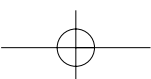
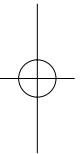
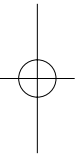


ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ • Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ • ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ  
DRUG ADDICTION IN GREECE • INTERNATIONAL EXPERIENCE • FOR THE READERS



**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, Ξενοφών ΣΕΛΠΕΣΑΚΗΣ,  
Αλεξάνδρα ΤΖΑΛΑ, Κωνσταντίνα ΥΦΑΝΤΗ,  
Γεωργία ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ

**Σύμβουλος Έκδοσης**

Griffith EDWARDS, Εκδότης του *Addiction*

**Διεθνής Συμβουλευτική Επιτροπή**

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

**Επιστημονική Επιτροπή Έκδοσης**

Δημοσθένης ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, Παναγιώτης ΓΕΩΡΓΑΚΑΣ,  
Δήμητρα ΓΚΕΦΟΥ-ΜΑΔΙΑΝΟΥ, Ανδρέας ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ,  
Αθανάσιος ΔΟΥΖΕΝΗΣ, Γιώργος ΚΑΛΑΡΡΥΤΗΣ,  
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, Xenofon SELPESAKIS,  
Alexandra TZALA, Constantina YFANTI,  
Georgia CHRISTOFILI

**Consultant Editor**

Griffith EDWARDS, Editor in Chief of *Addiction*

**International Editorial Advisory Group**

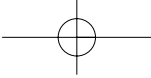
David DEITCH, Professor of Clinical Psychiatry,  
University of California San Diego  
Demetrius IATRIDIS, Professor, Social Policy Planning,  
Boston College Graduate School of Social Work  
Edward KAUFMAN, Professor of Clinical Psychiatry,  
University of California, Irvine and Editor of the  
*American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

**National Editorial Advisory Group**

Dimosthenis AGRAFIOTIS, Panagiotis GEORGAKAS,  
Dimitra GEFOU-MADIANOU, Andreas DIMITRIOU,  
Athanasios 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 George DeLeon – INTERVIEW with George DeLeon	7
1	<b>ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - DRUG ADDICTION IN GREECE</b> <i>Χρήση ουσιών στην εφηβεία: Παράγοντας φύλο και οικογενειακό ιστορικό.  Μία διαχρονική μελέτη στον πληθυσμό των εφήβων χρηστών  που προσέγγισαν το Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ κατά τα έτη 2001-2004  Σπυριδούλα Ζώτου, Μαρία Κοπακάκη  Drug abuse in adolescence: gender issues and family history.  A longitudinal study of the adolescents that approached the STROFI Network  during 2001-2004.  Zotou, S. &amp; Kopakaki, M.</i>	23
	<i>Αλκοολική εξάρτηση και ποιότητα ζωής:  Σύγχρονη ανασκόπηση του προβλήματος.  Ιωάννης Λιάππας και Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση  Alcohol dependence syndrome and quality of life:  Review of the problem.  Ioannis Liappas and Maria Ginieri-Cocccosis</i>	41
2	<b>Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ – INTERNATIONAL EXPERIENCE</b> <i>Ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ και χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή:  μια μελέτη follow up από τα 8 έως τα 42 χρόνια για γυναίκες και άνδρες  Age of Onset of Drinking and the Use of Alcohol in Adulthood:  A Follow-up Study from Age 8 to 42 for Females and Males  Tuuli Pitkänen, Anna-Liisa Lyyra, and Lea Pulkkinen</i>	57
3	<b>ΕΙΔΙΚΟ ΑΦΙΕΡΩΜΑ – LET'S FOCUS ON...</b>	80
4	<b>ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ – FOR THE READERS</b> <i>Νέα και γεγονότα – News and notes</i>	111
	<i>Οδηγίες προς τους συγγραφείς – Guidelines to the authors</i>	119



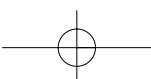
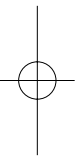
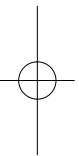
#### 4 Εξήρατησειζ

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

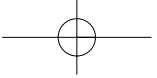
ΕΙΧΑΜΕ ΤΗΝ ΕΥΚΑΙΡΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ να τονίσουμε, σε προλογικά σημειώματα των *Εξαρτήσεων*, την έντονη παρουσία που έχει το ΚΕ.Θ.Ε.Α. σε διεθνές επίπεδο.

Από το 2001 είναι ειδικός σύμβουλος οργανισμός στο *Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο* (ECOSOC) των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ). Από το 1984 μέλος της *Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων* (WFTC). Τη στιγμή μάλιστα αυτή ο Διευθυντής ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι πρόεδρος της Συμβουλευτικής και Επιστημονικής Επιτροπής της Ομοσπονδίας. Από το 1999 ανήκει στους ειδικούς συνεργάτες της *Διεύθυνσης Πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών* (DPI). Το 1998 έγινε μέλος του διεθνούς δικτύου πρόληψης για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά *RADAR*. Από το 1996 είναι μέλος του *Διεθνούς Συμβουλίου για τα προβλήματα του Αλκοόλ και των Εξαρτήσεων* (ICAA). Από το 1994 είναι μέλος της *Διεθνούς Ομοσπονδίας Μη-Κυβερνητικών Οργανώσεων* για την πρόληψη της χρήσης ουσιών (IFNGO).

Αν τα αναφέρουμε όλα αυτά είναι για να πούμε ότι δεν είναι περιεργο πως το ΚΕ.Θ.Ε.Α., για δεύτερη φορά μέσα σε μια δεκαετία, οργάνωσε στην Ελλάδα το συνέδριο της *Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων* (EFTC), της οποίας το ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι μέλος από το 1984 και δια του Διευθυντή του, έχει σήμερα την αντιπροεδρία της Ομοσπονδίας. Την πρώτη φορά φιλοξενήθηκε από την *Ιθάκη* στη Θεσσαλονίκη το 1995 και εφέτος από την *Αριάδνη* στο Ηράκλειο της Κρήτης. Και τις δύο φορές την ευθύνη της επιστημονικής οργάνωσης του συνεδρίου είχε ο Τομέας Εκπαίδευσης του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Το φετινό συνέδριο, το οποίο τελούσε υπό την αιγίδα του Γενικού Γραμματέα του *Συμβουλίου της Ευρώπης* και του *Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας*, ήταν ιδιαίτερα επιτυχές από όλες τις απόψεις. Οι συμμετοχές έφτασαν το στόχο που είχε θέσει η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου υπό τη Μίρκα Γόντικα, μέλος του Δ.Σ. του ΚΕ.Θ.Ε.Α., δηλαδή τα 513 άτομα. Από αυτούς 166 ήταν ξένοι σύνεδροι, ενώ 60 ήταν μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. που παρουσίασαν εργασίες τους. Στον υπόλοιπο αριθμό των συνέδρων συγκαταλέγονται επιστήμονες και επαγγελματίες που ασχολούνται με τα θέματα των εξαρτήσεων οι οποίοι κάλυψαν όλους σχεδόν τους σχετικούς φορείς που διαθέτει η πατρίδα μας.

Οι επιστημονικές εργασίες, υψηλοτάτου επιπέδου, που παρουσιάστηκαν ήταν σε θέση να ανταποκριθούν στο ευρύτερο δυνατό φάσμα ενδιαφερόντων. Οι συμμετέχοντες στις πέντε ημέρες του συνεδρίου είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν μεταξύ 55 κύριων εισηγήσεων, 64 παρουσιάσεων σε στρογγυλά τραπέζια, 67 ελεύθερων προφορικών ανακοινώσεων, 23 εργαστηρίων (workshop) και 32 αναρτημένων ανακοινώσεων.



## 6 Εξαρτήσεις

Σημαντικές διεθνείς προσωπικότητες συμμετείχαν στο συνέδριο: ο David Deitch (ΗΠΑ), ο Griffith Edwards (Ηνωμένο Βασίλειο), ο Marc Schuckit (ΗΠΑ), ο George DeLeon (ΗΠΑ), ο *Ευρωπαίος Συνήγορος του Πολίτη* Νικηφόρος Διαμαντούρος, ο Isidor Obot της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας κ.ά.

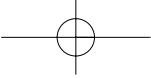
Στο πλαίσιο του συνεδρίου της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων συμμετείχαν και οι *Εξαρτήσεις* με ιδιαίτερο περίπτερο. Έντονη υπήρξε και η παρουσία διακεκριμένων μελών του ISAJE, της *Διεθνούς Επιτροπής Εκδοτών Περιοδικών για τις Εξαρτήσεις* της οποίας, όπως γνωρίζουν οι αναγνώστες μας, οι ελληνικές *Εξαρτήσεις* αποτελούν δραστήριο μέλος.

Ο Griffith Edwards του βρετανικού περιοδικού *Addiction*, εμπνευστής και ψυχή του ISAJE είχε πολλαπλή παρουσία. Εισηγήθηκε το θέμα: *Η ιστορία της θεραπευτικής προσπάθειας*. Μαζί με τους Antony Slater, πρόεδρο της EFTC, David Deitch, καθηγητή στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια, San Diego και Χάραλαμπο Πουλόπουλο, διευθυντή του ΚΕ.Θ.Ε.Α. έκαναν δημόσια συζήτηση με θέμα: *Σκέψεις για την Ανάπτυξη των Θεραπευτικών Κοινοτήτων*. Σε μια ειδική ενότητα του συνεδρίου υπό τον τίτλο: *Συνάντηση με τους ειδικούς*, πραγματοποιήθηκε το θέμα: *Εξαρτήσεις: πώς να εμβαθύνουμε στην αξία και ευχαρίστηση της επαγγελματικής μας ζωής*.

Η μέχρι πέρσι πρόεδρος του ISAJE Kerstin Stenius (Φινλανδία) παρουσίασε το θέμα: *Θεραπεία εξαρτημένων γυναικών στις Σκανδιναβικές χώρες*. Ενώ μαζί με τον Richard Pates (Ηνωμένο Βασίλειο) ήταν συντονιστές ενός εργαστηρίου με θέμα: *Η αξιοποίηση των επιστημονικών περιοδικών: Η διεθνής κοινότητα περιοδικών για τις εξαρτήσεις*.

As τελειώσουμε το σημείωμά μας αυτό τονίζοντας την πολύπλευρη συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας στις διαδικασίες του συνεδρίου. Τριάντα συμμετοχές φοιτητών του Πανεπιστημίου και του ΤΕΙ Ηρακλείου, ομάδα εθελοντών που συνέβαλαν στην άρτια διεξαγωγή των εργασιών αλλά και την απaráμιλλη κρητική φιλοξενία που επιφύλαξαν στους ξένους και έλληνες συνέδρους το προσωπικό, τα μέλη και ο σύλλογος οικογένειας του Θεραπευτικού Προγράμματος *Αριάδνη*.

Για την Συντακτική Επιτροπή  
ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΝΟΤΑΡΑΣ



*Εξαρτήσεις, τεύχος 8, 2005*

*Συνέντευξη με τον Dr George DeLeon*

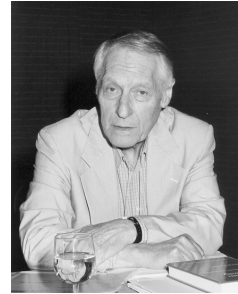
ΚΡΗΤΗ, 10 ΜΑΪΟΥ 2005, 10<sup>ο</sup> ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ  
ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

*Interview with Dr George DeLeon*

CRETE, MAY 10TH 2005, 10TH EUROPEAN CONFERENCE  
ON REHABILITATION AND DRUG POLICY

*Μετάφραση* ΓΕΩΡΓΙΑ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ

*Translation* GEORGIA CHRISTOFILI



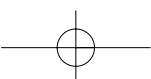
Στα πλαίσια του 10ου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου για την Επανάταξη και την Πολιτική για τα Ναρκωτικά, που πραγματοποιήθηκε το Μάιο του 2005 στο Ηράκλειο Κρήτης, είχαμε την ευκαιρία να συναντήσουμε και να πάρουμε συνεντεύξεις από τέσσερις διακεκριμένους ανθρώπους που έχουν να παρουσιάσουν πολύ σημαντικό έργο στο χώρο. Η πρώτη από τις συνεντεύξεις που παρουσιάζουμε σε αυτό το τεύχος είναι η συνέντευξη με τον καθηγητή έρευνας της Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης Dr. George De Leon, ο οποίος μας απάντησε σε ερωτήσεις που αφορούσαν το έργο και την πορεία της ζωής του.

Λίγα λόγια για τον Dr. George De Leon. Απέκτησε το Διδακτορικό του στον τομέα της ψυχολογίας, από το Πανεπιστήμιο Κολούμπια και από τότε ανέπτυξε μία μακρά και διακεκριμένη καριέρα στον τομέα της έρευνας των θεραπευτικών κοινοτήτων. Υπήρξε Διευθυντής Έρευνας στα προγράμματα του Phoenix και σε άλλες Θεραπευτικές Κοινότητες στην Αμερική. Ακόμα, εκτός από την τωρινή θέση του, ως Διευθυντή στο Κέντρο Έρευνας των Θεραπευτικών Κοινοτήτων (Center for Therapeutic Community Research-CTCR), είναι και καθηγητής έρευνας της Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης.

Εκτός από ερευνητής, ο Dr. George De Leon είναι και σύμβουλος της Αμερικάνικης Ακαδημίας Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας στον τομέα των Εξαρτήσεων (American Academy of Health Care Providers in the Addictive Disorders), που αποτελεί τον κύριο εθνικό οργανισμό πιστοποίησης των επαγγελματιών στο χώρο των εξαρτήσεων από όλους τους επιστημονικούς κλάδους. Ο Dr. George De Leon είναι μέλος της Ένωσης Αμερικανών Ψυχολόγων (American Psychological Association), πρώην πρόεδρος της Ένωσης Ψυχολόγων στον τομέα των Εξαρτήσεων (Society of Psychologists in the Addictive Behaviours), και ένα από τα ιδρυτικά μέλη και Εκλεγμένος Πρόεδρος του Νέου Τομέα Εξάρτησης (New Division 50 on Addictions) της Ένωσης Αμερικανών Ψυχολόγων (American Psychological Association).

Ο Dr. George De Leon βραβεύτηκε πρόσφατα με το Pacesetter Award από το National Institute of Drug Abuse (NIDA) για την εξέχουσα προσφορά του στο τομέα της έρευνας της χρήσης ουσιών και με το EFTC Award, στο 10ο Συνέδριο που έγινε στην Κρήτη, για τη συνολική προσφορά του στον τομέα των Θεραπευτικών Κοινοτήτων.

Ακολουθεί η συνέντευξη που παρουσιάζουν η Κωνσταντίνα Υφαντή και η Τζίνη Χριστοφίλη



**Εξαρτήσεις (Ε): Καλώς ήρθατε στην Ελλάδα, λοιπόν.**

George DeLeon (DL): Χαίρομαι πολύ που βρίσκομαι εδώ, είναι πολύ όμορφα.

**Ε: Έχετε προσφέρει πολλά στο χώρο της έρευνας, πως ξεκινήσατε; Θα μπορούσατε να μας πείτε κάποιες από τις βασικές κατευθύνσεις στη δουλειά σας;**

DL: Αρχικά ξεκίνησε σαν μια προσπάθεια να απαντηθεί το ερώτημα εάν οι θεραπευτικές κοινότητες λειτουργούν, καθώς και εάν είναι αποτελεσματικές. Τον πρώτο καιρό ανάπτυξης των Θεραπευτικών Κοινοτήτων (ΘΚ), τουλάχιστον στη Β. Αμερική, άρχισαν να εμφανίζονται διάφορα προγράμματα αλλά δεν υπήρχε θεραπεία για την κατάχρηση ηρωίνης και για την κατάχρηση ουσιών. Υπήρχε μόνο η μεθαδόνη. Λόγω λοιπόν της ανάγκης που υπήρχε για θεραπεία, οι άνθρωποι ακολουθούσαν αυτή τη μέθοδο παρόλο που εκείνη την περίοδο η μεθαδόνη κυκλοφορούσε ως πειραματική ουσία. Οι Θεραπευτικές Κοινότητες ήταν η μόνη εναλλακτική για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών και συγκεκριμένα της ηρωίνης.

Για αρκετά χρόνια κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1960-1970, υπήρχε ένα κρίσιμο ερώτημα: «Υπάρχουν αποδείξεις ότι οι Θεραπευτικές Κοινότητες είναι αποτελεσματικές;». Εκείνη την περίοδο συνεργάστηκα με έναν φορέα με το όνομα Phoenix House, όπου τους βοήθησα να αναπτύξουν το θεραπευτικό πρόγραμμα, ως ερευνητής. Επειδή η προσέγγιση των Θεραπευτικών Κοινοτήτων στηρίζεται ουσιαστικά στην αμοιβαία βοήθεια, οι ειδικοί στις Θεραπευτικές Κοινότητες δεν έχουν τον αυστηρά παραδοσιακό ρόλο του ψυχολόγου, του ψυχιάτρου με τον «συνηθισμένο» τρόπο όπως στις ιατρικές προσεγγίσεις ή στις προσεγγίσεις ψυχικής υγείας. Έτσι ο καλύτερος τρόπος με τον οποίο μπορούσα να βοηθήσω δεν ήταν ως παραδοσιακός ψυχολόγος, αλλά ως ερευνητής, να προσφέρω δηλαδή κάτι που δεν μπορούσαν να κάνουν μόνοι τους. Θεωρούσα πως ήταν πολύ σημαντικό να προσπαθήσω να απαντήσω στο ερώτημα εάν οι Θεραπευτικές Κοινότητες έχουν αποτέλεσμα διότι μέχρι εκείνη τη χρονική στιγμή το 1967-68 δεν υπήρχαν έρευνες για τις ΘΚ για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης. Οι μόνες αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στις θεραπευτικές κοινότητες ήταν η κλινική άποψη και η μαρτυρία, με άλλα λόγια αυτό που περιέγραφαν οι άνθρωποι. Έτσι δημιούργησα μια ομάδα μελετών που θα έδιναν τις βασικές πολιτικές απαντήσεις: «Έχουμε αποδείξεις ότι η Θεραπευτική Κοινότητα είναι αποτελεσματική;» και αργότερα «Πόσο στοιχίζει η θεραπεία στη ΘΚ;». Την περίοδο 1968-73, πραγματοποιήσαμε μια σειρά ερευνών μικρής κλίμακας, οι οποίες εξέταζαν τις αλλαγές στη συμπεριφορά, ή τις ψυχολογικές αλλαγές, στις ΘΚ χρησιμοποιώντας τις συνηθισμένες ψυχολογικές κλίμακες για το άγχος, την κατάθλιψη κλπ. Όλες αυτές οι εργασίες δημοσιεύτηκαν σε επιστημονικά περιοδικά ενώ αργότερα τις συγκεντρώσαμε σε ένα βιβλίο, το οποίο όμως δεν κυκλοφορεί πλέον. Ο τίτλος του ήταν «Phoenix House: Μελέτες στη Θεραπευτική Κοινότητα» [“Phoenix House: Studies in the therapeutic community”] και κυκλοφόρησε το 1974. Το βιβλίο αυτό περιλάμβανε τις σημαντικότερες έρευνες που πραγματοποιήσαμε το χρονικό διάστημα από το 1969 μέχρι το 1974.

Πιστεύω ότι θα σας ενδιαφέρει αυτό γιατί με ρωτήσατε για την εξέλιξη των ερευνών. Δημοσιεύοντας τις μελέτες σ' αυτό το βιβλίο, είχαμε τουλάχιστον μια βάση για να μπορούμε να καταθέτουμε προτάσεις για χρηματοδότηση από τον Εθνικό Οργανισμό για την Κατάχρηση Ουσιών (National Institute on Drug Abuse-NIDA) στις Ηνωμένες Πολιτείες. Εκείνη την περίοδο ο NIDA χρηματοδοτούσε το Institute for Behavioral Research (IBR) στο Texas Christian University (TCU) για μια εθνική έρευνα που ονομαζόταν: «Το Πρό-



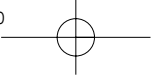
γραμμα Παρακολούθησης της Κατάχρησης Ουσιών» [“The Drug Abuse Reporting Program -D.A.R.P.”] και η οποία είχε ως στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων των τριών κυριότερων μοντέλων της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη, τα στεγνά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης και τα προγράμματα διαμονής. Βάσει των μελετών από το βιβλίο εκείνο ο NIDA μας χρηματοδότησε τη μελέτη για τα θεραπευτικά αποτελέσματα ενός συγκεκριμένου προγράμματος, του Phoenix House. Αυτό το γεγονός σηματοδότησε την έναρξη για την ομοσπονδιακή υποστήριξη των ερευνών στις ΘΚ ανά πρόγραμμα. Μέχρι τότε, όλα όσα γράφονταν για τις θεραπευτικές κοινότητες αφορούσαν τα άτομα που είχαν αποφοιτήσει, όσους δηλαδή είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία. Έτσι όλα όσα αναφέρονταν για τα αποτελέσματα ήταν πάντα αρκετά ευνοϊκά. Το επιστημονικό ερώτημα ωστόσο ήταν: «Τι γίνεται με όσους δεν ολοκληρώνουν τη θεραπεία; Με όσους διακόπτουν;». Αυτό το ερώτημα ήταν μια σοβαρή πρόκληση για το εάν οι θεραπευτικές κοινότητες ήταν αποτελεσματικές, εφόσον τα ποσοστά των διακοπών ήταν πολύ υψηλά. Το ποσοστό των ατόμων που ολοκλήρωναν τη θεραπεία ήταν σχετικά χαμηλό. Εκείνη την εποχή, η ολοκλήρωση της θεραπείας απαιτούσε τουλάχιστον 24 μήνες, πολλές φορές έως και 36 μήνες. Ένα πολύ μικρό ποσοστό ατόμων ολοκλήρωναν αυτή την τόσο μακροχρόνια θεραπεία. Έτσι το ερώτημα ήταν όχι μόνο εάν η ΘΚ ήταν αποτελεσματική, αλλά και σε ποιο ποσοστό των ανθρώπων είναι αποτελεσματική; Καθώς ένα σχετικά μικρό ποσοστό των εισαγωγών ολοκλήρωναν τη θεραπεία, θεωρούνταν ότι, όσοι διέκοπταν είχαν αποτύχει, ενώ ότι όσοι ολοκλήρωναν τη θεραπεία είχαν δεχτεί κάποια θετική επίδραση. Έτσι ενώ υπήρχε η πεποίθηση ότι οι Θεραπευτικές Κοινότητες ήταν αποτελεσματικές, ουσιαστικά δεν γνώριζαν την αποτελεσματικότητά τους, καθώς υπέθεταν ότι επηρέαζε μόνο τον μικρό αριθμό των αποφοίτων τους. Επιπλέον όσοι ολοκληρώνουν ίσως να αποτελούν μια «ατομικά επιλεγμένη ομάδα». Έτσι ήταν και εξακολουθεί να είναι πολύ σημαντικό να εκτιμούμε και τις διακοπές από τις ΘΚ. Το αρχικό μας δείγμα ήταν 730 εισαγωγές, ενώ το βασικό μας δείγμα στο follow-up ήταν περισσότερα από 500 άτομα, 100 απόφοιτοι και περισσότεροι από 400 που είχαν διακόψει.

### **Ε: Τα αποτελέσματα που είχατε από αυτήν την έρευνα, σας ικανοποίησαν;**

DL: Νομίζω ότι το βασικότερο μήνυμα σε αυτή την ιστορία είναι να κατανοήσουμε ότι είναι σημαντικό να συμπεριλάβουμε τόσο τα άτομα που ολοκλήρωσαν όσο και τα άτομα που διέκοψαν. Παρακολουθήσαμε τα άτομα πέντε έως και επτά χρόνια μετά τη θεραπεία, και αυτό που βρήκαμε είναι κάτι κοινά αποδεκτό στο χώρο αυτό, ότι δηλαδή όσοι ολοκλήρωναν τη θεραπεία είχαν καλύτερα αποτελέσματα, αλλά επίσης ότι τα ποσοστά επιτυχίας σε αυτούς που είχαν διακόψει, συνδέονταν άμεσα με τον χρόνο παραμονής στη θεραπεία.

Ήταν μάλλον η πρώτη μελέτη που έδωσε έμφαση στη διάρκεια της θεραπείας, ως καλύτερο παράγοντα πρόβλεψης. Και τώρα γνωρίζουμε ότι αυτό το εύρημα έχει εφαρμογή σε ολόκληρο τον πλανήτη. Το αρχικό άρθρο για αυτό το ζήτημα, δημοσιεύτηκε στο Περιοδικό του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου [Journal of the American Medical Association, J.A.M.A.], το 1973. Δείξαμε τη σχέση ανάμεσα στη διάρκεια παραμονής, μόνο για όσους διέκοψαν και στη μετέπειτα μείωση της εγκληματικότητας και της χρήσης ουσιών. Τώρα πλέον γνωρίζουμε ότι ο «χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα» αφορά ολόκληρο τον κόσμο.

Αυτό λοιπόν αποτέλεσε σημαντικό σταθμό στην δουλειά που έκανα, καθώς με βοήθησε να διακρίνω ποιο ήταν το επόμενο ερευνητικό ερώτημα για μένα και για το χώρο των ΘΚ.



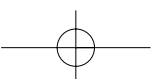
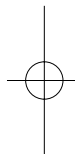
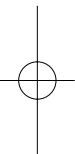
Ποια είναι τα ποσοστά παραμονής των μελών της κοινότητας; Ποιοι διακόπτουν και για ποιους λόγους; Πως αυξάνουμε την παραμονή τους στη θεραπεία; Έτσι το πρώτο τρίτο της ερευνητικής μου καριέρας εστιάστηκε στο να ξεκαθαρίσω την αποτελεσματικότητα των ΘΚ, ενώ το δεύτερο τρίτο της καριέρας μου εστιάστηκε στην κατανόηση των στοιχείων που συντελούν στην παραμονή στη θεραπεία. Αρχίσαμε λοιπόν να δημοσιεύουμε άρθρα σχετικά με το πώς είναι οι καμπύλες της παραμονής (τα ποσοστά διακοπών), τα στοιχεία αυτά είναι διαπολιτισμικά. Η καμπύλη παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα, ανεξάρτητα σε ποια πολιτισμική κοινότητα την εξετάσεις, έχει παρόμοια μορφή. Ο κανόνας είναι ότι τα μέλη της κοινότητας διακόπτουν νωρίς. Έτσι λοιπόν, όσο περισσότερο χρονικό διάστημα παραμένουν στη θεραπεία, τόσο οι διακοπές λιγοστεύουν, δηλαδή όσο περισσότερο μένουν στη ΘΚ τόσο πιθανότερο είναι να ολοκληρώσουν τη θεραπεία.

Έπειτα εξετάσαμε κάποιους παράγοντες που μπορεί να προβλέψουν την παραμονή των πελατών. Οι παράγοντες πρόβλεψης της παραμονής που βρήκαμε ήταν πολύ λίγοι. Συνήθως τα άτομα που έχουν σοβαρή ψυχοπαθολογία, ή σοβαρή εμπλοκή με εγκληματικές δραστηριότητες διακόπτουν νωρίτερα. Εκτός από αυτά όμως δεν μπορούσαμε να εντοπίσουμε κάποιο σταθερό παράγοντα πρόβλεψης της παραμονής, μέχρι το 1980 που ξεκίνησα μια καινούργια ερευνητική δουλειά, η οποία διαμόρφωσε πολλές από τις μελέτες μου έκτοτε. Ασχολήθηκα τότε με τη δημιουργία μιας κλίμακας για τη μέτρηση του βαθμού κινητοποίησης του ατόμου και άρχισα να εξετάζω το ερώτημα της κινητοποίησης και της ετοιμότητας για θεραπεία. Αυτή η κλίμακα (CMRS) έχει χρησιμοποιηθεί σε χιλιάδες ανθρώπους και μπορέσαμε να δείξουμε ότι υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στην αρχική κινητοποίηση και την παραμονή στη θεραπεία. Όσο υψηλότερη είναι η κινητοποίηση, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να παραμείνει ο πελάτης στη θεραπεία.

Υπάρχουν ορισμένοι πολύ απλοί νόμοι που έχουν δημιουργηθεί μέσα από την έρευνα στο χώρο της θεραπείας της τοξικοεξάρτησης οι οποίοι έχουν διαμορφωθεί και με τη συμβολή των δικών μας μελετών. Έτσι λοιπόν, η διάρκεια της θεραπείας προβλέπει το αποτέλεσμα, η κινητοποίηση του ατόμου προβλέπει τη διάρκεια παραμονής, ενώ πολλές από τις πρόσφατες έρευνες ασχολούνται με τους παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν την κινητοποίηση και πως αυτοί μπορεί να ενισχυθούν.

Ενώ πραγματοποιούσαμε ένα ευρύ φάσμα άλλων μελετών για την κινητοποίηση, αναδύθηκαν άλλα σημαντικά ερωτήματα που σχετίζονται με τον τρόπο που αλλάζουν οι θεραπευτικές κοινότητες για να καλύψουν τις ανάγκες διαφορετικών πληθυσμών. Τα ερωτήματα αυτά ήταν: «Οι Θεραπευτικές Κοινότητες είναι αποτελεσματικές και για τους ψυχικά ασθενείς, ή για τα άτομα στη φυλακή, ή για τους εφήβους, ή για τις μητέρες και τα παιδιά τους;». Έτσι πραγματοποιήσαμε μια ολόκληρη σειρά μελετών για να αποδείξουμε την αποτελεσματικότητα σε αυτούς τους ειδικούς πληθυσμούς. Πολλές από αυτές έχουν συνοψισθεί σε ένα βιβλίο που κυκλοφόρησε το 1997, με τίτλο «Η Κοινότητα ως μέθοδος, Θεραπευτικές Κοινότητες για ειδικούς πληθυσμούς και ειδικές μελέτες» [“Community as a method, Therapeutic Communities for special populations and special studies”].

Τα τελευταία στάδια της δουλειάς μου εστίασαν σε ένα ερώτημα για το οποίο μάλλον μιλήσαμε λίγο και στο συνέδριο αυτό (Κρήτη, Μάιος 2005). Πρόκειται για ένα παράδοξο ερώτημα. Καθώς οι ΘΚ γίνονται ολοένα και περισσότερο αποδεκτές, εντάσσονται περισσότερο στις βασικές υπηρεσίες για τον άνθρωπο, μήπως χάνουν σιγά σιγά την ταυτότητά τους, τα μοναδικά αυτά στοιχεία που τις καθιστούν αποτελεσματικές; Αυτό



το ερώτημα δεν έχει απαντηθεί ακόμη, αν και είναι αλήθεια πως έχει επηρεάσει την επαγγελματική μου πορεία τα τελευταία 12-15 χρόνια.

Η στρατηγική ήταν αρχικά να καθορίσουμε ποια είναι τα ουσιαστικά στοιχεία που περιγράψαμε για την προσέγγιση της ΘΚ. Μετά έπρεπε να πραγματοποιηθούν οι έρευνες που θα βοηθούσαν στον εντοπισμό αυτών των στοιχείων, τα οποία είναι τα σημαντικότερα και θα έπρεπε να διατηρηθούν. Έτσι εάν θέλουμε να προσαρμόσουμε τη θεραπευτική κοινότητα σε ένα πλαίσιο εξωτερικής παρακολούθησης, ή σε ένα ημερήσιο πρόγραμμα, ή σε ένα πρόγραμμα στη φυλακή, ή σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο, ποιά είναι τα κύρια στοιχεία που θα πρέπει να διασφαλίσουμε ότι θα συνεχίσουν να υπάρχουν για να βεβαιωθούμε ότι η θεραπευτική κοινότητα θα λειτουργήσει αποτελεσματικά; Αλλιώς αρχίζει να μοιάζει με μια παραλλαγή ή ένα υβρίδιο προγράμματος παραδοσιακής μονάδας της ψυχικής υγείας ή άλλων υπηρεσιών για τον άνθρωπο. Ακόμη ένα επιπλέον πρόβλημα δεν είναι μόνο το ποια είναι τα βασικά στοιχεία της θεραπευτικής κοινότητας, αλλά επίσης να κατανοούμε πως και γιατί αυτά τα στοιχεία είναι αποτελεσματικά.

Μια προσπάθεια που σχετίζεται με την κάλυψη αυτού του θέματος υπάρχει στο τελευταίο μου βιβλίο *Η Θεραπευτική Κοινότητα: η Θεωρία, το Μοντέλο και η Μέθοδος [The Therapeutic Community: Theory, Model and Method]*. Φυσικά οι θεραπευτικές κοινότητες δεν ξεκίνησαν ως θεωρία, ξεκίνησαν ως πρακτική. Σε αυτή την περίπτωση η θεωρία ακολούθησε την πρακτική.

#### **Ε: Ασχοληθήκατε λοιπόν και με την πιστοποίηση των θεραπευτικών κοινοτήτων;**

DL: Είδαμε ότι καθώς οι θεραπευτικές κοινότητες εξελίχθηκαν υπήρχε η ανησυχία εάν λειτουργούν ακόμη ως αυθεντικές θεραπευτικές κοινότητες. Αυτό ενίσχυσε την πρωτοβουλία που θα έχετε τα κριτήρια για την πρακτική στις ΘΚ. Η θεωρία και τα βασικά στοιχεία δίνουν τη βάση για την πρακτική και τα κριτήρια. Στις Ηνωμένες Πολιτείες υπήρξαν δύο πρωτοβουλίες σχετικά με τα κριτήρια πιστοποίησης. Η πρώτη αφορά στις θεραπευτικές κοινότητες μέσα σε σωφρονιστικά ιδρύματα σε εθνικό επίπεδο. Δουλέψαμε με μια υπο-επιτροπή [Therapeutic Communities of America, TCA] πάνω σε αυτό το θέμα και στηριχτήκαμε αρκετά στο βιβλίο αυτό, αλλά και σε άλλο υλικό σχετικό με το χώρο. Τα προγράμματα στη φυλακή λοιπόν μπορούν πλέον να ζητήσουν πιστοποίηση, βάσει αυτών των κριτηρίων. Ένας οργανισμός μπορεί, εάν το επιθυμεί, να ζητήσει πιστοποίηση από τον Σύνδεσμο Αμερικανικών Σωφρονιστικών Καταστημάτων [American Correctional Association], ο οποίος έχει προσθέσει και το μοντέλο της ΘΚ στη διαδικασία πιστοποίησης

Μία δεύτερη πρωτοβουλία που έδωσε ένα ακόμη πλαίσιο κριτηρίων εκτός των φυλακών, για τις ΘΚ στην κοινότητα και τα οποία στηρίζονται πάρα πολύ στο υλικό από το TCA αλλά και στο βιβλίο, είναι το CARF [The Rehabilitation and Accreditation Commission]. Αυτό το συμβούλιο είναι ο κύριος οργανισμός πιστοποίησης για νοσοκομεία και προγράμματα διαμονής. Τώρα υπάρχει ένα ιδιαίτερο στοιχείο στην πιστοποίησή τους που αφορά πολύ συγκεκριμένα τις θεραπευτικές κοινότητες διαμονής. Όμως η πιστοποίηση εξακολουθεί να είναι εθελοντική, δεν είναι υποχρεωτική ή προαπαιτούμενη στο χώρο.

#### **Ε: Ωστόσο είπατε ότι δεν είναι υποχρεωτικό;**

DL: Ακόμη όχι είναι εθελοντικό. Εάν ένας οργανισμός επιθυμεί να πιστοποιηθεί και να λάβει αυτή την αναγνώριση, τότε θα το αναζητήσει. Χρειάζεται χρόνος για να πειστούν όλοι στο χώρο ότι η πιστοποίηση χρειάζεται.

**Ε: Ας συνεχίσουμε με μια πιο γενική ερώτηση. Πόσο σημαντική είναι η εκπαίδευση στην κλινική/ θεραπευτική εργασία; Πιστεύετε ότι η προσωπική θεραπεία βοηθά στην εξέλιξη της δουλειάς του θεραπευτή;**

DL: Και τα δύο είναι πάρα πολύ σημαντικά. Ας βάλουμε όμως μια βάση στην ερώτηση. Η Θεραπευτική Κοινότητα ουσιαστικά είναι μια προσέγγιση αυτό-βοήθειας, και στηρίζεται στην αρχή της αλληλοβοήθειας. Γνωρίζουμε ότι το πραγματικά θεραπευτικό στοιχείο της θεραπευτικής κοινότητας είναι η ίδια η κοινότητα. *Η κοινότητα ως μέθοδος*, και χρησιμοποιώ αυτή την έκφραση για να ονομάσω τη διαδικασία της αμοιβαίας βοήθειας στις ΘΚ.

Το σημαντικό στην ερώτησή σου είναι ότι έτσι επαναπροσδιορίζεται ο ρόλος του προσωπικού στις ΘΚ. Ιδιαίτερα ο ρόλος του θεραπευτικού προσωπικού, που έχει παραδοσιακή κλινική εκπαίδευση: του ψυχολόγου, του κοινωνικού λειτουργού, του ψυχιάτρου, του νοσηλεύτη. Κατά ειρωνικό τρόπο, εάν το θεραπευτικό προσωπικό δεν κατανοεί πλήρως τη θεραπευτική κοινότητα ως μέθοδο, τότε μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα στο πρόγραμμά.

Μιλήσαμε νωρίτερα για τα πρώτα θετικά αποτελέσματα, τότε το προσωπικό αποτελούνταν σε ποσοστό 75% από άτομα που έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία ένα θεραπευτικό πρόγραμμα και 25% από άτομα με παραδοσιακή κλινική εκπαίδευση. Έτσι κατά κύριο λόγο, το προσωπικό ήταν άτομα που είχαν ολοκληρώσει με επιτυχία ένα θεραπευτικό πρόγραμμα και σχετικά λίγοι άνθρωποι με κλασική εκπαίδευση. Δεν υπήρχαν πολλοί ψυχολόγοι, ή κοινωνικοί λειτουργοί. Με αυτό τον τρόπο έχεις τα καλύτερα ποσοστά επιτυχίας. Είναι πολύ σημαντικό. Ωστόσο, με το πέρασμα του χρόνου, καθώς οι θεραπευτικές κοινότητες επεκτάθηκαν και εξυπηρετούσαν πλέον διαφορετικούς πληθυσμούς, χρειαζόταν ολοένα και περισσότερο προσωπικό για τη στελέχυσή τους, περισσότερους «παραδοσιακούς» επαγγελματίες, θεραπευτές, ψυχολόγους, εκπαιδευτές. Το προσωπικό αυτό είναι απαραίτητο και έχει πολλές δεξιότητες. Εάν ωστόσο δεν προσαρμόσουν τη σκέψη και τις δεξιότητές τους επαρκώς στο βασικό θεραπευτικό μοντέλο της ΘΚ, την κοινότητα ως μέθοδο, το οποίο είναι αρκετά περίπλοκο, τότε μπορεί να υποβιβάσουν την αξία της θεραπευτικής μεθόδου. Το προσωπικό, όλο το προσωπικό, οφείλει να αναγνωρίσει ότι η πρωταρχική θεραπεία στη ΘΚ πραγματοποιείται από και μέσα από την ίδια την κοινότητα.

Σχετικά με την εκπαίδευση, χρειαζόμαστε το διαφορετικό προσωπικό, για να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε τη διεύρυνση των Θεραπευτικών Κοινοτήτων, αλλά και τους διαφορετικούς πληθυσμούς πελατών που προσεγγίζουν πλέον τις ΘΚ. Οι έφηβοι, ή οι ψυχικά ασθενείς έχουν ιδιαίτερες ανάγκες, οπότε υπάρχει απόλυτη ανάγκη για θεραπευτικό προσωπικό που να αποτελείται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες. Ωστόσο, όλα τα μέλη του προσωπικού πρέπει να εκπαιδεύονται στην κοινότητα ως μέθοδο. Αυτό ουσιαστικά επαναπροσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο οι παραδοσιακοί επαγγελματίες λειτουργούν στη ΘΚ, ως ψυχολόγοι, ως κοινωνικοί λειτουργοί, ως σύμβουλοι, ως νοσηλεύτες, ως εκπαιδευτικοί. Μεγάλο μέρος των εργασιών μου αυτή την περίοδο, αφορά στην εκπαίδευση προσωπικού στην κοινότητα ως μέθοδο και στην ανάπτυξη ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σε εθνικό επίπεδο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Άλλοι, όπως ο David Deitch, η Naya Arbiter και οι άνθρωποι στο DAYTOP Village παρέχουν πολλή εκπαίδευση, όλα αυτά τα χρόνια, για τη μέθοδο της ΘΚ, τόσο στην Αμερική όσο και σε διεθνές επίπεδο, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Η εκπαίδευση ωστόσο που περιγράφω εγώ βασίζεται πολύ σε αυτό το βιβλίο (*Theapeutic Community: Theory, Model and Method*), πρόκειται για ένα συστηματικό τρόπο εκπαίδευσης στην κοινότητα ως μέθοδο. Ποια είναι η θεραπευτική λογική πίσω από κάθε στοιχείο, και ποιος είναι ο ρόλος του προσωπικού στην κοινότητα ως μέθοδο. Πρέπει

να αναγνωριστεί ότι ο πρώτος και σημαντικότερος ρόλος των μελών του προσωπικού στη θεραπευτική κοινότητα είναι πραγματικά να αποτελούν και οι ίδιοι μέλη της κοινότητας. Στο ρόλο του μέλους της κοινότητας χρησιμοποιούν τις δεξιότητές τους για να εφαρμόσουν την κοινότητα ως μέθοδο.

**E: Είναι πολύ χρήσιμο να υπάρχουν στα μέλη του προσωπικού μιας θεραπευτικής κοινότητας και από τις δύο κατηγορίες, και θεραπευτές και άτομα που έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα.**

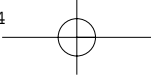
DL: Ας σταθούμε λίγο στη γλώσσα, ή στις ετικέτες του προσωπικού: θεραπευτές, επαγγελματίες, πρώην εξαρτημένοι. Η λέξη «θεραπευτής» για παράδειγμα, δεν θα πρέπει να περιορίζεται στους ψυχολόγους, ή τους κοινωνικούς λειτουργούς. Οποιοσδήποτε με τις κατάλληλες εμπειρίες και δεξιότητες μπορεί να είναι θεραπευτής. Στις πρώτες Θεραπευτικές Κοινότητες οι θεραπευτές ήταν άτομα που έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα. Αυτό σημαίνει ότι ήταν σε θέση να καταλάβουν τι χρειαζόταν ένας πελάτης (μέλος) στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή για να προχωρήσει στη θεραπεία του, πώς να χρησιμοποιήσουμε την κοινότητα για να διευκολύνουμε την προσωπική απεξάρτηση. Αυτό το προσωπικό δεν είχε τυπική ή παραδοσιακή εκπαίδευση. Η βάση των θεραπευτικών τους δεξιοτήτων ήταν συχνά η εμπειρία τους από την προσωπική τους θεραπεία. Η εμπειρία τους στην αξιοποίηση των δεξιοτήτων τους στη δουλειά τους, τους ορίζει ως επαγγελματίες.

Οποιοσδήποτε εφαρμόζει στρατηγικές με στόχο την προαγωγή της θεραπείας του ατόμου είναι «θεραπευτής». Οι δεξιότητες μπορεί να προέρχονται από διαφορετικό χώρο, από σπουδές, ή από τη διαδικασία απεξάρτησής τους. Έτσι δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να μιλάμε για προσωπικό που είναι «πρώην χρήστες». Είναι νομίζω προτιμότερο να μιλάμε για επαγγελματίες, η επαγγελματική εμπειρία των οποίων προέρχεται από βιωματική εμπειρία και εκπαίδευσή στις ΘΚ, και άρα για «μη-παραδοσιακούς επαγγελματίες». Οι παραδοσιακοί επαγγελματίες έχουν εμπειρία που προέρχεται από ακαδημαϊκή δουλειά και από δουλειά με πληθυσμούς σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και υπηρεσίες για τον άνθρωπο. Αυτές οι ετικέτες αναγνωρίζουν τις διαφορές στην προέλευση της εμπειρίας και της εκπαίδευσης αλλά εξαλείφουν το στίγμα που συνδέεται με τον όρο «πρώην χρήστης». Έτσι λοιπόν, σε έναν οργανισμό όλοι αντιμετωπίζονται ως επαγγελματίες, και είναι μια πολύ σημαντική στρατηγική για να ελαχιστοποιήσουμε όλες τις διαφορές μεταξύ του προσωπικού.

**E: Έχετε δίκιο και το έχω ζήσει προσωπικά κι εγώ. Όταν εργαζόμουν με πληθυσμό εφήβων που έκαναν χρήση τοξικών ουσιών με παραβατική συμπεριφορά σε ένα πρόγραμμα κατάρτισης μελών, χρειάστηκε ένας ολόκληρος μήνας για να τους καταφέρω να με εμπιστευτούν. Ενώ με τους μη παραδοσιακούς επαγγελματίες από την αρχή σχεδόν ήταν όλα εντάξει. Προχωρώντας λοιπόν στην επόμενη ερώτηση, γνωρίζουμε ότι δουλεύετε και ως θεραπευτής. Από το πολύτιμο έργο σας τι είναι αυτό που σας άρεσε περισσότερο να κάνετε; Ερευνητής, συγγραφέας ή θεραπευτής;**

DL: Θα έλεγα ότι χρειάζομαι και τους τρεις ρόλους για να εκφραστώ και να νιώσω αποτελεσματικός. Χρειάζομαι να ενημερώνω την έρευνά μου μέσω της θεραπευτικής μου εργασίας και τη θεραπευτική μου εργασία μέσω της έρευνας. Δεν μπορούσα να λειτουργήσω στον ένα ρόλο χωρίς τον άλλο.

Υπάρχει όμως κι ένας ακόμη ρόλος τον οποίο πιθανόν δεν τον γνωρίζετε, αλλά μου είναι εξίσου απαραίτητος. Να μπορώ να παίζω τη μουσική που μου άρεσε όλα αυτά τα χρό-



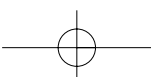
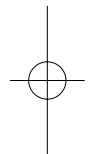
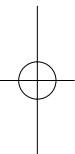
#### 14 Εξαορτήσεις

να, τη τζαζ. Ο λόγος όμως που το αναφέρω αυτό τώρα είναι γιατί η μουσική ήταν η δραστηριότητα που με βοήθησε να κρατήσω τις ισορροπίες στη δουλειά που κάνω. Επιπλέον, στο χώρο που απασχολούμαστε υπάρχουν πολλοί πρώην μουσικοί, πρώην μουσικοί της τζαζ. Με αυτό τον τρόπο έχω ένα ακόμη μέσο να επικοινωνώ μαζί τους.

#### **Ε: Ποιες είναι κάποιες από τις σημαντικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίσατε και πως καταφέρατε να τις ξεπεράσετε;**

DL: Σε προσωπικό επίπεδο, η δυσκολία όλη μου τη ζωή ήταν να καταφέρω να διαχειριστώ τις ανάγκες του Εγώ μου. Αυτό θα πει να διατηρήσω την ισορροπία στα κίνητρα που είχα για τη δουλειά που έκανα, να θέτω πάντοτε το εξής ερώτημα: «Πόση από τη δουλειά που ετοιμάζω είναι για να τραβήξει την προσοχή και πόση θα συνεισφέρει κάτι στον επαγγελματικό κόσμο; Πόση από αυτή τη δουλειά 'θα κάνει τη διαφορά' για τους πελάτες;», εξακολουθώ ακόμη να παλεύω με αυτό.

Στον επαγγελματικό τομέα υπάρχουν κάποιες πολύ σημαντικές δυσκολίες. Μια από αυτές είναι ότι η θεραπευτική κοινότητα όταν δημιουργήθηκε, αποτελούσε ένα εναλλακτικό μοντέλο θεραπείας. Δεν ήταν το κύριο μοντέλο. Τα πρώτα προγράμματα με τα οποία ταυτίστηκα τον πρώτο καιρό, όπως το Phoenix House, έχαιραν μικρής αναγνώρισης από την ακαδημαϊκή κοινότητα, από τον ιατρικό κόσμο, από τον κόσμο της ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών για τον άνθρωπο. Ως κλασικός ψυχολόγος με παραδοσιακές σπουδές στην ψυχική υγεία και την πειραματική ψυχολογία από το πανεπιστήμιο, πήγα σε έναν χώρο με πολύ λίγη αναγνώριση για τη δουλειά που γινόταν εκεί. Από τη μία πλευρά, αυτό ικανοποίησε το κομμάτι του Εγώ και με κράτησε και εκτός του συνηθισμένου συναγωνισμού. Μου έδωσε νέο έδαφος για να ανακαλύψω και να εργαστώ, όμως η δυσκολία εξακολουθεί να παραμένει, αν και η δουλειά μου έχει κερδίσει αρκετό σεβασμό και φήμη, υπάρχουν ωστόσο ακόμη κάποιοι που μου θέτουν ερωτήματα όπως για παράδειγμα: «Πόσο αξιόπιστο είναι το μοντέλο της Θεραπευτικής Κοινότητας;». Υπάρχουν λοιπόν προκλήσεις που δέχομαι ακόμη τόσο από ερευνητές όσο και από άλλους ανθρώπους. Έτσι μια δυσκολία είναι ότι βρίσκομαι διαρκώς στη θέση να υπερασπίζομαι όχι μόνο τη δουλειά μου αλλά και τη δουλειά στο συγκεκριμένο χώρο. Αυτό είναι ένα συνεχές πρόβλημα, το να καταφέρεις δηλαδή να πείσεις τον παραδοσιακό χώρο της θεραπείας, τον ιατρικό κόσμο, να αναγνωρίσει τη σημασία αυτής της προσέγγισης. Εκτός από τη δουλειά μου, αυτό είναι σημαντικό σε αυτή την προσέγγιση και είναι μια διαρκής μάχη για τον επαγγελματία. Αυτό σημαίνει ότι ο ίδιος ο χώρος κινδυνεύει διότι συνολικά δεν κατανοεί ότι πρέπει να διατηρήσει τη διαφορετικότητα της προσέγγισης, ιδιαίτερα τώρα που συμμετέχουν ολοένα και περισσότεροι «παραδοσιακοί» επαγγελματίες. Στο σύνολό του λοιπόν, όπως είπα και παραπάνω, ο χώρος αποτελεί αντικείμενο αμφισβήτησης. Έτσι η δεύτερη μεγάλη δυσκολία είναι να παραμείνει κανείς «θεραπευτικός», να συνεχίσει να προωθεί τη Θεραπευτική Κοινότητα σε μια μοναδική, τώρα την αποκαλώ μοναδική κοινωνικο-ψυχολογική προσέγγιση, ώστε να μην εξαφανιστεί και ουσιαστικά συγχωνευθεί στο σύνηθες σύστημα ψυχικής υγείας με λάθος τρόπο. Αυτή είναι μια διαρκής πρόκληση. Θα μιλήσω γι'αυτό αύριο στο συνέδριο, όμως αποτελεί δυσκολία, εγώ τη βίωσα ως τέτοια. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι πάω σε προγράμματα αποτελεσματικά και σε προγράμματα μη-αποτελεσματικά, όπως τα ονομάζω. Τα προγράμματα αυτά δεν είναι πιστά στο μοντέλο. Έτσι πρέπει να ξαναδώ γιατί κάνουν ό,τι κάνουν. Φυσικά αυτό οδηγεί σε εκπαιδευτικές λύσεις, όσον αφορά το χώρο, όμως η διατήρηση της πιστότητας αυτής της προσέγγισης αποτελεί ένα διαρκές πρόβλημα. Έτσι το βλέπω εγώ.



**Ε: Υπάρχει κάποιο περιστατικό που σας εντυπωσίασε, από το οποίο μάθατε κάτι και θα θέλατε να το μοιραστείτε μαζί μας; Κάτι που σας εντυπωσίασε, κάτι που θα θυμάστε, που σας έκανε να πείτε «Αυτή η στιγμή είναι μοναδική!»**

DL: Όταν πρωτοξεκίνησα να ασχολούμαι στο συγκεκριμένο χώρο, επηρεάστηκα βαθύτατα από την ακόλουθη παρατήρηση: είδα ανθρώπους, άτομα που έκαναν σοβαρή κατάχρηση ουσιών, ανθρώπους με εγκληματικές δραστηριότητες να μεταμορφώνονται. Δεν ήταν απλά ζήτημα βελτίωσης των συμπτωμάτων αλλά μεταμόρφωσης, «μεταμόρφωση στον τρόπο ζωής, στην ταυτότητα». Προερχόμουν από το χώρο της παραδοσιακής ψυχολογίας και είχα ασχοληθεί με ψυχικά ασθενείς. Είχα παρατηρήσει ότι η αλλαγή ήταν πολύ δύσκολο να επιτευχθεί σε αυτά τα άτομα. Στο Phoenix House λοιπόν βλέπω ανθρώπους αυτό-καταστροφικούς, με παραβατική συμπεριφορά, οι οποίοι έρχονται στο πρόγραμμα και σταδιακά μέσα σε ένα διάστημα ενός έτους περίπου, οι άνθρωποι αυτοί μεταμορφώνονται. Αυτό άλλαξε ολόκληρη την επαγγελματική μου ζωή. Αυτό που είδα να συμβαίνει εκεί, μεταμόρφωσε κι εμένα τον ίδιο. Ακόμη και ως μουσικός της τζαζ, πριν γίνω ψυχολόγος, είχα φίλους που πέθαναν από την κατάχρηση ηρωίνης, ή που πήγαν στην κοινότητα Synanon. Όταν γύρισαν από την κοινότητα Synanon, οι ζωές τους είχαν αλλάξει.

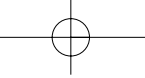
Έτσι εάν πρέπει να συνοψίσω ποιο είναι το σημαντικό γεγονός, δεν είναι μία στιγμή μονάχα αλλά μια διαρκής παρατήρηση, ότι κάτι συμβαίνει στη Θεραπευτική Κοινότητα, το οποίο είναι ικανό να μεταμορφώσει ζωές και όχι απλά να βελτιώσει τα συμπτώματα. Αυτό καθόρισε την επαγγελματική μου ζωή για 40 χρόνια. Πάντα ασκούσα και ιδιωτικά το επάγγελμά μου περισσότερο για να μπορέσω να διατηρήσω την επαφή μου με διαφορετικά προβλήματα και ανθρώπους. Η κυριότερη δουλειά μου ήταν να μελετώ, να τεκμηριώνω να κατανοώ και να προωθώ αυτή την πολύ σημαντική προσέγγιση που είχε τη δύναμη να μεταμορφώνει ζωές.

**Ε: Συμφωνώ μαζί σας. Τώρα έχω να σας κάνω μια πιο προσωπική ερώτηση. Πως ήταν το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώσατε; Το οικογενειακό σας υπόβαθρο επηρέασε τις επιλογές στη ζωή σας και με ποιον τρόπο;**

DL: Το οικογενειακό μου υπόβαθρο ήταν πολύ δύσκολο, κυρίως με οικονομικές στερήσεις, φτώχεια. Ο πατέρας μου μας εγκατέλειψε νωρίς, ενώ πέρασε και μεγάλο μέρος της ενήλικης ζωής του στη φυλακή. Έτσι εγώ ήμουν μόνος με τον αδερφό και τη μητέρα μου, επίσης στη φτώχεια. Αναγκάστηκα λοιπόν να δουλέψω από πολύ νεαρή ηλικία, από την ηλικία των 4-5 ετών, γυάλιζα παπούτσια.

Αυτά τα χρόνια των οικονομικών στερήσεων και των οικογενειακών προβλημάτων θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως κοινωνικό αλλά και ψυχολογικό μειονέκτημα. Όμως στην πραγματικότητα είχαν και θετική επίδραση πάνω μου, έμαθα από πολύ νωρίς να είμαι υπεύθυνος. Πώς να κερδίζω οτιδήποτε θέλω, πώς να φροντίζω τους άλλους, καθώς η μητέρα μου δεν δούλευε έπρεπε να τη φροντίζω εγώ. Έμαθα πολύ νωρίς να είμαι ανεξάρτητος και να στηρίζομαι στον εαυτό μου, έτσι έπρεπε να προσπαθώ πολύ για τους στόχους μου.

Το σημαντικό σε αυτό είναι ότι με προετοίμασε αρκετά ώστε να μπορώ να έχω καλή επαφή με τους πελάτες που έρχονται στα προγράμματά μας, είτε είναι χρήστες ουσιών είτε είναι εγκληματίες. Ενώ ποτέ δεν υπήρξα χρήστης ουσιών ή εγκληματίας, μπορούσα να κατανοήσω τι σήμαινε να είσαι στο δρόμο. Καταλάβαινα τι σήμαινε να μην έχεις τίποτα, έτσι κατά κάποιο τρόπο η διαφορά ανάμεσα σε μένα και σε αυτούς ήταν ότι εγώ επέλεξα να μην πάρω ναρκωτικά, μια απόφαση που σε μεγάλο βαθμό επηρεάστηκε



## 16 Εξαρτήσεις

από το γεγονός ότι είχα ευθύνες. Όταν ήμουν 13-14 ετών, άλλοι άνθρωποι ήδη εξαρτούνταν από εμένα, αυτό με βοήθησε να παραμείνω εστιασμένος στους στόχους μου και να προσπαθώ.

Αυτά τα μειονεκτήματα θεωρώ πως ήταν πολύ σημαντικοί προστατευτικοί παράγοντες απέναντι στη χρήση ουσιών. Εάν μπορούσαμε από νεαρή ηλικία να περάσουμε το μήνυμα στους νέους ότι κάποιος τους χρειάζεται, ότι έχουν ευθύνες στη ζωή, τότε θα μειώναμε τις πιθανότητες να στραφούν στα ναρκωτικά και στην εγκληματικότητα (αυτό άλλωστε αποτελεί σημαντικό στοιχείο των ΘΚ).

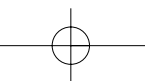
Τα πλεονεκτήματα λοιπόν από το δύσκολο παρελθόν μου σαφώς ήταν περισσότερα από τα μειονεκτήματα. Ένα από τα βασικά πλεονεκτήματα ήταν ότι με βοήθησε να συνδεθώ με τους πελάτες στις ΘΚ παρότι δεν συμμετείχα ποτέ σε εγκληματικές δραστηριότητες ή δεν έκανα χρήση ουσιών. Το πρώτο πράγμα που θέλουν να μάθουν τα μέλη είναι τότε έκανες χρήση ουσιών και τους απαντώ από πού προέρχομαι και τι ξέρω για την αλλαγή.

### **Ε: Πως βλέπατε το μέλλον σας τότε; Φανταζόσαστε ποτέ ότι θα γινόσασταν αυτό που είστε τώρα;**

DL: Το σημαντικό σε αυτό το ερώτημα είναι η λέξη «φαντάζομαι», το οποίο θα ερμήνευα ως «φαντασίωση», κάτι σαν όνειρο. Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά που θυμάμαι σε μένα είναι διαρκώς να φαντάζομαι τι μπορώ να κάνω, ποιος μπορώ να είμαι, τι μπορώ να πετύχω. Για μια περίοδο, δεν είχα σαφή εικόνα για το μέλλον, ίσως από την ηλικία των 12 ετών μέχρι περίπου τα 21-22. Αν και πάντοτε δούλευα, αποφοίτησα από το λύκειο με μέτρια βαθμολογία και χωρίς συγκεκριμένες φιλοδοξίες εκείνη την περίοδο. Ήξερα όμως ότι ήθελα να γίνω κάτι, να γίνω κάποιος, ίσως να ασχοληθώ με τη μουσική. Όταν ήμουν πλέον 22 ετών, γνώρισα ένα θεραπευτή ο οποίος έπαιξε πολύ σημαντικό ρόλο στη ζωή μου. Με βοήθησε να αρχίσω να κατασταλάζω στο τι θα μπορούσα να κάνω ως ψυχολόγος. Στο πανεπιστήμιο πήγα όταν τελικά ήμουν 26 ετών.

### **Ε: Αυτό μας οδηγεί στην επόμενη ερώτηση. Ποια άτομα στη ζωή σας θα θεωρούσατε μέντορες σας, τόσο στη δουλειά όσο και στη ζωή σας;**

DL: Ο πρώτος που θυμάμαι ήταν ένας ψυχίατρος, ο Samuel Kahn, πολύ σημαντικός άνθρωπος. Υπήρχε ένας οδοντίατρος για παράδειγμα, ο οποίος όταν ήμουν 18 ετών ανέλαβε την φροντίδα των δοντιών μου χωρίς καμία αμοιβή, εντελώς δωρεάν. Και η πράξη αυτή ήταν πολύ βοηθητική για μένα, όχι ότι υπήρξε ιδιαίτερος καθοδηγητής, απλώς ήταν μια ευγενής επιρροή. Αργότερα στο πανεπιστήμιο, όταν τελικά πήγα, υπήρχαν αρκετοί καθηγητές μου οι οποίοι με εντυπωσίασαν και με ενθάρρυναν. Ακόμη και νέοι καθηγητές, ήταν ένας νεαρός κοινωνιολόγος από την Τσεχοσλοβακία, με το όνομα Jiri Nenyanasa, μην φανταστείτε ότι θυμάμαι κάτι συγκεκριμένο που είπε, απλά με ενθάρρυνε. Ήταν φυσικά ο William Shoenfeld, ένας εξαιρετικός συμπεριφοριστής ψυχολόγος στο Πανεπιστήμιο της Κολούμπια, μου έκανε πολύ εντύπωση και με βοήθησε όσον αφορά στον κριτικό τρόπο σκέψης. Ο Marshall Segall ακόμη ένας πολύ καλός κοινωνικός ψυχολόγος και φίλος. Έπειτα ήταν ο Richard Abell, από το W. A. White Psychoanalytic School, ένας υπαρξιστής ψυχίατρος και ο Rollo May, ένας υπαρξιστής ψυχολόγος. Ακόμη ο Robert Freymann ένας γιατρός. Όμως δεν ήταν αυτό που θα λέγαμε μέντορες που με καθοδήγησαν στη ζωή μου. Αυτό που μου ενέπνευσαν ήταν ο θαυμασμός και αυτό που μου προσέφεραν περισσότερο ήταν ενθάρρυνση. Νομίζω ότι αυτό που χρειαζόμουν περισσότερο ήταν ενίσχυση για να βρω τον προσανατολισμό μου.





**Ε: Ποιες δεξιότητες αναπτύξατε που σας βοήθησαν να γίνετε αυτό που είσαστε σήμερα;**

DL: Είχα μια πολύ δύσκολη μητέρα, ήταν μια συνεχής πρόκληση. Από μόνη της αποτελούσε ένα ψυχολογικό πρόβλημα, ήταν όμως και μια πρόκληση. Έτσι κατά κάποιο τρόπο η αλληλεπίδρασή μου μαζί της, ακόμη και οι επίπονες αλληλεπιδράσεις, όξυναν τις διαπροσωπικές μου δεξιότητες, την ικανότητά μου να αντιπαρεθεθώ μαζί της, την ικανότητά μου να αντέξω την αντιπαράθεση. Έτσι μπορούμε να πούμε ότι τις πρώτες θεραπευτικές δεξιότητες, πώς να ακούω, πώς να αντιδρώ, πώς να καταλαβαίνω κάποιον, πώς να κοιτάζω κάποιον αναζητώντας τα στοιχεία-χαρακτηριστικά που ενδεχομένως υπάρχουν, όλες αυτές οι δεξιότητες ήταν καλά εξασκημένες πολύ πριν το πανεπιστήμιο.

Η ακαδημαϊκή εκπαίδευσή μου εστιάστηκε σε αυτά που δεν γνώριζα. Και αυτά που δεν γνώριζα ήταν η επιστήμη και η έρευνα. Αυτά που γνώριζα ήταν η θεραπευτική δουλειά, διάβαζα πολύ ακόμη και πριν το πανεπιστήμιο για την ψυχανάλυση και την ψυχολογία. Οι πρώτες διαισθητικές δεξιότητες που απέκτησα από την αλληλεπίδραση με τη μητέρα μου, διαμόρφωσαν το μετέπειτα ενδιαφέρον μου στην ψυχοδυναμική θεωρία, στην ψυχολογία, στην ψυχανάλυση, η οποία ανέκαθεν με προσέλκυε, και έτσι οδηγήθηκα να καλλιεργήσω και τις ερευνητικές μου δεξιότητες.

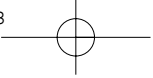
Θεωρώ ότι είναι απολύτως απαραίτητο να διαθέτεις και τις δύο κατηγορίες δεξιοτήτων, και διαπροσωπικές διαισθητικές δεξιότητες, οι οποίες αποτελούν στοιχεία της θεραπευτικής ικανότητας, αλλά και δεξιότητες στην έρευνα και στην επιστήμη. Χρειάζονται και τα δύο για να μπορείς να αξιολογείς τι κάνεις και τι παρατηρείς. Το αδύναμο σημείο στο διαισθητικό κομμάτι είναι ότι δεν μπορούν να αποδοθούν ευθύνες. Δεν μπορούμε να εξηγήσουμε γιατί κάνουμε αυτό που κάνουμε. Ενώ στην αντικειμενικότητα της έρευνας το αδύναμο σημείο είναι ότι στερείται ενσυναίσθηση και διαίσθηση, έτσι είναι δύσκολο να εφαρμοστεί πρακτικά. Έτσι για να δουλέψεις αποτελεσματικά θεωρώ ότι χρειάζονται και τα δύο.

**Ε: Υπήρξαν κάποιες «λάθος» αποφάσεις που πήρατε κατά τη διάρκεια της καριέρας σας, που όμως αργότερα αποδείχθηκαν καλές;**

DL: Η απόφασή μου να μην ασχοληθώ με τον «παραδοσιακό» χώρο της ψυχικής υγείας ως ψυχολόγος και να εργαστώ στο χώρο των εξαρτήσεων ήταν επικίνδυνη και αβέβαιη τότε. Επιπλέον εγκατέλειψα την ακαδημαϊκή μου καριέρα για να πάω σε ένα φορέα όπως το Phoenix House, αυτό ουσιαστικά με έβαλε στο περιθώριο ως επαγγελματία. Κατά κάποιο τρόπο αυτή η απόφαση ήταν λάθος. Αυτό που εννοώ είναι ότι πολλές από τις δεξιότητές μου και ιδιαίτερα αυτή του δασκάλου, δεν εκφράζονταν αρκετά. Δεν υπήρχαν μαθητές μου οι οποίοι θα μπορούσαν αργότερα να συνεχίσουν και να διευρύνουν τις έρευνες, αυτό είναι κάτι για το οποίο πολλές φορές μετανιώνω ακόμη.

Σε διάφορες περιόδους ωστόσο, είχα την ευκαιρία άμεσα ή έμμεσα να συμβάλω στην καλλιέργεια ανθρώπων του χώρου. Ορισμένοι από αυτούς είναι γνωστοί ερευνητές σε Θεραπευτικές Κοινότητες στις Ηνωμένες Πολιτείες. Κάποιοι από αυτούς είναι η Nancy Jainchill, ο Gerald Melnick, ο Stanley Sacks, η Joanne Sacks και ο Harry Wexler. Αυτοί όλοι είναι άνθρωποι που εκπαιδεύτηκαν κοντά μου και οι οποίοι τώρα αγωνίζονται για μια ανεξάρτητη και παραγωγική καριέρα. Επίσης, υπάρχουν ερευνητές σε ολόκληρο τον κόσμο οι οποίοι έχουν πάρει κάποια εκπαίδευση από μένα, συμπεριλαμβανομένων ατόμων από την Ελλάδα, το Βέλγιο, τη Νορβηγία αλλά και εργαζόμενοι σε άλλες χώρες οι οποίοι ακόμη επικοινωνούν μαζί μου και με συμβουλεύονται.

Όμως αυτό δεν είναι το ίδιο με το να έχεις 30 μεταπτυχιακούς φοιτητές, 2 ή 3 εκ των οποίων



μπορεί να συνεχίσουν συγκεκριμένα ερευνητικά προγράμματα. Έτσι πολλές φορές νιώθω απογοήτευση που πολλή από την ερευνητική αλλά και θεωρητική δουλειά μου δεν θα συνεχιστεί επειδή δεν υπάρχουν οι άνθρωποι να το κάνουν. Αν και βοήθησα να αναπτυχθεί το Κέντρο Ερευνών για τις Θεραπευτικές Κοινότητες [Center for Therapeutic Community Research (CTCR)] υπεύθυνη του οποίου είναι τώρα η Nancy Jainchill, εξακολουθούν να μην υπάρχουν αρκετοί φοιτητές.

Αυτό όμως που ήταν σωστό σε αυτή την απόφαση είναι ότι ουσιαστικά με οδήγησε σε μια μοναδική καριέρα, κάτι που δεν θα μπορούσα να κάνω εάν ακολουθούσα το δρόμο της παραδοσιακής ψυχολογίας. Στην παραδοσιακή ψυχολογία, θα ήμουν απλά ένας από τις πολλές χιλιάδες ψυχολόγων που ασχολούνται με τα ίδια ζητήματα. Έτσι θα ήταν αρκετά πιο δύσκολο να προσφέρω κάτι ξεχωριστό. Μου δόθηκε η ευκαιρία να ορίσω τις έρευνες στο χώρο των ΘΚ και να εκπαιδεύσω εκατοντάδες μέλη του προσωπικού τόσο σε θεωρητικό επίπεδο όσο και στην πράξη. Έτσι αυτό που αρχικά φαινόταν ως λάθος απόφαση τελικά οδήγησε σε σωστό αποτέλεσμα, όσον αφορά στη μοναδικότητα της καριέρας. Αυτό είναι κάτι που πραγματικά με ευχαριστεί.

**Ε: Πολύ ενδιαφέρον. Ποια είναι κάποια αυτά τα χαρακτηριστικά που θα θεωρούσατε χρήσιμα για ένα θεραπευτή; Αναφερόμενοι κυρίως σε ένα θεραπευτή που δουλεύει σε Θεραπευτική Κοινότητα.**

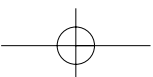
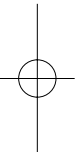
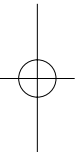
DL: Για έναν θεραπευτή που απασχολείται σε Θεραπευτική Κοινότητα, τα πιο χρήσιμα χαρακτηριστικά είναι οι δεξιότητες για την εφαρμογή της κοινότητας ως μεθόδου. Εάν είμαι καλός θεραπευτής σε Θεραπευτική Κοινότητα, κατανοώ ότι η κατάχρηση ουσιών είναι μια διαταραχή που αφορά το άτομο ως σύνολο, τις συμπεριφορές, τις στάσεις και τη συναισθηματική του ανάπτυξη. Κατανοώ επίσης ότι η κοινότητα είναι η βασική μέθοδος με την οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν αυτά τα χαρακτηριστικά της διαταραχής. Τότε οι βασικές μου κλινικές δεξιότητες ουσιαστικά είναι ο τρόπος με τον οποίο μπορώ να εφαρμόσω την κοινότητα ως μέθοδο για να βοηθήσω το άτομο να αλλάξει αυτά τα χαρακτηριστικά. Με άλλα λόγια, να βοηθήσω το άτομο ουσιαστικά να χρησιμοποιήσει την κοινότητα των ομοτίμων για να μπορέσει να αλλάξει τον εαυτό του.

Ένα παράδειγμα, είναι αυτό του θεραπευτή που παίζει το ρόλο του καταλύτη. Για παράδειγμα, ένα μέλος της κοινότητας μπορεί να κοινοποιήσει ένα θεραπευτικό ζήτημα στο θεραπευτή. Ένας «παραδοσιακός» θεραπευτής θα προσπαθήσει ως πρώτη αντίδραση να το θεραπεύσει. Όμως η χρησιμότερη δεξιότητα για τον θεραπευτή σε Θεραπευτική Κοινότητα είναι πώς να βοηθήσει έτσι ώστε το συγκεκριμένο άτομο να αναζητήσει βοήθεια από την κοινότητα.

Οι θεραπευτικές δεξιότητες της ΘΚ σχετίζονται και με άλλους χώρους εκτός των θεραπευτικών κοινοτήτων. Εγώ, για παράδειγμα, στις θεραπευτικές συνεδρίες που διατηρώ ιδιωτικά, χρησιμοποιώ δεξιότητες διευκόλυνσης της ΘΚ για να βοηθήσω ορισμένα άτομα να μάθουν να χρησιμοποιούν τις σχέσεις και τις καταστάσεις στη ζωή τους από όπου μαθαίνουν πράγματα για τον εαυτό τους. Συχνά αυτό μπορεί να σημαίνει ότι αλλάζω τον τρόπο θεραπείας και τον κάνω πιο αλληλοδραστικό, με περισσότερη αντιπαράθεση και καθοδήγηση. Αυτό το κάνω επιπρόσθετα με τις συμβατικές κλινικές δεξιότητες όπως είναι η ενεργητική ακρόαση.

**Ε: Τι θα συμβουλευάτε ένα νέο θεραπευτή να κάνει ή να έχει στο νου του;**

DL: Και πάλι δεν είμαι σίγουρος εάν αναφέρεστε συγκεκριμένα στις θεραπευτικές κοινότητες, ή γενικά σε ένα θεραπευτή. Ας δούμε λίγο και τα δύο! Μια βασική συμβουλή για ένα



νέο άνθρωπο που θέλει να ασχοληθεί με τη θεραπεία είναι φυσικά ότι θα πρέπει να γνωρίζει καλά τον εαυτό του. Και το πρώτο που πρέπει να κάνει είναι να ασχοληθεί με τον εαυτό του. Αυτό σημαίνει να εξετάσει τα κίνητρά του, να εξετάσει ποια είναι η πραγματικότητα, πως είναι οι σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους. Το να γνωρίζεις τον εαυτό σου σημαίνει να πάρεις πληροφορίες και από άλλους για το πώς σε βλέπουν/βιώνουν. Δεν πρόκειται λοιπόν για απλό διαλογισμό, προσπαθώντας να κατανοήσεις ή να ανακαλύψεις τον εαυτό σου. Αλλά πρέπει να γνωρίζεις τον εαυτό σου και από μια κοινωνική άποψη, αυτό θα πει: «Πως τον/ την επηρεάζω; Τι συμπεριφορές και στάσεις εμφανίζω στις οποίες αντιδρούν οι άνθρωποι γύρω μου;».

Για τους θεραπευτές σε ΘΚ θα πρότεινα να έχουν μεγαλύτερη εκπαίδευση σε ομάδες. Οι θεραπευτές θα ήταν καλό να αξιοποιήσουν τους ομότιμους τους για να αξιολογήσουν αμοιβαία τη συμπεριφορά ο ένας του άλλου, τις συμπεριφορές και τις στάσεις τους και το πως αυτές επηρεάζουν τους άλλους. Αυτός είναι ο πιο γρήγορος και αποτελεσματικός τρόπος σύμφωνα με την εμπειρία μου για να μάθουν οι άνθρωποι τον εαυτό τους. Κάθε εβδομάδα έχει 168 ώρες και ο θεραπευτής σου σε βλέπει μόνο 1-3 ώρες. Είναι καλύτερο να χρησιμοποιήσεις το κοινωνικό σου περιβάλλον για να μάθεις για τον εαυτό σου. Έτσι ένας θεραπευτής χρειάζεται το κουράγιο να αναζητήσει πληροφορίες για τον εαυτό του από τους άλλους γύρω του, είτε πρόκειται για επίσημη εκπαίδευση είτε όχι.

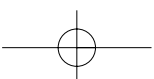
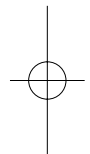
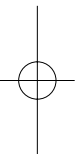
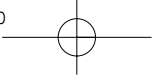
Οι θεραπευτές θα αποκτήσουν τις δεξιότητες να δουλεύουν με άλλους κατά κύριο λόγο μέσα από την εμπειρία. Εάν βρίσκονται σε ένα συγκεκριμένο χώρο για μεγάλο χρονικό διάστημα, ανεξάρτητα εάν ασχολούνται με ψυχικά ασθενείς, με πληθυσμό στη φυλακή, ή με εφήβους το βασικό είναι η εμπειρία. Όμως ο καλύτερος τρόπος να καταλάβουν εάν είναι αποτελεσματικοί ως θεραπευτές, είναι η διαρκής διερεύνηση του εαυτού τους και της επίδρασης που έχουν στους άλλους.

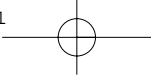
Αναφορικά με τους ερευνητές, αυτό που είναι πραγματικά ενδιαφέρον με την έρευνα είναι ότι διαρκώς εστιάζεις στην επαλήθευση των παρατηρήσεων που γίνονται για το περιβάλλον γύρω σου. Εστιάζεις στην τεκμηρίωση των ερμηνειών σου, των πεποιθήσεών σου. Κι αυτή είναι μια πολύ σημαντική δεξιότητα στη ζωή, όχι μόνο για τους ερευνητές, είναι μια δεξιότητα ζωής που αντανακλάται στη διαρκή αναζήτηση της πραγματικότητας, της αλήθειας.

Θα ήθελα να δω περισσότερους ανθρώπους να εμπλέκονται με την έρευνα στις θεραπευτικές κοινότητες. Όμως ανεξάρτητα από το χώρο που θα εστιαστούν οι έρευνες, θα πρότεινα να ασχοληθούν με ένα πρόβλημα για μεγάλο χρονικό διάστημα, ώστε να μπορέσουν να επιτύχουν αρκετή σαφήνεια και κατανόηση. Ένας θεραπευτής θα πρέπει να ασχοληθεί αρκετά με ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, για να μπορεί πραγματικά να πει ότι κατανοεί πως δουλεύουν με αυτό τον πληθυσμό. Ομοίως ένας θεραπευτής θα πρέπει να επιμείνει με ένα πρόβλημα αρκετά, για να κατανοήσει και να μπορέσει να απαντήσει ένα ερώτημα τη φορά. Ολοκληρώνοντας λοιπόν μια μελέτη, ποια είναι η πρότασή σου για την επόμενη; Αυτή η δουλειά είναι δύσκολη για πολλούς ερευνητές, καθώς είναι η αίγλη αλλά και η χρηματοδότηση που επηρεάζουν την κατεύθυνση πολλών ερευνών σε πιο δημοφιλή θέματα. Αυτό μπορεί να αποσπάσει ενέργεια και δημιουργικότητα που είναι απαραίτητες για την επίλυση ενός προβλήματος.

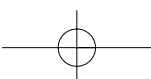
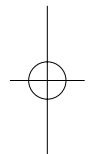
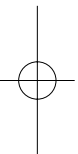
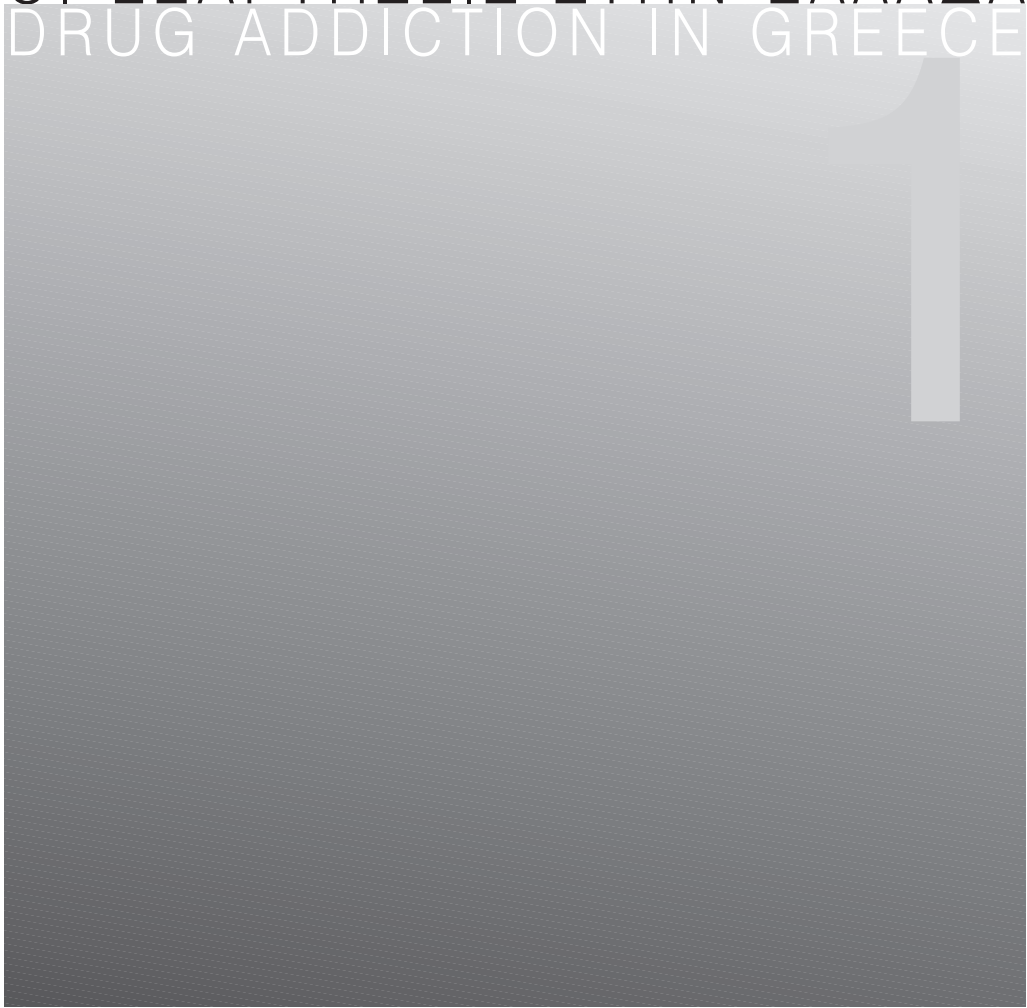
### **Ε: Σας ευχαριστούμε πολύ.**

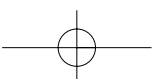
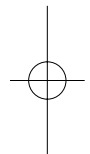
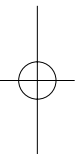
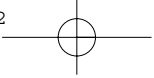
DL: Εγώ σας ευχαριστώ. Είναι τιμή για μένα να μιλάμε για αυτά τα πράγματα. Είναι σημαντικό ότι σας ενδιαφέρουν αυτά που έχω να πω... Χαίρομαι πολύ ειλικρινά.

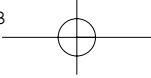




# ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ DRUG ADDICTION IN GREECE







*Εξαρτήσεις, τεύχος 8, 2005*

**DRUG ABUSE IN ADOLESCENCE: GENDER ISSUES AND FAMILY HISTORY. A LONGITUDINAL STUDY OF THE ADOLESCENTS THAT APPROACHED THE STROFI NETWORK DURING 2001-2004.**

ZOTOU, S. & ΚΟΡΑΚΑΚΙ, Μ.

**A b s t r a c t**

**Aims:** The phenomenon of drug abuse in adolescence is constantly expanding. Previous research has demonstrated that gender and family history are particularly important etiological factors of drug dependence at this age.

Recent epidemiological data have shown that the traditional “gender gap” in addiction has been diminished, and therefore questioned the belief that drug abuse is a phenomenon that mostly concerns the male population. Since investigations are focusing on gender as an important factor in the understanding and treatment of the addictions, gender-specific risk factors, such as family history, have been revealed to be crucial in drug dependence.

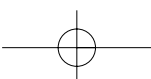
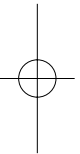
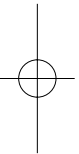
The present study investigates possible differentiation of the adolescent’s general profile, and family history in particular, by gender.

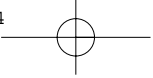
**Setting:** The research was conducted at STROFI Network, which is the first treatment program for adolescent drug users and abusers that was established in Athens in 1988. The study of the sociodemographic characteristics of the drug users that seek treatment from the program is one of the projects that run every year.

**Participants:** The adolescents that approached the STROFI Network during 2001-2004.

**Measurements:** The research was based on the questionnaire “First Treatment Demand Indicator”, that is administered to all adolescents during the first session.

**Findings:** Results showed that adolescent characteristics and family history in particular, are differentiated by gender. Gender differences are discussed in light of current scientific evidence concerning the specific factors leading women to addiction, as well as their unique treatment needs.





Εξαρτήσεις, τεύχος 8, 2005

**ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ  
ΙΣΤΟΡΙΚΟ  
ΜΙΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΠΟΥ  
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΑΝ ΤΟ Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2001-2004**

ΖΩΤΟΥ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ, MSc  
ΚΟΠΑΚΑΚΗ ΜΑΡΙΑ, MSc

**Π ε ρ ί λ η ψ η**

**Στόχοι:** Η χρήση ουσιών στην εφηβεία αποτελεί ένα συνεχώς αυξανόμενο φαινόμενο. Στα πλαίσια μίας προσπάθειας να περιγραφούν οι αιτιολογικοί παράγοντές του, το φύλο και το οικογενειακό ιστορικό έχουν αναδειχθεί από σχετικές έρευνες ως ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες. Τα πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα κατέδειξαν την μείωση του παραδοσιακού «χάσματος των δύο φύλων» στην εξάρτηση και έθεσαν σε αμφισβήτηση την αντίληψη ότι αυτή αποτελεί ένα φαινόμενο που αφορά κατά κύριο λόγο τον πληθυσμό των αγοριών και των ανδρών. Καθώς η έρευνα στράφηκε στη μελέτη του φύλου ως ενός κρίσιμου παράγοντα σε σχέση με την εξαρτητική συμπεριφορά και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση, σκιαγραφήθηκαν οι ιδιαιτερότητες των γυναικών όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στη χρήση ουσιών, ένας εκ των οποίων είναι και το οικογενειακό ιστορικό.

Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στην αναζήτηση διαφορών φύλου σε ό,τι αφορά γενικά το προφίλ και ειδικότερα το οικογενειακό ιστορικό των εφήβων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών

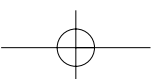
**Πλαίσιο:** Η έρευνα εκπονήθηκε στο Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ, το πρώτο θεραπευτικό πρόγραμμα για έφηβους χρήστες ουσιών, το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα από το 1988. Μία από τις δράσεις του αποτελεί και η μελέτη του προφίλ των εφήβων που το προσεγγίζουν.

**Συμμετέχοντες:** Το σύνολο των εφήβων που προσήλθαν στη ΣΤΡΟΦΗ κατά τα έτη 2001-2004.

**Μετρήσεις:** Η διερεύνηση του προφίλ πραγματοποιήθηκε με το ερωτηματολόγιο First Treatment Demand Indicator, το οποίο χορηγείται στους εφήβους κατά την πρώτη τους επαφή με το πλαίσιο.

**Ευρήματα:** Τα αποτελέσματα δείχνουν διαφοροποίηση των χαρακτηριστικών των εφήβων με βάση το φύλο, και ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά το οικογενειακό τους ιστορικό. Οι διαφορές φύλου ερμηνεύονται με άξονα τα σύγχρονα επιστημονικά ευρήματα που επικεντρώνονται στην αιτιολογία και τη φύση της εξάρτησης στις γυναίκες.

*«Άρχισα να πίνω από τα 11 ουσίες που έβρισκα από τον πατέρα μου. Από μικρή ήξερα πολλά για τα ναρκωτικά, έβλεπα και τον πατέρα μου με τσιγάρο και τέτοια... Βρήκα στο σπίτι μια σακούλα, την πήρα, πήγα σε μια φίλη μου και ήπια. Συνέχισα μέχρι τα 15,*





ήμουν με το φίλο μου και πίναμε μαύρο. Έβλεπα βασικά το τσιγάρο στον πατέρα μου κι έλεγα ότι εγώ θα πίνω μόνο μαύρο... και μετά την ημέρα της γιορτής μου, ήπια ηρωίνη μαζί με το φίλο μου. Μετά έπινα, έπινα και τώρα τα τελευταία χρόνια ήμουν με την κόκα. Γιατί ήπια δεν ξέρω. Μάλλον επειδή τα βρήκα μέσα στη σακούλα έτσι από περιέργεια, μετά στράφηκα στο φίλο μου που ήπιε κι αυτός ...τα δύο τελευταία χρόνια, είχα λεφτά και έπινα.»

19 ετών, Μέλος της ΑΘΕΚ ΣΤΡΟΦΗ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έρευνα που θα παρουσιαστεί στο άρθρο αυτό εστιάζει στις διαφορές φύλου που υπάρχουν στο πληθυσμό των χρηστών, αλλά και σε ότι αφορά το οικογενειακό τους ιστορικό. Το έναυσμα για να πραγματοποιηθεί αυτή η ερευνητική εργασία δόθηκε με αφορμή τα διάφορα επιστημονικά ευρήματα που καταδεικνύουν αυτές τις διαφορές.

#### ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ

Το φαινόμενο της χρήσης ουσιών όπως παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία αποτελεί μια δυσλειτουργία που αφορά κυρίως τον ανδρικό πληθυσμό, καθώς το 70-80% των χρηστών είναι άνδρες (Kandall 1998). Τα ίδια συμπεράσματα έχουν προκύψει και από τα ευρήματα της έρευνας που έχει πραγματοποιηθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση από το European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005) στα προγράμματα απεξάρτησης. Επίσης η αναλογία των ανδρών-γυναικών, η οποία είναι περίπου 3 προς 1 στις εισαγωγές που πραγματοποιούνται σε θεραπευτικές κοινότητες τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και στην Ευρώπη, αποτελεί χαρακτηριστική εικόνα του φαινομένου αυτού (De Leon & Jainchill, 1991). Καθώς λοιπόν υπάρχει υποεκπροσώπηση των γυναικών στα θεραπευτικά πλαίσια που ασχολούνται με τη τοξικοεξάρτηση, αυτό έχει σαν επακόλουθο να υπάρχουν ελάχιστες έρευνες σχετικά με τη θεραπεία και τα αποτελέσματά της στον γυναικείο πληθυσμό των χρηστών. Παρόλα αυτά όμως υπάρχει μεγάλη ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση και αξιοποίηση των ερευνητικών δεδομένων για εμπλουτισμό και εξειδίκευση της θεραπευτικής προσέγγισης που εφαρμόζεται στα διάφορα προγράμματα απεξάρτησης.

Έρευνες που ασχολήθηκαν με τις διαφορές φύλου παρουσιάζουν ότι οι γυναίκες που προσέρχονται για θεραπεία συγκριτικά με τους άνδρες αντιμετωπίζουν σοβαρότερα ψυχολογικά προβλήματα, περισσότερα ιατρικά προβλήματα, έχουν λιγότερες επαγγελματικές δεξιότητες, χαμηλότερο εισόδημα, μεγαλύτερη σοβαρότητα εξάρτησης, μεγαλύτερα ποσοστά κακοποίησης, παρόλα αυτά όμως λιγότερα νομικά προβλήματα (Lundy, Gottheil, Serota, Weinstein & Sterling, 1995; Marsh & Miller, 1985; McLellan et al., 1992; Rohsenow, Corbett & Devine, 1998; Wallen 1992). Αυτό αποτέλεσε και ένα σημαντικό λόγο για να διερευνηθεί το γεγονός αν οι γυναίκες έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και ανάγκες μέσα στην θεραπεία και κατά πόσο αυτό το διαφορετικό προφίλ τους επηρεάζει την έκβαση της θεραπείας τους συγκριτικά με τους άνδρες.

Παρακάτω θα αναφερθούμε πιο λεπτομερώς τόσο στο προφίλ των γυναικών χρηστών, όσο και στις διαφορές που έχουν εντοπιστεί μεταξύ των δύο φύλων στα μοντέλα χρήσης που αναπτύσσουν.

*Ψυχιατρικά Προβλήματα*

Πολλές από τις γυναίκες που προσεγγίζουν προγράμματα θεραπείας για την τοξικοεξάρτηση συχνά αναφέρουν σαν ένα από τους πιο σημαντικούς λόγους τα σοβαρά ψυχολογικά, συναισθηματικά και ψυχιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ίδιες (Brown et al., 2002; De Leon & Jainchill, 1982, 1991; Janinchill et al., 2000). Συγκριτικά με το άλλο φύλο οι γυναίκες παρουσιάζουν εντονότερα στοιχεία ψυχοπαθολογίας και δηλώνουν πιο συχνά απόπειρες αυτοκτονίας (Ravndal 1994). Επιπλέον σε επίπεδο διαγνωσμένων ψυχιατρικών νοσημάτων οι περισσότερες γυναίκες παρουσιάζουν δυσλειτουργίες με βάση το DSM axis I και II και πιο συγκεκριμένα εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής (De Leon & Jainchill, 1991). Σε αντίθεση, οι άνδρες έχουν υψηλότερα ποσοστά αντικοινωνικής προσωπικότητας.

Υπάρχει επίσης ένα σημαντικός αριθμός γυναικών χρηστών στις οποίες, παράλληλα με τη ψυχιατρική νόσο που έχει διαγνωστεί συνυπάρχει και αγχώδης διαταραχή. Οι γυναίκες αυτές συχνά υποφέρουν από κάποια φοβία ή από σύνδρομο μετατραυματικού στρες (Van Damme 1998), καθώς τις περισσότερες φορές είτε προέρχονται από ένα βίαιο περιβάλλον ή έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες μέσα στη χρήση. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες που βρίσκονται στις θεραπευτικές κοινότητες αναφέρουν για το μεγαλύτερο διάστημα της ζωής τους πιο συχνά τα εξής πέντε σημαντικά προβλήματα: σεξουαλική κακοποίηση, σωματική κακοποίηση, απόπειρες αυτοκτονίας, συνταγογράφηση φαρμάκων για οποιοδήποτε ψυχολογικό ή συναισθηματικό πρόβλημα. Οι αναφορές σε τέτοιου είδους προβλήματα συνδέονται και με διάφορα ερευνητικά ευρήματα που αποδεικνύουν ότι η ψυχοπαθολογία σε συνδυασμό με προβλήματα εξάρτησης ουσιών σχετίζονται ιδιαίτερα με τα ποσοστά σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης των γυναικών, τα οποία είναι υψηλότερα από αυτά των ανδρών, και κυρίως στο τομέα της σεξουαλικής κακοποίησης (Janinchill et al., 2000).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας για την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής πορείας των χρηστών είναι οι κοινωνικές και οι προσωπικές σχέσεις. Οι κοινωνικές σχέσεις (οικογένεια και φίλοι) φαίνεται να είναι πιο σημαντικές για τις γυναίκες προκειμένου να ανακάμψουν, παρά για τους άνδρες (Gregoire & Snively, 2001; Knight et al., 2001). Αυτό συμβαίνει γιατί οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τις κοινωνικές σχέσεις και το ρόλο τους μέσα σ' αυτές με διαφορετικό τρόπο από ότι οι άνδρες (Finkelstein 1996), και μοιάζει οι εξαρτημένες γυναίκες να είναι περισσότερο ευάλωτες στις οικογενειακές δυσλειτουργίες που μπορεί να υπάρχουν.

Οι προσωπικές σχέσεις από την άλλη μεριά παίζουν καθοριστικό ρόλο για την επιτυχή θεραπεία των γυναικών σε αντίθεση με τους άνδρες. Δεν πρέπει να ξεχνάμε το γεγονός ότι πολλές γυναίκες έχουν δηλώσει πως το άτομο που τους εισήγαγε στη χρήση ήταν ο χρήστης σύντροφός τους και συχνά έχουν το φόβο ότι ο σύντροφός τους θα είναι αυτός που θα υπονομεύσει τις προσπάθειές τους για θεραπεία.

Βλέπουμε λοιπόν πως γενικά το ψυχολογικό προφίλ των γυναικών που προσεγγίζουν ένα πρόγραμμα απεξάρτησης είναι πιο επιβαρυσμένο από αυτό των ανδρών και είναι σημαντικό να το λάβουμε αυτό υπόψη μας προκειμένου να διαμορφώσουμε ανάλογα τις υπηρεσίες που παρέχονται σε αυτό το πληθυσμό.

### Ιατρικά Προβλήματα

Οι βιολογικές διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα δύο φύλα είναι κάτι που θα πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη μας. Σύμφωνα με έρευνες έχει φανεί ότι το γυναικείο σώμα αντιδρά διαφορετικά από το ανδρικό, τουλάχιστον όσον αφορά τη χρήση ουσιών. Είναι χαρακτηριστικό να αναφερθεί το γεγονός ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ έχουν διπλάσιες πιθανότητες από ό,τι οι άνδρες να εκδηλώσουν κίρρωση του ήπατος (Lex 1991).

Ένα άλλο σημαντικό ιατρικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν κυρίως οι εξαρτημένες γυναίκες είναι ο αυξανόμενος κίνδυνος να προσβληθούν από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (π.χ. HIV), καθώς η χρήση προφυλακτικού μοιάζει να είναι ένα γυναικείο θέμα. Είναι ένα ζήτημα που πρέπει να διαπραγματευτεί η γυναίκα με τον σύντροφό της μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο όμως υπάρχει άνιση δύναμη. Οι διαφορές του φύλου είναι εμφανείς όταν οι γυναίκες θεωρούν ότι είναι αποκλειστικά δικό τους ζήτημα να ζητήσουν τη χρήση προφυλακτικού από το σύντροφό τους. Πολλές γυναίκες που δεν ζητούν τη χρήση προφυλακτικού θεωρούν ότι δεν είναι ικανές να διαπραγματευτούν ένα τέτοιο θέμα, ακόμα κι αν πιστεύουν ότι το προφυλακτικό είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος προφύλαξης. Η αντίληψη αυτή αποκτά και μια άλλη διάσταση τη στιγμή μάλιστα που η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη και με την αρνητική εικόνα που έχει διαμορφωθεί για την *εξαρτημένη γυναίκα*, η οποία συνήθως είναι σεξουαλικά διαθέσιμη και χωρίς διακρίσεις.

### Επαγγελματικά Προβλήματα

Άλλη μία διαφορά που φαίνεται να υπάρχει μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με τη χρήση είναι το κοινωνικοοικονομικό προφίλ τους. Συχνά οι γυναίκες που βρίσκονται σε θεραπεία για την τοξικοεξάρτηση δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν σοβαρά επαγγελματικά προβλήματα και είναι λιγότερο «οικονομικά ενεργές». Παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά ανεργίας, παρά το γεγονός ότι έχουν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο από τους άνδρες.

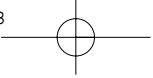
Αυτός ο παράγοντας μπορεί να αποτελέσει πολλές φορές και έναν δείκτη προβλεψιμότητας της υποτροπής των θεραπευόμενων.

### Χρήση-Κατάχρηση-Εξάρτηση

Η διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων είναι εμφανής ακόμη και σε θέματα όπως το μοτίβο της χρήσης που αναπτύσσουν, τον τύπο των ουσιών που χρησιμοποιούν πιο συχνά, οι ηλικιακές ομάδες, αλλά και οι εμπειρίες που έχουν σε σχέση με τη χρήση.

Στα πλαίσια αυτά λοιπόν πρέπει να αναφερθεί το γεγονός ότι οι άνδρες μοιάζει να δηλώνουν πιο εντατική χρήση ουσιών από ότι οι γυναίκες (EMCDDA, 2005). Από την άλλη μεριά οι γυναίκες συνήθως ομολογούν μικρότερη περίοδο μετάβασης από τη πρώτη φορά που έκαναν χρήση μέχρι την εξάρτηση (Grella & Joshi 1999).

Όπως αναφέραμε και παραπάνω άλλη μία σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι σε σχέση με το είδος της ουσίας που κάνουν χρήση-κατάχρηση. Πιο συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι τα ποσοστά εξάρτησης από αλκοόλ στους άνδρες είναι τα διπλάσια από αυτά των γυναικών και πιθανά αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνδρες κάνουν περισσότερη χρήση αλκοόλ από ότι οι γυναίκες. Ακόμη στους άνδρες τα ποσοστά είναι υψηλά ως προς χρήση-κατάχρηση κάνναβης και παραισθησιογόνων ουσιών, ενώ στις γυναίκες εμφανίζονται τα ποσοστά να είναι υψηλότερα στη χρήση-κατάχρηση υπνωτικών, κατασταλτικών χαπιών και αμφεταμινών.



Τέλος είναι σημαντικό να τονίσουμε το γεγονός ότι η αναλογία των γυναικών που κάνουν ενέσιμη χρήση στο παρόν είναι μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών. Γεγονός που επιβεβαιώνει για άλλη μία φορά το επιβαρυνόμενο προφίλ των γυναικών που είναι εξαρτημένες από ουσίες.

#### *Παραβατικότητα και εμπλοκή με το νόμο*

Σε αντίθεση με όλα τα παραπάνω οι γυναίκες στον τομέα της παραβατικότητας παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα από ό,τι οι άνδρες. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες έχουν λιγότερες πιθανότητες να έχουν συλληφθεί, ενώ οι άνδρες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά να είναι «υπό επιτήρηση».

Υπάρχουν διαφοροποιήσεις επίσης και στο είδος των αδικημάτων που έχουν διαπράξει τα δύο φύλα. Οι άνδρες συνήθως είναι αναμειγμένοι με αδικήματα κατά της περιουσίας, ενώ οι γυναίκες με πορνεία.

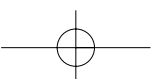
Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε ότι σχεδόν το 90% των παραπομπών από το νομικό σύστημα σε υπηρεσίες απεξάρτησης αφορούν άνδρες (EMCDDA, 2005).

Συνοψίζοντας λοιπόν τη σύντομη αυτή αναφορά σχετικά με τις διαφορές που παρουσιάζουν στο προφίλ τους τα δύο φύλα στη χρήση και δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο γυναικείο πληθυσμό που υποεκπροσωπείται στα διάφορα προγράμματα απεξάρτησης, θα πρέπει να πούμε ότι οι γυναίκες που ζητούν θεραπεία χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έχουν μια «τριπλή αρνητική εικόνα εαυτού: ως άτομο με προβληματική προσωπικότητα, ως άτομο με προβλήματα εξάρτησης, ως γυναίκα μέσα στη κοινωνία» (Martens 1999).

#### *Οικογενειακό Ιστορικό και Χρήση Ουσιών*

Η ερευνητική περιοχή που επικεντρώνεται στη διερεύνηση της επίδρασης του οικογενειακού ιστορικού είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη και η σύντομη παρουσίαση των κυριότερών της συμπερασμάτων, όπως επιχειρείται εδώ, δεν μπορεί παρά να είναι σχηματική. Συνοπτικά, οι σχετικές μελέτες αναγνωρίζουν ως πιθανούς παράγοντες κινδύνου την εξάρτηση του γονέα από ψυχοτρόπες ουσίες αλλά και από το αλκοόλ. Οι δύο αυτοί παράγοντες έχουν προβλεπτική ισχύ για την ανάπτυξη παρόμοιων προβλημάτων από τον απόγονο, ο οποίος γίνεται δέκτης τόσο γενετικών, όσο και περιβαλλοντικών επιρροών. Η εξάρτηση στο οικογενειακό περιβάλλον λειτουργεί, σε κάποιες περιπτώσεις, ως φαύλος κύκλος, προκαλώντας την αναπαραγωγή του προβλήματος από γενιά σε γενιά (Brooks & Rice, 1997).

Σε σχέση με τις γενετικές-βιολογικές συνιστώσες του ζητήματος, μελέτες με διδύμους (Cutrona et al., 1994), υιοθετημένα παιδιά που προέρχονται από εξαρτημένους βιολογικούς γονείς, αλλά και έρευνες που χρησιμοποιούν ως δείγμα συγγενείς ατόμων με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών (Dube et al., 2002; Compton et al., 2002), συντείνουν στο συμπέρασμα ότι τα προβλήματα εξάρτησης έχουν ένα σημαντικό βιολογικό υπόστρωμα. Φαίνεται δηλαδή ότι η στενή βιολογική συγγένεια με κάποιο εξαρτημένο άτομο αυξάνει σε μεγάλο βαθμό την πιθανότητα να αναπτύξει κανείς προβλήματα εξάρτησης από ουσίες. Είναι σημαντικό όμως να τονιστεί ότι πρόκειται για αυξημένα επίπεδα κινδύνου, και όχι για βέβαιη πορεία προς την εξάρτηση. Η ανθεκτικότητα ή τρωτότητα ενός ατόμου απέναντι στη χρήση καθορίζεται από ποικίλες συνιστώσες και η καταγωγή από έναν αλκοολικό ή εξαρτημένο από ουσίες γονέα δεν έχει μόνη της την ισχύ να προδιαγράψει το μέλλον (Kumpfer et al., 1988).

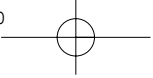


Έχοντας καταλήξει στη διαπίστωση ότι οι γενετικοί παράγοντες είναι σημαντικοί στη δημιουργία της εξαρτητικής συμπεριφοράς, η σύγχρονη έρευνα επιχειρεί να απαντήσει σε ένα περιπλοκότερο ερώτημα, που αφορά στο τι είναι ακριβώς αυτό που κληρονομείται δια της γενετικής οδού. Στο πλαίσιο αυτό έχουν γίνει αντικείμενο έρευνας πολλές παράμετροι, όπως το να είναι κανείς ευάλωτος στην εξάρτηση, μέσω ιδιαίτερων ψυχοφυσιολογικών χαρακτηριστικών που οδηγούν σε αυξημένη ευαισθησία στην επίδραση των ουσιών (Silvia & Liepman, 1990), αλλά και η μεταβίβαση ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (π.χ. αντικοινωνικά χαρακτηριστικά) (Lewis & Buckholtz, 1991; Schuckit, Smith, Radzimirski & Heyneman, 2000; Tarter et al., 2002) ή ελλειμμάτων στην ικανότητα ρύθμισης και διαχείρισης των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς (Chassin, Rogosch & Barrera, 1991; Elkins, McGue, Malone & Iacono, 2004; Sher, Walitzer, Wood & Brent, 1991). Αναδεικνύεται έτσι η πολυπλοκότητα των αιτιωδών συνδέσεων, που γίνεται ακόμα μεγαλύτερη αν ληφθεί υπ' όψη ότι το επίπεδο κινδύνου μπορεί να μετριαστεί ή να αυξηθεί μέσω της επίδρασης περιβαλλοντικών, ενδο- και δια-προσωπικών παραγόντων στη γενετική σχέση.

Η ανατροφή από γονείς με προβλήματα εξάρτησης συνδέεται, πέρα από τη γενετική της διάσταση, και με μία σειρά πιθανών περιβαλλοντικών επιδράσεων που μπορεί να λειτουργήσουν ως παράγοντες κινδύνου για την εμπλοκή σε χρήση ουσιών. Πρόκειται για τους λεγόμενους *ειδικούς παράγοντες* που σχετίζονται άμεσα με τη χρήση, και τους *γενικούς παράγοντες* που αναφέρονται σε γενικότερη δυσλειτουργία της οικογένειας και ασκούν έμμεση επίδραση (Ellis, Zucker & Fitzgerald, 1997; Mendes et al., 1999; Merikangas, Dierker & Fenton, 1997).

Οι κυριότεροι ειδικοί παράγοντες είναι η γονική ανοχή ή και συγκατάθεση προς τη χρήση, η άμεση έκθεση σε ουσίες και η διαθεσιμότητά τους, αλλά και η παροχή από το γονέα ενός αρνητικού μοντέλου προς μίμηση. Σε σχέση με το τελευταίο, αναφέρεται ότι το παιδί μαθαίνει μέσα στην οικογένεια να χρησιμοποιεί τις ουσίες ή το αλκοόλ ως κυρίαρχη στρατηγική αντιμετώπισης του στρες (Brooks & Rice, 1997).

Εκτός από τις άμεσες επιδράσεις της χρήσης, ορισμένοι γενικότεροι, δευτερογενείς παράγοντες μπορούν να ασκήσουν εξίσου σημαντική επίδραση στο παιδί που μεγαλώνει μέσα σε μία οικογένεια εμπλεγμένη στη χρήση ουσιών. Τέτοιου τύπου μεταβλητές μπορεί να είναι η διαταραγμένη οικογενειακή δομή, η έκθεση σε υψηλά επίπεδα σύγκρουσης μεταξύ των γονέων, η χαμηλή οικογενειακή συνοχή (Hoffmann & Cerbone, 2002), τα υψηλά επίπεδα χρόνιου στρες στο οικογενειακό περιβάλλον και η αποδυναμωμένη ικανότητα των γονέων να ασκήσουν τα γονικά τους καθήκοντα (Chassin, Pillow, Curran, Molina & Barrera, 1993; Kuperman, Schlosser, Lidral, & Reich, 1998), με ακραία εκδήλωση τη σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση των παιδιών (Cohen, Brown & Smailes, 2001; Sheridan, 1995). Γονείς εξαρτημένοι από ουσίες ή αλκοόλ είναι πιθανό να υστερούν ως προς τις δεξιότητες οικογενειακής διαχείρισης, παρουσιάζοντας πρακτικές όπως είναι η ασυνεπής επιβολή πειθαρχίας και η πλημμελής επίβλεψη της συμπεριφοράς και των κοινωνικών επαφών των παιδιών τους. Τέτοιου τύπου πρακτικές φαίνεται ότι μπορούν να λειτουργήσουν επιβαρυντικά για την εμπλοκή σε χρήση ουσιών (Fletcher, Steinberg & Williams-Wheeler, 2004; Stattin & Kerr, 2000). Η ανεπαρκής επίβλεψη διευκολύνει, ή, τουλάχιστον, δεν μετριά-ζει τις πιθανότητες ενσωμάτωσης του εφήβου σε ομάδες συνομηλίκων που σχετίζονται με χρήση ουσιών και παραβατικότητα (Chassin et al., 1993; Dishion, Patterson & Reid, 1988; Li, Pentz & Chou, 2002).



Τα πρωτογενή χαρακτηριστικά που συζητήθηκαν παραπάνω, αλληλεπιδρούν και αλληλοδιαπλέκονται για να δημιουργήσουν «ένα οικογενειακό περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από προβλήματα στην οργάνωση, στη συνοχή, στην προβλεψιμότητα, στην ικανότητα άσκησης πειθαρχίας, στη συναισθηματική φροντίδα των μελών και στη διδαχή βασικών δεξιοτήτων ζωής» (Seilhamer & Jacob, 1990), το οποίο μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη προβλημάτων εξάρτησης.

#### *Το φύλο ως διαμεσολαβητική μεταβλητή*

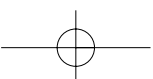
Στη βιβλιογραφία που αφορά τη σύνδεση οικογενειακού ιστορικού και εξάρτησης, το φύλο αποτελεί μία μεταβλητή που δεν έχει αξιολογηθεί με επαρκή συνέπεια ώστε να επιτρέπεται η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Οι περισσότερες έρευνες, είτε αφορούν αποκλειστικά τον ανδρικό πληθυσμό, είτε δεν περιλαμβάνουν συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων, λόγω μεγάλης ανισομέρειας στα μεγέθη των δειγμάτων. Η έλλειψη αυτή σχετίζεται άμεσα με τη γενικότερη υπο-εκπροσώπηση των γυναικών στα θεραπευτικά πλαίσια.

Τα αποτελέσματα των, λίγων σε αριθμό, διαθέσιμων μελετών είναι αντικρουόμενα. Μελέτες με διδύμους που επιχειρούν να ανιχνεύσουν γενετικές επιδράσεις δείχνουν στην πλειοψηφία τους ότι οι γυναίκες επηρεάζονται λιγότερο από την κληρονομικότητα σε σύγκριση με τους άνδρες, όταν προέρχονται από βιολογικούς γονείς με προβλήματα αλκοολισμού ή κατάχρησης ουσιών (Goodwin et al., 1977; McGue 1997; Merikangas & Stevens, 1998). Ορισμένες πιο πρόσφατες έρευνες, από την άλλη μεριά, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι γενετικοί παράγοντες επιδρούν με παρόμοιο τρόπο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. (Grella 2003; Prescott 2003; Wallen 1992)

Στο ακριβώς αντίθετο συμπέρασμα, τέλος, καταλήγουν κάποιες μελέτες, εντοπίζοντας πιο εκτεταμένες επιδράσεις σε γυναίκες που προέρχονται από οικογένειες με προβλήματα αλκοολισμού (Russell, Cooper & Frone, 1990; Sher et al., 1991). Το τελευταίο εύρημα, αν και μοιάζει να μη συμφωνεί με τα προηγούμενα, είναι πιθανό να μην αντανακλά την αυξημένη κληρονομικότητα αλλά να εκφράζει τη μεγαλύτερη ευπάθεια των γυναικών στην επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων που σχετίζονται με την διαπαιδαγώγηση σε ένα εξαρτητικό περιβάλλον (Arfken et al., 2001). Συγκεκριμένα, έχει προταθεί ότι, όσον αφορά τις γυναίκες, η αλληλεπίδραση γενετικών με περιβαλλοντικούς παράγοντες αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την ανάπτυξη προβλημάτων εξάρτησης (Cutrona et al., 1994). Η πιο πρόσφατη έρευνα δεν επικεντρώνεται πλέον στην εκτίμηση του βαθμού στον οποίο η εξάρτηση από τις ουσίες και το αλκοόλ μεταβιβάζεται γενετικά, αλλά στον εντοπισμό των συγκεκριμένων γονιδίων και παραγόντων που καθορίζουν το επίπεδο κινδύνου. Τα μελλοντικά αποτελέσματα αυτών των ερευνών θα μπορέσουν να ενσωματωθούν στις επιδημιολογικές μελέτες, προκειμένου να ξεκαθαριστεί αν τα συγκεκριμένα γονίδια είναι υπεύθυνα για τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά στην επίπτωση του αλκοολισμού (Prescott 2003).

#### ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη αξιοποίησε τα δεδομένα που αφορούν στο προφίλ των εφήβων που προσέγγισαν το Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ την τελευταία τετραετία, προκειμένου να εμβαθύνει στα ζητήματα φύλου τα οποία τονίζονται από τη σχετική βιβλιογραφία, με έμφαση



στο θέμα της οικογένειας και των επιδράσεων του ιστορικού. Συγκεκριμένα, επιχειρεί να απαντήσει στα παρακάτω ερωτήματα:

- Είναι δυνατόν να εντοπιστούν διαφορές στο γενικότερο προφίλ των αγοριών και των κοριτσιών;
- Αναπτύσσουν τα κορίτσια διαφορετικά μοντέλα χρήσης ουσιών, σε σχέση με τα αγόρια;
- Διαφοροποιείται η πιθανότητα ύπαρξης οικογενειακού ιστορικού αλκοολισμού ή/και χρήσης ουσιών ανάλογα με το φύλο;

#### ΜΕΘΟΔΟΣ

##### *Δείγμα*

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσε το σύνολο των εφήβων που προσέγγισαν το Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ κατά τα έτη 2001-2004. Πρόκειται για 536 συνολικά έφηβους, εκ των οποίων οι 420 ήταν αγόρια και οι 116 ήταν κορίτσια. Καθώς ένας σημαντικός αριθμός εφήβων είχε απευθυνθεί στο Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ περισσότερες από μία φορές μέσα στο παραπάνω χρονικό διάστημα, διατηρήθηκαν για τον καθένα από αυτούς τα δεδομένα που αντιστοιχούσαν στην πρωταρχική επαφή με το θεραπευτικό πλαίσιο. Η μέση ηλικία των εφήβων ήταν 17,96 έτη (εύρος 14-21 ετών, TA= 1,38). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ( $t = ,583$ ,  $p > .05$ ).

##### *Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων*

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το ερωτηματολόγιο της «Συνέντευξης στην Πρώτη Επαφή» το οποίο είναι βασισμένο στο πρωτόκολλο που έχει σχεδιαστεί από την Επιτροπή Εμπειρογνομόνων στην Επιδημιολογία των Ναρκωτικών του Συμβουλίου της Ευρώπης και μετρά τον δείκτη «Πρώτης Ζήτησης Θεραπείας» (First Treatment Demand Indicator). Το πρωτόκολλο αυτό εφαρμόζεται σε μεγάλο αριθμό ευρωπαϊκών χωρών, με στόχο τη συλλογή συγκρίσιμων στοιχείων για τα εξαρτημένα άτομα που ζητούν θεραπεία (ΕΚΤΕΠΝ, 2000). Μία εμπλουτισμένη εκδοχή του ερωτηματολογίου διαμορφώθηκε για τις ανάγκες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. σύμφωνα με τις προδιαγραφές που περιγράφονται από το πρωτόκολλο (Πουλόπουλος, Παπαναστασάτος και συν., 1995).

Για την επεξεργασία του προφίλ των εφήβων χρησιμοποιήθηκε η καινούρια, ελαφρώς τροποποιημένη από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (E.M.C.D.D.A.), μορφή του ερωτηματολογίου της «Συνέντευξης στην Πρώτη Επαφή». Οι αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί είναι μικρής έκτασης και συνίστανται κυρίως στην προσθήκη και στην κατάργηση κάποιων ερωτήσεων, ή σε αλλαγές στην κωδικοποίησή.

Οι πληροφορίες συνελέγησαν κατά τη διάρκεια προσωπικής συνέντευξης από εκπαιδευμένα μέλη του προσωπικού στο Κέντρο Συμβουλευτικής Εφήβων και στο Συμβουλευτικό Σταθμό Εφήβων του Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ. Η συνέντευξη διαρκεί 20-25 λεπτά της ώρας, είναι εθελοντική και τα στοιχεία που δίνονται παραμένουν απόρρητα, σύμφωνα με το σχετικό κώδικα δεοντολογίας που ορίζεται και από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS 12.0.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

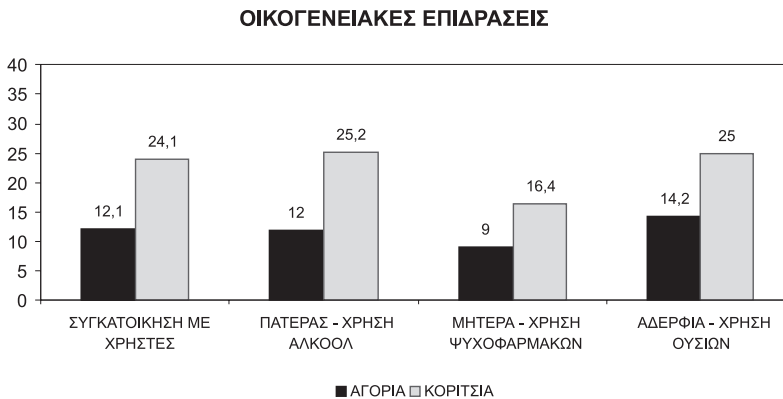
Από το σύνολο των μεταβλητών που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο FTDI επιλέχθηκαν για τη στατιστική ανάλυση όσες παρουσίαζαν νοηματική συνάφεια με το προς εξέταση ζήτημα, δηλαδή την ανίχνευση διαφορών στο προφίλ των εφήβων με βάση το φύλο. Με στόχο την πιο εύληπτη παρουσίασή τους, τα αποτελέσματα που ακολουθούν εκτίθενται σε θεματικές ενότητες.

**Οικογένεια Προέλευσης**

Ένα σημαντικό μέρος των εφήβων του δείγματος ζούσαν με έναν εκ των δύο γονέων, είτε λόγω διαζυγίου στην οικογένεια, είτε λόγω θανάτου ενός εκ των δύο γονέων (41,9%). Παρατηρείται ωστόσο διαφοροποίηση μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς τις αιτίες διάλυσης της πυρηνικής οικογένειας: Τα αγόρια έχουν υψηλότερες πιθανότητες να έχουν χάσει τον ένα γονέα (11,6%), στις περισσότερες περιπτώσεις τον πατέρα (9,8%), ενώ τα κορίτσια φαίνεται ότι προέρχονται συχνότερα από διαζευγμένους γονείς (39,7%,  $\chi^2(2)=9,149$ ,  $p<.0$ )

Σε ό,τι αφορά το οικογενειακό ιστορικό των εφήβων, οι διαφορές φύλου παρουσιάζονται ισχυρές: Σε σχέση με τον πατέρα, τα κορίτσια δήλωσαν κατάχρηση αλκοόλ σε ποσοστό 25,2%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν 12% ( $\chi^2(1)=12,552$ ,  $p<.001$ ). Το 16,4% των κοριτσιών ανέφερε τρέχουσα ή παρελθούσα χρήση ψυχοφαρμάκων από τη μητέρα (δηλωτική πιθανότητα ψυχοπαθολογίας) ( $\chi^2(1)=5,141$ ,  $p<.05$ ). Ανάλογο πρόβλημα δηλώθηκε από το 9% των αγοριών. Τέλος, το 25% των κοριτσιών είχε κάποιον αδερφό/ή επίσης εμπλεγμένο σε χρήση ουσιών, ενώ για τα αγόρια το σχετικό ποσοστό ήταν 14,2% ( $\chi^2(1)=7,329$ ,  $p<.01$ ). Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι τα κορίτσια είχαν υψηλότερες πιθανότητες να συγκατοικούν με κάποιον άλλο χρήστη (24,1%), σε σχέση με τα αγόρια (12,1%,  $\chi^2(1)=10,407$ ,  $p<.01$ ), γεγονός που εν μέρει σχετίζεται με το περισσότερο βεβαρημένο οικογενειακό τους περιβάλλον, μπορεί όμως να υποδηλώνει και την τάση των κοριτσιών που συμμετείχαν στην έρευνα να επιλέγουν ερωτικούς συντρόφους με προβλήματα εξάρτησης.

ΣΧΗΜΑ 1





### Χρήση Ουσιών

Το προφίλ της χρήσης ουσιών των αγοριών και των κοριτσιών φαίνεται να διαφοροποιείται ως προς μία σειρά από χαρακτηριστικά. Ένα σημαντικό ποσοστό των αγοριών (19,2%) ξεκινά τη χρήση με πηχικές ουσίες (βενζίνη, διαλύτες). Για τα κορίτσια, αντίθετα, η κάνναβη αποτελεί σαφώς τη δημοφιλέστερη ουσία έναρξης (82,8%). Ως προς τις λοιπές ουσίες έναρξης χρήσης (κατασταλτικά χάπια, κ.λ.π.), δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Τα κορίτσια που προσεγγίζουν το Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ μοιάζουν να είναι βαθύτερα αναμειγμένα στη χρήση. Συγκεκριμένα, δηλώνουν την ηρωίνη ως κύρια ουσία κατάχρησης συχνότερα απ' ό,τι τα αγόρια (81,9% έναντι 66,4%,  $\chi^2(1)=10,312$ ,  $p<.001$ ), αλλά και αναφέρουν με μεγαλύτερη συχνότητα ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών, τόσο τρέχουσα (27,6% έναντι 37,9%,  $\chi^2(1)=4,616$ ,  $p<.05$ ), όσο και στο παρελθόν (62,1% έναντι 47,1%,  $\chi^2(1)=8,101$ ,  $p<.01$ ). Επιπλέον, περισσότερα κορίτσια απ' ό,τι αγόρια έχουν υποστεί επεισόδια υπερβολικής δόσης (37,1% έναντι 28,1%,  $\chi^2(1)=3,483$ ,  $p<.05$ ).

Ένα πάγιο χαρακτηριστικό των εφήβων που προσέρχονται στο Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ είναι η πολυ-χρήση. Εξετάζοντας λεπτομερέστερα τις προτιμώμενες ουσίες με βάση των φύλο, διακρίνεται τάση των κοριτσιών προς τα υπνωτικά και κατασταλτικά χάπια (62,1% έναντι 41,7% για τα αγόρια,  $\chi^2(1)=16,032$ ,  $p<.001$ ), αλλά και τις αντιπαρκινσονικές ουσίες (21,6% έναντι 12,6% για τα αγόρια,  $\chi^2(1)=9,137$ ,  $p<.05$ ). Σε σχέση με τις υπόλοιπες δευτερεύουσες ουσίες χρήσης, οι προτιμήσεις δεν φαίνεται να επηρεάζονται από το φύλο του/της εφήβου.

### Παραβατικότητα και εμπλοκή με το νόμο

Η ανάμειξη των αγοριών σε παραβατικές συμπεριφορές παρουσιάζεται ξεκάθαρα εντονότερη από την αντίστοιχη των κοριτσιών. Μία πρώτη ένδειξη γι' αυτό αποτελεί το γεγονός ότι περισσότερα αγόρια (28,6%) απ' ό,τι κορίτσια (9,5%) παραπέμπονται στο Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ από κάποια Δικαστική Υπηρεσία (π.χ. Επιμελητές Ανηλίκων) ( $\chi^2(8)=24,993$ ,  $p<.01$ ). Σχεδόν διπλάσιος αριθμός αγοριών αναφέρει συλλήψεις από τις αστυνομικές αρχές για αδικήματα όπως εμπορία ουσιών, κλοπές κ.α. (78,6% των αγοριών έναντι 40,5% των κοριτσιών,  $\chi^2(1)=63,087$ ,  $p<.001$ ). Ένα άλλο σημαντικό διαφοροποιητικό στοιχείο είναι ότι τα κορίτσια, όταν αναφέρουν συλλήψεις, έχουν συλληφθεί σε μικρότερη ηλικία απ' ό,τι τα αγόρια ( $t = -2,199$ ,  $p<.05$ ).

### Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Παρ' όλη την ανάμειξή τους με τη χρήση, τα κορίτσια φαίνεται να διατηρούν την επαφή τους με την εκπαιδευτική διαδικασία και ως εκ τούτου έχουν κατακτήσει υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο από τα αγόρια. Αναλυτικότερα, το 52,6% των κοριτσιών που προσέρχονται στο Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ έχουν αποφοιτήσει ή έχουν ολοκληρώσει κάποιες από τις τάξεις του Λυκείου, έναντι του 32,9% των αγοριών. Αντίστοιχα, το 13,8% των αγοριών δεν έχει καν ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση, ενώ για τα κορίτσια το αντίστοιχο ποσοστό είναι 3,4%. Είναι ενδιαφέρον ότι η ηλικία έναρξης της χρήσης αλλά και έναρξης χρήσης της κύριας ουσίας κατάχρησης (ηρωίνη) είναι πανομοιότυπη για τα δύο φύλα, επομένως οι όποιες διαφορές στο εκπαιδευτικό επίπεδο δεν μπορούν να αποδοθούν σε πιθανή ύστερη είσοδο των κοριτσιών στη χρήση.

## 34 Εξαρτήσεις

*Σεξουαλική συμπεριφορά*

Σε σχέση με τα πρότυπα σεξουαλικής συμπεριφοράς των εφήβων, παρόλο που τα αγόρια δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό σεξουαλικές σχέσεις με περιστασιακούς ερωτικούς συντρόφους ( $\chi^2(2)=23,117$ ,  $p<.001$ ), τα κορίτσια έχουν συχνότερα σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη ( $\chi^2(5)=17,681$ ,  $p<.01$ ), γεγονός το οποίο, εάν συνδυαστεί με την τάση των εξαρτημένων γυναικών να σχετίζονται ερωτικά με επίσης εξαρτημένα άτομα, μεταφράζεται σε έκθεση σε υψηλά επίπεδα κινδύνου για προσβολή από μολυσματικές ασθένειες.

*Ψυχολογικά προβλήματα - Συννοσηρότητα*

Ο αριθμός των κοριτσιών που αναφέρουν ψυχολογικά προβλήματα είναι σχεδόν πενταπλάσιος από εκείνο των αγοριών (26,7% έναντι 6%,  $\chi^2(1)=41,769$ ,  $p<.001$ ). Μολονότι το εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών που εξετάζουν τη σχέση φύλου και συννοσηρότητας των ατόμων με διαταραχή εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες, θα πρέπει να ερμηνευτεί με μεγάλη επιφύλαξη. Ο λόγος είναι ότι τα στοιχεία προκύπτουν κατά δήλωση των εφήβων και δεν αφορούν στην πλειοψηφία τους διαγνωσμένα προβλήματα, επομένως η αξιοπιστία τους είναι μειωμένη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	$\chi^2$
Χρήση ουσιών			
Ηρωίνη ως κύρια ουσία κατάχρησης	66,4%	81,9%	10,31***
Κατασταλτικά ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης	41,7%	62,1%	16,03***
Ενέσιμη χρήση ουσιών	47,1%	62,1%	8,10*
Πρόσφατη ενέσιμη χρήση	27,6%	37,9%	4,62**
Επεισόδια υπερβολικής δόσης	28,1%	37,1%	3,48**
Παραβατικότητα και εμπλοκή με το νόμο			
Συλλήψεις	78,6%	40,5%	63,09***
Παραπομπή από δικαστική υπηρεσία	28,6%	9,5%	24,99*
Σεξουαλική συμπεριφορά			
Περιστασιακοί σύντροφοι	19,8%	44,3%	23,12***
Σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη	24,7%	38,8%	17,68*
Ψυχολογική κατάσταση			
Ψυχολογικά προβλήματα	6,0%	26,7%	41,77***
Νοσηλεία λόγω ψυχ. προβλημάτων	2,4%	7,0%	5,79 **

\*  $p<.05$     \*\*  $p<.01$     \*\*\*  $p<0.001$

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

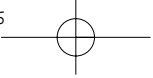
Ο αριθμός των γυναικών που βρίσκονται σε θεραπεία απεξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες είναι μικρός, και ανάλογα περιορισμένη σε έκταση είναι και η ερευνητική βιβλιογραφία που διερευνά τα χαρακτηριστικά των γυναικών που κάνουν κατάχρηση ουσιών. Η παρούσα έρευνα, μελετώντας ένα μεγάλο δείγμα εφήβων, επιχείρησε να διαπιστώσει αν το φύλο αποτελεί μία σημαντική μεταβλητή στο προφίλ και στην εξέλιξη τους.

Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής πρέπει να ληφθούν υπ' όψη ορισμένοι περιορισμοί. Ο αρχικός και σοβαρότερος είναι ότι αυτά προκύπτουν από την αξιολόγηση ενός πολύ συγκεκριμένου πληθυσμού με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (έφηβοι, εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες), με αποτέλεσμα η ισχύ τους να μην είναι δυνατόν να γενικευτεί και σε άλλες υπο-ομάδες ή στο σύνολο των χρηστών. Επιπλέον, πρέπει να γίνει αναφορά στο γεγονός ότι το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε δεν ήταν ειδικά κατασκευασμένο για τους σκοπούς της έρευνας. Λόγω αυτού, δεν μπόρεσαν να αξιολογηθούν κάποιες πολύ σημαντικές διαστάσεις που σχετίζονται άμεσα με τα ζητήματα φύλου (π.χ. σεξουαλική κακοποίηση) και αναδεικνύονται από άλλες ερευνητικές μελέτες ως κρίσιμες. Τέλος, η συλλογή των στοιχείων κατά την πρώτη επαφή των εφήβων με το θεραπευτικό πλαίσιο ανακινεί ζητήματα αξιοπιστίας, καθώς υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης και πιθανώς συνακόλουθη έλλειψη ειλικρίνειας στον τρόπο ανταπόκρισης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να επιβεβαιώνουν, σε γενικές γραμμές, τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας που εκτέθηκαν στην εισαγωγή. Σε σχέση με την έκταση των οικογενειακών επιρροών, οι έφηβοι που προσεγγίζουν το Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ από τον πατέρα και τα αδέρφια και ψυχοφαρμάκων από τη μητέρα. Η επίδραση της χρήσης στην οικογένεια είναι, όπως είδαμε, πολύπλευρη, και μπορεί να επηρεάσει τον έφηβο μέσω πολλαπλών οδών (γενετικών και περιβαλλοντικών). Το εύρημα ότι τα κορίτσια τείνουν να προέρχονται συχνότερα από προβληματικά οικογενειακά περιβάλλοντα, είναι πιθανό να αντανάκλα τη μεγαλύτερη ευαισθησία των γυναικών στην ανατροφή από γονείς με θέματα κατάχρησης ουσιών, όπως εντοπίζεται από κάποιες μελέτες (Arfken et al. 2001; Cutrona et al., 1994; Russell et al., 1990; Sher et al., 1991). Από την άλλη μεριά, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που προβάλλουν αίτημα θεραπείας για την εξάρτηση από ουσίες είναι πιθανότερο να προέρχονται από πυρηνικές οικογένειες στις οποίες υπάρχει εξαρτημένο μέλος, ή να συζούν με κάποιον επίσης εξαρτημένο ερωτικό σύντροφο. Στην περίπτωση αυτή η επίδραση του οικογενειακού ιστορικού φαίνεται να έχει δύο όψεις: από τη μία λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για την εμπλοκή στη χρήση και από την άλλη ως κινητήριο δύναμη για την απεμπλοκή από αυτή (El-Guebaly 1994).

Σε ό,τι αφορά τα πρότυπα χρήσης των εφήβων που ζητούν βοήθεια από το Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ, τα κορίτσια διαφοροποιούνται δείχνοντας εμπλοκή σε μεγαλύτερης βαρύτητας χρήση ουσιών (ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης, συχνά επεισόδια υπερβολικής δόσης) και προτίμηση στις υπνωτικές και κατασταλτικές ουσίες. Το τελευταίο εύρημα συμβαδίζει με τις πρόσφατες αλλά και παλαιότερες καταγεγραμμένες τάσεις για το σύνολο του πληθυσμού (Clayton et al., 1986; EMCDDA, 2005).

Σε ένα γενικότερο επίπεδο τέλος, αξίζει να σχολιαστούν οι ενδείξεις που παρουσιάστηκαν για υψηλότερα επίπεδα συννοσηρότητας στα κορίτσια και για μεγαλύτερη έκθεσή τους



σε κινδύνους προσβολής από μολυσματικές ασθένειες λόγω της ασυνεπούς λήψης μέτρων προφύλαξης στις σεξουαλικές επαφές. Το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και η έντονη εμπλοκή σε παραβατικές συμπεριφορές είναι τα σημεία στα οποία τα αγόρια παρουσιάζονται να μειονεκτούν έναντι των κοριτσιών.

Όλα τα παραπάνω συνθέτουν αυτό που αναδεικνύεται πολύπλευρα, τόσο από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, όσο και από την θεραπευτική εμπειρία σε ένα πλαίσιο απεξάρτησης για εφήβους: οι γυναίκες και τα κορίτσια φαίνεται να αποτελούν έναν «ειδικό πληθυσμό», με ιδιαίτερες θεραπευτικές ανάγκες.

#### *Προτάσεις – Θεραπευτικές προσεγγίσεις*

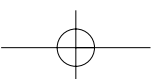
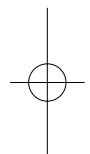
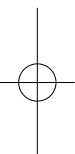
Μέσα από αυτή την ερευνητική εργασία είναι εμφανές ότι προκύπτει έντονα η ανάγκη να σχεδιαστούν εξειδικευμένες παρεμβάσεις θεραπείας της εξάρτησης αποκλειστικά για τα κορίτσια και για τις γυναίκες.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία υπάρχουν τουλάχιστον έξι πιθανές ομάδες εξαρτημένων γυναικών που θα μπορούσαν να ενταχθούν σε εξειδικευμένες με βάση το φύλο θεραπευτικές παρεμβάσεις: οι έγκυες (που υποδιαιρούνται στις έφηβες και τις ενήλικες), όσες κάνουν ενδοφλέβια χρήση, οι έφηβες πολύ-χρήστριες, οι επαγγελματίες, οι νοικοκυρές και οι ηλικιωμένες.

Πολλές θεραπευτικές κοινότητες προκειμένου να καλύψουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των γυναικών οργάνωσαν ειδικές ομάδες και δραστηριότητες για αυτές και ίδρυσαν ειδικά προγράμματα για εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους. Παρ' όλες αυτές τις προσπάθειες όμως εξακολουθούν να υπάρχουν πολύ λίγες εξειδικευμένες παρεμβάσεις για τις εξαρτημένες γυναίκες (De Leon & Jainchill, 1991), όπως επίσης και να υπερκαλύπτονται από τους άνδρες μέσα στα διάφορα θεραπευτικά πλαίσια.

Οι Ravndal και Vaglum (1994) αναφέρουν ότι οι γυναίκες που καταφέρνουν να ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους στις θεραπευτικές κοινότητες είναι αυτές που είχαν στενές σχέσεις με άλλες γυναίκες, είχαν λιγότερη ανάμειξη με άνδρες, βρήκαν ζεστασιά και συναισθηματική στήριξη από τους ομότιμους τους και ταυτίστηκαν θετικά με δυνατές μητέρες που δεν είχαν υποταχθεί στους συντρόφους τους.

Πρέπει λοιπόν με βάση αυτά τα ερευνητικά δεδομένα να σχεδιαστούν επιπλέον εξειδικευμένες παρεμβάσεις που να δημιουργούν ένα πιο φιλικό περιβάλλον για τις γυναίκες μέσα στα διάφορα πλαίσια απεξάρτησης. Για να επιτευχθεί αυτό η θεραπεία θα πρέπει να περιλαμβάνει και να αποδέχεται περισσότερο τη φαρμακευτική αγωγή (κυρίως για ψυχιατρικά προβλήματα που μπορεί να συνυπάρχουν), να περιλαμβάνει περισσότερο διάλογο παρά αντιπαράθεση (καθώς η αντιπαράθεση είναι κυρίως ανδρικό χαρακτηριστικό), να προϋποθέτει περισσότερη προσωπική ψυχοθεραπεία, και πιθανότατα να μην υπάρχει τόση ιεραρχία όση στις παραδοσιακές κοινότητες. Είναι επίσης σημαντικό για τις γυναίκες να έχουν θετικά γυναικεία πρότυπα κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους και αυτό μπορεί να ενισχυθεί από τις επαγγελματίες του ίδιου φύλου που βρίσκονται στο πλαίσιο. Ακόμη θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στις γυναίκες να μοιράζονται, σε ειδικές ομάδες φύλου που θα πραγματοποιούνται, τις προσωπικές τους εμπειρίες σε σχέση με θέματα κακοποίησης φύλου, και να παρατηρούν τις αλλαγές σχετικά με αντιλήψεις και συμπεριφορές (De Leon 2000).



Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν οι υπηρεσίες που θα απευθύνονται πιο συγκεκριμένα σε εξαρτημένες γυναίκες μπορεί να αποδειχθούν ιδιαίτερα βοηθητικές στο να προσελκύουν γυναίκες που σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση δεν θα είχαν ζητήσει βοήθεια, φοβούμενες τον κοινωνικό στιγματισμό και τις παρελκόμενες συνέπειές του.

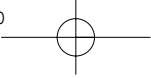
Στα πλαίσια αυτής της ευαισθητοποίησης των ιδιαίτερων αναγκών των γυναικών και των κοριτσιών, το Δ.Υ. ΣΤΡΟΦΗ έχει διαμορφώσει τις λειτουργίες του προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των εφήβων κοριτσιών. Λειτουργεί ομάδα κοριτσιών που με την καθοδήγηση γυναικών μελών του προσωπικού, οι οποίες δρουν ως θετικά πρότυπα, επεξεργάζονται θέματα που αφορούν τη σχέση τους με το άλλο φύλο, τη σεξουαλική τους συμπεριφορά, τη φροντίδα της σωματικής τους αλλά και της ψυχολογικής τους υγείας και γενικότερα θέματα που αφορούν τη γυναικεία τους ταυτότητα.

### Βιβλιογραφικές αναφορές

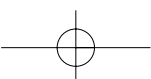
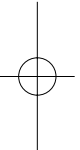
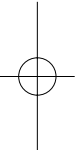
- Arfken, C. L., Klein C., di Menza S., Schuster C.R. (2001). Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 53-57
- Brooks, C.S., & Rice, K.F. (1997). *Families in recovery: Coming full circle*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Brown V. B., Melchior L., A. Waite-O' Brien N. & Huba G.J. (2002). Effects of women-sensitive long-term residential treatment on psychological functioning of diverse populations of women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 133-144
- Chassin, L., Pillow, D.R., Curran, P.J., Molina, B.S.G., & Barrera, M. (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: A test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 3-19.
- Chassin, L., Rogosch, F., & Barrera, M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 449-463.
- Clayton, R.C., Voss, H.L., Robbins, C., et al. (1986). Gender differences in drug use : An epidemiological perspective. In: B.A. Ray & Brande, M.C. (Eds.) *Women and drugs: a new era for research*. NIDA Research Monograph no. 56, Washington DC, US Department of Health and Human Services, 80-99.
- Cohen, P., Brown, J., & Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, 13, 981-999.
- Compton, W.M., Cottler, L.B., Ridenour, T., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E.L. (2001). The specificity of family history of alcohol and drug abuse in cocaine abusers. *The American Journal on Addictions*, 11, 85-94.
- Cutrona, C.E., Cadoret, R.J., Suhr, J.A., Richards, C.C., Troughton, E., Schutte, K., & Woodworth, G. (1994). Interpersonal variables in the prediction of alcoholism among adoptees: evidence for gene-environment interaction. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 171-179.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community theory model and method*. New York: Springer Publishing Company.

- De Leon, G., & Jainchill, N. (1982). Male and female drug abusers: Social and psychological status 2 years after treatment in a Therapeutic Community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 465-497
- De Leon, G., & Jainchill, N. (1991). Residential therapeutic communities for female substance abusers. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 67, 277-290
- Dishion, T.J., Patterson, G. R., & Reid, J. R (1998). Parent and peer factors associated with drug sampling in early adolescence: Implications for treatment. In E. R. Rahdert and J. Grabowski (Eds.), *Adolescent Drug Abuse: Analyses of Treatment Research* (NIDA Research Monograph NO. 77, DHHS Publication No. ADM88-1523) (pp. 69-93). Rockville, M.D: National Institute on Drug Abuse.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Edwards, V.J., & Croft, J.B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27, 713-725.
- El-Guebaly, N. (1995). Alcohol and polysubstance abuse among women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 73-79.
- Elkins, I.J., McGue, M., Malone, S. & Iacono, W.G. (2004). The effect of parental alcohol and drug disorders on adolescent personality. *American Journal of Psychiatry*, 161, 670-676.
- Ellis, Zucker & Fitzgerald, 1997. The role of family influences in development and risk. *Alcohol health and Research World*, 21, 218-226.
- EMCDDA (2005). *Differences in patterns of drug use between women and men*. Retrieved in [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int)
- EMCDDA (2005). *Male and female drug use: Is the gap narrowing?* Retrieved in [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int)
- Finkelstein, N., (1996). Using the relational model as a context for treating pregnant and parenting chemically dependent women. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 6 (1/2), 23-44.
- Fletcher, A.C., Steinberg, L., & Williams-Wheeler, M. (2004). Parental influences on adolescent problem behavior: Revisiting Stattin and Kerr. *Child Development*, 75, 781-796.
- Goodwin, D.W., Schulsinger, F., Knop, J., Mednick, S., & Guze, S.B. (1977). Alcoholism and depression in adopted-out daughters of alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 34, 751-755.
- Gregoire T. K & Snively, C. A. (2001). The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in a long-term recovery program for women. *Journal of Drug Education*, 31, (3), 221-237.
- Grella, C. E. & Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 25 (3):385-406
- Grella, C.E. (2003). Effects of gender and diagnosis on addiction history, treatment utilization and psychosocial functioning among a dually diagnosed sample in drug treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1, 169-179.
- Hoffmann, J.P. & Cerbone, F.G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis. *Drug and Alcohol Dependency*, 66, 255-264.
- Jainchill N., Hawke, J., & Yagelkn, J. (2000). Gender psychopathology and patterns of homelessness among clients in shelter-based TC's. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 553-567
- Kandall, S. R. (1998). Women and addiction in the United States, 1920 to the present. In: C. L. Wetherington, & A. B. Roman (Eds.), *Drug addiction research and the health of women* (pp. 98-4290). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kumpfer, K.L., Olds, D.L., Alexander, J.F., Zucker, R.A., & Gary, L.E. (1988). Family Etiology of Youth Problems. NIDA Research Monograph 177, 12-41.

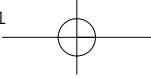
- Kuperman, S., Schlosser, S.S., Lidral, J., & Reich, W. (1998). Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 686-692.
- Lewis, C.E. & Buckholtz, K.K. (1991). Alcoholism, antisocial behaviour and family history. *British Journal of Addiction*, 86, 177-194.
- Lex, B. W. (1991). Gender differences and substance abuse. In: Mello, N.K., ed. *Advances in Substance Abuse: Behavioral and Biological Research, Vol. IV*. London: Jessica Kingsley
- Li, C., Pentz, M., & Chou, C. (2002). Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk. *Addiction*, 97, 1537-1550.
- Lundy, A. Gottheil, E., Serota, R. D., Weinstein, S. P., & Sterling, R. C. (1995). Gender differences and similarities in African-American crack cocaine abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 260-266
- Marsh J. & Miller, N. (1985). Female clients in substance abuse treatment. *International Journal of Addictions*, 20, 995-1019
- Martens, J. (1999). Women-centred approach in the Belgian Therapeutic Communities for drug addicts. In E. Brockaert, W. Vanderplassehen & V. Soyez (Eds.). *Proceedings of the International Symposium on Substance Abuse Treatment and Special Target Groups. "Community as a method" (Vol. 10, pp. 205)*. Universiteit Gent. Gent Vakgroep Orthopedagogick.
- McGue, M. (1997). A genetic-behavioral perspective on children of alcoholics. *Alcohol health and research world*, 21, 210-217.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I. Grissom, G., Pettinati, H., & Argeria, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213
- Mendes, F., Relvas, A.P., Lourenco, M., Reccio, J.L., Pietralunga, S., Broyer, G., Bussac, M.H., Calafat, A., & Stocco, P. (1999). Family Relationships and Primary Prevention of Drug Use in Early Adolescence. Valencia: IREFREA.
- Merikangas, K., & Stevens, D. (1998). Substance abuse among women: Familial factors and comorbidity. In C. Wetherington & A. Roman (Eds.), *Drug Addiction Research and the Health of Women*. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
- Merikangas, K.R., Dierker, L. and Fenton, B. (1997). Familial Factors and Substance Abuse: Implications for prevention. In RS Ashery, EB Robertson, KL Kumpfer (eds) *Drug Abuse Prevention through Family Intervention*. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
- Prescott, C.A. (2003). Sex differences in the genetic risk for alcoholism. *Alcohol Health and Research World*, 26, 264-273.
- Ravndal, E. (1994). *Drug abuse, psychopathology and treatment in a hierarchical therapeutic community*. Unpublished prospective study; doctoral dissertation, University of Oslo, Oslo.
- Ravndal, E., & Vaglum P. (1994). Treatment of female addicts: the importance of relationships to parents, partners and peers for the outcome. *International Journal of the Addictions*, 29, 115-125
- Rohsenow, D.J., Corbett, R., & Devine, D. (1998). Molested as children: A hidden contribution to substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 13-18
- Russell, M., Cooper, M.L., & Frone, M.R. (1990). The influence of sociodemographic characteristics on familial alcohol problems: Data from a community sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 221-226.



- Schuckit, M.A., Smith, T.L., Radzinski, S., & Heyneman, E.K. (2000). Behavioral symptoms and psychiatric diagnoses among 162 children in non-alcoholic or alcoholic families. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1881-1883.
- Seilhamer, R.A., & Jacob, T. (1990). Family factors and adjustment of children of alcoholics. In M. Windle and J.S. Searles (Eds.): *Children of alcoholics: Critical perspectives*. New York: Guilford.
- Sher, K.J., Walitzer, K.S., Wood, P.K., & Brent, E.E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 427-448.
- Sheridan, M.J. (1995). A proposed intergenerational model of substance abuse, family functioning and abuse/neglect. *Child Abuse and Neglect*, 5, 519-530.
- Silvia, L.Y., & Liepman, M.R. (1990). Biological aspects of children of alcoholic parents. In T.M. Rivinus (Eds.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge*. New York: Brunner/Mazel.
- Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child Development*, 71, 1072-1085.
- Tarter, R.E., Kirisci, L., Vanyukov, M., Cornelius, J., Pajer, K., Shoal, G.D., & Giancola, P.R. (2002). Predicting adolescent violence: Impact of family history, substance use, psychiatric history, and social adjustment. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1541-1547.
- Van Damme, K. (1998). *Vronwgerichte verslavingszorg* (Jaugang 6, 1): De Kiem
- Wallen, J. (1992). A comparison of male and female clients in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 243-248
- Wallen, J. (1992). A comparison of male and female clients in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 243-248.
- Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. – Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2000). *Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα το 1999*. Αθήνα: Ερευνητικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Ζώτου, Σ. & Κοπακάκη, Μ. (2004). *Χαρακτηριστικά των εφήβων χρηστών που προσέγγισαν τη ΣΤΡΟΦΗ το 2003*. Αθήνα: ΣΤΡΟΦΗ
- Ρήγος, Η., Ζώτου, Σ., & Κοπακάκη, Μ. (2003). *Χαρακτηριστικά των εφήβων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών που προσέγγισαν τη ΣΤΡΟΦΗ το 2002*. Αθήνα: ΣΤΡΟΦΗ







*Εξαρτήσεις, τεύχος 8, 2005*

## ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME AND QUALITY OF LIFE: REVIEW OF THE PROBLEM

IOANNIS LIAPPAS & MARIA GINIERI-COCCOSSIS<sup>1</sup>

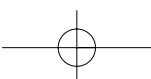
### A b s t r a c t

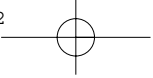
Alcohol dependence syndrome is one of the most prevalent psychiatric disorders, which exhibits a complicated interaction with different psychopathological symptoms and other psychiatric disorders. Co morbid psychopathology may precede or follow alcohol abuse, or may constitute the expression of a latent common pathogenic factor. Alcohol abuse has multiple negative effects on the individual's somatic health, psychological and emotional well-being and social adjustment. Furthermore, co morbidity may lead to a more serious deterioration of the alcoholic individual's quality of life and social functioning. Alcohol dependent patients need specialized and multidimensional long-term health services which could combine medical, psychotherapeutic and psychosocial interventions. In order to respond to the multiple therapeutic needs of these patients, therapy programs need to provide integrated interventions aiming at the physical, psychological and social improvement of the user with individual and group level interventions, as well as interventions for the support of the user's family.

---

<sup>1</sup> Corresponding author:

Maria Ginieri-Coccosis, Department of Psychiatry, University of Athens, School of Medicine, Eginition Hospital, Athens, Greece  
e-mail: margkok@med.uoa.gr





Εξαρτήσεις, τεύχος 8, 2005

## ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ Α. ΛΙΑΠΠΑΣ, MD, Ph.D, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΑΘΗΝΑ», ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΤΟΥ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ  
ΜΑΡΙΑ ΤΖΙΝΙΕΡΗ-ΚΟΚΚΩΣΗ<sup>1</sup>, Ph.D, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΡΝΕΛ (CORNELL UNIVERSITY). ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ - ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

### Περίληψη

Το σύνδρομο της αλκοολικής εξάρτησης παραπέμπει στην πλέον διαδεδομένη ψυχική διαταραχή, στο πλαίσιο της οποίας ατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες σε σχέση αλληλεπίδρασης διαμορφώνουν την εγκατάστασή της και συμπεριλαμβάνουν την παρουσία παράλληλης ψυχικής διαταραχής και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Τα ποσοστά συννοσηρότητας είναι υψηλά, η δε ψυχοπαθολογία μπορεί να προηγείται ή να έπεται της εκδήλωσης του συνδρόμου της αλκοολικής εξάρτησης, καθώς και να αποτελεί έκφραση κάποιου λανθάνοντος κοινού παθογενετικού παράγοντα. Είναι γνωστό ότι η κατάχρηση οινοπνεύματος έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στη συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα και γενικότερα στη σωματική και ψυχική υγεία του χρήστη. Κατά συνέπεια, στην περίπτωση των ατόμων που έχουν πλέον αναπτύξει το σύνδρομο της αλκοολικής εξάρτησης, η σταδιακή έκπτωση που παρουσιάζεται στους ανωτέρω τομείς λειτουργικότητας και υγείας αντανακλάται στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των εξαρτημένων από το οινόπνευμα ατόμων. Η αντιμετώπιση των σχετικών με την αλκοολική εξάρτηση προβλημάτων απαιτεί την πολυεπίπεδη και μακροχρόνια παροχή υπηρεσιών με εξειδικευμένες ιατρικές, ψυχοθεραπευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις αρχές της δεκαετίας του '50, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) όρισε την εξάρτηση από το οινόπνευμα ως μία χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς, η οποία εκδηλώνεται με επαναλαμβανόμενη και συνεχή χρήση οινοπνευματωδών, σε ποσότητα που υπερβαίνει τις συνήθεις διατροφικές πρακτικές, και η οποία είναι ασύμβατη με τα κοινωνικά πρότυπα του περιβάλλοντος στο οποίο ζει ο χρήστης. Σήμερα, η αλκοολική εξάρτηση καταγράφεται ως νόσος «χρόνια εξελισσόμενη και δυνητικά θανατηφόρα, η οποία προκαλεί σοβαρές ψυχιατρικές, σωματικές και κοινωνικές επιπλοκές», αλλά και το άτομο που έχει εκδηλώσει εθισμό στα οινοπνευματώδη θεωρείται ότι είναι ασθενής

<sup>1</sup> Διεύθυνση επικοινωνίας:

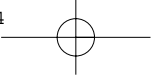
Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση, Τμήμα Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα  
e-mail: margkok@med.uoa.gr

(Λύκουρας 2000). Ο εθισμός αναφέρεται συνήθως στην ανεξέλεγκτη, καταναγκαστική παρόρμηση, στην ακατάσχετη επιθυμία για χρήση ουσιών χωρίς ιατρικό σκοπό και με μεγάλο κόστος-από ιατρική και κοινωνική άποψη- για το άτομο και την κοινωνία (Leshner 1997).

Ο όρος αλκοολισμός, αν και στερείται σαφήνειας, έχει επικρατήσει στη διεθνή βιβλιογραφία. Ως αλκοολισμός θεωρείται η «κατάχρηση» και χρόνια «εξάρτηση» από το αλκοόλ, σύμφωνα με τα κριτήρια που περιγράφονται στα μείζονα διαγνωστικά εγχειρίδια για τη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών DSM-IV. (American Psychiatric Association 1994) και ICD-10 (WHO 1992). Τα κριτήρια αυτά σύμφωνα με το ICD-10 περιλαμβάνουν: έντονη επιθυμία λήψης οινοπνεύματος, δυσκολίες στον έλεγχο της συμπεριφοράς λήψης οινοπνεύματος, σύνδρομο στέρησης κατά τη διακοπή ή την ελάττωση της δοσολογίας και αντοχή σε αυξημένες δόσεις οινοπνεύματος προκειμένου να επιτευχθεί η επιθυμητή επίδραση. Παράλληλα παρατηρείται σταδιακή παραμέληση των εναλλακτικών πηγών ευχαρίστησης και ενδιαφερόντων, καθώς και επιμονή στη χρήση οινοπνεύματος παρά τις σοβαρές βλαπτικές επιπτώσεις (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1993). Στα εγχειρίδια ICD-10 και DSM-IV υποστηρίζεται ότι είναι απαραίτητη η διαφοροποίηση ανάμεσα στην *επιβλαβή χρήση, την κατάχρηση* οινοπνεύματος και την *αλκοολική εξάρτηση*. Η επιβλαβής χρήση συνδέεται με την πρόκληση σωματικής ή ψυχικής βλάβης στην υγεία του χρήστη. Η κατάχρηση αφορά ένα δυσπροσαρμοστικό τύπο χρήσης που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, που εκδηλώνεται σε βασικούς τομείς της ζωής του χρήστη όπως ο οικογενειακός, ο εργασιακός, ο κοινωνικός στο πλαίσιο του οποίου παρατηρούνται δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, ή και εκδηλώσεις παραπτωματικής και γενικά αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Η αλκοολική εξάρτηση αφορά ένα παθολογικό πρότυπο χρήσης οινοπνεύματος με τελική εγκατάσταση της ψυχολογικής ή και σωματικής εξάρτησης, στην οποία σημαντική θέση έχει μία ακατανίκητη επιθυμία για χρήση με εξαιρετικά επιβλαβείς συνέπειες στην ψυχική και σωματική υγεία του χρήστη. Στην περίπτωση της εξάρτησης, το εξαρτημένο άτομο εκτός της σταδιακής αύξησης της ποσότητας κατανάλωσης και της ανοχής στο οινοπνευμα, παρουσιάζει παράλληλα μείωση του ελέγχου λήψης οινοπνεύματος, και γενικότερα αύξηση της εμπλοκής με το αλκοόλ, καθώς και σοβαρή παραμέληση των κοινωνικών, επαγγελματικών και ψυχαγωγικών του δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων (American Psychiatric Association 1994; Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1993; World Health Organization 1992).

#### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) προειδοποιεί ότι το φαινόμενο της υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών λαμβάνει ανησυχητικές διαστάσεις, με αποτέλεσμα να αποτελεί μία από τις πλέον σοβαρές απειλές για την παγκόσμια υγεία (World Health Organization 2001). Μολονότι το πρόβλημα της χρήσης οινοπνευματωδών στο πλαίσιο αρκετών Ευρωπαϊκών χωρών φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί, ορισμένοι επιδημιολογικοί δείκτες και εμπειρικά δεδομένα κατά τις τελευταίες δεκαετίες υποδεικνύουν μία σχετική αύξηση της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών σε πολλές χώρες παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Η κατάχρηση οινοπνευματωδών καταγράφεται ως συχνότερη στη Μεγάλη Βρετανία και στη Γερμανία, ενώ οι ναρκωτικές ουσίες εμφανίζουν μεγαλύτερη διάδοση στις ΗΠΑ. Σύμφωνα με τον



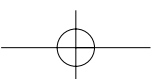
Π.Ο.Υ. (2002), σε διεθνές επίπεδο, το ποσοστό των ατόμων που έχουν αναπτύξει διαταραχές συσχετιζόμενες με το αλκοόλ εκτιμάται σε 76,3 εκατομμύρια, ενώ το ποσοστό που κάνουν χρήση οινόπνευματος αναφέρεται σε 2 δισεκατομμύρια. Στην Αγγλία, σύμφωνα με έρευνα του 1991, η εμφάνιση του προβλήματος στο γενικό πληθυσμό επισημάνθηκε σε ποσοστά 7% των ανδρών και 5% των γυναικών αντίστοιχα αλλά και σε πρόσφατες εκτιμήσεις το ποσοστό στο γενικό πληθυσμό ανέρχεται σε 5,55% περίπου (McKenna et al. 1996; WHO 2002). Στις ΗΠΑ, αναφέρεται ότι 15,1 εκατομμύρια άτομα (περίπου 1 στους 18 ή 5,55%) παρουσιάζουν το σύνδρομο της αλκοολικής εξάρτησης, εκ των οποίων 4,6 εκατομμύρια είναι γυναίκες (NWHIC 2005). Επιπλέον, ένας πληθυσμός μερικών ακόμα εκατομμυρίων ατόμων αναφέρεται ότι εμπλέκεται σε επιβλαβή χρήση οινόπνευματων που μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλα συνδυαζόμενα με το οινόπνευμα προβλήματα. Είναι ενδεικτικό της μεγάλης έκτασης του προβλήματος ότι το 53% των ανδρών και γυναικών αναφέρουν ότι ένα ή περισσότερα άτομα από το στενό τους περιβάλλον έχουν πρόβλημα με το οινόπνευμα (NIAAA 2005).

Η κατάχρηση/εξάρτηση από το οινόπνευμα συνοδεύεται από ποικίλα ιατρικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, όπως είναι η παραβατικότητα και η βία. Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει ο Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη, ένας στους τέσσερις θανάτους αντρών ηλικίας 15 έως 29 ετών, συνδέεται με τη χρήση/κατάχρηση οινόπνευματος, ενώ μόνο κατά το έτος 1999, 55.000 νεαρά άτομα έχασαν τη ζωή τους από αιτίες σχετιζόμενες με τη χρήση οινόπνευματων (World Health Organization 2001). Η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει τα υψηλά ποσοστά θανάτων που συνδέονται με τη χρήση οινόπνευματος, ενώ ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να δοθεί στα τροχαία ατυχήματα και τη συσχέτισή τους με την υπερβολική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (Παπαδόδημα 2001).

Στην Ελλάδα, αναφέρεται σε δημοσιεύματα στον Τύπο, ότι περίπου 250.000 άνθρωποι στη χώρα μας είναι εξαρτημένοι από το οινόπνευμα, ότι το 40% των θανάτων από τροχαία οφείλονται στο αλκοόλ, καθώς και ότι κάθε χρόνο περίπου 5.000 άτομα χάνουν τη ζωή τους από αιτίες που σχετίζονται με τα οινόπνευματων. Αποτελεί ενδεικτικό στοιχείο του υψηλού βαθμού επιπολασμού, ότι στο πλαίσιο λειτουργίας της εξειδικευμένης μονάδας απεξάρτησης από εθιστικές ουσίες και το οινόπνευμα- πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ», (Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου), την περίοδο 1998-2002, προσήλθαν 252 νέα περιστατικά παθολογικής χρήσης οινόπνευματων (Λιάππας et al., 2002).

Σύμφωνα με στοιχεία διακρατικής μελέτης που εκπονήθηκε το 1998 σε μαθητικό πληθυσμό, η κατανάλωση οινόπνευματος παρουσίαζε ανησυχητική αυξητική τάση στα νεαρά άτομα με μεγαλύτερη κατανάλωση στα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια. Οι περισσότεροι πρόσφατες εκτιμήσεις, φαίνεται να δείχνουν μία σχετική μείωση του ποσοστού των μαθητών και στα δύο φύλα που δηλώνουν τη χρήση οινόπνευματων σε όλες τις περιόδους αναφοράς, κυρίως στη μηνιαία κατανάλωση, με εξαίρεση την εβδομαδιαία κατανάλωση «άλλων οινόπνευματων». (ΕΚΤΕΠΝ 2003).

Παρά την έλλειψη εκτεταμένων στατιστικών στοιχείων που να επιβεβαιώνουν ότι υπάρχει πρόβλημα αλκοολισμού στην Ελλάδα, είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι ένας σημαντικός αριθμός ανηλίκων ατόμων του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει εμπλοκή στη χρήση οινόπνευματος, γεγονός που απασχολεί σοβαρά την πολιτεία και την επιστημονική κοινότητα. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, κυρίως σε μαθητές γυμνασίου και λυκείου, τα παιδιά στη χώρα μας δοκιμάζουν για «πρώτη φορά» οίνο-



πνευματώδη ποτά κατά μέσο όρο σε ηλικία 12 ετών, ενώ περίπου το 12% του μαθητικού πληθυσμού στο επίπεδο του Λυκείου δηλώνει «συχνή» κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών (ΕΠΙΨΥ 2003; Kokkevi et al., 2000).

#### ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

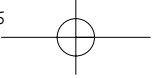
Η ύπαρξη παράλληλης ψυχοπαθολογίας με τη χρήση ουσιών αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο στην εξάρτηση από ουσίες ή από οινόπνευμα. Στο πλαίσιο της συννοσηρότητας, τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα και οι ψυχικές παθήσεις που καταγράφονται σε συνάρτηση με την αλκοολική εξάρτηση ενδέχεται να υπερβαίνουν το 50% των περιπτώσεων των χρηστών που απευθύνονται στις σχετικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, ως προς τον άξονα I του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-IV, η αλκοολική εξάρτηση μπορεί να καταγράφεται παράλληλα με καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές του ύπνου, αγοραφοβία, κοινωνική φοβία, κρίσεις πανικού, σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές, καθώς και σχιζοφρενικού ή ψυχωτικού τύπου διαταραχές (Λιάππας 2000; Λιάππας 2001). Επίσης, τα άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές συνδεδεμένες με το αλκοόλ, εμφανίζουν σαφώς υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονιών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, (Murphy, Wetzel 1990) αλλά και γενικότερα παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και υψηλά επίπεδα αυτοκτονικού ιδεασμού (Κονταξάκης 1994; Madianos, Gefou-Madianou, Stefanis, 1999). Επιπλέον, έχει εντοπιστεί η στενή σχέση μεταξύ κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα και φοβίας κοινωνικού τύπου (Paparrigopoulos et al., 2000).

Ως προς τον άξονα II του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-IV, σε μεγάλο ποσοστό των χρηστών, καταγράφεται παράλληλα με τη κατάχρηση/εξάρτηση από το οινόπνευμα, η διάγνωση της διαταραχής προσωπικότητας, με συχνότερη την διαταραχή προσωπικότητας αντικοινωνικού τύπου. Επίσης, η εξάρτηση από το οινόπνευμα, μπορεί να συνυπάρχει με εξαρτήσεις από άλλες ουσίες, όπως π.χ. την κοκαΐνη. Γενικά, σύμφωνα με μία αδρή εκτίμηση, τα άτομα που εκδηλώνουν εξάρτηση από κάποια ουσία ή το οινόπνευμα, σε ποσοστό 53% εμφανίζουν παράλληλα με το σύνδρομο της εξάρτησης και κάποια άλλη ψυχική διαταραχή

#### ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση/κατάχρηση οινοπνεύματος αποτελούν σε μεγάλο βαθμό αντικείμενο επιστημονικής μελέτης σε παγκόσμιο επίπεδο. Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, συνθέτουν ένα πλέγμα παραγόντων, οι οποίοι συνυπάρχουν σε σχέση αλληλεπίδρασης και καταγράφονται στο πλαίσιο της κατάχρησης/εξάρτησης από το αλκοόλ.

Ως προς τον κληρονομικό παράγοντα, μελέτες σύγκρισης μεταξύ μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων δείχνουν ότι η πιθανότητα εμφάνισης της εξάρτησης από το οινόπνευμα είναι μεγαλύτερη σε μονοζυγωτικούς διδύμους (Λύκουρας 2000). Επίσης, υποστηρίζεται ότι το ποσοστό εθισμού από το οινόπνευμα είναι αυξημένο μεταξύ των μελών των οικογενειών των εξαρτημένων από το οινόπνευμα ατόμων (Λιάππας 1992). Η συχνότητα της χρήσης/κατάχρησης στα παιδιά των ατόμων που εμφανίζουν εξάρτηση από το οινόπνευμα, είναι 4 φορές υψηλότερη σε σύγκριση με τα παιδιά των φυσιολο-



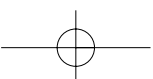
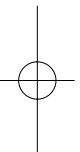
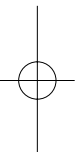
γικών γονέων. Αυτό το εύρημα ισχύει και στη περίπτωση των παιδιών που ζουν με θετούς γονείς (Λύκουρας 2000).

Αναφορικά με γενετικούς και νευροφυσιολογικούς παράγοντες, σε αρκετές μελέτες αναφέρεται ότι τα παιδιά με υπερκινητικού τύπου διαταραχές, μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων και προβλήματα επικέντρωσης της προσοχής, εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες παθολογικής εμπλοκής με το οινόπνευμα (Λιάππας 1992).

Ως προς τους ψυχοπαθολογικούς παράγοντες, είναι γνωστό ότι η χρήση/κατάχρηση οινόπνευματος, αλλά και γενικότερα η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, συνοδεύεται από ποικίλα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, τα οποία μπορεί να λειτουργούν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου εξάρτησης. Παραδείγματος χάριν, η εμπλοκή με το οινόπνευμα αναπτύσσεται συχνότερα σε άτομα που εμφανίζουν διαταραχές προσωπικότητας, κυρίως αντικοινωνικού και μεθοριακού τύπου, καθώς και σε άτομα με χαρακτηριστικά παθητικής και εξαρτητικής προσωπικότητας. Επίσης, τα άτομα που εκδηλώνουν το σύνδρομο, παρουσιάζουν σε σημαντικό ποσοστό συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, αλλά και ψυχωσικά συμπτώματα, όπως παρανοϊκού τύπου ιδεασμό, αυξημένη ενασχόληση με το σωματικό εγώ και αισθήματα ενοχής (Λιάππας 2001; Λιάππας et al., 2003). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι άτομα που είναι πιο επιρρεπή στην κατάχρηση οινόπνευματος εμφανίζουν συχνότερα χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, αισθήματα ενοχής, ενασχόληση με το σωματικό εγώ, καθώς επίσης, μειωμένο έλεγχο των παρορμήσεων και χαμηλό αίσθημα υπευθυνότητας (Λιάππας 1992; Seeman, Seeman 1992; Welsh, Buchsbaum, Kaplan, 1992).

Χρειάζεται να επισημανθεί ότι η ίδια η χρήση οινόπνευματος οδηγεί σε δευτεροπαθή ψυχοπαθολογία ή και επιτείνει τις υπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές και τα συμπτώματα (Λιάππας 2000). Η προτίμηση που εκδηλώνει ο χρήστης για τη χρήση/κατάχρηση μιας συγκεκριμένης ουσίας, φαίνεται να έχει άμεση σχέση με την προσπάθεια που κάνει να καταστείλει επώδυνα υποκλινικά ψυχιατρικά συμπτώματα (Λιάππας 1992; Λιάππας 2001). Η χρήση οινόπνευματος θεωρείται ότι μειώνει τη νευρικότητα, ενώ ενισχύει το αίσθημα αυτοπεποίθησης και παράλληλα, χρησιμοποιείται συχνά από τους χρήστες στην αντιμετώπιση στρεσογόνων γεγονότων (Λύκουρας 2000).

Ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με την κατάχρηση οινόπνευματος, έχει παρατηρηθεί η ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης με την ηλικία έναρξης της χρήσης, η οποία στους άνδρες τοποθετείται στα 20 χρόνια, ενώ στις γυναίκες σε σχετικά μεγαλύτερη ηλικία (Kaplan, Sadock 1998; Schuckit 1998). Ως προς τους κοινωνικούς παράγοντες που οδηγούν ή ενισχύουν τη χρήση/κατάχρηση, έχουν εντοπιστεί σημαντικές συσχετίσεις αφενός με τον τύπο εργασίας ή επαγγέλματος (η έκθεση του ατόμου στο οινόπνευμα είναι προφανώς μεγαλύτερη σε ορισμένα επαγγέλματα) και αφετέρου με την κοινωνική τάξη (σε κατώτερες κοινωνικές τάξεις το πρόβλημα εμφανίζεται συχνότερα) (Λύκουρας 2000). Επίσης, σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση συμπεριφοράς χρήσης/κατάχρησης έχουν οι προσωπικές θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου και η στάση του γενικότερα απέναντι στο οινόπνευμα. Είναι γνωστό, ότι οι στάσεις γενικά διαμορφώνονται με βάση τα κοινωνικά πρότυπα και τις αξίες που ενυπάρχουν στο κοινωνικό - πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει το άτομο, και δια μέσου των οποίων ασκείται επιρροή και στη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με τη χρήση (Brennan 1990).



Επίσης, σχετικά με το πως αιτιολογούν την κατάχρηση οινόπνευματος τα δυο φύλα, οι αλκοολικοί άνδρες αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στα οικονομικά προβλήματα, τα οποία θεωρούν ως κύρια αίτια που οδηγεί στη χρήση οινόπνευματος, ενώ οι γυναίκες αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία σε ψυχοτραυματικά γεγονότα, όπως το διαζύγιο και η απώλεια σημαντικού προσώπου (Brennan 1990; Fink et al., 1996).

Όσον αφορά στην ηλικιακή ομάδα των ατόμων άνω των 65 ετών –αν και η κατάχρηση μειώνεται καθώς αυξάνεται η ηλικία– οι παράγοντες που συντείνουν στην αύξηση της χρήσης/κατάχρησης οινόπνευματος περιλαμβάνουν εκτός από την προηγηθείσα παθολογική χρήση, συνθήκες όπως η έλλειψη συντρόφου και η κοινωνική απομόνωση. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, να σημειωθεί ότι το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης του ατόμου δεν φαίνεται να λειτουργεί αποτρεπτικά ως προς την κατάχρηση οινόπνευματος. Επίσης, αναφορικά με το φύλο, οι ηλικιωμένοι άνδρες, συγκριτικά με τις γυναίκες, παρουσιάζουν συχνότερα παθολογική χρήση (Fink et al., 1996).

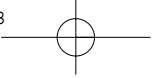
Τέλος, σχετικά με την εμφάνιση του προβλήματος της χρήσης/κατάχρησης οινόπνευματος σε νεαρά άτομα, τα ευρήματα των σχετικών μελετών υποδεικνύουν τη συσχέτιση ανάμεσα στη συμπεριφορά των γονιών και την υιοθέτηση αντίστοιχων συμπεριφορών από τα παιδιά. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να ερμηνευτεί σύμφωνα με τους ψυχολογικούς μηχανισμούς της μίμησης και ταύτισης του παιδιού με τους γονείς. Η αντίληψη που έχει διαμορφώσει ο ίδιος ο νεαρός χρήστης για τη στάση των γονιών του απέναντι στο οινόπνευμα, είναι εύλογο ότι καθορίζει σε σημαντικό βαθμό και τη δική του συμπεριφορά και στάση απέναντι στο οινόπνευμα (Λιάππας 1992).

Σχετικά με τους προγνωστικούς παράγοντες στην κατάχρηση οινόπνευματων ποτών, οι σχετικές μελέτες σε μαθητές Μέσης Εκπαίδευσης σε σχολεία της Αθήνας, Πάτρας και Ιωαννίνων, αναφέρουν ότι οι βασικοί αιτιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τη μη επιτυχή έκβαση της κοινωνικοποίησης του παιδιού στο πλαίσιο της οικογένειας ή στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο και τη συνακόλουθη ρήξη με τα προβαλλόμενα κυρίαρχα κοινωνικά πρότυπα. Επίσης, σημαντικός παράγοντας αποτελεί η προβολή προτύπων συμπεριφοράς για τη χρήση οινόπνευματος είτε από την οικογένεια είτε από τους φίλους. Επιπλέον, η πίεση που ασκείται από την κοινωνική ομάδα των συνομηλίκων για χρήση οινόπνευματων και ουσιών, καθώς και η ευχάριστη εμπειρία της πρώτης χρήσης, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που ενισχύουν την υιοθέτηση των συμπεριφορών χρήσης/κατάχρησης στο μέλλον (Λιάππας 1992).

#### ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Οι αρνητικές επιπτώσεις που απορρέουν από την παθολογική εμπλοκή με το οινόπνευμα επιβαρύνουν σοβαρά τη σωματική υγεία και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων που έχουν εκδηλώσει το σύνδρομο της αλκοολικής εξάρτησης, γεγονός που έχει ως επακόλουθο την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους (Fink et al., 1996).

Η κλινική εικόνα του εθισμένου από το οινόπνευμα ατόμου συνοδεύεται πολύ συχνά από συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές, καθώς και από αλκοολικής αιτιολογίας οργανικές διαταραχές του εγκεφαλικού ιστού. Επίσης, μετά από σημαντική μείωση ή διακοπή της χρήσης οινόπνευματος, το άτομο μπορεί να εκδηλώσει στο πλαίσιο του συνδρόμου στέρησης ακόμα και παραλήρημα με ψυχωσικόμορφο περιεχόμενο, και



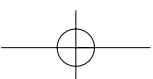
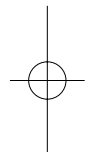
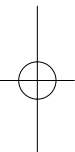
γενικά να παρουσιάσει οργανικές και ψυχικές καταστάσεις που οφείλονται σε τοξίκωση και ενέχουν συχνά ποικίλους κινδύνους για την υγεία του ατόμου (Λύκουρας 2000). Όσον αφορά στην κλινική εικόνα της αλκοολικής τοξίκωσης, οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν μετά τη χρήση μια προσωρινή κατάσταση κατά τη διάρκεια της οποίας προκαλούνται κατά κύριο λόγο διαταραχές στη συμπεριφορά όπως, π.χ. αιφνίδιες εκδηλώσεις επιθετικότητας, διαταραχές στο επίπεδο των γνωστικών λειτουργιών κ.α. Μολονότι το οινόπνευμα θεωρείται κατασταλτικό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), συχνά στην αρχή της μέθης δρα ως διεγερτική ουσία, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται υψηλά επίπεδα εγρήγορσης σε διάφορες περιοχές του ΚΝΣ, που ελέγχουν συγκεκριμένες λειτουργίες. Οι επιπτώσεις στο ΚΝΣ είναι πολλές, με σημαντικότερη την αλκοολική αμνησιακή διαταραχή, η οποία είναι γνωστή και ως σύνδρομο Korsakoff (Λύκουρας 2000).

Οι μακροχρόνιες επιπλοκές στην υγεία που απορρέουν από την παθολογική εμπλοκή με το οινόπνευμα, καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών που εκτείνεται από ελαφρές διαταραχές, όπως είναι οι κεφαλαλγίες έως πολύ πιο σοβαρές διαταραχές, όπως ασθένειες του ήπατος, (κίρρωση) καρδιολογικά προβλήματα (καρδιομυοπάθειες, αρρυθμίες, καρδιακά επεισόδια κ.α.), γαστρεντερικές διαταραχές (γαστρεντερίτιδα, φλεγμονές του οισοφάγου και του στομάχου κ.α.), μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων καθώς και αβιταμίνωση και σεξουαλική ανικανότητα (Λύκουρας 2000; Schuckit 1998; Romeis et al., 1999). Το σύνδρομο της αλκοολικής εξάρτησης αποτελεί μια από τις συνηθέσι αιτίες για την πρόκληση οξείας παγκρεατίτιδας και συνοδεύεται συχνά από αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης νεοπλασιών, (ήπατος, οισοφάγου, λάρυγγος) σε συχνότητα δεκαπλάσια από αυτή που εμφανίζεται στο γενικό πληθυσμό (Schuckit 1998; Soran et al., 2000). Η πιο σοβαρή αρνητική παράμετρος της παθολογικής χρήσης/κατάχρησης οινοπνεύματος αναφέρεται στη θνησιμότητα, με βασικά αίτια τις καρδιολογικές παθήσεις και τον καρκίνο (Schuckit 1998; Longabaugh et al., 1994).

Εν τούτοις, θεωρείται ότι η ελαφριά έως μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος (έως 2 ποτά την ημέρα για τους άνδρες και 1 για τις γυναίκες και τους ηλικιωμένους) μπορεί να έχει ευεργετικές συνέπειες, καθώς έχει συνδεθεί με την πυκνότητα της οστικής μάζας και την πρόληψη της οστεοπόρωσης. Αναφέρεται, επίσης, ότι η μέτρια χρήση οινοπνεύματος συνδέεται με την αύξηση των επιπέδων των λιποπρωτεϊνών της χοληστερόλης, τη μείωση του κινδύνου στεφανιαίας νόσου, αλλά και τη μείωση του άγχους σε κοινωνικές συναλλαγές (Fink et al., 1996).

Το οινόπνευμα θεωρείται κατασταλτικό και κατά συνέπεια, η συνεχής παθολογική χρήση αυξάνει τις πιθανότητες υποβάθμισης της συναισθηματικής διάθεσης του χρήστη. Επιπλέον, αυξάνεται η πιθανότητα αρνητικών εμπειριών καθώς το εθισμένο άτομο συχνά αναφέρεται στην έλλειψη παροχής κοινωνικής στήριξης και τη συρρίκνωση της λειτουργικότητάς του σε διάφορους κοινωνικούς τομείς. Οι δυσμενείς συνέπειες από τη παθολογική χρήση οδηγούν σε ακόμα μεγαλύτερη επιβάρυνση της συναισθηματικής του κατάστασης. Είναι πιθανό όμως, η διαταραχή ως προς τη συναισθηματική διάθεση να έχει προηγηθεί της χρήσης/κατάχρησης οινοπνεύματος, ενώ με τη συνεχιζόμενη χρήση μπορεί να παρουσιάσει ακόμα περισσότερο σοβαρές επιπλοκές (Foster, Marshall, Peters, 2000).

Οι επιπτώσεις από την παθολογική χρήση οινοπνεύματος στο ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, είναι δύσκολο να αξιολογηθούν. Σε αρκετές μελέτες η διερεύνηση των επιπτώσε-





ων βασίζεται σε υποκειμενικές αναφορές των συγγενών, ή άλλων ατόμων του περιβάλλοντος του εθισμένου ατόμου. Συχνά, οι εκτιμήσεις αυτές δεν αποτυπώνουν αντικειμενικά την κοινωνική λειτουργικότητα του αλκοολικού ατόμου (Longabaugh et al., 1994). Είναι γεγονός, ότι οι σχετικές περιγραφές των συγγενών των εθισμένων ατόμων αναφέρονται σε ποικίλα κοινωνικά προβλήματα που τα άτομα αυτά δημιουργούν εξαιτίας της αδυναμίας να αντεπεξέλθουν σε κοινωνικούς ρόλους και υποχρεώσεις. Ένας τομέας ο οποίος δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί είναι η συχνά παραπτωματική συμπεριφορά, που εμφανίζουν τα άτομα αυτά στην οποία περιλαμβάνεται και η επικίνδυνη οδήγηση, τα τροχαία ατυχήματα, καθώς και άλλα ατυχήματα, όπως εργατικά ατυχήματα από αμέλεια (π.χ. επεισόδια πυρκαγιάς) (Λιάππας 1992).

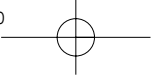
Γενικά, αυτό που έχει παρατηρηθεί είναι ότι στα πρώτα στάδια της χρήσης οιοπνεύματος, η λειτουργικότητα του ατόμου μειώνεται κυρίως σε ό,τι αφορά τους ρόλους που σχετίζονται με την οικογενειακή ζωή. Στη συνέχεια, η αυξανόμενη εμπλοκή στην αλκοολική εξάρτηση, οδηγεί στην προοδευτική μείωση της ικανότητάς του εθισμένου ατόμου να λειτουργήσει στο κοινωνικό περιβάλλον, γεγονός που εκδηλώνεται συχνά με συμπεριφορές αντικοινωνικές και αδιαφορία απέναντι στις δραστηριότητες που έχει αναλάβει να φέρει σε πέρας.

Τέλος, τα ηλικιωμένα άτομα, που κάνουν κατάχρηση οιοπνευματωδών, παρουσιάζουν αυξημένα προβλήματα υγείας σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο, όπως: ηπατική δυσλειτουργία, περιφερική νεφροπάθεια, άνοια, σύγχυση, κατάθλιψη, αϋπνία, και μείωση της λιβιδινικής ενέργειας. Επιπλέον, τα ηλικιωμένα άτομα που είναι χρήστες έχουν αυξημένες πιθανότητες κατάγματος του ισχίου από πτώσεις και εμφάνισης κακοήθους νεοπλασίας, εγκεφαλικών επεισοδίων, καθώς και ψυχιατρικών συνδρόμων ή άλλων διαταραχών (Fink et al., 1996).

#### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στη θεραπεία του συνδρόμου αλκοολικής εξάρτησης εφαρμόζονται πολλών ειδών θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες εκ πρώτης όψεως μπορεί να φαίνονται διαφορετικές ή και αντικρουόμενες. Η κλινική και ερευνητική εμπειρία υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει μόνο ένας τύπος ασθενούς που πάσχει από το σύνδρομο της αλκοολικής εξάρτησης, ούτε ένα μόνο είδος θεραπευτικής αντιμετώπισης, η οποία να μπορεί να καλύψει όλες τις περιπτώσεις και τις ανάγκες των ατόμων που κάνουν χρήση/κατάχρηση, και εκείνων που είναι εξαρτημένοι. Επίσης, σε διάφορες φάσεις της «αλκοολικής διαδρομής», φαίνεται να είναι απαραίτητο το εθισμένο άτομο να υποστηρίζεται από διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και διαφορετικού τύπου θεραπευτικά πλαίσια (Λιάππας et al., 2003; Longabaugh et al., 1994; Endelson, Mello, 1979).

Το πρώτο και ουσιαστικό βήμα στη θεραπεία είναι η διακοπή της χρήσης οιοπνεύματος. Αυτό μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς και την κλινική κατάσταση και την επιθυμία του ασθενούς. Στη συνέχεια, είναι απαραίτητο ο ασθενής να ενταχθεί σε ένα θεραπευτικό σχήμα, με στόχο τη διατήρηση της αποχής από το οινόπνευμα, αλλά, κυρίως, την ανάπτυξη απαραίτητων ικανοτήτων και μηχανισμών, έτσι ώστε να «αλλάξει τρόπο ζωής» (Kaplan, Sadock 1998; Endelson, Mello, 1985). Σύμφωνα με αυτή την τοποθέτηση, η θεραπεία πρέπει να αποσκοπεί όχι μόνο στην άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος της χρή-



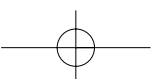
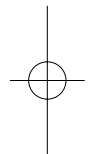
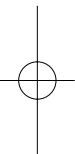
σης, αλλά στην κατάκτηση βαθύτερης αυτογνωσίας, η οποία να οδηγεί στην ψυχική και πνευματική αναδόμηση του πρώην χρήστη (Schuckit 1979; Λιάππας et al., 2000).

Στις περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις, βασικός στόχος κατά το στάδιο της σωματικής απεξάρτησης είναι η διακοπή της χρήσης και στη συνέχεια η σταθερή αποχή από το οινόπνευμα. Σε ορισμένες παρεμβάσεις η αντιμετώπιση στοχεύει ευρύτερα στη μείωση της βλάβης και των αρνητικών επιπτώσεων που προέρχονται από την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του εθισμένου ατόμου. Σε αυτή τη περίπτωση, η προσέγγιση μπορεί να περιλαμβάνει τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας, η οποία έχει υποστεί σημαντική έκπτωση εξαιτίας της κατάχρησης /εξάρτησης (Endelson, Mello, 1985; Λιάππας et al., 2000; Liappas et al., 2002). Η ολιστική θεώρηση στη θεραπεία της αλκοολικής εξάρτησης, αποσκοπεί σε θεραπευτικές ενέργειες, οι οποίες τοποθετούνται πέρα από τη διακοπή της χρήσης και στοχεύουν ευρύτερα στην βελτίωση της λειτουργικότητάς σε βασικούς τομείς και γενικότερα στη αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του πρώην χρήστη (Welsh, Buchsbaum, Kaplan, 1992; Foster, Marshall, Peters, 2000; Endelson, Mello, 1985; Patience et al., 1997). Μετά τη διακοπή της χρήσης, χρειάζεται να παρέχεται στο πρώην εθισμένο άτομο μία μακροχρόνια ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ώστε να μπορέσει να αναπτύξει ή να επανακτήσει ικανότητες και να καταστεί λειτουργικό σε κύριους και σημαντικούς τομείς της καθημερινής ζωής (Kaplan, Sadock 1998; Endelson, Mello, 1985).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις κατά κύριο λόγο οργανώνονται σύμφωνα με το ιατροφαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό και ψυχοθεραπευτικό μοντέλο. Ως προς τη διακοπή της χρήσης, οι διαδικασίες αυτή πραγματοποιείται ακόμα και στο πλαίσιο ομάδων αυτοβοήθειας. Η απεξάρτηση όμως, σωματική και ψυχολογική, καθώς και η κοινωνική προσαρμογή και ενσωμάτωση του πρώην εθισμένου ατόμου, είναι απαραίτητο να διενεργούνται σε εξειδικευμένα κέντρα και μονάδες δια μέσου επιλεγμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων και τεχνικών. Συνοπτικά, οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να προσφέρουν: α) ατομική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες και τις δυνατότητες του ατόμου για ψυχοθεραπεία, β) ομαδικού τύπου ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, γ) ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και ενέργειες για κοινωνική ενσωμάτωση, δ) θεραπευτικές κοινότητες χρηστών, καθώς και ε) υποστήριξη στην οικογένεια του χρήστη είτε σε ατομικό, είτε σε ομαδικό επίπεδο.

Ως προς τη ψυχοθεραπεία σε ατομικό επίπεδο, οι προσεγγίσεις περιλαμβάνουν κατά κύριο λόγο, την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, την ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικού τύπου, τη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, και την ψυχοθεραπεία μείωσης της βλάβης, η οποία αφορά ένα συνδυασμό ψυχοδυναμικής και γνωσιακής προσέγγισης εστιάζοντας στη μείωση της βλάβης από τη χρήση. Ως προς την ομαδική ψυχοθεραπεία οι παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν τις θεραπευτικές κοινότητες, τις ομάδες Ανώνυμων Αλκοολικών οι οποίες αποτελούν ομάδες αυτοβοήθειας, την ομαδική γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, το ψυχόδραμα, τις τεχνικές δημιουργικής θεραπείας, καθώς και τη θεραπεία δικτύου, η οποία αξιοποιεί την υποστήριξη της οικογένειας και των ατόμων από το περιβάλλον του χρήστη (Λιάππας, Πομίνη, 2004).

Η συνηθέστερη ψυχοθεραπευτική μέθοδος για τις συνδεδεμένες με τη χρήση ουσιών διαταραχές είναι η ομαδικού τύπου θεραπεία. Ο όρος αυτός διευρυμένος, αναφέρεται και σε ομάδες *διεργασίας* με κύριο θεραπευτικό παράγοντα την αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών, και σε ομάδες *ψυχοεκπαιδευτικές* και *διδασκτικές* συμπεριφορικών-γνωσιακών δε-

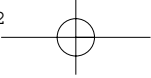


ξιοτήτων. Στην αλκοολική εξάρτηση, η ομαδική προσέγγιση αποσκοπεί κατά κύριο λόγο στη διακοπή ή μείωση της χρήσης ή στην αντιμετώπιση των σχετιζόμενων με τη χρήση συμπεριφορών και προβλημάτων. Η επικράτηση της ομαδικής θεραπείας οφείλεται στο σχετικά χαμηλό κόστος που απαιτείται για τη λειτουργία ομαδικών παρεμβάσεων, την πεποίθηση ότι τα μέλη μπορούν να ωφεληθούν από την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με άλλα άτομα που είχαν παρόμοια προβλήματα, καθώς και η ισχυρή επίδραση των βασισμένων σε συνθεραπευόμενους ομάδων όπως οι ΑΑ (Αλκοολικοί Ανώνυμοι). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών που εξετάζουν την θεραπευτική αποτελεσματικότητα των διαφόρων προσεγγίσεων, διαφαίνεται ότι η προσθήκη εξειδικευμένης ομαδικής θεραπείας μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της «συνήθους θεραπείας», ενώ δεν διαπιστώνονται διαφορές ως προς την αποτελεσματικότητα μεταξύ ομαδικής και ατομικής θεραπείας, ούτε αναδεικνύεται ένας μεμονωμένος τύπος ομαδικής θεραπείας ως περισσότερο αποτελεσματικός από άλλους (Weiss et al., 2004).

Ένα στοιχείο μείζονος σημασίας για το σχεδιασμό των κατάλληλων θεραπευτικών στρατηγικών και παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση του συνδρόμου της εξάρτησης, είναι το φαινόμενο της συννοσηρότητας και της παράλληλης διάγνωσης (Liappas et al., 2003; Λιάππας et al., 2003). Αρκετοί ερευνητές επισημαίνουν την ανάγκη παροχής ολοκληρωμένων και εξειδικευμένων προγραμμάτων αποτοξίνωσης και απεξάρτησης, στο πλαίσιο των οποίων απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αποσαφήνιση της διάγνωσης λαμβάνοντας υπόψη το ενδεχόμενο της συννοσηρότητας, καθώς και την απαραίτητη περιγραφή των αρνητικών συνεπειών που έχουν επέλθει από τη χρήση, συμπεριλαμβανόμενης της καταγραφής των προδιαθετικών παθολογικών παραγόντων, οι οποίοι συμμετέχουν στην εγκατάσταση της εμπλοκής του ατόμου με το οινόπνευμα (Λιάππας 1992; Seeman, Seeman, 1992).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοπτικά, άμεσος στόχος στη θεραπεία της αλκοολικής εξάρτησης είναι η διακοπή και μόνιμη αποχή από το οινόπνευμα. Στη συνέχεια, η θεραπεία χρειάζεται να αποσκοπεί γενικότερα στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του πρώην χρήστη καθώς και στην ανάπτυξη μιας νέας στάσης απέναντι στη χρήση οινοπνεύματος και την υιοθέτηση ενός νέου τρόπου ζωής (Longabaugh et al., 1994; Λιάππας et al., 2000; Liappas et al., 2002; Daerpen et al., 1998). Θεραπευτικές προσπάθειες που στοχεύουν μονόπλευρα στην απεξάρτηση παραβλέποντας την αναγκαιότητα τροποποίησης του «αλκοολικού» τρόπου σκέψης στο πλαίσιο του οποίου έχει «ασκηθεί» το αλκοολικό άτομο κατά τη διάρκεια της εξάρτησής του, καταλήγουν συνήθως σε αποτυχία (Λιάππας et al., 2003; Seivewright 2001). Συνεπώς, σύμφωνα με αυτή τη γραμμή σκέψης, η βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενούς και η ανάπτυξη ενός νέου τρόπου θεώρησης του εαυτού και της ζωής, αποτελούν το σημαντικά σημεία της θεραπείας. Η θετική συσχέτιση ανάμεσα στη συντήρηση της διακοπής του οινοπνεύματος και τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενούς, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κατά πόσο ο διττός αυτός στόχος είναι μια επιλέξιμη περιοχή της θεραπείας, η οποία πραγματοποιείται μέσω συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων και τεχνικών και αντανακλάται στη στάση των εμπλεκόμενων στη θεραπεία θεραπευτών. Αν λοιπόν μία θεραπεία αποσκοπεί στην επιτυχή αποχή από το οινόπνευμα και παράλληλα προωθεί τη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενούς, η σχέση αυτή



χρειάζεται να διερευνηθεί στο πλαίσιο της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και είναι αναμενόμενο να διαφανεί στα θεραπευτικά αποτελέσματα.

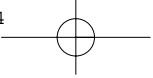
Τέλος, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβασης, είναι χρήσιμο να περιλαμβάνει όχι μόνο τα δεδομένα της χρήσης (π.χ. η διακοπή), αλλά και τις αλλαγές ως προς την λειτουργικότητα και γενικότερα την ποιότητα ζωής του εξαρτημένου από το οινόπνευμα ατόμου. Η αξιολόγηση μπορεί να αναφέρεται σε ορισμένους τομείς στους οποίους επικεντρώνεται η προσπάθεια μιας συγκεκριμένης θεραπείας, όπως διάφορες διαστάσεις της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας στις οποίες ο πρώην χρήστης παρουσιάζει έκπτωση (Daerpen et al., 1998). Επίσης, στο πλαίσιο της αξιολόγησης, είναι χρήσιμο να εξετάζονται παράλληλα με τις υποκειμενικές αναφορές των χρηστών σχετικά με τη διακοπή ή τη μείωση της χρήσης, ή τις ποικίλες αρνητικές επιπτώσεις, οι απόψεις και εκτιμήσεις άλλων ατόμων από το περιβάλλον τους. Η μεθοδευμένη, αντικειμενική και πολύπλευρη εκτίμηση των στοιχείων που αφορούν στη χρόνια χρήση/κατάχρηση οινόπνευματος και τα ποικίλα προβλήματα που συναρτώνται με την εξάρτηση είτε ως προδιαθεσικοί παράγοντες, είτε ως συνέπεια της χρήσης, αποτελούν μια εκτεταμένη θεματολογία αξιολόγησης που χρειάζεται να πραγματοποιείται στο πλαίσιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Εν κατακλείδι, η κλινική εμπειρία και η έρευνα σε αυτόν τον τομέα αναδεικνύουν την αναγκαιότητα παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών στο πλαίσιο ενός σφαιρικού σχήματος θεραπείας, με άξονα όχι μόνο τη ρύθμιση της χρήσης, αλλά την αναβάθμιση της λειτουργικότητας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της υγείας του πρώην χρήστη. Το εξαρτημένο από το οινόπνευμα άτομο πέρα από τη διακοπή της χρήσης, χρειάζεται να αναπτύξει, ή να επανακτήσει ικανότητες και δεξιότητες, να δημιουργήσει νέες και κατάλληλες κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, και να αναδυθεί σε μία μακροχρόνια διαδικασία αναπλαισίωσης της ψυχικής και της κοινωνικής του ζωής.

## Βιβλιογραφία

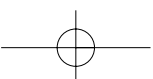
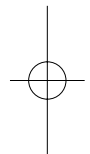
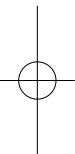
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Brennan, P.L, Moos, R.H. (1990) Life stressors, social resources, and late-life problem drinking. *Psychological Aging*, 5, 314-325.
- Daerpen, J.B., Krieg, M.A., Burnand, B., Yersin, B. (1998) MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 685-694.
- Endelson, J.H., & Mello, N.K.(1985) *The diagnosis and treatment of alcoholism*. McGraw-Hill, New York.
- Fink, A., Hays, R.D., Moore, A.A., & Beck, J.C. (1996) Alcohol-related problems in older persons: determinants, consequences, and screening. *Archives of International Medicine*, 156, 1150-1156.
- Foster, J.H., Marshall, E.J., & Peters, T.J. (2000) Application of a quality of life measure, the Life Situation Survey (LSS), to alcohol – dependent subjects in relapse and remission. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(11), 1687-1692.

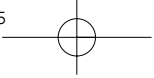
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., & Morgan, A. (2000) The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998) Alcohol-related disorders. In: Kaplan, H.J., Sadock, B.I., (eds) *Synopsis of psychiatry*, 8th ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 391-407.
- Kokkevi, A., Terzidou, M., Politicou, K., & Stefanis, C. (2000) Substance use among high school students in Greece: outburst of illicit drug use in a society under change. *Drug and alcohol dependence*, 58, 181-188.
- Leshner, Al. (1997) Drug abuse and addiction treatment research. The next generation. *Arch.Gen. Psychiatry*, 54, 691-693.
- Liappas, J., Paparrigopoulos, T., Tzavellas, E., & Christodoulou, G. (2003) Alcohol detoxification and social anxiety symptoms: a preliminary study of the impact of mirtazapine administration. *Journal of Affective Disorders*, 76, 279-284.
- Liappas, J., Paparrigopoulos, T., Tzavellas, E., & Christodoulou, G. (2002) Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 215-220.
- Longabaugh, R., Mattson, M.E., Connors, G.J., & Cooney, N.L. (1994) Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol*, 55 (12), 119-129.
- McKenna, M., Chick, J., Buxton, M., Howlett, H., Patience, D., & Ritson, B. (1996) The Seccat Survey: I. The costs and consequences of alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 31:6, 565-576.
- Murphy, G.D., & Wetzel, R.D. (1990) The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383-392.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) <http://www.niaaa.nih.gov/faq/fag.htm> (4/08/05)
- Paparrigopoulos, T., Liappas, J., Economou, D., Fafouti, S., & Christodoulou, G. (2000) Comorbidity of alcohol abuse/dependence with social anxiety disorder reduction of social anxiety symptoms after treatment. 5th ENCP Regional Meeting, St. Petersburg, Russia.
- Patience, D., Buxton, M., Chick, J., Howlett, H., McKenna, M., & Ritson, B. (1997) The SECCAT Survey: II. The Alcohol Related Problems Questionnaire as a proxy for resource costs and quality of life in alcoholism treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 32(1), 79-84.
- Romeis, J.C., Waterman, B., Scherrer, J.F., Goldberg, J., Eisen, S.A., Heath, A.C. et al. (1999) The impact of sociodemographics, comorbidity and symptom recency on health-related quality of life in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(5), 653-662.
- Schuckit, M.A. (1979) *Drug and alcohol abuse, a clinical guide to diagnosis and treatment*. Plenum Medical Book Company, New York.
- Schuckit, M.A. (1998) Alcohol and alcoholism. In: Harrison (ed) *Principles of internal medicine*. 14th ed. McGraw-Hill, NY, 2503-2508.
- Seeman, M., & Seeman, A.Z. (1992) Life strains, alienation, and drinking behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 199-205.
- Seivewright, N. (2001) *Community treatment of drug misuse: more than methadone*. Cambridge University Press, United Kingdom.
- Soran, A., Chelluri, L., Lee, K.K.W., & Tisherman, S.A. (2000) Outcome and quality of life of patients with acute pancreatitis requiring intensive care. *Journal of Surgical Research*, 91, 89-94.
- Weiss, R.D., Jaffee, W. B., Menil, V.P., & Cogley, C.B. (2004) Group Therapy for substance Use Disorders: What do we Know?. *Harvard Rev. Psychiatry*, 12:6, 339-350.
- Welsh, J.A., Buchsbaum, D.G., & Kaplan, C.B. (1992) Quality of life of alcoholics and non-alcoholism: does excessive drinking make a difference in the urban setting? *Quality of Life Research*, 16, 199-205.



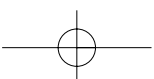
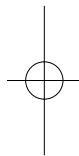
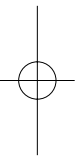
## 54 Εξαρτήσεις

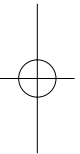
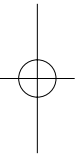
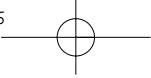
- World Health Organization (1992) *International classification of diseases and related health problems. 10th revision. Vol 1: Tabular list. Vol 2: Instruction manual. Vol 3: Index.* WHO, Geneva.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2001) Global status report on alcohol. WHO/NCD/MSD/2001.2.
- World Health Organization (2002). [http://www.who.int/substance\\_abuse/facts/en/](http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/) (4/08/2005)
- www.4woman.gov (4/08/05)
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία, ΕΚΤΕΠΝ (2003) Ετήσια έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα κατά το 2002, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.
- Κονταξάκης, Β., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ., & Χριστοδούλου, Γ. (1994) Απόπειρες αυτοκαταστροφής σε άτομα με κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών. Εις: Χριστοδούλου Γ, Κονταξάκης Β (επιμ εκδ): *Θέματα προληπτικής ψυχιατρικής* (Τόμος 1). Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 247-251.
- Λιάππας, Γ.Α. (1992) *Ναρκωτικά: εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση.* Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
- Λιάππας, Ι. (2000) DSM-IV τύπου ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις προκαλούμενες από κατάχρηση εθιστικών ψυχοτρόπων ουσιών. 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κύπρος, Τόμος Περιλήψεων: 9.
- Λιάππας, Ι., Μέλλος, Ε., Πέππας, Ε., Θεοτοκά, Ι., & Χριστοδούλου, Γ. (2002) Σύγκριση θεραπευτικής αποτελεσματικότητας του προγράμματος «ΑΘΗΝΑ» μεταξύ χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών και χρηστών οιοπνεύματος. 17ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Χαλκιδική, 19-23 Απριλίου 2002, Τόμος Περιλήψεων: Ρ37.
- Λιάππας, Ι., Μέλλος, Ε., Πομίνι, Β., Πέππας, Ε., Παπαβασιλείου, Π., Θεοτοκά, Ι. (2000) και συν. Δραστηριότητες της στεγνής ανοικτής ψυχοθεραπευτικής μονάδας απεξάρτησης της Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών «Αθηνά» κατά τον 1ο χρόνο λειτουργίας της. 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κύπρος, Τόμος Περιλήψεων: 77 (περίληψη ΑΑ083).
- Λιάππας, Ι., Παπαρρηγόπουλος, Θ., Τζαβέλλας, Η., & Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2001) Συννοσηρότητα και ουσιοεξάρτηση: σύγχρονες απόψεις. *Ψυχιατρική*, 12:3), 215-222.
- Λιάππας, Ι., Παπαρρηγόπουλος, Θ., Τζαβέλλας, Η., Κοντοάγγελος, Κ., Καρύδης, Χ., & Ραμπαβίλας, Α. (2003) Αλκοολισμός και συννοσηρότητα: διάγνωση και αντιμετώπιση στο πλαίσιο του προγράμματος «ΑΘΗΝΑ». *Εξαρτήσεις*, 4.
- Λιάππας, Ι., Πομίνι Β. (επιμ), (2004), Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα θέματα, ΙΤΑΚΑ.
- Λύκουρας, Λ. (2000). Οιοπνευματώδη. Εις: Χριστοδούλου ΓΝ. και συν. (επιμ εκδ) *Ψυχιατρική* (1ος Τόμος). εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 226-233.
- Madianos, M., Gefou-Madianou, D., & Stefanis, C.(1994) Adolescent drinking and alcohol-related problems in a nationwide general population. *The International Journal of the Addictions*, 29:12, 1581-1599.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1993) *Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς.* Απόδοση στα ελληνικά και επιμέλεια: Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ., Μαυρέας, Β., (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας). εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Παπαδόδημα, Σ. (2001) *Οινόπνευμα και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες στο οδικό ατύχημα.* Διδακτορική Διατριβή. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.
- The National Women's Health Information Center- NWHIC
- Υφαντής, Θ., Κούτρας, Β., Καφετζόπουλος, Ε., & Μαρσέλος, Μ.(1990) Οικογενειακοί, εκπαιδευτικοί, προσωπικοί και γενικότεροι κοινωνικοί παράγοντες ως προγνωστικοί δείκτες της χρήσης και της κατάχρησης οιοπνευματωδών ποτών από μαθητές της Μέσης Εκπαίδευσης. *Ιατρική*, 58:3, 264-272.





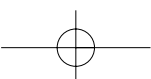
Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ  
INTERNATIONAL EXPERIENCE



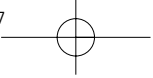


Αναφορές ή παραπομπές στα άρθρα που δημοσιεύονται μεταφρασμένα στις Εξαρτήσεις πρέπει να αναφέρουν ως πηγή τα στοιχεία του πρωτότυπου ξενόγλωσσου άρθρου, όπως αυτά καταγράφονται στην αρχική σελίδα κάθε άρθρου της παρούσας δημοσίευσης.

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 8, 2005

## ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ FOLLOW UP ΑΠΟ ΤΑ 8 ΕΩΣ ΤΑ 42 ΧΡΟΝΙΑ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΔΡΕΣ<sup>1</sup>

ΤΟΥΛΙ ΠΙΤΚÄΝΕΝ<sup>2</sup>, ANNA-LIISA LYYRA, AND LEA PULKKINEN,

Μετάφραση ΓΕΩΡΓΙΑ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ  
Translation GEORGIA CHRISTOFILI

### Π ε ρ ί λ η ψ η

Στόχος: μια μακροχρόνια μελέτη με άνδρες και γυναίκες που αφορά τη σχέση ανάμεσα στην ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ και σε διάφορους δείκτες για τη χρήση αλκοόλ.

Σχεδιασμός, χώρος: κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας μελέτης για την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη που πραγματοποιήθηκε στην πόλη Jyväskylä της Φινλανδίας, συγκεντρώθηκαν στοιχεία μέσω συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων. Τα στοιχεία για την κατανάλωση αλκοόλ συλλέχθηκαν στις ηλικίες των 14, 20, 27, 36 και 42 ετών, ενώ τα στοιχεία για τη συμπεριφορά στην ηλικία των 8 ετών.

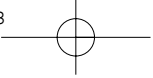
Συμμετέχοντες: συνολικά συμμετείχαν 155 γυναίκες και 176 άνδρες. Το 90,4% του αρχικού δείγματος αποτελείτο από 12 ολόκληρες σχολικές τάξεις του 1968.

Μετρήσεις: η ηλικία της έναρξης της χρήσης αλκοόλ καθορίστηκε σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, οι οποίες ήταν πιο κοντά στην πραγματική ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ. Για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή χρησιμοποιήθηκαν τέσσερις δείκτες: η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μία μεμονωμένη περίπτωση και οι βαθμολογίες από τα ερωτηματολόγια CAGE και Mm-Mast. Η κοινωνική-συναισθηματική συμπεριφορά στην ηλικία των 8 ετών εκτιμήθηκε βάσει των αξιολογήσεων του δασκάλου και των συμμαθητών.

Ευρήματα: η χρήση αλκοόλ από νεαρή ηλικία συσχετίστηκε με τους τέσσερις δείκτες για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή και για τους άνδρες και για τις γυναίκες. Το επίπεδο της χρήσης αλκοόλ στην ενήλικη ζωή και τα προβλήματα με το αλκοόλ ήταν σημαντικά υψηλότερα για τους άνδρες από ό,τι για τις γυναίκες. Ο κίνδυνος για μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ ήταν υψηλός και για τους άνδρες και για τις γυναίκες, εάν είχαν ξεκινήσει τη χρήση αλκοόλ σε ηλικία μικρότερη των 16 ετών. Η κοινωνική-συναισθηματική συμπεριφορά και η ακαδημαϊκή επιτυχία στην ηλικία των 8 ετών δεν προέβλεπε την ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ.

1 Τίτλος πρωτοτύπου: "Age of Onset of Drinking and the Use of Alcohol in Adulthood: A Follow-up Study from Age 8 to 42 for Females and Males", *Addiction*, volume 100, No 5, May 2005

2 Διεύθυνση επικοινωνίας: Tuuli Pitkänen, Department of Psychology, University of Jyväskylä, PO Box 35 (Agora), FIN-40041, Jyväskylä, Finland, email: tuuli.pitkanen@nic.fi



**Συμπεράσματα:** ένας σημαντικός στόχος για τις προσπάθειες πρόληψης είναι η καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης αλκοόλ από την νεαρή εφηβεία στην προχωρημένη εφηβεία. Δεν εντοπίστηκε σαφής ομάδα κινδύνου στα άτομα που ξεκίνησαν τη χρήση αλκοόλ νωρίς, βάσει της προηγούμενης συμπεριφοράς τους, ανάμεσα στα άτομα ηλικίας 8 ετών.

**Λέξεις Κλειδιά:** ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ, συχνότητα της χρήσης αλκοόλ, υπερβολική κατανάλωση σε μεμονωμένη περίπτωση, CAGE, Mm-MAST, Μακροχρόνια μελέτη, φύλο, κοινωνική-συναισθηματική συμπεριφορά

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση αλκοόλ αποτελεί πλέον μέρος της κουλτούρας των νέων ανθρώπων σε πολλές από τις δυτικές κοινωνίες. Σύμφωνα με την έρευνα "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs" (Hibell et al. 1977), κατά την οποία συγκρίθηκε η χρήση αλκοόλ στους νέους σε 25 χώρες, η Φινλανδία, η Δανία και η Βρετανία ήταν οι τρεις χώρες με τη μεγαλύτερη συχνότητα μέθης και έναρξης της χρήσης αλκοόλ σε νεαρή ηλικία για αγόρια και κορίτσια 16 ετών. Ένα ερωτηματολόγιο για την εθνική υγεία, που συμπληρώνονταν ετησίως στα σχολεία (Rimpelä 2004) αποκάλυψε ότι το 2004 στη Φινλανδία σε παιδιά ηλικίας 14 ετών, το 37% των αγοριών και το 39% των κοριτσιών έκαναν χρήση αλκοόλ κάθε μήνα, και το 18% των αγοριών και το 19% των κοριτσιών έπιναν μέχρι μέθης τουλάχιστον μία φορά το μήνα. Στη Φινλανδία, το νόμιμο όριο ηλικίας για τη χρήση αλκοόλ είναι τα 18 έτη, αυτό όμως συχνά παραβλέπεται, τόσο από τους εφήβους όσο και από τους γονείς τους. Η τάση για χρήση αλκοόλ στη νεαρή ηλικία καθώς και η σοβαρή χρήση αλκοόλ από την προεφηβική ηλικία ακόμη έχει προκαλέσει ανησυχία στους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής στη Φινλανδία. Ένα σημαντικό ζήτημα αφορά στο εάν η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ σχετίζεται με τη σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή. Επιπλέον, ένα ακόμη ζήτημα είναι, εάν οι προσπάθειες πρόληψης θα πρέπει να έχουν ως στόχο τις ομάδες υψηλού κινδύνου, τα άτομα που ξεκινούν τη χρήση νωρίς, τα οποία έχουν εντοπιστεί βάσει της προηγούμενης συμπεριφοράς τους. Η παρούσα μελέτη διερευνά αυτά τα προβλήματα βάσει των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν από μια μακροχρόνια μελέτη.

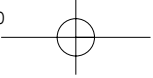
Ο πειραματισμός των νέων με το αλκοόλ και τον καπνό έχει θεωρηθεί ως συμπεριφορά μίμησης των ενηλίκων, ως προσπάθεια για αποδοχή από τους ομότιμους και ως προσπάθεια για να ξεπεραστούν οι συνηθισμένες προκλήσεις ψυχολογικής ανάπτυξης. Επίσης, φαίνεται ότι οι έφηβοι 'ωριμάζουν' και διακόπτουν αυτή τη μορφή κατάχρησης αλκοόλ με την ανάληψη των ευθυνών της ενήλικης ζωής αργότερα (Grant, Harford & Grigson 1988; Schulendberg et al., 1996; Marlatt et al., 1998). Ωστόσο, η σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβεία έχει βρεθεί από πολλές μελέτες ότι συσχετίζεται με τη μελλοντική προβληματική κατανάλωση αλκοόλ (π.χ. Wechsler & McFadden, 1979; Ghodsian & Power, 1987; Harford 1993; Pape & Hammer, 1996). Οι Labouvie, Bates & AMP Pandina (1997), βάσει της μακροχρόνιας μελέτης που πραγματοποίησαν, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η χρήση αλκοόλ παρουσιάζει μείωση στη δεκαετία από τα 20-30 χρόνια και ότι η ηλικία της νόμιμης χρήσης δεν φάνηκε να προβλέπει τη χρήση αλκοόλ, ή τις συνέπειές της, στην ηλικία των 20-30 ετών. Ωστόσο, από αρκετές άλλες μελέτες έχει φανεί ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στη χρήση αλκοόλ από νεαρή ηλικία

και τη μελλοντική σοβαρή χρήση αλκοόλ: η μικρή ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ σχετίζεται με:

- (α) τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Parker, Levin & Harford 1996; Lo 2000) στις ηλικίες μεταξύ 19-21 ετών (Samson, Maxwell & Doyle, 1989; Flory et al., 2004) και για τους άνδρες στην ηλικία των 26 ετών (Casswell, Pledger & Pratap, 2002),
- (β) τη βαριά κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Windle 1991), στις ηλικίες μεταξύ 19-21 ετών (Humphrey & Friedman 1986; Samson et al., 1989) καθώς και στις ηλικίες μεταξύ 18-37 (Muthen & Muthen, 2000),
- (γ) τη σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ και τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ στις ηλικίες μεταξύ 17-18 ετών (Werner, Walker & Greene, 1994; Hawkins et al., 1997), στις ηλικίες των 20 ετών (Pedersen & Skrondal, 1998) και στις ηλικίες μεταξύ 18-25 ετών (Barnes, Welte & Dintcheff, 1992),
- (δ) την προβληματική χρήση αλκοόλ στην ηλικία των 22 ετών (Pitkänen 1999),
- (ε) τη διαγνωσμένη κατάχρηση και εξάρτηση από το αλκοόλ στην ενήλικη ζωή, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM (Hasin & Glick, 1992; Grant & Dawson, 1997; Prescott & Kendler, 1999; Grant, Stinson & Harford, 2001; Warner & White, 2003) και
- (στ) τον αλκοολισμό (Robins & Przybeck, 1985; York 1995). Η έναρξη χρήσης αλκοόλ σε νεαρή ηλικία αυξάνει επίσης τον κίνδυνο για τραυματισμούς από αμέλεια μετά την κατανάλωση αλκοόλ (Hingson et al., 2000) καθώς και για χρήση ναρκωτικών ουσιών (Yamaguchi & Kandel, 1984; Windle 1991; Lo 2000; Flory et al., 2004).

Σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στη Φινλανδία (Lintonen et al., 2000; Pitkänen 1999) ή σε αμερικάνικες μελέτες από τους Flory κ.ά. (2004) και από τους Sampson κ.ά. (1989), δεν έχουν εντοπιστεί διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά στην ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ. Ενώ σε πολλές άλλες μελέτες δεν αναφέρεται ξεχωριστά η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ για γυναίκες και άνδρες. Δύο συγχρονικές μελέτες, κατά τις οποίες οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες ήταν 60 ετών, έδειξαν μικρές διαφορές μεταξύ των φύλων σχετικά με την ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ, και φάνηκε ότι οι άνδρες ξεκινούν τη χρήση σε νεαρότερη ηλικία (York 1995; Pedersen & Skrondal 1998). Ωστόσο, οι συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ των δύο φύλων διαφοροποιούνται στην ενήλικη ζωή: οι άνδρες πίνουν περισσότερο, τις περισσότερες φορές φτάνουν σε μέθη και έχουν περισσότερα προβλήματα από τη χρήση από ό,τι οι γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ (π.χ. Wechsler & McFadden 1979; Barnes et al., 1992; Nystrom, Perasalo & Salaspuro, 1993; Casswell et al., 2002).

Οι κίνδυνοι από την έναρξη της χρήσης αλκοόλ σε νεαρή ηλικία όσον αφορά στη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή είναι σαφείς βάσει των προηγούμενων μελετών. Ωστόσο, η βάση των αποτελεσμάτων που έχουμε για τη σχέση ανάμεσα στην έναρξη της χρήσης αλκοόλ σε νεαρή ηλικία και τη μετέπειτα χρήση αλκοόλ, στηρίζεται κυρίως σε συγχρονικές μελέτες, ή σε μελέτες με σύντομη περίοδο follow-up. Επιπλέον, η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ ορίστηκε με διάφορα κριτήρια και συχνά διερευνήθηκε αναδρομικά. Στην παρούσα μελέτη, συγκεντρώθηκαν μακροχρόνια στοιχεία από αντιπροσωπευτικό δείγμα από την ηλικία των 8 έως και 42 ετών. Η ηλικία έναρξης της χρήσης καθορίστηκε βάσει συγκεκριμένων ερωτήσεων, σε διάφορες ηλικίες. Στις πε-



ρισσότερες μελέτες η χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή υπολογίζεται με μία μέτρηση, ή ερώτηση, ή ακόμη υποδηλώνεται από τη διάγνωση κατάχρησης, ή εξάρτησης από το αλκοόλ. Στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν δύο δείκτες ποσότητας-συχνότητας για την κατανάλωση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή, καθώς επίσης και δύο διαγνωστικά τεστ για τον αλκοολισμό στην ενήλικη ζωή.

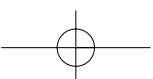
Περισσότερες πληροφορίες είναι απαραίτητες σχετικά με ό,τι προηγήθηκε της έναρξης της χρήσης αλκοόλ. Η αντικοινωνική συμπεριφορά στη διάρκεια της εφηβείας έχει βρεθεί ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μεταγενέστερη προβληματική χρήση αλκοόλ (π.χ. Grant et al., 2001; Pulkkinen & Pitkänen, 1993; Parker et al., 1996; Warner & White, 2003) και συσχετίζεται με την ηλικία έναρξης της κατανάλωσης αλκοόλ (Rose et al., 2001). Ωστόσο ο συσχετισμός ανάμεσα στην αντικοινωνική συμπεριφορά στην εφηβική ηλικία και στην κατανάλωση αλκοόλ δεν δίνει πληροφορίες για μια πιθανή χρονική ακολουθία αυτών των συμπεριφορών. Τα στοιχεία από αυτή τη μακροχρόνια μελέτη επέτρεψαν τη διερεύνηση για την ύπαρξη πιθανών παραγόντων, που προϋπήρχαν της έναρξης της χρήσης αλκοόλ στη νεαρή ηλικία και από την κοινωνικο-συναισθηματική συμπεριφορά του παιδιού, όταν ελέγχθηκε η ακαδημαϊκή επιτυχία και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας, πριν οι συμμετέχοντες ξεκινήσουν τη χρήση αλκοόλ.

Βάσει προηγούμενων μελετών, υποθέσαμε ότι η νεαρή ηλικία κατά την έναρξη της χρήσης αλκοόλ θα αποτελούσε παράγοντα κινδύνου για μελλοντική σοβαρή και προβληματική χρήση αλκοόλ και για τα δύο φύλα. Ακόμη, υποθέσαμε ότι ο κίνδυνος θα ήταν μεγαλύτερος όσο νωρίτερα ξεκινούσε η χρήση αλκοόλ. Επιπλέον, αναμέναμε ότι η μειωμένη ικανότητα αυτό-ελέγχου και η επιθετικότητα εάν είχαν εντοπιστεί πριν από την έναρξη της χρήσης αλκοόλ, θα σχετιζόνταν με την έναρξη της χρήσης αλκοόλ σε νεαρή ηλικία. Με αυτά τα στοιχεία έχει φανεί ότι συνδέονται αρκετά μεταγενέστερα αποτελέσματα, όπως είναι η μακροχρόνια ανεργία (Kokko & Pulkkinen, 2000), η σωρεία κινδύνων όσον αφορά την κοινωνική λειτουργικότητα (Rönkä & Pulkkinen, 1995), η εγκληματική συμπεριφορά (Hämäläinen & Pulkkinen, 1996) και η χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή (Pulkkinen & Pitkänen, 1993, 1994). Η επιθετικότητα είναι ένας παράγοντας κινδύνου, που οδηγεί σε έναν κύκλο προβλημάτων προσαρμογής (Kokko & Pulkkinen, 2000). Ο εντοπισμός μιας ομάδας κινδύνου για έναρξη της χρήσης αλκοόλ σε νεαρή ηλικία, θα αποτελούσε σημαντική εξέλιξη στις προσπάθειες πρόληψης της κατάχρησης αλκοόλ.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### *Συμμετέχοντες*

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη βρέθηκαν από τη συνεχιζόμενη μακροχρόνια φινλανδική μελέτη για την προσωπικότητα και την κοινωνική ανάπτυξη, Jyväskylä (JYLS). Η μελέτη JYLS πραγματοποιείται από την Lea Pulkkinen από το 1968. Τότε επιλέχθηκαν τυχαία για να συμμετέχουν στη μελέτη 12 ολόκληρες σχολικές τάξεις μαθητών στη δευτέρα δημοτικού από την πόλη Jyväskylä (Pulkkinen 1982). Ο συνολικός αριθμός των μαθητών σε αυτές τις τάξεις ήταν 369 (173 κορίτσια και 196 αγόρια). Η πλειοψηφία των παιδιών αυτών (93%) είχαν γεννηθεί το 1959, και το 71% προέρχονταν από οικογένειες της εργατικής τάξης. Τα πιο πρόσφατα στοιχεία συγκεντρώθηκαν το 2001.



Η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ ήταν διαθέσιμη για 356 συμμετέχοντες, οι οποίοι αποτελούν το 96,5% ολόκληρου του αρχικού δείγματος ( $n = 369$ ). Μερικά από τα στοιχεία για τη χρήση αλκοόλ στις ηλικίες 36 ή 42 ετών ήταν διαθέσιμα για 331 συμμετέχοντες (155 γυναίκες και 176 άνδρες), ενώ το σύνολο των στοιχείων από όλες τις μετρήσεις ήταν διαθέσιμο για 308 συμμετέχοντες (142 γυναίκες, 166 άνδρες). Τα ποσοστά παραμονής για αυτούς ήταν 90,4% και 84,2%, αντίστοιχα. Ενώ τρεις από τους συμμετέχοντες απεβίωσαν, έτσι το διαθέσιμο δείγμα ενηλίκων ήταν 366 συμμετέχοντες.

Η ανάλυση της απώλειας δείγματος έδειξε ότι η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ για τους 25 συμμετέχοντες (10 γυναίκες, 15 άνδρες) οι οποίοι δεν εντοπίστηκαν στην ενήλικη ζωή δεν διέφερε από τη μέση ηλικία των 331 συμμετεχόντων, οι οποίοι εντοπίστηκαν στην ενήλικη ζωή. Για αυτούς ήταν διαθέσιμα κάποια από τα στοιχεία για την κατανάλωση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή. Επίσης, η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ για τους 25 δεν διέφερε από τη μέση ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ για τους 308 συμμετέχοντες για τους οποίους ήταν διαθέσιμα όλα τα στοιχεία. Ακόμη, δεν υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στα τελευταία δείγματα όσον αφορά την ηλικία έναρξης της κατανάλωσης αλκοόλ, τους δείκτες χρήσης αλκοόλ στην ενήλικη ζωή και τη χρήση αλκοόλ στις ηλικίες 14, 20 ή 27 ετών. Επίσης, συγκρίναμε τις καταγεγραμμένες παραβάσεις του αρχικού δείγματος ( $n = 369$ ) με τις παραβάσεις των συμμετεχόντων και στη μελέτη follow-up και δεν εντοπίσαμε διαφορές. Για τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το σύνολο των διαθέσιμων στοιχείων, εκτός από όπου αναφέρεται κάτι διαφορετικό.

Τα στοιχεία για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή για την παρούσα μελέτη συγκεντρώθηκαν κυρίως κατά την ηλικία των 42 ετών. Οι ίδιοι δείκτες για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή, χρησιμοποιήθηκαν στην ηλικία των 36 ετών. Αυτά τα στοιχεία αξιοποιήθηκαν για να μη συμπληρωθούν με στατιστικές μεθόδους οι πληροφορίες που έλλειπαν για τους 25 συμμετέχοντες στην ηλικία των 42 ετών αλλά για τους 47 συμμετέχοντες που είχαν λάβει μέρος σε αυτή τη μελέτη στην ηλικία των 36 ετών, οι οποίοι δεν εντοπίστηκαν για το follow-up στα 42 έτη. Αυτοί οι συμμετέχοντες δεν διέφεραν όσον αφορά στη χρήση αλκοόλ στην ηλικία των 36 ετών, από αυτούς που συμμετείχαν στη μελέτη και στην ηλικία των 36 ετών και στην ηλικία των 42 ετών αλλά ούτε στις ηλικίες των 14, 20 ή 27 ετών.

Όπως φαίνεται κι από τη σύγκριση με τα στοιχεία που προέρχονται από τη στατιστική υπηρεσία της Φινλανδίας, οι συμμετέχοντες στην ηλικία των 42 ετών εκπροσωπούσαν το σύνολο της ομάδας των Φινλανδών που είχαν γεννηθεί το 1959 αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών και τα ποσοστά απασχόλησης (Pulkkinen et al., 2003). Ωστόσο, υπήρχαν πολύ περισσότερες γυναίκες υπάλληλοι και λιγότερες γυναίκες από την εργατική τάξη στο δείγμα, από ό,τι στην ηλικιακή ομάδα που ξεκίνησε. Καμία διαφορά δεν εντοπίστηκε για τους πιο υψηλόβαθμους υπαλλήλους.

#### *Μετρήσεις και μεταβλητές*

Τα στοιχεία για τη χρήση αλκοόλ συγκεντρώθηκαν με προσωπικές συνεντεύξεις από ειδικά εκπαιδευμένους συνεντευκτές στις ηλικίες των 14, 20, 27, 36 και 42 ετών ενώ πριν τη συνέντευξη στις ηλικίες 27, 36 και 42 τους είχε αποσταλεί ταχυδρομικά το ερωτηματολόγιο Life Situation Questionnaire (LSQ).

*Έναρξη της χρήσης αλκοόλ.* Η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ καθορίστηκε στις ηλικίες 14, 20, 27, 36 και 42 με ερωτήσεις όπως: «Κάνεις χρήση αλκοόλ;», «Πόσο συχνά χρησιμοποιείς αλκοόλ;», «Έχεις μεθύσει;» και «Σε ποια ηλικία ξεκίνησες τη χρήση αλκοόλ;». Το κριτήριο για την έναρξη της χρήσης αλκοόλ ήταν ο συμμετέχοντας να έχει μεθύσει ή να έχει παραδεχτεί συστηματική χρήση αλκοόλ. Η απλή δοκιμή αλκοόλ δεν θεωρούνταν ένδειξη έναρξης της χρήσης. Προτεραιότητα δόθηκε στην πληροφορία που ήταν πιο κοντινή χρονικά με την πραγματική ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ. Η ηλικία έναρξης της χρήσης χρησιμοποιήθηκε τόσο ως συνεχής μεταβλητή όσο και ως κατηγορική μεταβλητή (categorical variable): 1= 13 έτη ή νεαρότερη ηλικία, 2= 14–15 έτη, 3= 16–17 έτη, 4= 18 έτη (το νόμιμο όριο ηλικίας) ή μεγαλύτερη ηλικία.

*Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.* Στο ερωτηματολόγιο LSQ που ταχυδρομήθηκε στους συμμετέχοντες τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν τον πίνακα ποσότητας-συχνότητας (q-f) όπως αναπτύχθηκε από τους Pulkkinen & Pitkänen (1994), τηρώντας την ακόλουθη οδηγία: «Πόσο αλκοόλ καταναλώνεις σε μία περίπτωση; Εάν έχεις σταματήσει τη χρήση αλκοόλ, παρακαλώ ανέφερε πως ήταν η κατάσταση πριν σταματήσεις. Κύκλωσε την καταλληλότερη επιλογή όσον αφορά στη συχνότητα σε κάθε γραμμή». Οι οριζόντιες ποσότητες επιλογές αποτελούνταν από διαφορετικές επιλογές δόσεων για κάθε περίπτωση (ένα ποτό ή λιγότερο, δύο με τέσσερα ποτά, πέντε με επτά ποτά, οκτώ με δώδεκα ποτά, δεκατρία ή περισσότερα ποτά: στην ηλικία των 42 ετών, υπήρχαν επίσης οι επιλογές δεκατέσσερα με δεκαεννέα ποτά και είκοσι ποτά ή περισσότερα). Ένα ποτό (μία μονάδα αλκοόλ) ορίστηκε ως ένα μπουκάλι (33 cl) μπίρας (4.5% alc.), ένα ποτήρι κρασί (12 cl ~ 12% alc.), ένα ποτήρι δυνατό κρασί (8 cl ~ 21% alc.) ή ένα σφηνάκι οινόπνευματώδους ποτού 4 cl. Υπήρχαν επτά πιθανές επιλογές κάθετης συχνότητας: 1= καθόλου, 2= το πολύ δύο φορές το χρόνο, 3= μία φορά στους δύο μήνες, 4= μία ή δύο φορές το μήνα, 5= μία φορά την εβδομάδα, 6= δύο με πέντε φορές την εβδομάδα και 7= έξι με επτά φορές την εβδομάδα. Η ετήσια συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ υπολογίστηκε βάσει της εκτίμησης των ημερών κατανάλωσης ανά έτος (0= καθόλου, 2= δύο φορές το χρόνο, 6= μία φορά κάθε 2 μήνες, 18= 1,5 φορές το μήνα, 52= μία φορά την εβδομάδα, 182= 3,5 φορές την εβδομάδα και 338= 6,5 φορές την εβδομάδα) μετρώντας το σύνολο από τις επιλογές συχνότητας στις διαφορετικές ποσότητες. Το άθροισμα της ετήσιας κατανάλωσης περιορίστηκε σε μία φορά ημερησίως, που σημαίνει 365 το χρόνο.

Δεκατρείς από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν έκαναν χρήση αλκοόλ την περίοδο της συγκέντρωσης των τελικών στοιχείων (10 συμμετέχοντες στην ηλικία των 42 ετών και 3 στην ηλικία των 36 ετών). Για τη σαφή σταθεροποίηση της κατάστασης αποχής από το αλκοόλ, άφησαν να περάσει ένας χρόνος αποχής, καθότι τα άτομα που κάνουν σοβαρή χρήση αλκοόλ κάνουν πολύ συχνά απόπειρες διακοπής. Γι'αυτούς η συχνότητα και η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ κωδικοποιήθηκε βάση της κατανάλωσης αλκοόλ πριν τη διακοπή. Εννέα από τους συμμετέχοντες είχαν διακόψει την κατανάλωση αλκοόλ 2-29 χρόνια πριν τη συλλογή των στοιχείων, με μέση τιμή τα 4,5 χρόνια. Αυτοί κωδικοποιήθηκαν ως άτομα που δεν έκαναν κατανάλωση αλκοόλ (=0) στη μέτρηση ποσότητας-συχνότητας στην ενήλικη ζωή. Τρεις από αυτούς έκαναν σοβαρή χρήση αλκοόλ, ενώ το πρόβλημα που είχαν με τη χρήση αλκοόλ είχε ορθά εντοπιστεί από το διαγνωστικό τεστ για τη χρήση αλκοόλ στη ζωή, που χρησιμοποιήθηκε από αυτή τη μελέτη.

**Υπερβολική χρήση αλκοόλ σε μία μεμονωμένη περίπτωση.** Στο ερωτηματολόγιο LSQ, το οποίο τους ταχυδρομήθηκε, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να θυμηθούν πόσο συχνά τους τελευταίους 12 μήνες είχαν καταναλώσει τόσο πολύ αλκοόλ που να έχουν πραγματικά μεθύσει. Η υπερβολική χρήση αλκοόλ σε μία μεμονωμένη περίπτωση εκφράστηκε βάσει των αναφορών μέθης, αλλά ελέγχθηκε με τη συχνότητα της κατανάλωσης αλκοόλ σε τουλάχιστον πέντε μονάδες αλκοόλ σε κάθε περίπτωση, όπως αναφέρθηκε στον πίνακα ποσότητας-συχνότητας (q-f). Το κριτήριο των πέντε μονάδων αλκοόλ για την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ χρησιμοποιήθηκε επίσης από τους Hingson *et al.* (2000), Schulenberg *et al.* (1996) και Windle (1991). Η υπερβολική χρήση αλκοόλ κωδικοποιήθηκε με 0= καθόλου, 1= μία φορά το χρόνο, 2= λιγότερο συχνά από μία φορά το μήνα, 3= μία με τρεις φορές το μήνα, 4= μία φορά την εβδομάδα και 5= αρκετές φορές την εβδομάδα.

Χρησιμοποιήθηκαν δύο διαγνωστικά τεστ για τον αλκοολισμό. Το ερωτηματολόγιο CAGE (Cutdown, Annoyed, Guilt, Eye-opener) που συντάχθηκε από τους Ewing & Rouse (Ewing 1984) χορηγήθηκε μαζί με το ερωτηματολόγιο LSQ, το οποίο ταχυδρομήθηκε. Περιλάμβανε τέσσερις ερωτήσεις: (α) «Ένωσες ποτέ την ανάγκη να περιορίσεις την κατανάλωση αλκοόλ;» (β) «Ένωσες ποτέ να σε ενοχλεί η κριτική για την κατανάλωση αλκοόλ;» (γ) «Νιώθεις ενοχές για την κατανάλωση αλκοόλ;» και (δ) «Ήπιας ποτέ το πρωί αλκοόλ για να σταματήσεις ο πονοκέφαλος που είχες (για να ανοίξουν τα μάτια σου);». Οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν ως 0= όχι, 1= ορισμένες φορές, 2= συχνά. Ο δείκτης Cronbach alpha ήταν 0,81 για τις γυναίκες και 0,82 για τους άνδρες.

Κάθε συμμετέχοντας συμπλήρωσε κατά τη διάρκεια της συνέντευξης μια παραλλαγή του ερωτηματολογίου MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) το οποίο συντάχθηκε από τον Selzer (1971). Η έκδοση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήσαμε, Mm-Mast, στηρίχθηκε στη σύντομη μορφή του MAST (Pokorny *et al.* 1972) που είχε προσαρμοστεί για τις Σκανδιναβικές χώρες από τους Kristenson & Trell (1982) (Malmö έκδοση της σύντομης μορφής τους MAST; Mm-MAST), και το οποίο χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στη Φινλανδία από τους Serrä, Sillanaukee & Koivula (1990), διερευνά περισσότερο τις προσωπικές συμπεριφορές και συνήθειες από ότι τα συμπτώματα. Το ερωτηματολόγιο Mm-MAST που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, αποτελούνταν από εννέα ερωτήσεις, όπως «Είχες ποτέ τη συνήθεια να πίνεις ένα ποτό πριν πας σε κάποιο πάρτυ;» οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν 0= όχι, 1= ναι. Ο δείκτης Cronbach alpha ήταν 0,64 για τις γυναίκες και 0,73 για τους άνδρες.

**Κοινωνικο-συναισθηματική συμπεριφορά.** Στην ηλικία των 8 ετών, συγκεντρώθηκαν οι ίδιες 33 ερωτήσεις για την κοινωνικο-συναισθηματική συμπεριφορά, σύμφωνα με τις αξιολογήσεις του δασκάλου και των ομοτίμων (Pitkänen 1969; Pulkkinen 1987): για παράδειγμα, «Τσακωμοί με τα άλλα παιδιά για το παραμικρό». Ζητήθηκε από το δάσκαλο να βαθμολογήσει με 3 τα παιδιά που είχαν πολύ έντονα αυτά τα χαρακτηριστικά και με 0 όσα δεν είχαν ποτέ εμφανίσει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Η συμπεριφορά των αγοριών/κοριτσιών θα συγκρίνονταν με τη συμπεριφορά παιδιών αντίστοιχης ηλικίας από το γενικό πληθυσμό. Ακόμη, ζητήθηκε από τους μαθητές να υποδείξουν τουλάχιστον τρία παιδιά του ίδιου φύλου, που παρουσίαζαν αυτή τη συμπεριφορά. Αυτό πραγματοποιήθηκε με μια κατάσταση με τα ονόματα όλων των μαθητών του ίδιου φύλου από την τάξη τους παιδιού. Κάθε μεταβλητή διαμορφωνόταν από τις «ψήφους» που έπαιρνε ένα παιδί από τους συμμαθητές του.

Πέντε μεταβλητές διαμορφώθηκαν ανεξάρτητα από τις τυποποιημένες αξιολογήσεις των δασκάλων και των ομοτίμων, μέσα στο πλαίσιο του μοντέλου συναισθηματικής και συμπεριφορικής ρύθμισης (Pulkkinen 1995, 1996). (1) Δημιουργικότητα, ένα άθροισμα πέντε μεταβλητών, με ρωτήσεις για παράδειγμα: «Δρα λογικά ακόμη και σε ενοχλητικές περιστάσεις». Ο δείκτης Cronbach alpha για τις αξιολογήσεις από το δάσκαλο ήταν 0,89 για τα αγόρια και 0,88 για τα κορίτσια, ενώ για τις αξιολογήσεις από τους ομοτίμους 0,90 για τα αγόρια και 0,89 για τα κορίτσια. (2) Συμμόρφωση, άθροισμα τριών μεταβλητών, με ερωτήσεις για παράδειγμα: «Είναι ειρηνικό και υπομονετικό». Ο δείκτης Cronbach alpha για τις αξιολογήσεις από το δάσκαλο ήταν 0,89 για τα αγόρια και 0,85 για τα κορίτσια, ενώ για τις αξιολογήσεις από τους ομοτίμους 0,88 για τα αγόρια και 0,90 για τα κορίτσια. (3) Επιθετικότητα, ένα άθροισμα εννέα μεταβλητών, με ρωτήσεις για παράδειγμα: «Επιτίθεται στα άλλα παιδιά όταν θυμώσει π.χ. τα χτυπάει, τα κλωτσάει ή τους πετάει πράγματα». Ο δείκτης Cronbach alpha για τις αξιολογήσεις από το δάσκαλο ήταν 0,91 για τα αγόρια και 0,90 για τα κορίτσια, ενώ οι αξιολογήσεις από τους ομοτίμους ήταν 0,96 για τα αγόρια και 0,92 για τα κορίτσια. (4) Χαμηλός αυτό-έλεγχος, ένα άθροισμα τεσσάρων μεταβλητών, με ρωτήσεις για παράδειγμα: «Παρακούει το δάσκαλο;». Ο δείκτης Cronbach alpha για τις αξιολογήσεις από το δάσκαλο ήταν 0,79 για τα αγόρια και 0,73 για τα κορίτσια, ενώ οι αξιολογήσεις από τους ομοτίμους ήταν 0,88 για τα αγόρια και 0,82 για τα κορίτσια. (5) Άγχος, ένα άθροισμα τριών μεταβλητών, με ερωτήσεις για παράδειγμα: «Κλαίει εύκολα όταν τα άλλα παιδιά του/της συμπεριφέρονται άσχημα». Ο δείκτης Cronbach alpha για τις αξιολογήσεις από το δάσκαλο ήταν 0,69 για τα αγόρια και 0,74 για τα κορίτσια, ενώ οι αξιολογήσεις από τους ομοτίμους ήταν 0,83 για τα αγόρια και 0,73 για τα κορίτσια. Στο δάσκαλο δόθηκαν και ορισμένες έξτρα ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για να εκτιμηθεί η κοινωνική δραστηριότητα—ένα άθροισμα τεσσάρων μεταβλητών, με ερωτήσεις για παράδειγμα: «Πάντοτε απασχολημένος-νη και παίζει πρόθυμα με τα υπόλοιπα παιδιά». Ο δείκτης Cronbach alpha για την αξιολόγηση από το δάσκαλο ήταν 0,79 για τα αγόρια και 0,82 για τα κορίτσια. Ακόμη, ο δάσκαλος κλήθηκε να αξιολογήσει εάν ένιωθε ανησυχία για την αντικοινωνική συμπεριφορά των μαθητών και εάν πίστευε ότι θα βρουν το δρόμο τους στη ζωή αργότερα.

*Ακαδημαϊκή επιτυχία.* Η ακαδημαϊκή επιτυχία εκτιμήθηκε ζητώντας από τον δάσκαλο της τάξης να ταξινομήσει τα παιδιά σύμφωνα με την επίδοσή τους. Η ταξινόμηση κωδικοποιήθηκε σε πεντάβαθμη κλίμακα, λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος της σχολικής τάξης.

*Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας.* Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας κωδικοποιήθηκε βάσει του επαγγέλματος του πατέρα (ή του επάγγελμα της μητέρας, εάν επρόκειτο για τη μόνη πηγή εισοδήματος του σπιτιού) σε μια κλίμακα δύο βαθμών: 1= εργατική τάξη και 2= υπάλληλος.

#### Στατιστική ανάλυση

Οι συσχετισμοί ανάμεσα στην ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ και των δεικτών χρήσης αλκοόλ στην ενήλικη ζωή, καθώς και οι εσωτερικοί συσχετισμοί ανάμεσα στους δείκτες, υπολογίστηκαν ξεχωριστά για τις γυναίκες και για τους άνδρες όπως οι συσχετισμοί του Pearson. Όταν ελέγχθηκαν τυχόν διαφορές των δύο φύλων στους συσχετισμούς, χρησιμοποιήθηκε η μετατροπή του συντελεστή συσχετισμού του Fisher.



Οι σημαντικότερες επιρροές της ηλικίας έναρξης της χρήσης αλκοόλ και του φύλου, καθώς και η αλληλεπίδραση των τεσσάρων δεικτών για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή μελετήθηκαν με την ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών της διακύμανσης (MANOVA) με το λάμδα ( $\lambda$ ) τεστ του Wilks. Επειδή έτσι δεν εντοπίστηκε καμία αλληλεπίδραση, η ανάλυση των πολλαπλών μεταβλητών της διακύμανσης πραγματοποιήθηκε χωριστά για τους άνδρες από τις γυναίκες. Οι συγκρίσεις σε ζευγάρια των μέσων όρων των δεικτών μεταξύ των ηλικιακών ομάδων έναρξης της χρήσης αλκοόλ, στηρίχθηκαν στις εκτιμήσεις των παραμέτρων που έδωσε το μοντέλο MANOVA. Ο λόγος της συνολικής μεταβλητότητας (μέγεθος αποτελέσματος) των τεσσάρων δεικτών, ο οποίος οφειλόταν στις ηλικιακές ομάδες έναρξης της χρήσης αλκοόλ, περιγράφηκε από τα στατιστικά του ήτα τετράγωνο ( $\eta^2$ ), και παρουσιάστηκε ως ποσοστό.

Η κοινωνικο-συναισθηματική συμπεριφορά στα πρώτα σχολικά χρόνια, η επιτυχία στο σχολείο, η σχολική τάξη καθώς και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας σε σχέση με την ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ, μελετήθηκαν με ανάλυση της συμμεταβλητότητας και με ανάλυση παλινδρόμησης με εικονικές μεταβλητές. Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η επιτυχία στο σχολείο και η σχολική τάξη σε σχέση με την ομαδοποίηση της ηλικίας έναρξης της χρήσης αλκοόλ, δοκιμάστηκαν με το τεστ  $\chi^2$  και το ακριβές τεστ με τη μέθοδο Monte Carlo όπου αυτό κρίθηκε απαραίτητο.

Τα έμμεσα αποτελέσματα της κοινωνικο-συναισθηματικής συμπεριφοράς και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας σε σχέση με την έναρξη της χρήσης αλκοόλ και τους δείκτες για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή, μελετήθηκαν προσθέτοντας αυτούς τους παράγοντες ως συμμεταβλητές στο μοντέλο MANOVA.

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 11.0.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

##### *Περιγραφή των στοιχείων*

Όλοι οι συμμετέχοντες έκαναν χρήση αλκοόλ κάποια στιγμή της ζωής τους. Ο μέσος όρος της ηλικίας έναρξης της χρήσης αλκοόλ ήταν τα 15,5 έτη (διακύμανση 10-30 ετών,  $SD= 2.4$ ). Ούτε ο μέσος όρος της ηλικίας έναρξης της χρήσης αλκοόλ, αλλά ούτε οι κατανομές είχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (Πίνακας 1). Δύο τοις εκατό των συμμετεχόντων ξεκίνησαν τη χρήση αλκοόλ στην ηλικία των 10-11 ετών, 9% στην ηλικία των 18 ετών, η οποία είναι και η νόμιμη ηλικία για την κατανάλωση αλκοόλ, και 6,5% αργότερα.

Οι ενήλικοι άνδρες έκαναν χρήση αλκοόλ συχνότερα από ό,τι οι γυναίκες (Πίνακας 1). Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ποίκιλε από δύο φορές το χρόνο, ή λιγότερο, (ποσοστό 6,5% για τις γυναίκες και 5,2% για τους άνδρες) έως καθημερινά (ποσοστό 1,3% για τις γυναίκες και 7,5% για τους άνδρες). Η μέση τιμή είναι 52 φορές το χρόνο για τις γυναίκες και 88 φορές το χρόνο για τους άνδρες. Ακόμη, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ήταν πιο συνηθισμένη στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες (Πίνακας 1) σε ποσοστό 3,2% των γυναικών ενώ το 10,9% των ανδρών ανέφεραν ότι είχαν μεθύσει, ή είχαν καταναλώσει αλκοόλ, τουλάχιστον 5 μονάδες σε κάθε περίπτωση αρκετές φορές την εβδομάδα. Το 29,0% των γυναικών και το 12,6% των ανδρών δεν είχαν μεθύσει καθόλου τον περασμένο χρόνο. Επιπλέον, οι άνδρες σημείωναν υψηλότερες βαθμολογίες στο διαγνωστικό τεστ για τον αλκοολισμό από ό,τι οι γυναίκες. Οι μέσες τιμές των δεικτών χρήσης αλκοόλ στην ενήλικη ζωή υπολογίστηκαν για όλους τους συμμε-

τέχοντες, σχετικά με τους οποίους υπήρχαν διαθέσιμα έστω και κάποια στοιχεία για τη χρήση αλκοόλ ( $n= 311-331$ ), και δεν διέφεραν από τους μέσους όρους που υπολογίστηκαν για τους 308 συμμετέχοντες για τους οποίους υπήρχαν όλα τα στοιχεία.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

	<i>n</i>	<i>Άνδρες</i>		<i>Γυναίκες</i>		<i>t-test P</i>		
		<i>n</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>		<i>Μέση τιμή</i>	<i>SD</i>
Ηλικία έναρξης της χρήσης (min, 10: max, 10 έτη)	331	176	15,3	2,3	155	15,6	2,6	0,298
Ετήσια συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ (0-365 ημέρες/ έτη)	329	174	132,0	117,7	155	79,9	84,1	0,000
Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μεμονωμένη περίπτωση (0-5)	330	175	2,5	1,5	155	1,5	1,4	0,000
Συνολική βαθμολογία CAGE (0-8 βαθμοί)	328	175	2,3	2,1	153	1,3	1,7	0,000
Συνολική βαθμολογία Mm-Mast (0-9 βαθμοί)	311	163	4,8	2,4	148	2,8	1,9	0,000

Οι συσχετισμοί ανάμεσα στην ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ και των τεσσάρων δεικτών για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή είχαν μεγάλη σημασία ( $P < 0.001$ ): οι συσχετισμοί ήταν  $-0,26$  για τις γυναίκες και  $-0,25$  για τους άνδρες όσον αφορά στη συχνότητα της κατανάλωσης αλκοόλ,  $-0,29$  και  $-0,32$  για την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε περίπτωση,  $-0,26$  και  $-0,32$  όσον αφορά το CAGE και  $-0,43$  και  $-0,36$  όσον αφορά στο mm-MAST. Οι διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες δεν είχαν στατιστική σημασία. Οι εσωτερικοί συσχετισμοί ανάμεσα στους δείκτες για τη χρήση αλκοόλ ήταν επίσης σημαντικοί ( $P < 0,001$ , εάν δεν αναφέρεται διαφορετικά) αλλά δεν διέφεραν στατιστικά μεταξύ των δύο φύλων. Οι συσχετισμοί ανάμεσα στη συχνότητα της κατανάλωσης αλκοόλ και στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μία περίπτωση ήταν  $0,44$  για τις γυναίκες και  $0,53$  για τους άνδρες, ενώ οι συσχετισμοί ανάμεσα στο CAGE και το Mm-MAST, ήταν αντίστοιχα,  $0,58$  και  $0,70$ . Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ έδειξε υψηλότερο συσχετισμό με τα διαγνωστικά τεστ για τον αλκοολισμό ( $0,62$  και  $0,50$  για το CAGE, και  $0,53$  και  $0,50$  για το mm-MAST, αντίστοιχα) από ό,τι με τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ( $0,20$  και  $0,19$  για το CAGE, και  $0,35$  και  $0,20$  για το Mm-MAST;  $P < 0,05$  και για τους δύο συσχετισμούς για το CAGE και για τον τελευταίο συσχετισμό για το mm-MAST).

*Η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ ως παράγοντας πρόβλεψης της χρήσης αλκοόλ στην ενήλικη ζωή*

Οι συσχετισμοί έδειξαν ότι η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ σχετιζόταν αντίστροφα με τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή και για τα δύο φύλα. Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλών παραγόντων για τη διακύμανση έτσι ώστε να εντοπιστεί εάν υπάρχουν πε-

ρίοδοι όσον αφορά στην ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ, οι οποίες μπορεί να είναι πιο σημαντικές από άλλες σχετικά με τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή. Καθώς επίσης και για να μελετηθεί εάν οι περίοδοι αυτές ήταν παρόμοιες και για τα δύο φύλα. Οι συμμετέχοντες με πλήρη στοιχεία για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή (146 γυναίκες και 162 άνδρες), κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις ομάδες ανάλογα με την ηλικία έναρξης της χρήσης: 13 ετών ή νεαρότερη ηλικία (ποσοστό 15,1% των γυναικών και 19,1% των ανδρών), 14–15 ετών (ποσοστό 45,2% των γυναικών και 43,8% των ανδρών), 16–17 ετών (ποσοστό 24,0% των γυναικών και 24,1% των ανδρών) και 18 ετών ή μεγαλύτερη ηλικία (ποσοστό 15,8% των γυναικών και 13,0% των ανδρών). Οι αναλογίες αυτών των ηλικιακών ομάδων δεν διέφεραν για όσους από τους συμμετέχοντες ήταν διαθέσιμη η ηλικία έναρξης ( $n = 356$ ).

Το μοντέλο MANOVA έδειξε ότι και το φύλο αλλά και η ηλικία έναρξης της χρήσης είχαν πολύ σημαντική επιρροή στους δείκτες χρήσης αλκοόλ στην ενήλικη ζωή (αντίστοιχα,  $F_{(4.300,00)} = 19,4$ ,  $P < 0,001$ ;  $F_{(12.794,02)} = 6,17$ ,  $P < 0,001$ ). Η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο φύλο και στην ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ δεν ήταν σημαντική για κανένα από τους δείκτες για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή ( $F_{(12.786,08)} = 0,782$ ,  $P = 0,670$ ). Αυτό σημαίνει ότι το φύλο δεν τροποποίησε τη σχέση ανάμεσα στην ηλικία έναρξης χρήσης αλκοόλ και στην κατανάλωση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή. Η επίδραση του φύλου ήταν εμφανής μόνο στο επίπεδο της χρήσης αλκοόλ. Έτσι ήταν λογικό να πραγματοποιηθεί ανάλυση ξεχωριστά για τα δύο φύλα.

Στον πίνακα 2 φαίνονται οι μέσες τιμές και η τυπική απόκλιση (SD) των ομάδων στους τέσσερις δείκτες για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή των ανδρών και των γυναικών, καθώς και οι σημαντικότητες σε ζεύγη διαφορών ανάμεσα στις ομάδες των δύο φύλων. Η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ είχε μια σημαντική βασική επίδραση στη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή τόσο για τις γυναίκες ( $F_{(12.368,05)} = 3,28$ ,  $P < 0,001$ ) όσο και στους άνδρες ( $F_{(12.410,38)} = 3,57$ ,  $P < 0,001$ ). Η ηλικιακή ομάδα εξηγούσε το 21% της μεταβλητότητας στις βαθμολογίες από το Mm- MAST για τις γυναίκες αλλά μόνο το 9% για τους άνδρες. Η σημασία της επίδρασης της ηλικίας έναρξης της χρήσης αλκοόλ στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μία μεμονωμένη περίπτωση ήταν 13% για τους άνδρες και 11% για τις γυναίκες, ενώ στο CAGE 10% για τους άνδρες και 6% για τις γυναίκες, και για τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ 7% για τους άνδρες και 6% για τις γυναίκες.

Οι συγκρίσεις σε ζεύγη ανάμεσα στις ομάδες (Πίνακας 2) έδειξε με λεπτομέρειες πού εμφανίστηκαν οι σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες σχετικά με την ηλικία έναρξης της κατανάλωσης αλκοόλ. Το πιο σταθερό από τα ευρήματα αυτής της μελέτης σχετικά με τα δύο φύλα, ήταν ότι η νεαρότερη ηλικιακή ομάδα (13 ετών, ή μικρότερη) είχε σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε όλους τους δείκτες για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή από ό,τι η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα (18 ετών ή μεγαλύτερη). Επίσης είχαν υψηλότερη βαθμολογία στους δείκτες από την ηλικιακή ομάδα 16-17 ετών, εκτός από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μία μεμονωμένη περίπτωση για τις γυναίκες ( $P = 0,059$ ). Επιπλέον, η ηλικιακή ομάδα 14-15 ετών διέφερε από τις δύο μεγαλύτερης ηλικίας ομάδες όσον αφορά στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μία μεμονωμένη περίπτωση και για τα δύο φύλα. Οι διαφορές που σχετίζονταν με το φύλο εντοπίστηκαν ως εξής: για τους άνδρες, η νεαρότερη ηλικιακή ομάδα διέφερε από την λίγο μεγαλύτερή της, όσον αφορά στη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και στα αποτελέσματα από το CAGE. Η δεύτερη νεαρότερη ομάδα διέφερε από τη μεγαλύτε-

ρη ομάδα στα αποτελέσματα του Mm-MAST. Για τις γυναίκες, η ομάδα των 14-15 ετών είχε σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στο Mm-MAST από τις δύο μεγαλύτερης ηλικίας ομάδες, και υψηλότερη βαθμολογία από την μεγαλύτερη ηλικιακά ομάδα όσον αφορά τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και το CAGE.

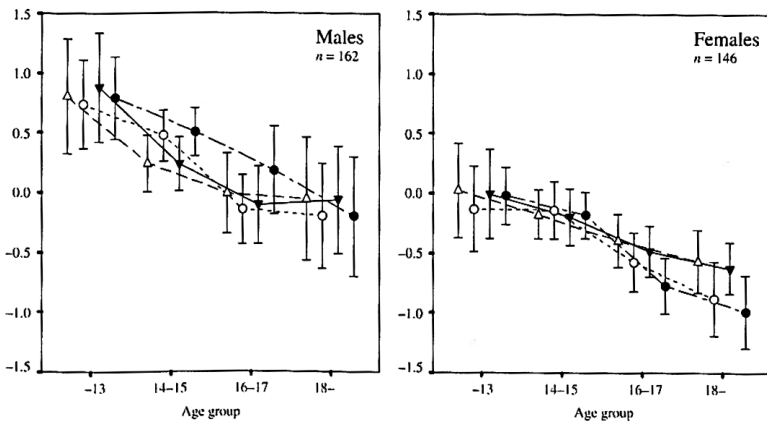
**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** ΜΕΣΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ (ΣΤΙΣ ΗΛΙΚΙΕΣ 36/42) ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ.

Δείκτης	Ηλικία έναρξης	Άνδρες n= 162		Γυναίκες n= 146		Σημαντική Διαφορά*			
		Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	<13	14-15	16-17	>18
Συχνότητα κατανάλωση αλκοόλ	13 ετών ή λιγότερο	193,0	137,8	110,0	93,0	—	0,290	<b>0,044</b>	<b>0,011</b>
	14-15 ετών	133,5	105,1	88,8	87,8	<b>0,017</b>	-	0,168	<b>0,037</b>
	16-17 ετών	106,3	108,4	65,4	67,5	<b>0,002</b>	0,236	-	0,413
	18 years or more	101,6	119,2	47,6	64,0	<b>0,005</b>	0,264	0,879	-
Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μεμονωμένη περίπτωση	13 ετών ή λιγότερο	3,2	1,5	1,9	1,2	—	0,962	0,059	<b>0,004</b>
	14-15 ετών	2,8	1,3	1,9	1,5	0,197	-	<b>0,017</b>	<b>0,000</b>
	16-17 ετών	1,9	1,3	<b>1,2</b>	1,1	<b>0,000</b>	0,001	-	0,182
	18 ετών ή περισσότερο	1,8	1,5	0,7	1,1	<b>0,000</b>	0,004	0,823	-
CAGE	13 ετών ή λιγότερο	3,6	2,5	1,8	1,7	—	0,347	<b>0,032</b>	<b>0,011</b>
	14-15 ετών	2,3	1,9	1,4	1,9	<b>0,004</b>	-	0,090	<b>0,028</b>
	16-17 ετών	1,6	2,1	0,9	1,2	<b>0,000</b>	0,096	-	0,506
	18 ετών ή περισσότερο	1,7	2,0	0,6	1,0	<b>0,002</b>	0,252	0,861	-
Mm-MAST	13 ετών ή λιγότερο	5,8	2,2	3,8	1,3	—	0,360	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	14-15 ετών	5,1	2,0	3,4	1,9	0,170	-	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	16-17 ετών	4,1	2,7	2,0	1,7	<b>0,010</b>	0,095	-	0,267
	18 ετών ή περισσότερο	3,4	2,6	1,5	1,7	<b>0,000</b>	<b>0,004</b>	0,142	—

\* Οι σημαντικές διαφορές σε ζεύγη ( $P < 0.05$ ) εμφανίζονται με έντονα γράμματα, οι γυναίκες είναι πάνω από τη diagonal.

Στο Σχήμα 1, παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των δεικτών χρήσης αλκοόλ στην ενήλικη ζωή, βάσει των τυποποιημένων βαθμολογιών σε ολόκληρο το δείγμα. Από το σχήμα φαίνεται ότι το επίπεδο της κατανάλωσης αλκοόλ των ανδρών στην ενήλικη ζωή ήταν υψηλότερο από την τιμή εκκίνησης (= 0) για όλους τους δείκτες, ενώ για τις γυναίκες ήταν χαμηλότερο. Παρά τις διαφορές όσον αφορά στο επίπεδο της κατανάλωσης αλκοόλ, οι μορφές των γραφημάτων ήταν παρόμοιες και για τους άνδρες και για τις γυναίκες. Αυτό σημαίνει, ότι όσο νωρίτερα ξεκινήσει η χρήση αλκοόλ, τόσο υψηλότερες θα είναι οι βαθμολογίες σχετικά με τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή. Η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ σχετιζόταν ομοίως και για τα δύο φύλα με τη συχνότητα χρήσης αλκοόλ και τα αποτελέσματα του CAGE και με παρόμοιο τρόπο με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και τα αποτελέσματα του Mm-MAST.

ΣΧΗΜΑ 1



Σχήμα 1. Μέσες τιμές με διαστήματα εμπιστοσύνης 95% για τους δείκτες χρήσης αλκοόλ στην ενήλικη ζωή ανάλογα με την ηλικία έναρξης της κατανάλωσης αλκοόλ: τυποποιημένο για ολόκληρο το δείγμα. Δ=Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, ○= υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μία μεμονωμένη περίπτωση, ▼=CAGE, ●=Mm-Mast

#### Πρόβλεψη της ηλικίας έναρξης της χρήσης αλκοόλ σε ηλικία 8 ετών

Στην ηλικία των 8 ετών, υπήρχαν διαθέσιμα για όλους τους συμμετέχοντες στοιχεία βάσει των αξιολογήσεων του δασκάλου και των συμμαθητών σχετικά με την κοινωνικο-συναισθηματική συμπεριφορά, την ακαδημαϊκή επιτυχία καθώς και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των γονιών. Η σύγκριση ανάμεσα στα άτομα που δεν συμμετείχαν στο follow-up στην ενήλικη ζωή ( $n=38$ ) με αυτά που συμμετείχαν ( $n=331$ ) αποκάλυψε δύο σημαντικές διαφορές, κάτι που αφορούσε ωστόσο μόνο στις γυναίκες. Τα κορίτσια που δεν συμμετείχαν είχαν υψηλότερες βαθμολογίες σχετικά με το άγχος όσον αφορά στην αξιολόγηση από τους συμμαθητές τους [ $t(df=171)=2,7, P=0,008$ ] και χαμηλότερες βαθμολογίες σχετικά με την επιθετικότητα όσον αφορά στην αξιολόγηση από το δάσκαλο [ $t(df=48,2)=-3,7, P<0,001$ ] από ό,τι τα κορίτσια που συμμετείχαν.

Η σχέση ανάμεσα στην ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ με την κοινωνικο-συναισθηματική συμπεριφορά του συμμετέχοντα, όπως αξιολογήθηκε από τον δάσκαλο και τους συμμαθητές, καθώς και με την ακαδημαϊκή επιτυχία στην ηλικία των 8 ετών, μελετήθηκε με μεθόδους απλών και πολλαπλών μεταβλητών ελέγχοντας τη σχολική τάξη (12) και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Για τα αγόρια δεν εντοπίστηκαν σημαντικές σχέσεις. Για τα κορίτσια, ωστόσο, εντοπίστηκαν τρεις σημαντικές σχέσεις με την ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ, ενώ αυτοί οι παράγοντες σχετιζόνταν και μεταξύ τους. Η αξιολόγηση του δασκάλου για χαμηλότερο αυτό-έλεγχο και υψηλότερη επιθετικότητα σχετιζόνταν με τη μικρότερη ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ ( $r=-0,17; P=0,014$  για χαμηλό αυτό-έλεγχο και  $-0,21; P=0,003$  για την επιθετικότητα). Επιπλέον, το 17% των κοριτσιών των οποίων ο πατέρας ανήκε στην εργατική τάξη ( $n=122$ ) ξεκίνησαν τη χρήση αλκοόλ σε πολύ νεαρή ηλικία (13 ετών ή νεαρότερες), ενώ μόνο το 2% των κοριτσιών των οποίων ο πατέρας ήταν υπάλληλος ( $n=43$ ) ξεκίνησε σε τόσο νεαρή ηλικία [ $c2(df=3)=10,3, P=0,016$ ]. Τα κορίτσια που προέρχονταν από οικογένειες εργατών είχαν χαμηλότερο αυτό-έλεγχο [ $t(df=105,1)=3,0, P=0,003$ ] και υψηλότε-

ρη επιθετικότητα [ $t(df=120,5)=2,4, P=0,017$ ] από ό,τι εκείνα που προέρχονταν από οικογένειες υπαλλήλων. Η επίδραση της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και τα κοινωνικο-συναισθηματικά χαρακτηριστικά δεν μετρίασαν ωστόσο την επίδραση που είχε η ηλικία έναρξης χρήσης αλκοόλ στην κατανάλωση αλκοόλ κατά την ενήλικη ζωή.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μακροχρόνια μελέτη, το 90% των συμμετεχόντων παρακολούθηθηκαν από την ηλικία των 8 ετών μέχρι την ηλικία των 36-42 ετών. Για το 84% από το τυχαίο αρχικό δείγμα, υπήρχαν διαθέσιμα όλα τα στοιχεία για την ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ και τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή. Η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ ήταν τα 15,5 έτη χωρίς σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα. Παρά το γεγονός αυτό, οι άνδρες και οι γυναίκες διέφεραν ως προς τη χρήση αλκοόλ στις μεταγενέστερες ηλικίες. Οι άνδρες έκαναν χρήση αλκοόλ σε μεγαλύτερη συχνότητα από τις γυναίκες και πιο συχνά σε βαθμό μέθης, ενώ ταυτόχρονα είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από τις γυναίκες σε δυο διαγνωστικά εργαλεία για τον αλκοολισμό τα CAGE και Mm-MAST. Η επίδραση του φύλου στη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή είχε μεγάλη σημασία, όπως επίσης και η επίδραση της ηλικίας έναρξης της χρήσης αλκοόλ, η αλληλεπίδρασή τους ωστόσο δεν ήταν τόσο σημαντική. Έτσι, η επίδραση της ηλικίας έναρξης της χρήσης αλκοόλ στην κατανάλωση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή ήταν παρόμοια και για τους άνδρες και για τις γυναίκες. Και για τα δύο φύλα, η νεαρή ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ ήταν σημαντικός παράγοντας κινδύνου για υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και προβληματική χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή. Και οι άνδρες και οι γυναίκες συμμετέχοντες που ξεκίνησαν τη χρήση αλκοόλ πριν την ηλικία των 14 ετών, είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στους δείκτες χρήσης αλκοόλ στην ενήλικη ζωή, από ό,τι τα άτομα που ξεκίνησαν τη χρήση αλκοόλ στα 18, ή αργότερα (το νόμιμο όριο ηλικίας). Είχαν βαθμολογίες υψηλότερες ακόμη κι από όσους ξεκίνησαν την κατανάλωση αλκοόλ στην ηλικία των 16-17 ετών. Όσον αφορά στην υπερβολική χρήση αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση, ο υψηλότερος κίνδυνος αφορούσε τους συμμετέχοντες που ξεκίνησαν τη χρήση αλκοόλ στην ηλικία των 14-15 ετών σε σύγκριση με όσους ξεκίνησαν τη χρήση 16 ετών, ή αργότερα.

Τα αποτελέσματα συμφωνούσαν με τις ενδείξεις από τις περισσότερες προηγούμενες μελέτες των οποίων τα στοιχεία του follow-up συγκεντρώθηκαν κατά κύριο λόγο στην εφηβεία (π.χ. Pedersen & Skrandal, 1998; Hawkins *et al.*, 1997) ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής (π.χ. Pitkänen 1999; Casswell *et al.*, 2002), ή στις οποίες τα στοιχεία για την ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ συγκεντρώθηκαν αναδρομικά (π.χ. Barnes *et al.*, 1992; Prescott & Kendler, 1999). Οι δείκτες για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή μπορεί να περιορίστηκαν, για παράδειγμα, στον ήδη διαγνωσμένο αλκοολισμό (π.χ. Hasin & Glick, 1992; Grant *et al.*, 2001; Warner & White, 2003), ή το δείγμα να αποτελούνταν μόνο από γυναίκες (π.χ. Werner *et al.*, 1994). Τα δυνατά σημεία αυτής της μελέτης ήταν (1) ο σχεδιασμός με προοπτική αναφορικά με την ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ, (2) το τυχαίο δείγμα που περιλάμβανε άνδρες και γυναίκες και εκπροσωπούσε κοινωνικο-δημογραφικά την ηλικιακή ομάδα, (3) ο μεγάλος χρόνος follow-up, (4) τα υψηλά ποσοστά παραμονής και (5) η χρήση πολλών δεικτών για τη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή. Οι μετρήσεις της ποσότητας και της ποιότητας έδειξαν την τρέχουσα χρήση αλκοόλ ενώ τα διαγνωστικά τεστ για τον αλκοολισμό στη διάρκεια της ζωής,

διερεύνησαν την κατανάλωση αλκοόλ που έκανε το άτομο στο παρελθόν, κάτι που επιβεβαιώθηκε από τα στοιχεία για την κατανάλωση αλκοόλ που λήφθηκαν από το ιστορικό του ατόμου. Η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ σχετίστηκε ομοίως και με τους τέσσερις δείκτες για την κατανάλωση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή.

Η έναρξη της χρήσης αλκοόλ σε νεαρή ηλικία, δεν ερμηνεύθηκε ούτε από τα κοινωνικο-συναισθηματικά χαρακτηριστικά του άνδρα συμμετέχοντα και την ακαδημαϊκή του επιτυχία, όπως αυτή εκτιμήθηκε πριν από την έναρξη της χρήσης αλκοόλ, ούτε από την επαγγελματική κατάσταση του πατέρα. Ωστόσο, για τις γυναίκες που συμμετείχαν χρησιμοποιήθηκε η αξιολόγηση του δασκάλου, και όχι των ομοτίμων, για την επιθετικότητα και το χαμηλό αυτό-έλεγχο στα πρώτα χρόνια του σχολείου και έτσι προβλέφθηκε η έναρξη της χρήσης αλκοόλ σε νεαρή ηλικία. Αυτά τα χαρακτηριστικά και η έναρξη χρήσης αλκοόλ σε πολύ νεαρή ηλικία εμφανίζονταν πιο συχνά σε κορίτσια που ο πατέρας τους (ή η μητέρα τους, εάν αυτή ήταν η μόνη εργαζόμενη του σπιτιού) ανήκε στην εργατική τάξη, από ό,τι σε κορίτσια που ο πατέρας τους ήταν υπάλληλος. Η μόνη ομάδα κινδύνου, σχετικά με την έναρξη της χρήσης αλκοόλ σε νεαρή ηλικία που εντοπίστηκε, αποτελούνταν από κορίτσια τα οποία ανήκαν σε εργατική οικογένεια και σύμφωνα με την εκτίμηση του δασκάλου είχαν δείγματα επιθετικότητας και/ή χαμηλό αυτό-έλεγχο. Πρακτικά μόνο ο δάσκαλος μπορούσε να εντοπίσει μια τέτοια ομάδα. Οι επιδράσεις της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και των κοινωνικο-συναισθηματικών χαρακτηριστικών δεν επηρέασαν την επίδραση της ηλικίας έναρξης της χρήσης αλκοόλ όσον αφορά στη χρήση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή για τις γυναίκες. Τα αποτελέσματα συμφωνούσαν με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που υποδείκνυαν ότι οι παράγοντες πρόβλεψης της έναρξης της χρήσης αλκοόλ ήταν περισσότερο κοινωνικοί (διαθεσιμότητα αλκοόλ) και περιστασιακοί (επιρροή των ομοτίμων) από ότι ψυχολογικοί (Marquies, Kessler & Kandel, 1977; Pedersen & Skrandal, 1998; Hawkins *et al.*, 1997). Επιπλέον, τα αποτελέσματα της γενετικής ανάλυσης έδειξαν ότι οι κοινές περιβαλλοντικές επιδράσεις επικρατούν ως επιρροές στην έναρξη της χρήσης αλκοόλ στην πρώιμη εφηβεία (Rose *et al.*, 2001). Από τη στιγμή που θα ενεργοποιηθούν, τα πρότυπα της χρήσης ουσιών μεταξύ των εφήβων επηρεάζονται σημαντικά από γενετικούς παράγοντες (Prescott & Kendler, 1999; Rose *et al.*, 2001). Οι περιβαλλοντικές επιδράσεις που επηρεάζουν την έναρξη της χρήσης αλκοόλ μπορεί να βρίσκονται στην οικογένεια, στο σχολείο, ή στην ευρύτερη κοινωνία. Χρειάζονται περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την έναρξη της χρήσης αλκοόλ και οι οποίοι δεν εμπεριέχονται στην οικογένεια.

Η χρήση αλκοόλ δεν είναι ένα σταθερό φαινόμενο. Στην παρούσα μελέτη όλοι οι συμμετέχοντες είχαν κάνει χρήση αλκοόλ μέχρι την ηλικία των 30 ετών. Στις ηλικίες των 27, 36 και 42 ετών, το 5-7% των συμμετεχόντων ανέφεραν στο ερωτηματολόγιο LSQ, ότι δεν είχαν κάνει ποτέ χρήση αλκοόλ στη ζωή τους. Για όσους διέκοπταν τη χρήση αλκοόλ, χρειαζόταν να περάσει μια περίοδος ελέγχου ενός έτους για να αποδειχθεί η αξιοπιστία της προσπάθειάς τους να διακόψουν. Η τιμή μηδέν (0) ήταν αποδεκτή για αυτούς τους συμμετέχοντες, όσον αφορά στις μετρήσεις της ποσότητας και της συχνότητας χρήσης αλκοόλ, καθώς θα έπρεπε να επαναλάβουν αυτές τις μετρήσεις στην ηλικία των 40 ετών. Μια άλλη μελέτη θα αποτελούσε η διερεύνηση, με μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων, της σχέσης ανάμεσα στην ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ και της ικανότητας να διακοπεί η σοβαρή χρήση αλκοόλ καθώς επίσης και των λόγων που μπορεί να οδηγήσουν εκεί.

Τα ευρήματά μας δείχνουν, ότι η καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης αλκοόλ μπορεί να αποτελεί τον καταλληλότερο στόχο για τις προσπάθειες πρόληψης και ότι επίσης κάτι που σχετίζεται πολύ με αυτό είναι το επίπεδο του νομίμου ορίου ηλικίας για τη χρήση αλκοόλ (18 χρονών). Σε ορισμένες χώρες μάλιστα το όριο αυτό είναι υψηλότερο. Οι Prescott & Kendler (1999) έχουν υποστηρίξει ωστόσο, ότι η καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης αλκοόλ δεν πρόκειται να επηρεάσει τη βαριά χρήση αλκοόλ, καθώς σε αυτό είναι συνυπεύθυνοι πολλοί ακόμη παράγοντες. Αυτό μπορεί να ισχύει για ορισμένα άτομα, όμως τα αποτελέσματα μιας επιδημιολογικής έρευνας (Grant 1998) καθώς και ενός 7-ετούς follow-up που πραγματοποιήθηκε (Hawkins *et al.* 1997) έχουν δείξει ότι η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ αποτελεί πολύ ισχυρό παράγοντα για εξάρτηση από το αλκοόλ και κατάχρηση στη διάρκεια της ζωής. Κι αυτό ισχύει ανεξάρτητα από το οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού, το στάτους του ατόμου, τη φυλή, το φύλο, την προληπτική συμπεριφορά από τους γονείς, τη δέσμευση με το σχολείο, την έναρξη της χρήσης αλκοόλ από ομοτίμους και την αντίληψη σχετικά με τη βλαπτικότητα της χρήσης αλκοόλ. Επίσης, οι Pedersen & Skrandal (1998) κατέληξαν, ότι η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ είχε ανεξάρτητη επιρροή τόσο στη μελλοντική κατανάλωση αλκοόλ όσο και στη δημιουργία προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ.

Είναι πιθανόν ότι ένας άνθρωπος μπορεί να δράσει καλύτερα και έχει μεγαλύτερη ικανότητα ελέγχου της χρήσης αλκοόλ στην ενήλικη ζωή, όταν το αλκοόλ δεν αποτελεί μέρος της ζωής του ήδη από την πρώιμη εφηβική ηλικία. Καθυστερώντας την ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ, μπορεί τουλάχιστον να αποφευχθούν οι επικίνδυνες επιδράσεις της σοβαρής χρήσης αλκοόλ στην εφηβεία. Όπως υποστηρίζει ο Huttunen (2003), για την πρόληψη στο μέλλον των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, είναι απαραίτητη μια αλλαγή στη γενικότερη νοοτροπία. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο να γίνει μια κοινή προσπάθεια από όλους, συμπεριλαμβανομένων των γονιών, των ΜΜΕ, των επαγγελματιών και των πολιτικών. Ακόμη, θα χρειαστούν αλλαγές στις συνθήκες κατανάλωσης αλκοόλ από τους ενήλικους.

#### ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αυτό το άρθρο αποτέλεσε μέρος του προγράμματος (44858) «Ανθρώπινη ανάπτυξη και οι σχετιζόμενοι παράγοντες κινδύνου» το οποίο χρηματοδοτήθηκε από την Ακαδημία της Φινλανδίας 'Human Development and Its Risk Factors' (Finnish Centre of Excellence Programme, 2000-05).



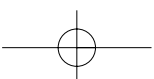
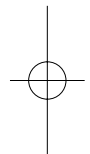
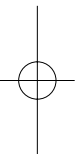
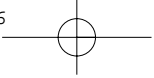
### Παραπομπές

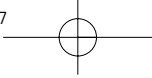
---

- Barnes, G. M., Welte, J. W. & Dintcheff, B. (1992) Alcohol misuse among college students and other young adults: findings from a general population study in New York State. *International Journal of the Addictions*, **27**, 917–934.
- Casswell, S., Pledger, M. & Pratap, S. (2002) Trajectories of drinking from 18 to 26 years: identification and prediction. *Addiction*, **97**, 1427–1437.
- Ewing, J. A. (1984) Detecting alcoholism: the CAGE Questionnaire. *JAMA*, **252**, 1905–1907.
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C. & Clayton, R. (2004) Early adolescent through young adult alcohol and marijuana use trajectories: early predictors, young adult outcomes, and predictive utility. *Development and Psychopathology*, **16**, 193–213.
- Ghodsian, M. & Power, C. (1987) Alcohol consumption between the ages of 16 and 23 in Britain: a longitudinal study. *British Journal of Addiction*, **82**, 175–180.
- Grant, B. F. (1998) The impact of a family history of alcoholism on the relationship between age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Alcohol Health and Research World*, **22**, 144–147.
- Grant, B. F. & Dawson, D. A. (1997) Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, **9**, 103–110.
- Grant, B. F., Harford, T. C. & Grigson, M. B. (1988) Stability of alcohol consumption among youth: a national longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, **49**, 253–260.
- Grant, B. F., Stinson, F. S. & Harford, T. C. (2001) Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12- year follow-up. *Journal of Substance Abuse*, **13**, 493–504.
- Hämäläinen, M. & Pulkkinen, L. (1996) Problem behaviour as a precursor of male criminality. *Development and Psychopathology*, **8**, 443–455.
- Harford, T. C. (1993) Stability and prevalence of drinking among young adults. *Addiction*, **88**, 273–277.
- Hasin, D. S. & Glick, H. (1992) Severity of DSM-III alcohol dependence: United States, 1988. *British Journal of Addiction*, **87**, 1725–1730.
- Hawkins, J. D., Graham, J. W., Maguin, E., Abbott, R., Hill, K. G. & Catalano, R. F. (1997) Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, **58**, 280–290.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. & Narusk, A. (1997) *Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. The 1995 ESPAD Report. Stockholm: Modin Tryck AB.
- Hingson, R. W., Heeren, T., Jamanka, A. & Howland, J. (2000) Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking. *JAMA*, **284**, 1527–1533.
- Humphrey, J. A. & Friedman, J. (1986) The onset age of drinking and intoxication among university students. *Journal of Studies on Alcohol*, **51**, 221–232.
- Huttunen, J. (2003) Alkoholipolitiikan vuosi 2002 – pilvet tummuvat taivaalla [Alcohol policy in Finland in 2002]. In: Heinonen, J., Alho, H., Lindeman, J., Raitasalo, K. & Roine, R., eds. *Tommi 2003 [Yearbook of Finnish Alcohol and Drug Research]*, pp. 6–11. Keuruu: Finnish Society for Alcohol and Drug Research.
- Jessor, R., Donovan, J. E. & Costa, F. M. (1991) *Beyond Adolescence: Problem Behaviour and Young Adult Development*. New York: Cambridge University Press.

- Kokko, K. & Pulkkinen, L. (2000) Aggression in childhood and long-term unemployment in adulthood: a cycle of maladaptation and some protective factors. *Developmental Psychology*, **36**, 463–472.
- Kristenson, H. & Trell, E. (1982) Indicators of alcohol consumption: Comparisons between a questionnaire (Mm-MAST), interviews and gammaglutamyl transferase (GGT) in a health survey of middle-aged males. *British Journal of Addiction*, **77**, 297–304.
- Labouvie, E., Bates, K. E. & Pandina, R. J. (1997) Age of first use: its reliability and predictive utility. *Journal of Studies on Alcohol*, **58**, 638–643.
- Lintonen, T., Rimpelä, M., Ahlström, S., Rimpelä, A. & Vikat, A. (2000) Trends in drinking habits among Finnish adolescents from 1977 to 1999. *Addiction*, **95**, 1255–1263.
- Lo, C. C. (2000) Timing of drinking initiation: a trend study predicting drug use among high school. *Journal of Drug Issues*, **30**, 525–554.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quiqley, L. A., Somers, J. M. & Williams, E. (1998) Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **66**, 604–615.
- Marquies, R. Z., Kessler, R. & Kandel, D. B. (1977) A longitudinal study of onset of drinking among high-school students. *Journal of Studies on Alcohol*, **38**, 897–912.
- Muthen, B., O. & Muthen, L. K. (2000) The development of heavy drinking and alcohol-related problems from ages 18–37 in a U.S. national sample. *Journal of Studies on Alcohol*, **61**, 290–300.
- Nyström, M., Peräsalo, J. & Salaspuro, M. (1993) Alcohol-use patterns in young University students in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, **11**, 18–23.
- Pape, H. & Hammer, T. (1996) How does young people's alcohol consumption change during the transition to early adulthood? A longitudinal study of changes at aggregate and individual level. *Addiction*, **91**, 1345.
- Parker, D. A., Levin, B. M. & Harford, T. C. (1996) Effects of early drinking and an antisocial orientation on the alcohol use of young Russians. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **20**, 1179–1183.
- Pedersen, W. & Skrondal, A. (1998) Alcohol consumption debut: Predictors and consequences. *Journal of Studies on Alcohol*, **59**, 32–42.
- Pitkänen, L. (1969) *A Descriptive Model of Aggression and Nonaggression with Applications to Children's Behaviour*, vol. 19. Jyväskylä, Finland: Jyväskylä Studies in Education, Psychology Social Research.
- Pitkänen, T. (1999) Problem drinking and psychological wellbeing: a five-year follow-up study from adolescence to young adulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*, **40**, 197–208.
- Pokorny, A. D., Miller, B. A. & Kaplan, H. B. (1972) The brief MAST: a shortened version of the Michigan alcoholism screening test. *American Journal of Psychiatry*, **129**, 342–345.
- Prescott, C. A. & Kendler, K. S. (1999) Age at first drink and risk for alcoholism: a noncausal association. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **34**, 101–107.
- Pulkkinen, L. (1982) Self-control and continuity from childhood to late adolescence. In: Baltes, B. P. & Brim, O. G. Jr, eds. *Life-Span Development and Behaviour*, vol. 4, pp. 63–105. Orlando, FL: Academic Press.
- Pulkkinen, L. (1987) Offensive and defensive aggression in humans: a longitudinal perspective. *Aggressive Behaviour*, **13**, 197–212.
- Pulkkinen, L. (1995) Behavioural precursors to accidents and resulting physical impairment. *Child Development*, **66**, 1660–1679.

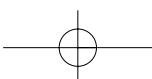
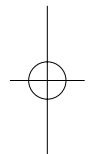
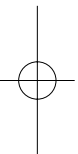
- Pulkkinen, L. (1996) Female and male personality styles: a typological and developmental analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, **70**, 1288–1306.
- Pulkkinen, L., Fyrstén, S., Kinnunen, U., Kinnunen, M.-L., Pitkänen, T. & Kokko, K. (2003) 40+ Erään ikäluokan selviytymistarina [40+ A successful transition to middle adulthood in a cohort of Finns]. Reports from the Department of Psychology, no. 349. Finland: University of Jyväskylä.
- Pulkkinen, L. & Pitkänen, T. (1993) Continuities in aggressive behaviour from childhood to adulthood. *Aggressive Behaviour*, **19**, 249–263.
- Pulkkinen, L. & Pitkänen, T. (1994) A prospective study on the precursors to problem drinking in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, **55**, 578–587.
- Rimpelä, M. (2004) *Kouluterveystutkimuksen 2004 valtakunnalliset tulokset [The Results of the National School Health Survey in 2004]*. <http://www.stakes.fi/kouluterveys/taulukot/2004/paihteet04.htm>.
- Robins, L. N. & Przybeck, T. R. (1985) *Age of Onset of Drug Use as a Factor in Drug and Other Disorders*. In: Jones, C. L. & Battjes, R. J., eds. *Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention*, pp. 178–192. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
- Rönkä, A. & Pulkkinen, L. (1995) Accumulation of problems in social functioning in young adulthood: a developmental approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, **69**, 381–391.
- Rose, R. J., Dick, D. M., Viken, R. J., Pulkkinen, L. & Kaprio, J. (2001) Drinking or abstaining at age 14? A genetic epidemiological study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **25**, 1594–1604.
- Samson, H. H., Maxwell, C. O. & Doyle, T. F. (1989) The relation of initial alcohol experiences to current alcohol consumption in a college population. *Journal of Studies on Alcohol*, **50**, 254–260.
- Schulenberg, J., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Wadsworth, K. N. & Johnston, L. D. (1996) Getting drunk and growing up. trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, **57**, 289–304.
- Selzer, M. L. (1971) The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, **127**, 1653–1658.
- Seppä, K., Sillanaukee, P. & Koivula, T. (1990) The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers. *British Journal of Addiction*, **85**, 1639–1645.
- Silbereisen, R. & Noack, P. (1988) On the constructive role of problem behaviour in adolescence. In: Bolger, N., Caspi, A., Downey, G. & Moorehouse, M., eds. *Persons in Context: Developmental Processes*, pp. 152–180. New York: Cambridge University Press.
- Warner, L. A. & White, H. R. (2003) Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking. *Substance Use and Misuse*, **38**, 1983–2016.
- Wechsler, H. & McFadden, M. (1979) Drinking among college student in New England: extent, social correlates and consequences of alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, **40**, 969–997.
- Werner, M. J., Walker, L. S. & Greene, J. W. (1994) Longitudinal evaluation of a screening measure for problem drinking among female college freshmen. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, **148**, 1331–1337.
- Windle, M. (1991) Alcohol use and abuse: some preliminary findings from the National Adolescent Student Health Survey. *Alcohol Health and Research World*, **15**, 5–10.
- Yamaguchi, K. & Kandel, D. B. (1984) Patterns of drug use from adolescence to young adulthood. III. Predictors of progression. *American Journal of Public Health*, **74**, 673–681.
- York, J. L. (1995) Progression of alcohol consumption across the drinking career in alcoholics and social drinkers. *Journal on Studies of Alcohol*, **56**, 328–336.

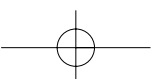
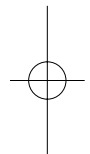
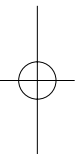
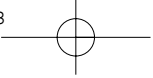




ΕΙΔΙΚΟ ΑΦΙΕΡΩΜΑ  
LET'S FOCUS ON...

3





Σ Τ Ο Α Λ Κ Ο Ο Λ - A L C O H O L

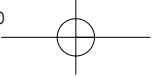
Νότια Αφρική: Το αλκοόλ σήμερα  
South Africa: alcohol today [σ. 80]

Οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής: Αλκοόλ και νέοι σήμερα  
The USA: alcohol and young people today [σ. 86]

Ρωσία: το αλκοόλ χθες και σήμερα  
Russia: alcohol yesterday and today [σ. 91]

Κίνα: Το αλκοόλ σήμερα  
China: Alcohol today [σ. 97]

Οι διεθνείς δράσεις του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας για το Αλκοόλ:  
οι οικονομικοί πόροι που απαιτούνται για τον εναρμονισμό με τη ρητορική  
World Health Organization's global action on alcohol: resources required to match  
the rhetoric [σ. 105]



Νότια Αφρική: Το αλκοόλ σήμερα

CHARLES D. H. PARRY\*

Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation Alexandra Tzala

Το 1995, το περιοδικό *Addiction* δημοσίευσε ένα κεντρικό άρθρο για την προοπτική ελέγχου της κατάχρησης ουσιών στη Νότια Αφρική<sup>[1]</sup>. Αυτή η εργασία αντανακλά την παρούσα κατάσταση της χώρας 10 χρόνια αργότερα.

#### ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Από την άφιξη των Ευρωπαίων αποίκων το αλκοόλ έχει παίξει έναν κεντρικό και συχνά αντιφατικό ρόλο στην καθημερινή ζωή της Νότιας Αφρικής. Αρχικά ένας σταθμός προμήθειας αναψυκτικών ιδρύθηκε σε αυτό που επρόκειτο να ονομαστεί *Cape Town*, ώστε τα διερχόμενα πλοία να παίρνουν προμήθειες. Η μέθη, το λαθρεμπόριο του ποτού, ο τζόγος και η βία, έγιναν κομμάτι της καθημερινής ζωής των ιθαγενών της περιοχής με την επονομασία «Η ταβέρνα των θαλασσών». Το αλκοόλ ανταλλάσσονταν με βόδια και με εργασία από τους γηγενείς πληθυσμούς. Χρησιμοποιούνταν επίσης στην εκπαίδευση των σκλάβων και έπαιξε ένα ρόλο ζωτικής σημασίας στη “διαχείριση” της εργασίας σε συγκεκριμένους τομείς της οικονομίας<sup>[2,3]</sup>. Κατά την περίοδο μεταξύ του 17ου και 20ου αιώνα σημειώθηκε ανάπτυξη των μεγάλων βιομηχανιών κρασιού και μπύρας, οι οποίες παίζουν τώρα σημαντικό ρόλο στην παγκόσμια αγορά αλκοόλ. Η ανάπτυξη του παράνομου εμπορίου (παράνομα ποτοποιεία) στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα λειτούργησε ως μια μορφή αντίστασης στις πολιτικές του ρατσιστικού διαχωρισμού που είχαν σκοπό να καταπιέσουν την πλειονότητα των έγχρωμων, όπως συνέβη με την καταστροφή των μαγαζιών που πουλούσαν μπύρα που διηύθυνε η κυβέρνηση στην δεκαετία του 1970. Ο σύνθετος ρόλος που παίζει το αλκοόλ στην κοινωνία της Νότιας Αφρικής αντανακλάται περαιτέρω στην Εθνική Νομοθετική Πράξη του 2003 για το Αλκοόλ. Αυτή η πράξη στοχεύει στην ανάπτυξη μιας αξιόπιστης και βιώσιμης βιομηχανίας που θα διευκολύνει την ενδυνάμωση της οικονομίας των Αφρικανών, ενώ ταυτόχρονα θα μειώνει το κοινωνικό και οικονομικό κόστος της κατάχρησης του αλκοόλ<sup>[4]</sup>.

#### ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ, ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΑΣΕΙΣ

Το επίπεδο της καθαρής κατανάλωσης αλκοόλ για κάθε ενήλικο άτομο στη Νότια Αφρική, που το 2000 υπολογίστηκε στα 10,3 λίτρα ετησίως (12,4 λίτρα συμπεριλαμβανομένης και της μή καταγεγραμμένης κατανάλωσης), είναι σημαντικά χαμηλότερο από πολλές χώρες<sup>[5]</sup>. Παρόλα αυτά, το ποσοστό της κατανάλωσης ανά άτομο, είναι περίπου 20 λίτρα για κάθε ενήλικα, ανάμεσα στα υψηλότερα ποσοστά του κόσμου<sup>[6]</sup>. Η Νότιο-Αφρικανική Δημογραφική και Υγειονομική Μελέτη του 1998 ανακάλυψε ότι το ένα τρίτο των

\* Director

Alcohol and Drug Abuse Research Unit  
Medical Research Council of South Africa  
and Professor, Department of Psychology, Stellenbosch University  
PO Box 19070, Tygerberg (Cape Town) 7505, South Africa  
E-mail: charles.parry@mrc.ac.za



ενηλίκων καταναλωτών πίνει σε επικίνδυνα επίπεδα κατά τα Σαββατοκύριακα <sup>[7]</sup>. Άλλες επιβλαβείς μορφές κατανάλωσης αλκοόλ περιλαμβάνουν τη συχνή κατανάλωση εκτός γευμάτων, την κατανάλωση σε δημόσια μέρη, την κοινή κατανάλωση (π.χ. το να πίνεις από ένα κοινό δοχείο που περνάει από τον ένα στον άλλο) και τη μεγάλη κατανάλωση σε κοινωνικά συμβάντα, όπως οι γάμοι και οι κηδείες<sup>[3]</sup>.

Βάσει των στατιστικών στοιχείων για την παραγωγή αλκοόλ, δε φαίνεται να υπάρχει σημαντική αύξηση στην συνολική κατανάλωση για την περίοδο 1994- 2004<sup>[8-10]</sup>, όμως άλλες αλλαγές έχουν σημειωθεί, συμπεριλαμβανομένης μιας σταδιακής αύξησης στην κατά άτομο κατανάλωση των αλκοολούχων ποτών από φρούτα και των οινοπνευματωδών δροσιστικών ποτών, καθώς και μια μείωση στην κατανάλωση μπύρας από ζαχαρόχορτο (παραδοσιακή αφρικάνικη μπύρα). Υπήρξε επίσης μια αύξηση στην κατανάλωση φυσικού οίνου, μπράντι και βότκας, αλλά ακολούθησε μείωση κατά τα πρόσφατα χρόνια, σε ποσοστά χαμηλότερα του 1994. Σημειώθηκε παρόμοια τάση στην κατανάλωση μπύρας από κριθάρι, αλλά πιο πρόσφατα φάνηκε μια αύξηση υψηλότερη από τα επίπεδα του 1994.

Η σύγκριση των δεδομένων από διαφορετικές μελέτες, που διεξήχθησαν σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, υποδηλώνει μια αύξηση στον αριθμό των χρηστών αλκοόλ μέσα στο διάστημα των τελευταίων 30 ημερών πριν την έρευνα, ηλικίας 15 και άνω<sup>[7, 11]</sup>, και μια αύξηση στην κατανάλωση καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής των νέων, έγχρωμων Αφρικανών, ανδρών και γυναικών<sup>[12, 13]</sup>.

#### ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΟΙ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ

Σε γενικές γραμμές, ένας στους τέσσερις ενήλικες άνδρες και μια στις δέκα ενήλικες γυναίκες αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, ενώ σχεδόν ένας στους τέσσερις μαθητές Λυκείου αναφέρουν περιστατικό υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα. Αυτό σημαίνει την κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών μέσα σε μια μέρα ή για περισσότερες ημέρες<sup>[7, 13]</sup>. Τα επίπεδα της σχετιζόμενης με το αλκοόλ θνησιμότητας και των επειγόντων περιστατικών από τραυματισμούς που σχετίζονται με το αλκοόλ είναι πολύ υψηλά, με αριθμούς μόλις κάτω από το 50% όλων των μη φυσιολογικών θανάτων το 2002. Οι συγκεντρώσεις αλκοόλ στο αίμα είναι μεγαλύτερες ή ίσες των 0,05g/100ml έως και τα δύο τρίτα όλων των περιπτώσεων που εξετάστηκαν ετησίως στα επείγοντα περιστατικά, σε τρεις πόλεις, μεταξύ του 1999 και του 2001, είχαν συγκεντρώσεις αλκοόλ στην αναπνοή πάνω από αυτό το επίπεδο<sup>[14, 15]</sup>. Παρόλο που τα επίπεδα της σχετιζόμενης με το αλκοόλ θνησιμότητας παρέμειναν σταθερά μέσα σε μια περίοδο τριών ετών, υπήρχαν αυξομειώσεις στο βαθμό των επιπλοκών που σχετίζονται με το αλκοόλ<sup>[15]</sup>.

Τα επίπεδα του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου (FAS) στη Νότια Αφρική είναι τα υψηλότερα που έχουν καταγραφεί ποτέ. Σε έρευνα που διεξήχθη στο Δυτικό Cape (Wellington), τα ποσοστά επικράτησης του FAS μεταξύ των μαθητών της 1ης δημοτικού ήταν 41-46% το 1997 και έφτασαν τα 65-74% το 1999 [16, Viljoen et al., υποβλήθηκε].

Όλες οι ποιοτικές και οι ποσοτικές μελέτες, που διεξήχθησαν σε εφήβους και σε νεαρούς ενήλικες, στην επαρχία του Gauteng μεταξύ του 2002 και 2003, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της εμπλοκής σε σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Ειδικότερα, η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, οι ποσότητες που καταναλώνονται και η προβληματική κατανάλωση σχετίζο-

νται σημαντικά με τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων που είχε ένα άτομο και με τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων για τις οποίες έχει μετανιώσει αργότερα<sup>[17, 18]</sup>. Επιπλέον, σχεδόν ένας στους πέντε ασθενείς με HIV, που μελετήθηκαν σε μια μεγάλη κλινική για τις μολυσματικές νόσους στο Cape Town το 2003, κάλυπτε τα κριτήρια για τη διαταραχή από τη χρήση αλκοόλ. Αυτοί οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να έχουν συμπτωματική μόλυνση από τον ιό HIV<sup>[19]</sup>.

#### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με το χρόνο έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση στα αιτήματα θεραπείας για τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ<sup>[26]</sup>. Για παράδειγμα, στο Cape Town, η αναλογία των ασθενών σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας για την κατάχρηση ουσιών, οι οποίοι δήλωσαν το αλκοόλ ως πρωταρχική ουσία κατάχρησης, μειώθηκε από το 81% κατά το δεύτερο μισό του 1996 στο 39% κατά το δεύτερο μισό του 2003<sup>[20]</sup>. Αυτό οφείλεται κυρίως στο κλείσιμο συγκεκριμένων κρατικών κέντρων θεραπείας, που επικεντρώνονταν σε ανθρώπους με προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ, και στην αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες από νεότερους χρήστες παράνομων τοξικών ουσιών<sup>[21]</sup>. Το σχέδιο της κυβέρνησης ήταν να μειώσει τις τριτογενείς υπηρεσίες φροντίδας, ενώ παράλληλα να αυξήσει τις πρωτογενείς υπηρεσίες φροντίδας σε ασθενείς με προβλήματα αλκοολισμού. Αυτό γενικά δεν επιτεύχθηκε και οι υπηρεσίες παραμένουν ανεπαρκείς για να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις, αφού είναι γεωγραφικά αραιά διασκορπισμένες και διχασμένες μεταξύ των τομέων υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας.

Από το 1994, υπάρχει μια δραματική αύξηση στην ίδρυση ιδιωτικών υπηρεσιών θεραπείας (εξουσιοδοτημένων και μη εξουσιοδοτημένων)<sup>[22, 23]</sup>, που όμως δεν είναι εύκολα προσβάσιμες από τους φτωχούς. Η έρευνα έχει επίσης εντοπίσει συγκεκριμένες ελλείψεις αναφορικά με την πρόσβαση από γυναίκες και έγχρωμους νότιο-Αφρικανούς σε αυτές τις υπηρεσίες<sup>[24]</sup>. Όσον αφορά στις θετικές αλλαγές, έχει πρόσφατα ολοκληρωθεί μια πρόταση για την ανάπτυξη κανόνων και κριτηρίων για τα θεραπευτικά κέντρα διαμονής<sup>[25]</sup>, όπως επίσης και μια μελέτη για την αξιολόγηση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε καινοτόμες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ<sup>[26]</sup>. Επίσης, έχουν γίνει βήματα για την ίδρυση πρωτοκόλλων που αφορούν στη διαχείριση της διαδικασίας αποτοξίνωσης των ασθενών στα δευτεροβάθμια νοσοκομεία σε αρκετές επαρχίες.

#### ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Από το 1994 έχουν αναπτυχθεί σημαντικές δραστηριότητες που στοχεύουν στην πρόληψη της κατάχρησης ουσιών στη Νότια Αφρική. Αναφορικά με τη δημόσια παιδεία, η κυβέρνηση προώθησε κάποιες γενικές δράσεις, συμπεριλαμβανομένων των: «είμαι εξαρτημένος με τη ζωή» και «Ke Moja». Ειδικά προγράμματα έχουν επίσης προσανατολιστεί σε εγκύους και σε μεθυσμένους οδηγούς. Οι Διατροφικές Οδηγίες του Υπουργείου Υγείας επίσης περιλαμβάνουν την ίδρυση ενός τμήματος για την προώθηση της ελεγχόμενης κατανάλωσης αλκοόλ. Αυτό το τμήμα βρίσκεται στη διαδικασία σχεδιασμού των κανονισμών που έχουν στόχο να περιορίσουν τη διαφήμιση του αλκοόλ και να εισάγουν προειδοποιητικές ετικέτες στις συσκευασίες αλκοόλ για τις επιβλαβείς επιπτώσεις της χρήσης του.

Η πρόσφατα δημοσιευμένη Εθνική Διάταξη για τα Οινόπνευματώδη Ποτά<sup>[4]</sup> θέτει εκτός νόμου την προμήθεια οινόπνευματωδών ποτών έναντι της αμοιβής ή της παρακράτησης του

κόστους του ποτού από την αποζημίωση. Στην υποβολή αιτήσεων για την άδεια παρασκευής και διάθεσης αλκοολούχων ποτών απαιτείται η υπογραφή του βιομηχανικού κώδικα δεοντολογίας, καθώς και η δήλωση του αιτούντος της πρόθεσης για συνεισφορά στην καταπολέμηση της κατάχρησης του αλκοόλ. Οι περισσότερες επαρχίες πρόκειται να φιλελευθεροποιήσουν τους περιορισμούς της λιανικής πώλησης αλκοόλ, έτσι ώστε να περιορίσουν την παράνομη αγορά αλκοόλ. Την ίδια στιγμή στοχεύουν σταδιακά να λάβουν αυστηρότερα μέτρα σε διάφορα ζητήματα δημόσιας υγείας (π.χ. πώληση αλκοόλ στους ανηλίκους). Βήματα έχουν γίνει επίσης για να επισημανθεί η επικινδυνότητα της πώλησης του αλκοόλ σε συσκευασίες από αλουμίνιο (*papsakke*).

Το Εθνικό Υπουργείο Οικονομικών έχει προχωρήσει σταδιακά στην αύξηση των φόρων για τη λιανική τιμή της μπίρας, του κρασιού και των άλλων οινοπνευματωδών ποτών, στα 33%, 23% και 43%, αντίστοιχα, αλλά έχει μειώσει τους φόρους στη μπίρα από ζαχαρότευτλο<sup>[27]</sup>. Το Υπουργείο Μεταφορών έχει επίσης μειώσει τα επιτρεπόμενα επίπεδα αλκοόλ για τους οδηγούς στα 0,05 g/100 ml. Ωστόσο τα επίπεδα εφαρμογής των μέτρων παραμένουν χαμηλά.

#### Η ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΒΑΣΗ

Η έρευνα σε θέματα που σχετίζονται με το αλκοόλ έχει αναπτυχθεί σημαντικά. Συγκεκριμένα, την περασμένη δεκαετία ιδρύθηκε στο Συμβούλιο Ιατρικής Έρευνας η Ερευνητική Μονάδα Κατάχρησης Αλκοόλ και Τοξικών Ουσιών και το Ίδρυμα για την Έρευνα σχετικά με το Αλκοόλ στο Πανεπιστήμιο του Cape Town. Η τοπική χρηματοδότηση για την έρευνα έχει αυξηθεί, ειδικά με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας. Ωστόσο, οι περισσότερες έρευνες είναι επιδημιολογικές, παρά προσανατολισμένες προς μία παρέμβαση. Ειδικότερα, υπάρχει η ανάγκη για αύξηση της χρηματοδότησης της θεραπείας για πρότυπα προγράμματα που εστιάζονται στην πρόληψη, καθώς επίσης και για παρακολούθηση και αξιολόγηση των υπαρχόντων παρεμβάσεων.

Η διεθνής χρηματοδότηση για την έρευνα σχετικά με το αλκοόλ (και τη συνεργασία) από οργανισμούς, όπως το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Αλκοόλ και Αλκοολισμού των Ηνωμένων Πολιτειών, τα Κέντρα για τον Έλεγχο των Ασθενειών των Ηνωμένων Πολιτειών και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, έχει αυξηθεί σημαντικά και από το 1994 έχουν πραγματοποιηθεί στη Νότια Αφρική τουλάχιστον πέντε διεθνή συνέδρια για την κατάχρηση ουσιών. Ο αριθμός των σχετικών επιστημονικών εκδόσεων με επιστημονικές συνεντεύξεις ατόμων πάνω σε θέματα σχετικά με την κατάχρηση ουσιών στη Νότια Αφρική έχει επίσης αυξηθεί<sup>[28]</sup>.

#### Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ, ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Οι ερευνητές και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν συμβάλλει στην ανάπτυξη της συνείδησης του κοινού και των πολιτικών για τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ. Παρόλο που οι άλλες ανταγωνιστικές προτεραιότητες έχουν ως αποτέλεσμα να μη δίνεται επαρκής προσοχή στα ζητήματα του αλκοόλ, αυτό αρχίζει να αλλάζει, λόγω της αυξανόμενης ενημέρωσης για τη σχέση του αλκοόλ με άλλες εθνικές προτεραιότητες, όπως το HIV/AIDS, το έγκλημα, τη βία και την ανάπτυξη. Αν εισακουστούν τα καλέσματα για τη σύσταση μιας ομάδας επαγγελματιών στο χώρο των εξαρτήσεων στη Νότια Αφρική, τότε είναι πιθανό να ενισχυθούν οι προσπάθειες παρέμβασης.

ΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕΤΑ;

Ενώ η ενημέρωση σχετικά με τα προβλήματα από τη χρήση αλκοόλ και η ανάγκη για δράση έχουν αυξηθεί σημαντικά, χρειάζεται να δοθεί πολύ μεγαλύτερη έμφαση στη διευκόλυνση της εφαρμογής πολιτικής, συμπεριλαμβανομένου της διαθεσιμότητας των απαραίτητων πόρων με στόχο τη διασφάλιση μιας αποτελεσματικής ηγεσίας και γενικά την επιτάχυνση του ρυθμού της υλοποίησης. Θα έπρεπε να δοθεί μικρότερη προτεραιότητα στις ενημερωτικές εκστρατείες, αφού δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους. Αντιθέτως, θα έπρεπε να δοθεί προτεραιότητα στην υλοποίηση μιας συνεκτικής πολιτικής για την αγορά αλκοολούχων ποτών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την αύξηση των τυχαίων αλκοτέστ στους οδηγούς, με την προβολή των αρνητικών συνεπειών της χρήσης καθώς επίσης και με βραχείες παρεμβάσεις και άλλες μορφές θεραπείας για τους οδηγούς υψηλής επικινδυνότητας αλλά και θέτοντας θέματα για την εκπαίδευση και την επικύρωση των προγραμμάτων θεραπείας και πρόληψης<sup>[29]</sup>. Βασισμένοι στη σύγχρονη πραγματικότητα, είναι πιθανόν ότι μέσα στην επόμενη δεκαετία τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ θα αυξηθούν στη Νότια Αφρική. Παρόλα αυτά, η ανταπόκριση της κυβέρνησης είναι πιθανό να βασιστεί περισσότερο σε αρχές καλύτερης πρακτικής και αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα τη σταθεροποίηση ή ακόμη και τη μείωση της βλάβης από τη χρήση αλκοόλ. Είναι επίσης πιθανόν να αυξηθούν οι έρευνες που εστιάζονται στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και να συσφέρον θετικά στην πολιτική σχετικά με το αλκοόλ και τις πρακτικές παρέμβασης.

### Παραπομπές

1. Yach, D., Parry, C. D. H. & Harrison, S. (1995) Prospects for substance abuse control in South Africa. *Addiction*, **90**, 1293-1296
2. Crush, J. & Ambler, C., eds (1992) *Liquor and Labor in Southern Africa*. Pietermaritzburg: University of Natal Press.
3. Parry, C. D. H. & Bennetts, A. L. (1998) *Alcohol Policy and Public Health in South Africa*. Cape Town: Oxford University Press.
4. South Africa (2004) *Liquor Act No 59 of 2003* [Gazette no. 26294]. South Pretoria: Government Printers [Laws].
5. Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., Frick, U. & Jernigan, D. (2004) Alcohol. In: Ezatti, M., Lopez, A. D., Rodgers, A. & Murray, C. J. L., eds. *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Risk Factors*, vol. I, pp. 959-1108. Geneva: World Health Organization.
6. Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, Jernigan, D. & Frick, U. (2003) The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, **9**, 147-156.
7. Parry, C. D. H., Plüddemann, A. Steyn, K., Bradshaw, D., Norman, R. & Laubcher, R. (in press) Alcohol use in South Africa: findings from the first demographic and health survey. *Journal of Studies on Alcohol*, in press.
8. Alcoholic Beverage Review (1999) Pinelands, South Africa: Ramsay, Son & Parker.
9. Alcoholic Beverage Review (2004) Pinelands, South Africa: Ramsay, Son & Parker.
10. South African Wine Industry Information & Systems (SAWIS) (2004) *South African Wine Industry Statistics*. Paarl, South Africa: SAWIS.
11. Shisana, O. & Simbayi, L. (2002) Nelson Mandela/ HSRC Study of HIV/ AIDS: *South African National HIV Prevalence, Behavioural Risks and Mass Media Household Survey 2002*. Cape Town: HSRC.
12. Rocha-Silva, L., de Miranda, S. & Erasmus, R. (1996) *Alcohol, Tobacco and Other Drug Use Among Black Youth*. Pretoria: Human Sciences Research Council.

13. Reddy, S. P., Panday, S., Swart, D., Jinabhai, C. C., Amosun, S. L., James, S., Monyeki, K. D., Stevens, G., Morojele, N., Kambaran, N. S., Omardien, R. G. & Van der Borne, H. W. (2003) *Umthenthe Uhlaba Usamila – the South African Youth Risk Behaviour Survey 2002*. Cape Town: Medical Research Council.
14. Matzopoulos, R., Seedat, M. & Cassim, M. (2003) *A Profile of Fatal Injuries in South Africa*. Fourth annual report of the National Injury Mortality Surveillance System 2002. Parow: Medical Research Council.
15. Plüddemann, A., Parry, C. D. H., Donson, H. & Sukhai, A. (in press) Alcohol use and trauma in Cape Town, Durban and Port Elizabeth, South Africa: 1999-2001. *Injury Control and Safety Promotion*.
16. May, P. A., Brooke, L., Gossage, J. P., Croxford, J., Adnams, C., Jones, K. L., Robinson, L. & Viljoen, D. (2000) Epidemiology of fetal alcohol syndrome in South African community in the Western Cape Province. *American Journal of Public Health*, **90**, 1905-1912.
17. Morojele, N. K., Kachieng'a, M. A., Nkoko, M. A., Moshia, K. M., Mokoko, E., Parry, C. D. H., Nkowane, M. A. & Saxena, S. (2004) *Perceived effects of alcohol on sexual encounters among adults in South Africa: dimensions and associations with sexual risk behaviour*. Parow: Medical Research Council.
18. Morojele, N. K., Kachieng'a, M. A., Mokoko, E., Nkoko, M. A., Moshia, K. M., Parry, C. D. H., Nkowane, M. A. & Saxena, S. (2004) *The relationships between alcohol use and risky sexual behaviour among adults in urban areas in Gauteng Province, South Africa*. Parow: Medical Research Council.
19. Olley, B. O., Gxamza, F., Zeier, M. D., Seedat, S. & Stein, D. J. (2004) Alcohol abuse and other psychopathology in recently diagnosed HIV patients. In: Plüddemann, A., Hon, S., Bhana, A., Harker, N., Potgieter, H., Gerber, W. & Parry, C. D. H., eds. *Monitoring Alcohol and Drug Abuse Trends in South Africa*. Proceedings of SACENDU Report Back Meetings October 2003, pp. 13-15. Cape Town: Medical Research Council.
20. Plüddemann, A., Parry, C. D. H., Bhana, A., Harker, N., Potgieter, H. & Gerber, W. (2004) Monitoring alcohol and drug abuse trends in South Africa (July 1996 - December 2003). *SECENDU Research Brief*, **7**, 1-8.
21. Parry, C. D. H., Bhana, A., Myers, B., Plüddemann, A., Flisher, A. J., Peden, M. & Morojele, N. K. (2002) Alcohol use in South Africa: Findings from the South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SECENDU) project. *Journal of Studies on Alcohol*, **63**, 430-435.
22. Department of Welfare, South Africa (1997) *Resource Directory on Services and Facilities for the Prevention and Treatment of Substance Abuse*. Pretoria: Government Printer.
23. Department of Social Development and Central Drug Authority, South Africa (2003) *Resource Directory on Alcohol and Drug Related Services and Facilities*. Pretoria: Government Printer.
24. Myers, B. & Parry, C. D. H. (2004) Indicators of substance abuse treatment demand in Cape Town, South Africa (1997-2001). *Curationis*, **May**, 27-31.
25. Muller, L., Fisher, S., Myers, B., McCarthy, G., Lund, C., Flisher, A. J. & Siegfried, N. (2003) *Norms and standards for substance dependence in-patient centres in South Africa*. Report submitted to the UN Office on Drugs and Crime. Cape Town: Bridges.
26. Rendall-Mkisi, K. M., Siegfried, N. & Allen, S. (2003) Sensible Drinking Project: evaluation of health worker training. *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, **2**, 31-45.
27. Parry, C. D. H., Myers, B. & Thiede, M. (2003) The case for an increased tax on alcohol in South Africa. *South African Journal of Economics*, **71**, 265-281.
28. Alcohol and Drug Abuse Research Group (2004) Selected recent journal articles related to southern Africa, ordered by date and author. Available online at: <http://www.sahealthinfo.org/admodule/recentauthor.htm>. [Accessed 8 November 2004].
29. Parry, C. D. H. (in press) A review of policy-relevant strategies and interventions to address the burden of alcohol on individuals and society in South Africa. *South African Psychiatry Review*, **8**.

*Οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής: Αλκοόλ και νέοι σήμερα*

DAVID JERNIGAN\*

*Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα**Translation Alexandra Tzala*

Τα Κέντρα των Ηνωμένων Πολιτειών για τον Έλεγχο των Ασθενειών και την Πρόληψη πρόσφατα όρισαν την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ως την τρίτη ηγετική αιτία θανάτου που μπορεί να προληφθεί στο έθνος, υπεύθυνη για 75,766 θανάτους και 2,3 εκατομμύρια χρόνια δυνητικής απώλειας ζωής το 2001. Από αυτούς τους θανάτους, οι 4554 ήταν μεταξύ ατόμων κάτω των 21 ετών, που συνιστά το νόμιμο όριο ηλικίας για την αγορά αλκοόλ στις 50 πολιτείες<sup>[1]</sup>. Η ουσιαστική πρόοδος για τη μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ από νέους στις Ηνωμένες Πολιτείες σταμάτησε στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Το 2004, ερευνητές στο Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Αλκοόλ και Αλκοολισμού (NIAAA), αναλύοντας τα ευρήματα τριών διαφορετικών ομοσπονδιακών ερευνών για την χρήση αλκοόλ των νέων, κατέληξαν στο ότι, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ στους νέους έχει μειωθεί σε σχέση με το υψηλό της σημείο στη δεκαετία του 1970, την περασμένη δεκαετία οι γενικές τάσεις είχαν σταθεροποιηθεί σε ένα 'εξοργιστικά υψηλό' επίπεδο<sup>[2]</sup>. Σύμφωνα με μία από αυτές τις έρευνες, η μέση ηλικία στην οποία άτομα 12 έως 17 ετών αρχίζουν να πίνουν είναι τα 13 έτη και περίπου 7000 παιδιά κάτω των 16 ετών αρχίζουν να πίνουν καθημερινά, σε ένα ετήσιο σύνολο 2,6 εκατομμυρίων νέων πόντων ηλικίας κάτω των 16 ετών (προσωπική επικοινωνία, επαναυπολογισμός, J. Gfroerer, 14 Σεπτεμβρίου 2004). Δίνοντας προβλέψεις για το μέλλον, η εθνική έρευνα για τη χρήση ναρκωτικών στους μαθητές αναφέρει ότι, 18,6% των μαθητών της 2ας γυμνασίου, 35,2% των μαθητών της 1ης λυκείου και 48% των μαθητών της 3ης λυκείου έχουν πει αλκοόλ μέσα στις προηγούμενες 30 ημέρες και 6,2%, 18,5% και 32,5% από κάθε τάξη, αντίστοιχα, υπήρξαν μεθυσμένοι κατά την ίδια χρονική περίοδο<sup>[3]</sup>.

Ένας αυξανόμενος αριθμός από έρευνες έχει τεκμηριώσει τους κινδύνους της πρώιμης μύησης στο αλκοόλ στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι νέοι άνθρωποι που αρχίζουν να πίνουν πριν την ηλικία των 14 ετών είναι πέντε φορές πιο πιθανό να βιώσουν επιπλοκές που σχετίζονται με το αλκοόλ στη μετέπειτα ζωή τους<sup>[4]</sup>, ενώ εκείνοι που αρχίζουν πριν από την ηλικία των 15 ετών είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν εξάρτηση από το αλκοόλ, σε σχέση με αυτούς που καθυστερούν αυτή την έναρξη μέχρι τη νόμιμη ηλικία των 21 ετών<sup>[5]</sup>. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η ισχυρή έκθεση του εφηβικού εγκεφάλου στο αλκοόλ μπορεί να παρέμβει στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, προκαλώντας απώλεια της μνήμης και άλλων ικανοτήτων<sup>[6-8]</sup>. Μελέτες απεικόνισης έχουν αποκαλύψει από τους εγκεφάλους 17χρονων αλκοολικών εφήβων ότι, το μέγεθος του ιπποκάμπου (τμήμα του εγκεφάλου υπεύθυνο για τη μάθηση και τη μνήμη) είναι μικρότερο σε σχέση με αυτό των μη-εξαρτημένων ομοτίμων τους<sup>[9]</sup>. Ευρήματα σε ένα πρόσφατο άρθρο έκδοσης, που συντάχθηκε με τον διευθυντή του NIAAA, Δρ. Ting-Kai Li, τεκμηριώνουν ότι το ξεκίνημα της εξάρτησης από το αλκοόλ φτάνει σε μια κορύφωση στην ηλικία των 18 ετών, ενώ η εμφάνιση νέων περιπτώσεων μειώ-

\* Research Director

Center on Alcohol Marketing and Youth, Georgetown University

2233 Wisconsin Avenue, Suite 525, Washington DC 20007, USA, E-mail: djernigan@aol.com

νεται δραματικά μετά από την ηλικία των 25 ετών<sup>[10]</sup>. Ο Δρ. Li κατέθεσε στη Σύγκλητο των Ηνωμένων Πολιτειών ότι «αυτά τα ευρήματα μας οδήγησαν στο να αναθεωρήσουμε όλη μας την αντίληψη για την εξάρτηση από το αλκοόλ... και προτείνουν ότι είναι κρίσιμο να δοθούν στη νεολαία περισσότερες ευκαιρίες, περικλείοντας έτσι το χρόνο της μέγιστης ευπάθειας<sup>[11]</sup>.

Αυτή η έρευνα για το μέγεθος, την επίπτωση και τη σημασία της χρήσης αλκοόλ των νέων εμφανίστηκε την ίδια στιγμή που λάμβανε χώρα ένα σημαντικό φυσικό πείραμα. Το 1996, οι κατασκευαστές αποσταγμένων οιοπνευματωδών άλλαξαν σταδιακά τις εσωτερικές ρυθμίσεις του κώδικα για να τους επιτραπεί να διαφημίζονται τηλεοπτικά στις Ηνωμένες Πολιτείες. Πολύ σύντομα μετά από αυτό, οι εταιρείες άρχισαν να αναπτύσσουν και να εμπορεύονται μια νέα τάξη ποτών, με ποικίλα παρωνύμια, όπως 'εναλλακτικά ανθρακούχα ποτά', 'ανθρακούχα ποτά με διάφορες γεύσεις', 'αλκοολούχα ανθρακούχα αναψυκτικά' ή 'αναψυκτικά με χαμηλό δείκτη αλκοόλ'. Σύμφωνα με βιομηχανικούς σχολιαστές, τα αλκοολούχα ανθρακούχα αναψυκτικά, πολλά από τα οποία έχουν γλυκές, φρουτώδεις γεύσεις, σχεδιάστηκαν για πότες που βρίσκονται στο στάδιο της μύησης στο αλκοόλ<sup>[12]</sup>. Παρόλο που εμπορεύονται ως ανθρακούχα ποτά, μερικά από αυτά τα ποτά έφεραν ονόματα από μεγάλες μάρκες αποσταγμένων ποτών, δίνοντας τη δυνατότητα στους οιοπνευματοποιούς να εντάξουν τα εμπορικά τους σήματα σε μια ευρεία παράταξη αγοράς αγαθών, να τα διαφημίζουν στην τηλεόραση (ακόμη και στα τηλεοπτικά δίκτυα στα οποία απαγορεύεται η διαφήμιση αποσταγμένων οιοπνευματωδών) και να τα κάνουν πιο ανταγωνιστικά στην τιμή, αποφεύγοντας την υψηλή φορολογία που αφορούσε στα αποσταγμένα οιοπνευματώδη. Αυτά τα πλεονεκτήματα στην αγορά αποδεικνύονται παράνομα: Διαδοχικά τεστ από το Ομοσπονδιακό Κέντρο Φορολογίας και Εμπορίου Αλκοόλ και Καπνού κατέληξαν στο ότι τα περισσότερα αλκοολούχα ανθρακούχα ποτά είναι στην πραγματικότητα αποσταγμένα οιοπνευματώδη βάσει του ομοσπονδιακού νόμου. Σε αντίθεση, οι παραγωγοί ισχυρίζονταν πως το μεγαλύτερο μέρος του αλκοόλ που περιέχουν προέρχεται από αποσταγμένα οιοπνευματώδη<sup>[13]</sup>. Το Κέντρο πρόσφατα απαίτησε ότι από τις 3 Ιανουαρίου 2006, το μεγαλύτερο μέρος του αλκοόλ στα αλκοολούχα ανθρακούχα αναψυκτικά που βασίζονται στο ζύθο, να προέρχονται από τον ζύθο, αλλά καμία κύρωση δεν έχει επιβληθεί στις εταιρείες παραγωγής για το ιστορικό της παρερμηνείας τους<sup>[14]</sup>.

Οι εταιρείες αλκοόλ ενίσχυσαν την προώθηση των αλκοολούχων ανθρακούχων ποτών, ξοδεύοντας για τη διαφήμισή αποκλειστικά για αυτήν την κατηγορία ποτών 68 εκατομμύρια δολάρια το 2001, 169 εκατομμύρια δολάρια το 2002 και 79 εκατομμύρια δολάρια το 2003<sup>[15]</sup>. Την ίδια στιγμή, οι οιοπνευμαποιοί αύξησαν τα έξοδα τους για τις τηλεοπτικές διαφημίσεις στα αποσταγμένα οιοπνευματώδη, επενδύοντας περισσότερο στη διαφήμιση της δορυφορικής τηλεόρασης, η οποία είναι αυστηρά χωρισμένη σε ηλικιακές τηλεοπτικές ζώνες με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγαλύτερη έκθεση στους νέους. Από τις 513 διαφημίσεις στη δορυφορική τηλεόραση, κόστους 1.3 εκατομμυρίων δολαρίων το 2001, μέχρι τις 33,126 διαφημίσεις, κόστους 35 εκατομμυρίων δολαρίων το 2003, η διαφήμιση των αποσταγμένων οιοπνευματωδών εκτοξεύτηκε αυτή την περίοδο στα προγράμματα της δορυφορικής τηλεόρασης<sup>[15-17]</sup>. Ως αποτέλεσμα, ο αριθμός των τηλεοπτικών διαφημίσεων για το αλκοόλ αυξήθηκε ραγδαία από 208.909 το 2001 έως 298.054 το 2003, ενώ η έκθεση στους νέους (με το σύστημα μετρήσεων για τη διαφήμιση της βιομηχανίας μέσω μιας κλίμακας για την ακαθάριστη αποτίμηση αξίας) αυξήθηκε κατά 17%, με το μερίδιο της δορυφορικής τηλεόρασης για την έκθεση των

νέων να μεγαλώνει από το 47% έως το 58% της συνολικής έκθεσης των νέων. Την ίδια στιγμή, το πιο ακριβό διαφημιστικό μερίδιο στο τηλεοπτικό δίκτυο έπεσε από το 40% στο 30%<sup>[15]</sup>. Επίσης αυξήθηκε η υπερβολική έκθεση των νέων από τη συνεισφορά της δορυφορικής τηλεόρασης (που ορίζεται ως τη διαφήμιση που προβάλλεται όταν το ποσοστό των νέων στο τηλεοπτικό κοινό υπερβαίνει το ποσοστό των νέων ηλικίας 12-20 ετών στο γενικό πληθυσμό για άτομα δύο ετών και άνω) από το 64% στο 76%.

Οι ομοσπονδιακές έρευνες άρχισαν να μετρούν την κατανάλωση αλκοολούχων ανθρακούχων ποτών από τους νέους το 2003, ένα χρόνο αφότου αυτή η κατηγορία ποτών είχε φτάσει στο μέγιστο σημείο πωλήσεων. Το 2004, προσπαθώντας να κάνουν προβλέψεις για το μέλλον βρέθηκε ότι το 30,4% των μαθητών της 2ας γυμνασίου, το 49,7% των μαθητών της 1ης λυκείου και το 55,8% των μαθητών της 3ης λυκείου είχαν δοκιμάσει αλκοολούχα ανθρακούχα ποτά<sup>[3]</sup>. Οι ομοσπονδιακές έρευνες επίσης δεν μπόρεσαν να συγκεντρώσουν πληροφορίες για το ποιες μάρκες αλκοόλ προτιμούν οι νέοι, και έτσι είναι πολύ δύσκολο να συνδέσουμε τις στρατηγικές μάρκετινγκ του προϊόντος με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών από τους νέους. Οι ομιλητές των βιομηχανιών αλκοόλ εξακολουθούν να ισχυρίζονται ότι η διαφήμιση του αλκοόλ δεν έχει καμία επίδραση στην κατανάλωση αλκοόλ των νέων<sup>[18]</sup>. Για να εξετάσουμε αυτό το ερώτημα, το 1998 το NIAAA επιχορήγησε τέσσερις ερευνητικές ομάδες για τη διεξαγωγή μακροχρόνιων ερευνών σχετικά με την επίδραση της έκθεσης σε αλκοόλ από νέους. Αυτές οι ομάδες από την Ερευνητική Εταιρεία για τον Αλκοολισμό έχουν αρχίσει να αναφέρουν τα πρώτα αποτελέσματά της έρευνας τους, ενώ οι αναφορές τους έχουν δείξει ότι υπάρχουν αλληλεπιδράσεις<sup>[19]</sup>. Περαιτέρω πληροφορίες προέρχονται από τη δουλειά με απεικονίσεις εγκεφάλων οι οποίες δείχνουν ότι οι έφηβοι με διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ παρουσιάζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα στις περιοχές του εγκεφάλου που προηγουμένως συσχετιζόνταν με την ανταμοιβή, την επιθυμία, τη θετική επιρροή και την επεισοδιακή μνήμη ως αντίδραση στις διαφημίσεις αλκοολούχων ποτών και ότι ο βαθμός εγκεφαλικής αντίδρασης ήταν μεγαλύτερος στους νέους που κατανάλωναν περισσότερα ποτά μηνιαίως και ανέφεραν μεγαλύτερη επιθυμία για πόση<sup>[20]</sup>.

Εν συντομία, τα πρόσφατα ευρήματα ερευνών στις Ηνωμένες Πολιτείες προτείνουν ότι η εφηβεία αποτελεί την πιο κρίσιμη ηλικιακή περίοδο για τη εφαρμογή παρεμβάσεων με σκοπό την πρόληψη της εξάρτησης από αλκοόλ, των επιπλοκών καθώς και άλλων προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Παρά τις σημαντικές προσπάθειες για την αυστηρή επιβολή ενός κατώτατου ορίου ηλικίας στην κατανάλωση αλκοόλ η κατανάλωση αλκοόλ από τους νέους έχει σταθεροποιηθεί κατά τη διάρκεια της περασμένης δεκαετίας σε υπερβολικά υψηλά επίπεδα. Δύο φυσικά πειράματα βρίσκονται σε εξέλιξη, στα οποία νέοι άνθρωποι εκτίθενται σε ένα ανεπανάληπτο αριθμό διαφημίσεων αλκοόλ, από τη μια μεριά για μια νέα κατηγορία προϊόντων, τα οποία με τη γλυκιά τους γεύση, τις χαμηλές τιμές, την ευρεία διαθεσιμότητα και την τηλεοπτική διαφήμιση εύκολα προσελκύουν τους νέους πότες και από την άλλη μεριά, για τα παραδοσιακά αποσταγμένα οιοπνευματώδη προϊόντα. Την ίδια στιγμή, έρευνες για τη δημόσια υγεία αποδεικνύουν ότι αυξάνεται η επιρροή από τη διαφήμιση του αλκοόλ στην κατανάλωση των νέων. Ωστόσο, οι ομοσπονδιακές έρευνες έχουν χάσει κατά πολύ την ευκαιρία να παρακολουθήσουν τις τάσεις της κατανάλωσης των αλκοολούχων ανθρακούχων αναψυκτικών, ενώ δεν υπήρξαν διαφωτιστικές όσον αφορά στις πιθανές εναλλαγές των προϊόντων προτίμησης των νέων, γιατί δεν εξετάζουν τα είδη των αλκοολούχων ποτών που προτιμούν οι νέοι. Οι ομοσπονδιακές δαπάνες για το αλκοόλ συνεχίζουν να περιο-



ρίζονται λόγω των εκατοντάδων εκατομμυρίων δολαρίων που ξοδεύονται για την εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τους κινδύνους από τα 'ναρκωτικά', αναφερόμενοι στις ουσίες των οποίων η χρήση έχει απαγορευτεί στο γενικό πληθυσμό (αντίθετα με το αλκοόλ, το οποίο απαγορεύεται μόνο στους νέους).

Δύο από τις ομοσπονδιακές έρευνες βρήκαν ότι, τα ποσοστά κατανάλωσης του αλκοόλ και μέθης αυξάνονται πιο γρήγορα στα κορίτσια από ό,τι στα αγόρια και, επίσης, υπάρχουν αποδείξεις ότι, η έκθεση των κοριτσιών στη διαφήμιση του αλκοόλ, συγκρινόμενη με αυτή των γυναικών, είναι μεγαλύτερη από την έκθεση των αγοριών σε σύγκριση με τους άνδρες<sup>[21]</sup>. Μια καινούρια βιογραφία περιγράφει τη χρονική πορεία μιας νεαρής Αμερικανίδας γυναίκας στον αλκοολισμό, υπενθυμίζοντας με λεπτομέρειες τις βιογραφίες για την κοκαΐνη τη δεκαετία του 1980. Αρχίζει να πίνει στα 14 έτη, έχει το πρώτο της επεισόδιο προσωρινής απώλειας μνήμης στα 16 έτη και βιώνει τα φοιτητικά της χρόνια στο κολέγιο μέσα από τη θολούρα του αλκοόλ. Στα 23 έτη, αποφασίζει να διακόψει τη χρήση αλκοόλ, αλλά βρίσκει μικρή ανταπόκριση για θεραπεία σε άτομα της ηλικίας της. Τα λόγια της εκφράζουν την απογοήτευση της γενιάς της:

*«Είμαι εξαγριωμένη από τη βιομηχανία του αλκοόλ, που εναλλάσσεται μεταξύ της μαστροπείας γυναικών και της χρήσης των γυναικών ως δολώματα για τους άνδρες. Σιχάθηκα τις διαφημιστικές εκστρατείες από την Svedka βότκα, οι οποίες παρουσιάζουν τις γυναίκες να γονατίζουν για να στηρίξουν τους δίσκους με τα μαρτίνι των ανδρών ή να κρατούν ποτήρια με βότκα ανάμεσα στα στήθη τους. Σιχάθηκα το Wet τζιν από το Beefeater..., τις έντυπες διαφημίσεις, που λένε 'το κεφάλι σου σου λέει να μείνεις στεγνός, αλλά η καρδιά σου φωνάζει, Wet! Wet! Wet!' σαν να ήταν το αλκοόλ ένα απαραίτητο λιπαντικό, το απόλυτο συστατικό που κάνει τις γυναίκες να επιθυμούν... Είμαι αηδιασμένη με την κυβέρνηση που μέσα από τα κονδύλια δολαρίων της, θα μας έκανε να πιστεύουμε ότι η χρήση ναρκωτικών είναι ένα θέμα, είτε περισσότερο διαδεδομένο, είτε περισσότερο άξιο λόγου από ό,τι η κατανάλωση αλκοόλ σε μικρή ηλικία, τίποτα από τα οποία δεν ισχύει. Και σιχάθηκα την άγνοια, που έχει δημιουργήσει η έλλειψη χρηματοδότησης, των πατέρων που με πλησιάζουν στα πάρτυ, με τα τετράχρονα κοριτσάκια τυλιγμένα στις πάνες τους, και λένε, «Ναι, αλλά μελέτες λένε ότι τα παιδιά πιο εύκολα μπορούν να αγοράσουν ναρκωτικά παρά αλκοόλ». Στο οποίο πάντα απαντώ, «Υποθέτω πως αυτό σημαίνει ότι έχετε ηρωίνη στην κάβα σας»<sup>[22]</sup>.*

Η νομοθεσία που εισήχθη στο Κογκρέσο των Ηνωμένων Πολιτειών θα αποτελούσε το πρώτο βήμα για μια συντονισμένη εθνική προσπάθεια αντιμετώπισης της κατανάλωσης αλκοόλ από ανήλικα άτομα. Σύμφωνα με μια πρόσφατη αναφορά από την Εθνική Ακαδημία Επιστημών<sup>[23]</sup>, η νομοθεσία διατάσσει να γίνεται μια ετήσια αναφορά για την κατανάλωση αλκοόλ από ανήλικους, να βελτιωθούν οι μέθοδοι παρακολούθησης της κατανάλωσης των νέων και των προτιμήσεων τους αναφορικά με το αλκοόλ, όπως επίσης και της έκθεσης των νέων στη διαφήμιση και να πραγματοποιηθεί μια πιλοτική εκστρατεία των μέσων μαζικής ενημέρωσης απευθυνόμενη σε ενήλικες.

Δεδομένου των αργών ρυθμών στον τομέα της έρευνας και στην αλλαγή πολιτικής, αναρωτιέται κανείς αν έχουμε ήδη αποτύχει σε αυτή τη γενιά. Η πρόκληση που αντιμετωπίζουμε στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι το πώς θα ευθυγραμμίζουμε τις ερευνητικές μας ατζέντες, την επιδημιολογική εποπτεία και τις δραστηριότητες στην πρόληψη και στη θεραπεία, συνειδητοποιώντας ότι οι ευκαιρίες για πρόληψη και μείωση των προβλημάτων με το αλκοόλ έχουν περιοριστεί σημαντικά.

## Παραπομπές

1. Midanik, L., Chaloupka, F. J., Saitz, R., Toomey, T. L., Fellows, J. L., Dufour, M., Landen, M., Brounstein, P. J., Stahre, M. A., Brewer, R. D., Naimi, T. S. & Miller, J. W. (2004) Alcohol-attributable deaths and years of potential life lost- United States, 2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, **53**, 866-870.
2. Faden, V. & Fay, M. P. (2004) Trends in drinking among Americans age 18 and younger: 1975-2002. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **28**, 1388-1395.
3. University of Michigan and National Institute on Drug Abuse (2004) *Overall teen drug use continues gradual decline; but use of inhalants rises*. Ann Arbor, MI: University of Michigan News Service.
4. Hingson, R., Heeren, T., Jamanka, T. & Howland, J. (2002) Age of drinking Onset and Unintentional Injury Involvement After Drinking. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration.
5. Grant, B. F. & Dawson, D. (1997) Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, **9**, 103-110.
6. Brown, S. A., Tapert, S. F., Granholm, E. & Delis, D. C. (2000) Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **24**, 164-171.
7. Tapert, S. F., Brown, S. A. (1999) Neuropsychological correlates of adolescent substance abuse: four-year outcomes. *Journal of the International Neuropsychological Society*, **5**, 481-493.
8. Tapert, S. F., Brown, G. G., Kindermann, S. S., Cheung, E. H., Frank, L. R. & Brown, S. A. (2001) fMRI measurement of brain dysfunction in alcohol-dependent young women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **25**, 236-245.
9. DeBellis, M. D., Clark, D. B., Beers, S. R., Soloff, P. H., Boring, A. M., Hall, J., Kersch, A. & Keshavan, M. S. (200) Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, **157**, 737-744.
10. Li, T. K., Hewitt, B. G. & Grant, . (2004) Alcohol use disorders and mood disorders: a National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism perspective. *Biological Psychiatry*, **56**, 718-720.
11. Li, T. K. (2004) Statement of Ting-Kai Li MD, Director: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. House Appropriation Committee, Subcommittee on Labor, HHS, and Education. Washington, DC.
12. Sherer, M. (2002) Mad for malternatives: sales of alternative malt beverages are exploding. Will the trend last? *Beverage Dynamics*, May-June, 6-10.
13. US Alcohol and Tobacco Tax and Trade Bureau (2003) Flavored malt beverages and related proposals: notice of proposed rulemaking (27 CFR parts 7 and 25, notice no. 4).
14. US Alcohol and Tobacco Tax and Trade Bureau (2005) Flavored malt beverages and related regulatory amendments: final rule (27 CFR parts 7 and 25).
15. Center on Alcohol Marketing and Youth (2004) *Alcohol Advertising on Television 2001-2003: More of the same*. Washington, DC: Georgetown University.
16. Taylor Nelson Sofres (TNS) (2001) TNS Media Intelligence/ CMR. New York: Taylor Nelson Sofres.
17. Taylor Nelson Sofres (TNS) (2003) TNS Media Intelligence/ CMR. New York: Taylor Nelson Sofres.
18. Distilled Spirits Council of the United States, Inc. (2004) Distillers [sic] Spirits advertising in Perspective. Available at: <http://www.discus.org/industry/perspective.htm> [accessed 4 October 2004].
19. Martin, S. E., Snyder, L., Hamilton, M., Fleming-Milici, F., Slater, M. D., Stacy, A., Chen, M. J. & Grube, J. W. (2002) *Alcohol advertising and youth*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **26**, 900-906.
20. Tapert, S. F., Cheung, e. H., Brown, G. G., Frank, L. R., Paulus, M. P., Schweinsburg, A. D., Meloy, M. J. & Brown, S. A. (2003) Neural response to alcohol stimuli in adolescents with alcohol use disorder. *Archives of General Psychiatry*, **60**, 727-735.
21. Jernigan, D., Ostroff, J., Ross, C. & O'Hara, J. A. (2004) Gender differences in adolescent exposure to alcohol advertising in magazines. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, **158**, 629-634.
22. Zailckas, K. (2005) *Smashed: Story of a Drunken Girlhood*. New York: Viking.

23. National Research Council and Institute of Medicine (2004) Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility. Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking. Richard J. Bonnie and Mary Ellen O'Connell, eds. Board on Children, Youth, and Families, Division of Behavioural and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.

"The USA: alcohol and young people today"  
Addiction, Volume 100, Number 3, March 2005

*Ρωσία: το αλκοόλ χθες και σήμερα*

*Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα*

*Translation Alexandra Tzala*

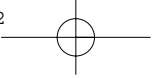
ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗ ΡΩΣΙΑ ΠΡΙΝ ΤΟΝ 20ο ΑΙΩΝΑ

Για την κατανόηση της διαδεδομένης χρήσης αλκοόλ στη Ρωσία είναι αναγκαίο να αναλογιστούμε τα χαρακτηριστικά της χώρας. Οι πρώτοι κάτοικοι της περιοχής, που ονομάζονται τώρα Ρωσία, επιβίωσαν σε ένα κρύο και εχθρικό κλίμα με περιορισμένη δυνατότητα γεωργικής ανάπτυξης. Οι περισσότεροι κάτοικοι έζησαν σε άθλιες συνθήκες φτώχειας, με πενιχρές ποσότητες φαγητού, όπου η μοναδική πηγή αλκοόλ ήταν η ελαφριά μπίρα και μικρές ποσότητες ενός ροφήματος με βάση το μέλι (*mead*). Τον 16ο αιώνα εισήχθη το σύστημα της δουλοπαροικίας οδηγώντας στην επιδείνωση των συνθηκών της ζωής των αγροτών που μετατράπηκαν κυριολεκτικά σε σκλάβους. Έχοντας οικονομικούς πόρους που μόλις έφταναν για την επιβίωση τους, το αλκοόλ έγινε απρόσιτο για τους περισσότερους. Σε αντίθεση, αυτοί που κατοικούσαν σε νεοϊδρυθείσες πόλεις ήταν σε θέση να αγοράσουν αλκοόλ από τα *korchmas*, καταστήματα που παρείχαν φαγητό και ελαφριά αλκοολούχα ποτά.

Η κατανάλωση της βότκας ξεκίνησε κατά τον 15ο ή 16ο αιώνα. Ωστόσο, μέχρι τα μέσα του 18ου αιώνα, η Ρωσική βότκα δεν περιείχε ποτέ παραπάνω από 20° βαθμούς αλκοόλ (Pokhebkina 1991).

Το 1474 ο Πρίγκιπας Ιβάν ο 3ος με ένα διάταγμα επέβαλε φορολογία στη βότκα, δημιουργώντας έτσι μια νέα πηγή εισοδήματος και ένα ισχυρό κίνητρο στο κράτος για την εξάπλωσή της. Ο Ιβάν ο 4ος (ο Τρομερός) έκλεισε τα *korchmas* και εισήγαγε τα τσαρικά *Kabak* (χαμαιτυπεία). Αυτά τα καταστήματα δεν πουλούσαν πλέον φαγητό (Zhirova & Petrova 1998). Ως αποτέλεσμα αυτού, τα *Kabak* έγιναν πολυσύχναστα λόγω της πώλησης οινοπνευματωδών ποτών. Πολλές ιστορικές περιγραφές για τη Ρωσική μέθη αναφέρονται σε περιστατικά που συνέβαιναν στα *Kabak*.

Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ ήταν αστικό φαινόμενο μιας και τα *Kabak* λειτουργούσαν σχεδόν αποκλειστικά στις πόλεις (Zhirova & Petrova, 1998). Αυτό παρουσιάζεται από τα γραπτά του Kilburger, ενός Σουηδού που επισκέφτηκε τη Ρωσία το 1674, ο οποίος, ενώ περιγράφει γραφικά το μέγεθος και τις επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στη Ρωσία, σημειώνει ότι «... τα *Kabak* δεν είναι πολλά, ούτε στη Μόσχα, ούτε στην υπόλοιπη Ρωσία. Μεταξύ του Νόβγκοροντ (Novgorod) και της Ρωσίας, μια απόσταση μεγαλύτερη των 500 ρωσικών μιλίων (περίπου 500χλμ), συνάντησα μόνο εννέα με δέκα τέτοια καταστήματα. Για την ακρίβεια, υπάρχουν πολλά χωριά στα οποία δε βρίσκεται ούτε σταγόνα μπίρας» (Kurts 1915).



Ο αστικός-αγροτικός διαχωρισμός στην κατανάλωση αλκοόλ οξύνθηκε από την υψηλή τιμή της βότκας. Κατά τον 17ο αιώνα ένα μπουκάλι βότκα (12,3 lt) κόστιζε δύο φορές πιο ακριβά από μια αγελάδα (Κυριukin 1998). Συνεπώς οι επιπτώσεις της μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ συγκεντρώθηκαν σε μια μικρή μερίδα του πληθυσμού. Μέχρι το 1897, ο αστικός πληθυσμός της Ρωσίας ήταν μόνο το 14,5% του συνολικού πληθυσμού.

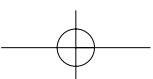
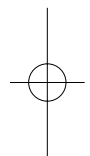
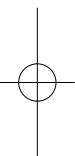
Το δεύτερο και πιο σημαντικό στάδιο ανάπτυξης της κατανάλωσης αλκοόλ στη Ρωσία ξεκίνησε το 1716, όταν ο Πέτρος ο 1ος (ο «Μεγάλος») ωθούμενος από την μείωση του πλούτου του, ως αποτέλεσμα των πολέμων με τις ξένες χώρες, κατάργησε προσωρινά όλους τους περιορισμούς για τα αποστάγματα (αλκοολούχα ποτά). Ο αριθμός των *Kabak* σημείωσε ραγδαία αύξηση και έως το 1885 ο αριθμός τους έφτανε στις 80.000 (Pryzhon 1914), που ισοδυναμεί περίπου με έναν ανά 1400 κατοίκους. Αυτό συσχετίστηκε με μια αύξηση στη φορολογία από τις πωλήσεις αλκοόλ, οι οποίες αυξήθηκαν κατά 30% στα τέλη του 18ου αιώνα, την περίοδο της Αικατερίνης της 2ης και κατά 38% την περίοδο του Αλεξάνδρου του 2ου (Zhiron & Petrova 1998).

Το τρίτο στάδιο ακολούθησε την κατάργηση της δουλοπαροικίας το 1861. Το 1863 το κόστος της βότκας μειώθηκε σημαντικά καθώς αυξήθηκε ο αριθμός των αποστακτήρων. Για πρώτη φορά η βότκα έγινε προσιτή στο φτωχό αγροτικό πληθυσμό. Μέχρι τότε, η Ρωσία είχε αναπτύξει ένα σχετικά καλό σύστημα στατιστικών στοιχείων για την κατανάλωση αλκοόλ. Το 1864 καταγράφηκε σχεδόν διπλασιασμός της κατανάλωσης αλκοόλ στη Ρωσία (φτάνοντας το 6,2 λίτρα ανά άτομο), ποσοστό που είναι το υψηλότερο που έχει καταγραφεί στην τσαρική Ρωσία (Ostroumon 1914). Η πραγματική κατανάλωση ήταν κάπως μεγαλύτερη λόγω της παράνομης παραγωγής και πώλησης των αλκοολούχων ποτών, παρόλο που αυτό αποτελούσε σοβαρό ποινικό αδίκημα. Ωστόσο, τα επόμενα χρόνια η κατανάλωση μειώθηκε στα 4,11 λίτρα, ξεκινώντας μια σταθερή μείωση που συνεχίστηκε μέχρι το 1890, όπου έφτασε τα 2,6 λίτρα. Αυτό εν μέρει οφείλεται στο κλείσιμο των *Kabak* (τον Ιανουάριο του 1886) και την αναπλήρωσή τους από *traktire*, όπου σερβίρονταν και φαγητό μαζί με το αλκοόλ. Ωστόσο, η μείωση αυτή αντανάκλασε επίσης μια σταθερή αύξηση στη φορολογία, η οποία αυξήθηκε κατά 2,5 φορές σε διάστημα 30 ετών.

Στις αρχές του 1890, ωστόσο, η τάση μείωσης συγκρατήθηκε από την ανάπτυξη της βιομηχανίας, όταν ο αγροτικός πληθυσμός μετοίκησε για να εργαστεί στα νέα εργοστάσια των πόλεων (με την κατανάλωση να φτάνει τα 3,3 λίτρα το 1913). Αυτά τα ποσοστά όμως ήταν πολύ χαμηλότερα από τα αντίστοιχα της Δυτικής Ευρώπης κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα, με την ετήσια κατανάλωση να είναι υψηλότερη από 20 λίτρα στη Γαλλία, 15 λίτρα στην Ιταλία και 10 λίτρα στην Ισπανία και στη Μεγάλη Βρετανία.

#### Ο 20ος ΑΙΩΝΑΣ...

Μια σειρά γεγονότων κατά το 2ο μισό του 20ου αιώνα διατήρησαν την κατανάλωση του αλκοόλ σε ελεγχόμενο επίπεδο. Η Ρωσία έζησε δύο παγκόσμιους πολέμους, έναν εμφύλιο πόλεμο και τον Σταλινισμό του 1930. Επιπρόσθετα, υπήρξαν «ημι-στεγνές» νομοθεσίες το 1914 και το 1918 οι οποίες, κατά διαστήματα, απαγόρευαν την παραγωγή και πώληση αλκοολούχων ποτών με περισσότερους από 12° με 20° βαθμούς (Zaigraev 1992). Στις αρχές του 1950 σημειώθηκε στη Ρωσία μια κατακόρυφη αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ, φτάνοντας τα 4,5 λίτρα το 1960, 8,2 λίτρα το 1970 και 10,5 λίτρα το 1980 (ποσοστά για τις καταγεγραμμένες πωλήσεις αλκοόλ, περιλαμβάνοντας το



κρασί και τη μύρα: επίσημα στοιχεία από το Goskomstst της Ρωσικής Ομοσπονδίας). Ωστόσο για άλλη μια φορά αυτά είναι τα επίσημα στοιχεία: μέχρι τα τέλη του 1970 τα ιδιωτικά αποστακτήρια του samogon (home distilling of samogon) υπολογίστηκε ότι πρόσθεσαν ακόμα 3-4 λίτρα στην κατανάλωση αλκοόλ (Tremi 1997; Nemtsov 2000). Σε αυτό το σημείο ο τρόπος κατανάλωσης αλκοόλ άρχισε να αλλάζει τόσο σε ποσότητα όσο και σε ποιότητα. Στο παρελθόν, τα μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ στη Ρωσία σημειώνονταν στην περίοδο των διακοπών, ενώ τώρα ήταν συνήθης η κατανάλωση τις εργάσιμες ημέρες, συχνά δε και στη διάρκεια των ωρών εργασίας και στον εργασιακό χώρο, ενώ επίσης εξαπλώθηκε στα νεαρά άτομα και στις γυναίκες στους οποίους πρωτίτερα ήταν κοινωνικά μη αποδεκτή.

#### ΚΑΙ ΠΙΟ ΠΡΟΣΦΑΤΑ...

Το 1985 ο Mikhail Gorbachev ξεκίνησε μια μεγάλη εκστρατεία κατά του αλκοόλ. Πριν από αυτήν, η πραγματική κατανάλωση ανά άτομο υπολογίστηκε στα 14,2 λίτρα (Nemtsov 2000). Η καμπάνια συσχετίστηκε με μια πτώση στις πωλήσεις του αλκοόλ οι οποίες σημείωσαν μείωση κατά 63% στα κρατικά καταστήματα. Παρόλ' αυτά η πραγματική μείωση στην κατανάλωση ήταν μικρότερη, ποσοστό 25% (στο 10,5 lt το 1986) (Nemtsov 2000), λόγω της μαζικής ανάπτυξης στα ιδιωτικά αποστακτήρια η οποία παλαιότερα ήταν μετρίου μεγέθους (ένα τέταρτο της συνολικής κατανάλωσης αλκοόλ). Ως αποτέλεσμα της καμπάνιας κατά του αλκοόλ, η διάρκειά ζωής των ανδρών αυξήθηκε κατά 3 χρόνια μέσα σε διάστημα 3 ετών (από 62 έτη το 1984 σε 65 έτη το 1987). Ωστόσο, η θετική επιρροή της καμπάνιας διήρκεσε λίγο. Μέχρι το 1991-92 η κατανάλωση του αλκοόλ και ο μέσος όρος ηλικίας επέστρεψαν στα αρχικά επίπεδα.

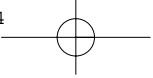
#### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Από το 1985 η κατανάλωση αλκοόλ και η προσδόκιμη διάρκεια ζωής είχαν παράλληλες αυξομειώσεις, με αύξηση στην κατανάλωση έως το 1994, πτώση έως το 1998 και μια ακόμα αύξηση από το 1999 μέχρι σήμερα. Αυτές οι αυξομειώσεις έγιναν το αντικείμενο εντατικής έρευνας, γεγονός που επιβεβαιώνει το σημαντικό ρόλο που έπαιξε το αλκοόλ. Ενώ, άλλοι παράγοντες όπως το κάπνισμα, η διατροφή και οι αδυναμίες στο σύστημα υγείας συνεισφέρουν στο υψηλό ποσοστό θνησιμότητας στη Ρωσία δεν μπορούν να ερμηνεύσουν αυτές τις αυξομειώσεις.

Μέχρι το 2001 η κατανάλωση αυξήθηκε στα 15,0 lt, ενώ η διάρκεια ζωής των ανδρών μειώθηκε στα 59 χρόνια (Nemtsov 2003). Αντίθετα με την κατάσταση που επικρατούσε στο παρελθόν, η κατανάλωση αλκοόλ στις αγροτικές περιοχές ήταν ακόμα υψηλότερη στα 17,3 lt το 2002 (Zaigraev 2004a). Ένας σημαντικός παράγοντας είναι το χαμηλό κόστος του αλκοόλ, μεγάλο μέρος του οποίου είναι νοθευμένο και δεν φορολογείται.

Στη Ρωσία οι ανησυχητικές επιπτώσεις της χρήσης του αλκοόλ στην υγεία δεν περιορίζονται μόνο στην ποσότητα αλλά και στον τρόπο της κατανάλωσης δηλαδή την κατανάλωση πολύ δυνατών ποτών (έως και 80%-90% αλκοόλ), την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (McKee & Britton, 1998) και την κατανάλωση αλκοόλ με άδειο στομάχι.

Ως αποτέλεσμα, έχει υπολογιστεί ότι περισσότερο από το 30% των θανάτων στη Ρωσία μπορεί να αποδοθεί άμεσα ή έμμεσα στο αλκοόλ (Nemtsov 2001). Σε αντίθεση, τα αντίστοιχα ποσοστά από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (και τη Νορβηγία) είναι μόνο



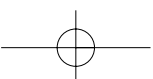
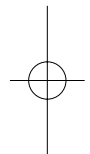
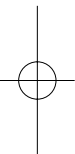
στο 4% (ένas νέος υπολογισμός των δεδομένων του Ramstedt 2002). Η διάρκεια ζωής των ανδρών σε αυτές τις χώρες είναι μεταξύ των 74 και 77 ετών. Ωστόσο, τα υψηλά ποσοστά των θανάτων στη Ρωσία που αποδίδονται στο αλκοόλ οφείλονται όχι μόνο στο βαθμό και στον τρόπο κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά επίσης και στην έντονη οικονομική εξαθλίωση του πληθυσμού, που επιδεινώνεται λόγω της κακής διατροφής, της κακής ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας, των ανεπαρκών υπηρεσιών πρώτων βοηθειών και των ανεπαρκών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο χώρο του αλκοόλ.

Στη Σοβιετική Ένωση υπήρχε ένα καλά οργανωμένο σύστημα για τη θεραπεία του αλκοολισμού, με τη μορφή ενός δικτύου από φαρμακεία σε νοσοκομεία (εξυπηρετώντας τη συνεχή αστικοποίηση με 316 φαρμακεία το 1990) και αίθουσες συμβουλευτικής (με βοηθούς ιατρών ή ιατρούς στην περιφέρεια, με 1943 γραφεία το 1990). Υπήρχαν 2,7 εκατομμύρια εγγεγραμμένοι αλκοολικοί σε αυτές τις δημόσιες υπηρεσίες, περίπου το 2% του πληθυσμού (Russia, 1984). Ωστόσο, ο πραγματικός αριθμός των ανθρώπων που ήταν εξαρτημένοι από το αλκοόλ υπολογίστηκε ότι ήταν 3 φορές υψηλότερος. Περίπου το 5-6% των εγγεγραμμένων πελατών (150.000 άτομα) υποχρεώθηκε να συμμετέχει σε θεραπεία για παρεκκλίνουσα και ημι-εγκληματική συμπεριφορά λόγω της χρήσης αλκοόλ, συνήθως για χρονικές περιόδους των 6 μηνών έως 1 έτους, από το Υπουργείο των Εσωτερικών, με εντολή Δικαστηρίου.

Μετά το 1991 η Ρωσική Ομοσπονδία είχε διατηρήσει τις αίθουσες συμβουλευτικής, αλλά πολλά από τα φαρμακεία σε νοσοκομεία είχαν κλείσει (το 1991 μόνο 211 λειτουργούσαν) και ο αριθμός των ιατρών που εξειδικεύονταν στη θεραπεία παθήσεων από τη χρήση αλκοόλ μειώθηκαν από 7.100 το 1990, σε 4.800 το 1999 (Koshkina Korchagina & Shamota 2000). Η υποχρεωτική θεραπεία των αλκοολικών περιορίστηκε. Ένα μικρό δίκτυο ιατρικής περίθαλψης αναπτύχθηκε. Το 1999 λειτουργούσαν 169 νοσοκομεία που παρείχαν θεραπεία για παθήσεις από τη χρήση αλκοόλ, τα περισσότερα υπό την επίμελεια των φαρμακείων στα νοσοκομεία, καθώς και 11 μεγάλες δημόσιες υπηρεσίες.

Η πιο συνηθισμένη μορφή θεραπείας στη Ρωσία είναι η κατευθυντική συμβουλευτική ψυχοθεραπεία (directive suggestive psychotherapy) που ολοκληρώνεται κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης. Αυτή η ονομαζόμενη «κωδικοποίηση», βασισμένη σε δουλειά του Donzhenko, φαίνεται να έχει στην καλύτερη των περιπτώσεων ένα πλασματικό αποτέλεσμα. Δεν έχει γίνει ποτέ αξιολόγηση αυτής της θεραπείας, όμως η διάδοση της συμπίπτει με τις αντιλήψεις του πληθυσμού της Σοβιετικής Ένωσης. Στα νοσοκομεία και στα φαρμακεία των νοσοκομείων παρέχονται ψυχοφάρμακα, ενώ σπάνια γίνεται χρήση της οικογενειακής και ομαδικής θεραπείας στη Ρωσία. Η θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ έχει σχετικά φτωχά αποτελέσματα.

Με δυσκολία μπορεί κανείς να περιγράψει ως επιτυχημένη την ερευνητική πολιτική της Ρωσίας σε σχέση με το αλκοόλ. Το κύριο επιστημονικό κέντρο είναι το Εθνικό Κέντρο για τα Ναρκωτικά του Υπουργείου Υγείας της Ομοσπονδίας της Ρωσίας, το οποίο εστιάζει μόνο σε ιατρικά και βιολογικά θέματα και ασχολείται πολύ λίγο με την αντιμετώπιση του σοβαρού προβλήματος του αλκοόλ στη χώρα. Αντιθέτως, η πιο σημαντική συνεισφορά στην κατανόηση της κατάστασης έχει έρθει από επιστήμονες άλλων χωρών, συγκεκριμένα από τους Γάλλους ερευνητές Meslé, Hertrich & Vallin που συνεργάζονταν με τον Ρώσο επιστήμονα Shkolnikov (Meslé et al., 1996), τους Φιλανδούς επιστήμονες Sempura και συν. (1997) και μια μεγάλη ομάδα Βρετανών επιστημόνων (McKee &



Briton, 1998; McKee 1999) που συνεργάζονταν πάλι με τον Shkolnikov. Οι παραπάνω επιστήμονες απέδειξαν τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις αυξομειώσεις στη θνησιμότητα της Ρωσίας κατά το τέλος του 20ου αιώνα και στην αλλαγή στην κατανάλωση αλκοόλ (McKee 1999). Οι Βρετανοί ερευνητές αναγνώρισαν τη σύνδεση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και στη θνησιμότητα λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων (Chenet et al., 1998; McKee & Britton, 1998) γεγονός που ερχόταν σε αντίθεση με την κυρίαρχη άποψη ότι το αλκοόλ είχε προστατευτική δράση για τη λειτουργία της καρδιάς. Πρόσφατα, Ρώσοι συγγραφείς (Orgurtsov et al., 2003) απέδειξαν μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στο Ρωσικό και στο Δυτικοευρωπαϊκό πληθυσμό ως προς τον ρόλο των ενζύμων στην απορρόφηση του αλκοόλ. Οι Ρώσοι έχουν υψηλή επικράτηση ενός γονιδίου που βοηθά στη γρήγορη ενεργοποίηση της δι-υδρογενάσης (dehydrogenase) του αλκοόλ. Το γεγονός αυτό επιτρέπει στα άτομα να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ αλλά να αναρρώνουν από την κατάσταση μέθης σχετικά γρήγορα (αν έχουν επιβιώσει). Αυτό όπως, πιστεύουν οι επιστήμονες, αυξάνει την πιθανότητα της υπερβολικής περιστασιακής κατανάλωσης αλκοόλ και των άμεσων επιπτώσεων αυτής.

#### ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ;

Σε ένα πρώτο επίπεδο, η εμφανής λύση στο πρόβλημα της μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ στη Ρωσία και των σοβαρών επιπτώσεων μπορεί να είναι η μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ. Όμως αρκετοί παράγοντες στέκονται εμπόδιο σε αυτήν τη επίλυση του προβλήματος. Ο πρώτος παράγοντας είναι η εξάπλωση της διαφθοράς που στηρίζει την παράνομη παραγωγή αλκοόλ. Ο δεύτερος είναι η ύπαρξη ενός ισχυρού παρασκηνίου που ευδοκιμεί από τα έσοδα της παράνομης παραγωγής αλκοολούχων ποτών. Υπάρχει επίσης ένα τρίτο στοιχείο: η αδυναμία και η απροθυμία των αρχών όσων αφορά στην αντιμετώπιση του προβλήματος του αλκοόλ στη χώρα. Τα κυβερνητικά αρχεία σημειώνουν ότι το 40-50% της αγοράς του αλκοόλ δεν ελέγχεται από την πολιτεία. Η απάντηση του πρωθυπουργού Putin στην πρόταση να γίνουν βήματα για την αντιμετώπιση της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ ήταν: «Πιστεύετε ότι θέλω να γίνω ένας δεύτερος Ligachev;» (Zaigraev 2004b). Ο Ligachev υπήρξε ένας από τους πρωτοπόρους στην προώθηση της καμπάνιας κατά του αλκοόλ το 1985.

Ωστόσο, η μεγαλύτερη δυσκολία είναι ότι το πρόβλημα της χρήσης αλκοόλ σε αυτή τη μεγάλη χώρα με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ δεν δημιουργεί σχεδόν καμία ανησυχία στην εθνική συνείδηση. Τα εκατομμύρια των προσωπικών τραγωδιών που οφείλονται στην κατάχρηση αλκοόλ δε δημιουργούν ένα κοινό αίσθημα ενάντια στο αλκοόλ. Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ έχει γίνει μέρος της καθημερινής ζωής για ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Αυτό συντηρεί την αδιαφορία που επικρατεί σχετικά με το πρόβλημα του αλκοόλ. Ωστόσο, αν η πολιτεία μπορούσε να μειώσει την κατανάλωση του αλκοόλ έστω σε ποσοστό 5-10% θα μπορούσαν να σωθούν 100.000-200.000 ζωές το χρόνο (Nemtsov 2003). Αν η Ρωσική κυβέρνηση ενδιαφέρεται πραγματικά για τη δραματική μείωση του πληθυσμού της Ρωσίας, τότε αυτός είναι ένας χώρος στον οποίο θα πρέπει να δράσει.

## Παραπομπές

- Chenet. L., McKee. M., Leon. D., Shkolnikov. V. & Vasin. S. (1998) Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow: new evidence of a causal association. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52. 772–774.
- Koshkina. E. A., Korchagina. G. A. & Shamota. A. Z. (2000) *Zabolevaemost' I Boleznennost' Alkogolizrnom I Narkomaniami V Rossiiskoi Federatsii [Morbidity and Morbidity by Alcoholism and Drug Addiction in the Russian Federation]*. Moscow: Research Institute of Addiction [in Russian].
- Kurts. B. T. (1915) *Sochinenie Kil'burgera O Russkoi Torgovle V Tsarstvovanie Alekseia Mikhaillvicha [The Kil'burgera's Oeuvre About Russian Trade in the Reign of Aleksei Mikhailovich]*. Kiev: Imperial Saint Vladimir University Publishing House [in Russian].
- Kurukin. I. (1998) Gosudarevo kabtskoe delo [Monarch kabak business]. *Itogi [Sizing Up]*, 1. 36-44.
- McKee. M. (1999) Alcohol in Russia. *Alcohol and Alcoholism*. 34. 824-829.
- McKee. M. & Britton. A. (1998) The positive relationship between alcohol and heart disease in Eastern Europe: potential physiological mechanisms. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 91.402-407.
- Meslé. F., Shkolnikov. V. M., Hertrich. V. & Vallin. J. (1996) Tendances réde la mortalité par cause en Russie 1965–94. *[Modern tendencies of mortality on causes of death in Russia 1965-1994]*. INED. 2.
- Nemtsov. A. V. (2000) Estimates of total alcohol consumption in Russia. 1980-94. *Drug and Alcohol Dependence*. 58. 133-142.
- Nemtsov. A. V. (2001) *Alkogol'naia smertnost' v Rossii [Alcohol Mortality in Russia]*. Moscow: Nalex [in Russian].
- Nemtsov. A. V. (2003) *Alkogol'nyii uron regionov Rossii [Alcohol Loss of the Russian Regions]*. Moscow: Nalex [in Russian].
- Ogurtsov. P. P., Garmash. I. V., Miandina. G. I., Gischin. A. E., Itkis. A. V. & Moiseev. V. .S. (2001) Alcohol dehydrogenase .VDH2-1 and ADH2-2 allelic isoforms in the Russian population correlate with type of alcoholic disease. *Addiction Biology*. 6. 377-383.
- Ostroumov. S. (1914) *Isistorii p'ianstva na Rusi [From History of Drinking in Russia]*, edition 259 of the Alexandro-Nevskii Society Sobriety'. Library 'Sober life'. St. Petersburg: Alexandro-Nevskii Society [in Russian].
- Pokhlebkin. V. \'. (1991) *Istoria Vodki (IX-XX. V) [The History of Vodka (IX-Xxth Century)]*.. Moscow: inter-Verso [in Russian].
- Pryzhov. I. G. (1914) *Istoria kabakov v Rossii v sviazi s istoriei russkogo naroda [The History of Kabaks in Russia in Connection with a History of Russian People]*. Kazan: 'Molodye sily' [Young Forces] [in Russian].
- Ramstedt. M. (2002) Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period. *European journal of Population*, 18.307-323.
- Simpura. J., Levin. B. & Mustonen. H. (1997) Russian drinking in the 1990s: patterns and trends in international comparison. In: Simpura. J. & Levin. B. M.. eds. *Demystifying Russian Drinking*, pp. 79-107. Saarijarvi: National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Treml. V. G. (1997) Soviet and Russian statistics on alcohol consumption and abuse. In: Bobadilla. J. L. Costello. C. A. & Mitchell. F.. eds. *Premature Death in the New Independent States* pp. 220-238. Washington: National Research Council.
- Zaigraev. G. (1992) *Obeshestvo I Alkogol' [Society and Alcohol]*. Moscow: Research Institute of Ministry of Home Affairs [in Russian].



- Zaigraev. G. (2004a) The Russian model of noncommercial alcohol consumption. In: Haworth. A. & Simpson. R. eds. *Moonshine Markets*, pp. 211-234. New York: Brunner Routledge.
- Zaigraev. G. (2004b) Chernoe pro 'beliui' [Black about 'white']. *Prophility' [Profile]*, 1. 24-25 [in Russian].
- Zhirov. N.P. & Petrova. F.N. (1998) Antialcogol'noie zakonoda-tel'atvo Rossiiskoi Imperii: Istoricheskii opyt formirovania [The anti-alcoholic legislation of the Russian Empire: historical experience of formation]. St Petersburg: University of St Petersburg [in Russian].

"Russia: alcohol yesterday and today"  
Addiction, Volume 100, Number 5, February 2005

Κίνα: Το αλκοόλ σήμερα

WEI HAO, HANHUI CHEN, ZHONGHUA SU\*

Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation Alexandra Tzala

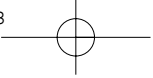
Η Κίνα είναι μια απέραντη χώρα, αποτελεί το 22% του παγκόσμιου πληθυσμού. Κατά τις πρόσφατες δεκαετίες έχει υπάρξει σε αυτή τη χώρα ένδειξη μιας εντυπωσιακής αύξησης στην κατανάλωση αλκοόλ και στα προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ με ενδεχόμενο μεγάλο αντίκτυπο στην υγεία.

#### ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Η Κίνα είναι από τις παλαιότερες χώρες στον κόσμο στις οποίες παρασκευάζονταν αλκοόλ, στην Κίνα υπάρχουν πολλοί θρύλοι και μύθοι, οι οποίοι επικεντρώνονται σε αυτό το θέμα. Η έρευνα δείχνει ότι, η προέλευση του αλκοόλ στην Κίνα χρονολογείται από την περίοδο του Shen Nong στη Νεολιθική Εποχή (περίπου πριν από 7000 χρόνια). Ο θρύλος λέει επίσης ότι, ο Du Kang, που έζησε κατά τη δυναστεία των Xia (2100 π.Χ.-1600 π.Χ.), εφηύρε το αλκοόλ. Σήμερα κάποιοι Κινέζοι ακόμη χρησιμοποιούν το όνομά του για να υποδηλώσουν το αλκοόλ. Βασισμένα σε επιγραφές μαντείων από τα τέλη της δυναστείας Shang (1200-1046 π.Χ.), τα πρώτα κείμενα από την Κίνα διακρίνουν τουλάχιστον τρία είδη ποτού: το chang, ένα κρασί από βότανα, το li, πιθανόν ένα μη αλκοολούχο ρόφημα ή ποτό από ρύζι ή κεχρί, και το Jiu, ένα ποτό από ρύζι ή κεχρί σε πλήρη ζύμωση, με περιεκτικότητα σε αλκοόλ περίπου 10-15% (McGovern et al., 2004). Κατά τη διάρκεια της περιόδου της Xia-Shang Εποχής (1700 π.Χ.), η εφεύρεση της μαγιάς του αλκοόλ συντέλεσε στη βελτίωση της ποιότητας. Με την εξέλιξη των τεχνικών αποθήκευσης, παρήχθησαν στην Κίνα πολλές φημισμένες μάρκες αλκοόλ, όπως το Moutai (135 π.Χ.).

Ωστόσο, έρευνες που πρόσφατα δημοσιεύθηκαν δείχνουν ότι, οι Κινέζοι κατανάλωναν ροφήματα που είχαν υποστεί ζύμωση, πιθανόν κρασί, περίπου όσο 9000 χρόνια πριν. Μια μελέ-

\* Mental Health Institute  
Second Xiangya Hospital, Central South University  
Renmin Middle Road 139#, Changsha, Hunan 410011, China  
E-mail: haow@wpro.who.int



τη, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονες τεχνικές ανάλυσης κεραμικών (από το Jiahu, περιοχή Henan), που χρονολογούνται περίπου το 7000 π.Χ., δείχνει χημικά στοιχεία τα οποία ταιριάζουν με υπολείμματα ρυζιού και κρασιού από ρύζι, κρασιού από σταφύλι, ταννίνες σταφυλιών καθώς και άλλων αρχαίων και σύγχρονων βοτάνων. Η πιο ακριβής ερμηνεία των δεδομένων αυτών είναι ότι, τα αγγεία από την περιοχή του Jiahu περιείχαν επεξεργασμένα ροφήματα από ρύζι, μέλι και φρούτα (McGovern et al., 2004).

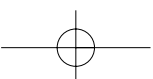
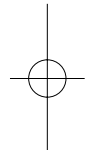
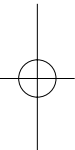
Οι αρχαιολόγοι ανακάλυψαν ότι το πιο πρώιμο χάλκινο αποστακτήριο στην Κίνα χτίστηκε κατά τη διάρκεια της δυναστείας του Ανατολικού Han (25-220 μ.Χ.), αλλά επίσημα αρχεία που αναφέρουν τεχνικές απόσταξης οινοπνευματώδων ποτών παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της δυναστείας Yuan (1206-1368 μ.Χ.) (Xu 2004). Στα τέλη του 18ου και στις αρχές του 19ου αιώνα, η μπύρα, το μπράντυ, το ουίσκυ και η βότκα εισάγονται στην Κίνα (Hao & Young 2000; Cochrane et al., 2003).

Η Κίνα είναι γνωστή ως μια χώρα στη οποία το αλκοόλ αποτελεί μια σημαντική πτυχή του πολιτισμού. Οι Κινέζοι έχουν επανειλημμένως θεωρήσει το αλκοόλ ως την αναπαράσταση της χαράς και της ενσάρκωσης των καλών οιωνών. Το αλκοόλ παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην παραδοσιακή κινέζικη ιατρική. Έχει επίσης συσχετιστεί με τις τέχνες και την ποίηση: ο διάσημος Κινέζος ποιητής Li Bai είναι γνωστός ως ο 'Άγιος του αλκοόλ'. Ταυτόχρονα, οι Κινέζοι θεωρούν το αλκοόλ ως μια από τις 'Τέσσερις ακολασίες' ή καταστροφές. Αυτή η διττή όψη του αλκοόλ αντικατοπτρίζεται στην ιστορία της Κίνας.

Η κατανάλωση ποτού είναι κοινωνικά αποδεκτή και παίζει σημαντικό ρόλο στα σημαντικότερα γεγονότα της καθημερινής ζωής, όπως στο Φεστιβάλ της Πρωτοχρονιάς, σε τελετές γάμου, σε πάρτυ γενεθλίων και άλλες εκδηλώσεις. Η τελετουργική κατανάλωση σε ειδικές περιστάσεις, όπως η τελετή της ευχαριστίας στο Θεό, στους προγόνους, στον ουρανό και στη γη, εξακολουθεί να διατηρείται σε κάποιες περιοχές. Ενώ αναρίθμητα έθιμα διατηρούνται, υπάρχουν ωστόσο αξιοπρόσεχτες αλλαγές στη συμπεριφορά των όσων πίνουν. Ο κινέζικος επιχειρηματικός κόσμος γίνεται υψηλά ανταγωνιστικός και η κατανάλωση αλκοόλ θεωρείται πλέον απαραίτητη για την επιτυχία. Το να πίνεις θεωρείται ότι χαλαρώνει την ένταση και διευκολύνει την κοινωνική συναλλαγή μεταξύ των Κινέζων επιχειρηματιών. Επιπλέον, το αλκοόλ πιστεύεται ότι βοηθά στη διατήρηση των καλών σχέσεων ανάμεσα σε επόπτες και εργαζομένους καθώς και ανάμεσα στους συναδέλφους (Cochrane et al., 2003; Hao & Young 2000). Γενικά, οι άνθρωποι στο Βορρά τείνουν να έχουν πιο βαριές συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ από όσους βρίσκονται στα νότια της Κίνας.

Η πολιτισμική παράδοση της Κίνας ενθαρρύνει την κοινωνική κατανάλωση αλκοόλ και αποθαρρύνει τη μοναχική κατανάλωση. Παρά το έθιμο της πρόποσης (το να παρακινείς κάποιον να πιει και να τον αναγκάζεις σαν να πρόκειται για τιμωρία στο συμπόσιο) καθώς και το παιχνίδι του ποτού, που είναι γνωστό ως «το στοίχημα», οι Κινέζοι πότες τείνουν να υπενθυμίζουν στον εαυτό τους να μην πίνουν τόσο πολύ όταν βρίσκονται με φίλους. Το μεγαλύτερο μέρος της κοινωνικής κατανάλωσης αλκοόλ λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια των γευμάτων (Hao & Young 2000).

Η νεότερη κινέζικη λογοτεχνία περιλαμβάνει πολλές αναφορές για τον έλεγχο του αλκοόλ. Οι δυναστείες λέγεται ότι έπεσαν ως αποτέλεσμα της κατάχρησης αλκοόλ από τους βασιλείς. Τα ιστορικά αρχεία υποδηλώνουν ξεκάθαρα ότι, σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, οι κυβερνήσεις είχαν επίγνωση των προβλημάτων που σχετιζόνταν με το αλ-



κοόλ και χρησιμοποιούσαν πολιτικές τακτικές για να εμποδίσουν αυτά τα προβλήματα και για να αυξήσουν τα κρατικά εισοδήματα. Για παράδειγμα, ο Αυτοκράτορας Yu (2205-2198 π.Χ.) επέβαλε φόρο στο αλκοόλ για να μειώσει την κατανάλωση, ενώ κατά τη διάρκεια της δυναστείας του Han (220-206 π.Χ.) μια σειρά από νόμους θεσπίστηκαν για να ελέγξει την κατανάλωση. Κατά τη διάρκεια του καθεστώτος του Wei (220-246 μ.Χ.), η καταπάτηση του δικαιώματος της κυβέρνησης να έχει το μονοπώλιο του αλκοόλ, τιμωρούνταν με θάνατο. Ήταν ένα μέτρο που, ως κάποιο βαθμό, στόχευε και στο να μειώσει τα προβλήματα από τη χρήση του αλκοόλ στη δημόσια υγεία.

#### ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΩΝ ΠΟΤΩΝ

Στη σύγχρονη Κίνα καταναλώνεται μια ποικιλία αλκοολούχων ποτών (Πίνακας 1). Αυτό περιλαμβάνει 'δυνατό' αποσταγμένο οινοπνευματώδες ποτό (περίπου 54% V/V αιθανόλη), 'λιγότερο δυνατό' οινοπνευματώδες ποτό (περίπου 32-44% περιεκτικότητα αιθανόλης), το κρασί και το κίτρινο κρασί από ρύζι (12-18% περιεκτικότητα αιθανόλης) και τη μπύρα (4-6% περιεκτικότητα αιθανόλης). Το κρασί από ρύζι παράγεται από ρύζι ή κεχρί, με περιεκτικότητα αιθανόλης συνήθως σε ποσοστό 15-16%. Επιπρόσθετα, το ιαματικό οινοπνευματώδες ποτό παρασκευάζεται περιέχοντας παραδοσιακά βότανα και χρησιμοποιείται για να βελτιώσει τη γενική υγεία και για να κουράρει μια ποικιλία από ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της αρθρίτιδας και των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, όπως η ανικανότητα (Hao & Young 2000).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** ΕΘΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΩΝ ΠΟΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΙΝΑ (ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΤΟΝΟΥΣ)

Έτος	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Μπύρα	6,92	8,38	10,21	11,92	14,15	15,69	16,82	18,89	19,88	20,99	22,31	22,89
Οινόπνευμα	5,14	5,24	5,47	5,43	6,57	7,91	8,01	7,82	5,73	5,02	4,76	5,17
Κρασί	0,25	0,24	0,25	0,29	0,19	0,23	0,17	0,19	0,22	0,25	0,20	0,25

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κίνας (2003).

Το ποσοστό των αλκοολούχων ποτών, που παράγονται και καταναλώνονται στην Κίνα, αυξάνεται σταθερά. Η Κίνα είναι τώρα η δεύτερη μεγαλύτερη χώρα του κόσμου στην παραγωγή μπύρας (World Drink Trends 1996; Hao & Young 2000). Το 2001, οι πωλήσεις μπύρας ανήλθαν στο 73,1% των συνολικών πωλήσεων αλκοολούχων ποτών στην Κίνα, με τα οινοπνευματώδη στο 26%. Παρόλα αυτά, τα οινοπνευματώδη εξακολουθούν να αποτελούν τη μεγαλύτερη κατανάλωση στα αλκοολούχα ποτά με περιεκτικότητα αιθανόλης τέσσερις φορές πάνω στο ποσοστό που καταναλώνεται ως οινοπνευματώδες παρά ως μπύρα (Στατιστική Υπηρεσία Κίνας 2003). Το κρασί, ειδικότερα το κόκκινο κρασί, γίνεται πιο δημοφιλές, λόγω των υποτιθέμενων ευεργετικών επιδράσεων στην υγεία. Η φορολογία στα εισαγόμενα οινοπνευματώδη (μπράντυ και ούισκυ) μειώθηκε το 1995 από τα 150% στα 80% και ο όγκος των πωλήσεων διπλασιάστηκε την τελευταία δεκαετία, όμως η κατανάλωση αυτών των εισαγόμενων ποτών είναι περιορισμένη.

Μία έρευνα, την οποία χρηματοδότησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2001 (WHO) στην Κίνα, με 24.992 συμμετέχοντες (άνδρες 56%, γυναίκες 44%, μέση ηλικία 40,1±15,6),

έδειξε μια ετήσια κατανάλωση αιθανόλης της τάξης των 4,5 λίτρων σε ενήλικες ηλικίας 15 ετών και άνω (Hao et al., 2003). Σε αυτή την έρευνα, η δειγματοληψία έλαβε χώρα σε πέντε μέρη, στις πόλεις: Chengdu (CD) και στην παρακείμενη αγροτική περιοχή της επαρχίας Sichuan, Yanji (YJ) και στην παρακείμενη αγροτική περιοχή της επαρχίας Jilin, Fuyang (FY) και στην παρακείμενη αγροτική περιοχή της επαρχίας Anhui, Jinan (JN) και στην παρακείμενη περιοχή της επαρχίας Shandong και Hengyang (HY) και στην παρακείμενη αγροτική περιοχή της επαρχίας Hunan. Στις προαναφερθείσες περιοχές, τα οικοδομικά τετράγωνα στις πόλεις και τα χωριά στις αγροτικές περιοχές, επιλέχθηκαν με πιθανότητα αναλογική ως προς το μέγεθος των πρωτογενών μονάδων, οι οποίες επιλέχθηκαν τυχαία (Hao et al., 2003).

Βασισμένοι στα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 1970 η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ για τους ενήλικες στην Κίνα ήταν 1,03 λίτρα ενώ το 1996 ανήλθε-έφτασε τα 5,17 λίτρα (WHO 1999). Αυτή η τιμή ήταν ακόμη χαμηλή σε σχέση με τις άλλες εκβιομηχανισμένες χώρες. Συγκριτικά, η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ στην Ευρώπη το 2001 ήταν 8,6 λίτρα (WHO 2001). Η ανάλυση αυτών των τιμών είναι δύσκολη. Το 70-80% του πληθυσμού της Κίνας κατοικεί σε αγροτικές περιοχές και ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι ζει σε συνθήκες φτώχειας. Η δυνατότητά τους να αγοράσουν αλκοόλ είναι περιορισμένη. Στην αναφορά του Hao και των συνεργατών του (2003), η εκτίμηση της κατανάλωσης των μη καταγεγραμμένων αλκοολούχων ποτών ανά τρίμηνο (κυρίως αυτών που παρασκευάζονται στο σπίτι καθώς επίσης και των νοθευμένων αλκοολούχων ποτών, δηλαδή των παράνομων αλκοολούχων ποτών που παράγουν ασυνείδητοι έμποροι και τά εμπορεύονται ως φημισμένες μάρκες) ήταν το 7,1% μεταξύ όλων των αποκριθέντων. Επίσης, αναφέρθηκε ως πιο συχνή μορφή μη καταγεγραμμένων αλκοολούχων ποτών το κρασί από ρύζι και το κρασί από μη αποφλοιωμένο ρύζι. Η ποσοστιαία αναλογία των μη καταγεγραμμένων αλκοολούχων ποτών ερμηνεύει το 14,9% της συνολικής κατανάλωσης αλκοόλ και, αναφορικά με τις πόλεις CD και HY και τις περιφέρειές τους (στις νότιες περιοχές της χώρας), το 25,5% και το 29,9% αντίστοιχα, ενώ οι άλλες τρεις τοποθεσίες παρουσίαζαν λιγότερο από 1% η καθεμία.

Είναι πολύ δύσκολο να γίνουν προβλέψεις για το πότε η κατανάλωση του αλκοόλ στην Κίνα μπορεί να φτάσει στο υψηλότερο σημείο και που θα συμβεί αυτό. Για τέτοιες προβλέψεις πρέπει να ληφθούν υπόψη οι βιολογικοί, πολιτιστικοί και οικονομικοί παράγοντες. Πάνω από το 10% των Κινέζων εκτιμάται ότι αντιδρά με 'αστραποβόλα' αντίδραση σε μικρές ποσότητες αλκοόλ, λόγω της διαφορετικής εκδοχής του ενζύμου της αλδεϋδικής αφυδρογενάσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό στην κατανάλωση αλκοόλ από κάποιους Κινέζους. Παρόλα αυτά, οι Κορεάτες και οι Γιαπωνέζοι, οι οποίοι έχουν ένα παρόμοιο ταμπεραμέντο με τους Κινέζους, όντως πίνουν πολύ αλκοόλ (WHO 1999). Είναι οι κοινωνικοί και οι πολιτισμικοί παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο κατανάλωσης του αλκοόλ. Υπάρχουν κάποιοι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες που μπορεί να ενθαρρύνουν τον μετριασμό της κατανάλωσης αλκοόλ στην Κίνα. Οι παραδοσιακές κινέζικες αξίες και φιλοσοφίες δίνουν έμφαση στο 'μέτρο' και στην 'ηθική χρήση του'. Οι Κινέζοι παραδοσιακά πίνουν αλκοόλ μόνο όταν τρώνε και είναι ενάντιοι στη μοναχική χρήση του. Και οι κακές οικονομικές συνθήκες περιορίζουν τη χρήση αλκοόλ κάποιων ανθρώπων. Παρόλα αυτά, καθώς η Κίνα συνεχίζει να ανοίγεται στη Δύση και να γίνεται πλουσιότερη και έτσι, θα δοκιμαστούν σφοδρά αυτοί οι οικονομικοί και παραδοσιακοί πολιτισμικοί περιορισμοί απέναντι στην κα-

τάχρηση αλκοόλ. Η συνεχής αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ στην Κίνα είναι αναπόφευκτη.

#### ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ

Στην παραπάνω έρευνα, που χρηματοδοτήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στο γενικό πληθυσμό ηλικίας 15 ετών και άνω, η αναλογία των τριμήνων ποσοτών κατανάλωσης ήταν 63,8%, 18,3% και 43,8%, για άνδρες, γυναίκες και για το συνολικό δείγμα, αντιστοίχως, ενώ η αναλογία του ετήσιου ποσοστού κατανάλωσης ήταν 74,9%, 38,8% και 59,0%, αντίστοιχα. Και η τρίμηνη και η ετήσια αναλογία ρυθμών κατανάλωσης ήταν υψηλότερες στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες ( $P < 0.0001$ ) 59,0%. Επίσης, και η τρίμηνη και η ετήσια αναλογία αυξανόταν με την ηλικία. Έφτανε σε κορύφωση στα 41-50 έτη στους άνδρες και στα 36-40 έτη στις γυναίκες και μετά παρουσίαζε ύφεση. Η πλειοψηφία, το 76,7% των γυναικών και το 33,8% ανδρών καταναλωτών έπιναν αλκοολούχα ποτά μια φορά την εβδομάδα ή λιγότερο, ενώ το 26,1% των ανδρών καταναλωτών και μόνο το 5,4% των γυναικών έπινε τουλάχιστον μια φορά την ημέρα (Hao et al., 2003). Για τους άνδρες, το αποσταγμένο οινόπνευμα είναι ποτό πρώτης επιλογής, αντιστοιχώντας σε ποσοστό μεγαλύτερο του ενός τρίτου του συνόλου ποτών που καταναλώνονται. Οι γυναίκες αναφέρουν ότι καταναλώνουν περισσότερο κρασί και μπίρα από ό,τι άλλα ποτά (Cochrane et al., 2003).

Θα πρέπει να δοθεί περισσότερη προσοχή στη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ των νέων στην Κίνα. Μια έρευνα ( $n = 1650$ ), που διεξήχθη σε τρία γυμνάσια στην περιοχή Shijingshan στο Πεκίνο, έδειξε ότι τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ στη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου ήταν 48,3% και 37,0% για τους μαθητές και τις μαθήτριες μικρότερων τάξεων, αντίστοιχα, και ποσοστά 72,8% και 56,3% για τους μαθητές και τις μαθήτριες μεγαλύτερων τάξεων αντίστοιχα. Ένα ποσοστό 12,2% ανέφερε ότι είχε την εμπειρία της μέθης κατά τον προηγούμενο χρόνο (Xing et al., 2002).

Οι Luo και οι συνεργάτες του (2003) διεξήγαγαν μια έρευνα σε 115 γυμνάσια, λύκεια ή τεχνικά σχολεία στη Σαγκάη ( $n = 9308$ ). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 47,5% των μαθητών είχε καταναλώσει αλκοολούχα ποτά στο παρελθόν και το 17,8% είχε καταναλώσει αλκοόλ 30 μέρες πριν από την έρευνα (το 5,2% είχε μεθύσει).

Μερικές μελέτες έχουν εστιάσει σε ανθρώπους με συγκεκριμένα επαγγέλματα, όπως εργάτες σε χαλυβουργεία και ορυχεία (εργαζόμενοι σε βαρέα επαγγέλματα). Μια αναφορά έδειξε ότι, τα ημερήσια ποσοστά κατανάλωσης ήταν 63,8% για τους εργάτες σε χαλυβουργεία ( $n = 242$ : για τους άνδρες 82,2%, για τις γυναίκες 17,8%), με κατανάλωση σε καθαρό αλκοόλ κατά μέσο όρο 88γρ. την ημέρα (Lu et al., 1999).

#### ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Στην Κίνα δεν έχει γίνει συστηματική μελέτη και απολογισμός σχετικά με τις βλάβες από τη χρήση αλκοόλ. Το 1990 μια συντηρητική εκτίμηση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έδειξε ότι, στην Κίνα το αλκοόλ ήταν υπεύθυνο για 114.000 θανάτους, 2,118 εκατομμύρια χρόνια χαμένης ζωής και 4,854 εκατομμύρια χρόνια χαμένης ζωής 'σε αναπηρία', με μια επιβάρυνση σε ποσοστό 2,3% από ασθένειες (WHO 2002). Στην πρώτη έρευνα πεδίου που καταγράφηκε για τις ψυχικές ασθένειες στην Κίνα, ο Shen και οι συνεργάτες του ερεύνησαν στις αρχές της δεκαετίας του 1980, 38.136 άτομα ηλικίας

15 ετών και άνω από 12.000 νοικοκυριά σε 12 περιοχές (Hao & Young 2000; Cochrane 2003). Μόνο έξι περιπτώσεις (ποσοστό 0,016%) θα μπορούσαν να διαγνωσθούν με εξάρτηση από το αλκοόλ, σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-9. Από τότε, στην Κίνα έχουν συμβεί ταχύτερες κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές. Στην παραπάνω μελέτη των πέντε περιοχών, η επικράτηση της τρέχουσας εξάρτησης από αλκοόλ ήταν 6,5% στους άνδρες και 0,2% στις γυναίκες (3,87% συνολικά) και η ετήσια νοσηρότητα από γαστρίτιδα/έλκη στο συνολικό δείγμα ήταν 7,9%, η οποία συσχετίζεται μη γραμμικά με την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ οι καρδιακές παθήσεις και η εγκεφαλική νέκρωση/αιμορραγία έδειξαν ότι σχετίζεται σε κατανομή-U (Hao et al., 2003). Μερικές άλλες επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν τις τάσεις (Hao & Young, 2000) (Πίνακας 2).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** ΥΠΕΡΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Έτος	Περιοχή	Διαγνωστικό Σύστημα	Ηλικία	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
1984	Shandong	ICD-9	≥15	44.625	44.197	0,067	0,005	0,036
1985	Chongqing	ICD-9	≥15	1.811	1.889	0,939	-	0,455
1986	Hubei	ICD-9	≥15	2.532	2.436	0,790	0,041	0,423
1989	Henan	ICD-9	≥15	2.833	2.667	1,412	0,075	0,764
1990	Jiangsu	CCMD-2*	≥15	7.682	5.210	3,931	0,419	2,363
1993	Hunan	DSM-III-R	≥15	1.029	1.000	1,555	0,100	0,838
1993	Helongjiang	DSM-III-R	≥15	3.016	2.977	7,692	0,202	2,647
1993	Jiangsu	DSM-III-R	≥15	2.978	3.034	10,813	0,297	5,506
1993-94	National	DSM-III-R	15-65	11.972	11.541	6,632	0,104	3,428

\* CCMD-2: Κινέζικη ταξινόμηση για τις Διανοητικές Διαταραχές, 2η έκδοση, 1994.

Είναι δύσκολο να εξακριβωθεί το αντίκτυπο που έχουν οι διαφορές από τα διαγνωστικά ποσοστά, στη μεθοδολογία έρευνας και στις αναφορές σε αυτή τη δραματική αύξηση στην επικράτηση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Παρόλα αυτά, η αύξηση στην επικράτηση της εξάρτησης από το αλκοόλ παραλληλίζεται με την δραματική αύξηση της εμπορικής παραγωγής αλκοόλ (βλέπε παραπάνω) και με άλλες σημαντικές αλλαγές στην κοινωνία της Κίνας.

#### ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Ενώ το αλκοόλ αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της κινέζικης κουλτούρας, η χάραξη πολιτικής δεν ανταποκρίνεται πλήρως στο ρυθμό αύξησης της κατανάλωσης και στα προβλήματα που προκύπτουν. Οι ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ δεν αποτελούν τα μέγιστα θέματα για την προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση καθώς και την πρακτική άσκηση στην Κίνα. Δεν έχουν αναπτυχθεί παρεμβάσεις πρόληψης βασισμένες στον πληθυσμό, ενώ οι πρώιμες τεχνικές παρέμβασης δεν έχουν τεθεί σε συστηματική εφαρμογή, εξαιτίας της έλλειψης εξειδίκευσης και ενημέρωσης της κοινής γνώμης. Η ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις βλάβες που προκαλούνται από τη χρήση αλκοόλ έχει παραδοσιακά εστιαστεί στη θεραπεία των επιπλοκών, με λίγη εστίαση στην υποκείμενη διαταραχή από τη χρήση αλκοόλ (Hao 1995). Δεν έχει να

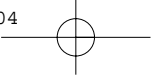
βρεθεί καμία δημοσίευση για τη μείωση της βλάβης ή τα προγράμματα πρόληψης. Υπάρχουν λίγες δημοσιευμένες αναφορές για τις σύγχρονες μεθόδους θεραπείας της εξάρτησης από το αλκοόλ στην Κίνα. Έχουν ιδρυθεί κάποιες υπηρεσίες για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, αλλά είναι πολύ λίγες και δεν υπάρχουν ειδικά κέντρα για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού (Hao & Young 2000; Cochrane 2003). Η αποτοξίνωση στο σπίτι δεν έχει διερευνηθεί και οι ομάδες αυτοβοήθειας, παρόμοιοι με τους Ανώνυμους Αλκοολικούς, υπάρχουν μόνο σε συγκεκριμένες περιοχές. Μόνο μια πολυκεντρική μελέτη έχει διεξαχθεί για την αποτελεσματικότητα της ναλτρεξόνης και για τη μείωση της υποτροπής.

Η οδήγηση υπό την επήρεια του αλκοόλ ευθύνεται για πολλούς θανάτους στην Κίνα (το 2001 ο αριθμός των περιπτώσεων τροχαίων ατυχημάτων στην Κίνα ξεπερνούσε τις 100.000 και το 1/3 αυτών σχετιζόταν με το αλκοόλ, Zhang et al., 2004). Η κινέζικη κυβέρνηση εξέδωσε ένα νέο 'Κώδικα Οδικής Ασφάλειας', ο οποίος τέθηκε σε ισχύ από την 1η Μαΐου 2004. Οι σχετικές ποινές περιλαμβάνουν μόνιμη απόσυρση της άδειας οδήγησης και φυλάκιση. Ωστόσο, τα κριτήρια για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ και οι σχετικές διαδικασίες δεν έχουν ξεκαθαριστεί (Zhang et al., 2004).

Ένα άλλο σημαντικό θέμα δεν έχει θιχτεί προς το παρόν. Η Κίνα δεν ακολουθεί μια σαφή πολιτική δημόσιας υγείας στο θέμα του αλκοόλ. Η πρόσβαση στο αλκοόλ έχει λίγες απαγορεύσεις και ελέγχους. Δεν υπάρχει όριο στην ηλικία κατά την οποία μπορεί να αγοραστεί ή να καταναλωθεί αλκοόλ και το αλκοόλ είναι ελεύθερα διαθέσιμο στα πολυκαταστήματα και στα άλλα μαγαζιά. Παρόλο που η κρατική βιομηχανία και το Γραφείο Εμπορίου δημοσίευσαν ένα επίσημο έγγραφο αναφορικά με «τις ρυθμίσεις για τη διαφήμιση του αλκοόλ στα μέσα μαζικής ενημέρωσης» στις 17 Νοεμβρίου 1995, το οποίο τέθηκε σε ισχύ από την 1η Ιανουαρίου 1996 (Κρατική Βιομηχανία και Γραφείο Εμπορίου 1996), γίνεται ακόμη μεγάλη διαφήμιση στο αλκοόλ, η οποία παραβιάζει τους κανονισμούς. Το περιεχόμενο των διαφημίσεων συνδέει το ποτό με την κοινωνική επιτυχία, την τόλμη, τη σκληρότητα, τον παλικάρισμό, τη διέγερση και τη χαλάρωση, και υποδηλώνει ότι το αλκοόλ μπορεί να προάγει την υγεία και τη σεξουαλική επίδοση (αλκοολούχα ποτά από βότανα).

Ένα ευρύτερο πρόβλημα είναι ότι δεν υπάρχει φορέας που να ηγείται στην πολιτική για το αλκοόλ ή τη νομοθεσία. Πολλοί κυβερνητικοί φορείς σχετίζονται με τις ρυθμίσεις για τα αλκοολούχα ποτά, όπως: η Κρατική Διοίκηση για τη Βιομηχανία και το Εμπόριο για την ποιότητα και τη διαφήμιση, το Υπουργείο Εμπορίου σχετικά με τις ρυθμίσεις για το εμπόριο των οινοπνευματωδών ποτών, η Κρατική Διοίκηση για τη φορολογία, η Γενική Διοίκηση Επιθεώρησης της Ποιότητας, η Επιθεώρηση, η Υγειονομία, η Διοίκηση Κρατικών Τροφίμων και Φαρμάκων για τον έλεγχο της ποιότητας καθώς και η Κρατική Διοίκηση Σιτηρών για τα υλικά προέλευσης της παραγωγής αλκοόλ και άλλοι φορείς.

Λαμβάνοντας υπόψη το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και της χρόνιας βλάβης που προκαλείται από τη χρήση αλκοόλ, είναι πιθανό οι διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ να σημειώσουν αύξηση, ακόμη κι αν δε συνεχιστεί πλέον να αυξάνεται η κατανάλωση αλκοόλ για τα επόμενα χρόνια στην Κίνα. Και έτσι το φορτίο της επιβαρυσμένης υγείας σχετικά με τη χρήση του αλκοόλ θα μεγαλώσει. Η Κίνα θα έπρεπε να αναπτύξει μια πολιτική για το αλκοόλ για να βελτιώσει τη δημόσια υγεία βασισμένη στις εμπειρίες των άλλων χωρών. Η πολιτική πρέπει να είναι μια στρατηγική μείωσης της βλάβης, της οποίας ο σκοπός θα είναι να περιοριστεί η βλά-



βη στην υγεία και να σταθεροποιηθεί η κατανάλωση αλκοόλ. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από μέτρα που έχουν ως στόχο τον καθολικό έλεγχο της κατανάλωσης αλκοόλ (μια προσέγγιση βασισμένη στον πληθυσμό) και συγκεκριμένα μέτρα που έχουν ως στόχο τις συμπεριφορές κινδύνου (μια προσέγγιση υψηλού κινδύνου). Μέτρα όπως η εκπαίδευση για την ενημέρωση της κοινής γνώμης, η απαγόρευση των διαφημίσεων, η φορολογία, ο καθορισμός του ορίου ηλικίας για την κατανάλωση αλκοόλ και οι ποινές για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ θα είχαν ένα σημαντικό αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ.

#### ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η Κίνα τώρα βιώνει μια οικονομική και πολιτική αναμόρφωση και η κυβέρνηση χρειάζεται να επιτύχει μια ισορροπία μεταξύ της οικονομικής ανάπτυξης και της δημόσιας υγείας και μεταξύ των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στρατηγικών. Στην παρούσα φάση, η προσοχή της κυβέρνησης εστιάζεται στην οικονομική ανάπτυξη. Παρόλο που το αλκοόλ και τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτό είναι στα ενδιαφέροντα των επαγγελματιών, φαίνεται ότι υπάρχει αμέλεια από τη μεριά του δημοσίου και της κυβέρνησης ως προς την πολιτική για το αλκοόλ και τη νομοθεσία στην Κίνα. Σήμερα δεν υπάρχουν καθόλου νόμοι που να ρυθμίζουν την αγορά, την κατανάλωση ή την πώληση του αλκοόλ. Έτσι το αλκοόλ φαίνεται να ελέγχεται από την κουλτούρα, την παράδοση, την κοινωνική πίεση και την οικονομία. Με την οικονομική ανάπτυξη, τη δυτικοποίηση και την παγκοσμιοποίηση, η διαθεσιμότητα ποικιλίας στα αλκοολούχα ποτά έχει δημιουργήσει μια ιδιαίτερη αίσθηση κοσμοπολίτικη και δυτική, ειδικά για τους νέους ανθρώπους. Η δημιουργία καταστημάτων που πουλούν μπίρα έχει επίσης ελκύσει τους νέους ανθρώπους και η αύξηση του ανταγωνισμού έχει οδηγήσει στη μείωση των τιμών. Θα αποτελέσει πρόκληση στο μέλλον η παρουσίαση μιας πολιτικής για το αλκοόλ βασισμένης στον πληθυσμό της Κίνας.

#### ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αυτή η εργασία υποστηρίχθηκε από το Εθνικό Βασικό Πρόγραμμα της Κίνας (2003CB515400) και το Εθνικό Ίδρυμα Φυσικών Επιστημών (30370522).

#### Παραπομπές

- China Statistic Bureau (2003) <http://www.stats.gov.cn>
- Cochrane, J., Chen, H. H., Conigrave, K. M. & Hao, W. (2003) Alcohol use in China. *Alcohol and alcoholism*, **38**, 537-542.
- Hao, W., Su, Z. H., Liu, b. L., Zhang, H. Q., Chen, S. Z. et al. (2003) Drinking and drinking patterns and health status in the general population of five areas in China. *Alcohol and alcoholism*, **39**, 1-10.
- Hao, W. (1995) Alcohol use and the public good: a Chinese view. *Addiction*, **90**, 1448-1450.
- Hao, W. & Young, D. (2000) Drinking pattern and problems in China. *Journal of Substance Use*, **5**, 71-78.
- Lu, X. H., Yang, Q. M., Wang, L. H. & Liu, U. H. (1999) Drinking and drinking related health problems in steel and mine workers. *Journal of Health Psychology*, **7**, 58-60.
- Luo, C. Y., Peng, N. N., Zhu, W., Zhou, Y. F. & Gao, G. D. (2003) Risk behaviors of adolescents in Shanghai: Part III, smoking, drinking and addictive drug use. *Chinese Journal of School Doctor*, **17**, 401-404.



- McGovern, P. E., Zhang, J. Z., Tang, J. G., Zhang, Z. Q., Hall, G. R., Moreau, R. A. et al. (2004) Fermented beverages of pre-and prehistoric China. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, **101**, 17593-17598.
- Newman, I. (2003) Cultural aspects of drinking patterns and alcohol controls in China. [http://www.ias.org.uk/publications/thglobe/02issue1globe0201\\_p18html](http://www.ias.org.uk/publications/thglobe/02issue1globe0201_p18html)
- State Industry and Commerce Bureau (1996) Regulations of alcohol advertising on media. <http://www.wiseman.com.cn/management/tools/policynlaw/01/01023.htm>
- WHO (2001) *A Summary of Global Status Reports on Alcohol*. Geneva:WHO.
- WHO (1999) *Global Status Report on Alcohol*. pp. 9-13. Geneva: WHO.
- WHO (2002) *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. pp. 5-6. Geneva: WHO.
- World Drink Trends (1996) *International Beverage Alcohol Consumption and Production Trends*. Henley-on-Thames: NTC Publications.
- Xing, Y., Ji, C. Y., Yang, X. G., Ji, H., Yang, L. P., Yu, Y. et al. (2002) The prevalence of addictive behaviors among middle school students in Shijingshan, Beijing. *Chinese Journal of School Doctor*, **16**, 684-686.
- Xu, G. R. (2004) *Overview of Chinese Alcoholic Beverages*. <http://www.sytu.edu.cn/zhgjiu/u1-2-1.htm>.
- Zhang, H. X., Zhang, X. G., Deng, Z. H., Xie, N., Kong, B., Huang, S. X. et al. (2004) The issues of drinking driving related BAC criteria and assessment procedure in China. *Journal of Forensic Sciences*, 36-38.

"China: Alcohol today"

Addiction, Volume 100, Number 6, June 2005

Οι διεθνείς δράσεις του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας για το Αλκοόλ: οι οικονομικοί πόροι που απαιτούνται για τον εναρμονισμό με τη ρητορική

ROBIN ROOM\*

THOMAS F. BABOR\*\*

Μετάφραση Αλεξάνδρα Τζάλα

Translation Alexandra Tzala

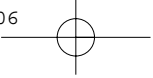
Αυτόν τον Ιανουάριο, η Εκτελεστική Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) συνέστησε ένα ψήφισμα σχετικά με τα 'δημόσια προβλήματα υγείας που προκαλούνται από την επιβλαβή χρήση του αλκοόλ' για να ληφθεί υπόψη και να υιοθετηθεί από το Παγκόσμιο Συμβούλιο Υγείας (WHA) τον Μάιο (WHO 2005). Το 2000 η χρήση αλκοόλ ήταν υπεύθυνη για το 4.0% του παγκόσμιου αριθμού ασθενειών, συγκρινόμενη με παράγοντες κινδύνου, όπως η χρήση καπνού (4.1%) και η υψηλή αρτηριακή πίεση (4.4%), που έχουν ως αποτέλεσμα το θάνατο και την αναπηρία (Π.Ο.Υ. 2004). Στο

\* Director

Centre for Social Research on Alcohol and Drugs  
Stockholm University, 10691, Stockholm, Sweden, E-mail: robin.room@sorad.su.se

\*\* Department of Community Medicine

University of Connecticut School of Medicine  
Farmington, CT 06030-6325, USA, E-mail: Babor@nso.uconn.edu



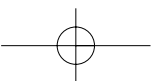
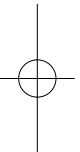
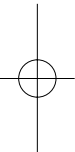
προοίμιο, το ψήφισμα αναγνωρίζει τις κοινωνικές και τις υγειονομικές επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ, τις επιπτώσεις του συνολικού βαθμού κατανάλωσης αλκοόλ και μέθης για τον πληθυσμό και άλλων 'επιβλαβών' μορφών κατανάλωσης. Το κυρίως κείμενο απαιτεί από τα κράτη- μέλη 'να αναπτύξουν, να θέσουν σε εφαρμογή και να αξιολογήσουν αποτελεσματικές στρατηγικές και προγράμματα για τη μείωση των αρνητικών υγειονομικών και κοινωνικών συνεπειών από την επιβλαβή χρήση του αλκοόλ'. Ο Γενικός Διευθυντής του Π.Ο.Υ. ενθαρρύνεται στο να ενδυναμώσει τη νομική ισχύ του Π.Ο.Υ. και 'να παράγει μια αναφορά για το WHA τον Μάιο του 2007 με τεκμηριωμένες στρατηγικές και παρεμβάσεις', όπως επίσης και 'μία περιεκτική αξιολόγηση της βλάβης στη δημόσια υγεία, που προκαλείται από την επιβλαβή χρήση του αλκοόλ'.

Αν γίνει αποδεκτό (το ψήφισμα επί του παρόντος χρηματοδοτείται από 49 χώρες), αυτό θα είναι το πρώτο ψήφισμα του WHA για το αλκοόλ από το 1983. Αυτή η ένδειξη ανερχόμενου ενδιαφέροντος στη έδρα του Π.Ο.Υ. στη Γενεύη εναρμονίζεται με την αυξημένη δραστηριότητα στα περιφερειακά γραφεία της Αμερικής, του Δυτικού Ειρηνικού και της Ευρώπης. Στην τελευταία περίπτωση, μια περαιτέρω ανανέωση του ευρωπαϊκού σχεδίου δράσης για το αλκοόλ θα προταθεί αυτό το φθινόπωρο.

Είμαστε αισιόδοξοι για αυτές τις νέες πρωτοβουλίες αλλά επίσης, όπως και οι μακροπρόθεσμοι παρατηρητές του Π.Ο.Υ., είμαστε λιγάκι επιφυλακτικοί. Πολλά υποσχόμενα καινούρια κινήματα (Anonymus 1991) έχουν ατονίσει σταδιακά στο παρελθόν. Στην ευρωπαϊκή περιφέρεια τη συνάντηση του Π.Ο.Υ. στη Στοκχόλμη- σε μία στιγμή σταδιακής ενδυνάμωσης της ενωμένης Ε.Ε.- για το αλκοόλ και τους νέους ανθρώπους το 2001, διαδέχτηκε μια περίοδο απραξίας που έφτασε μέχρι την εγκατάλειψη του μεγαλύτερου μέρους από το υλικό του δικτυακού τόπου WHO-EURO για το αλκοόλ. Στη Γενεύη, το 1983 υπήρξε επίσης ένα σημείο έντονης δραστηριότητας, το οποίο συμπεριλάμβανε, ανάμεσα στις ουσιαστικές δεσμεύσεις του Π.Ο.Υ., μια Επιτροπή Εμπειρογνομόνων (Π.Ο.Υ. 1979) και συζήτηση από ειδικούς για θέματα σχετικά με το αλκοόλ. Παρόλα αυτά, για πολλά χρόνια αργότερα, η συνολική δέσμευση για το αλκοόλ σε ολόκληρο το σύστημα του Π.Ο.Υ. (που στην ουσία σημαίνει ολόκληρο το σύστημα των Ηνωμένων Εθνών) ήταν στην καλύτερη των περιπτώσεων ισοδύναμο με δύο θέσεις.

Ωστόσο, προς το παρόν, οι ενδείξεις για τη σημασία του αλκοόλ, ως ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, έχουν αυξηθεί, εξαιτίας μιας αξιοσημείωτης προσπάθειας από τον ίδιο τον Π.Ο.Υ. αξιολόγησης της επίδρασης των παραγόντων κινδύνου στο παγκόσμιο φορτίο της ασθένειας. Το κλίμα επίσης, φαίνεται να έχει αλλάξει για έναν αριθμό κρατών-μελών, έχοντας ως αποτέλεσμα μια αυξημένη αναγνώριση των προβλημάτων που μπορεί να επιφέρει η μεγάλη διαθεσιμότητα του φθηνού αλκοόλ. Έτσι πορευόμαστε με ελπίδα. Όσοι συγκαταβαίνουν με προθυμία σε αυτό θα πρέπει να εύχονται ο Π.Ο.Υ. να έχει επιτυχία στις καινούργιες πρωτοβουλίες που έχει αναλάβει.

Ωστόσο, για να θέσει ο Π.Ο.Υ. σε ισχύ ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα θα χρειαστεί κάτι περισσότερο από ελπίδα και πρόθυμη συγκατάθεση. Το βασικό πρόβλημα του Π.Ο.Υ. στα προγράμματα για το αλκοόλ έχει υπάρξει η έλλειψη πόρων. Πρέπει να δοθούν περισσότερες επιδοτήσεις για αυτήν τη δουλειά από τον τακτικό προϋπολογισμό. Όμως ένα πλήρες πρόγραμμα θα απαιτήσει επίσης και σημαντικά ποσά έκτακτων επιδοτήσεων από τον προϋπολογισμό, δηλαδή χρήματα εκτός προγραμματισμού από κυβερνήσεις, ιδρύματα και άλλες δωρεές. Χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι οποίες έχουν χρηματοδοτήσει στο παρελθόν τον προγραμματισμό του αλκοόλ,



χρειάζεται να πεισθούν όχι μόνο για να υποστηρίξουν το ψήφισμα, αλλά επίσης για να δεσμευθούν στη χρηματοδότηση της δουλειά του Π.Ο.Υ. σε αυτό το πεδίο.

Ένα δεύτερο πρόβλημα, πιο πρόσφατο στην εμφάνισή του, είναι η επιθετική στάση που υιοθετήθηκε από τομείς όπως η βιομηχανία των αλκοολούχων ποτών. Οι οργανισμοί που έχουν ιδρυθεί από βιομηχανίες με κοινωνικές ευαισθησίες, όπως είναι η Ομάδα Portman, η Ομάδα Amsterdam και το Διεθνές Κέντρο της Πολιτικής για το Αλκοόλ (Anderson 2002), έχουν προοδευτικά εισχωρήσει ύπουλα στο σχεδιασμό πολιτικής για τη δημόσια υγεία σε σχέση με το αλκοόλ. Διευθύνουν και διαδίδουν τις δικές τους έρευνες, θέτουν σε αμφισβήτηση την αξία των ανεξάρτητων επιστημονικών μελετών, τακτικά παρακολουθούν τις δραστηριότητες του Π.Ο.Υ. και απαιτούν μια ισάξια θέση στο τραπέζι όταν διαμορφώνονται σημαντικές πολιτικές για τη δημόσια υγεία. Βάσει του προηγούμενου ιστορικού με βιομηχανίες, όπως είναι οι παραγωγοί καπνού και η βιομηχανία παιδικών τροφών, θα συμβουλευάμε ένθερμα τον Π.Ο.Υ. να διατηρήσει μια σχέση απόστασης όσους έχουν εμφανείς οικονομικές συγκρούσεις ή συμφέροντα.

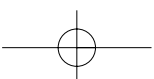
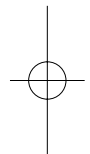
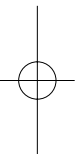
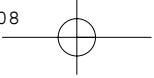
Ένα ζήτημα που δεν περιλήφθηκε στο ψήφισμα, αλλά το οποίο χρειάζεται προσοχή από τον Π.Ο.Υ., είναι ο χειρισμός του αλκοόλ στο διακρατικό εμπόριο και τις εμπορικές συμφωνίες και διενέξεις. Δεν υπάρχει καμία διεθνής συμφωνία που να αναγνωρίζει ότι ο εθνικός και τοπικός κανονισμός για το αλκοόλ, που ως ένα επικίνδυνο προϊόν, χρειάζεται να προστατευτεί από την υπονόμευση των άλλων χωρών. Ο Π.Ο.Υ. χρειάζεται να αντιμετωπίσει την ανάγκη για μια συλλογική σύμβαση για το αλκοόλ, ώστε να συμβαδίσει με τη Σύμβαση του Πλαισίου Εργασίας για τον Έλεγχο του Καπνού.

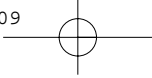
Εν περιλήψει, το αλκοόλ έχει τώρα αναδειχτεί ως κυρίαρχο μέρος της παγκόσμιας ατζέντας του Π.Ο.Υ. Έχει επιτύχει αυτή την αναγνώριση, εξαιτίας των ενδείξεων της τεράστιας επίδρασής του στην ασθένεια, στην αναπηρία και στα κοινωνικά προβλήματα. Αν ο Π.Ο.Υ. και τα κράτη-μέλη έχουν πραγματικά σοβαρή στάση απέναντι στο αλκοόλ, τώρα είναι η ώρα να επιδείξουν το ενδιαφέρον τους και με ψήφους και με την αντίστοιχη χρηματοδότηση.

### Παραπομπές

- Anderson, p. (2002) *Beverage Alcohol Industry's Social Aspects Organizations: A Public Health Warning*. London: Global Alcohol Policy Alliance.
- Anonymous (1991) Six horsemen ride out: WHO initiates a new programme on substance abuse. *British Journal of Addiction*, **86**, 1387-1390.
- World Health Organization (1979) Problems Related to Alcohol Consumption: Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 650. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2004) Public Health Problems Caused by Alcohol: Report by the Secretariat. Eb115/37, 23 December. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2004) Public Health Problems Caused by Harmful Use of Alcohol: Report by the Secretariat. Eb115.R5, 22 January. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

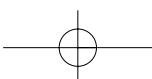
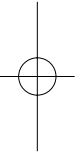
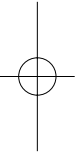
"World Health Organization's global action on alcohol: resources required to match the rhetoric"  
*Addiction*, Volume 100, Number 5, May 2005

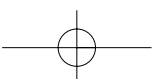
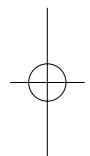
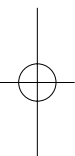
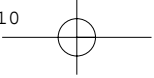




ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ  
FOR THE READER

4





## ΝΕΑ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ

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

Ξεκινούμε τα Νέα και Γεγονότα του 8ου τεύχους με μία ευχή για καλό και δημιουργικό χειμώνα για όλους.

Σε αυτό το τεύχος θα σας ενημερώσουμε για τα τρέχοντα συνέδρια και ημερίδες καθώς και για τα ευρωπαϊκά προγράμματα που έχουν εγκριθεί και τα οποία θα υλοποιήσει το ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Επίσης θα αναφερθούμε σε τρία άρθρα που βρήκαμε ενδιαφέροντα από το περιοδικό Addiction και το ΕΚΠΝΤ, που αφορούν στην αποκάλυψη των νέων τάσεων στη χρήση στα περιοδικά για νέους, στις διαφορές που υπάρχουν στη χρήση για τα δύο φύλα καθώς και στους γονεϊκούς κανόνες και τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών κατά του καπνίσματος. Θα κλείσουμε με την παρουσίαση ενός άρθρου από την εφημερίδα *The Guardian* που αναφέρεται σε ένα ριάλιτι της ολλανδικής τηλεόρασης και στο οποίο θα παρουσιάζεται σεξ και χρήση τοξικών ουσιών από τους συμμετέχοντες (τα σχόλια και ο προβληματισμός δικά σας). Κλείνοντας θα σας παρουσιάσουμε δύο βιβλία το ένα με τίτλο: *Εξαρτήσεις: Οι Θεραπευτικές Κοινότητες* το οποίο απαντά σε ερωτήματα όπως: τι οδηγεί τα άτομα στην τοξικοεξάρτηση, πώς γίνεται η θεραπεία στις θεραπευτικές κοινότητες, πόσοι θεραπεύονται και πόσοι ξαναγυρνούν στη χρήση; Το δεύτερο με τίτλο: *Η κάνναβη και η νοητική λειτουργία*, απαντά σε ερωτήματα κατά πόσο η μακρόχρονη χρήση κάνναβης μπορεί να προκαλέσει αλλοιώσεις στη νοητική λειτουργία.

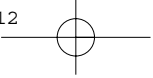
Η συντακτική ομάδα του Νέα και Γεγονότα έχει μεγαλώσει. Αυτή τη φορά ένα νέο μέλος προστέθηκε στην ομάδα η Κωνσταντίνα Υφαντή, την καλωσορίζουμε και της ευχόμαστε καλό νέο ξεκίνημα.

### ΤΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΕΟΛΑΙΑ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Για τη βιομηχανία του περιοδικού τύπου, οι νέοι αποτελούν μεγάλη επιχειρηματική επένδυση. Εκδότες και διαφημιστές επενδύουν στην έρευνα με στόχο να γνωρίσουν περισσότερο το αναγνωστικό κοινό τους και να σχεδιάσουν τα προϊόντα τους έτσι ώστε να αντικατοπτρίζουν τα ενδιαφέροντά, τον τρόπο ζωής και τη μόδα που έχει το κοινό τους.

Με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα κατά της χρήσης ουσιών και της παράνομης διακίνησης στις 26 Ιουνίου, το ΕΚΠΝΤ δημοσίευσε ένα κείμενο σχετικά με το πως τα «μέσα ενημέρωσης της νεολαίας» –περιοδικά ποικίλης ύλης, μουσικά και μόδας– μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό, στην παρακολούθηση και στην ανταπόκριση σε τάσεις χρήσης τοξικών ουσιών που διαφαίνονται μεταξύ των νέων.

«Εξαιτίας της κρυφής (παράνομης ή αθέμιτης) φύσης της χρήσης ναρκωτικών», λέει η αναφορά, «παρατηρείται χρονική υστέρηση μεταξύ της εμφάνισης μιας νέας τάσης στην κατανάλωση ουσιών και της παραγωγής και δημοσιοποίησης των δεδομένων σχετικά με αυτή». Σε μερικές χώρες όμως τα ενημερωτικά μέσα της νεολαίας συχνά πιάνουν το



σφυγμό των νέων τάσεων στη χρήση ουσιών πολύ νωρίτερα και πριν οι αναλυτές αρχίσουν να αναφέρουν τα ερευνητικά τους δεδομένα. Οι πρώτοι απολογισμοί σχετικά με τη χρήση της έκστασης για παράδειγμα σε ψυχαγωγικούς χώρους, δόθηκαν στη δημοσιότητα στα μέσα του 1980 από δημοσιογράφους που εργάζονταν σε περιοδικά που αφορούσαν τη νεολαία. Ωστόσο, δεν ήταν παρά στη δεκαετία του 1990 όπου ερευνητικά παρατηρητήρια για πρώτη φορά άρχισαν να συλλέγουν δεδομένα σχετικά με τη χρήση ουσιών.

Σχολιάζοντας το θέμα ο Διευθυντής του ΕΚΠΝΤ Wolfgang Goetz ανέφερε: «η μόδα και οι τάσεις είναι σχετικές τόσο για την κατανόηση των μορφών της παράνομης χρήσης τοξικών ουσιών όσο και για την έρευνα του καταναλωτή γενικότερα». Περιοδικά της νεολαίας που περιέχουν αναφορές στις ουσίες ή το αλκοόλ μπορούν να αποκαλύψουν πολλά σχετικά με τις συνήθειες των ατόμων για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά και να προσθέσουν αξία στην εικόνα που διαμορφώνουμε από πιο παραδοσιακές πηγές πληροφοριών.

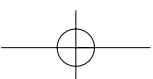
Το κείμενο εστιάζει σε περιοδικά μεγάλης κυκλοφορίας που απευθύνονται σε νέους με μεγάλη κοινωνικότητα (κυρίως 15-30 χρόνων). Συνολικά 1763 παραπομπές από 26 διαφορετικές δημοσιεύσεις αναλύθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας καλύπτοντας πέντε χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης –την Ελλάδα, την Ιρλανδία, την Πορτογαλία, τη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Μεταξύ των συμπερασμάτων της έρευνας είναι ότι αναφορές ως προς την ηρωίνη και το κρακ που βρέθηκαν στο δείγμα παρουσιάστηκαν γενικά με πολύ αρνητικό τρόπο, χρησιμοποιώντας παρόμοιους όρους με αυτούς που εντοπίστηκαν σε περιοδικά ευρύτερης κυκλοφορίας. Σχετικά με τις ουσίες που χρησιμοποιούνται περισσότερο από τους νέους (έκσταση, κάνναβη) η εικόνα διαφέρει, με τα περιοδικά να αναφέρονται τόσο στα οφέλη όσο και στους κινδύνους.

Η έρευνα αναφέρει ότι εάν και μόνο 2 Βρετανικά περιοδικά συμπεριελήφθησαν στη μελέτη, αυτά περιείχαν το 39% όλων των αναφορών σε ουσίες. Από αυτά τα δύο τρίτα βρέθηκαν σε ένα μόνο μουσικό περιοδικό. Είκοσι-δύο τοις εκατό των αναφορών σε ουσίες βρέθηκαν σε δείγμα Ιρλανδικών περιοδικών, 16% σε Πορτογαλικά και Ελληνικά περιοδικά και 7% στο Φινλανδικό δείγμα.

Η έρευνα καταλήγει ότι τα περιοδικά που απευθύνονται στη νεολαία συστήνουν μια χρήσιμη και χαμηλού κόστους πηγή πληροφόρησης για την παρακολούθηση και κατανόηση των τάσεων της χρήσης ουσιών μεταξύ των νέων και ως τέτοια θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στην σύσταση στρατηγικών για την κατάχρηση ουσιών. Ωστόσο δεν είναι ακόμα σίγουρος ο βαθμός κατά τον οποίο τα περιοδικά επηρεάζουν τη συμπεριφορά των νέων. Απαιτείται περισσότερη δουλειά στη μελέτη αυτής της επιρροής και επίσης θα πρέπει να καθοριστεί πως είναι δυνατόν να συνεργαστούμε επικοινωνιακά με τους παραγωγούς ΜΜΕ προκειμένου να ανακαλύψουμε τον πιθανό ρόλο των ΜΜΕ που απευθύνονται στους νέους κατά τη μεταφορά πληροφορίας για τις ουσίες στη νεολαία.

Για περισσότερες πληροφορίες: <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10233>





Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΜΗΠΩΣ Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΙΚΡΑΙΝΕΙ;

Σχολιάζοντας τα στοιχεία τριών ερευνών ESPAD που έχουν γίνει σε σχολεία, στο γενικό πληθυσμό καθώς και σε θεραπευτικά προγράμματα το διάστημα (1995, 1999, 2003), η πρόεδρος του Ευρωπαϊκού Κέντρου Τεκμηρίωσης των Ναρκωτικών κα Salme Ahlström, ανέφερε πως υπάρχουν ενδείξεις ότι οι διαφορές που υπάρχουν ως προς τον τρόπο χρήσης των τοξικών ουσιών ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες μειώνονται. Συγκεκριμένα αναφέρει: «Οι νέες γυναίκες στην Ευρώπη γίνονται όλο και πιο ευάλωτες στη χρήση τοξικών ουσιών και στην επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ. Χρειάζεται να διερευνήσουμε τα αίτια του φαινομένου αυτού με στόχο την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης με ευαισθητοποίηση στα χαρακτηριστικά του φύλου και ανάλογες θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα απευθύνονται στις νέες γυναίκες με στόχο την αλλαγή της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Αυτού του είδους τα μέτρα είναι αναγκαία να ληφθούν εάν θέλουμε να προλάβουμε τη δραματική αύξηση προβλημάτων στη δημόσια υγεία στο μέλλον».

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι οι γυναίκες ξεπερνούν τους άντρες στη χρήση υπνωτικών και ηρεμιστικών χαπιών. Σε έρευνες που έχουν γίνει με μαθητές σχολείου (15-16 ετών) στην Ευρώπη (εκτός από την Κύπρο, την Ιρλανδία, την Αγγλία και τη Νορβηγία), αναφέρουν ότι το ποσοστό των γυναικών που έκαναν χρήση χαπιών και ηρεμιστικών χωρίς τη συνταγή γιατρού, είναι μεγαλύτερο από αυτό των αντρών.

Τα δεδομένα που έχουμε από τα θεραπευτικά προγράμματα στην Ευρώπη δείχνουν ότι οι άντρες ακόμη υπερισχύουν στη συμμετοχή. Μόνο το 20% περίπου των πελατών σε θεραπεία είναι γυναίκες.

Το ΕΚΠΝΤ θα αναφερθεί εκτενέστερα στο θέμα του φύλου στην ετήσια αναφορά του 2006.

#### ΟΙ ΓΟΝΕΪΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ένα άλλο άρθρο που μας φάνηκε ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι η διαπαιδαγώγηση των παιδιών στο πλαίσιο της οικογένειας, κατά του καπνίσματος και σε ποιο βαθμό συμβάλλει στη μείωση του καπνίσματος στους έφηβους.

Σε μία έρευνα που έγινε στο Ινστιτούτο Οικογένειας και Φροντίδας του παιδιού στο Πανεπιστήμιο του Nijmegen της Ολλανδίας (όπου δόθηκαν ερωτηματολόγια για συμπλήρωση σε 428 ολλανδικές τετραμελείς οικογένειες) μελετήθηκε η γονεϊκή επικοινωνία και η σχέση της με το κάπνισμα στους έφηβους. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι οι σταθεροί και συγκεκριμένοι κανόνες στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών κατά του καπνίσματος μπορεί να αποτρέψουν ή να προλάβουν την έναρξη του καπνίσματος των παιδιών (Chassin et al., 1998).

Η διαπαιδαγώγηση κατά του καπνίσματος μπορεί να περιλαμβάνει: την απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους του σπιτιού, τη συμφωνία με τα παιδιά να μην ξεκινήσουν το κάπνισμα, την ενημέρωση των παιδιών για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος καθώς και τη συζήτηση για θέματα σχετικά με το κάπνισμα (Fearnow et al., 1998; Engels & Willemsen, 2004).

Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι να συνεισφέρει στον τρόπο με τον οποίο οι γονείς διαχειρίζονται τα θέματα του καπνίσματος και να τους προτείνει τρόπους πρόληψης της έναρξης του καπνίσματος από τα παιδιά.



Από τους 856 έφηβους που έλαβαν μέρος στην έρευνα, το 35,7% των νεότερων και το 48,1% των μεγαλύτερων εφήβων ανέφεραν ότι έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν τουλάχιστον μία φορά, ενώ το 18,5% των μητέρων και το 19,4% των πατέρων κάπνιζαν κανονικά.

Ένας άλλος παράγοντας που παίζει προστατευτικό ρόλο είναι οι υψηλές επιδόσεις στο σχολείο των εφήβων: οι έφηβοι με μέση ή υψηλή επίδοση στα μαθήματα διέτρεχαν μικρότερο κίνδυνο να ξεκινήσουν το κάπνισμα από ό,τι οι μαθητές με χαμηλές επιδόσεις. Επιπλέον από τα αδέρφια το μικρότερο διέτρεχε μικρότερο κίνδυνο να ξεκινήσει το κάπνισμα από ό,τι το μεγαλύτερο.

Η ποιότητα της επικοινωνίας ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά φάνηκε να είναι προστατευτικός παράγοντας. Οι έφηβοι είχαν μικρότερη διάθεση να ξεκινήσουν το κάπνισμα όταν η ποιότητα της επικοινωνίας ανάμεσα στο γονιό και το παιδί ήταν υψηλή. Οι έφηβοι με μητέρες που θα αντιδρούσαν αποτελεσματικά, εάν ανακάλυπταν ότι το παιδί τους πειραματίζεται με το κάπνισμα είχαν λιγότερες πιθανότητες να το ξεκινήσουν.

Επιπλέον μακροχρόνιες έρευνες έχουν δείξει, ότι όταν ο ένας ή και οι δύο γονείς καπνίζουν, τα παιδιά τους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να ξεκινήσουν το κάπνισμα ή να γίνουν καπνιστές σε σύγκριση με τα παιδιά των οποίων οι γονείς δεν καπνίζουν (π.χ. Bauman et al., 1990; Bailey, Ennett & Ringwalt, 1993; Vink et al., 2003; Harakeh et al., 2004).

Η διαπαιδαγώγηση κατά του καπνίσματος σχετίζεται με μείωση της έναρξης του καπνίσματος στους ανήλικους ανεξάρτητα από το εάν οι γονείς τους καπνίζουν ή όχι (στο ίδιο συμπέρασμα έχουν καταλήξει και άλλες μελέτες όπως αυτές των: Kandel & Wu (1995), Jackson & Henriksen (1997), Chassin et al. (1998), Henriksen & Jackson (1998), Clark et al. (1999).

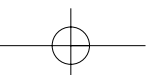
Η μελέτη αυτή προτείνει στους γονείς ότι ανεξάρτητα από το αν οι ίδιοι καπνίζουν ή όχι, εάν δεν διαπαιδαγωγούν τα παιδιά τους κατά του καπνίσματος είναι πιθανόν αυτά να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Οι μελέτες δείχνουν επίσης ότι, όσα κάνουν με έργα οι γονείς είναι εξίσου σημαντικά με αυτά που λένε στα λόγια. Παρόλο που οι γονείς οι οποίοι κόβουν το κάπνισμα είναι πάρα πολύ θετικό παράδειγμα που δεν πρέπει να υποτιμάται, ωστόσο και οι γονείς που καπνίζουν είναι σημαντικό να ενθαρρύνονται να διαπαιδαγωγούν τα παιδιά τους κατά του καπνίσματος (Henriksen & Jackson, 1998).

#### ΣΕΞ ΣΤΟΝ ΑΕΡΑ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΦΕΡΝΟΥΝ ΤΑ ΡΙΑΛΙΤΙ ΤΗΣ ΟΛΛΑΝΔΙΚΗΣ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗΣ

Η χώρα που εξαπέλυσε το Big Brother σε έναν ανυποψίαστο κόσμο ξεκινά ένα νέο τηλεοπτικό ριάλιτι: πρόκειται για ένα νυχτερινό talkshow του οποίου οι παρουσιαστές θα κάνουν χρήση ναρκωτικών και θα εμπλέκονται σε σεξουαλικές πράξεις στον αέρα, ενώ στη συνέχεια θα συζητούν μεταξύ τους την εμπειρία.

«Δεν επιδιώκουμε να σοκάρουμε, αλλά να πληροφορήσουμε» είπε ο διευθυντής παραγωγής Sjoerd van de Broek. «Η ιδέα είναι να δούμε αυτά τα θέματα σαν ένα κομμάτι θεατρικό, να τα αναθεωρήσουμε αν θέλετε. Γίνονται ατελείωτα σχόλια για αυτά τα θέματα, αλλά χωρίς σοβαρή κριτική»

Τα νέα του σόου έχουν προκαλέσει αρκετή σύγχυση στην Ολλανδία. «Είναι επικίνδυνο και αποτελεί κακό παράδειγμα» σχολίασε κυβερνητικός εκπρόσωπος του Χριστιανοδημο-



κρατικού κόμματος στο Associated Press. Εκπρόσωπος του υπουργείου Δικαιοσύνης είπε ότι μέρη του σόου ήταν «πιθανόν παράνομα» αλλά ακόμα δεν ήταν σαφές αν κάποιος θα διωκόταν.

Το άρθρο αυτό μας έχει προβληματίσει ιδιαίτερα. Είναι δυνατόν να προβάλλονται τέτοιου είδους προγράμματα στο όνομα της πληροφόρησης και της τηλεθέασης; Ποιό στόχο μπορεί να εξυπηρετεί αυτού του είδους «η ενημέρωση» για τη χρήση τοξικών ουσιών και μάλιστα τις ώρες που πολλοί ανήλικοι μπορεί να παρακολουθούν; Τί μηνύματα θα περνά στους ανήλικους; Ποιά συμφέροντα εξυπηρετούνται μέσα από αυτό το ριάλιτι; Τελικά αυτού του είδους τα προγράμματα (ριάλιτι), ποιές ανάγκες, ποιού κοινού καλύπτουν; Αυτοί είναι οι προβληματισμοί μας και τα ερωτήματά μας και τα παραθέτουμε, μαζί με την ανησυχία μας για αυτές τις επιλογές.

*Πηγή: Εφημερίδα The Guardian, φύλλο 22/09/2005*

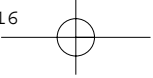
## ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

*«Εξαρτήσεις: Οι Θεραπευτικές Κοινότητες»*

ΔΡ Χ. ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ

*Τι οδηγεί τα άτομα στην τοξικοεξάρτηση;  
Ποιες είναι οι μέθοδοι θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων;  
Πως γίνεται θεραπεία στις θεραπευτικές κοινότητες;  
Πόσοι αποθεραπεύονται και πόσοι ξαναγυρνούν στη χρήση;*

Το βιβλίο αυτό, γραμμένο από έναν ειδικό με πολυετή εμπειρία στο χώρο, επιχειρεί να απαντήσει σ' αυτά και σε άλλα παρόμοια ερωτήματα. Εξετάζει τους κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στην τοξικοεξάρτηση και αναπτύσσει τις σημαντικότερες μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης. Περιγράφει την οργάνωση και εξέλιξη των θεραπευτικών κοινοτήτων και το κοινωνικό πλαίσιο των χώρων στις οποίες αναπτύχθηκαν. Αναλύει τους στόχους, τα στάδια της θεραπείας, τις μεθόδους και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των θεραπευτικών κοινοτήτων. Συζητά θέματα όπως η κοινωνική επανένταξη, η υποτροπή, η κινητοποίηση, η πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας, ο ρόλος της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας και τα σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος, παρουσιάζει έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων και προτείνει τρόπους για τη βελτίωση του μοντέλου και για την περαιτέρω εφαρμογή του στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος και του συστήματος ψυχικής υγείας.



## «Η κάνναβη και η νοητική λειτουργία»

NADIA SOLOWIJ

Εθνικό Κέντρο Έρευνας για τα Ναρκωτικά και το Αλκοόλ-Πανεπιστήμιο Νέας Νότιας Ουαλίας  
*International Research Monographs in the Addictions, 1998*

Η κάνναβη αποτελεί την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία στον κόσμο. Ωστόσο το ερώτημα του κατά πόσο η μακρόχρονη χρήση της μπορεί να προκαλέσει μακροχρόνια και ανεπανόρθωτη νοητική εξασθένηση αποτελεί αντικείμενο έντονων συζητήσεων (στον επιστημονικό χώρο).

Το συγκεκριμένο επίκαιρο και καλοδιατυπωμένο βιβλίο παραθέτει μία εκτεταμένη και περιεκτική κριτική επισκόπηση στη σχετική με την κάνναβη και τη νοητική λειτουργία βιβλιογραφία, εξετάζοντας τα δεδομένα υπό το πρίσμα των σημαντικών πρόσφατων ευρημάτων της φαρμακολογίας και της νευροφυσιολογίας σε σχέση με τη χρήση κάνναβης. Στο βιβλίο παρατίθενται μελέτες της ίδιας της συγγραφέως, οι οποίες αξιοποιούν ένα από τα πιο μοντέρνα και ευαίσθητα εργαλεία για την εκτίμηση της διανοητικής λειτουργίας: το «πιθανότητες συσχετιζόμενες με το γεγονός» ή ERPS (event-related potentials). Το συμπέρασμά της, ότι η μακροχρόνια χρήση κάνναβης ίσως παρουσιάσει μη αναστρέψιμες φθορές στη μνήμη, στη συγκέντρωση και την οργάνωση και την ενσωμάτωση σύνθετων λειτουργιών, είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον για πολλούς γιατρούς, ερευνητές και πολιτικούς.

Στο βιβλίο αναλυτικά περιλαμβάνονται: μία ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, οξείες και χρόνιες επιδράσεις στη νοητική λειτουργία, στοιχεία για την καταστροφή του εγκεφάλου από τη μακρόχρονη χρήση κάνναβης, μία έρευνα για τη συσχέτιση συχνότητας και διάρκειας χρήσης κάνναβης με τα αποτελέσματά της, το άγχος, η ψυχοπαθολογία και η εμπειρία από τη μακρόχρονη χρήση κάνναβης κ.α.

## ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΕ.Θ.Ε.Α.

- Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. ολοκλήρωσε με επιτυχία τη συμμετοχή του στην υλοποίηση της κοινοτικής πρωτοβουλίας EQUAL για την καταπολέμηση των διακρίσεων και την προώθηση των απεξαρτημένων χρηστών στην αγορά εργασίας.
- Στα πλαίσια του Γ' ΚΠΣ-ΕΠΕΑΕΚ (Επιμόρφωση εκπαιδευτικών) υποβλήθηκε σχέδιο δράση και υλοποιήθηκε με επιτυχία τον Ιούνιο του 2005 ταχύρυθμο σεμινάριο ανάπτυξης δεξιοτήτων σε θέματα Αγωγής Υγείας διάρκειας 80 ωρών για 69 Υπευθύνους Αγωγής Υγείας της Α'βάθμιας Εκπαίδευσης.
- Εγκρίθηκε από το Υπουργείο Εργασίας η κοινοτική πρωτοβουλία EQUAL 2 στην οποία θα συμμετέχει το ΚΕ.Θ.Ε.Α. μαζί με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., το ΕΚΤΕΠΝ, την Άρσις, το Ψ.Ν.Θ. και άλλους φορείς. Στα πλαίσια της EQUAL 2, το ΚΕ.Θ.Ε.Α. πρόκειται να συμμετέχει στην υλοποίηση μιας σειράς δράσεων κατά τα έτη 2005-2006 και 2007. Οι πιο σημαντικές από αυτές είναι:
  - μία έρευνα για την αποτελεσματικότητα των πολιτικών πρόληψης της υποτροπής,

- η ανάπτυξη μίας δομής μεταθεραπευτικής υποστήριξης για την πρόληψη της υποτροπής στη Λάρισα,
  - η ανάπτυξη καλλιέργειας ελαιώνα 14 στρεμμάτων για την παραγωγή βιολογικών προϊόντων ελιάς, στην Κρήτη,
  - η υλοποίηση τριών προγραμμάτων κατάρτισης (σε κεραμική, βιολογική καλλιέργεια ελιάς, και ηλεκτρονική τυπογραφία) για μέλη προγραμμάτων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Κρήτη,
  - η εκπαίδευση εκπαιδευτών και η υλοποίηση μιας διακρατικής εκπαιδευτικής συνάντησης στην Αθήνα.
- Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού προγράμματος ανταλλαγής στελεχών Leonardo Da Vinci, το ΚΕ.Θ.Ε.Α. θα δεχθεί για εκπαίδευση σε δικά του θεραπευτικά προγράμματα κατά το 2005 και 2006 εννιά στελέχη του θεραπευτικού σπιτιού Πυξίδα της Κύπρου.

#### ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Ο Τομέας Πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. στο πλαίσιο της δραστηριοποίησης του Πανελλαδικού Δικτύου Φορέων Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών οργανώνει, από 9-12 Νοεμβρίου 2005, στη Λάρισα την 6η Πανελλαδική Συνάντηση του με τίτλο «Η πρόληψη τόπος συνάντησης και συν-απάντησης» για τη συνεργασία, το συντονισμό, τη συμπληρωματικότητα. Οι Πανελλαδικές Συναντήσεις Φορέων Πρόληψης, 12 χρόνια τώρα αποτελούν ένα χώρο ανταλλαγής προβληματισμών, απόψεων, ιδεών, εμπειρίας και επιστημονικής γνώσης με στόχο την προώθηση της Πρόληψης στη χώρα μας.

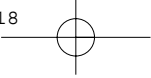
*Πληροφορίες: Τομέας Πρόληψης ΚΕ.Θ.Ε.Α. τηλ: 210 9212961, 9212304, φαξ: 210 9212763, email: [dprev@ath.forthnet.gr](mailto:dprev@ath.forthnet.gr)*

Η Οργάνωση για τη Μελέτη των Εξαρτήσεων (The Society for the Study of Addiction) οργανώνει ετήσιο Συμπόσιο με τίτλο «Αν όντως είχαμε πολιτική και πρακτικές που στηρίζονται σε στοιχεία – πως αυτές θα ήταν;» στις 17 –18 Νοεμβρίου 2005 στην πόλη York της Αγγλίας. Το συμπόσιο θα θέσει θέματα πολιτικής και πρακτικών που στηρίζονται σε ερευνητικά δεδομένα, κοιτώντας που συμβαίνουν, πότε δεν συμβαίνουν και για ποιους λόγους. Τι δύναμη έχουν οι κυβερνήσεις ώστε να μειώσουν τη βλάβη από το αλκοόλ, τις ουσίες και τον καπνό; Γιατί δεν έχουν τη δύναμη;

*Πληροφορίες: Paula Singleton - τηλ: 0113 295 1315, email: [p.singleton@nhs.net](mailto:p.singleton@nhs.net)*

Η Ομοσπονδία Επαγγελματιών για τις Ουσίες και το Αλκοόλ (Federation of Drug and Alcohol Professionals) σε συνεργασία με το National Offender Management Service (NOMS) και την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία για τη Θεραπεία των Εξαρτήσεων (EATA) διοργανώνουν διήμερο συνέδριο με θέμα 'Prisons and Beyond...', 2006' στο Leicester της Αγγλίας στις 16-17 Φεβρουαρίου 2006. Το συνέδριο απευθύνεται σε στελέχη που εργάζονται στο χώρο των εξαρτήσεων σε συστήματα ποινικής δικαιοσύνης, με έμφαση στις φυλακές και στις υπηρεσίες υποδοχής αποφυλακισμένων.

*Ιστοσελίδα: [www.fdap.org.uk/fdapevents/prisons2006.htm](http://www.fdap.org.uk/fdapevents/prisons2006.htm)*

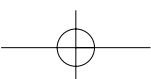
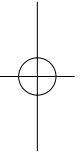
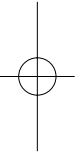


118 *Εξαρτήσεις*

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

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

Μια και 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, email: [exartisis@kethea.gr](mailto:exartisis@kethea.gr)





## ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

### ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

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

### ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

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

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

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

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

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

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

### ΕΚΤΑΣΗ

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

### ΥΠΟΒΟΛΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΗ

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

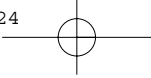
These should not be inserted in the text but each provided separately and numbered on the back with Figure numbers, title of paper and name of author. All photographs, graphs and diagrams should be referred to as Figures in the text and should be numbered consecutively in Arabic numerals (e.g. Fig. 3). 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.

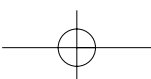
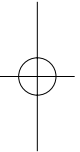
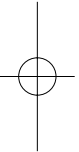
COPYRIGHT

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 ΟΓΔΟΟ ΤΕΥΧΟΣ  
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ  
*ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ*  
ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΤΟΝ ΟΚΤΩΒΡΙΟ ΤΟΥ 2005  
ΣΕ 750 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

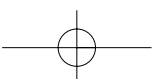
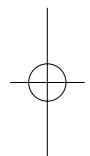
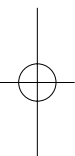
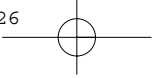
*Επιμέλεια Κειμένων - Διορθώσεις*  
Κωνσταντίνα ΥΦΑΝΤΗ *Proofreading*  
Konstantina YFANTI

*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 Παραγγελίας**

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 ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ**

Ετήσια ατομική συνδρομή  € 15,00

Ετήσια συνδρομή φορέων  € 20,00

Ετήσια φοιτητική συνδρομή  € 10,00

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ**

Με ταχυδρομική επιταγή

Με τραπεζική επιταγή στο όνομα 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: .....

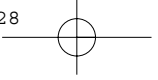
Διεύθυνση: .....

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](mailto:exartisis@kethea.gr)



### Order Form

**EXARTISIS**  
SCIENTIFIC JOURNAL ON ADDICTION ISSUES

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](mailto:exartisis@kethea.gr)

