το 65% των ατόμων που συνέχισαν να πίνουν δήλωσε ότι παρακολούθησε κάποιες συναντήσεις). Επιπλέον, ο αριθμός των ποτών σε αυτές τις μεταβλητές συσχετίστηκε με τη σχετικά μεγαλύτερη διακύμανση.

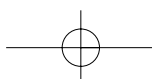
Αντιθέτως, αυτό το εύρημα δείχνει μια διαφορά ως προς το πώς τα άτομα που εξακολουθούν να πίνουν προσεγγίζουν τις ομάδες των 12-βημάτων. Τα άτομα που εξακολουθούν να πίνουν, παρότι παρακολουθούν τις συναντήσεις και διαβάζουν τη βιβλιογραφία, τείνουν να αποφεύγουν τις σχέσεις αλληλεξάρτησης, ανεξαρτήτως του αν δέχονται ή όχι το στόχο της αποχής, μπορεί να μη πιστεύουν ότι οι ίδιοι είναι ικανοί να συμπαρασταθούν σε αυτούς που πιστεύουν στην αποχή. Αν ισχύει αυτό, τότε η προσφορά βοήθειας θα έπρεπε να μη συνδέεται με τη μετέπειτα εμπλοκή. Παρ' όλο που τα δεδομένα υποστηρίζουν αυτήν την άποψη (π.χ. οι πότες που εξακολουθούσαν να καταναλώνουν αλκοόλ ανέφεραν αρκετά μικρότερη πιθανότητα στο να έχουν «μέλος-αδελφό» από τα άτομα που απέχουν από την κατανάλωση αλκοόλ με ποσοστό 15% και 51% αντίστοιχα, αλλά ανέφεραν σχετικά μεγάλο ποσοστό στη μελέτη της βιβλιογραφίας με ποσοστό 62% και 84% αντίστοιχα), η εξακρίβωση αυτών των υποθέσεων απαιτεί περαιτέρω έρευνα.

Υπόθεση 3

Τέλος, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την υπόθεση 3. Από τους υπολογισμούς φαίνεται ότι υπάρχουν αποτελέσματα για την προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας και την εμπλοκή σε ομάδες των 12-βημάτων στη συνεχιζόμενη έρευνα για τη θεραπευτική έκβαση, παρ' όλο που το πρότυπο των αποτελεσμάτων πάλι διαφοροποιείται ανάμεσα στα μοντέλα.

Το μοντέλο 1 φανέρωσε μια ισχυρή, θετική σχέση μεταξύ της εμπλοκής στα 12 βήματα πριν τη συνεχιζόμενη έρευνα και στην πιθανότητα για αποχή κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα. Ωστόσο, η προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας παρήγαγε μηδενικά αποτελέσματα. Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν πρωτύτερη έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εμπλοκής σε ομάδες των 12-βημάτων σε πληθυσμούς στο στάδιο της θεραπείας (Emrick et al. 1993; Tonigan et al. 1996; McIntire 2000; Tonigan 2001). Τα αποτελέσματα επίσης δείχνουν ότι, ανεξάρτητα από το εάν η προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας προσωρινά επηρεάζει την αποχή σε πληθυσμούς στο στάδιο της θεραπείας, αυτή η επιρροή αργότερα εκλείπει λόγω των αποτελεσμάτων της εμπλοκής σε ομάδες των 12 βημάτων. Επίσης, η προσφορά βοήθειας είχε σχετιστεί άμεσα με τα θεραπευτικά αποτελέσματα μέσω της επιρροής από τη εμπλοκή σε ομάδες των 12-βημάτων.

Αντίθετα, το μοντέλο 2 δεν είχε αποτέλεσμα στην εμπλοκή σε ομάδες των 12 βημάτων κατά τη διάρκεια της συνεχιζόμενης έρευνας, ενώ είχε μια αρνητικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη βοήθεια κατά τη διάρκεια θεραπείας και στην πιθανότητα για υπερβολική κατανάλωση κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα. Το αποτέλεσμα υποστηρίζεται από ανάλυση της διακύμανσης, φανερώνοντας ότι αναφορικά με την αποχή των ατόμων, τα άτομα με υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ανέφεραν λιγότερο ($P < 0.01$) χρόνο προσφοράς βοήθειας σε άλλους, ενώ οι μέτριοι πότες ανέφεραν ισοδύναμα ($P > 0.02$) επίπεδα



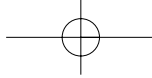
(αποχή, μέσος όρος =2.64, SE=0.11, μέτριοι πότες, μέσος όρος= 2.30, SE=0.19, πότες υπερβολικής κατανάλωσης, μέσος όρος=1.89, SE=0.13).

Αυτά τα μηδενικά αποτελέσματα για την εμπλοκή σε ομάδες των 12-βημάτων έρχονται σε αντίθεση με κάποιες έρευνες που δείχνουν ότι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μειώνει την εμπλοκή (Fiorentine 1999). Ίσως η διαστρέβλωση αυτής της σχέσης προήλθε μόνο από το συνυπολογισμό των ατόμων που ζήτησαν θεραπεία για την εξάρτηση από ουσίες. Παρόλο που τέτοιου είδους συμμετοχή μπορεί να μειώσει τη χρήση ουσιών ως αντίδραση της εμπλοκής, ωστόσο φαίνεται αμφισβητήσιμο ότι με τον ίδιο τρόπο πρέπει να μειώσουν την κατανάλωση αλκοόλ. Για να διερευνήσουμε αυτήν την πιθανότητα, εφαρμόσαμε ένα τρίτο μοντέλο αποκλείοντας αυτούς τους συμμετέχοντες (με n=69, βλέπε τους αριθμούς στις παρενθέσεις, Σχήμα 3). Σε αυτό το μοντέλο, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ κατά τη συνεχιζόμενη έρευνα σχετιζόταν πάλι με την προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας σε μια σχέση σημαντική και αρνητική ($\beta=-0.34$, $P<0.01$). Ωστόσο, το μονοπάτι μεταξύ της εμπλοκής σε ομάδες των 12-βημάτων και στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αποδείχθηκε επίσης σημαντικό ($\beta=-0.52$, $P<0.01$) σύμφωνα με την παραπάνω λογική.

Ο συσχετισμός της προσφοράς βοήθειας με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται να υποδηλώνει ότι ανάμεσα στα άτομα που εξακολουθούν να πίνουν, η βοήθεια από ομότιμους λειτουργεί θεραπευτικά και αυτό μπορεί να πηγάζει από την περιορισμένη αποτελεσματικότητα της τυπικής θεραπείας. Οι πότες στην έρευνα του follow-up έδειξαν, σε σχέση με τα άτομα που ήταν σε αποχή, ότι είχαν λιγότερο χρόνο στη θεραπεία αλλά αναμφισβήτητα μικρότερο όφελος από την παραμονή τους εκεί. Παρ' όλο που ο μεγαλύτερος χρόνος σε θεραπεία σχετιζόταν με υψηλότερα επίπεδα αποχής στο γενικό δείγμα, ο χρόνος παραμονής δεν είχε σχέση με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ανάμεσα στους πότες. Αυτά τα άτομα φαίνεται να στράφηκαν και να ωφελήθηκαν από τις άτυπες σχέσεις, όταν ήρθαν αντιμέτωποι με τη δημιουργία σχέσεων, την αυτό-εκτίμηση και τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Μελλοντική έρευνα μπορεί να καθορίσει γιατί τέτοια άτομα φαίνεται να ωφελούνται λιγότερο από την τυπική θεραπεία και ποιες διεργασίες εξηγούν τη σχέση ανάμεσα στην προσφορά βοήθειας και στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Δευτερεύοντα ευρήματα οδηγούν σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα για τους καθοριστικούς παράγοντες της βοήθειας. Ο Πίνακας 1 δείχνει τον υψηλό μέσο όρο για τη προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ταυτόχρονα, η βοήθεια ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με το πρόγραμμα, με άτομα από κοινοτικά προγράμματα να αναφέρουν λιγότερη βοήθεια σε σχέση με αυτά από νοσοκομειακά προγράμματα. Επειδή ο διαχωρισμός των ατόμων ήταν τυχαίος, αυτός ο συσχετισμός υποδηλώνει ότι τα προγράμματα επηρεάζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων ως προς την παροχή βοήθειας. Επιπλέον, η προσφορά βοήθειας συσχετίστηκε στενά με το χρόνο παραμονής στη θεραπεία ($r= 0.45$) και λιγότερο στενά αλλά σημαντικά με την κινητοποίηση για αλλαγή ($r= 0.13$). Αυτές οι σχέσεις μπορεί να υποδηλώνουν ότι η ετοιμότητα για θεραπεία δημιουργεί μεγαλύτερη προθυμία για προσφορά βοήθειας. Το αποτέλεσμα για την περίοδο παραμονής μπορεί να αντανakλά μια σχέση ανάμεσα στην παραμονή σε



θεραπευτικό πρόγραμμα και στις αυξημένες ευκαιρίες για βοήθεια. Ωστόσο, καμία από αυτές τις δευτερεύουσες μεταβλητές δεν εξηγεί τη σχέση ανάμεσα στην προσφορά βοήθειας και στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και στην εμπλοκή στα 12-βήματα. Μόνο ο χρόνος παραμονής συσχετίστηκε με αυτά τα αποτελέσματα, και αυτή η μεταβλητή περιλήφθηκε ως ελεγχόμενη μεταβλητή στα μοντέλα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η παρούσα έρευνα παρέχει μερική υποστήριξη στις τρεις υποθέσεις μας δείχνοντας ότι ανάμεσα σε αυτούς που ζητούν βοήθεια για την εξάρτηση από τις ουσίες, η βοήθεια κατά τη διάρκεια της θεραπείας και η συμμετοχή στα 12-βήματα επηρεάζουν σημαντικά τα αποτελέσματα της θεραπείας. Η βοήθεια φαίνεται να παίζει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ ανάμεσα σε άτομα που εξακολουθούν να πίνουν, παρά τη θεραπεία που δέχονται. Η βοήθεια κατά τη διάρκεια της θεραπείας φαίνεται να διευκολύνει την εμπλοκή σε μεταθεραπευτικές ομάδες των 12-βημάτων. Οι περιορισμοί της έρευνας περιλαμβάνουν το ερωτηματολόγιο για τη βοήθεια, το οποίο δεν είναι ευρέως σταθμισμένο, και το μικρό δείγμα, που αφορά την ανάλυση των ατόμων με υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Αυτοί οι περιορισμοί απαιτούν την επαλήθευση των αποτελεσμάτων. Μελλοντική έρευνα μπορεί επίσης να διερευνήσει τους μηχανισμούς δράσης που σχετίζονται με την επίδραση της παροχής βοήθειας στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αυτή η έρευνα επιχορηγήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Κατάχρησης Αλκοόλ και Αλκοολισμού (R01 AA11279). Οι συγγραφείς εκφράζουν τις ευχαριστίες τους στους Dr. Jason Bond, Dr Thomasina Borkman και Ms Jennifer Mertens για τα σχόλιά τους στα χειρόγραφα.

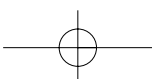
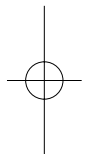
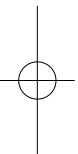
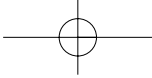
Βιβλιογραφία

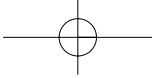
- Alcoholics Anonymous (1997) *Alcoholics Anonymous 1996 Membership Survey*. New York: Alcoholics Anonymous.
- Alcoholics Anonymous World Services (1991) *Twelve Steps and Twelve Traditions*. New York: Alcoholics Anonymous.
- Alford, G. S., Koehler, R. A. & Leonard, J. (1991) Alcoholics Anonymous-Narcotics Anonymous model inpatient treatment of chemically dependent adolescents: a 2= year outcome study. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 118-126.
- Bentler, P. M. & Bonett, D. G. (1980) Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.

- Brown, B. S., O'Grady, K. E., Farrell, E. V., Flechner, I. S. & Nurco, D. N. (2001) Factors associated with frequency of 12- step attendance by drug abuse clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 147-160.
- Bucholz, K. K., Marion, S. L., Shayka, J. J. & Marcus, S. C. (1996) A short computer interview for obtaining psychiatric diagnoses. *Psychiatric Services*, 47, 293-297.
- Christo, G. & Franey, C. (1995) Drug user's spiritual beliefs, locus of control and the disease concept in relation to narcotics anonymous attendance and six-month outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 38, 51-56.
- Connors, G. J., Tonigan, J. S. & Miller, W. R. (2001) Religiosity and responsiveness to alcoholism treatments. In: Longabaugh, R. & Wirtz, P. W., eds. *Project MATCH Hypotheses: Results and Causal Chain Analyses*, pp. 166-175. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J., Zweben, A., Morrel, T. & Lee, R. E. (2001) Motivation hypothesis causal chain analysis. In: Longabaugh, R. & Wirtz, P. W., eds. *Project MATCH Hypotheses: Results and Causal Chain Analyses*, pp. 206-222. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- DiClemente, C. C. & Hughes, S. O. (1990) Stages of change pro- files in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- Emrick, C. D., Lassen, C. L. & Edwards, M. T. (1977) Nonprofessional peers as therapeutic agents. In: Gurman, A. S. & Razin, A. M., eds. *Effective Psychotherapy: a Handbook of Research*, pp. 120-161. Elmsford, NY: Pergamon.
- Emrick, C. D., Tonigan, J. S., Montgomery, H. & Little, L. (1993) Alcoholics Anonymous: what is currently known? In: McCrady, B. S. & Miller, W. R, eds. *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives*, pp. 41-78. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Fichter, J. H. (1982) *Rehabilitation of Clergy Alcoholics: Ardent Spirits Subdued*. New York: Human Sciences Press.
- Fiorentine, R. (1999) After drug treatment: are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 93-116.
- Fiorentine, R. & Hillhouse, M. P. (2000) Exploring the additive effects of drug misuse treatment and twelve-step involvement: *In 12-step groups, helping helps the helper* 1023 © 2004 Society for the Study of Addiction *Addiction*, 99, 1015-1023 does twelve-step ideology matter? *Substance Use and Misuse*, 35, 367-397.
- Humphreys, K., Mavis, B. E. & Stöffelmayr, B. E. (1991) Factors predicting attendance at self-help groups after substance abuse treatment: preliminary findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 591-593.
- Humphreys, K., Moos, R. H. & Cohen, C. (1997) Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 231-238.
- Humphreys, K. & Noke, J. M. (1997) The influence of post treatment mutual help group participation on the friendship networks of substance abuse patients. *American Journal of Community Psychology*, 25, 1-16.
- Humphreys, K., Kaskutas, L. A. & Weisner, C. (1998a) The Alcoholics Anonymous Affiliation Scale: development, reliability and norms for diverse treated and untreated populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 974-978.

- Humphreys, K., Kaskutas, L. A. & Weisner, C. (1998b) The relationship of pre- treatment Alcoholics Anonymous affiliation with problem severity, social resources and treatment history. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 49, 123-131.
- Humphreys, K., Mankowski, E. S., Moos, R. H. & Finney, J. W. (1999) Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse? *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 54-60.
- Johnsen, E. & Herringer, L. G. (1993) A note on the utilization of common support activities and relapse following substance abuse treatment. *Journal of Psychology*, 127, 73-78.
- Kaskutas, L. A., Bond, J. & Humphreys, K. (2002) Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. *Addiction*, 97, 891-900.
- Kownacki, R. J. & Shadish, W. R. (1999) Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Substance Use and Misuse*, 34, 1897-1916.
- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zweben, A. & Stout, R. L. (1998) Network support for drinking: Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, 93, 1313-1333.
- Maton, K. I. (1988) Social support, organizational characteristics, psychological well-being and group appraisal in three self-help group populations. *American Journal of Community Psychology*, 16, 53-77.
- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1989) Stages of change in psychotherapy: a follow up report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26, 494-503.
- McIntire, D. (2000) How well does AA work? An analysis of published AA surveys (1968-96) and related analyses/comments. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 1- 18.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J. S. & Griffith, J. (1985a) *Guide to the Addiction Severity Index: Background, Administration and Field Testing Results*. Report no (ADM) 85-1419. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J. S., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. L. & O'Brien, C. P. (1985b) New data from the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412-423.
- Miller, N. S., Ninonuevo, F. G., Klamen, D. L., Hoffmann, N. G. & Smith, D. E. (1997) Integration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29, 239-248.
- Muthén, L. K. & Muthén, B. (1998) *MPlus User's Guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Piliavin, J. A. (2003) Doing well by doing good: benefits for the benefactor. In: Keyes, C. L. M. & Haidt, J., eds. *Flourishing, Positive Psychology and the Life Well-lived*, pp. 227-247. Washington, DC: American Psychological Association.
- Riessman, F. (1965) The 'helper therapy' principle. *Social Work*, 10, 27-32.
- Riessman, F. (1976) How does self-help work? *Social Policy*, 7, 41-45.
- Roberts, L. J., Salem, D., Rappaport, J., Toro, P. A., Luke, D. A. & Seidman, E. (1999) Giving and receiving help: interpersonal transactions in mutual-help meetings and psychosocial adjustment of members. *American Journal of Community Psychology*, 27, 841-867.
- Schiff, M. & Bargal, D. (2000) Helping characteristics of self-help and support groups. Their contribution to participants' subjective well-being. *Small Group Research*, 31, 275-304.

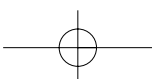
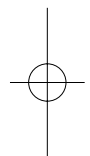
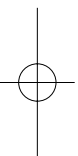
- Tonigan, J. S. (2001) Benefits of Alcoholics Anonymous attendance: replication of findings between clinical research sites in Project MATCH. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19, 67–78.
- Tonigan, J. S., Connors, G. J. & Miller (2003) Participation and involvement in Alcoholics Anonymous. In: Babor, T. & Del Boca, F. K., eds. *Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: the Results of Project MATCH*, pp. 184–204. New York: Cambridge University Press.
- Tonigan, J. S., Miller, W. R. & Connors, G. J. (2001a) Prior Alcoholics Anonymous involvement and treatment outcome. In: Longabaugh, R. & Wirtz, P. W., eds. *Project MATCH Hypotheses: Results and Causal Chain Analyses*, pp. 276–284. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Tonigan, J. S., Miller, W. R. & Connors, G. J. (2001b) The search for meaning in life as a predictor of alcoholism treatment outcome. In: Longabaugh, R. & Wirtz, P. W., eds. *Project MATCH Hypotheses: Results and Causal Chain Analyses*, pp. 154–165. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Tonigan, J. S., Toscova, R. & Miller, W. R. (1996) Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 65–72.
- Toumbourou, J. W., Hamilton, M., U'Ren, A., Steven-Jones, P. & Storey, G. (2002) Narcotics Anonymous participation and changes in substance use and social support. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 61–66.
- Winzelberg, A. & Humphreys, K. (1999) Should patients' religiosity influence clinicians' referral to 12-step self-help groups? Evidence from a study of 3,018 male substance abuse patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 790–794.
- Yalom, I. D. (1970) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1975) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 2nd edn. New York: Basic Books.





ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΡΘΡΩΝ
ABSTRACTS

3



Θ Ε Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Α

ΑΛΚΟΟΛ

Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και ανθρωποκτονίες το Σαββατοκύριακο: η κοινωνική σύνδεση του αλκοόλ και της βίας στη Ρωσία
 Weekend effects on binge drinking and homicide: The social connection between alcohol and violence in Russia
 WILLIAM ALEX PRIDEMORE [σ. 97]

Επηρεάζει η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ το κόστος για τη φροντίδα της υγείας; Μια ανάλυση προδιάθεσης των γυναικών που εργάζονται στην υγειονομική περίθαλψη
 Does moderate alcohol use affect health care costs? A propensity analysis of female health care workers
 GARNETT P. McMILLAN AND SANDRA C. LAPHAM [σ. 98]

Τρόποι κατανάλωσης αλκοόλ και προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ σε διάστημα δέκα ετών
 Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men
 RUDOLF H. MOOS, KATHLEEN SCHUTTE, PENNY BRENNAN AND BERNICE S. MOOS [σ. 99]

ΗΡΩΪΝΗ ΚΑΝΝΑΒΗ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Θάνατοι από υπερβολική δόση που οφείλονται στη μεθαδόνη και την ηρωίνη στη Νέα Υόρκη από το 1990 έως το 1998
 Overdose deaths attributed to methadone and heroin in New York City, 1990-1998
 BRYANT, W.K., GALEA, S., TRACY, M., MARKHAM PIPER, T., TARDIFF, K.J. AND VLAHOV, D. [σ. 100]

ΚΑΠΝΟΣ

Ελλειμματική προσοχή, χρήση καπνού από τους γονείς και έναρξη του καπνίσματος στην εφηβεία
 Inattentiveness, parental smoking, and adolescent smoking initiation
 SATU K. BARMAN, LEA PULKKINEN, JAAKKO KAPRIO AND RICHARD J. ROSE [σ. 101]

Άμεση τηλεφωνική διαφήμιση των παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος: θα δεχτούν το τηλεφώνημα οι καπνιστές;
 Direct telemarketing of smoking cessation interventions: will smokers take the call?
 PAUL C.L., WIGGERS J., DALY J.B., GREEN S., WALSH R.A., KNIGHT J. AND GIRGIS A. [σ. 102]

Κοινωνιοδημογραφικοί παράγοντες προβλεψιμότητας για την διακοπή του καπνίσματος: η σημασία των παραγόντων της οικογένειας
 Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors?
 TARANI CHANDOLA, JENNY HEAD AND MEL BARTLEY [σ. 103]

Γνωρίζουν οι καπνιστές τον τρόπο να σταματήσουν το κάπνισμα; Γνώση και αντίληψη σχετικά με την αποτελεσματικότητα των βοηθημάτων για τη διακοπή του καπνίσματος ως παράγοντες πρόβλεψης αλλαγής της συμπεριφοράς

Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour

HAMMOND, D., McDONALD, P.W., FONG, G.T. AND BORLAND, R. [σ. 104]

Ο ρόλος της πρόθεσης για κάπνισμα στην πρόβλεψη του μελλοντικού καπνίσματος από τους νέους: τα ευρήματα από την παρακολούθηση των μελλοντικών στοιχείων
The role of smoking intentions in predicting future smoking among youth: findings from monitoring the future data

MELANIE WAKEFIELD, DEBORAH D. KLOSKA, PATRICK O'MALLEY, LLOYD JOHNSTON, FRANK CHALOUPKA, JOHN PIERCE, GARY GIOVINO, ERIN RUEL AND BRIAN R. FLAY [σ. 105]

Το κάπνισμα και το μοντέλο των πέντε παραγόντων της προσωπικότητας
Smoking and the Five-Factor Model of Personality

ANTONIO TERRACCIANO AND PAUL T. COSTA, JR. [σ. 106]

ΑΛΛΑ ΘΕΜΑΤΑ

Το φάσμα της εφηβικής συμπεριφοράς στο πλαίσιο της έκθεσης στα ναρκωτικά και στην έναρξη της χρήσης ουσιών: η συμπεριφορά της φυσικής ανοσίας σε λειτουργία
The Adolescent Behavioral Repertoire as a Context for Drug Exposure Opportunity and Initiation of Drug Use: Behavioral Autarcesis at Play

CHUAN-YU CHEN, CATHERINE M. DORMITZER, ULISES GUTIERREZ, KENNETH VITTETOE, GONZALO GONZALES AND JAMES C. ANTHONY [σ. 107]

Ο αντίκτυπος που έχει η χρήση ουσιών από τους γονείς στα παιδιά: ποιά είναι το πρόβλημα και τί μπορεί να βοηθήσει;

The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help?

MARINA BARNARD AND NEIL McKEGANEY [σ. 108]

Η επίδραση της σύνδεσης των υπηρεσιών με τις ανάγκες των ασθενών για τη βελτίωση στο χώρο της θεραπείας της τοξικοεξάρτησης
The Effect of Matching Comprehensive Services to Patients' Needs On Drug Use Improvement in Addiction Treatment

PETER D. FRIEDMANN, JAMES C. HENDRICKSON, DEAN R. GERSTEIN, AND ZHIWEI ZHANG [σ. 108]

Οικονομική ανάλυση του κόστους και των συνεπειών της θεραπείας στην κατάχρηση ουσιών: τα δεδομένα των αποτελεσμάτων δυο χρόνων από την Εθνική Μελέτη Αποτελεσματικότητας της Θεραπείας (NTORS)

Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: two year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)
CHRISTINE GODFREY, DUNCAN STEWART AND MICHAEL GOSSOP [σ. 109]

Η κλίμακα για τις αντιλήψεις σχετικά με τον τζόγο: ανάπτυξη, επιβεβαιωτικός παράγοντας εγκυρότητας και ψυχομετρικές ιδιότητες
The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties
NAMRATA RAYLU AND TIAN P. S. OEI [σ. 110]

Ένωση για τη Μελέτη των Εξαρτήσεων (SSA)
The Society for the Study of Addiction (SSA)
GILLIAN TOBER [σ. 111]

Η κατάθλιψη και η επιθετικότητα ως παράγοντες πρόβλεψης μακρόχρονων αποτελεσμάτων για τους χρήστες οπιοειδών
Depression and hostility as predictors of long-term outcomes among opiate users
SANDHYA R. RAO, KIRK M. BROOME AND D. DWAYNE SIMPSON [σ. 112]

Ο βαθμός της ενέσιμης χρήσης ουσιών ως καθοριστικός παράγοντας της συνεχιζόμενης αποχής από την ενέσιμη χρήση ανάμεσα σε χρόνιους χρήστες: η διαχωριστική γραμμή με τους κοινωνικούς παράγοντες και τη χρήση υπηρεσιών
Intensity of drug injection as a determinant of sustained injection cessation among chronic drug users: the interface with social factors and service utilisation
JULIE BRUNEAU, SUSAN B. BROGLY, MARK W. TYNDALL, FRANÇOIS LAMOTHE AND EDUARDO L FRANCO [σ. 112]

ΑΛΚΟΟΛ

Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και ανθρωποκτονίες το Σαββατοκύριακο: η κοινωνική σύνδεση του αλκοόλ και της βίας στη Ρωσία

WILLIAM ALEX PRIDEMORE

*Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη
Translation Georgia Christofili*

Στόχοι και Σχεδιασμός: Αυτή η μελέτη χρησιμοποιεί τα μοναδικά πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία για τη θνησιμότητα στη Ρωσία για να εξετάσει την κοινωνική σύνδεση μεταξύ της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και των ανθρωποκτονιών στη χώρα.

Χώρος, Συμμετέχοντες και Μετρήσεις: Όλα τα πιστοποιητικά θανάτου για τα άτομα ηλικίας 20-64 ετών στη Δημοκρατία Udmurt, στη Ρωσία, αναλύονται ανάλογα με την ημέρα και την αιτία θανάτου, για τους θανάτους που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ του 1994-1998. Οι θάνατοι που οφείλονταν σε τοξίκωση από το αλκοόλ κατηγοριοποιήθηκαν ως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

Ευρήματα: Υπάρχει ένας υψηλός διμεταβλητός συσχετισμός ($r=.75$) μεταξύ της καθημερινής κατανομής των θανάτων που οφείλονται στο αλκοόλ και της ανθρωποκτονίας. Ο αριθμός θανάτων που οφείλονται στο αλκοόλ είναι σημαντικά υψηλότερος τα Σάββατα και τις Κυριακές (πιθανόν ως αποτέλεσμα της κατανάλωσης το βράδυ της Παρασκευής και του Σαββάτου) και ο αριθμός ανθρωποκτονιών είναι σημαντικά υψηλότερος τις Παρασκευές και τα Σάββατα.

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ και ανθρωποκτονιών στη Ρωσία είναι από τα υψηλότερα στον κόσμο και υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι συνδέονται μεταξύ τους. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η προτίμηση στο αποσταγμένο αλκοόλ και η υψηλή κοινωνική ανοχή για τη σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ μπορούν να λειτουργήσουν ως κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες αύξησης του κινδύνου βίαιων πράξεων. Η υψηλή αντιστοιχία μεταξύ της καθημερινής κατανομής των θανάτων από αλκοόλ και των ανθρωποκτονιών παρέχει έμμεσα στοιχεία για την κοινωνική σύνδεση. Ενώ αυτά τα ευρήματα δεν δείχνουν αιτιακή σχέση, όταν ενταχθούν στην ολόενα αυξανόμενη βιβλιογραφία γύρω από αυτό το θέμα, υποστηρίζουν περαιτέρω τη σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και τις ανθρωποκτονίες στη Ρωσία και τα πρώτα στοιχεία δείχνουν τον ενδιάμεσο ρόλο του κοινωνικού πλαισίου σε αυτή τη σχέση.

Λέξεις κλειδιά: αλκοόλ, υπερβολική κατανάλωση, βία, ανθρωποκτονία, Ρωσία

"Weekend effects on binge drinking and homicide: The social connection between alcohol and violence in Russia"

Addiction, Volume 99, Number 8, August 2004

Επηρεάζει η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ το κόστος για τη φροντίδα της υγείας; Μια ανάλυση προδιάθεσης των γυναικών που εργάζονται στην υγειονομική περίθαλψη

GARNETT P. McMILLAN, Ph.D., M.S. AND SANDRA C. LAPHAM, M.D., M.P.H.

Μετάφραση: Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation: Alexandra Tzala

Στόχοι: Ο καθορισμός των διαφορών στο κόστος για την υγειονομική περίθαλψη που σχετίζεται με τη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ ανάμεσα σε γυναίκες που εργάζονται στο χώρο της υγείας και παράλληλα ο έλεγχος για άλλους επικίνδυνους παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με τη κατανάλωση αλκοόλ.

Σχεδιασμός και Χώρος: Μη τυχαία, προοπτική μελέτη παρατήρησης του κόστους για την υγειονομική περίθαλψη σε γυναίκες που εργάζονται στο χώρο της υγείας, σε ένα μεγάλο οργανισμό διοίκησης της υγείας, που διεξήχθη μεταξύ της 1^{ης} Ιανουαρίου 1998 και της 1^{ης} Ιουλίου 2000.

Συμμετέχοντες: 689 εργαζόμενες που έχουν πλήρη και σταθερή εργασιακή απασχόληση σε έναν οργανισμό διοίκησης της υγείας, οι οποίες χρησιμοποίησαν υπηρεσίες για τη φροντίδα της υγείας μέσω μιας συμβεβλημένης υπηρεσίας υγείας. Όλες οι γυναίκες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο αποτίμησης των κινδύνων για την υγεία ως μέρος της Σύμβασης για το Πρόγραμμα Πρόνοιας των Εργαζομένων. Από αυτές, 218 γυναίκες μπηκαν στην κατηγορία της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ και 467 σε αυτήν της αποχής από το αλκοόλ ή της ελάχιστης κατανάλωσης.

Μετρήσεις: Υπολογίστηκε το συνολικό κόστος της χρήσης των υπηρεσιών υγείας εντός και εκτός της σύμβασης εφαρμογής και της υγειονομικής περίθαλψης, με βάση το είδος της υπηρεσίας, κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 6 μηνών μετά τη ολοκλήρωση της έρευνας για τους κινδύνους της υγείας.

Ευρήματα και Συμπεράσματα: Με τη χρήση 218 ζευγαριών μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ και αποχής ή ελάχιστης κατανάλωσης, με αντιστοιχία 1 προς 1, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στο συνολικό κόστος για τους ασθενείς εξωτερικής και εσωτερικής παρακολούθησης κατά τη διάρκεια των 6 μηνών παρακολούθησης. Το φαρμακευτικό κόστος ήταν σημαντικά μειωμένο για τους μέτριους καταναλωτές αλκοόλ (-\$43,95% CI=-\$88.82 με -\$2.41), κυρίως λόγω των διαφορών στο κόστος από τα αγχολυτικά (περιλαμβανομένων των βαρβιτουρικών και των βενζοδιαζεπίνων), τα υπνωτικά και παραισθησιογόνα ναρκωτικά σκευάσματα.

Συμπέρασμα: Τα ευρήματα αποδεικνύουν την αξία της αντιστοιχίας των παραγόντων κινδύνου όταν εξετάζουμε τη σχέση ανάμεσα στη χρήση αλκοόλ και στη χρήση των υπηρεσιών για τη φροντίδα της υγείας. Από την ανασκόπηση διαφορετικών φαρμακευτικών χρήσεων φαίνεται η πιθανότητα ότι η κατανάλωση αλκοόλ να μειώνει τη χρήση ιατρικών συστατικών για τα αντικαταθλιπτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

Λέξεις κλειδιά: χρήση υπηρεσιών υγείας, μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, ταίριασμα αποτελέσματος προδιάθεσης

"Does moderate alcohol use affect health care costs? A propensity analysis of female health care workers"

Addiction, Volume 99, Number 5, May 2004

Τρόποι κατανάλωσης αλκοόλ και προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ σε διάστημα δέκα ετών

RUDOLF H. MOOS, KATHLEEN SCHUTTE, PENNY BRENNAN AND BERNICE S. MOOS

*Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη
Translation Georgia Christofili*

Στόχοι: Αυτή η μελέτη επικεντρώθηκε στις αλλαγές σε δέκα χρόνια στην κατανάλωση αλκοόλ από μεσήλικες άνδρες και γυναίκες, στους παράγοντες πρόβλεψης σύμφωνα με την ηλικία που βρίσκονται και το ιστορικό ζωής για προβλήματα με το αλκοόλ και στις διαφορές μεταξύ των φύλων σχετικά με αυτούς τους παράγοντες πρόβλεψης.

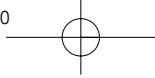
Σχεδιασμός, Χώρος, Συμμετέχοντες: Δείγμα μεσήλικων ατόμων από την κοινότητα (N=1.291) οι οποίοι είχαν καταναλώσει αλκοόλ τον τελευταίο χρόνο ή σε πρόσφατο χρονικό διάστημα, μελετήθηκαν κατά την έναρξη, στον 1 χρόνο, στα 4 χρόνια και στα 10 χρόνια μετά.

Μετρήσεις: Σε κάθε επαφή, οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογούσε την κατανάλωση αλκοόλ, τα προβλήματα με το αλκοόλ καθώς και παράγοντες σχετικά με την υγεία και τη ζωή των ατόμων. Οι συμμετέχοντες έδιναν επίσης πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Αποτελέσματα: Μέσα στα δέκα χρόνια, το ποσοστό ατόμων που κατανάλωνε αλκοόλ μειωνόταν. Μεταξύ των ατόμων που εξακολουθούσαν να καταναλώνουν αλκοόλ, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες εμφάνισαν παρόμοια μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ, με μικρές συσχετίσεις ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και στα προβλήματα με το αλκοόλ. Εκτός από την ποσότητα αλκοόλ που καταναλωνόταν, το κάπνισμα, η αποδοχή των φίλων για την κατανάλωση αλκοόλ και οι στρατηγικές αποφυγής αποτελούσαν σταθερούς παράγοντες πρόβλεψης των προβλημάτων με το αλκοόλ στη μεσήλικη ζωή. Όσον αφορά τους παράγοντες του ιστορικού ζωής, η σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ, τα προβλήματα με το αλκοόλ και η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ που συνδέεται με τα γεγονότα ζωής, σχετίζονται με περισσότερες πιθανότητες για προβλήματα με το αλκοόλ στη μεσήλικη ζωή. Η βοήθεια από την οικογένεια και τους φίλους και για τους άνδρες, η συμμετοχή στους ανώνυμους αλκοολικούς, σχετίζονταν με λιγότερες πιθανότητες για προβλήματα.

Συμπεράσματα: Τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, γυναίκες και άνδρες, παρουσιάζουν παρόμοια μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ και στα προβλήματα που σχετίζονται με αυτή. Συγκεκριμένες μεταβλητές όπως το κοινωνικό περιβάλλον των ενηλίκων και οι μεταβλητές αντιμετώπισης και οι δείκτες του ιστορικού ζωής, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για προβλήματα αλκοόλ και για τους άνδρες και για τις γυναίκες στη ζωή αργότερα.

*"Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men"
Addiction, Volume 99, Number 7, July 2004*



ΗΡΩΙΝΗ ΚΑΝΝΑΒΗ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Θάνατοι από υπερβολική δόση που οφείλονται στη μεθαδόνη και την ηρωίνη στη Νέα Υόρκη από το 1990 έως το 1998

BRYANT, W.K., GALEA, S., TRACY, M., MARKHAM PIPER, T., TARDIFF, K.J. AND VLAHOV, D.

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη

Translation Georgia Christofili

Στόχοι: Η θεραπεία με μεθαδόνη έχει αποδειχθεί αποτελεσματική παρέμβαση η οποία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου από υπερβολική δόση ηρωίνης. Πρόσφατες εκθέσεις αναφέρουν αύξηση στους θανάτους που οφείλονται σε υπερβολική δόση μεθαδόνης σε αρκετές περιοχές στις Η.Π.Α. και την Ευρώπη. Αυτή η μελέτη διερεύνησε το ρόλο της μεθαδόνης και των οπιούχων στους τυχαίους θανάτους από υπερβολική δόση στη Νέα Υόρκη.

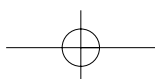
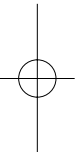
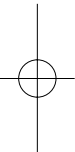
Σχεδιασμός: Αναλύσαμε τα στοιχεία από τα αρχεία και εξετάσαμε όλους τους τυχαίους θανάτους από υπερβολική δόση στη Νέα Υόρκη από το 1990 έως το 1998.

Ευρήματα: Από συνολικά 7.451 θανάτους από υπερβολική δόση σε αυτό το χρονικό διάστημα, υπήρχαν 1.024 θάνατοι από υπερβολική δόση μεθαδόνης, 4.627 θάνατοι από υπερβολική δόση ηρωίνης και 408 θάνατοι από υπερβολική δόση που οφείλονταν και στη μεθαδόνη και στην ηρωίνη. Σε αυτό το χρονικό διάστημα, λιγότερο από το ένα τρίτο των θανάτων από υπερβολική δόση οφείλονταν στη μεθαδόνη από ότι στην ηρωίνη. Το ποσοστό των τυχαίων θανάτων από υπερβολική δόση που οφείλονταν στη μεθαδόνη δεν άλλαξε ιδιαίτερα (15,8-12,6% του συνολικού αριθμού θανάτων από υπερβολική δόση) ενώ το ποσοστό θανάτων από υπερβολική δόση που οφείλονταν στην ηρωίνη αυξήθηκε σημαντικά (53,5-64,2%) κατά την διάρκεια της μελέτης.

Συμπεράσματα: Δεν υπήρχε σημαντική αύξηση στη θνησιμότητα από την υπερβολική δόση μεθαδόνης στη Νέα Υόρκη κατά τη διάρκεια της δεκαετίας το 1990. Μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα αυξήθηκε τόσο η θνησιμότητα από υπερβολική δόση ηρωίνης όσο και η συνταγογράφηση μεθαδόνης.

Λέξεις κλειδιά: υπερβολική δόση, μεθαδόνη, οπιούχα

*"Overdose deaths attributed to methadone and heroin in New York City, 1990-1998"
Addiction, Volume 99, Number 7, July 2004*



ΚΑΠΝΟΣ

Ελλειμματική προσοχή, χρήση καπνού από τους γονείς και έναρξη του καπνίσματος στην εφηβεία

SATU K. BARMAN, LEA PULKKINEN, JAAKKO KAPRIO AND RICHARD J. ROSE

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη

Translation Georgia Christofili

Στόχοι: Να διερευνήσει πως η ελλειμματική προσοχή στην εφηβεία, σε συνδυασμό με το κάπνισμα των γονιών μπορεί να προβλέψει την έναρξη του καπνίσματος έως την ηλικία των 14 ετών.

Σχεδιασμός, Χώρος: Μια μακρόχρονη μελέτη προοπτικής: ηλικία έναρξης 11–12 έτη, και follow-up στην ηλικία των 14 ετών. Δείγμα βασισμένο σε πληθυσμό διδύμων στη Φιλανδία, οι οποίοι γεννήθηκαν μεταξύ του 1983–1987, ενώ συμπληρωματικές πληροφορίες συγκεντρώθηκαν και από τους γονείς και τους δασκάλους. Σχηματίστηκαν δύο ομάδες και το κάθε παιδί από τα ζευγάρια των διδύμων εντάχθηκε σε διαφορετική ομάδα: στο δείγμα της μελέτης και σε ένα δείγμα αναπαράστασης.

Συμμετέχοντες: Ζευγάρια διδύμων ($n = 4.552$), ηλικίας 11–12 ετών κατά την έναρξη και 14 ετών (μέσος όρος ηλικίας 14,04) στο follow-up.

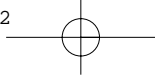
Μετρήσεις: Κατά την έναρξη, η ελλειμματική προσοχή αξιολογήθηκε με το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Υπόδειξης από τους Ομότιμους, (Multidimensional Peer Nomination Inventory, MPNI, Έντυπο για τον εκπαιδευτικό) και το κάπνισμα των γονιών με ατομικά ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν και οι δύο γονείς των διδύμων. Στην ηλικία των 14 ετών στο follow-up, το κάπνισμα των εφήβων αξιολογήθηκε με ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς.

Ευρήματα: Στην ηλικία των 14, το 57% ανέφερε ότι δεν είχε καπνίσει ποτέ, το 34% ότι είχε πειραματιστεί με το κάπνισμα και το 9% ότι κάπνιζαν συστηματικά. Η ελλειμματική προσοχή και το κάπνισμα των γονιών αποτελούσαν παράγοντες πρόβλεψης τόσο για τον πειραματισμό όσο και για το συστηματικό κάπνισμα στην εφηβεία με ανεξάρτητα αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Ο κίνδυνος που αφορά την ελλειμματική προσοχή είναι από μόνος του υψηλός, ωστόσο σε συνδυασμό με το κάπνισμα των γονιών, η πιθανότητα καπνίσματος αυξάνει μέχρι και το 38% σε σύγκριση με μόλις το 5% χωρίς τους δύο αυτούς παράγοντες. Για λόγους πρόληψης, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη δέσμευση των γονιών να μην καπνίζουν.

Λέξεις κλειδιά: κάπνισμα, ελλειμματική προσοχή, εφηβεία, γονείς, προοπτική

"Inattentiveness, parental smoking, and adolescent smoking initiation" Addiction, Volume 99, Number 8, August 2004



Άμεση τηλεφωνική διαφήμιση των παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος: θα δεχτούν το τηλεφώνημα οι καπνιστές;

PAUL C.L., WIGGERS J., DALY J.B., GREEN S., WALSH R.A., KNIGHT J. AND GIRGIS A.

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη
Translation Georgia Christofili

Στόχοι: Λίγοι είναι οι καπνιστές που χρησιμοποιούν τις διαθέσιμες και αποτελεσματικές στρατηγικές για την αποχή από το κάπνισμα, παρά την εκφρασμένη επιθυμία τους να σταματήσουν να καπνίζουν και το ενδιαφέρον τους για βοήθεια στην αποχή. Η μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει τη δυνατότητα πραγματοποίησης μιας άμεση τηλεφωνικής διαφημιστικής προσέγγισης για την ενημέρωση για στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος.

Σχεδιασμός, Χώρος, Μετρήσεις & Συμμετέχοντες: Πραγματοποιήθηκε μια έρευνα στην κοινότητα για να διερευνηθούν οι απόψεις ενήλικων καπνιστών σχετικά με την αποδοχή, την πιθανότητα και τα εμπόδια στο να δεχτούν υπηρεσίες για τη διακοπή του καπνίσματος που προσφέρονται με άμεση τηλεφωνική διαφήμιση.

Ευρήματα: Οι τρεις στους τέσσερις (73,8%) καπνιστές που προσεγγίστηκαν συμφώνησαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Από τους 194 συμμετέχοντες στη μελέτη, 75,3% ανέφεραν ότι θα χρησιμοποιούσαν εκπαιδευτικά κουπόνια, 66,5% είπαν ότι θα χρησιμοποιούσαν ένα ταχυδρομικό οδηγό αυτό-βοήθειας, 57,2% θα δέχονταν την προσφορά τακτικών προσωπικών επιστολών και υλικού αυτοβοήθειας μέσω ταχυδρομείου και 46,4% θα χρησιμοποιούσαν μια τηλεφωνική γραμμή «σας καλούμε εμείς» για υπηρεσίες συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου. Διερευνήθηκαν επίσης τα χαρακτηριστικά των ατόμων που δήλωσαν ότι θα χρησιμοποιούσαν αυτές τις υπηρεσίες. Τα δύο σημαντικότερα εμπόδια για τη χρήση αυτών των υπηρεσιών ήταν η επιλογή της διακοπής χωρίς βοήθεια και η πεποίθηση ότι αυτή η συγκεκριμένη υπηρεσία δεν θα ήταν βοηθητική για το συμμετέχοντα.

Συμπεράσματα: Τα στοιχεία υποστηρίζουν την άμεση τηλεφωνική προώθηση στρατηγικών διακοπής του καπνίσματος και τονίζουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνες όσον αφορά στο οικονομικό κομμάτι της άμεσης τηλεφωνικής διαφήμισης των στρατηγικών διακοπής του καπνίσματος ως μια στρατηγική για τη μείωση της επικράτησης του καπνίσματος στην κοινότητα.

Λέξεις κλειδιά: παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος, τηλεφωνική διαφήμιση, συμβουλευτική δια τηλεφώνου

*"Direct telemarketing of smoking cessation interventions: will smokers take the call?"
Addiction, Volume 99, Number 7, July 2004*

Κοινωνιοδημογραφικοί παράγοντες προβλεψιμότητας για την διακοπή του καπνίσματος: η σημαντικότητα των παραγόντων της οικογένειας.

TARANI CHANDOLA, JENNY HEAD AND MEL BARTLEY

Μετάφραση: Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation: Alexandra Tzala

Στόχοι: Η σύγκριση διαφορετικών κοινωνιοδημογραφικών παραγόντων πρόβλεψης για την διακοπή του καπνίσματος σε μια αντιπροσωπευτική ομάδα ενήλικων καπνιστών στη Μ. Βρετανία με τη χρήση κατάλληλων μοντέλων που λαμβάνουν υπόψη τη συγκέντρωση των συμπεριφορών του καπνίσματος στο επίπεδο της οικογένειας και της περιοχής.

Σχεδιασμός: Μια μακροχρόνια μελέτη με αντιπροσωπευτικό πληθυσμό ενηλίκων Βρετανών (the British Household Panel Survey, BHPS) από το 1991-2000.

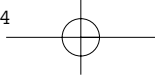
Χώρος και Συμμετέχοντες: Στην πρώτη φάση συμμετείχαν 10.264 ενήλικες από 5.511 οικογένειες. Περίπου το 30% από τους ερωτηθέντες ανέφερε ότι καπνίζουν. Από αυτούς, το 21% έκοψε το τσιγάρο μέσα σε μια περίοδο 10 χρόνων.

Μετρήσεις: Ο ορισμός των ατόμων που έκοψαν το κάπνισμα έγινε με βάση τις αυτό-αναφορές αυτών που διέκοψαν τουλάχιστον σε δυο συνεχόμενες φάσεις του BHPS. Ο βαθμός της εξάρτησης ορίστηκε με βάση τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν ημερησίως το χρονικό διάστημα της έρευνας.

Ευρήματα: Ο βαθμός της εξάρτησης ήταν ο πιο ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης για την διακοπή του καπνίσματος, συνοδευόμενος από την επαγγελματική κοινωνική τάξη, την κοινωνική στήριξη, την οικογενειακή κατάσταση και το ποσοστό των καπνιστών στην οικογένεια. Υπάρχουν ενδείξεις για την ομαδοποίηση των συμπεριφορών του καπνίσματος ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας με παρόμοιες συμπεριφορές διακοπής του καπνίσματος. Η ομαδοποίηση στο επίπεδο της οικογένειας φαίνεται να εξηγείται από μηχανισμούς που σχετίζονται με το επίπεδο της οικογένειας. Ωστόσο, υπήρχαν λίγες ενδείξεις για τη συγκέντρωση συμπεριφορών καπνίσματος ανάλογα με την περιοχή κατοικίας.

Συμπεράσματα: Παράλληλα με τη μείωση της εξάρτησης του καπνίσματος, στις πολιτικές που έχουν σχεδιαστεί για να παροτρύνουν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα μπορεί να χρειαστεί να ληφθούν υπόψη οι παράγοντες που σχετίζονται με την στήριξη από την οικογένεια και τις εργασιακές σχέσεις, προκειμένου να ενθαρρύνουν τους καπνιστές όλων των κοινωνιοδημογραφικών ομάδων για διακοπή του καπνίσματος.

*"Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors?"
Addiction, Volume 99, Number 6, June 2004*



Γνωρίζουν οι καπνιστές τον τρόπο να σταματήσουν το κάπνισμα; Γνώση και αντίληψη σχετικά με την αποτελεσματικότητα των βοηθημάτων για τη διακοπή του καπνίσματος ως παράγοντες πρόβλεψης τροποποίησης της συμπεριφοράς.

HAMMOND, D., McDONALD, P.W., FONG, G.T. AND BORLAND, R.

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη

Translation Georgia Christofili

Στόχοι: Παρά την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων διακοπής, η συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών προσπαθούν να κόψουν το κάπνισμα από μόνοι τους. Σήμερα υπάρχουν πολύ λίγα στοιχεία που να εξηγούν τα χαμηλά ποσοστά υιοθέτησης των αποτελεσματικών τρόπων διακοπής του καπνίσματος με βοηθήματα, συμπεριλαμβανομένων των φαρμακευτικών βοηθημάτων. Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να εκτιμήσει τη συνείδηση των καπνιστών και την αντίληψή τους σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μεθόδων διακοπής του καπνίσματος και να ερευνήσει τη σχέση μεταξύ αυτής της γνώσης και της διακοπής.

Σχεδιασμός: Πραγματοποιήθηκε έρευνα σε τυχαίους τηλεφωνικούς αριθμούς (ποσοστό ανταπόκρισης=76%) και follow-up 3 μήνες μετά, σε 616 ενήλικους συστηματικούς καπνιστές στο νοτιοδυτικό Οντάριο, στον Καναδά.

Μετρήσεις: Στην αρχική έρευνα εκτιμήθηκε η συμπεριφορά καπνίσματος, καθώς και η συνείδηση των καπνιστών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των βοηθημάτων για τη διακοπή του καπνίσματος. Στο follow-up μετρήθηκαν οι αλλαγές στη συμπεριφορά καπνίσματος και η υιοθέτηση βοηθημάτων διακοπής τρεις μήνες αργότερα.

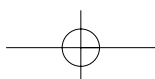
Ευρήματα: Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μικρή ανάκληση των μεθόδων διακοπής: 45% των συμμετεχόντων δεν ανακαλούσαν την τσίχλα νικοτίνης, 33% δεν ανακαλούσαν το αυτοκόλλητο νικοτίνης και το 57% δεν ανακαλούσαν το buroprion. Επιπλέον, πολλοί από τους συμμετέχοντες δεν πίστευαν ότι οι ακόλουθες μέθοδοι διακοπής θα αύξαναν την πιθανότητα διακοπής: θεραπείες αντικατάστασης της νικοτίνης (36%), buroprion (35%), συμβουλευτική από επαγγελματία υγείας (66%) και ομαδική συμβουλευτική/ προγράμματα διακοπής (50%). Ακόμη, 78% των καπνιστών δήλωναν πως είχαν τις ίδιες πιθανότητες να σταματήσουν το κάπνισμα μόνοι τους όσο και με βοήθεια. Πιο σημαντικό, οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν κατά την αρχική εκτίμηση, ότι οι μέθοδοι είναι αποτελεσματικές είχαν μεγαλύτερη πρόθεση να σταματήσουν (OR=1,80, 95%CI:1,12-2,90), να έχουν προσπαθήσει να σταματήσουν στο διάστημα μέχρι το follow-up (OR=1,80, 95%CI:1,03-3,16) και να υιοθετήσουν κάποιο βοήθημα για τη διακοπή σε αυτή την προσπάθεια (OR=3,62, 95%CI:1,04-12,58).

Συμπεράσματα: Αυτή η έρευνα έδειξε ότι πολλοί καπνιστές δεν γνωρίζουν τις αποτελεσματικές μεθόδους για τη διακοπή του καπνίσματος και οι περισσότεροι υποτιμούν τα οφέλη τους. Επιπλέον, αυτή η έλλειψη γνώσης μπορεί να αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην υιοθέτηση κάποιας θεραπείας.

Λέξεις κλειδιά: κάπνισμα, διακοπή, υιοθέτηση θεραπείας, αποτελεσματικότητα, γνώση για τη διακοπή

"Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour"

Addiction, Volume 99, Number 8, August 2004



Ο ρόλος της πρόθεσης για κάπνισμα στην πρόβλεψη του μελλοντικού καπνίσματος από τους νέους: τα ευρήματα από την παρακολούθηση των μελλοντικών στοιχείων

MELANIE WAKEFIELD, DEBORAH D. KLOSKA, PATRICK O'MALLEY, LLOYD JOHNSTON, FRANK CHALOURKA, JOHN PIERCE, GARY GIOVINO, ERIN RUEL AND BRIAN R. FLAY

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη
Translation Georgia Christofilli

Στόχοι: Να δείξει ότι η πρόθεση μπορεί να προβλέψει τα μακροπρόθεσμα μελλοντικά επίπεδα καπνίσματος, ανεξάρτητα από το επίπεδο της εμπειρίας καπνίσματος στο παρελθόν. Ολοένα και περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι η πρόθεση για κάπνισμα στο μέλλον, μπορεί να στηρίζεται στην εμπειρία καπνίσματος στο παρελθόν.

Σχεδιασμός: Χρησιμοποιώντας αναλύσεις λογαριθμικής παλινδρόμησης, αξιολογήσαμε τη σχέση μεταξύ της εμπειρίας καπνίσματος κατά την έναρξη της μελέτης και της ισχυρής πρόθεσης «να μην καπνίζω σιγάρα σε 5 χρόνια από σήμερα» και το αποτέλεσμα μετρήθηκε τέσσερις φορές σε follow-up: κάπνισμα στις 30 ημέρες, στα 3 ή 4 και 5 ή 6 χρόνια follow-up και στην παρούσα κατάσταση καπνίσματος (αυτό-αναφορά από τακτικούς ή πρώην καπνιστές που είχαν καπνίσει τις τελευταίες 30 ημέρες) σε follow-up στα 3-4 στα και 5-6 έτη.

Συμμετέχοντες: Εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες ατόμων της τρίτης λυκείου, τα οποία ανταποκρίθηκαν στην έρευνα Παρατήρηση του Μέλλοντος (Monitoring The Future, MTF) από το 1976 μέχρι το 1993. Για αυτές τις ομάδες, συνδέσαμε το στάδιο του καπνίσματος και την πρόθεση στην τρίτη λυκείου και πραγματοποιήσαμε μετρήσεις follow up σε 3-4 χρόνια μετά τη έναρξη και σε 5-6 χρόνια μετά την έναρξη.

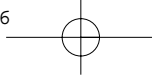
Ευρήματα: Η ανάλυση των στοιχείων από το follow up στα 3-4 χρόνια (σταθμισμένα n= 4.544) και 5-6 έτη (σταθμισμένα n=3.885) και για τους δύο ορισμούς του αποτελέσματος του καπνίσματος έδειξε ότι υπήρχε μια σχέση δράσης-αντίδρασης μεταξύ των επιπέδων της εμπειρίας καπνίσματος στην έναρξη και της πιθανότητας καπνίσματος στο μέλλον. Επιπλέον, ανεξάρτητα από την εμπειρία καπνίσματος στην έναρξη, υπήρχε μια στατιστικά σημαντική προστατευτική επίδραση από τη σταθερή πρόθεση να μην καπνίζει κάποιος σε πέντε χρόνια, όσον αφορά στη μελλοντική συμπεριφορά καπνίσματος.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι μελέτες αξιολόγησης των πολιτικών και των προγραμμάτων για τον έλεγχο του καπνού μπορούν να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά τις κατηγορίες οι οποίες ενσωματώνουν την πρόθεση για κάπνισμα ως πρόωρο δείκτη του αποτελέσματος.

Λέξεις κλειδιά: κάπνισμα, εφηβεία, πρόθεση, ομάδα μελέτης

"The role of smoking intentions in predicting future smoking among youth: findings from monitoring the future data"

Addiction, Volume 99, Number 7, July 2004

*Το κάπνισμα και το μοντέλο των πέντε παραγόντων της προσωπικότητας*

ANTONIO TERRACCIANO AND PAUL T. COSTA, JR.

*Μετάφραση: Αλεξάνδρα Τζάλα**Translation: Alexandra Tzala*

Στόχοι: Η εξέταση της σχέσης ανάμεσα σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας και στο κάπνισμα με τη χρήση ενός ολοκληρωμένου μοντέλου προσωπικότητας, το μοντέλο των πέντε παραγόντων (ΜΠΠ).

Σχεδιασμός: Διατμηματική έρευνα

Χώρος: Βαλτιμόρη, MD, ΗΠ

Μετρήσεις: Ένα αυτό-χορηγούμενο ερωτηματολόγιο για το κάπνισμα και ένα αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας (Personality Inventory).

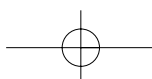
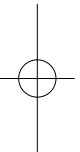
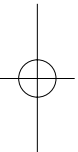
Ευρήματα: Οι καπνιστές σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία από τους μη καπνιστές στο Νευρωτισμό και χαμηλότερη στη Συγκαταβατικότητα και στη Ευσυνειδησία. Οι πρώην καπνιστές σημείωσαν μέτρια βαθμολογία σε αυτές τις υψηλότερης-τάξης διαστάσεις. Ο Νευρωτισμός σχετίστηκε με το κάπνισμα ειδικά σε άτομα με χαμηλή Ευσυνειδησία, όπως φάνηκε από το διαδραστικό αποτέλεσμα ανάμεσα στους δυο παράγοντες. Δεν υπήρχαν διαφορές όσον αφορά στην Εξωστρέφεια και στην Ανοιχτή διάθεση για Εμπειρίες. Στο χαμηλής-τάξης επίπεδο, οι καπνιστές χαρακτηρίζονταν από ανικανότητα άρνησης της έντονης επιθυμίας για χρήση (Υψηλή Παρόρμηση), της αναζήτησης ερεθισμάτων (έντονη Αναζήτηση Άμεσης Ικανοποίησης), της έλλειψης επιμονής (Χαμηλή Αυτοπειθαρχία), και της έλλειψης σοβαρής εκτίμησης των αποτελεσμάτων των πράξεων τους (Έλλειψη Σκοπιμότητας).

Συμπεράσματα: Στο υψηλής-τάξης επίπεδο παραγόντων, αυτή η μελέτη αναπαράγει και διευρύνει προηγούμενες μελέτες με τη χρήση ενός ολοκληρωμένου μοντέλου προσωπικότητας (ΜΠΠ). Οι περισσότερες λεπτομέρειες που παρέχονται από την ανάλυση φαίνεται να εξηγούν κάποια από τα συγκρουόμενα στοιχεία της βιβλιογραφίας και η χρήση παλαιότερου δείγματος είναι διαφωτιστική ειδικά για την ομάδα των πρώην καπνιστών. Η έρευνα προσωπικότητας μπορεί να οδηγήσει σε μια βαθύτερη κατανόηση του καπνίσματος και πιθανόν να συνεισφέρει στην πολιτική και στα προγράμματα για την πρόληψη του καπνίσματος και την αποχή.

Λέξεις κλειδιά: κάπνισμα, συμπεριφορά κινδύνου υγείας, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, Μοντέλο Πέντε-Παραγόντων

"Smoking and the five-factor model of personality"

Addiction, Volume 99, Number 4, April 2004



ΆΛΛΑ ΘΕΜΑΤΑ

Το φάσμα της εφηβικής συμπεριφοράς στο πλαίσιο της έκθεσης στα ναρκωτικά και στην έναρξη χρήσης ουσιών: η συμπεριφορά φυσικής ανοσίας σε λειτουργία

CHUAN-YU CHEN, CATHERINE M. DORMITZER, ULISES GUTIERREZ, KENNETH VITTETOE, GONZALO GONZALES AND JAMES C. ANTHONY

*Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη
Translation Georgia Christofilli*

Στόχοι: Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να διερευνήσει την υποθετική συμπεριφορά φυσικής ανοσίας. Η φυσική ανοσία είναι ένας μηχανισμός μη-συγκεκριμένης προστασίας ή ανοσίας σε μόλυνση ή ασθένεια. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, υποθέτοντας ότι ορισμένες πτυχές του φάσματος της εφηβικής συμπεριφοράς μπορεί να προστατεύουν τους νέους από την πρόωρη εμπλοκή με τα ναρκωτικά, μελετήσαμε τις πρώτες ευκαιρίες για δοκιμή ουσιών και την πρώτη χρήση ουσιών, που εκφράστηκε από πέντε παρατηρημένες διαστάσεις του φάσματος της εφηβικής συμπεριφοράς: τη θρησκεία, την κοινωνικοποίηση, τον αθλητισμό, την κοινωνικοποίηση μεταξύ των φύλων και τις δραστηριότητες στο σπίτι.

Σχεδιασμός και Συμμετέχοντες: Εθνικά αντιπροσωπευτικά δείγματα νέων που πηγαίνουν σχολείο συγκεντρώθηκαν στον Παναμά, τις πέντε ισπανικής κληρονομιάς χώρες της κεντρικής Αμερικής και τη Δομινικανή Δημοκρατία (n=12.797).

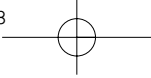
Μετρήσεις: Αξιολογήθηκε η εμπλοκή με τα ναρκωτικά και το φάσμα της εφηβικής συμπεριφοράς με ανώνυμα αυτό-χορηγούμενα ερωτηματολόγια.

Ευρήματα: Το θρησκευτικό στοιχείο και ο αθλητισμός ως ξεχωριστές διαστάσεις, συνδέονταν αντίστροφα με τις πρόσφατες εμπειρίες χρήσης και η κοινωνικοποίηση συνδεόταν με την αυξημένη ύπαρξη αυτών των εμπειριών. Για παράδειγμα, για κάθε μία επιπλέον μονάδα στη διάσταση των θρησκευτικών δραστηριοτήτων στο φάσμα της εφηβικής συμπεριφοράς υπήρχε μείωση στην πρώτη ευκαιρία για να δοκιμάσει ο έφηβος καπνό (aOR=0,75, 95% CI: 0,63-0,90, p=0,002). Οι έφηβοι που συμμετείχαν σε υψηλά επίπεδα αθλητικών δραστηριοτήτων και δραστηριοτήτων στο σπίτι είχαν λιγότερες πιθανότητες για έναρξη χρήσης μαριχουάνα (aOR=0,45, 95% CI: 0,30-0,67, p<0,001; aOR=0,56, 95% CI: 0,32-0,99, p=0,048, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Τα στοιχεία της μελέτης αυτής υποστηρίζουν την συμπεριφορά της φυσικής ανοσίας. Ο χειρισμός διαστάσεων του φάσματος της εφηβικής συμπεριφοράς μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη ή στη μείωση της εμπλοκής των εφήβων με τα ναρκωτικά, ενισχύοντας την φυσική ανοσία ως μηχανισμό προστασίας.

Λέξεις κλειδιά: έφηβος, διεθνικό, αλκοόλ, καπνός, μαριχουάνα

"The adolescent behavioral repertoire as a context for drug exposure opportunity and initiation of drug use: behavioral autarcesis at play"
Addiction, Volume 99, Number 7, July 2004



Ο αντίκτυπος που έχει η χρήση ουσιών από τους γονείς στα παιδιά: ποιό είναι το πρόβλημα και τί μπορεί να βοηθήσει;

MARINA BARNARD AND NEIL MCKEGANEY

Μετάφραση: Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation: Alexandra Tzala

Στόχοι: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την επιρροή της χρήσης ουσιών από τους γονείς στα παιδιά και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων-κλειδιά για τη μείωση της επιρροής της γονικής χρήσης ουσιών στα παιδιά.

Μεθοδολογία: Ολοκληρωμένη αφηγηματική ανασκόπηση δημοσιευμένων ερευνών στην αγγλική γλώσσα και παρεμβάσεις που καλύπτουν χρονικά τις τελευταίες 3 δεκαετίες και προέρχονται από τα δεδομένα βιβλιοθήκης και από παραπομπές.

Ευρήματα: Το πρόβλημα της χρήσης ουσιών μπορεί δημιουργήσει προβλήματα στο γονικό ρόλο και στην δημιουργία ενός περιβάλλοντος κατάλληλης ανατροφής. Αν και οι παρεμβάσεις είναι μικρής κλίμακας, τοπικές και πολυδάπανες, οι βασικές παρεμβάσεις οι οποίες αξιολογήθηκαν δίνουν συγκρατημένη αισιοδοξία για το ό,τι οι γονείς με πρόβλημα χρήσης μπορούν να μειώσουν τη χρήση και να επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα στη διαχείριση της οικογένειας. Τα παιδιά είναι σπανίως στο επίκεντρο των παρεμβάσεων.

Συμπεράσματα: Υπάρχει ανάγκη για ευρύτερη εφαρμογή και περισσότερο συστηματική αξιολόγηση των παρεμβάσεων σε αυτό το πεδίο. Δεδομένης της έκτασης του προβλήματος, είναι σημαντικό να καθιερωθεί στις υπάρχουσες υπηρεσίες ο τρόπος με τον οποίο μπορούν να εφαρμοστούν τα ευρήματα αυτών των περισσότερο εντοπισμένων παρεμβάσεων.

Λέξεις κλειδιά: γονείς, ναρκωτικές ουσίες, παιδιά, παρεμβάσεις

"The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help?"

Addiction, Volume 99, Number 5, May 2004

Η επίδραση της απάντησης των υπηρεσιών στις ανάγκες των μελών για τη βελτίωση στο χώρο της θεραπείας της τοξικοεξάρτησης

PETER D. FRIEDMANN, M.D., M.P.H., JAMES C. HENDRICKSON, M.A., DEAN R. GERSTEIN, PH.D. AND ZHIWEI ZHANG, PH.D.

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη

Translation Georgia Christofili

Στόχος: Να εξετάσει εάν η σχέση ανάγκης-υπηρεσιών θεραπείας των εξαρτήσεων οδηγεί σε βελτιώσεις όσον αφορά τη χρήση ουσιών και εάν η διάρκεια της θεραπείας συνεισφέρει σε αυτή τη βελτίωση.

Μεθοδολογία: Αυτή η ανάλυση χρησιμοποιεί τα στοιχεία προοπτικής από μια ομάδα αμερικανών χρηστών σε θεραπεία για την τοξικοεξάρτηση, που ανέφεραν ανάγκες για υπηρεσίες πέρα από τις βασικές υπηρεσίες αποκατάστασης (N=3.103). «Βελτίωση στη χρήση ουσιών» είναι η διαφορά μεταξύ της μέγιστης συχνότητας χρήσης ουσιών του ατόμου

(ημέρες ανά μήνα) το χρόνο πριν την εισαγωγή και ένα χρόνο μετά τη θεραπεία. Η συνολική και κύρια χρήση των σημαντικότερων παράνομων ουσιών (ηρωίνη, κοκαΐνη σκόνη/ κρακ και μαριχουάνα) εξετάζεται χωριστά. Η «αντιστοιχία ανάγκη-υπηρεσίες» σημαίνει ότι ένα άτομο αξιολόγησε μια υπηρεσία ως σημαντική κατά την εισαγωγή και ανέφερε ότι την έλαβε κατά τη διάρκεια της θεραπείας του. «Το ποσοστό των αναγκών που αντιστοιχίστηκαν» δείχνει το ποσοστό 5 τομέων υπηρεσιών (ιατρική, ψυχική υγεία, οικογένεια, απασχόληση και στέγη) που αντιστοιχίστηκαν.

Αποτελέσματα: Στα μικτά μοντέλα παλινδρόμησης που ελέγχουν για πολλαπλούς παράγοντες, το μεγαλύτερο «ποσοστό αναγκών που αντιστοιχίστηκαν» έτεινε να βελτιώσει την αρχική ($B=.028$, $P=.09$) και συνολική ($B=.049$, $P=.05$) χρήση ουσιών στο follow up ενός χρόνου. Η εξαίρεση της διάρκειας της θεραπείας ως συμμεταβλητή διπλασίασε το μέγεθος αυτών των συντελεστών. Τα οφέλη της αντιστοίχισης συγκεντρώθηκαν στους μισούς χρήστες που ανέφεραν ανάγκες σε 4-5 τομείς παρά σε 1-3 τομείς και ήταν ισχυρότερα μεταξύ των ατόμων που διέμεναν μακροπρόθεσμα σε ξενώνες. Η κάλυψη των επαγγελματικών αναγκών και των αναγκών για στέγαση είχε τα μέγιστα αποτελέσματα.

Συμπέρασμα: Η αντιστοίχιση των υπηρεσιών με τις ανάγκες είναι μια χρήσιμη πρακτική στη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης, ιδιαίτερα για άτομα με πολλές ανάγκες. Η διάρκεια της θεραπείας μπορεί μερικώς να επηρεάσει.

Λέξεις κλειδιά: διαταραχές που σχετίζονται με τις ουσίες, κέντρα θεραπείας της τοξικοεξάρτησης, Υπηρεσίες υγείας, ανάγκες, αξιολόγηση αναγκών, στέγαση, επανένταξη, απασχόληση, υπηρεσίες ψυχικής υγείας

"The effect of matching comprehensive services to patients' needs on drug use improvement in addiction treatment"

Addiction, Volume 99, Number 8, August 2004

Οικονομική ανάλυση του κόστους και των συνεπειών της θεραπείας στην κατάχρηση ουσιών: τα δεδομένα των αποτελεσμάτων δυο χρόνων από την Εθνική Μελέτη Αποτελεσματικότητας της Θεραπείας (NTORS)

CHRISTINE GODFREY, DUNCAN STEWART AND MICHAEL GOSSOP

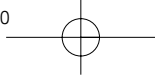
Μετάφραση: Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation: Alexandra Tzala

Στόχοι: Ερευνήθηκε μέρος του οικονομικού κόστους και οι συνέπειες της κατάχρησης ουσιών και της θεραπείας ανάμεσα σε άτομα που προσεγγίστηκαν από την (NTORS).

Σχεδιασμός: Μακρόχρονη μελέτη προοπτικής σε ομάδες. Συμμετείχαν 549 άτομα από 54 προγράμματα διαμονής και θεραπείας στην κοινότητα. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από συνεντεύξεις που διεξήχθησαν κατά την εισαγωγή σε πρόγραμμα και τον πρώτο χρόνο και δεύτερο χρόνο της μελέτης follow-up.

Μετρήσεις: Το κόστος της θεραπείας περιλάμβανε την ενδεδειγμένη και άλλες θεραπείες για την τοξικοεξάρτησης. Υπολογίστηκε το κόστος για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, την εγκληματική δραστηριότητα και τη χρήση πόρων της ποινικής δικαιοσύνης. Το κόστος βασίστηκε σε αυτό-αναφορές που συγκεντρώθηκαν από



110 Εξαρτήσεις

δομημένες, πρόσωπο-με-πρόσωπο συνεντεύξεις σε συνδυασμό με τις εκτιμήσεις που προέρχονται από ένα εύρος πηγών.

Ευρήματα: Η θεραπεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες κόστισε 2,9 εκατομμύρια λίρες πριν την ενδεδειγμένη θεραπεία, και επιπλέον 4,4 εκατομμύρια λίρες για τα επόμενα δυο χρόνια. Τα οικονομικά οφέλη αφορούσαν κατά το μεγαλύτερο μέρος τους την μείωση του εγκλήματος και του κόστους των θυμάτων από εγκλήματα. Το κόστος των εγκλημάτων μειώθηκε κατά 16,1 εκατομμύρια λίρες τον πρώτο χρόνο, και κατά 11,3 εκατομμύρια λίρες κατά τη διάρκεια του δεύτερου χρόνου. Το κόστος για τη φροντίδα της υγείας ήταν σχετικά μικρό αλλά περίπου διπλασιάστηκε κατά τη διάρκεια αυτής της έρευνας. Το ποσοστό των συνεπειών για την καθαρή επένδυση στη θεραπεία ποίκιλλε από 18:1 μέχρι 9,5:1 ανάλογα με τις υποθέσεις. Αυτό όμως αποτελεί ένα μάλλον συντηρητικό υπολογισμό των αναλογιών οφέλους-κόστους, γιατί πολλά πιθανά οφέλη δεν περιλήφθηκαν στον υπολογισμό.

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα έδειξαν πως υπάρχουν καθαρά οικονομικά οφέλη από τη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων στην Αγγλία.

"Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: two year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)"
Addiction, Volume 99, Number 6, June 2004

Η κλίμακα για τις αντιλήψεις σχετικά με τον τζόγο: ανάπτυξη, επιβεβαιωτικός παράγοντας εγκυρότητας και ψυχομετρικές ιδιότητες

NAMRATA RAYLU AND TIAN P. S. OEI

Μετάφραση: Αλεξάνδρα Τζάλα

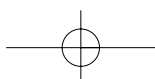
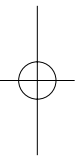
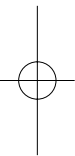
Translation: Alexandra Tzala

Στόχοι: Ο σκοπός είναι η ανάπτυξη και η επικύρωση ενός τρόπου μέτρησης για το εύρος των αντιλήψεων σχετικά με τον τζόγο από τζογαδόρους.

Σχεδιασμός και Συμμετέχοντες: Συμμετείχαν 968 εθελοντές από κοινοτικό πληθυσμό. Έγινε τυχαία ένταξη σε δυο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα εκτελέστηκε περιστροφή varimax με βασικό άξονα παραγόντων και επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση στη δεύτερη ομάδα για την εύρεση της καταλληλότερης λύσης.

Μετρήσεις: Για αυτήν την έρευνα αναπτύχθηκε η κλίμακα για τις αντιλήψεις σχετικά με τον τζόγο και χρησιμοποιήθηκαν επίσης το South Oaks Gambling Screen (SOGS; Leisure & Blume, 1987), η Κλίμακα Προδιάθεσης προς τον Τζόγο (Motivation Towards Gambling scale, MTGS; Chantal, Vallerand & Vallierew, 1994) και η Κλίμακα για την Κατάθλιψη, Άγχος, Στρες (Depression Anxiety Stress) (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995).

Ευρήματα: Πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση διερεύνησης στο μισό δείγμα η οποία υπέδειξε πέντε παράγοντες που περιλαμβάνουν την αίσθηση του έλεγχου/ μεροληψία (GRCS-IB), την ψευδαίσθηση του ελέγχου (GRCS-IC), την προβλεψιμότητα του ελέγχου (GRCS-PC), τις προσδοκίες σχετικά με τον τζόγο (GRCS-GE) και την αντιλαμβανόμενη ανικανότητα για την αποχή από τον τζόγο (GRCS-IS). Αυτά εξήγησαν το 70% της συνολικής μεταβλητότητας. Η επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων με τη χρήση του δευτε-



ρου μισού του δείγματος επιβεβαίωσε ότι η λύση των πέντε-παραγόντων είναι η πιο κατάλληλη για τα δεδομένα. Οι συντελεστές Cronbach's alpha ποικίλουν από 0,77 μέχρι 0,91 και 0,93 στην συνολική κλίμακα.

Συμπεράσματα: Αυτή η μελέτη έδειξε ότι τα 23 μέρη του ερωτηματολογίου για την αίσθηση του ελέγχου έχουν καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και έτσι, είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την αναγνώριση του ελέγχου ανάμεσα στους μη τζογαδόρους. Αποτελεί το πρώτο βήμα για την δημιουργία και την προσαρμογή παρόμοιων εργαλείων για τους προβληματικούς τζογαδόρους καθώς και για την ανάπτυξη περισσότερο εξειδικευμένων εργαλείων για την προσέγγιση συγκεκριμένων τομέων του ερωτηματολογίου.

Λέξεις κλειδιά: προβληματικοί τζογαδόροι, αντίληψη, τζόγος, κοινότητα, ανάλυση επιβεβαιωτικών παραγόντων

"The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties"
Addiction, Volume 99, Number 6, June 2004

Ένωση για τη Μελέτη των Εξαρτήσεων (SSA)

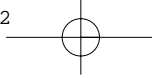
GILLIAN TOBER, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΣΤΗΝ ΕΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Μετάφραση: Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation: Alexandra Tzala

Η Ένωση για τη Μελέτη των Εξαρτήσεων (SSA) είναι μια μαθησιακή ένωση, μια εταιρεία με μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα, ένας ανεξάρτητος οργανισμός που προωθεί την έρευνα, την κοινωνική πολιτική και τη θεραπεία για τις εξαρτήσεις. Ιδρύθηκε στο Λονδίνο το 1884 με σκοπό την προώθηση της βασιζόμενης σε έρευνα -κατανόηση του αλκοολισμού και αποτελεί την παλαιότερη ένωση στο είδος της. Στην αρχή το έργο της ένωσης βασίστηκε σε μια πολιτική αναζήτησης, εμπλουτισμού και επεξεργασίας των στοιχείων και παρέμεινε πιστή σε αυτήν την οργανωτική αρχή καθ' όλη τη διάρκεια της πορείας της. Αρχικώς οδηγούμενη από ιατρικά και πολιτικά συμφέροντα η Ένωση αναπτύχθηκε για να περιλάβει μια ευρύτερη επιστημονική βάση που αντανάκλα την επέκταση του ενδιαφέροντος στον τομέα των εξαρτήσεων από την επιστήμη της βιολογίας, της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας, στη νοσηλευτική, στην κοινωνική εργασία, στους επιμελητές αναστολής και σε άλλες πτυχές του ποινικού δικαίου και του εθελοντισμού από επαγγελματίες. Σήμερα τα μέλη της περιλαμβάνουν ερευνητές, ιατρούς και φορείς χάραξης πολιτικής από όλους αυτούς τους χώρους, η πλειοψηφία των οποίων κατοικεί και εργάζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι διεθνής συμμετοχές καλύπτουν περίπου το ένα τρίτο των συνολικών συμμετοχών και γίνονται τώρα προσπάθειες για την επέκταση των συνεργασιών με άλλες εθνικές ενώσεις στο χώρο. Οι δραστηριότητες της Ένωσης επικεντρώνονται στα περιοδικά της Ένωσης, «Εξάρτηση» (Addiction) και «Βιολογία των Εξαρτήσεων» (Addiction Biology), άλλες εκδοτικές δραστηριότητες, το ετήσιο συμπόσιο και έναν αριθμό πολιτικών πρωτοβουλιών.

"The Society for the Study of Addiction (SSA)"
Addiction, Volume 99, Number 6, June 2004



Η κατάθλιψη και η επιθετικότητα ως παράγοντες πρόβλεψης μακρόχρονων αποτελεσμάτων για τους χρήστες οπιοειδών

SANDHYA R. RAO, KIRK M. BROOME AND D. DWAYNE SIMPSON

Μετάφραση: Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation: Alexandra Tzala

Στόχοι: Αυτή η έρευνα άντλησε στοιχεία από την Έρευνα Αποτελεσματικότητας της Θεραπείας από τη Χρήση Ουσιών (DATOS) για να ερευνησει τη σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη πριν τη θεραπεία και την επιθετικότητα με τη χρήση ουσιών και την εγκληματική συμπεριφορά κατά τον 1^ο και τον 5^ο χρόνο μετά τη θεραπεία σε μια follow-up μελέτη ασθενών με και χωρίς πρόσθετη για θεραπευτική εμπλοκή τον χρόνο που προηγήθηκε του follow-up.

Σχεδιασμός: Οι εισαγωγές σε πρόγραμμα μεθαδόνης παρακολουθήθηκαν περίπου 1 και 5 χρόνια μετά ακολουθώντας ένα νατουραλιστικό, μη πειραματικό σχεδιασμό αξιολόγησης. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση πολλαπλής λογισμικής παλινδρόμησης.

Χώρος: Περιλήφθηκαν περίπου 18 προγράμματα από το DATOS.

Συμμετέχοντες: Περιλήφθηκε ένα αναλυτικό δείγμα αποτελούμενο από 727 άτομα τον 1^ο χρόνο και 432 άτομα τον 5^ο χρόνο του follow-up.

Ευρήματα: Οι αναλύσεις των πολλαπλών λογισμικών παλινδρομήσεων δείχνουν ότι, όσο μεγαλύτερη ήταν η κατάθλιψη τόσο μικρότερη ήταν η χρήση ουσιών το χρόνο που προηγήθηκε καθεμιά από τις follow-up έρευνες, ενώ όσο μεγαλύτερη ήταν η επιθετικότητα, τόσο μεγαλύτερη ήταν η χρήση ουσιών και τόσο περισσότερες οι συλλήψεις σε κάθε follow-up. Επίσης, αυτές οι σχέσεις πρόβλεψης γίνονται εμφανείς μόνο σε άτομα που δεν εμπλέκονται σε επιπρόσθετες θεραπείες.

Συμπεράσματα: Η κατάθλιψη και η επιθετικότητα έδειξαν να έχουν αντίθετες σχέσεις με τα αποτελέσματα υπογραμμίζοντας την ανάγκη αξιολόγησης αυτών των ψυχολογικών συνθηκών ξεχωριστά και τη σχεδίαση κατάλληλων θεραπευτικών πλάνων.

Λέξεις κλειδιά: κατάθλιψη, επιθετικότητα, μακρόχρονη follow-up

"Depression and hostility as predictors of long-term outcomes among opiate users"
Addiction, Volume 99, Number 5, May 2004

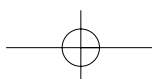
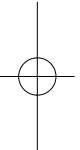
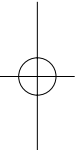
Ο βαθμός της ενέσιμης χρήσης ουσιών ως καθοριστικός παράγοντας της συνεχιζόμενης αποχής από την ενέσιμη χρήση ανάμεσα σε χρόνιους χρήστες: η διαχωριστική γραμμή στους κοινωνικούς παράγοντες και στη χρήση των υπηρεσιών

JULIE BRUNEAU, SUSAN B. BROGLY, MARK W. TYNDALL, FRANÇOIS LAMOTHE AND EDUARDO L. FRANCO

Μετάφραση: Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation: Alexandra Tzala

Στόχοι: Το αντικείμενο της έρευνας είναι η αναγνώριση παραγόντων που σχετίζονται με την μακρόχρονη αποχή από την ενέσιμη χρήση ουσιών και την περαιτέρω εξέταση της σχέσης



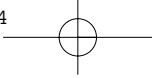
ανάμεσα στη συνεχόμενη αποχή από την ενέσιμη χρήση (IDUs) και στην προηγούμενη συχνότητα της ενέσιμης χρήσης.

Σχεδιασμός και Χώρος: Περιλήφθηκαν οι χρήστες ουσιών που έκαναν ενέσιμη χρήση στο Μόντρεαλ St.Luc Cohort και είχαν περάσει τουλάχιστον από 3 συνεχόμενες συνεντεύξεις στο χρονικό διάστημα από το 1995 έως το 1999. Ως μακρόχρονη αποχή από την ενέσιμη χρήση ορίστηκε η περίοδος αποχής για τουλάχιστον 7 συνεχόμενους μήνες. Όλα τα άτομα που έκαναν ενέσιμη χρήση συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια συνέντευξης όσον αφορά στα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά, στις ουσίες και στις σεξουαλικές συμπεριφορές και στα θέματα σχετικά με την υγεία. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η λογιστική παλινδρόμηση.

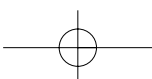
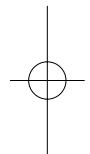
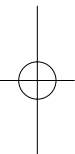
Ευρήματα: 186/1004 (18,5%) άτομα που έκαναν ενέσιμη χρήση ουσιών ανέφεραν μια περίοδο συνεχόμενης αποχής από την ενέσιμη χρήση κατά την περίοδο της έρευνας. Στην ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών, η ύπαρξη της νόσου HIV και ο συσσωρευμένος χρόνος παραμονής στη φυλακή ήταν αρνητικά συνδεδεμένα με την αποχή από την ενέσιμη χρήση ουσιών, ενώ η έναρξη ενέσιμης χρήσης μετά τα 35 χρόνια και η συχνή χρήση κρακ ήταν θετικά συνδεδεμένες με την αποχή από την ενέσιμη χρήση ουσιών. Βρήκαμε αρνητικό συσχετισμό ανάμεσα στο γεγονός της αποχής από την ενέσιμη χρήση και στην τακτική ενέσιμη χρήση Η αναλογία πιθανοτήτων (OR) για την αποχή ήταν 0,49 (95% CI: 0.03, 0.78) για τα άτομα που έκαναν 30-100 ενέσιμες χρήσεις και 0,21 (95% CI: 0.10,0.46) για τα άτομα που έκαναν περισσότερες από 100 ενέσιμες χρήσεις κατά τον προηγούμενο μήνα. Η παρακολούθηση προγραμμάτων ανταλλαγής συριγγών ή η ενημέρωση από τα φαρμακεία φάνηκε να μετατρέπει τη σχέση μεταξύ της αποχής και της προηγούμενης συχνότητας της ενέσιμης χρήσης. Η αναλογία πιθανοτήτων ήταν 0,68 (95% CI.42, 1.12) για τα άτομα που έκαναν 30 με 100 ενέσιμες χρήσεις ουσιών και παρακολουθούσαν προγράμματα ανταλλαγής συριγγών ή ενημέρωσης από τα φαρμακεία και 0,07 (0,01, 0,30) για τους χρήστες που δεν έκαναν χρήση αυτών των υπηρεσιών.

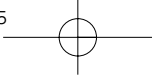
Συμπεράσματα: Συνολικά, το ένα πέμπτο των ατόμων που έκανε ενέσιμη χρήση βίωσε τουλάχιστον ένα επεισόδιο αποχής επτά μηνών ή παραπάνω από την ενέσιμη χρήση κατά τη διάρκεια των 4,5 χρόνων. Τα δεδομένα μας υποστηρίζουν ότι τα προγράμματα ανταλλαγής συριγγών και ενημέρωσης από τα φαρμακεία μπορεί να έπαιξαν κάποιο ρόλο στη μείωση των επεισοδίων αποχής από την ενέσιμη χρήση σε μια υποομάδα ατόμων που κάνουν ενέσιμη χρήση. Χρειάζεται η διεξαγωγή έρευνας για την καλύτερη αναγνώριση των χαρακτηριστικών των ατόμων που κάνουν ενέσιμη χρήση και θα μπορούσαν να ωφεληθούν από μια παρεμβατική στρατηγική αποχής από την ενέσιμη χρήση. Αυτή η πληροφορία είναι σημαντική για τον προγραμματισμό της κοινωνικής πολιτικής και της πολιτικής της υγείας.

"Intensity of drug injection as a determinant of sustained injection cessation among chronic drug users: the interface with social factors and service utilisation"
Addiction, Volume 99, Number 6, June 2004



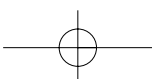
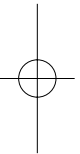
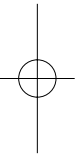
114 *Εξαοτήσεις*

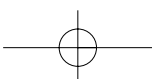
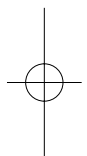
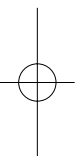
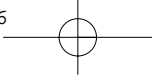




ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ
FOR THE READER

4





ΝΕΑ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ

ΑΠΟ ΤΟ ΡΕΜΟ ΑΡΜΑΟ, ΤΗ ΜΑΡΙΝΑ ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΙΡΗΝΗ ΚΑΤΣΑΜΑ
BY REMOS ARMAOS, MARINA DASKALOPOULOU AND IRENE KATSAMA

Ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα του φθινοπώρου στο χώρο των εξαρτήσεων ήταν η ετήσια συνάντηση των εκδοτών διεθνών επιστημονικών περιοδικών του χώρου, που πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο στην Ύδρα. Με τη συμμετοχή κορυφαίων εκδοτών από την Ευρώπη και την Αμερική η συνάντηση ασχολήθηκε με τη βελτίωση της ποιότητας των υποβαλλόμενων προς έκδοση άρθρων με ζητήματα λογοκλοπής και εκδοτικής ηθικής, συγγραφικά δικαιώματα κ.ά. (βλ. Εκδοτικό Σημείωμα τεύχους).

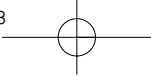
Συνεχίστηκαν επίσης οι καθιερωμένες εκπαιδευτικές και επιστημονικές συναντήσεις, όπως το μακροχρόνιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. «Συμβουλευτική στον τομέα της τοξικοεξάρτησης: Οι γνώσεις, οι δεξιότητες και η στάση στην επαγγελματική πρακτική», στο πλαίσιο του οποίου επισκέφθηκε τη χώρα μας ο καθηγητής Marc Schuckit. Οι *Εξαρτήσεις* φιλοξενούν στο παρόν τεύχος τη σύντομη αλλά πολύ ενδιαφέρουσα συνέντευξη που παραχώρησε σε συντελεστές του περιοδικού κατά τη διάρκεια της εδώ παραμονής του.

Η στήλη έχει συγκεντρώσει όπως πάντα ειδήσεις για επικείμενα συνέδρια και σεμινάρια στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, πηγές πληροφόρησης στο διαδύκτιο και εκδοτικά νέα.

ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΚΑΝΝΑΒΗ ΟΛΟ ΚΑΙ ΠΙΟ ΔΡΑΣΤΙΚΗ; ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΕΚΠΝΤ

Μια νέα έρευνα που δημοσιοποιήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΠΝΤ) έδειξε ότι σήμερα η κάνναβη μπορεί να είναι ως ουσία πιο δραστική από άλλοτε και ότι τυχόν αυξημένη επίδρασή της θα μπορούσε να οδηγήσει στη δημιουργία περισσότερων προβλημάτων υγείας για τους χρήστες. Η δραστικότητα της κάνναβης εξαρτάται από το ποσοστό του βασικού ενεργού συστατικού Δ9 – τετραϋδροκανναβινόλη (THC) που περιέχει. Οι εκτιμήσεις για αύξηση της δραστικότητας της ουσίας είναι ανησυχητικές, καθώς η κάνναβη είναι η πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία στην ΕΕ, σε πολλές χώρες της οποίας αναφέρεται ότι οι τιμές επικράτησής της σε όλη τη διάρκεια ζωής ξεπερνούν το 20%. Επιπλέον, ο αριθμός αυτών που πειραματίζονται και κάνουν χρήση κάνναβης έχει αυξηθεί δραματικά την τελευταία δεκαετία.

Η έρευνα αναφέρει ότι, όταν υπολογίζεται η συνολική δραστικότητα των προϊόντων της κάνναβης που διατίθενται στην ευρωπαϊκή αγορά, δεν προκύπτουν αποδείξεις για αύξηση της δραστικότητας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η εισαγόμενη κάνναβη κυριαρχεί στην αγορά εδώ και πολλά χρόνια. Σε χώρες, ωστόσο, όπου παρατηρείται συνολική αύξηση της δραστικότητας της κάνναβης (π.χ. στην Ολλανδία), αυτό, σχεδόν αποκλειστικά, οφείλεται στην αυξημένη κατανάλωση κάνναβης που παρασκευάζεται στο σπίτι, όπου και καλλιεργείται με τη χρήση εντατικών τεχνικών.



Καλλιέργεια κάνναβης γίνεται σήμερα στις περισσότερες, αν όχι σε όλες, τις ευρωπαϊκές χώρες, αλλά τα εισαγόμενα προϊόντα χρησιμοποιούνται σε πιο ευρεία κλίμακα. Η φυτική κάνναβη που καλλιεργείται με υδροπονία στην ΕΕ είναι υψηλής δραστηριότητας, συχνά δυο με τρεις φορές περισσότερο δραστική από τη φυτική κάνναβη που εισάγεται από χώρες της Β. Αφρικής, την Καραϊβική και την Άπω Ανατολή (όπου καλλιεργείται με φυσικούς τρόπους στην ύπαιθρο και όπου η αποθήκευση και ο χρόνος μεταφοράς μειώνουν το ποσοστό του THC). Αν και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες παρατηρείται σε κάποιο βαθμό εντατική παραγωγή κάνναβης στο σπίτι, το ποσοστό αυτού του τύπου της ουσίας στην αγορά υπολογίζεται ότι είναι μικρό. Ωστόσο, υπάρχουν ανησυχίες ότι μπορεί να αυξάνεται, πράγμα που τονίζει την ανάγκη για καλύτερη παρακολούθηση της αγοράς. Στην Ολλανδία, όπου τα επίπεδα εντατικής καλλιέργειας κάνναβης στο σπίτι είναι σχετικώς υψηλά, υπολογίζεται ότι πάνω από τη μισή αγορά κάνναβης καταλαμβάνουν προϊόντα που καλλιεργούνται τοπικά.

Αν τα προϊόντα από την εντατικοποίηση της καλλιέργειας κάνναβης καταλαμβάνουν μεγαλύτερο τμήμα της αγοράς στο μέλλον, ποιες θα είναι οι επιπτώσεις στην υγεία των χρηστών; Ένα βασικό αναπάντητο ερώτημα είναι αν τα άτομα που καπνίζουν υψηλής δραστηριότητας κάνναβη μπορούν απλά να κάνουν χρήση μικρότερης ποσότητας της ουσίας, προκειμένου να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα. Σε αυτή την περίπτωση, η χρήση υψηλής δραστηριότητας κάνναβης μπορεί να μην καταλήξει απαραίτητα σε μεγαλύτερη έκθεση στην ουσία (υψηλότερα επίπεδα THC στο αίμα) ή σε μεγαλύτερους κινδύνους υγείας.

Είναι πιθανόν ότι κάποια προβλήματα υγείας και συγκεκριμένα σοβαρά περιστατικά (όπως κρίσεις πανικού και μικρότερα ψυχολογικά προβλήματα) μπορεί να εμφανίζονται περισσότερο στους χρήστες που κάνουν χρήση υψηλής δραστηριότητας κάνναβης. Επιπλέον, δεδομένης της αυξανόμενης ανησυχίας για πιθανό συσχετισμό της χρήσης κάνναβης και των σοβαρών μακροχρόνιων ψυχολογικών προβλημάτων, οι αρνητικές επιπτώσεις από τη χρήση υψηλής δραστηριότητας κάνναβης δεν μπορεί να αποκλειστούν ως πιθανότητα.

Περισσότερες πληροφορίες: InfoPoint στο <http://www.emcdda.eu.int>

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

Μια σειρά νέων αναφορών σχετικά με την κατάσταση της χρήσης ουσιών σε κάθε ευρωπαϊκή χώρα είναι διαθέσιμη στον ιστοχώρο του ΕΚΠΝΤ (το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία). Στόχος των σύντομων αυτών αναφορών είναι να παρουσιάσουν σε ερευνητές, δημοσιογράφους, σε όσους χαράσσουν πολιτική για τα ναρκωτικά αλλά και στο γενικό κοινό τα πιο πρόσφατα δεδομένα, τις τάσεις και τα βασικά χαρακτηριστικά της κατάστασης του προβλήματος των ναρκωτικών σε κάθε χώρα και την εθνική πολιτική που αυτή εφαρμόζει.

Στην παρούσα φάση είναι διαθέσιμες αναφορές για τις νέες χώρες-μέλη της ΕΕ καθώς και για την Ελλάδα. Σύντομα αναμένεται να παρουσιαστούν οι αναφορές για τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες και την Νορβηγία. Οι πληροφορίες είναι διαθέσιμες στον αναγνώστη. Συνοπτικοί πίνακες με κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα και άλλες στατιστικές για τον πληθυσμό παρουσιάζονται μαζί με σύντομο αφηγηματικό υλικό. Κάθε αναφο-

ρά περιλαμβάνει πέντε κατηγορίες στοιχείων, σύμφωνα με τους σταθερούς επιδημιολογικούς δείκτες του ΕΚΠΝΤ (χρήση ουσιών μεταξύ του γενικού πληθυσμού και των νέων, προβληματική χρήση, μολυσματικές ασθένειες σχετιζόμενες με τις ουσίες, θάνατοι σχετιζόμενοι με τις ουσίες και θνησιμότητα χρηστών ουσιών και αίτηση θεραπείας). Δίνονται επίσης στοιχεία για τη θεραπεία και τη μείωση της βλάβης, την αγορά των ουσιών, τη συνδεόμενη με τη χρήση ουσιών εγκληματικότητα, καθώς και βασικά σημεία της εθνικής νομοθεσίας και στρατηγικής κάθε χώρας για τα ναρκωτικά.

Για τη συλλογή των πληροφοριών έχουν συνεργαστεί τα τοπικά σημεία Reitox, η διεύθυνση των οποίων δίνεται στην αντίστοιχη ενότητα κάθε χώρας.

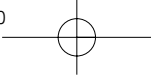
Πληροφορίες: <http://profiles.emcdda.eu.int>

ΗΜΕΡΙΔΑ «ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ»

Στο πλαίσιο του μακροχρόνιου εκπαιδευτικού προγράμματος «Συμβουλευτική στον τομέα της τοξικοεξάρτησης: Οι γνώσεις, οι δεξιότητες και η στάση στην επαγγελματική πρακτική», που διοργανώνεται από το ΚΕ.Θ.Ε.Α. και το Τμήμα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας Σαν Ντιέγκο, πραγματοποιήθηκε στις 27 Σεπτεμβρίου 2004 ημερίδα στην Αθήνα με θέμα: «Χρήση και σεξουαλικότητα». Στην ημερίδα συμμετείχαν ως ομιλητές έγκριτοι επιστήμονες από την Ελλάδα και τις ΗΠΑ με πλούσιο ερευνητικό, κλινικό και συγγραφικό έργο.

Σημαντική για την ελληνική επιστημονική κοινότητα ήταν η παρουσία του αμερικανού Καθηγητή Ψυχιατρικής, Marc Schuckit, ο οποίος τα τελευταία σαράντα χρόνια εργάζεται ως ερευνητής και κλινικός στον τομέα αντιμετώπισης της εξάρτησης από το αλκοόλ και άλλες τοξικές ουσίες. Στην εισήγηση του με θέμα: «Οι γενετικοί παράγοντες στις εξαρτητικές συμπεριφορές – DSM IV», έκανε λόγο για τις διαταραχές που μπορεί να προκληθούν από τη χρήση ουσιών, παρουσίασε στοιχεία για τη συν-νοσηρότητα, περιέγραψε τα βήματα για την αναγνώριση μιας διαταραχής της εξάρτησης και αναφέρθηκε στο ρόλο της χρήσης αλκοόλ στη δημιουργία διαταραχών. Αφού παρουσίασε τα κριτήρια του DSM IV για την αναγνώριση της εξάρτησης από ουσίες, επεσήμανε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε οικογένειες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών και στα αποτελέσματα τους σχετικά με τις γενετικές επιρροές που συμβάλλουν στην εξάρτηση. Την πολύ ενδιαφέρουσα εισήγησή του ολοκλήρωσε με προτάσεις για την πρόληψη και τη θεραπεία.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασαν και οι ομιλίες των Κ. Γκοτζαμάνη, Χ. Πουλόπουλου, Ν. Παρασκευόπουλου και David Deitch. Ο ψυχίατρος κ. Γκοτζαμάνης αναφέρθηκε στην επίδραση των ουσιών στη σεξουαλική λειτουργία τόσο κατά τη διάρκεια της χρήσης τους και μετά τη διακοπή της. Μεταξύ άλλων επεσήμανε ότι οι πρώην χρήστες έχουν ξοδέψει κρίσιμα από αναπτυξιακή άποψη χρόνια κάτω από την επίδραση κάποιας ουσίας. Η επιστροφή στη ζωή χωρίς τη χρήση σηματοδοτείται από έλλειψη εμπειριών που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων. Επιπλέον, το πρόβλημα περιπλέκουν συχνά σωματικές ασθένειες που συνδέονται με τη χρήση (π.χ. ηπατίτιδα C). Για τους παραπάνω λόγους, η συνολική λειτουργικότητα των απεξαρτημένων μπορεί να ωφεληθεί σημαντικά από την παροχή θεραπείας και συμβουλευτικής στήριξης.



- Ο Δρ. Χ. Πουλόπουλος, διευθυντής του ΚΕ.Θ.Ε.Α., επεσήμανε τη συσχέτιση της κακοποίησης στην παιδική ηλικία με τη χρήση ουσιών στην ενήλικη ζωή. Μεγάλο ενδιαφέρον είχαν οι αναφορές του σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην χώρα μας οι οποίες καταδεικνύουν ότι μολονότι η εξάρτηση αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο στο οποίο αλληλεπιδρούν ατομικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί και άλλοι παράγοντες, η σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί παράγοντα υψηλής επικινδυνότητας για την εμφάνισή της. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσίασε, στην Ελλάδα, σε έρευνα που πραγματοποίησε το ΚΕ.Θ.Ε.Α. το 2001 για τα άτομα (N=359) που εισήχθησαν σε θεραπευτική κοινότητα το 1994 και 1995, το 40% των γυναικών ανέφεραν ότι είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση σε σύγκριση με το 8,9% των ανδρών. Επίσης, τα ποσοστά σωματικής κακοποίησης τα οποία αναφέρθηκαν ήταν 53,3% και 20,1% αντίστοιχα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει μια σαφής συσχέτιση μεταξύ της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης των εξαρτημένων γυναικών και της χρήσης παράνομων ουσιών.
- Ο καθηγητής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας Σαν Ντιέγκο David Deitch μίλησε μεταξύ άλλων για την υπερσεξουαλικότητα ως διαταραχή, καθώς η σεξουαλική συμπεριφορά εφόσον εμπεριέχει στοιχεία και χαρακτηριστικά εξάρτησης, τις περισσότερες φορές χρειάζεται θεραπευτική αντιμετώπιση. Παράλληλα έκανε αναφορά στις θεραπευτικές παρεμβάσεις αντιμετώπισης.
- Ο Ν. Παρασκευόπουλος, καθηγητής Νομικής στο Α.Π.Θ. και Πρόεδρος του Δ.Σ. του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και έκανε λόγο για τα θέματα παρέκκλισης και ποινής στην ερωτική ζωή. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε όλες οι καταχρήσεις ουσιών και γενικά οι εξαρτήσεις δημιουργούν προβλήματα στον άνθρωπο, αφού – αν μη τι άλλο και εξ' ορισμού – τον δεσμεύουν. Είναι αυτονόητο ωστόσο ότι διαφέρουν κατά πολύ οι περιπτώσεις όπου η εξάρτηση αφορά ένα είδος συμπεριφοράς επώδυνο ή βιολογικά και κοινωνικά επιβλαβές, από άλλες που αφορούν συμπεριφορές ήπιες ή χωρίς απαξία.

Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΑΝΗΣΥΧΙΑ

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει πρόσφατο μήνυμα της διευθύντριας του NIDA (The National Institute on Drug Abuse) των Η.Π.Α. Nora D. Volkow. Όπως αναφέρει η κ. Volkow, πρόσφατες ειδήσεις έχουν επισημάνει τον αυξανόμενο αριθμό εφήβων και ενηλίκων οι οποίοι κάνουν κατάχρηση συνταγογραφούμενων ουσιών και κυρίως παυσίπων. Για παράδειγμα, NIDA πραγματοποίησε έρευνα το 2003 με θέμα: "Παρακολουθώντας το μέλλον» σε μαθητές της Β' τάξης γυμνασίου και της Α' και Γ' τάξης λυκείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 10,5% των μαθητών της Γ' λυκείου ανέφερε πως κάνει χρήση Vicodin για μη ιατρικούς λόγους, και το 4,5% της ίδιας ομάδας ανέφερε ότι κάνει χρήση OxyContin χωρίς συνταγή γιατρού.

Παυσίωνα όπως το Vicodin και το OxyContin είναι οπιοειδή με πολύ ισχυρή αναλγητική δράση. Θα πρέπει όμως να λαμβάνονται με προσεκτική παρακολούθηση από γιατρό. Λάθη στη χορήγηση των ουσιών αυτών μπορούν να προκαλέσουν εξάρτηση, καθώς δρουν στα ίδια σημεία του εγκεφάλου με την ηρωίνη.

Επισημαίνεται ότι τα παυσίωνα Vicodin και το OxyContin μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματικά, όταν υφίστανται πραγματικοί ιατρικοί λόγοι. Η χρήση τους όμως χωρίς ιατρική πα-

ρακολούθηση ή για μη ιατρικούς λόγους μπορεί έχει σοβαρές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένου και του θανάτου από λήψη υπερβολικής δόσης.

Ως γιατρός η κ. Volkow, εφιστά τη προσοχή στους γιατρούς σχετικά με την πιθανότητα κατάχρησης αυτών των ουσιών. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει λόγος να ανησυχούν ούτε οι γιατροί ούτε οι ασθενείς για τις περιπτώσεις που γίνεται νόμιμη χρήση παυσίπονων ή άλλων συνταγογραφημένων ουσιών για συγκεκριμένη ιατρική ανάγκη. Η συγγραφέας του άρθρου επισημαίνει επίσης στους νέους ανθρώπους και στους γονείς τους ότι τα συνταγογραφούμενα φάρμακα προορίζονται για θεραπευτική αγωγή και ότι η ακατάλληλη χρήση τους μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες. Συνιστά στους γονείς, στους παππούδες και στις γιαγιάδες και σε άλλους ενήλικες να ελέγχουν τα φαρμακεία των σπιτιών τους και να απομακρύνουν όλα τα συνταγογραφημένα φάρμακα των οποίων δεν γίνεται πλέον χρήση για την αντιμετώπιση κάποιας ιατρικής ανάγκης, ώστε να αποφευχθεί η διαθεσιμότητα των φαρμάκων αυτών και η πιθανότητα κακής χρήσης τους.

Πληροφορίες: <http://drugabuse.gov/about/welcome/message304.html>

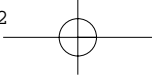
ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΑΙ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Πρόληψη των Ναρκωτικών και των Ασθενειών στη Φυλακή (ENDIPP), το WIAD και ο οργανισμός Cranstoun Drug Services οργανώνουν το 8ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο για τα Ναρκωτικά και τις Ασθένειες στη Φυλακή με τίτλο "Unlocking Potential – Making Prisons Safe for Everyone", από 7 ως 9 Ιουλίου 2005 στη Βουδαπέστη της Ουγγαρίας. Στο συνέδριο θα παρουσιαστούν εισηγήσεις σχετικές με τις θεματικές ενότητες που αφορούν, μεταξύ άλλων, τη μείωση της βλάβης, τη δουλειά με χρήστες ουσιών, την εμπλοκή των οικογενειών και της κοινότητας στην πρόληψη των ναρκωτικών και τη σημασία της θεραπευτικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά.

Πληροφορίες: <http://www.endipp.net>

EXIT

Ένα χρόνο κυκλοφορίας κλείνει η περιοδική έκδοση Exit του Εναλλακτικού Σχολείου Ενηλίκων του θεραπευτικού προγράμματος ΕΞΟΔΟΣ (ΚΕ.Θ.Ε.Α.). Γραμμένο και επιμελημένο από μέλη της ΕΞΟΔΟΥ και του Εναλλακτικού Σχολείου, το Exit είναι περιοδικό ποικίλης ύλης που δίνει το στίγμα του θεραπευτικού προγράμματος και, κυρίως, διαθέτει μια κεφάτη και φρέσκια ματιά μέσα από την οποία παρουσιάζονται θέματα από όλο τον κόσμο. Κεντρική θέση σε κάθε τεύχος καταλαμβάνει μία συνέντευξη με προσωπικότητα του δημόσιου βίου, από το χώρο της πολιτικής, της τέχνης κ.ά. Διανέμεται δωρεάν σε πολλά καταστήματα, βιβλιοπωλεία, φαρμακεία, περίπτερα, δημόσιες υπηρεσίες, οργανισμούς και κινηματογράφους της Λάρισας, όπου και η έδρα της ΕΞΟΔΟΥ. Τα στοιχεία επικοινωνίας του περιοδικού είναι: Exit, ΕΞΟΔΟΣ, 2° Χιλ. Λάρισας-Γιάννουλης, 41500 Λάρισα, τηλ.: 2410-251839, φαξ: 2410-251148, e-mail: info@exodos.org.gr



ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Στις προηγούμενες σελίδες διαβάσατε όσα εμείς επιλέξαμε ως σημαντικά, και πολύ πιθανόν να μας έχουν διαφύγει πολλά περισσότερα.

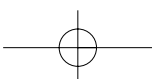
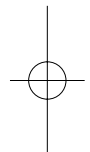
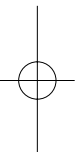
Ο στόχος μας είναι να γίνεται η στήλη όλο και πιο ζωντανή και ενδιαφέρουσα. Είμαστε ανοιχτοί να δημοσιεύσουμε, με τη σύμφωνη γνώμη του εκδότη, πληροφορίες και σχόλια που εσείς θα μας στείλετε για τη στήλη ΝΕΑ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ, ΚΕ.Θ.Ε.Α., Σορβόλου 24, 116 36, Αθήνα. Φαξ: +30 210 9241986, e-mail: exartisis@kethea.gr

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Τζόγος: Ξεπερνώντας το πάθος για τα τυχερά παιχνίδια –Ένας οδηγός αυτο-βοήθειας

ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΡΕΜΟ ΑΡΜΑΟ, ΜΑΡΙΝΑ ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ, ΕΙΡΗΝΗ ΚΑΤΣΑΜΑ, ANNA ΤΣΙΜΠΟΥΚΛΗ

Στη σειρά Ψυχολογική Βοήθεια και Αυτοεκπαίδευση των Εκδόσεων Ελληνικά Γράμματα κυκλοφορεί το βιβλίο του Alex Blaszczyński “Τζόγος, Ξεπερνώντας το πάθος για τα τυχερά παιχνίδια” σε μετάφραση Νίκου Βουλαλά και με την επιστημονική επιμέλεια της Αναστασίας Καλαντζή-Αζίζι. Το βιβλίο είναι καρπός της πολύχρονης εργασίας του συγγραφέα με παθολογικούς παίκτες τυχερών παιχνιδιών και παρουσιάζει με επιστημονική εγκυρότητα τόσο τα στάδια και τις διάφορες πτυχές του φαινομένου της παθολογικής ενασχόλησης με τον τζόγο όσο και ένα δομημένο πρόγραμμα αυτό-βοήθειας γνωστικής –συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης. Το βιβλίο μπορεί να χρησιμεύσει στους επαγγελματίες του τομέα αντιμετώπισης των εξαρτήσεων ως υποστηρικτικό υλικό και να αποτελέσει μια αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης για το ευρύ κοινό γύρω από το τόσο διαδεδομένο πρόβλημα του παθολογικού τζόγου. Το βιβλίο αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος αναπτύσσεται η προβληματική γύρω από το πώς ορίζεται το πρόβλημα, ποιες είναι οι ομάδες υψηλού κινδύνου, ποιες οι επιδράσεις στην οικογενειακή ζωή και πως μπορεί να θεραπευτεί ο προβληματικός τζογαδόρος. Το δεύτερο μέρος δίνει ιδιαίτερη έμφαση στα θέματα της αυτοβοήθειας και στην αξιοποίηση της γνωστικής –συμπεριφοριστικής μεθόδου στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Το βιβλίο ωστόσο δεν απευθύνεται μόνο στους παθολογικούς παίκτες και στις οικογένειές τους. Για τους ψυχοθεραπευτές και όσους θέλουν να ενημερωθούν με νεότερα επιστημονικά δεδομένα για το θέμα, το βιβλίο αυτό είναι μια σημαντική πηγή.



Publishing Addiction Science: A guide for the Perplexed
Edited by Thomas F.Babor, Kerstin Stenius and Susan Savva
ISAJE International Society of Addiction Journal Editors

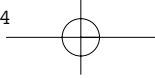
ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΩΡΓΙΑ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ

Κυκλοφόρησε πρόσφατα ένα βιβλίο που αφορά τις δημοσιεύσεις στο χώρο των εξαρτήσεων. Ο στόχος του είναι να δώσει κατευθύνσεις για τη βελτίωση των δημοσιεύσεων σε επιστημονικά περιοδικά, εστιάζοντας ιδιαίτερα στη δημοσίευση ερευνητικών στοιχείων γύρω από τις εξαρτήσεις. Το βιβλίο αναλύει σημαντικά ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας τα οποία μπορεί να φανούν χρήσιμα σε όλους τους επιστήμονες που επιθυμούν να κάνουν μια δημοσίευση, αλλά ιδιαίτερα σε τελειόφοιτους πανεπιστημιακών σχολών, σε νέους αλλά και επαγγελματίες ερευνητές.

Μεταξύ άλλων στο βιβλίο καλύπτονται ζητήματα που αφορούν στα συγγραφικά δικαιώματα, τη βοήθεια στη λήψη αποφάσεων σε ηθικά ζητήματα-διλήμματα αλλά και τις περιπτώσεις παραβίασης της επιστημονικής συμπεριφοράς. Επίσης, μεγάλη έμφαση δίνεται από τους συγγραφείς στο ζήτημα της γλώσσας, και ιδιαίτερα στη διασφάλιση της καλής και ποιοτικής απόδοσης σε των επιστημονικών όρων. Ακόμη στο βιβλίο περιλαμβάνονται χρήσιμες πρακτικές συμβουλές όπως είναι η επιλογή του περιοδικού, στο οποίο θα κατατεθεί ένα κείμενο, αλλά και σημαντικές «κατηγορίες-παγίδες» που πρέπει να προσέξει ένας συγγραφέας πριν τη δημοσίευση.

Οι συγγραφείς του βιβλίου είναι εκδότες επιστημονικών περιοδικών, ερευνητές και επιστήμονες που έχουν ασχοληθεί πολλά χρόνια στο χώρο των εκδόσεων επιστημονικών περιοδικών ιδιαίτερα στο χώρο των εξαρτήσεων. Το βιβλίο αυτό αποτελεί μια προσπάθεια να μεταδώσουν συμπυκνωμένα την μακρόχρονη εμπειρία τους ενισχύοντας τις προσπάθειες των ερευνητών και ουσιαστικά παρουσιάζοντας με μεθοδικότητα τί ζητάει ένα επιστημονικό έντυπο ώστε να μπορεί να φιλοξενήσει στις σελίδες του ένα επιστημονικά τεκμηριωμένο κείμενο. Πρόκειται για ένα χρήσιμο βιβλίο το οποίο σύντομα θα υπάρχει η δυνατότητα να διαβαστεί από την ιστοσελίδα www.isaje.net

Τέλος, θεωρούμε σκόπιμο μέσα από αυτή τη σελίδα να σας ενημερώσουμε ότι στο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων που θα πραγματοποιηθεί στην Κρήτη 10-14 Μαΐου 2005, θα πραγματοποιηθεί εκπαιδευτικό εργαστήριο που θα βασίζεται πάνω στο περιεχόμενο του βιβλίου. Στο σεμινάριο θα διδάξουν μεταξύ άλλων και μέλη της συγγραφικής ομάδας του βιβλίου. Συμμετοχή μπορούν να δηλώσουν όσοι συμμετέχουν στο συνέδριο, αλλά καθώς οι θέσεις είναι περιορισμένες καλό θα είναι να δηλώσετε το ενδιαφέρον σας νωρίς.



ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

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

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

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

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

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

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

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

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

ΕΚΤΑΣΗ

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

ΥΠΟΒΟΛΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΗ

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

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

Παρακαλήστε να αποστέλλεται τα άρθρα στην ακόλουθη διεύθυνση:

Για το Περιοδικό Εξαρτήσεις
ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Σορβόλου 24, 116 36 Αθήνα

είτε με email: exartisis@kethea.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

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

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

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

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

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

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

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

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

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

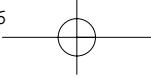
1. Cotton, N. (1987) The familial incidence of Alcoholism, *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 89-116.

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

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

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ

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



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

ΠΙΝΑΚΕΣ

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

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

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

ΑΝΑΤΥΠΑ

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

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

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

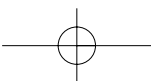
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

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

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

ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

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



INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

SUBMISSION

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

SUBMISSION GUIDELINES

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

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

ETHICAL STANDARDS

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

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

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

LENGTH

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

LANGUAGE

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

SUBMISSION AND LAYOUT

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

ELECTRONIC SUBMISSIONS

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

but can translate from most other common word-processing programs. Please specify which program you have used. Do not save your files as 'text only' or 'read only'.

ABSTRACT

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

REFERENCES

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

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

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

All authors should be included. Journal titles should not be abbreviated. Please include first

and last pages of book chapters. Where foreign language papers or books are cited, the title in English needs to be included in brackets after the foreign language version. Examples are:

Harvard

Abrams, D. B. & Wilson, G. T. (1979) Effects of alcohol on social anxiety in women: cognitive versus physiological processes. *Journal of Abnormal Psychology*, **88**, 161-173.
Blane, H. T. & Leonard, K. E. (1987) *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford Press.

Vancouver

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

ILLUSTRATIONS

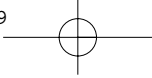
These should not be inserted in the text but each provided separately and numbered on the back with Figure numbers, title of paper and name of author. All photographs, graphs and diagrams should be referred to as Figures in the text and should be numbered consecutively in Arabic numerals (e.g. Fig. 3).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

ELECTRONIC ARTWORK

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

TABLES

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



REFEREING POLICY

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

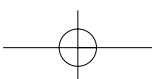
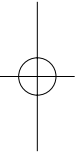
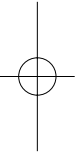
COPYRIGHT

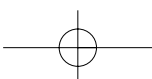
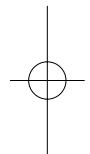
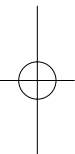
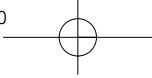
It is a condition of publication that authors vest copyright in their articles, including abstracts, in the Society for the Study of Addiction to Alcohol

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

OFFPRINTS

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





ΤΟ ΠΕΜΠΤΟ ΤΕΥΧΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ
ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΤΟΝ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟ ΤΟΥ 2004
ΣΕ 700 ΑΝΤΙΤΥΠΑ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ
ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
(ΚΕ.Θ.Ε.Α.)
ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ

Εποπτεία Έκδοσης Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ

Editing supervision Gerassimos NOTARAS

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

Typing
KETHEA Department of Education

Επιμέλεια Κειμένων - Διορθώσεις Όλγα ΣΕΛΛΑ

Proofreading Olga SELLA

Καλλιτεχνική Επιμέλεια Έκδοσης Βουβούλα ΣΚΟΥΡΑ

Illustration was by Vounoula SKOURA

Σχεδιασμός Λογότυπου Τέτη ΚΑΜΟΥΤΣΗ

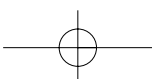
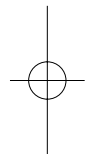
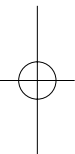
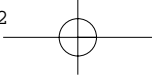
Logo Teti KAMOUTSI

Ηλεκτρονική Επεξεργασία - Σελιδοποίηση
Σταύρος ΜΠΕΛΕΣΑΚΟΣ

Typeset - Layout
Stavros BELESSAKOS

Εκτύπωση - Βιβλιοδεσία ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ

Publication - Binding SCHEMA AND CHROMA



Δελτίο ΠαραγγελίαςΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Θα ήθελα συνδρομή στο περιοδικό *Εξαρτήσεις* (ISSN 1109-5350) για το έτος 2005 (2 τεύχη)
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση:

.....

Πόλη: Τ.Κ.: Χώρα:

Τηλέφωνο: Fax: E-mail:

ΕΙΔΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣΕτήσια ατομική συνδρομή € 15,00Ετήσια συνδρομή φορέων € 20,00Ετήσια φοιτητική συνδρομή € 10,00**ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ** Με ταχυδρομική επιταγή Με τραπεζική επιταγή στο όνομα ΚΕ.Θ.Ε.Α.

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.

 Με κάρτα πληρωμής

Όνοματεπώνυμο:

Επιλέξτε τύπο κάρτας:

Mastercard VISA

Αριθμός κάρτας: Ημερομηνία λήξης:

Υπογραφή

Όσοι επιθυμείτε την έκδοση τιμολογίου παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο:

ΑΦΜ: ΔΟΥ:

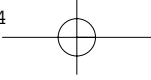
Διεύθυνση:

Πόλη: Τ.Κ.: Χώρα:

Τηλέφωνο:

Το παρόν έντυπο καθώς και το αποδεικτικό πληρωμής θα πρέπει να σταλούν στην παρακάτω διεύθυνση: ΚΕ.Θ.Ε.Α., Σορβόλου 24, Αθήνα, 116 36

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



Order Form

Please enter my subscription to Exartisis (ISSN 1109-5350) for 2005 (2 issues)

SUBSCRIBER DETAILS (PLEASE WRITE IN CAPITALS)

Name:

Address:

.....

City/Town: Postal Code: Country:

Telephone: Fax: E-mail:

ORDER DETAILS

Annual Personal Subscription € 15.00

Annual Agency/ Organisation Subscription € 20.00

Annual Student Subscription € 10.00

PAYMENT DETAILS

Payment enclosed by cheque, made payable to KETHEA.

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

Pay by credit card

Please fill in the following details in capitals:

Name:

Select card type:

Mastercard VISA

Card Number: Expiry Date:

Signature:

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

Name:

Address:

City/Town: Postal Code: Country:

Telephone:

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

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

