



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.exartiseis.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 ΈκδοσηςGriffith 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.exartiseis.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 EditorGriffith EDWARDS, Editor in Chief of *Addiction***International Editorial Advisory Group**

David DEITCH, Professor of Clinical Psychiatry,

University of California San Diego

Demetrius IATRIDIS, Professor, Social Policy Planning,

Boston College Graduate School of Social Work

Edward KAUFMAN, Professor of Clinical Psychiatry,

University of California, Irvine and Editor of the

*American Journal of Drug and Alcohol Abuse***National Editorial Advisory Group**

Dimosthenis AGRAFIOTIS, Panagiotis GEORGAKAS,

Dimitra GEFOU-MADIANOU, Andreas DIMITRIOU,

Athanassios DOUZENIS, Giorgos KALARRYTIS,

Charis KATAKI, Nestor KOURAKIS, Anna KOKKEVI,

Christos KOKKORIS, Evangelos KROUSTALAKIS,

Achilleas KRYSTALLIS, Ioanna KYRITSI,

Christos LASKARATOS, Ioannis LIAPPAS,

Vasileios MARKIS, Marios MARSELOS,

Katerina MATSA, Venetsanos MAVREAS,

Giorgos BARDANIS, Aliko 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 Dr David Deitch – INTERVIEW with Dr David Deitch	7
1	ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ-ΚΥΠΡΟ – DRUG ADDICTION IN GREECE-CYPRUS <i>Συγκριτική μελέτη της χρήσης τοξικών ουσιών από άρρενες εφήβους στην Κύπρο, ηλικίας 17 και 18 ετών μεταξύ 1998 - 2003, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Πορίσματα από δύο διαδοχικές παγκύπριες αντιπροσωπευτικές έρευνες.</i> Β. Χατζηβασίλης, Χ. Παναγιωτόπουλος <i>Comparative study of substance abuse by male adolescents in Cyprus, aged 17-18 years old, between 1998-2003, as well as of the factors that affect it. Outcomes of two Pancyprriot representative researches.</i> V. Hadjivassilis and C. Panagiotopoulos	21
	<i>Ευρωπαϊκό πρόγραμμα “Daily Dose”: Ζώντας με την καθημερινή χρήση</i> Ε. Ιωαννίδη & Δ. Αγραφιώτης <i>Living With The Daily Dose – The Greek Case</i> Ε. Ioannidi & D. Agrafiotis	42
	<i>Η μαθητεία μέσα σε προστατευμένο περιβάλλον η περίπτωση των παραγωγικών εργαστηρίων του ΚΕ.Θ.Ε.Α.</i> Θ. Τζιούμπας <i>Apprenticeship within a sheltered environment: the case of KETHEA’s productive units</i> Th. Tzioubas	60
2	ΠΕΡΙ ΟΥΣΙΩΝ – ABOUT SUBSTANCES <i>Κόκα-αιθυλένη: Μια «επιπλοκή» της παράλληλης κατάχρησης οιοπνεύματος και κοκαΐνης</i> Ε. Πέππας, Π.Γ. Θεοδωρόπουλος, Ι.Α. Λιάππας <i>Cocaethylene: An “implication” of the concurrent abuse of alcohol and cocaine</i> E. Peppas, P. Theodoropoulos, J.A. Liappas	87
3	ΕΙΔΙΚΟ ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΣΤΟ ΑΛΚΟΟΛ – LETS’S FOCUS ON ALCOHOL	101
4	ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ – FOR THE READERS <i>Νέα και γεγονότα – News and notes</i> <i>Οδηγίες προς τους συγγραφείς – Guidance to the authors</i>	143 150

4 Εξαρτήσεις

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

ΣΤΟ ΕΚΔΟΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΤΕΥΧΟΥΣ των *Εξαρτήσεων* γράφουμε: «Φιλοδοξία της έκδοσης είναι, παράλληλα με την ενημέρωση του ελληνικού κοινού για τα τεκταινόμενα εκτός Ελλάδος, να αποτελέσει το βήμα των μελών της ελληνικής επιστημονικής κοινότητας, καθώς και των επαγγελματιών του κλάδου, δημοσιεύοντας τα αποτελέσματα της ερευνητικής τους δουλειάς». Το στόχο αυτό πραγματοποιήσαμε από το πρώτο ήδη τεύχος του περιοδικού, δημοσιεύοντας τα αποτελέσματα της επιστημονικής έρευνας που είχε πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα. Την πρακτική αυτή ακολουθήσαμε και στα επόμενα τεύχη.

Το μέρος του περιοδικού που φέρει τον τίτλο: *Οι Εξαρτήσεις στην Ελλάδα*, με την πάροδο του χρόνου, είδαμε να εμπλουτίζεται με περισσότερες ελληνικές συμβολές, για να φθάσουμε το σημερινό 9^ο τεύχος του περιοδικού να έχει καλύψει την κύρια ύλη του μόνο με άρθρα, προϊόν επιστημονικής έρευνας ελλήνων και κυπρίων συγγραφέων. Ιδιαίτερη σημασία έχει το εύρος της θεματολογίας των άρθρων αυτών:

- Διαχρονική μελέτη (1998– 2003) των παραγόντων που επηρεάζουν τη χρήση τοξικών ουσιών σε εφήβους ηλικίας 17 και 18 ετών στην Κύπρο.
- Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ευρωπαϊκής έρευνας “Daily Dose” στην Ελλάδα, η οποία εξετάζει τις συνήθειες που επικρατούν στη χώρα μας για τους χρήστες που έχουν προσβληθεί από τον ιό του HIV.
- Παρουσίαση του παραγωγικού και μαθησιακού έργου που επιτελείται στις παραγωγικές μονάδες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και των αποτελεσμάτων τους στην επανένταξη ενηλίκων, μελών κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων.
- Επιπλοκές συννοσηρότητας που προκαλούνται από την παράλληλη κατάχρηση κοκαΐνης και οιοπνεύματος.

Η θεματολογία αυτή υποδηλώνει μια ανάπτυξη της πρωτογενούς έρευνας σε πολλαπλές πτυχές του προβλήματος των εξαρτήσεων. Ας σημειώσουμε ακόμα ότι είναι δείγμα εδραίωσης του περιοδικού στην εκτίμηση της επιστημονικής κοινότητας που ασχολείται με το πρόβλημα της εξάρτησης η ολοένα αυξανόμενη προσφορά άρθρων προς δημοσίευση από επιστήμονες ερευνητές οι οποίοι δεν σχετίζονται άμεσα με τον οργανισμό που εκδίδει τις *Εξαρτήσεις*.

Στο τεύχος αυτό έχουμε τη χαρά να δημοσιεύουμε και μια συνέντευξη με τον καθηγητή David Deitch. Η συνέντευξη αυτή, κατά τη γνώμη μας, αποτελεί ένα διπλά σημαντικό τεκμήριο για την ιστορία των θεραπευτικών κοινοτήτων γενικά και την ανάπτυξή τους στη χώρα μας. Πράγματι ο David Deitch είναι η ζωντανή ιστορία των θεραπευτικών κοινοτήτων, ξεκινώντας από το

6 Εξαρτήσεις

SYNANON και το DAYTOP, και παραμένει στην «αιχμή του δόρατος» μέχρι σήμερα ως καθηγητής του πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας Σαν Ντιέγκο με ιδιαίτερη δράση στη μεταφορά τεχνογνωσίας στα θέματα των εξαρτήσεων.

Αλλά και στη χώρα μας ο Deitch ανέπτυξε μακρόχρονη δραστηριότητα από την εποχή του πειραματικού προγράμματος της *ΙΘΑΚΗΣ* μέχρι σήμερα, προσφέροντας τεχνογνωσία, αξιολόγηση αλλά και εποπτεία σε στελέχη του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Σε αυτόν άλλωστε οφείλουμε το «εναρκτήριο λάκτισμα» αλλά και τη συνεχή συμβολή στα εκπαιδευτικά προγράμματα του “California” που πραγματοποιούνται τρεις φορές το χρόνο στην Ελλάδα και διανύουν εφέτος τον ένατο χρόνο. Τα προγράμματα αυτά έχουν εκπαιδεύσει και δώσει τα εφόδια για να πιστοποιηθούν ως σύμβουλοι σε θέματα εξαρτήσεων δεκάδες εργαζόμενοι, όχι μόνο στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. αλλά σχεδόν σε όλους τους φορείς της Ελλάδας και της Κύπρου που ασχολούνται με πρόληψη, θεραπεία, επανένταξη, προγράμματα οικογένειας και φυλακών.

Το ανά χείρας τεύχος περιλαμβάνει και όλη την άλλη συνηθισμένη ύλη. Περιλήψεις από τις ξένες δημοσιεύσεις, εστιασμένες τη φορά αυτή στο αλκοόλ καθώς και τα ενημερωτικά θέματα.

Κλείνοντας το σημείωμα αυτό θα ήθελα να αναγγείλω ότι το επόμενο τεύχος μας θα είναι αφιερωμένο στα θέματα των εξαρτήσεων που σχετίζονται με τις φυλακές.

Για την Εκδοτική Ομάδα
ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΝΟΤΑΡΑΣ

Εξαρτήσεις, τεύχος 9, 2006

*Συνέντευξη με τον Dr David Deitch
Interview with Dr David Deitch*

*Μετάφραση ΓΕΩΡΓΙΑ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ
Translation GEORGIA CHRISTOFILI*



Την άνοιξη του 2005, στο πλαίσιο της συνεργασίας μας με τον καθηγητή David Deitch, είχαμε την ευκαιρία να συζητήσουμε μαζί του για θέματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, την απεξάρτηση καθώς και το θεωρητικό μοντέλο και την ιστορία των Θεραπευτικών Κοινοτήτων. Αναφέρθηκε στην προσωπική του εμπειρία από τη μακρόχρονη συνεργασία του με το ΚΕ.Θ.Ε.Α., και έτσι μας δόθηκε η ευκαιρία να ακούσουμε κάποιες πληροφορίες για την ιστορία του φορέα καθώς και για το πώς βλέπει την πορεία του μέχρι σήμερα.

Λίγα λόγια για τον David A. Deitch PhD: Είναι καθηγητής Κλινικής Ψυχιατρικής και Διευθυντής του Center for Criminality and Addiction Research, Training and Application (CCARTA) του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας. Επίσης είναι Πρόεδρος της Επιτροπής του Δικτύου των Κέντρων Εκπαίδευσης στον τομέα των Εξαρτήσεων (Addiction Training Centers-ATCs) και του Κέντρου Θεραπείας των Εξαρτήσεων (Center for Substance Abuse Treatment - CSAT). Ο Dr. David A. Deitch απέκτησε την ειδικότητα του στην Ψυχολογία το 1975 και στην Κλινική και Κοινωνική Ψυχολογία το 1977 από το Ινστιτούτο Wright του Berkeley της Καλιφόρνιας. Από το 1973 μέχρι σήμερα είναι σύμβουλος σε θέματα Ψυχικής Υγείας, Οργάνωσης και Ανάπτυξης της Κοινότητας και Διευθυντής του Θεραπευτικού και Διοικητικού Συμβουλίου του Pacific Institute, το οποίο ασχολείται με την εκπαίδευση και τη συμβουλευτική θεραπευτών. Το 1977 ήταν Διευθυντής του Τομέα Πρόληψης και Επιθεώρησης των Δραστηριοτήτων Πρόληψης της Χρήσης Ουσιών στο Λευκό Οίκο. Επίσης διετέλεσε Αντιπρόεδρος και Κλινικός Διευθυντής στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα του Phoenix House της Νέας Υόρκης (1981-86), Γενικός Διευθυντής των Υπηρεσιών Εξάρτησης στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας (1978-1982) και βοηθός καθηγητής Ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Temple (1967-1969). Η πείρα του από θεραπευτικά προγράμματα είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς υπήρξε ιδρυτής και Διευθυντής του Daytop Village Inc. (1964-1968).

Ακολουθεί η συνέντευξη που παρουσιάζουν οι Κωνσταντίνα Υφαντή και η Γεωργία Χριστοφίλη.

Εξαρτήσεις (Ε): Είναι πραγματικά τιμή μου που σας παίρνω συνέντευξη, το περίμενα με ανυπομονησία και χαίρομαι πολύ γι'αυτό. Πείτε μας: Πώς ξεκίνησε η ενασχόλησή σας με τις εξαρτήσεις;

David Deitch (DD): Δυστυχώς, θα πρέπει να ξεκινήσω αναφέροντας την προσωπική μου εμπλοκή με την εξάρτηση από τις ουσίες. Έτσι, λοιπόν, θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα αυτής της εμπλοκής και της αγωνίας μου να βρω την ταυτότητά μου. Ας δούμε λοιπόν. Καταρχήν πρέπει να πούμε ότι, επειδή έμπλεξα με την εξάρτηση από τις ουσίες σε πολύ νεαρή ηλικία, τα άλλα στάδια ανάπτυξης, δημιουργίας κοινωνικής ταυτότητας και δεξιοτήτων είτε υπήρξαν πολύ σύντομα είτε δεν αναπτύχθηκαν καθόλου. Αντίθετα, αυτό που συνέβη τελικά ήταν να αναπτύξω χαρακτηριστικά ταυτότητας που σχετιζόνταν με τη χρήση ουσιών και την ανεύρεση των ναρκωτικών. Έτσι, ενώ είχα και άλλα ενδιαφέροντα, στην τέχνη και στις επιστήμες, ιδιαίτερα στις επιστήμες που αφορούσαν την ψυχολογία και την κοινωνιολογία δεν κατάφεραν να αναπτυχθούν. Στάθηκαν καλό σημείο έναρξης, αλλά δεν μπόρεσαν να φτάσουν μέχρι το τέλος. Μου ήταν εύκολο να κάνω το πρώτο βήμα και με τις κοινωνικές επιστήμες και με την ψυχολογία και με το θέατρο και με τις τέχνες, αλλά δεν κατάφερα να προχωρήσω στη δεύτερη πράξη και να τελειώσω αυτό που ξεκίνησα. Με απασχολούσε πολύ το θέμα της εξάρτησης.

Ε: Υπήρχαν αυτά πιο πριν;

DD: Η καριέρα μου ήταν πολύ ασταθής και μπερδεμένη, πραγματικά πάρα πολύ. Ένα στοιχείο που μου έσωσε τη ζωή ήταν η ικανότητά μου να διαβάζω. Το ενδιαφέρον μου για το διάβασμα και η ενίσχυση που έπαιρνα σε πνευματικό επίπεδο από αυτό. Κανένας άλλος στην οικογένειά μου και στη γειτονιά μου δεν ασχολιόταν με το διάβασμα, αλλά ούτε και με εμένα με συστηματικό και οργανωμένο τρόπο, ώστε να διευκολυνθεί η πνευματική μου εξέλιξη. Ουσιαστικά, η δική μου ενασχόληση με το διάβασμα ήταν αυτό που με βοήθησε, με ενίσχυσε θετικά και μου αύξησε την περιέργεια. Έτσι, μου βγήκε και το πρώτο μου παρατσούκλι.

Ε: Το οποίο ήταν;

DD: «Ο καλόγερος». Αυτό προέκυψε επειδή διάβαζα πάρα πολύ, και κάποια φορά η παρέα μου από τη γειτονιά είχε πάει σινεμά και είδε μια ταινία με κάτι καλόγερους, οι οποίοι περπατούσαν γύρω γύρω στο μοναστήρι και διάβαζαν εδάφια και αποσπάσματα από τη Βίβλο. Έτσι μου «κόλλησαν» αυτό το παρατσούκλι. Το οποίο με ακολούθησε πολύ, πολύ καιρό. Ακόμη και μετά που έκανα καριέρα ως επαγγελματίας θεραπευτής, πάντα υπήρχε κάποιος που ερχόταν και μου έλεγε «Τι γίνεται, καλόγερε;».

Ε: Τι σας ώθησε στο να ξεκινήσετε τις σπουδές σας;

DD: Είχα ήδη το ενδιαφέρον να σπουδάσω. Δεν είχα σκεφτεί να ασχοληθώ με τις εξαρτήσεις ωστόσο, μέχρι που βρήκα κάποια σχετικά άρθρα και, καθώς αντιμετώπιζα το πρόβλημα της εξάρτησης και σε προσωπικό επίπεδο, μου κίνησε την περιέργεια. Ακόμη όμως δεν είχα σαφή εικόνα, πώς να το καταφέρω.

Ε: Αυτό είναι κάτι που ήθελα να σας ρωτήσω, το ότι σας ενδιέφερε το διάβασμα ήταν κάτι το οποίο σας βοήθησε να παραμείνετε μακριά από τις ουσίες και να ακολουθήσετε μια καριέρα που σας έσωσε τη ζωή;

DD: Έτσι νομίζω. Πιστεύω ότι τελικά μπόρεσα να διατηρήσω την πνευματική μου υγεία και να

είμαι δεκτικός σε νέες ιδέες και νέες αντιλήψεις, λόγω αυτής της ευτυχούς συγκυρίας, της πίστης μου και της ιδιαίτερης «χημείας» που με οδήγησε να διαβάζω πολύ, να μαθαίνω και να παίρνω ενίσχυση από αυτό εύκολα. Αυτό που είναι σαφές σχετικά με τη νεαρή μου ηλικία, είναι ότι δεν είχα κάποιον να με βοηθήσει να οργανωθώ. Έτσι, το διάβασμα ήταν πολύ ευρύ αλλά αρκετά επιφανειακό. Όμως υπήρχαν τουλάχιστον τα θεμέλια. Έτσι μπόρεσα αργότερα να στηριχθώ σε αυτά και να εμβαθύνω.

E: Μιλήσατε λοιπόν για το περιβάλλον σας, την οικογένειά σας. Πώς ήταν η κατάσταση καθώς μεγαλώνατε; Ο πατέρας σας σάς επηρέασε στις επιλογές σας;

DD: Μεγάλωσα μέσα σε ένα χαοτικό και ανοργάνωτο οικογενειακό περιβάλλον. Ανήκα σε μια οικογένεια της εργατικής τάξης, σε μια κοινωνία υποβαθμισμένη, σε μια γειτονιά μεταναστών, παιδιών και ενηλίκων. Εκεί, δεν ενισχυόταν ιδιαίτερα η αναβολή της ανταμοιβής ή η μακροπρόθεσμη ανταμοιβή. Το περιβάλλον μου έλεγε: «Αφού, εάν περιμένεις, μπορεί ποτέ να μην πάρεις κανενός είδους ανταμοιβή, γιατί να αναβάλεις κάτι που θέλεις για αργότερα; Πάρε ό,τι μπορείς». Ήταν λοιπόν ένα περιβάλλον παρόρμησης. Ήταν το τυπικό χαοτικό περιβάλλον εγκληματικότητας και παραβατικότητας. Ένα σύστημα που δεν αποτελούσε μέρος της επικρατούσας κουλτούρας. Ήταν μια υπο-κουλτούρα, με πολύ λίγες πιθανότητες να ενταχθεί στην επικρατούσα κουλτούρα.

E: Σε ποια πόλη;

DD: Στο Σικάγο.

E: Πώς βλέπατε το μέλλον σας τότε; Φανταζόσαστε ποτέ ότι θα γίνετε αυτός που είστε; Φανταστήκατε ποτέ τι θα κάνετε;

DD: Ποτέ, είναι αλήθεια. Με φαντάστηκα πολλές φορές ποιητή, βασανισμένο ποιητή, για να είμαστε πιο ακριβείς.

E: Καλλιτέχνης λοιπόν;

DD: Ναι, καλλιτέχνης ίσως.

E: Πώς τελικά κάποιος καταφέρνει να πετύχει αυτό που πραγματικά τον ενδιαφέρει; Πώς το πετύχατε; Αναζητήσατε, ψάξατε, πώς τα καταφέρατε τελικά με όλες αυτές τις δυσκολίες;

DD: Όπως σας είπα και πριν, η πορεία που ακολούθησα δεν ήταν μια σαφής, γραμμική εξέλιξη σταδιακών θετικών επιτευγμάτων που θα οδηγούσαν σε συγκεκριμένο ρόλο. Η πορεία μου δεν καθοδηγόταν από στόχους και δεν υπήρχε κάποιο μακροχρόνιο σχέδιο. Το ζητούμενο ήταν «να βγει η μέρα». Ήδη από την ηλικία των 17-18 ετών αντιμετώπιζα πολύ σοβαρά προβλήματα. Τότε είχα τη μοναδική ευκαιρία να έρθω πάλι σε επαφή με τον πατέρα μου, ο οποίος έως τότε ήταν περιστασιακά παρών στη ζωή μου. Το είχα σκάσει από το σπίτι, για να μπορέσω να επιβιώσω, παρότι έτσι οδηγήθηκα σε άλλα προβλήματα. Παρόλο που έμπλεξα με άλλα προβλήματα όμως, το ότι έφυγα από το σπίτι νομίζω πως με βοήθησε να επιβιώσω μέχρι ένα βαθμό. Μετά όμως μου δόθηκε μια ευκαιρία. Είναι μια πολύπλοκη ιστορία αυτή. Με βρήκε ο πατέρας μου και μου είπε: «Γιατί δεν έρχεσαι να μείνεις μαζί μου;». Όμως, η κατάσταση δεν ήταν απλή, διότι εκείνος είχε μια σύντροφο τότε, η οποία με αντιμετώπιζε ως εισβολή στον προσωπικό τους χώρο. Έτσι εγώ, για να το αντιμετωπίσω αυτό σαν οικογενειακό σύστημα –εάν το σκεφτούμε ως σύστημα– είπα: «Αφού είχα μπλέξει με προβλήματα και τώρα

10 Εξαρθήσεις

τελείωσαν, γιατί να μη φύγω να πάω στο πανεπιστήμιο;». Και όντως έφυγα, και ήταν η πρώτη φορά στη ζωή μου μέχρι τότε που βρέθηκα σε σταθερό περιβάλλον και στη σχολή. Τα πήγαινα αρκετά καλά και εντόπιζα νέες πηγές και νέες δυνάμεις σε πνευματικό επίπεδο. Όχι μόνο τα πήγαινα καλά σε ακαδημαϊκό επίπεδο, αλλά ανακάλυψα και πράγματα που με βοήθησαν να σκεφτώ τι θα ήθελα να ακολουθήσω ως καριέρα.

Ε: Τι σπουδές ακολουθήσατε;

DD: Όλες μου οι σπουδές αφορούσαν τις ανθρωπιστικές επιστήμες. Στην πραγματικότητα το μόνο μου ενδιαφέρον τότε ήταν να διδάξω φιλοσοφία, λογοτεχνία και να ανεβάσω θεατρικές παραστάσεις. Δεν θεωρούσα ότι είμαι ιδιαίτερα ικανός. Μπορεί να έπαιρνα καλούς βαθμούς, αλλά δεν θεωρούσα ότι μπορούσα να ασχοληθώ με κάποια ανώτερη επιστήμη. Όμως, καθώς βίωνα έντονη ψυχολογική αγωνία εκείνη τη χρονική περίοδο της ζωής μου, άρχισε να με ενδιαφέρει πολύ η ψυχολογία. Αργότερα η ψυχολογία έγινε το κυριότερό μου ενδιαφέρον και η σημαντικότερη επιρροή για μένα. Και μάλιστα τότε ήταν κυρίως ενδιαφέρον από κλινικής πλευράς, δεν ήταν ερευνητικό το ενδιαφέρον μου. Ήταν κλινικό ενδιαφέρον για τον εγκέφαλο, για το πώς λειτουργούσε ο εγκέφαλος και για θεραπείες μέσω της αλληλεπίδρασης. Για να τα συνοψίσω όλα αυτά όμως, η ζωή μου εξακολουθούσε να είναι χαοτική ακόμη και μετά αυτές τις ανακαλύψεις. Οι επαναλαμβανόμενες υποτροπές στη χρήση ουσιών και στην εγκληματικότητα τότε με έστειλαν φυλακή. Έτσι το 1961-62 πήγα σε ένα μέρος με το όνομα SYNANON. Αυτό αποτέλεσε ορόσημο στη ζωή μου, για να μπορέσω να δημιουργήσω καινούργια ταυτότητα. Να καταφέρω να μεταβώ από την ταυτότητα του εξαρτημένου, είτε θα ήταν εξαρτημένος ποιητής, ξέρεis, ρομαντικός, λίγο τρελός, λίγο παραβάτης, είτε θα ήταν άλλες ρομαντικές εικόνες, όπως αυτή του βασανισμένου συγγραφέα που έχει πολύ ωραία αντιμετώπιση από τον κοινωνικό περίγυρο. Από όλες αυτές τις ρομαντικές εικόνες πέρασα λοιπόν σε μια νέα ταυτότητα. Φυσικά, όπως σας είπα, ήταν πολύ σημαντική στιγμή στη ζωή μου και μου έδωσε τη δυνατότητα να μάθω να τελειώνω ό,τι ξεκινάω (αυτό που ανέφερα πριν ότι μπορούσα να κάνω το πρώτο βήμα αλλά όχι το δεύτερο ή το τρίτο), να μπορέσω να δημιουργήσω μια άλλη πιο σταθερή ταυτότητα. Ήταν μια ιδιαίτερη διαδικασία.

Έτσι αρχίζει να δημιουργείται μια νέα ταυτότητα. Είναι η ταυτότητα αυτού που βοηθά, «του θεραπευτή» με μια μοναδική μεθοδολογία. Βρίσκεσαι στη βάση και με το συνδυασμό της ευκαιρίας και της θετικής ενίσχυσης αρχίζει να δημιουργείται επιπλέον ανάπτυξη. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό για μένα τόσο όσον αφορά στο χρόνο όσο και στο μέρος. Μπορώ να πω ότι πήρα εξίσου σημαντικά πράγματα τόσο όταν μπήκα στην κοινότητα SYNANON όσο και με το ότι μπόρεσα να φύγω πριν το SYNANON με καταπνίξει. Είχα την ευκαιρία να κάνω κάτι επαναστατικό, προσφέροντας όμως ταυτόχρονα κάτι θετικό. Έτσι είχα πολλή κοινωνική ενίσχυση και το περιβάλλον μου το εκτίμησε. Αυτό με βοήθησε να ξεπεράσω τον αποχωρισμό μου από το SYNANON, γιατί ο χωρισμός μου από την κοινότητα ήταν απότομος. Επέλεξα να μην ακολουθήσω μια οδήγία, μια εντολή. Η οδήγία αυτή ήταν να σταματήσουμε να επικοινωνούμε με τα άτομα που ήταν στο δεύτερο στάδιο της θεραπείας. Στο δεύτερο στάδιο της θεραπείας βρίσκονταν τα άτομα που παλαιότερα έμεναν μέσα και μετά βρήκαν δουλειά εκτός κοινότητας (δ δεύτερο στάδιο), σαν μεταβατική φάση πριν από το στάδιο που θα εργαζόνταν εκτός και θα έμεναν εκτός (τρίτο στάδιο). Ήθελαν λοιπόν να καταργήσουν το δεύτερο στάδιο και να γυρίσουν πίσω ανθρώπους από το τρίτο στάδιο ή να διακόψουν την υποστήριξή τους. Εγώ αρνήθηκα να το κάνω αυτό και έτσι με «αφόρισαν» με

το δικό τους τρόπο. Εάν δεν είχα την ευκαιρία να βρίσκομαι μακριά από τον πυρήνα του SYNANON (νωρίτερα από τους οκτώ ή εννέα μήνες), θα ξεκινούσα ένα άλλο πρόγραμμα 3.000 μίλια μακριά, στο Westport του Κονέκτικατ. Δεν ήμουν επικεφαλής τότε, αλλά βρέθηκα σε αυτή τη θέση, επειδή αυτός που ήταν επικεφαλής αρρώστησε. Έτσι επωφεληθήκα από την εμπειρία όλων όσα είχα μάθει ξεκινώντας αλλά και από αυτή τη μεταβατική κατάσταση. Εδώ με βοήθησε και η περιέργεια που είχα σε πνευματικό επίπεδο. Είχα έτσι την ευκαιρία να εμπλακώ με ανθρώπους εκτός του SYNANON, με ανθρώπους από το Yale, το Harvard και τη Νέα Υόρκη και να τους φέρω στις εγκαταστάσεις μας στο Westport του Κονέκτικατ. Ήρθα έτσι σε επαφή με απόψεις διαφορετικές από αυτές που κυριαρχούσαν στο SYNANON σχετικά με τη ζωή και έμαθα να σκέφτομαι και να δρω με καινούργιους τρόπους. Τέλος πάντων, αυτή η πλούσια εμπειρία ήταν που πιθανά μου έδωσε τη δύναμη να αντισταθώ στις οδηγίες που μας έδωσε το SYNANON να σταματήσουμε το δεύτερο και το τρίτο στάδιο και να διακοπεί εντελώς η επικοινωνία με τα μέλη σε αυτά τα στάδια, εάν αρνούταν να επιστρέψουν στη διαβίωση μέσα στο SYNANON. Εν συντομία, το SYNANON είχε αποφασίσει πλέον να μην είναι μια μεταβατική κοινότητα «αλλαγής» αλλά μια δια βίου ουτοπική κοινότητα εναλλακτικού τρόπου ζωής. Έτσι λοιπόν μου είπαν να επιστρέψω στην Καλιφόρνια και με υποβίβασαν από διευθυντή μονάδας. Στο Κέντρο Westport ήμουν επικεφαλής και ξαφνικά «βρέθηκα πακέτο» να κοιμάμαι στους κοιτώνες και να ασχολούμαι με τη «λάντζα». Πρέπει, μάλλον, να ομολογήσω ότι υποβιβάστηκα.

E: Πάλι στα χαμηλά;

DD: ...πάλι στα χαμηλά και έκανα πάλι όλα αυτά που έχεις να κάνεις όταν υποβιβάζεσαι. Ξανα-νέβηκα γρήγορα όμως και αναγκάστηκαν να με στείλουν πίσω στο Κονέκτικατ. Τότε λοιπόν με έκαναν υποδιευθυντή του οργανισμού, έτσι μπορούσα να ασχοληθώ με την ανάπτυξη της κοινότητας και ταυτόχρονα να βοηθήσω αυτόν που θα ερχόταν επικεφαλής στο Westport. Αυτό όμως κράτησε περισσότερο από όσο θα έπρεπε. Επιστρέφω στο Westport του Κονέκτικατ και καλύπτω όλες τις οργανωτικές ανάγκες ως επικεφαλής του κέντρου, μέχρι που παίρνω ακόμη μία ανεξάρτητη απόφαση. Η γυναίκα μου είχε μείνει στην Καλιφόρνια, στο SYNANON. Την παίρνω στο τηλέφωνο και της λέω: «Γιατί δεν έρχεσαι μαζί μου στο Κονέκτικατ; Να μείνουμε δυο τρεις εβδομάδες εδώ και μετά να προχωρήσουμε στο τρίτο στάδιο; Εξακολουθώ να είμαι επικεφαλής του κέντρου». Το επόμενο όμως που ακολούθησε είναι ένα τηλεφώνημα, όχι από τον ίδιο τον Dederick* αλλά από το βοηθό του, που μου είπε: «Μέχρι εδώ ήταν, τελείωσε». Όντως αυτό ήταν. Μου είπαν ότι το να πω στη γυναίκα μου να περάσει στη φάση της επανένταξής μου ήταν μια απόφαση που μπορούσε να πάρει μόνο ο Dederick. Έτσι γινόταν. Έτσι λοιπόν αυτό που έπρεπε να κάνω, κυριολεκτικά, ήταν να πάω στον Ted (επικεφαλής της κοινότητας εκεί ήταν ένας άντρας με το όνομα Ted Dibble) και να του πω: «Ted, πρέπει να με διώξεις». Είπα λοιπόν στον Ted: «Αύριο το πρωί έχω μια ομιλία στο Hartford του Κονέκτικατ και μια σημαντική παρουσίαση στον επικεφαλής των αναστολών. Θα πάω και θα ολοκληρώσω τις υποχρεώσεις μου». Πήγα και ολοκλήρωσα τις υποχρεώσεις μου ως εκπρόσωπος του SYNANON. Όταν γύρισα ο καημένος ο Ted ήταν αγχωμένος και αβέβαιος, και του είπα: «Λοιπόν, σύμφωνα με τους κανονισμούς, αυτό

* Ιδρυτής και επικεφαλής της κοινότητας SYNANON.

12 Εξαρτήσεις

πρέπει να κάνεις. Ωραία! Θα μου δώσεις 2 δολάρια και θα με πας στο κέντρο του Westport του Κονέκτικατ». Έτσι ξεκίνησε να δημιουργείται η νέα μου ταυτότητα.

Τώρα βρίσκομαι ξαφνικά χωρίς πόρους, χρήματα, σπίτι, δουλειά κ.λπ. Ήταν λοιπόν μια δύσκολη αρχή. Η Σούζυ με ακολούθησε. Δανειστήκαμε κάποια χρήματα από τον πατέρα της και νοικιάσαμε μια μικρή σοφίτα και αποφάσισα να ξεκινήσω –μου δόθηκε η ευκαιρία– να κάνω ομαδική θεραπεία με κάποιον στο New Haven του Κονέκτικατ, καθώς και με τον Dan Casriel στη Νέα Υόρκη. Έτσι έκανα ομάδες για τον Dan και ομαδική θεραπεία με άλλους. Απόκτησα λοιπόν μια πηγή εισοδήματος και επέστρεψα στο σχολείο, γύρισα στο Πανεπιστήμιο.

E: Σε ποια επιστήμη; Με τι αντικείμενο;

DD: Ασχολούμουν ήδη με την κοινωνική ψυχολογία και αυτό ταίριαζε. Τώρα πρέπει να καταλάβετε ότι όλο αυτό το διάστημα εγώ είμαι σοσιαλιστής, ένα άτομο που θεωρητικά πρόσκειται στην αριστερά. Δεν είναι κάτι όμως που έχω σκεφτεί διεξοδικά. Είναι μια ρομαντική προσκόλληση στην ιδέα της αντίστασης. Αντίσταση κατά της εκμετάλλευσης της εργατικής τάξης, της κακοποίησης των κατώτατων κοινωνικών στρωμάτων.

E: Και της ανθρώπινης ύπαρξης.

DD: Ναι, και με τη θεραπεία των μειονοτικών ομάδων. Έτσι κατανοούσα τη σύνδεση με την κοινωνική ψυχολογία εκείνη την περίοδο. Αργότερα ήρθε σε επαφή μαζί μου ο επικεφαλής μιας ομάδας στο Ανώτατο Δικαστήριο του Μπρούκλιν, όπου είχαν ξεκινήσει ένα έργο με χρηματοδότηση από το Εθνικό Ίδρυμα για την Ψυχική Υγεία (National Institute of Mental Health) και το ονόμαζαν DAYTOP. Το πρόγραμμα αφορούσε στη θεραπεία ατόμων που είχαν καταδικαστεί και ήταν σε αναστολή. Εάν το εξετάσουμε από ιστορικής πλευράς, ήταν πολύ σημαντική αυτή η προσπάθεια γιατί ήταν η πρώτη φορά που επιχειρήθηκε από την πλευρά του νομικού συστήματος η λύση της θεραπείας αντί της φυλάκισης. Ήταν η εφαρμογή μιας πρωτοποριακής μεθόδου, και είχαν πρόβλημα να τη σταθεροποιήσουν. Με ρώτησαν λοιπόν εάν ήθελα να το αναλάβω εγώ. Αυτό έγινε χάρη στον Dan Casriel και τον ψυχολόγο Alex Bassin που ασχολούταν με τις αναστολές στο Ανώτατο Δικαστήριο στο Μπρούκλιν. Η απάντησή μου ήταν θετική και έτσι αναλαμβάνω αυτό το έργο και ξεκινώ να το χτίζω λίγο λίγο. Το πρώτο λάθος με αυτήν την προσπάθεια ήταν ότι αφορούσε μόνο άντρες και μάλιστα άντρες που θα πήγαιναν στη φυλακή, για κακουργήματα. Αυτό όμως είναι μια άλλη ιστορία, την οποία ευχαρίστως να σας πω, όταν θα έχουμε περισσότερο χρόνο.

E: Πώς ήταν το ξεκίνημα της καριέρας σας;

DD: Ήταν πολύ ενδιαφέρον! Ξαφνικά βρέθηκα επικεφαλής και είχα ήδη την εμπειρία από το SYNANON, όπως σας περιέγραψα νωρίτερα. Είχα αγωνία να κάνω κάτι διαφορετικό, για να φανεί η διαφορά. Έπρεπε να διαφέρω. Προσπάθησα πολύ να φτιάξω ένα συμβούλιο υπευθύνων, χρειαζόμουν ένα συμβούλιο. Εκείνη την περίοδο έκανα λάθη για τα οποία μετάνιωσα αρκετά χρόνια αργότερα. Ξεκινώ να επεκτείνω τον οργανισμό εκτός του Συστήματος Αναστολών. Αλλάζω, λοιπόν το όνομα του προγράμματος αλλά κρατώ το ίδιο ακρωνύμιο. Έτσι το όνομα έγινε Drug Addiction Yields to Persuasion “DAYTOP” και, αυτομάτως, ξεκινήσαμε να ασχολούμαστε με περισσότερους ανθρώπους και όχι μόνο με κατάδικους εγκληματίες. Αρχίσαμε να δεχόμαστε περισσότερους ανθρώπους από όσους μπορούσαμε να αντέξουμε οικονομικά, περισσότερους ανθρώπους από τα κρεβάτια που είχαμε. Αργότερα, ήθελα να προσθέσω και γυναίκες

που είχαν ανάγκη. Αυτό σήμαινε ότι έπρεπε να αναζητήσουμε μεγαλύτερη χρηματοδότηση από το κράτος. Ο Μονσινιόρ Ο'Βριεν, που εργαζόταν στην Κεντρική Διοίκηση της αρχιεπισκοπής της Νέας Υόρκης, γνώριζε το Δήμαρχο της Νέας Υόρκης και μας έφερε σε επαφή μαζί του, για να προσπαθήσουμε να τον πείσουμε να μας δώσει κάποια χρηματοδότηση. Πήραμε, όντως, επιπλέον χρηματοδότηση και καταφέραμε να φτιάξουμε αυτό που αργότερα ονομάστηκε DAYTOP VILLAGE. Έτσι, μπορούσαμε να προσφέρουμε θεραπεία και σε άντρες και σε γυναίκες χωρίς να είναι σε αναστολή. Μετά αρχίσαμε να επεκτεινόμαστε κι άλλο. Από 35 άτομα γίναμε 100, 200, 400 σε διαφορετικές εγκαταστάσεις φυσικά. Αυτό θυμάμαι εγώ. Ήταν πολύ ενδιαφέρον και πολύ κουραστικό. Ήταν ένα περιβάλλον στο οποίο η διαίσθηση με τη βοήθεια της επιστήμης οδηγούσε σε πρωτοποριακές, κοινωνικές και πρακτικές δραστηριότητες. Πολλές από αυτές τις δραστηριότητες ήταν «επαναστατικές» και πάρα πολύ σημαντικές. Μέρος αυτού ήταν και η ευρύτερη κοινωνική κατάσταση. Για να κατανοήσουμε αυτό το κλίμα, πρέπει να σκεφτούμε τον κόσμο όπως ήταν στη δεκαετία του 1960, στα τέλη της δεκαετίας του 1960. Υπήρχαν πολλές κοινωνικές αλλαγές. Έγιναν πολλές πρωτοποριακές δράσεις, δημιουργήσαμε κάτι που ονομάσαμε «κοινωνική θεραπεία» (“social therapy”). Ήταν η διεύρυνση της θεραπείας για τον υπόλοιπο κόσμο. Όλοι όσοι δούλευαν μαζί μου εκείνη την περίοδο, εκτός από τη δουλειά που έκαναν στο DAYTOP, θα έπρεπε να κάνουν και κάτι για την κοινότητα στην οποία ζούσαν, για τη γειτονιά τους. Θα έπρεπε να κάνουν μια ομάδα στη γειτονιά τους, μια ομάδα για τους ανθρώπους στην πολυκατοικία που έμεναν, κ.λπ. Μπορούσαν, εάν ήθελαν να δουλέψουν με ιατρικά προβλήματα, ή με ζητήματα αυτοπραγμάτωσης, ό,τι ήθελαν. Όσοι συμμετείχαν σε αυτές τις ομάδες, αντί να πληρώνουν με χρήματα για τη θεραπεία, τους ζητούσαμε να προσφέρουν κοινωνικό έργο. Έρχεσαι λοιπόν σε μένα και κάνεις θεραπεία; Ωραία! Τώρα, για να πληρώσεις το αντίτιμο, δεν θέλω χρήματα, αλλά να κάνεις κάτι για την κοινότητα στην οποία ζεις. Έτσι, είχαμε ομάδες εθελοντών παντού. Υπήρχαν άνθρωποι που πρόσεχαν παιδιά, υπήρχαν εθελοντές σε οργανισμούς για νέους, που φρόντιζαν ψυχικά ασθενείς, υπήρχαν άνθρωποι που απαντούσαν σε τηλεφωνήματα, διοργάνωναν καλλιτεχνικές δραστηριότητες κ.λπ. Υπήρχε μια ομάδα καλλιτεχνών, ηθοποιών, οι οποίοι για να ξεπληρώσουν την ομαδική θεραπεία που λάμβαναν από εμάς, έδιναν δωρεάν παραστάσεις για το κοινό.

E: Τι πιστεύετε λοιπόν για το κίνημα των Θεραπευτικών Κοινοτήτων; Ποια είναι τα θετικά σημεία και ποιοι οι στόχοι αυτού του μοντέλου; Πώς εξελίχθηκε;

DD: Ο όρος Θεραπευτική Κοινότητα έχει διαφορετική έννοια σε διαφορετικές χώρες, για διαφορετικούς ανθρώπους. Ιδιαίτερα τον καιρό που ξεκίνησαν οι Θ.Κ. να κάνουν αυτό που κάνουν, ήταν το παιδί μιας εποχής όπου δεν υπήρχαν άλλες επιτυχημένες παρεμβάσεις, ιδιαίτερα για τους χρήστες ηρωίνης. Το μοντέλο των 12 βημάτων των Ανώνυμων Αλκοολικών δεν έδειχνε να μπορεί να κρατήσει τους χρήστες ηρωίνης, αλλά ούτε και είχε ιδιαίτερη επιτυχία με τα περιστατικά αυτά. Αυτό ήταν επίσης αποτέλεσμα της κοινωνικής κατάστασης που επικρατούσε στις Ηνωμένες Πολιτείες εκείνη την περίοδο. Υπάρχει ένα άρθρο μου, από την Παγκόσμια Συνάντηση των Θεραπευτικών Κοινοτήτων που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα το 1990, το οποίο δημοσιεύθηκε στα πρακτικά της συνάντησης «Γνώθι σαυτόν» [“Know thyself”]. Μάλιστα πρόσφατα είχα προτείνει στο Διευθυντή του ΚΕ.Θ.Ε.Α. να διαβάσει αυτό το άρθρο γιατί είχε γράψει κάτι που ήταν λες και το είχε πάρει από αυτό το άρθρο κατευθείαν, από το άρθρο που έγραψα 15 χρόνια πριν. Αυτό που πρέπει να τονιστεί εδώ, εκτός από το άρθρο

14 Εξαρτήσεις

που έγγραψα, είναι ότι ακόμη και τότε οι εξωτερικοί παράγοντες έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο. Έξω από τα συνηθισμένα στο κίνημα των Θ.Κ. στην Αγγλία είναι ο Maxwell Jones. Τι εννοώ με αυτό; Ήταν ένας ψυχίατρος που δούλευε στην υπηρεσία του βασιλιά. Είναι ψυχίατρος από τη Σκωτία, που εργάζεται σε βρετανικό ίδρυμα. Το βρετανικό σύστημα στο Ηνωμένο Βασίλειο είχε τους δικούς του εξέχοντες επιστήμονες. Έτσι, αυτός ήταν «παρείσακτος» σε αυτό το χώρο. Επέλεξε λοιπόν να συνδεθεί με τον αντίποδα αυτής της τάξης, τους νοσηλευτές, οι οποίοι πάντα αντιμετώπιζονταν ως υποδεέστεροι: Οι γιατροί επικεφαλής και οι νοσηλευτές έπονται. Δημιούργησε στενότερες σχέσεις με τους ασθενείς, διότι ήταν και αυτοί «παρείσακτοι». Το ίδιο συνέβη και με το κίνημα για τις εξαρτήσεις στη Βόρειο Αμερική. Αυτό που έχει σημασία είναι ότι εφαρμόστηκε μια πολύ ενδιαφέρουσα, επαναστατική προσέγγιση, όταν δεν λειτουργούσε τίποτα άλλο. Σήμερα όμως η κατάσταση είναι διαφορετική. Διαφέρει ο τρόπος χρήσης ουσιών, οι αντιλήψεις της κοινωνίας και η επικράτηση της χρήσης ουσιών, το γεγονός επίσης ότι υπάρχουν άλλα μοντέλα. Δεν υπάρχουν μόνο μοντέλα αυτό-βοήθειας αλλά και αμοιβαίας βοήθειας καθώς και μοντέλα επαγγελματικής φροντίδας, κάτι που οι παλαιότερες προσεγγίσεις είχαν απορρίψει.

Παρά το γεγονός ότι είχε επιβεβαιωθεί στο παρελθόν ότι οι Θ.Κ. έχουν χάσει το ανθρωπιστικό τους στοιχείο, το ΚΕ.Θ.Ε.Α. αποτελεί παράδειγμα κέντρου θεραπείας που έχει διατηρήσει αυτή την ανθρωπιστική διάσταση. Ο οργανισμός αυτός σήμερα αξιοποιεί και την επιστήμη και την ανθρωπιά. Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. καλείται να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές απαιτήσεις που μπορεί να περιορίσουν την αποτελεσματικότητά του. Η τάση που επικρατεί είναι η ιατροκοποίηση της φροντίδας, ως ένας τρόπος ιδρυματοποίησης και περιορισμού της φροντίδας. Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. θα κληθεί να αντιμετωπίσει τα ίδια διλήμματα: Πώς να πραγματοποιήσει τις ίδιες δραστηριότητες με την ίδια ποιότητα; Πώς να πείσει τους ανθρώπους να ενταχθούν στα προγράμματα με τον ίδιο τρόπο; Πώς να διατηρηθεί η τέχνη της φροντίδας που υπήρχε σε όλα τα προγράμματα; Θα υπάρχει ο απαραίτητος χρόνος και το απαραίτητο προσωπικό για να γίνουν αυτά; Μήπως οι κανονισμοί και η γραφειοκρατία μας εγκλωβίσουν σε διαδικασίες διαρκούς αιτιολόγησης για κάθε πελάτη που είχαμε, κάθε μέρα, κάθε ώρα; Μήπως καταλήξουν, λοιπόν, οι θεραπευτές να ασχολούνται λιγότερο με αυτό που ξέρουν να κάνουν καλύτερα, δηλαδή να αλληλεπιδρούν με τους πελάτες; Αυτό που θέλω να πω είναι ότι οι Θ.Κ. γενικά πρέπει να εξελιχθούν κι άλλο. Πρέπει να δουν καινούργια πράγματα, να είναι ανοιχτές. Πρέπει να εξετάσουν όλες τις πρακτικές που εφαρμόζουν και να βεβαιωθούν ότι υλοποιούν όλες τις σημαντικές πτυχές του μοντέλου, και δεν είμαι σίγουρος ότι αυτό γίνεται από όλες τις Θεραπευτικές Κοινότητες. Είναι πολύ δύσκολο σήμερα να ξέρουμε τι πραγματικά εννοούν οι άνθρωποι, όταν αναφέρονται στον όρο «Θεραπευτικές Κοινότητες».

Ε: Μπορώ να συνεχίσω ή θέλετε να προσθέσετε και κάτι ακόμη;

DD Όχι, συνέχισε! Ήταν πολύ καλή η ερώτηση που μου έκανες.

Ε: Χαίρομαι που σας άρεσε και εσείς μαντέψατε την επόμενη μου ερώτηση, ποια είναι η εμπειρία σας μέσα από τη συνεργασία σας με το ΚΕ.Θ.Ε.Α.; Μπορείτε να θυμηθείτε περιστατικά από τη συνεργασία σας με το ΚΕ.Θ.Ε.Α., καλές ή και δύσκολες στιγμές που θα θέλατε να τις μοιραστείτε μαζί μας;

DD: Εμπειρίες από τη συνεργασία μου με το ΚΕ.Θ.Ε.Α. που με έχουν εντυπωσιάσει; Αυτή είναι μια ακόμη μακριά και πολύπλοκη ιστορία. Η σχέση μου με το ΚΕ.Θ.Ε.Α. ξεκίνησε πολλά χρόνια πριν, στα πρώτα χρόνια ίδρυσής του ακόμη. Μετά απομακρύνθηκα για ένα

διάστημα, καθώς ένιωθα ότι ο ιδρυτής του φορέα, ο οποίος έκανε εξαιρετική δουλειά, προσπάθησε αργότερα να κάνει τον οργανισμό να εξαρτάται απόλυτα από αυτόν. Πραγματικά η κατάσταση οδηγούταν στο να μην μπορεί κανείς να κάνει κάτι, ανεξάρτητα από τις ικανότητες που διαθέτετε, χωρίς να έχει δοθεί εντολή από το Διευθυντή. Ήταν όμως πραγματικά πολύ ευφυής, κάποιες από τις καινοτομίες που εισήγαγε ήταν πραγματικά ασυνήθιστες. Ακόμη κι αν τελικά δεν συνέβαλε στην ωρίμανση και το «μεγάλωμα» του οργανισμού. Έτσι, όταν είδα ότι το κλίμα άρχισε να γίνεται καταστροφικό, απομακρύνθηκα. Αργότερα όμως αυτό που είδα ήταν ότι το ΚΕ.Θ.Ε.Α., υπό νέα καθοδήγηση, μπόρεσε να διατηρήσει την αφοσίωσή του προς τις αξίες των Θεραπευτικών Κοινοτήτων. Κατάφερε να το πετύχει αυτό παρά τα πολυάριθμα πολιτικά εμπόδια που αντιμετώπισε. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επιτρέπεται στους ανθρώπους να κάνουν αυτό που μπορούν να κάνουν καλά και να είναι ανοιχτός ο δρόμος στην εξέλιξη και την ανάπτυξη. Οι αρετές των σημερινών ηγετικών στελεχών του ΚΕ.Θ.Ε.Α., δημιουργούν μια εξαιρετική ατμόσφαιρα, αυτό είναι μοναδικό. Αν θα μπορούσε αυτό να συμβεί εκτός Ελλάδας με την ίδια δεξιοτεχνία και τις ίδιες προθέσεις; Ίσως και να μπορούσε. Αναμφίβολα, όμως, ό,τι συμβαίνει εδώ αντικατοπτρίζει την ελληνική κοινωνία, τουλάχιστον μια πτυχή της ελληνικής κοινωνίας. Είναι επίσης μια πολιτική πτυχή της ελληνικής κοινωνίας, δεν είναι μόνο η πολιτιστική διάσταση της οικογένειας. Αυτά βοήθησαν πραγματικά στην πραγμάτωση των στόχων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Ένα σημαντικό θέμα εδώ αφορά το εάν ο οργανισμός θα εξακολουθήσει να αναπτύσσεται και να ευημερεί χωρίς το μοναδικό συνδυασμό που προσφέρουν οι δεξιότητες της διοίκησης και ηγεσίας του. Μόνο ο χρόνος θα μπορέσει να το δείξει αυτό, και πρόκειται για μια πρόκληση για το ιδιαίτερα αφοσιωμένο διοικητικό συμβούλιο του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Ε: Ποιους θεωρείτε δασκάλους, καθοδηγητές και μέντορες σας στη ζωή;

DD: Νομίζω ότι ωφελήθηκα από όλες μου τις εμπειρίες, από όλες μου τις επαφές, καλές και κακές. Όπως λέει και ο Aaron Nevil: *"It made me who I am, both the good and the bad"* («Με έκαναν αυτό που είμαι τόσο τα καλά όσο και τα κακά»). Εάν αναφέρεστε στη θεραπεία και στις διαταραχές των εξαρτήσεων είχα κάποιες φιλοσοφικές επιρροές, αλλά επηρεάστηκα και από τα βιβλία που διάβασα, ιδιαίτερα από τους υπαρξιστές φιλοσόφους και τις αναλύσεις τους, και φυσικά θα πρέπει να αναφερθούμε και στον καλό και κακό Deitch. Επιπλέον, θεωρώ τις προσεγγίσεις του Ethran Ramirez ιδιαίτερα ευφυείς, αν και στο χώρο της τοξικοεξάρτησης δεν αναφέρεται ούτε μνημονεύεται ιδιαίτερα συχνά, όσον αφορά στην ανάπτυξη του θεσμού των Θ.Κ. Εμείς, στο DAYTOP, αναφερόμασταν σε αυτή τη δραστηριότητα ως «ανθρωπιστική κοινότητα». Ο Ethran Ramirez ήταν ο άνθρωπος που μου πρότεινε τότε να χρησιμοποιήσω μια έκφραση που να έχει εντονότερη χροιά «κοινωνικής υγείας». Ήταν οπαδός του Maxwell Jones. Όταν ο Jones δούλεψε στην Ευρώπη και στο Σηάτλ, στην Ουάσινγκτον, ήταν ο πρώτος «τσάρος» στο χώρο της θεραπείας από την τοξικοεξάρτηση, αν και ήταν στην πόλη της Νέας Υόρκης. Είχαμε πολύ στενή σχέση. Εγώ ήμουν επικεφαλής της επανένταξης στη Νέα Υόρκη, έτσι αποτέλεσε ορόσημο για μένα. Έπειτα, όσον αφορά την ανάπτυξη και την εξέλιξή μου ήταν ο Jerry Jaffe. Ο Jaffe ήταν και εξακολουθεί να είναι καταπληκτικός μέντορας, πολύ καλός δάσκαλος, μια προσωπικότητα που συνέβαλε πολύ στην ανάπτυξή μου. Ένας άλλος άνθρωπος που δεν αναφέρεται αρκετά συχνά είναι ο Sidney Cohen, στον οποίο οφείλω μεγάλη ευγνωμοσύνη για την καθοδήγησή που μου πρόσφερε. Ο άνθρωπος αυτός ήταν πρωτοπόρος στην ανάπτυξη της θεραπείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ένας άνθρωπος ο οποίος πραγματικά έψαχνε το ασυνήθιστο,

16 Εξαρτήσεις

που ήταν πάντοτε πρόθυμος να πειραματιστεί πέραν των καθιερωμένων. Σημαντική επιρροή για μένα ήταν επίσης ένας άντρας με το όνομα Arnold Mindel, ο οποίος ήταν Πρόεδρος στη Σχολή Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας Σαν Ντιέγκο όταν πρωτοπήγα εκεί. Σημαντικός μέντορας και πολύ δυνατό μυαλό. Και φυσικά ο Lou Judd, ο οποίος είναι σημαντικός μέντορας και ένας πραγματικά πολύ πιστός φίλος. Ένας άνθρωπος στον οποίο πάντοτε θα είμαι ευγνώμων για τη διαρκή υποστήριξη και ενθάρρυνσή του, καθώς επίσης και για την ευκαιρία που μου έδωσε.

Ε: Ύστερα από όλα αυτά τα χρόνια εμπειρίας τι πιστεύετε ότι πραγματικά βοηθάει στο να παραμείνει κανείς «καθαρός»;

DD: Αυτό είναι πολύ εύκολο, Κωνσταντίνα. Εάν αυτά που έχει μάθει κανείς από τη θεραπεία του τον βοηθούν να αναπτύξει ικανότητες, συμπεριφορικές δεξιότητες και να μπορέσει να πάρει θετική ενίσχυση, εάν του δοθούν οι κατάλληλες ευκαιρίες, για να βρει μια κοινωνική ταυτότητα η οποία θα παρέχει επαρκή υποστήριξη στις περιόδους κρίσης (που πρέπει να συμβούν) τότε αυτό το άτομο θα πετύχει. Φυσικά όλα αυτά είναι πολλά. Έτσι, ας καταλήξουμε κάπου. Εάν λειτουργήσει αυτό, και αυτά που μαθαίνει κάποιος του δίνουν θετική ενίσχυση, τότε θα μπορέσει να πετύχει, υπό την προϋπόθεση ότι θα του δοθεί η ευκαιρία για τη δημιουργία ουσιαστικής κοινωνικής ταυτότητας.

Τώρα, ποιο μοντέλο θα μας βοηθήσει να το καταφέρουμε αυτό; Πιστεύω ότι θα πρέπει να είναι ένα μοντέλο που θα περιλαμβάνει όλους τους παράγοντες: τους ψυχοκοινωνικούς και, εάν χρειαστεί, να πάρει και τη βοήθεια της ιατρικής επιστήμης. Όλα αυτά πρέπει να εφαρμοστούν σε ένα περιβάλλον κατανόησης, έρευνας και πρακτικής (για να μπορέσουμε να μελετήσουμε τη συμπεριφορά). Χρειάζονται ακόμα μια θεραπευτική ατμόσφαιρα και φυσικά χρόνος. Για κάποιους ανθρώπους χρειάζεται και κάποια φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακευτική αγωγή, σε συνδυασμό με υπηρεσίες υποστήριξης, μπορεί να βοηθήσει ορισμένους ανθρώπους να αποκτήσουν πάλι τις φυσιολογικές τους λειτουργίες. Για τους περισσότερους ανθρώπους ωστόσο τα ζητήματα που αφορούν την καρδιά και το μυαλό, απαιτούν ένα περιβάλλον φροντίδας. Μόνο η φαρμακευτική αγωγή δεν αρκεί!

Ε: Πόσο σημαντική ήταν η προσωπική σας θεραπεία και πόσο σημαντικό πιστεύετε ότι είναι για ένα θεραπευτή να κάνει προσωπική θεραπεία.

DD: Όλοι οι θεραπευτές που κατά καιρούς είχα στη ζωή μου ήταν χρήσιμοι, και αυτό φάνηκε σε διάφορα βήματά μου. Εάν σε κάποιο συγκεκριμένο βήμα αυτό σήμαινε προσωπική μεταμόρφωση ή ενόραση, δεν ξέρω να σας απαντήσω. Αυτό που θέλω να πω είναι ότι ακόμη και ο λιγότερο αποτελεσματικός θεραπευτής, ακόμη και αυτός που έκανε λάθος, μου έδωσε την ευκαιρία να διερευνήσω και να αντιμετωπίσω τον εαυτό μου. Μπορεί να μην μπόρεσαν εκείνη τη χρονική περίοδο της ζωής μου να την επηρεάσουν, όμως σταδιακά φάνηκαν χρήσιμοι. Έτσι δημιουργήθηκε η προσωπική μου ιστορία, το ταξίδι στην αυτογνωσία, στην ικανότητα να γνωρίζεις ποιος είσαι και να μπορείς να είσαι ευαίσθητος απέναντι στους φόβους σου, να μπορείς να βρεις τη σύνδεση ανάμεσα στο ποιο είναι το ευαίσθητο σημείο της αντίδρασής σου και τότε μπορείς να φτάσεις σε αυτό το σημείο, να μπορείς να διατηρήσεις καλές διαπροσωπικές σχέσεις σε κάθε επίπεδο, να μπορείς να ξαναδομήσεις την προσωπική και επαγγελματική σου ζωή. Μπορεί να είσαι καλός τεχνικός όχι όμως καλός θεραπευτής. Αυτό νομίζω πως είναι το δεύτερο σημαντικό στοιχείο στη ζωή ενός ατόμου, η προσωπική ευαισθησία, η ενόραση, η συνείδηση, όχι μόνο οι τεχνικές προσεγγίσεις...

E: Συμφωνώ μαζί σας.

DD: Τώρα όσον αφορά στην πρόσληψη ατόμων για να δουλέψουν ως θεραπευτές, θα πρέπει να είναι αρκετά έξυπνοι και αρκετά ευαίσθητοι, ώστε να μπορούν να συνδεθούν με τον άλλο άνθρωπο. Αναμφίβολα χρειάζονται η ενσυναίσθηση και η συμπόνια, η ικανότητα να μοιραστείς αυτά τα συναισθήματα με άλλους και η ικανότητα να λύσεις προβλήματα. Έτσι χρειάζεται ένας βαθμός αμεσότητας, σε συνδυασμό με χαρακτηριστικά ανθρωπιάς, συμπόνιας και ενσυναίσθησης. Νομίζω αυτές είναι βασικές προϋποθέσεις. Χρήσιμο επίσης είναι να μπορείς να προβλέπεις τι προβλήματα θα προκύψουν, κι όχι να περιμένεις απλά τι θα συμβεί. Και σε σχέση με αυτό χρήσιμη είναι μια φράση που συνήθιζα να χρησιμοποιώ: Η προβολή είναι πολύτιμη!

E: Η τελευταία μου ερώτηση: Από τις προηγούμενες δουλειές με τις οποίες ασχοληθήκατε ποια σας άρεσε περισσότερο, ποια σας ικανοποιούσε περισσότερο; Και τι θα λέγατε σε ένα νέο θεραπευτή;

DD: Τι μου άρεσε περισσότερο;

E: Ναι, είστε συγγραφέας, είστε δάσκαλος, είστε θεραπευτής και έχετε υπάρξει και διευθυντής προγράμματος.

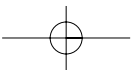
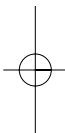
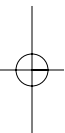
DD: Νομίζω πως από όλα προτιμώ να διδάσκω. Μου αρέσει ακόμη η θεραπεία, αλλά παίρνω περισσότερη θετική ενίσχυση από τη διδασκαλία και έτσι είναι σαφές ότι γίνεται εις βάρος της θεραπείας (διαρκούς θεραπείας) με κάποιον άνθρωπο. Συντονίζω μια ομάδα, είναι μια ομάδα επαγγελματιών, και μπορώ να είμαι leader της ομάδας διδάσκοντας ταυτόχρονα. Το να κάνω ομαδική θεραπεία με μια ομάδα ψυχικά ασθενών ατόμων, δεν θα ήταν σωστό και ηθικό, διότι ταξιδεύω πολύ συχνά. Έτσι αυτό που μου δίνει τη μεγαλύτερη ενίσχυση είναι η διδασκαλία. Σίγουρα αυτό είναι που με ικανοποιεί περισσότερο στη ζωή μου.

Τώρα, τι θα έλεγα σε ένα νεαρό θεραπευτή; Σίγουρα θα του έλεγα να αναπτύξει την τέχνη του. Ο τρόπος με τον οποίο θα αναπτύξει την τέχνη του θα καθορίσει και το ποιος είναι. Θα του πρότεινα να αναζητήσει εμπειρίες που θα τον βοηθήσουν να μάθει για άλλους πολιτισμούς, για άλλους ανθρώπους. Ενωώ κυριολεκτικά. Αναζήτησε τη μοναδικότητα, ασχολήσου είκοσι λεπτά κάθε μέρα με το να κρατάς σημειώσεις για σένα, όχι για κάποιον άλλο, γράψε ένα ποίημα, ή δύο εάν μπορείς... και κράτα ημερολόγιο, εγώ το έκανα πολλές, πολλές φορές στη ζωή μου. Εξαρτάται κυρίως από το είδος θεραπείας που εφαρμόζεις. Εάν θέλεις να εξελιχθείς ως «μικρός θεραπευτής», κάνε ό,τι και ένας προπονητής ομάδας μπάσκετ. Κατάγραφε τις κινήσεις που ήταν πετυχημένες, όχι μόνο τις κινήσεις που δεν ήταν πετυχημένες. Έτσι σιγά σιγά θα αποκτήσεις μια βάση αναφοράς για τον εαυτό σου και τελικά μπορεί και να το εκδόσεις κάποια στιγμή. Αυτό θα έλεγα.

E: Σας ευχαριστώ πάρα πολύ, θεωρώ ότι ήταν πολύ σημαντικά όσα μας είπατε.

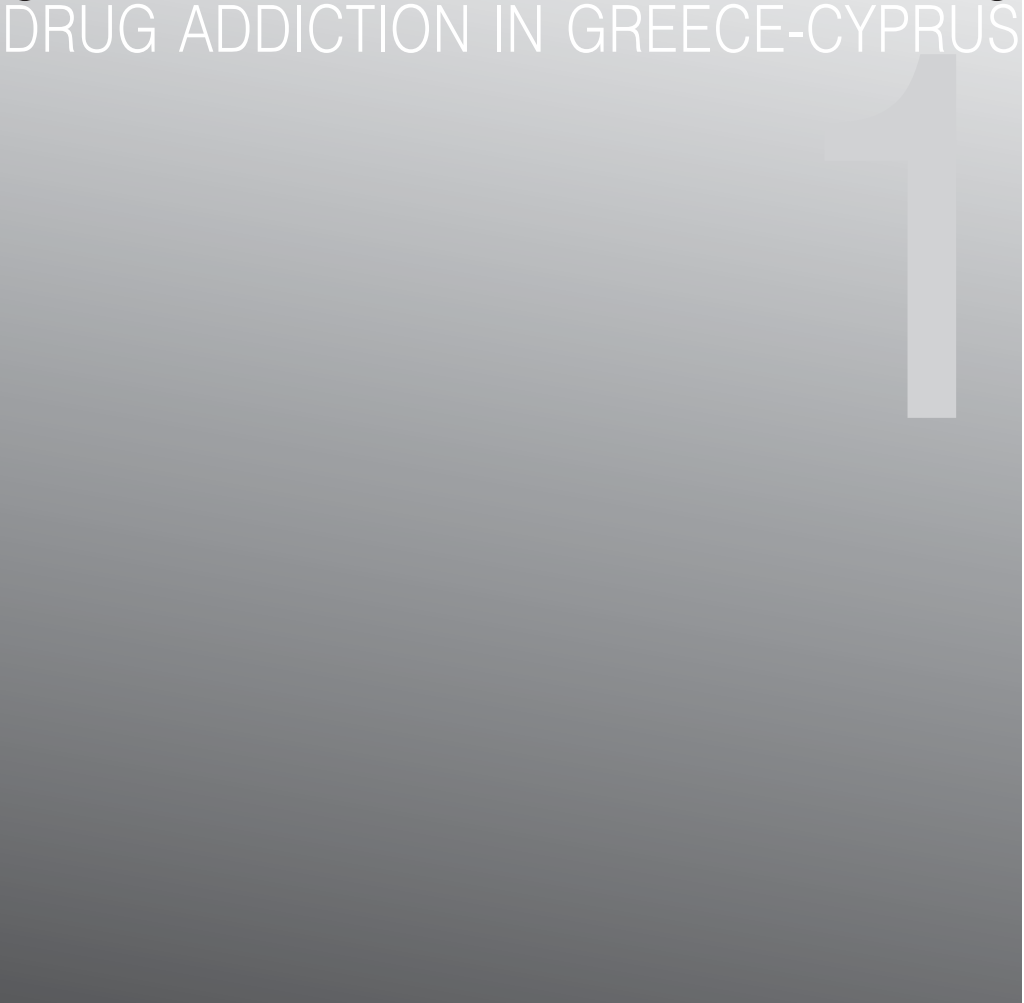
DD: Κι εγώ σας ευχαριστώ πολύ.

18 Εξαρθήσεις

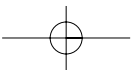
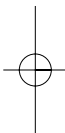
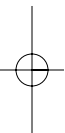


ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ-ΚΥΠΡΟ

DRUG ADDICTION IN GREECE-CYPRUS



20 Εξαρθήσεις



Εξαρτήσεις, τεύχος 9, 2006

COMPARATIVE STUDY OF SUBSTANCE ABUSE BY MALE ADOLESCENTS IN CYPRUS, AGED 17-18 YEARS OLD, BETWEEN 1998-2003, AS WELL AS OF THE FACTORS THAT AFFECT IT. OUTCOMES OF TWO PANCYPRIOT REPRESENTATIVE RESEARCHES.

V. HADJIVASSILIS AND C. PANAGIOTOPOULOS

A b s t r a c t

Background: Despite the severity of the problem of toxic substances' consumption, the relevant research here in Cyprus, is scanty.

Purpose: The present study aims to explore the differences, if any, in the consumption of toxic substances in Cyprus among male adolescents aged 17 and 18 years old within the period 1998 and 2003.

Methodology: 1935 and 1224 male adolescents aged 17 and 18 years old constituted our sample in the 1998 and the 2003 survey, respectively. For the statistical analysis a t-test was performed.

Results: Results Showed: A) An increase in the consumption of toxic substances within the studied period, which was also found to be statistically significant, B) Alcohol and tobacco consumption had a considerable increase, whereas heroin consumption remained steady.

Conclusion: Despite the limitations of the present study i.e. male sample, the consumption of alcohol and tobacco among male adolescent in Cyprus is emerging as a serious public health problem.

Key words: toxic substances, psychopathology, delinquency, adolescents

Εξαρτήσεις, τεύχος 9, 2006

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΑΡΡΕΝΕΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ, ΗΛΙΚΙΑΣ 17 ΚΑΙ 18 ΕΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ 1998 – 2003, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ. ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΔΙΑΔΟΧΙΚΕΣ ΠΑΓΚΥΠΡΙΕΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ.

ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΗΣ ΒΑΣΙΛΗΣ¹, ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ²

Π ε ρ ί λ η ψ η

Παρά τη σοβαρότητα του προβλήματος της χρήσης τοξικών ουσιών, η έρευνα γύρω από το θέμα αυτό παρουσιάζεται εξαιρετικά περιορισμένη στον τόπο μας.

Στόχοι: Η παρούσα εργασία αποτελεί την πρώτη στο είδος της, η οποία επιχειρεί να αξιοποιήσει δεδομένα από δύο διαδοχικές μεγάλες παγκύπριες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με χρονικό διάστημα μεταξύ τους μία πενταετία. Η εργασία αποσκοπεί στην επισήμανση τυχόν διαφορών στη χρήση τοξικών ουσιών από μερίδα του εφηβικού μας πληθυσμού μεταξύ των ετών 1998 και 2003, ενώ επιπρόσθετα επιχειρεί να αναδείξει εκείνους τους δημογραφικούς ή άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση τοξικών ουσιών.

Συμμετέχοντες: Το τελικό μας δείγμα στην έρευνα του 1998 απετέλεσαν 1935 άρρηνες, έφηβοι, Ελληνοκύπριοι, ηλικίας 17 και 18 ετών, ενώ το αντίστοιχο δείγμα του 2003 ήταν 1224 άτομα.

Μετρήσεις: Οι συμμετέχοντες και στις δύο περιπτώσεις συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο εθελοντικά και ανώνυμα. Η στατιστική ανάλυση έγινε με Ανάλυση της Μεταβλητότητας (ANOVA) και όπου κρίθηκε απαραίτητο εφαρμόστηκε η δοκιμασία του κριτηρίου t (student t-test).

Ευρήματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν: Α) Μία αύξηση στην χρήση τοξικών ουσιών μεταξύ 1998 και 2003 και η διαφορά αυτή βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική. Β) Οι ακόλουθες μεταβλητές βρέθηκε να επηρεάζουν την χρήση τοξικών ουσιών: 1) Η απασχόληση, 2) Το εκπαιδευτικό επίπεδο, 3) Η σχέση του εφήβου με τη θρησκεία, 4) Το επίπεδο επιθετικότητας μεταξύ των γονέων και 5) Η δομή της οικογένειας. Τα πορίσματά μας αυτά μπορούν να αποτελέσουν τη βάση ανάπτυξης προληπτικών προγραμμάτων ενάντια στην χρήση τοξικών ουσιών στον τόπο μας.

Λέξεις κλειδιά: τοξικές ουσίες, ψυχοπαθολογία, παραβατικότητα, έφηβοι

1 Ψυχίατρος – κοινωνιολόγος, Επικεφαλής Μονάδας Έρευνας, Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, και Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

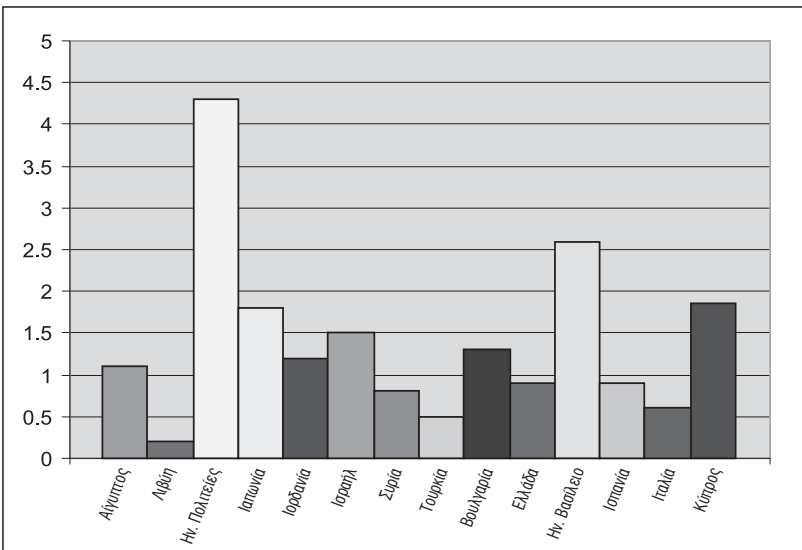
2 Ψυχιατρικός Κοινωνικός Λειτουργός – Σύμβουλος Θεραπευτής, Ass. Professor in Social Work/ Course Coordinator, Intercollege, Nicosia Cyprus, Ηλ.διεύθυνση: chrispan_73@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά το έτος 2000 έχει υπολογισθεί παγκόσμια ότι περίπου 199.000 δολοφονίες (9,2 ανά 100.000 πληθυσμού) έχουν διαπραχθεί από ανήλικους. Στην ευρωπαϊκή ήπειρο, οι περισσότερες χώρες με επίπεδα διαπραγμένων δολοφονιών πάνω από 10,0 ανά 100.000 κατοίκους είναι χώρες με ραγδαίες κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές αλλαγές, όπως η Αλβανία (28,2 ανά 100.000) και η Ρωσική Ομοσπονδία (18,0 ανά 100.000). Οι χώρες με χαμηλά επίπεδα φαίνεται να είναι οι δυτικοευρωπαϊκές, όπως η Γαλλία, η Γερμανία και η Βρετανία (WHO, 2002).

Ωστόσο, η βία στην κοινωνία, η βία μέσα στην οικογένεια και το διαζύγιο αποτελούν φαινόμενα με ολοένα αυξανόμενη συχνότητα και στις δυτικές κοινωνίες, περιλαμβανομένης και της κυπριακής. Ειδικότερα, διαχρονική μελέτη της διακύμανσης της συχνότητας εμφάνισης του διαζυγίου στην Κύπρο δείχνει ότι σε διάστημα μίας δεκαπενταετίας και πιο συγκεκριμένα μεταξύ των ετών 1988 και 2002, το ακαθάριστο ποσοστό διαζυγίων κυμάνθηκε από 0,56 (1988) σε 1,86 (2002). Σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα που ακολουθεί, το οποίο δείχνει παραστατικά αυτά τα δεδομένα, η Κύπρος φαίνεται να παρουσιάζει τον υψηλότερο δείκτη διαζυγίων (ακαθάριστο ποσοστό διαζυγίων) σε σχέση με όλες τις γειτονικές της χώρες αλλά και αρκετές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαίτερα τις μεσογειακές.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1: ΠΟΣΟΣΤΑ ΔΙΑΖΥΓΙΩΝ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ



Οι κοινωνικές διαφοροποιήσεις και κυρίως οι μεταλλαγές στο σύστημα των κοινωνικών αξιών, οι οποίες σηματοδοτούν μια μεταλλαγή της σύγχρονης κοινωνίας μας, αλλά ταυτόχρονα και του πυρήνα της με απότοκες διαφοροποιήσεις στο επίπεδο της δομής και λειτουργίας της σύγχρονης οικογένειας, φαίνεται να επιφέρουν δυσλειτουργικά κοινωνικά φαινόμενα με πρώτο εκείνο της παραβατικότητας των ανηλίκων που δυστυχώς

24 Εξαρτήσεις

διαρκώς διογκώνεται σ' όλες τις δυτικού τύπου κοινωνίες. Ωστόσο, το φαινόμενο της παραβατικότητας αποτελεί ένα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο συντίθεται και από άλλα επί μέρους φαινόμενα, όπως η χρήση ή κατάχρηση τοξικών ουσιών από εφήβους, η βίαιη συμπεριφορά των εφήβων ή ακόμη και η αχαλίνωτη σεξουαλική τους συμπεριφορά (Hadjivassilis et al. 2004).

Το πρόβλημα της διαπιστούμενης αυξητικής τάσης στη χρήση τοξικών ουσιών απασχολεί παγκόσμια σχεδόν όλες τις χώρες σήμερα. Επαναλαμβανόμενες, ανά τριετία ή πενταετία, έρευνες πληθυσμού σε διάφορες χώρες καταγράφουν τη συχνότητα χρήσης τοξικών ουσιών στο σύνολο του πληθυσμού ή κατά ηλικιακές ομάδες. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει την παρακολούθηση της πορείας του προβλήματος. Ο πίνακας που ακολουθεί δείχνει τέτοιου είδους στατιστικά δεδομένα, που από μόνα τους αποτυπώνουν το εύρος του προβλήματος στις χώρες που αναφέρονται και την αυξητική του πορεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1: ΧΡΗΣΗ ΕΠΙΤΡΕΠΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΧΩΡΩΝ

Ουσίες	ΗΠΑ			Οι Κάτω Χώρες		Ελλάδα		
	Πάντα χρησιμοποιούνταν (2002)	Χρήση τον τελευταίο χρόνο (2002)	Χρήση τον τελευταίο μήνα (2002)	Πάντα χρησιμοποιούνταν (1999)	Χρήση τον τελευταίο χρόνο (1999)	Πάντα χρησιμοποιούνταν (2001)	Πάντα χρησιμοποιούνταν (1984)	Πάντα χρησιμοποιούνταν (1998)
Αλκοόλ	195 εκατ. 83,1%	155 εκατ. 66,1%	119 εκατ. 51%	90,2%	82,5%	-	-	-
Καπνός	171 εκατ. 73,1%	84 εκατ. 36,0%	71 εκατ. 30,4%	67,9%	38,1%	-	-	-
Μαρ/άνα	94 εκατ. 40,4%	25 εκατ. 11,0 %	14 εκατ. 6,2%	15,6%	4,5%	17,0%	3,9%	12,2%
Κοκαΐνη	33 εκατ. 14,4%	6 εκατ. 2,5%	2 εκατ. 0,9%	2,1%	0,6%	2,9%	0,2%	1,1%
Κράκ	8 εκατ. 3,6%	1,6 εκατ. 0,7%	0,6 εκατ. 0,2%	* not tracked	* not tracked	-	-	-
Ηρωίνη	3,7 εκατ. 1,6%	0,4 εκατ. 0,2%	0,17 εκατ. 0,1	0,3%	0,1%	0,4%	0,2%	0,4%

Source: a) Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Us Department of Health and Human Services, Results from the 2002 National Survey on Drugs Use and Health: National Findings (Rockville, MD: Office of Applied Studies, Sept. 2003), table H.12, p. 199. b) University of Amsterdam, Center of Drug Research, Licit and Illicit Drug Use in the Netherlands, 1997, 1999. c) European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2002

Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος εξ' άλλου, είναι και οι έρευνες που αναφέρονται στους θανάτους, οι οποίοι συνδέονται άμεσα με τη χρήση τοξικών ουσιών. Έτσι, σύμφωνα και πάλι με τα διαθέσιμα στατιστικά δεδομένα, στη συγγενική και κοντινή μας Ελλάδα, οι θάνατοι αυτοί (Πίνακας 1.2) παρουσιάζουν διαχρονικά μια σταθερή αύξηση, ενώ το ηλικιακό

φάσμα των ατόμων μέχρι 20 ετών φαίνεται διαρκώς να αυξάνει τη συμμετοχή του σ' αυτό το τραγικό φαινόμενο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2: ΔΙΑΠΙΣΤΩΜΕΝΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ ΠΟΥ ΑΠΟΔΙΔΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 1990-2000.

Ηλικία	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<20	2 (0,02)	1 (0,01)	4 (0,05)	8 (0,05)	7 (0,03)	14 (0,06)	24 (0,10)	33 (0,13)	47 (0,18)	51 (0,17)
21-30	44	47	49	71	90	98	102	112	122	130
>31	33	31	25	67	79	110	106	100	96	123
Σύνολο	79	79	78	146	176	222	232	245	265	304

Πηγή: *European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2002*

Αξίζει να τονισθεί ότι παρ' όλη τη σοβαρότητά του θέματος της χρήσης ή κατάχρησης τοξικών ουσιών από εφήβους στον τόπο μας, μέχρι σήμερα καμία παγκύπρια επιδημιολογική έρευνα δεν έχει γίνει ακόμη, έτσι ώστε να καταγράφεται το εύρος και η σοβαρότητα του προβλήματος βάσει αξιόπιστων ερευνητικών δεδομένων και να θέτει τη βάση για μελλοντικές έρευνες παρόμοιου τύπου. Πρόσφατοι, κατά συρροή θάνατοι νεαρών ατόμων από χρήση τοξικών ουσιών φέρνουν και πάλι το συγκεκριμένο φαινόμενο στην επικαιρότητα.

Η εργασία αυτή λοιπόν, αποτελεί την πρώτη προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση. Σκοπός της είναι η καταγραφή της χρήσης τοξικών ουσιών σε μία διαχρονική προοπτική, αξιοποιώντας τα δεδομένα που προέκυψαν από δύο παγκύπριες έρευνές μας, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν το 1998 και 2003 αντίστοιχα και οι οποίες είχαν ως κεντρικά θέματα την παραβατικότητα και την ψυχοπαθολογία των εφήβων στη χώρα μας. Παράλληλα, επιδιώκει μέσα από την παρουσίαση των αποτελεσμάτων να αναδείξει τους δημογραφικούς ή άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που πιθανά να συνδέονται με τη χρήση των τοξικών ουσιών στην Κύπρο.

Η κεντρική υπόθεση στην οποία στηρίζεται η εργασία αυτή είναι ότι μεταξύ των δύο χρονικών περιόδων που αναφέρονται πιο πάνω αναμένεται να υπάρχει μια αύξηση στη χρήση τοξικών ουσιών από τον εφηβικό πληθυσμό στον τόπο μας.

Επιμέρους υποθέσεις για επιβεβαίωση είναι ότι:

- A) Οι ακόλουθοι δημογραφικοί ή άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με την αυξημένη χρήση τοξικών ουσιών, τόσο στην έρευνα του 1998 όσο και σε εκείνη του 2003:
1. Οι συγκρούσεις μεταξύ των γονιών.
 2. Η απασχόληση του εφήβου.
 3. Η δομή της οικογένειας του εφήβου.
 4. Η θρησκευτικότητα του εφήβου (η σχέση του εφήβου με τη θρησκεία).
 5. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του εφήβου.
 6. Ο τόπος διαμονής του εφήβου

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Κατά το 1998 και 2003, δύο διαδοχικές έρευνες σε παγκύπριο αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων ηλικίας 17 και 18 ετών πραγματοποιήθηκαν, οι οποίες αποσκοπούσαν στη διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας και της παραβατικής τους συμπεριφοράς. Οι δύο αυτές έρευνες ακολούθησαν πανομοιότυπη μεθοδολογία (Χατζηβασίλης κ.ά. 2002β). Η παρούσα εργασία αξιοποιεί τα ευρήματα των δύο αυτών μεγάλων ερευνών καταγράφοντας τα δεδομένα που αφορούν μόνο στη χρήση τοξικών ουσιών και στις δύο αυτές χρονικές περιόδους.

Συμμετέχοντες

Τα δύο δείγματα πληθυσμού, εκείνο του 1998 και αυτό του 2003, υπήρξαν απόλυτα συμβατά μεταξύ τους και συγκρίσιμα όπως διαφαίνεται παρακάτω.

Δείγματα έρευνας 1998 και 2003 Το αρχικό μας δείγμα αποτέλεσαν άρρενες εφήβοι που κατετάγησαν στην κυπριακή Εθνική Φρουρά σε δύο φάσεις κατάταξης, δηλαδή εκείνη του Ιουλίου (1998) και εκείνη του Ιανουαρίου (1999). Συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της απλής τυχαιάς δειγματοληψίας στις αναφερόμενες δύο αυτές χρονικές περιόδους, 1591 και 344 ερωτηματολόγια αντίστοιχα, δηλαδή συνολικά 1935 ερωτηματολόγια. Το τελικό μας δείγμα αφορά τα 1935 έγκυρα ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν από άρρενες εφήβους ηλικίας 17 έως 18 ετών. Ειδικότερα, οι 690 συμμετέχοντες ήταν 17 ετών (από ένα σύνολο 5286 ανδρικού πληθυσμού της χώρας ηλικίας 17 ετών, δηλαδή ποσοστό 13%) ενώ 1248 συμμετέχοντες ήταν 18 ετών (από ένα σύνολο 5500 του ανδρικού πληθυσμού της χώρας ηλικίας 18 ετών, δηλαδή ποσοστό 22%). Ένα δείγμα αποτελούμενο από 340 συμμετέχοντες ηλικίας 17 ή 18 ετών, είχε προϋπολογισθεί ως ελάχιστο απαραίτητο δείγμα προκειμένου να έχουμε ένα παγκύπριο αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων ηλικίας 17 και 18 ετών (με δειγματοληπτικό σφάλμα -5%, +5%).

Όπως στην έρευνα του 1998 έτσι και σε εκείνη του 2003, συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της απλής τυχαιάς δειγματοληψίας στις αναφερόμενες δύο αυτές χρονικές περιόδους, 793 και 634 ερωτηματολόγια αντίστοιχα, δηλαδή συνολικά 1427 ερωτηματολόγια. Από το σύνολο αυτό, 1224 έγκυρα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από εφήβους ηλικίας 17 ή 18 ετών, οι οποίοι αποτέλεσαν και το τελικό μας δείγμα. Ειδικότερα, οι 595 συμμετέχοντες ήταν 17 ετών (από ένα σύνολο 5760 του ανδρικού πληθυσμού της χώρας ηλικίας 17 ετών, δηλαδή ποσοστό 10%) και οι 616 συμμετέχοντες ήταν 18 ετών (από ένα σύνολο 5870 του ανδρικού πληθυσμού της χώρας ηλικίας 18 ετών, δηλαδή πάλι ποσοστό 10%). Ένα δείγμα 373 εφήβων, ηλικίας 17 ή 18 ετών, είχε υπολογισθεί ως ελάχιστο απαραίτητο δείγμα προκειμένου να έχουμε ένα παγκύπριο αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων ηλικίας 17 και 18 ετών (με δειγματοληπτικό σφάλμα -5%, +5%). Τελικά το δείγμα ήταν αριθμητικά μεγαλύτερο από εκείνο που στατιστικά απαιτείται.

Η συμμετοχή των εφήβων στις έρευνες αυτές ήταν εθελοντική και σε ανώνυμη βάση. Η συμμετοχή και στις δύο περιπτώσεις υπολογίσθηκε ότι φθάνει στο εξαιρετικά υψηλό επίπεδο του 99% των ατόμων που ενημερώθηκαν και προσκλήθηκαν για να συμμετέχουν. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευθεί από το ότι οι έφηβοι που συμμετείχαν στην έρευνα και στις δύο χρονικές περιόδους βρίσκονταν στα Κέντρα Νεοσυλλέκτων, ένα χώρο σχετικά ελλιπή από ερεθίσματα.

Η συλλογή των πληροφοριών και στις δύο περιπτώσεις έγινε τη δεύτερη ή τρίτη μέρα της κατάταξης των εφήβων στην Εθνική Φρουρά, στα κέντρα κατάταξης νεοσυλλέκτων, έτσι ώστε να περιορισθούν όσο γίνεται οι αρνητικοί παράγοντες που σχετίζονται με το γεγονός της κατάταξης, οι οποίοι πιθανόν να επιδρούν στην ψυχική κατάσταση ή τη γενική συμπεριφορά των εφήβων. Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίσθηκε το γενικά παραδεκτό, για τέτοιου τύπου έρευνες, επίπεδο του 0,05. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα SPSS για ηλεκτρονικό υπολογιστή (Nurisis, 1993).

Ερωτηματολόγια

Το Αυτό-Βαθμολογούμενο Ερωτηματολόγιο Παραβατικής Συμπεριφοράς (ΑΒΕΠΣ), χρησιμοποιήθηκε και στις δύο έρευνες (Χατζηβασίλης κ.α, 2002α). Αποτελείται από 46 ερωτήσεις και συμπληρώθηκε από κάθε άτομο που συμμετείχε σε κάθε έρευνα προκειμένου να καταγραφεί η πιθανά υπαρκτή, το είδος καθώς και η συχνότητα της παραβατικής του συμπεριφοράς. Αυτό έχει δομηθεί κατά παρόμοιο τρόπο με το γνωστό "General Delinquency Scale" που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στις Η.Π.Α. (Elliot & Huizinga, 1983). Στις ερωτήσεις ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει μια από τις εναλλακτικές επιλογές: «Ποτέ», «1-2 φορές», «3-9 φορές», «10 φορές και περισσότερα». Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας αξιολογήθηκαν μόνο έξι ερωτήσεις από το πλήθος των ερωτήσεων του ΑΒΕΠΣ και στις δύο έρευνες και πιο συγκεκριμένα εκείνες που αναφέρονται στη χρήση τοξικών ουσιών.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας του πιο πάνω ερωτηματολογίου, ο οποίος αναφέρεται σε ολόκληρο το ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβανομένων και των ερωτήσεων που αποτελούν την ενότητα «κατάχρηση τοξικών ουσιών», (Cronbach's a reliability coefficient) υπολογίσθηκε σε 0,7244, ο οποίος δείχνει ένα ικανοποιητικά υψηλό βαθμό αξιοπιστίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μέρος Α: Σύγκριση ποσοστών χρήσης τοξικών ουσιών μεταξύ 1998 - 2003.

1. Κάπνιζες τουλάχιστον 10 τσιγάρα την ημέρα; Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα το δείγμα του 2003 παρουσιάζει μία υπολογίσιμη ποσοστιαία αύξηση στη χρήση καπνού με πλέον φανερή διαφοροποίηση (+2,7%), στην τέταρτη επιλογή της ερώτησης (δηλαδή, 10 φορές και περισσότερο κατά το έτος που πέρασε). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι:

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.Α.1. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ 1998 ΚΑΙ ΤΟΥ 2003.

Κάπνιζες τουλάχιστον 10 τσιγάρα την ημέρα;	Συχνότητα (1998)	Συχνότητα (2003)	% (1998)	% (2003)	% μεταβολή μεταξύ 1998 και 2003
1) Ποτέ	1126	669	58,19	54,70	-3,49
2) 1-2 φορές	196	133	10,12	10,90	+0,78
3) 3-9 φορές	110	75	5,70	06,10	+0,40
4) 10+	483	339	25,00	27,70	+2,70
Δεν δήλωσαν	20	8	1,00	0,70	-0,70
Σύνολο	1935	1224	100	100	
Συνολική % μεταβολή 1998-2003					+3,88

28 Εξαρτήσεις

2. Χρησιμοποιήσες μαριχουάνα ή χασίς; Όπως και στην παραπάνω σύγκριση έτσι και σε αυτήν την περίπτωση παρουσιάζονται μεταβολές στην εκατοστιαία αντιπροσώπευση του δευτέρου μας δείγματος, που αφορά στη χρήση μαριχουάνας ή χασίς, με την καταγραφή μίας αύξησης του ποσοστού αυτού. Η αύξηση αυτή επικεντρώνεται κυρίως στην πρώτη (1-2 φορές) και δεύτερη επιλογή (3-9 φορές) της ερώτησης. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι ένας επιπρόσθετος και υπολογίσιμος αριθμός εφήβων του δείγματός μας, συγκριτικά μεταξύ 1998 και 2003, για διάφορους λόγους, δοκιμάζει τη χρήση μαριχουάνας ή χασίς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.A.II. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑΣ Ή ΧΑΣΙΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ 1998 ΚΑΙ ΤΟΥ 2003.

Χρησιμοποιήσες μαριχουάνα ή χασίς;	Συχνότητα (1998)	Συχνότητα (2003)	% (1998)	% (2003)	% μεταβολή μεταξύ 1998 και 2003
Ποτέ	1731	1045	89,45	85,40	-4,05
1) 1-2 φορές	89	70	4,60	5,70	+1,10
2) 3-9 φορές	31	53	1,60	4,30	+2,70
3) 10+	60	49	3,10	4,00	+0,90
Δεν δήλωσαν	24	7	1,24	0,60	-0,64
Σύνολο	1935	1224	100	100	
Συνολική % μεταβολή 1998-2003					+4,70

3. Έχεις κάνει χρήση ηρωίνης ή άλλων σκληρών ναρκωτικών; Αντίθετα η χρήση σκληρών ναρκωτικών δεν παρουσιάζει αύξηση, αλλά δείχνει μια πολύ μικρή μείωση (-1,3%) κατά τη δεύτερη χρονική περίοδο, σε σύγκριση με την πρώτη χρονική περίοδο και ιδιαίτερα αναφορικά με την τρίτη επιλογή της ερώτησης (3-9 φορές το προηγούμενο έτος), όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.A.III. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΗΡΩΙΝΗΣ Ή ΑΛΛΩΝ «ΣΚΛΗΡΩΝ» ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ 1998 ΚΑΙ ΤΟΥ 2003.

Χρήση ηρωίνης ή άλλων «σκληρών» ναρκωτικών ουσιών;	Συχνότητα (1998)	Συχνότητα (2003)	% (1998)	% (2003)	% μεταβολή μεταξύ 1998 και 2003
1) Ποτέ	1839	1167	95,03	95,30	+0,27
2) 1-2 φορές	39	29	2,01	2,40	+0,39
3) 3-9 φορές	13	15	2,50	1,20	-1,30
4) 10+	24	9	0,67	0,07	+0,03
Δεν δήλωσαν	20	4	1,00	0,30	-0,30
Σύνολο	1935	1224	100	100	
Συνολική % μεταβολή 1998-2003					-0,88

4. Χρησιμοποιήσεις από μόνος σου ηρεμιστικά χάπια; Η χρήση ηρεμιστικών χαπιών, χωρίς ιατρική συνταγή, δείχνει πολύ μικρή αύξηση στο δεύτερο μας δείγμα, σε σχέση με το πρώτο, ιδιαίτερα αναφορικά με τη δεύτερη επιλογή της ερώτησής μας (1-2 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο), δηλαδή αναφέρεται σε περιστασιακή χρήση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.Α.IV. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΩΝ ΧΑΠΙΩΝ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ 1998 ΚΑΙ ΤΟΥ 2003.

Χρησιμοποιήσεις από μόνος σου ηρεμιστικά χάπια;	Συχνότητα (1998)	Συχνότητα (2003)	% (1998)	% (2003)	% μεταβολή μεταξύ 1998 και 2003
1) Ποτέ	1776	1086	91,78	88,70	-3,08
2) 1-2 φορές	88	86	4,54	7,00	+2,46
3) 3-9 φορές	28	28	1,44	2,30	+0,86
4) 10+	23	20	1,18	1,60	+0,42
Δεν δήλωσαν	20	4	1,00	0,30	-0,70
Σύνολο	1935	1224	100	100	
Συνολική % μεταβολή 1998-2003					+3,74

5. Χρησιμοποιήσεις αναβολικές ουσίες με σκοπό να διογκώσεις τους μυς του σώματός σου; Όπως και η πιο πάνω ερώτηση, η χρήση αναβολικών ουσιών επίσης δείχνει μία σχετικά μικρή αύξηση στο δεύτερο μας δείγμα, σε σχέση με το πρώτο, ιδιαίτερα και πάλι, αναφορικά με τη δεύτερη επιλογή της ερώτησής μας (1-2 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.Α.V. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΒΟΛΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ 1998 ΚΑΙ ΤΟΥ 2003.

Χρησιμοποιήσεις αναβολικές ουσίες με σκοπό να διογκώσεις τους μυς του σώματός σου;	Συχνότητα (1998)	Συχνότητα (2003)	% (1998)	% (2003)	% μεταβολή μεταξύ 1998 και 2003
1) Ποτέ	1808	1130	93,43	92,30	-1,13
2) 1-2 φορές	52	58	2,68	4,70	+2,02
3) 3-9 φορές	23	12	1,18	1,00	-0,18
4) 10+	30	20	1,55	1,60	+0,05
Δεν δήλωσαν	22	4	1,10	0,30	-0,70
Σύνολο	1935	1224	100	100	
Συνολική % μεταβολή 1998-2003					+1,89

6. Μέθυσες; Στον πίνακα που ακολουθεί παρατηρούνται οι πιο μεγάλες μεταβολές από οποιονδήποτε άλλο πίνακα, που προηγήθηκε. Το δείγμα των εφήβων του 2003, συγκρινόμενο με εκείνο του 1998, παρουσιάζει μια υπολογίσιμη αύξηση αναφορικά με τη χρήση οινο-

30 Εξαρτήσεις

πνεύματος, η οποία επικεντρώνεται κυρίως στην τέταρτη επιλογή της ερώτησης (10 φορές και περισσότερο κατά τον προηγούμενο χρόνο). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η παρατηρούμενη αυξημένη χρήση οινοπνεύματος στους εφήβους μας, ηλικίας 17 και 18 ετών κατά το έτος 2003, παίρνει χαρακτηριστικά συστηματικής χρήσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.A.VI: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ 1998 ΚΑΙ ΤΟΥ 2003.

Μέθουσες;	Συχνότητα (1998)	Συχνότητα (2003)	% (1998)	% (2003)	% μεταβολή μεταξύ 1998 και 2003
1) Ποτέ	652	360	33,69	29,40	-4,29
2) 1-2 φορές	643	418	33,22	34,20	+0,98
3) 3-9 φορές	321	218	16,58	17,80	+1,22
4) 10+	292	227	15,09	18,50	+3,41
Δεν δήλωσαν	27	1	1,30	0,10	-1,20
Σύνολο	1935	1224	100	100	
Συνολική % μεταβολή 1998-2003					+5,61

Στον πίνακα που ακολουθεί επιχειρείται μία σύνοψη όλων των πιο πάνω δεδομένων. Έτσι προκύπτει ότι οι σημαντικότερες μεταβολές μεταξύ των δύο χρονικών περιόδων, αναφέρονται κυρίως στα ευρήματα της ερώτησης έξι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.A.VII: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑ ΕΡΩΤΗΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ 1998 ΚΑΙ ΤΟΥ 2003.

ΕΡΩΤΗΣΗ	(1) καπνός	(2) χασίς	(3) ηρωίνη	(4) ηρεμιστικά	(5) αναβολικά	(6) αλκοόλ	% μεταβολή μεταξύ 1998-2003
1) Ποτέ	-7,68	-4,05	+0,27	-3,08	-1,13	-4,29	-19,96
2) 1-2 φορές	-0,30	+1,10	+0,39	+2,46	+2,02	+0,98	+6,65
3) 3-9 φορές	+0,40	+2,70	-1,30	+0,86	-0,18	+1,22	+3,02
4) 10+	+2,70	+0,90	+0,03	+0,42	+0,05	+3,41	+7,51
% μεταβολή μεταξύ 1998-2003	+3,10	+4,70	-0,88	+3,74	+1,89	+5,61	

Τα ευρήματά μας περιστρέφονται γύρω από δύο βασικά σημεία προβληματισμού, τα οποία απαντούν στις υποθέσεις που έχουμε αρχικά θέσει:

- Υπάρχει διαφορά στη χρήση τοξικών ουσιών από εφήβους, ηλικίας 17 και 18 ετών στην Κύπρο στο χρονικό διάστημα μεταξύ των ετών 1998 – 2003;
- Αν διαπιστώνεται οποιαδήποτε διαφορά, είναι η διαφορά αυτή στατιστικά σημαντική;

* Σε όλους τους πίνακες των αποτελεσμάτων τα ποσοστά μεταβολής δεν έχουν υπολογισθεί ούτε καταχωρηθεί καθώς σκοπός των πινάκων είναι να δείξει την συχνότητα χρήσης μόνο.

1) Σύγκριση ανάμεσα στα ποσοστά που καταγράφηκαν στην πρώτη και στη δεύτερη χρονική περίοδο αναφορικά με τη χρήση τοξικών ουσιών.

Παρατηρήθηκαν, λοιπόν, κάποιες αξιοσημείωτες μεταβολές μεταξύ των δύο δειγμάτων στις δύο αυτές χρονικές περιόδους. Ύστερα από εφαρμογή της δοκιμασίας του κριτηρίου t (student t -test), που έγινε ανάμεσα στα δύο δείγματα (εκείνο του 1998 και αυτό του 2003) και λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις των εφήβων στις έξι ερωτήσεις, οι οποίες καταγράφουν τη συμπεριφορά της «λήψης τοξικών ουσιών», παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αντίστοιχες ομάδες εφήβων των δύο δειγμάτων.

Έτσι, οι έφηβοι που απαντούν στο ερωτηματολόγιο χρήσης τοξικών ουσιών με χρήση «μία ή δύο φορές», «τρεις μέχρι εννέα φορές» και «δέκα φορές και περισσότερο», θεωρούνται ως χρήστες για την αντίστοιχη χρονική περίοδο, 1998 ή 2003. Η διαφορά αυτή ανάμεσα σε αυτές τις ομάδες χρηστών τοξικών ουσιών, χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία κριτηρίου t (για ανεξάρτητα δείγματα), αναδεικνύεται σε στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=4.549$, $p^* < 0,000$).

Μέρος Β: Η επίδραση των δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στη μεταβλητή της «χρήσης τοξικών ουσιών» και στις δύο μας έρευνες.

Το δεύτερο σκέλος των αποτελεσμάτων επικεντρώνεται στην πιθανή επίδραση των μεταβλητών αυτών στη μεταβλητή «χρήση τοξικών ουσιών». Για την επίτευξη του σκοπού αυτού χρησιμοποιήθηκε άλλοτε η δοκιμασία της Ανάλυσης της Μεταβλητότητας (ANOVA) και όπου κρίθηκε απαραίτητο εφαρμόστηκε η δοκιμασία του κριτηρίου t (student t -test).

Οι μεταβλητές που μελετήθηκαν ήταν οι ακόλουθες:

1. Το εργασιακό καθεστώς-απασχόληση του εφήβου
2. Ο τόπος μόνιμης διαμονής του εφήβου
3. Οι συγκρούσεις των γονέων κατά τους τελευταίους 12 μήνες
4. Η σχέση του εφήβου με τη θρησκεία
5. Το εκπαιδευτικό επίπεδο
6. Η δομή της οικογένειας του εφήβου
7. Η διαμονή του εφήβου

3.Β.1 Η ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Έρευνα του 1998

Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας του 1998, η πλειοψηφία των εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνα του 1998 ήταν τελειόφοιτοι μαθητές λυκείου (84,2%). Προκειμένου να αξιηθεί η στατιστική ισχύς του δείγματός μας, ενοποιήθηκε η υποομάδα των εργαζομένων (14,5%) και ανέργων (1,1%) σε μία νέα υποομάδα, εκείνη των εφήβων που δεν ήταν μαθητές, αλλά εργαζόμενοι ή άνεργοι και συγκρίθηκε με την ομάδα των εφήβων που είχαν ως απασχόλησή τους τη φοίτησή τους στο σχολείο. Από τη σύγκριση των δύο αυτών υποομάδων χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία του κριτηρίου t (t -test) προκύπτει μία στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των δύο αυτών υποομάδων εφήβων στις ερωτήσεις της μεταβλητής «χρήση τοξικών ουσιών» ($t=8,360$, $p^* < 0,000$).

32 *Εξαρτήσεις**Έρευνα του 2003*

Ο έλεγχος της επίδρασης της μεταβλητής «απασχόληση» στη μεταβλητή «χρήση τοξικών ουσιών» έγινε με Ανάλυση της Μεταβλητότητας (ANOVA), από την οποία προκύπτει ότι η μεταβλητή «απασχόληση» επηρεάζει τη μεταβλητή «χρήση τοξικών ουσιών», σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ($F=11,215$, $p^* < 0,000$).

Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με τη δοκιμασία Tukey, η οποία ακολούθησε την Ανάλυση της Μεταβλητότητας, προκύπτει ότι εκείνοι οι έφηβοι που δεν συνέχισαν τη σχολική τους εκπαίδευση, αλλά ήταν εργαζόμενοι, φάνηκε να έχουν την τάση να είναι πιο επιρρεπείς στη χρήση τοξικών ουσιών, απ' ό,τι αυτοί που δεν εργάζονται αλλά εξακολουθούν να είναι μαθητές. Η σύγκριση των δύο αυτών υποομάδων εφήβων παρουσίασε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p^* < 0,000$).

Συμπερασματικά προκύπτει ότι τόσο από την έρευνα του 1998, όσο και εκείνη του 2002, οι εργαζόμενοι ή οι άνεργοι έφηβοι παρουσίαζαν μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης τοξικών ουσιών, συγκρινόμενοι με τους εφήβους, που διατηρούσαν τη μαθητική τους ιδιότητα.

3.B.II Ο ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Στην έρευνα του 1998, ο έλεγχος της επίδρασης της μεταβλητής αυτής στη χρήση τοξικών ουσιών έγινε με την εφαρμογή της δοκιμασίας του κριτηρίου t . Το αποτέλεσμα έδειξε ότι οι έφηβοι, που διαμένουν σε αστική περιοχή, συγκρινόμενοι με εκείνους, που διαμένουν σε αγροτική περιοχή, διαφοροποιούνται αναφορικά με τις απαντήσεις που έδωσαν. Η διαφορά αυτή αναδεικνύεται σε στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=30,971$, $p^* < 0,000$).

Στην αντίστοιχη έρευνα του 2003, μετά από εφαρμογή της δοκιμασίας του κριτηρίου t (student t -test), προκύπτει ότι η διαφορά στις απαντήσεις των εφήβων, οι οποίοι προέρχονται είτε από αστική είτε από αγροτική περιοχή, δεν αναδεικνύεται ως διαφορά σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ($t=-473$, $p=0,636$).

Συμπερασματικά, οι έφηβοι που διέμεναν κατά το 2003 σε αστική, σε σύγκριση με τους εφήβους που ζούσαν σε αγροτική περιοχή δεν παρουσίαζαν πλέον καμία διαφοροποίηση αναφορικά με τη χρήση τοξικών ουσιών σε αντίθεση με το δείγμα του 1998.

3.B.III ΟΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ*Έρευνα του 1998*

Ο έλεγχος της επίδρασης της μεταβλητής «οι συγκρούσεις μεταξύ των γονέων» στη μεταβλητή «χρήση τοξικών ουσιών» έγινε με Ανάλυση της Μεταβλητότητας (ANOVA), από την οποία προκύπτει ότι η μεταβλητή «συγκρούσεις μεταξύ των γονέων» επηρεάζει τη μεταβλητή «χρήση τοξικών ουσιών» σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ($F=8,572$, $p^* < 0,000$). Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με τη δοκιμασία Tukey, η οποία ακολούθησε την Ανάλυση της Μεταβλητότητας, προκύπτει ότι εκείνοι οι έφηβοι που προέρχονται από χαμηλό, ή μέτριο, επίπεδο επιθετικότητας μεταξύ των γονέων τους παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη διαφοροποίηση στις απαντήσεις τους, η οποία φαίνεται να είναι και στατιστικά σημαντική.

Έρευνα του 2003

Η μεταβλητή αυτή έδειξε να επηρεάζει τη χρήση τοξικών ουσιών μεταξύ των εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνά μας. Είναι αξιοσημείωτο ότι σε ένα ποσοστό 37% των οικογενειών των εφήβων μας, δηλώθηκε από αυτούς ότι οι γονείς τους παρουσιάζουν συγχνούς καυγάδες, χωρίς όμως ξυλοδαρμούς και μόλις ένα πολύ μικρό ποσοστό (2,5%), εμπίπτει στην κατηγορία των ζευγαριών που εκδηλώνουν ψηλά επίπεδα συγκρούσεων μεταξύ τους. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφορά στις απαντήσεις των εφήβων που προέρχονται από οικογένειες μετρίου και χαμηλού επιπέδου επιθετικότητας σε σχέση με την χρήση τοξικών ουσιών, όπως και στην έρευνα του 1998. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα της εφαρμογής της δοκιμασίας Tukey, η οποία ακολούθησε την Ανάλυση της Μεταβλητότητας προέκυψε ότι το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($F=5,743$, $p^* < 0,001$).

Εκτιμάται ότι η μη ανάδειξη στατιστικά σημαντικής διαφορά μεταξύ χαμηλού και ψηλού επιπέδου συγκρούσεων μεταξύ των γονιών, μετά από την εφαρμογή της δοκιμασίας κατά Tukey, και στις δύο μας έρευνες, πιθανόν να οφείλεται στο εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό των εφήβων, οι οποίοι δήλωσαν ότι οι γονείς τους παρουσίαζαν υψηλό επίπεδο συγκρούσεων μεταξύ τους και ήταν μόλις 2,5% του συνολικού μας δείγματος για το 2003, ενώ μόλις 1,0% στο δείγμα του 1998.

Πιο συγκεκριμένα, αν στην έρευνα του 2003 ενώσουμε τις υποομάδες των εφήβων που δηλώνουν ότι οι γονείς τους παρουσιάζουν είτε μέτριο είτε υψηλό επίπεδο επιθετικότητας μεταξύ τους και τους συγκρίνουμε με εκείνους, που δηλώνουν ότι οι γονείς τους παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο επιθετικότητας μεταξύ τους και να εφαρμόσουμε στη συνέχεια τη δοκιμασία του κριτηρίου t . Προκύπτει ότι οι έφηβοι που ανήκουν σε οικογένειες με ψηλό ή μέτριο επίπεδο επιθετικότητας έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συνάφεια με τη μεταβλητή «τοξικές ουσίες», σε σύγκριση με τους εφήβους που ανήκουν σε οικογένειες, στις οποίες δεν εκδηλώνονται ακραία φαινόμενα επιθετικότητας ($t=5,034$, $p^* < 0,000$). Παραπλήσια ευρήματα προκύπτουν αν ακολουθήσουμε την ίδια διαδικασία ως ανωτέρω και για την έρευνα του 1998 ($t=-29,40$, $p^* < 0,000$).

3.B.IV Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΘΡΗΣΚΕΙΑ*Έρευνα του 1998*

Η μεταβλητή της «σχέσης με τη θρησκεία» φάνηκε να επηρεάζει τη χρήση τοξικών ουσιών, μετά από εφαρμογή της Ανάλυσης της Μεταβλητότητας ($F=11,752$, $p^*=0,000$). Με περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων μας, χρησιμοποιώντας και τη δοκιμασία κατά Tukey, προκύπτει ότι η διαφορά αυτή εντοπίζεται μεταξύ δύο υποομάδων, δηλαδή εκείνων οι οποίοι δηλώνουν ότι πιστεύουν στο Θεό και εκκλησιάζονται τακτικά, και εκείνων που δηλώνουν ότι πιστεύουν στο Θεό αλλά δεν εκκλησιάζονται τακτικά.

Έρευνα του 2003

Η μεταβλητή της θρησκείας φάνηκε αρχικά να μην επηρεάζει τη χρήση τοξικών ουσιών, μετά από εφαρμογή της Ανάλυσης της Μεταβλητότητας ($F=1,271$, $p=0,279$). Ωστόσο, στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε και πάλι στη σύγκριση των απαντήσεων των εφήβων, οι οποίοι δηλώνουν ότι πιστεύουν στο Θεό και εκκλησιάζονται τακτικά και σε εκείνους που δηλώνουν ότι πιστεύουν μεν στο Θεό, αλλά δεν εκκλησιάζονται τακτικά ($t=-2,365$, $p^* < 0,019$).

Συμπερασματικά, τόσο στην έρευνα του 1998 όσο και σε εκείνη του 2003, προκύπτει ότι η μεταβλητή «σχέση με τη θρησκεία» επηρεάζει σε βαθμό στατιστικά σημαντικό τη μεταβλητή «χρήση τοξικών ουσιών».

3.B.V ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Έρευνα του 1998

Ο αριθμός των εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνα του 1998 και δήλωσαν απόφοιτοι δημοτικού (3,8%) ή γυμνασίου (11,2%), ήταν σχετικά μικρά ποσοστά, σε σύγκριση με τους εφήβους που δήλωσαν απόφοιτοι λυκείου (84,9%). Προκειμένου να αυξηθεί η στατιστική ισχύς του δείγματός μας ενοποιήσαμε τις δύο αυτές πρώτες υποομάδες σε μία ευρύτερη και συγκρίναμε τις απαντήσεις των εφήβων αυτών με εκείνες της τρίτης υποομάδας. Από τη σύγκριση που έγινε και μετά από εφαρμογή της δοκιμασίας του κριτηρίου t , προκύπτει ότι η διαπιστούμενη διαφορά στις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο χρήσης τοξικών ουσιών, είναι στατιστικά σημαντική ($t=-9,157$, $p^* < 0,000$).

Στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήξαμε και στην έρευνα του 2003, χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία της Ανάλυσης της Μεταβλητότητας, όπως φαίνεται αμέσως πιο κάτω. Αρχικά διαπιστώθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($F=8,408$, $p^* < 0,000$), ενώ ύστερα από έλεγχο που έγινε σε δεύτερο χρόνο χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία Tukey, προέκυψαν επιπρόσθετα στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο από τις τρεις υποομάδες των εφήβων δηλαδή των αποφοίτων δημοτικού, γυμνασίου και λυκείου.

3.B.VI Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Έρευνα του 1998

Η μελέτη της επίδρασης της «δομής της οικογένειας» στη μεταβλητή της «χρήσης τοξικών ουσιών» έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας του κριτηρίου t . Από το σύνολο των εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνα του 1998, η πλειοψηφία (95%) ανήκαν σε οικογένεια και με τους δύο φυσικούς γονείς, ενώ οι υπόλοιποι σε άλλους είδους οικογενειακού σχηματισμού. Η εφαρμογή της δοκιμασίας του κριτηρίου t , μεταξύ των δύο αυτών υποομάδων εφήβων έδειξε ότι η διαφορά στις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο χρήσης τοξικών ουσιών είναι στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=56,418$, $p^* < 0,000$).

Έρευνα του 2003

Η μελέτη της επίδρασης της «δομής της οικογένειας» στη μεταβλητή της «χρήσης τοξικών ουσιών» έγινε και πάλι με εφαρμογή της δοκιμασίας του κριτηρίου t . Από το σύνολο των 1224 εφήβων, 1094 διαβιούν με τη φυσική οικογένειά, δηλαδή και με τους δύο φυσικούς τους γονείς (οικογένεια και με τους δύο γονείς), ενώ οι υπόλοιποι 129, βρίσκονται είτε σε οικογένειες με ένα διαζευγμένο γονέα (60), είτε σε οικογένειες με πατριό-μητριά (37), ή ακόμη σε οικογένειες με ένα χήρο γονέα (32).

Σύμφωνα με την εφαρμογή της δοκιμασίας του κριτηρίου t που έγινε, προκύπτει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ όλων των εφήβων που προέρχονται από οικογένειες με τους φυσικούς γονείς και όλων των υπολοίπων, δηλαδή τους εφήβους προερχόμενους από οικογένεια, είτε με διαζευγμένους γονείς, είτε πατριό/μητριά, ή χήρο/χήρα γονιό ($t=3,113$, $p^* < 0,002$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα πρώτα πορίσματα μας είναι τα ακόλουθα:

- A) Διαπιστώνεται μία αύξηση, στατιστικά σημαντική, στη χρήση τοξικών ουσιών από εφήβους ηλικίας 17 και 18 ετών στην Κύπρο μεταξύ των ετών 1998 και 2003.
- B) Η αύξηση που διαπιστώνεται στη χρήση τοξικών ουσιών αφορά κυρίως στη χρήση οινόπνευματος, με μία ποσοστιαία μεταβολή της τάξης του 6%, μεταξύ των δύο υπό μελέτη χρονικών περιόδων [64,89% (1998) και 70,5% (2003)].
- Γ) Οι υπόλοιπες τοξικές ουσίες είχαν την ακόλουθη ποσοστιαία μεταβολή στη χρήση τους από εφήβους μεταξύ 1998 και 2003:

Καπνός: +3,88% [40,82% (1998) και 44,70% (2003)].

Χασίς – Μαριχουάνα: +4,70 [9,30% (1998) και 14% (2003)].

Ηρωίνη ή άλλα «σκληρά ναρκωτικά»: -0,88 [5,18% (1998) και 4,3% (2003)].

Χρήση ηρεμιστικών: +3,74 [7,16% (1998) και 10,90% (2003)].

Χρήση αναβολικών: +1,89 [5,41% (1998) και 7,30% (2003)].

Για μία ακόμη φορά αναδεικνύεται η χρήση οινόπνευματος, αλλά και ο ρυθμός αύξησής του στον εφηβικό μας πληθυσμό, ως ο μεγαλύτερος κίνδυνος για τα άτομα της ηλικίας αυτής. Εξειδικευμένα προγράμματα για τη μείωση της χρήσης οινόπνευματος, φαίνεται να προβάλλουν ως μια αναγκαιότητα τέτοια, που να μπορούν να φθάνουν και στους έφηβους μας, οι οποίοι έχουν διακόψει τη σχολική τους φοίτηση (ομάδα υψηλού κινδύνου) και βρίσκονται σε εργασιακούς χώρους. Ειδικότερα για τη χρήση οινόπνευματος, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία, καθότι η καταγραφείσα συχνότητα χρήσης οινόπνευματος αναφερόταν κυρίως στην κατηγορία της συστηματικής χρήσης (10 φορές και περισσότερο το χρόνο).

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί και στην αύξηση χρήσης χασίς, αν και η αύξηση αυτή επικεντρώνεται περισσότερο στη χρήση «1-2 φορές» ή «3-9 φορές το προηγούμενο έτος). Δοθέντος ότι η χρήση χασίς μπορεί να υποδηλώνει εμπλοκή του εφήβου με άλλους συστηματικά παραβατικούς εφήβους ο κίνδυνος της μεταπήδησης στη χρήση «σκληρών» ναρκωτικών δεν θα πρέπει να υποτιμηθεί (Χατζηβασίλης, 2003).

4.1 ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ / ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Επειδή η απασχόληση των εφήβων ουσιαστικά συνδέεται και με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, επιχειρείται εδώ ένας συνολικός σχολιασμός και των δύο αυτών μεταβλητών.

Η υπόθεσή μας, ότι η απασχόληση των εφήβων μας αντί της φοίτησής τους στο σχολείο επηρεάζει αρνητικά τη σχέση τους με τη χρήση τοξικών ουσιών, φαίνεται να επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της εργασίας αυτής.

Τα αποτελέσματά και στις δύο μας έρευνες, καταδεικνύουν ότι, όσοι έφηβοι συνέχισαν τη σχολική τους εκπαίδευση μέχρι την ολοκλήρωσή της και δεν ήταν εργαζόμενοι σε σύγκριση με εκείνους που τη διέκοψαν και ήταν είτε εργαζόμενοι είτε άνεργοι, παρουσιάζονται να κάνουν λιγότερη χρήση τοξικών ουσιών και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική [(t=8,360, p* < 0,000), 1998] και [(t=19,311, p* < 0,000), 2003].

Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά και με τα ευρήματα της μεγάλης έρευνάς για την εφηβική παραβατικότητα που έγινε παλαιότερα, όπου επίσης βρέθηκε ότι τόσο η μεταβλητή «απασχόληση» όσο και η μεταβλητή «εκπαίδευση» επηρεάζουν τη γενική συμπεριφορά των εφήβων μας (Χατζηβασίλης, 2003).

Ανάλογα επίσης ευρήματα έχουν προκύψει και από μεγάλο αριθμό ερευνών που έχουν γίνει σε άλλες χώρες. Έτσι, σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στο Βέλγιο προέκυψε ότι τα άτομα που συμμετείχαν σ' αυτή και δήλωναν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, σε σύγκριση με τους υπολοίπους, παράλληλα δήλωναν και λιγότερη υγιεινή διατροφή, λιγότερη φροντίδα της υγιεινής του στόματός τους, λιγότερη χρήση της ζώνης ασφαλείας στο αυτοκίνητο, περισσότερες ώρες τηλεθέασης ημερησίως, περισσότερη χρήση καπνού, περισσότερη χρήση οινόπνευματος, περισσότερη χρήση μαριχουάνας και περισσότερη χρήση χαπιών ecstasy (Verheeken et al. 2004). Πανομοιότυπα ευρήματα βρέθηκαν και από άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Φιλανδία (Koivusilta et al. 1998).

Το παραπάνω εύρημα που παρουσιάζει τους εργαζόμενους εφήβους, σε σύγκριση με όσους εξακολουθούν να φοιτούν στο σχολείο, να σχετίζονται περισσότερο με την χρήση τοξικών ουσιών μπορεί να ερμηνευθεί με διάφορους τρόπους. Μία βάσιμη ερμηνεία πιστεύουμε είναι ότι το περιβάλλον εργασίας των εφήβων αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα, όπου εύκολα μπορεί να επηρεασθούν οι έφηβοι από ενήλικες χρήστες τοξικών ουσιών, κυρίως σε σχέση με το κάπνισμα και το οινόπνευμα. Αυτό υποστηρίζεται και από πορίσματα πρόσφατης μεγάλης έρευνας που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες (Paschall et al. 2002). Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξε ακόμη μία έρευνα από τις Ηνωμένες Πολιτείες (Wu et al. 2003).

Μία άλλη ερμηνεία που έχει προταθεί για την αιτιολόγηση των ευρημάτων αυτών είναι ότι οι έφηβοι που εργάζονται μπορούν πιο εύκολα, σε σχέση με τους εφήβους μαθητές, οι οποίοι είναι και οικονομικά εξαρτώμενοι από τους γονείς τους, να χρηματοδοτήσουν από μόνοι τους τη χρήση τοξικών ουσιών (Maddahian et al. 1986), (Gullen et al. 1985), (Gullen et al. 1997).

Τα πιο πάνω ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα προγράμματα παρέμβασης για την πρόληψη της χρήσης τοξικών ουσιών θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη κυρίως τον εφηβικό πληθυσμό που έχει διακόψει τη σχολική του φοίτηση και βρίσκεται ήδη σε εργασιακό περιβάλλον (Bauman & Phongsavan, 1999).

4.II ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΕ ΑΣΤΙΚΗ Η ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Η υπόθεσή μας ότι η διαμονή των εφήβων μας σε αστική ή αγροτική περιοχή δεν επηρεάζει τη χρήση τοξικών ουσιών, φαίνεται να επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της ερευνάς μας στο 2003. Ωστόσο, η έρευνα του 1998, παρουσιάζει τις δύο αυτές ομάδες εφήβων να διαφέρουν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ($t=30,971$, $p^*<0,000$). Παρόλα αυτά, αριθμός εργασιών έχει δείξει το πόσο σημαντική είναι η επιρροή του τόπου διαμονής και της εμπλοκής του εφήβου στη χρήση τοξικών ουσιών (Sproth et al. 2001), (James et al. 2002), (Atan & Spencer, 2002), (Fatoye & Morakinyo, 2002). Είναι γενικά αποδεκτό ότι η διαμονή σε ένα περιβάλλον όπου τα ερεθίσματα (θετικά ή αρνητικά) είναι περισσότερα και τα ήθη πιο φιλελεύθερα, όπως γίνεται στην αστική περιοχή, οι πιθανότητες χρήσης τοξικών ουσιών αυξάνονται.

Η ερμηνεία του δικού μας διαφορετικού αποτελέσματος κατά το 2003, σε σχέση με τα αποτελέσματα των πιο πάνω ερευνών, αλλά και της δικής μας κατά το 1998, μπορεί να αποδοθεί στη διαπιστούμενη σημαντική αύξηση της χρήσης τοξικών ουσιών στον τόπο στο υπό μελέτη χρονικό διάστημα (ΕΚΤΕΠΝ, 2004). Έτσι, βάσιμα μπορεί να υποστηριχθεί ότι η αύξηση αυτή έχει επεκταθεί και στις αγροτικές μας περιοχές κατά τρόπο που να μην διαπιστώνεται πλέον οποιαδήποτε διαφορά στη χρήση τοξικών ουσιών τόσο από εφήβους αστικών, όσο και αγροτικών περιοχών. Ένα εύρημα που συνάδει ακριβώς και με τη μεγάλη έρευνά μας για την παραβατικότητα και την ψυχοπαθολογία των εφήβων μας (Χατζηβασίλης, 2003).

Έτσι, δραματικές αλλαγές που έχουν επισυμβεί στις τελευταίες δεκαετίες, αναφορικά με την αλλαγή στον τρόπο ζωής του ανθρώπου, δυνατόν να έχουν τροποποιήσει διαφορές που παλαιότερα, πραγματικά να υπήρχαν στον τρόπο ζωής μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Τέτοιες αλλαγές στη ζωή του σύγχρονου ανθρώπου είναι η σημαντική επίδραση των μέσων μαζικής επικοινωνίας, τα οποία συνήθως έχουν πανεθνική εμβέλεια κάλυψης, η μείωση των αποστάσεων με τη χρήση ιδιόκτητων ταχέων μεταφορικών μέσων και η χρήση μηχανών στην αγροτική εργασία (Srole, 1972). Έτσι, και άλλες έρευνες, όπως και η δική μας του 2003, απέτυχαν να διαπιστώσουν οποιαδήποτε διαφορά στη χρήση τοξικών ουσιών μεταξύ κατοίκων αστικών ή αγροτικών περιοχών (Peltzer et al. 2002), (Mainous et al. 2001).

Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ότι η διάκριση μεταξύ αστικής και αγροτικής περιοχής στην Κύπρο θα πρέπει ουσιαστικά να θεωρείται ασαφής, καθότι οποιαδήποτε αγροτική περιοχή απέχει λιγότερο από μια ώρα από το κέντρο, εφόσον χρησιμοποιηθεί ιδιόκτητο όχημα. Στην Κύπρο, η κατοχή ιδιωτικού οχήματος και τηλεόρασης από τις οικογένειες που διαμένουν στην επαρχία, είναι ο κανόνας.

4.III Η ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

Η υπόθεσή μας ότι η θρησκευτικότητα του εφήβου επηρεάζει τη χρήση τοξικών ουσιών απ' αυτόν, φαίνεται να επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα της παρούσας συγκριτικής εργασίας μας. Η διαφορά των απαντήσεων των εφήβων στο ερωτηματολόγιο χρήσης τοξικών ουσιών, μεταξύ εκείνων που δηλώνουν ότι είναι θρησκευόμενοι, σε αντιδιαστολή με εκείνους που δηλώνουν ότι είναι άθεοι, δεν αναδεικνύεται σε στατιστικά σημαντική διαφορά [($t=0,53$, $p=0,958$), 2003]. Ένα αποτέλεσμα που θα μπορούσε να αποδοθεί στον πολύ μικρό αριθμό των ατόμων που δήλωσαν «άθεοι» ($n=53$), θεωρώντας ότι θα απαιτούνταν ένα πολύ μεγαλύτερο τελικό δείγμα πληθυσμού για να αναδείξει μία στατιστικά σημαντική διαφορά, εφόσον βέβαια αυτή υπήρχε.

Ωστόσο, στατιστικά σημαντική διαφορά προκύπτει στις απαντήσεις των εφήβων, που δηλώνουν ότι πιστεύουν στο Θεό και εκκλησιάζονται τακτικά και σε εκείνους, οι οποίοι δηλώνουν ότι πιστεύουν στο Θεό μεν, αλλά δεν εκκλησιάζονται τακτικά [$F=11,752$, $p^* 0,000$], 1998 και ($t=-2,365$, $p^* <0,019$), 2003].

Έτσι, μεγάλος αριθμός εργασιών έχει δείξει τον προστατευτικό ρόλο που μπορεί να έχει, αναφορικά με τη χρήση τοξικών ουσιών σε εφήβους, η θρησκευτικότητά τους, δηλαδή η ένταξή τους σε οποιαδήποτε θρησκεία ή θρησκευτικό δόγμα (Cronin, 1995), (Stylianou, 2004), (Cook et al. 1997), (Francis, 1997), (Francis & Mullen, 1993), (Hawks & Bahr, 1992), (Patock-Peckham et al. 1998).

4.IV Η ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Η υπόθεσή μας ότι η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς μεταξύ γονέων επηρεάζει τη χρήση τοξικών ουσιών στους εφήβους φαίνεται να επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα και των δύο ερευνών μας.

Η διαφορά μεταξύ των δύο υποομάδων εφήβων (χαμηλού και μέτριου επιπέδου επιθετικότητας μεταξύ των γονέων), έτσι όπως περιγράφηκαν στα αποτελέσματα, στις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο χρήσης τοξικών ουσιών αναδεικνύεται σε στατιστικά σημαντική διαφορά και στις δύο μας έρευνες [($t=-29,40$, $p^* < 0,000$), 1998 και ($t=5.034$, $p^* < 0.000$), 2003].

Στην παρούσα εργασία τα ευρήματά μας, αναφορικά με την επίδραση της μεταβλητής αυτής στη χρήση τοξικών ουσιών, που είναι ευρήματα δύο διαδοχικών παγκύπριων ερευνών, «συγκλίνουν» με τα ευρήματα μεγάλου αριθμού άλλων εργασιών (Denton & Karpmpfe, 1994), (Barnes & Windle, 1987), (Rask et al. 2003), (Stephenson et al. 1996), που αναδεικνύουν τη σχέση μεταξύ των μεταβλητών «χρήση τοξικών ουσιών» από εφήβους και «περιβάλλον βίας μέσα στην οικογένεια» όπως αυτή έχει μελετηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια.

4.V Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η υπόθεσή μας ότι η δομή της οικογένειας των εφήβων επηρεάζει τη χρήση από τους εφήβους τοξικών ουσιών, φαίνεται να επαληθεύεται από τα αποτελέσματα τόσο της έρευνας του 1998, όσο και εκείνης του 2003.

Η διαφορά στις απαντήσεις των εφήβων των δύο υποομάδων, εκείνων δηλαδή που προέρχονταν από οικογένεια με τους δύο φυσικούς γονείς, σε σύγκριση με τους εφήβους που απάντησαν το ερωτηματολόγιο και προέρχονταν, είτε από οικογένεια με διαζευγμένο γονιό, είτε από οικογένεια με πατριό/μητριά, ή χήρο γονιό, αναδεικνύεται μετά την εφαρμογή του κριτηρίου t , σε στατιστικά σημαντική διαφορά [($t=56,418$, $p^* < 0,000$), 1998 και ($t=3,113$, $p^* < 0,002$), 2003]. Ευρήματα τα οποία βρίσκονται σε απόλυτη ομοφωνία με τα ευρήματα όλων των παρακάτω εργασιών.

Το θέμα της σχέσης της μεταβλητής αυτής με τη χρήση τοξικών ουσιών στους εφήβους έχει από παλαιά απασχολήσει την έρευνα διεθνώς. Πολλές εργασίες έχουν καταδείξει την άμεση σχέση των δύο αυτών μεταβλητών (Bjarnason et al. 2003a), (Bjarnason et al. 2003b), (Miller, 1997), (McArdle et al. 2002), (Sutherland & Shepherd, 2001), (Challier et al. 2000), (Ledoux et al. 2002).

Από τις μεταβλητές που ερευνήθηκαν, φαίνεται ότι οι ακόλουθες επηρεάζουν σταθερά κατά τις δύο χρονικές στιγμές (1998 – 2003) τη χρήση τοξικών ουσιών από άρρενες, εφήβους, Ελληνοκύπριους, ηλικίας 17 και 18 ετών:

1. Η απασχόληση του εφήβου,
2. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του εφήβου,
3. Το επίπεδο θρησκευτικότητας του εφήβου,
4. Το επίπεδο επιθετικότητας μεταξύ των γονέων του,
5. Η δομή της οικογένειας.

Εν κατακλείδι, αξίζει να σημειωθεί ότι, παρόλο που η έρευνα και στις δύο χρονικές στιγμές χρησιμοποίησε δείγμα μόνο από άρρενες εφήβους ηλικίας 17-18 ετών, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τα δεδομένα που προέκυψαν και από τις δύο παγκύπριες έρευνες ως μια βάση για μελλοντικά προγράμματα πρόληψης της χρήσης τοξικών ουσιών στην Κύπρο με δυνατότητα επέκτασης και στο γυναικείο φύλο.

Ελληνική βιβλιογραφία

- Δημογραφική Έκθεση, Στατιστική Υπηρεσία, 2002, Λευκωσία.
- ΕΚΤΕΠΝ (2004). Ετήσια Έκθεση 2004 του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας. Λευκωσία: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.
- Χατζηβασίλης Β., (1997). Το Διαζύγιο στην Κύπρο, σήμερα και χθες και η Παρένθεση, έκδοση του συγγραφέα, Λευκωσία.
- Χατζηβασίλης Β., (2001). «Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του διαζυγίου στη σύγχρονη Κύπρο», Επιθεώρηση Κοινωνικών Έρευνών, 104-105 (Α-Β): 43-62.
- Χατζηβασίλης Β., Μαδιανός Μ. και Φαρσεδάκης Ι., (2002α). «Ψυχοπαθολογία, παραβατική συμπεριφορά, θρησκευτικότητα και εμπειρία διαζυγίου σε αντιπροσωπευτικό δείγμα αρρένων εφήβων Ελληνοκυπρίων», εργασία που παρουσιάστηκε στο 180 Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο, Λευκωσία, 12-15/9/2002.
- Χατζηβασίλης Β., Μαδιανός Μ. και Φαρσεδάκης Ι., (2002β). «Ψυχοπαθολογία και παραβατική συμπεριφορά σε αντιπροσωπευτικό δείγμα αρρένων εφήβων Ελληνοκυπρίων», εργασία που παρουσιάστηκε στο 180 Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο, Λευκωσία, 12-15/9/2002.
- Χατζηβασίλης Β. (2003). Κύπριοι Έφηβοι: Η Παραβατικότητα Και Τα Ψυχικά Τους Προβλήματα. έκδοση του συγγραφέα, Λεμεσός.

Αγγλόφωνη βιβλιογραφία

- Atav S, Spencer GA, (2002). "Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: a comparative study", Jul; 25(2): 53-64.
- Barnes GM & Windle M, (1987). "Family factors in adolescent alcohol and drug abuse", Pediatrician, 14(1-2): 13-8.
- Bauman A, Phongsavan P, (1999). "Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications", Drug Alcohol Depend; 55(3): 187-207.
- Bjarnason T, Andersson B, Choquet M, Elekes Z, Morgan M & Rapinett G, (2003a) "Alcohol culture, family structure and adolescent alcohol use: multilevel modeling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in 11 European countries", J Stud Alcohol, 64(2): 200-8.
- Bjarnason T, Davidaviciene AG, Miller P, Nociar A, Pavlakis A & Stergar E, (2003b). "Family structure and adolescent cigarette smoking in eleven European countries". Addiction, 98(6): 815-24.
- Challier B, Chau N, Predine R, Choquet M & Legras B, (2000) "Associations of family environment and individual factors vs. tobacco, alcohol, and illicit drug use in adolescents", Eur. J Epidemiol., 16(1): 33-42.

40 Εξαοτήσιες

- Cook CC, Goddard D & Westall R, (1997). "Knowledge and experience of drug use amongst church affiliated young people", *Drug Alcohol Depend.* 6:46(1-2), 9-17.
- Cronin C, (1995). "Religiosity, religious affiliation, and alcohol and drug use among American college students living in Germany". *Int. J. Addict.*, 30(2): 231-8.
- Denton RE & Kapmpfe CM, (1994). "The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review". *Journal of Adolescence*; 29(114): 475-95.
- Elliot D.S. & Huizinga D., (1983). "Social class and delinquent behavior in a nation youth panel: 1976-1980". *Criminology*, 21: 149-177.
- Francis LJ & Mullen K, (1993) "Religiosity and attitudes towards drug use among 13-15 year olds in England". *Addiction*, 88(5): 665-72.
- Fatoye FO, Morakinyo O, (2002). "Substance use amongst secondary school students in rural and urban communities in western Nigeria". *East Afr. Med. J.* 79(6): 299-305.
- Francis LJ, (1997). "The impact of personality and religion on attitude towards substance use among 13-15 years olds". *Drug Alcohol Depend.* 14; 44(2-3): 95-103.
- Gullen FT, Larson MT, & Mothers RA, (1985). "Having money and delinquent involvement: The neglect of power in delinquency theory". *Criminal Justice and Behavior*, 12:171-192.
- Gullen FT, Williams N & Wright JP, (1997). "Work conditions and juvenile delinquency: Is youth employment criminogenic?". *Criminal Justice Policy and Research*, 8: 119-143.
- Hadjivassilis V., Onisiforou K. and Madianos M., 2004, "Promiscuity in a nationwide representative sample of male Greek-Cypriot adolescents". *Sexual and Relationship Therapy*, Vol. 19, No 1:57-64.
- Hawks RD & Bahr SH, (1992) "Religion and drug use". *J of Drug Educ.*, 22(1): 1-8.
- James KE, Wagner FA, Antony JC, (2002). "Regional variation in drug purchase opportunity among youths in the United States, 1996-1997", *J Urban Health*, 79(1): 104-12.
- Koivusilta L, Rimpela A, Rimpela M., 1998, "Health related lifestyle in adolescence predicts adult educational level: a longitudinal study from Finland", *J Epidemiol. Community Health*, 52(12): 794-801.
- Maddahian E, Newcomb MD, Bentler PM, (1986). *Adv. Alcohol Subst. Abuse*, 5(3): 63-780.
- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., Plant, M. (2002). Family structure, parent-child relationship, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom, *Alcohol and Alcoholism*, 37(1): 52-60.
- Mainous RO, Mainous AG, Martin CA, Oler MJ & Haney As, (2001). "The importance of fulfilling unmet needs of rural and urban adolescents with substance abuse", *J Child Adolesc Psychiatry Nurs.*, 14(1): 32-40.
- McArdle P, Wiegernsman A, Gilvarry E, Kolte B, McCarthy S, Fitzgerald M, Brinkley A, Blom M, Stoeckel I, Pierolini A, Michels I, Johnson R & Quensel S, (2002). "European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender" *Addiction*, Mar.; 97(3): 329-36.
- Miller P, (1997). "Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers". *Drug Alcohol Depend.*, 14; 45(1-2): 121-9.
- Nurisis M., (1993). *SPSS for windows. Base system, users guide, Release 6.0.* Chicago: SPSS inc.
- Paschall MJ, Ringwalt CL, Flewelling RL, (2002). "Explaining higher levels of alcohol use among working adolescents: an analysis of potential explanatory variables". *J Stud Alcohol*, 63(2): 169-78.
- Patock-Peckham JA, Hutchinson GT, Cheong J & Nagoshi CT, (1998). "Effects of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample: *Drug Alcohol Depend.*, 49(2): 81-8.

- Peltzer K, Malaka DW, Phaswana N, (2002). "Sociodemographic factors, religiosity, academic performance, and substance use among first-year university students in South Africa", Psychol. Rep. 91(1): 105-13.
- Rask K, Astedt-Kurki P, Paavilainen E & Laippala P, (2003). "adolescent subjective well-being and family dynamics". Scand. J. Caring Sci., 17(2): 129-38.
- Spoth R, Goldberg C, Neppl T, Trudeau L, Ramisetty-Mikler S, (2001). "Rural-urban differences in the distribution of parent-reported risk factors for substance use among young adolescents. J Subst. Abuse, 13(4): 609-23.
- Srole, (1972). "Urbanization and mental health: some reformations". Am. Scientist, 60: 576-583.
- Stephenson AL, Henry CS & Robinson LC, (1996). "Family characteristics and adolescent substance use". Adolescence, 31(121): 59-77.
- Stylianou S, (2004). "The role of religiosity in the opposition to drug use", Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol., Aug; 48(4): 429-48.
- Sutherland I & Shepherd JP, (2001). "Social dimensions of adolescent substance use", Addiction, Mar.; 96(3): 445-58.
- Vereecken CA, Maes L, DE Bacquer D., (2004). "The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviors among adolescents in Belgium". J. Adolesc. Health, 34(4): 330-8.
- WHO World report on violence and health Fact sheet 10/02, Copenhagen, October 2002: <http://www.who.int/violence-injury-prevention>.
- Wu LT, Schlenger, WE, Galvin DM, (2003). "The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17". J Adolesc. Health, Jan; 32(1): 5-15.

Εξαρτήσεις, τεύχος 9, 2006

LIVING WITH THE DAILY DOSE- THE GREEK CASE

ELIZABETH IOANNIDI, DEMOSTHENES AGRAFIOTIS
DEPT. OF SOCIOLOGY, NATIONAL SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

The aim of this research was to collect and compare first hand data concerning HIV- infected drug users and their access and adherence to anti-retroviral therapy in 12 E.U countries. The final objective was to improve treatment effectiveness through formulating “best practices” implemented in different European countries supporting patients to adhere to anti-retroviral treatment. The project was carried out in the framework of the European program ‘AIDS and other STIs’ (SANCO/G/4)

Design Semi-structured interviews were carried out with: 1) 25 HIV+ drug users a) following antiretroviral therapy at the time of the interviews b) not following any therapy and c) drug users on and off antiretroviral therapy. 2) Interviews with medical staff actively involved in the antiretroviral therapy of drug users (doctors, nurses, psychologists, social workers etc)

Findings In our country access did not present any striking features as it is available to anyone with the medical indication to follow the suggested treatment. The interviewees referred to problems with adherence, the main reasons for not continuing their medication being: Side-effects, Resistance, Low adherence due to difficult regime while difficult life conditions cause the biggest problem.

Conclusions In the case of adherence professionals reported the need for a better collaboration and a link between the Special Units in Hospitals, the AIDS Reference centres, the support services of KEEL (mainly counselling) and the Drug users services such as OKANA and KETHEA so they can follow together an individual from the time he/she is diagnosed HIV+ till the moment he/she starts treatment.

Εξαρτήσεις, τεύχος 9, 2006

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “DAILY DOSE”: ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΧΡΗΣΗ

Ε. ΙΩΑΝΝΙΔΗ*, ΔΡ. ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑ, Δ. ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, ΚΑΘ. ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

Π ε ρ ί λ η ψ η

Ο σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση της πρόσβασης και της συμμόρφωσης σε αντιρετροϊκή θεραπεία των οροθετικών ατόμων που είναι παράλληλα και χρήστες τοξικών ουσιών. Η έρευνα έγινε στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού προγράμματος με τίτλο: Daily Dose (Ζώντας με την καθημερινή χρήση). Συμμετείχαν 12 Ευρωπαϊκές χώρες με κύριο στόχο τη συγκριτική μελέτη μεταξύ της πολιτικής και των πρακτικών που ισχύουν στις χώρες της Ε.Ε. που συμμετείχαν στο πρόγραμμα για τη θεραπεία οροθετικών ατόμων που είναι χρήστες ουσιών.

Η έρευνα βασίστηκε σε: 1) ημι-κατευθυνόμενες συνεντεύξεις σε 25 οροθετικούς χρήστες τοξικών ουσιών που α) ακολουθούσαν αντιρετροϊκή θεραπεία, β) δεν ακολουθούσαν καμία θεραπεία και γ) άτομα που ακολουθούσαν αλλά κατά διαστήματα διέκοπταν την αντιρετροϊκή θεραπεία. 2) Συνεντεύξεις με το προσωπικό (γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλες ειδικότητες) που συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία και αποτοξίνωση αυτών των ατόμων

Στη χώρα μας φαίνεται ότι οι οροθετικοί χρήστες τοξικών ουσιών δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα, δυσκολίες ή εμπόδια ως προς την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας καθώς η θεραπεία είναι δωρεάν για όλα τα άτομα, όπου η αντιρετροϊκή θεραπεία κρίνεται απαραίτητη. Οι ιδιαιτερότητες παρατηρούνται ως προς την τήρηση και τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Εκεί φαίνεται, ότι αρκετά άτομα δεν ακολουθούν συστηματικά την υποδεικνυόμενη θεραπεία. Αυτό οφείλεται περισσότερο σε δυσκολίες που σχετίζονται με τη διαχείριση της καθημερινής ζωής (έλλειψη σταθερότητας, συνθήκες διαβίωσης κλπ).

Οι ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας σε θέματα συμμόρφωσης στην αντιρετροϊκή θεραπεία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν αρχικά με τη στενότερη συνεργασία μεταξύ των φορέων που εμπλέκονται στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας σε οροθετικά άτομα με τους αντίστοιχους φορείς στο χώρο των χρηστών ουσιών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ερευνητικό αυτό έργο σχεδιάστηκε και κατατέθηκε από τη Μη Κυβερνητική Οργάνωση Stichting Mainline (Ολλανδία), που ήταν και οι συντονιστές του έργου, και εγκρίθηκε από τη SANCO/G/4 στα πλαίσια του Προγράμματος AIDS και άλλα μεταδοτικά νοσήματα (SPC.2002434).

* Διεύθυνση Επικοινωνίας: Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Λ. Αλεξάνδρας 196, Αθήνα 115 21, Τηλ. 2106466243, 2106460958, eioannid@nsph.gr

44 Εξαρτήσεις

Ο σκοπός του έργου ήταν διττός: αφενός η συγκριτική μελέτη μεταξύ της πολιτικής και των πρακτικών που ισχύουν στις 12 χώρες της Ε.Ε - Ολλανδία, Γερμανία, Αυστρία, Βέλγιο, Ελλάδα, Ιρλανδία, Δανία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία, Πορτογαλία, Ισπανία- (που συμμετείχαν στο Ευρωπαϊκό πρόγραμμα Daily Dose (Ζώντας με την καθημερινή χρήση), για την πρόσβαση σε αντιρετροϊκή θεραπεία των HIV+ ατόμων που είναι χρήστες τοξικών ουσιών και αφετέρου η συμμόρφωση τους στην αντιρετροϊκή θεραπεία.

Για την υλοποίηση του έργου κάθε χώρα που συμμετείχε συγκέντρωσε αρχικά όλα τα στοιχεία τα οποία σχετίζονται με την υπάρχουσα νομοθεσία, την πολιτική και τις πρακτικές που ακολουθεί: α) σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την παροχή αντιρετροϊκής θεραπείας σε άτομα με AIDS β) σε σχέση με τους χρήστες τοξικών ουσιών.

Η σημαντικότητα του έργου σχετίζεται με τις ιδιαιτερότητες οι οποίες παρατηρούνται ως προς την τήρηση της θεραπείας από την πλειοψηφία των χρηστών. Μέσα από τα συγκριτικά αποτελέσματα επιχειρείται σε Ευρωπαϊκό επίπεδο ο εντοπισμός των κυριότερων προβλημάτων, που θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν με την επιλογή και εφαρμογή επιτυχημένων πρακτικών, οι οποίες έχουν δοκιμασθεί σε κάποιες από τις συμμετέχουσες χώρες και αποδεδειγμένα βελτιώνουν την κατάσταση.

1. HIV / AIDS ΚΑΙ ΧΡΗΣΤΕΣ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο συνολικός αριθμός των ατόμων με HIV/AIDS στην Ελλάδα, μέχρι τον Ιούνιο του 2003, (περίοδο που διεξήχθη η έρευνα) ήταν 6.521, από τους οποίους οι 87 ήταν κάτω των 15 ετών. Ο συνολικός αριθμός των ενδοφλέβιων χρηστών ναρκωτικών με HIV/AIDS ήταν 237.

Ο αριθμός των χρηστών που προσβλήθηκαν από τον ιό του HIV το έτος 2003 (Ιούνιο) ήταν 239, από τους οποίους οι 178 ήταν άντρες και οι 61 γυναίκες. Ανάμεσα σε αυτούς, οι 5 έκαναν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.

Οι νέες διαγνώσεις περιπτώσεων του AIDS το 2003 ήταν 25, από τους οποίους οι 2 έκαναν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.

Οι συνολικές περιπτώσεις του AIDS που είχαν αναφερθεί στην Ελλάδα μέχρι τις 30/6/2003 ήταν 2.394, από τους οποίους οι 93 αναφέρθηκαν ως ενδοφλέβιοι χρήστες ναρκωτικών, 71 άντρες και 22 γυναίκες.

Ο συνολικός αριθμός των θανάτων από AIDS από το ξεκίνημα της επιδημίας είναι 1.359, από τους οποίους οι 1.193 ήταν άντρες και οι 166 ήταν γυναίκες. Η πλειοψηφία των ατόμων αυτών ήταν ηλικίας 25 - 49 ετών.

Σε αυτούς τους θανάτους θα πρέπει να περιλαμβάνεται σημαντικός αριθμός ενδοφλέβιων χρηστών με AIDS/HIV. Δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τους θανάτους όσον αφορά στον τρόπο μόλυνσης, αλλά είναι γνωστό ότι στη χώρα μας το ποσοστό των θανάτων στους χρήστες ηρωίνης είναι υψηλό. Το 2002 σημειώθηκαν 259 θάνατοι τοξικομανών, από τους οποίους το 99,2% ήταν χρήστες ηρωίνης. Σύμφωνα με το ΕΚΤΕΠΝ (2002), είναι η πρώτη φορά από το 1990 που υπήρξε μείωση στον αριθμό των θανάτων τοξικομανών. Αυτή η μείωση ήταν σε ποσοστό 19,3% σε σχέση με το 2001. Αυτό σημαίνει ότι ο συνολικός αριθμός των χρηστών με HIV/AIDS εν ζωή σήμερα ενδέχεται να είναι μικρότερος από τον αναφερόμενο συνολικό αριθμό των 239.

Συνολικά, για τη συντριπτική πλειοψηφία των αναφερόμενων περιπτώσεων του HIV σε ενήλικες/ εφήβους ευθύνεται η σεξουαλική μετάδοση. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι άντρες (40%) που έχουν μολυνθεί από ομοφυλοφιλική επαφή και περίπου ένα ποσοστό 18,6% είναι άντρες και γυναίκες που έχουν μολυνθεί από ετεροφυλοφιλική μετάδοση. Η αναλογία των μεθόδων μετάδοσης δείχνει μείωση στον αριθμό των αντρών που έχουν σεξουαλική επαφή με άλλους άντρες την περίοδο μεταξύ 1996 – 1999, αλλά σταθεροποιείται τα τελευταία χρόνια σε μικρή αλλά σταθερή αύξηση της ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης. Στις 1.214 συνολικά περιπτώσεις με θετική διάγνωση HIV, στις οποίες περιλαμβάνονται και οι περιπτώσεις του AIDS, με μετάδοση από ετεροφυλοφιλική επαφή, η πλειοψηφία είναι γυναίκες (756). Η ετεροφυλοφιλική επαφή είναι η μόνη μέθοδος μετάδοσης της νόσου όπου υπερέχουν οι γυναίκες στις περισσότερες περιπτώσεις (KEEL, 2003).

Την ίδια χρονική περίοδο, είχαν καταγραφεί 21 κρατούμενοι με HIV και κανένα άτομο με HIV στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Η συλλογή στοιχείων βασίστηκε σε ποιοτική έρευνα με την εφαρμογή ημι-κατευθυνόμενων συνεντεύξεων σε 25 οροθετικούς χρήστες τοξικών ουσιών. Τα άτομα αυτά έπρεπε να είναι χρήστες τοξικών ουσιών που κατά τη διάρκεια της έρευνας: α) ακολουθούσαν αντιρετροϊκή θεραπεία, β) δεν ακολουθούσαν καμία θεραπεία και γ) ακολουθούσαν αλλά κατά διαστήματα διέκοπταν την αντιρετροϊκή θεραπεία. Παράλληλα, έπρεπε να διεξαχθούν συνεντεύξεις με 10-15 άτομα από το προσωπικό (ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλες ειδικότητες) που συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία και στην αποτοξίνωση αυτών των ατόμων.

Ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στη χώρα μας ήταν η ανεύρεση των ατόμων, καθώς ο αριθμός των χρηστών που είναι φορείς του HIV είναι αξιοσημείωτα μικρός, και δεν είναι εύκολο να εντοπίσει κανείς αυτή την υποομάδα. Κατά το σχεδιασμό της τακτικής προσέλευσης των χρηστών, οι ερευνητές αποφάσισαν να παραλείψουν τα στέκια των χρηστών καθώς έμοιαζε σχεδόν αδύνατο να επιλέξουν ανάμεσα σε αυτούς τους ελάχιστους που είναι οροθετικοί. Το επόμενο βήμα ήταν να απευθυνθούν στους μη-κυβερνητικούς οργανισμούς που προσφέρουν υποστήριξη στους ασθενείς με AIDS. Εκείνη την περίοδο δεν υπήρχαν χρήστες μεταξύ των ατόμων που επισκέπτονταν αυτά τα κέντρα, με την εξαίρεση του ΞΕΝΩΝΑ για άτομα με AIDS, όπου λειτουργεί βραδινό κατάλυμα. Η εξήγηση που δόθηκε ήταν ότι αρκετοί χρήστες δεν αναφέρουν την ασθένειά τους και δεν αναζητούν βοήθεια στους χώρους όπου μπορούν να απευθυνθούν σε οροθετικά άτομα. Έτσι ο μόνος τρόπος να βρεθούν ήταν μέσα από τα θεραπευτικά κέντρα για τοξικομανείς, τα νοσοκομεία, τις φυλακές και το ΚΕΝΤΡΟ ΒΟΗΘΕΙΑΣ, όπου πάνε οι χρήστες για ανταλλαγή συριγγών και για δωρεάν αιματολογικές, οδοντιατρικές και ιατρικές εξετάσεις. Σε αυτό το κέντρο δεν προσφέρονται θεραπευτικά προγράμματα αλλά μόνο υπηρεσίες υποστήριξης. Τέλος, δύο συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε συνεργασία με το ΚΕΕΛ Θεσσαλονίκης.

Στην προσπάθεια να βρεθεί το δείγμα έγινε πρώτα επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας στους παραπάνω φορείς. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ένα μεγάλο αριθμό συνεντεύξεων (27) με επαγγελματίες οι οποίοι έχουν σχέση με την ομάδα-στόχο. Αυτός αποδείχθη-

46 *Εξαρτήσεις*

κε ένας έμμεσος τρόπος πληροφόρησης σχετικά με το αντικείμενο της έρευνας. Όταν εξαντλήθηκαν όλες οι δίοδοι που θα οδηγούσαν στην ομάδα-στόχο χωρίς να βρεθούν περισσότερα άτομα οι ερευνητές αποφάσισαν να συμπεριλάβουν μεγάλο αριθμό κρατουμένων.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι 4 άτομα δεν προσήλθαν στη συνάντηση που είχε οριστεί από τους επαγγελματίες υγείας στις Ειδικές Μονάδες και στα κέντρα υποκατάστασης.

Τελικά έγιναν 25 συνεντεύξεις με χρήστες-φορείς του HIV, 14 με χρήστες-φορείς του HIV που εκείνο το διάστημα βρισκόταν σε αντιρετροϊκή θεραπεία, 5 με χρήστες-φορείς του HIV που δεν ακολουθούσαν αντιρετροϊκή θεραπεία και 6 με χρήστες-φορείς του HIV που είχαν ξεκινήσει και διέκοπταν κατά διαστήματα την αντιρετροϊκή θεραπεία.

Η μεγαλύτερη εκπροσώπηση της ομάδας που βρισκόταν σε αντιρετροϊκή θεραπεία εξηγείται από τον τρόπο συλλογής του δείγματος καθώς οι χρήστες στα κέντρα υποκατάστασης και στη φυλακή αποτελούσαν την πλειοψηφία του δείγματός μας. Συγκεκριμένα, μεταξύ των 10 κρατουμένων που έδωσαν συνέντευξη, οι 8 ακολουθούσαν εκείνο το διάστημα θεραπεία. Την ίδια στιγμή από τα άτομα που νοσηλεύονταν μερικά ακολουθούσαν κάποια θεραπεία ή την ξεκινούσαν και τη διέκοπταν κατά διαστήματα.

Οι συνεντεύξεις δεν ηχογραφήθηκαν καθώς οι περισσότεροι ασθενείς αρνήθηκαν. Το διπλό στίγμα του χρήστη και του φορέα HIV κάνει τους περισσότερους καχύποπτους στο φόβο της αναγνώρισης. Οι ερευνητές κρατούσαν λεπτομερείς σημειώσεις στο ερωτηματολόγιο ενώ παράλληλα διατηρούσαν οπτική επαφή με τον ερωτώμενο. Μετά την ολοκλήρωση της συνέντευξης ο ερευνητής, καθώς μπορούσε να ανακαλέσει με ευκολία τις πληροφορίες που μόλις είχε συλλέξει, σημείωνε πρόσθετες σημαντικές πληροφορίες οι οποίες προέκυπταν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, αλλά δεν ήταν δυνατό να καταγραφούν εκείνη τη στιγμή για να μη διακοπεί η επικοινωνία με τον ερωτώμενο.

Σε γενικές γραμμές, οι ερωτώμενοι μίλησαν ανοικτά, δεν ζήτησαν χρήματα προκειμένου να λάβουν μέρος στην έρευνα και οι περισσότεροι συστήθηκαν στους ερευνητές μέσα από κάποιον επαγγελματία, όπως γιατρό, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, κ.α. Οι περισσότεροι ήταν πεπεισμένοι ότι η συμβολή τους θα βελτίωνε την κατάσταση άλλων ατόμων στην ίδια θέση.

Οι συνθήκες υπό τις οποίες επιλέχθηκε το δείγμα θέτουν ορισμένους περιορισμούς όσον αφορά στη γενίκευση των συμπερασμάτων. Οι ερευνητές θεωρούν πως η δυσανάλογη εκπροσώπηση κρατουμένων περιορίζει την παρουσίαση μιας πραγματικής εικόνας αυτής της ομάδας ανθρώπων. Για το λόγο αυτό έγιναν συνεντεύξεις με περισσότερους επαγγελματίες, ώστε να συμπεριληφθούν οι διάφορες αντιλήψεις και στάσεις των επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με την ομάδα-στόχο. Ήταν επίσης και ένας τρόπος να συλλεχθούν οι απαραίτητες πληροφορίες που θα συνέβαλλαν σε μια πιο ολοκληρωμένη αποτύπωση της πραγματικότητας που έπρεπε να μελετηθεί.

2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Ανάμεσα στους 25 ερωτώμενους υπήρχαν 22 άνδρες και 3 γυναίκες. Η κατανομή αυτή είναι αντιπροσωπευτική του προφίλ των τοξικομανών στην Ελλάδα, όπου οι άνδρες αποτελούν την πλειοψηφία (84,6%) (ΚΕΘΕΑ, 2003; ΕΚΤΕΠΝ, 2002).

Η ηλικιακή κατανομή τους ήταν η εξής: 11 ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 24-35, και 14 στην ηλικιακή ομάδα των 36-45. Δεν υπήρχαν άτομα στις ομάδες ηλικιών 16-23 και 46-60+. Σε ό,τι αφορά τη στέγη, εκτός από τους 10 κρατούμενους, οι 4 μοιράζονται διαμέρισμα (3 άτομα με σύντροφο, 1 άτομο με τη μητέρα του), 5 ζουν μόνοι, 5 ζουν σε καταλύματα νυκτός και ένας ήταν άστεγος την περίοδο που διεξήχθη η συνέντευξη. Ανάμεσα στους 25 ερωτώμενους, οι 12 ήταν παντρεμένοι, οι 2 διαζευγμένοι, οι 3 σε διάσταση και οι 8 ήταν άγαμοι.

Το επίπεδο εκπαίδευσης, σύμφωνα με το εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας μας, ήταν τρεις απόφοιτοι δημοτικού, δεκατρείς απόφοιτοι βασικής εκπαίδευσης (γυμνασίου), επτά απόφοιτοι λυκείου και δύο απόφοιτοι πανεπιστημίου.

Σε ό,τι αφορά την οικονομική τους κατάσταση οι περισσότεροι εξαρτώνται από την κοινωνική παροχή που δικαιούνται τα άτομα με HIV της τάξεως των 750 ευρώ κάθε δύο μήνες. Τρία άτομα ανέφεραν επίσης ότι έχουν περιστασιακό εισόδημα από τη δουλειά τους και αυτά ήταν τα άτομα που είχαν κάποια εξειδίκευση.

Στο δείγμα μας τα άτομα που διέθεταν κάποια ιατρική ασφάλιση ήταν είτε μέσω του συντρόφου τους είτε μέσω της κοινωνικής πρόνοιας.

Οι 27 συνεντεύξεις με επαγγελματίες υγείας περιελάμβαναν:

- 11 με ιατρικό προσωπικό
- 2 με προσωπικό κέντρων υποκατάστασης
- 1 με ιατρικό προσωπικό στη φυλακή
- 1 με προσωπικό σε καταλύματα ημέρας και νυκτός
- 4 με κοινωνικούς λειτουργούς
- 4 με θεραπευτές – συμβούλους
- 4 με άλλες ειδικότητες – 1 με άτομο που κάνει προσέγγιση στο δρόμο, 1 με κοινωνιολόγο, 1 με νοσηλεύτη, 1 με προϊστάμενο δημόσιας υγείας

3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

3.1 HIV μόλυνση και 1^η θεραπεία

Ο τρόπος με τον οποίο έμαθαν για τη λοίμωξή τους δεν είναι ίδιος σε όλες τις περιπτώσεις. Οι περισσότεροι ανέφεραν ότι παρουσίαζαν συμπτώματα που τους οδήγησαν στο νοσοκομείο ή σε ιδιωτικό ιατρείο και με υπόδειξη του γιατρού έκαναν το τεστ και πληροφόρήθηκαν για τη μόλυνση από τον ιό HIV.

Κανένας από τους ερωτώμενους δεν ανέφερε τη χρήση κοινής σύριγγας ως πιθανή μέθοδο μόλυνσης. Οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι είχαν έρθει σε σεξουαλική επαφή με άλλους χρήστες χωρίς καμία προφύλαξη, ένα άτομο ανέφερε ότι μολύνθηκε από μετάγγιση αίματος σε νοσοκομείο, όπου νοσηλευόταν μετά από ατύχημα, ενώ 5 άτομα δεν απάντησαν, λέγοντας ότι ακόμα αγνοούν τον τρόπο με τον οποίο μολύνθηκαν. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η γυναίκα που ισχυρίζεται ότι μολύνθηκε από μετάγγιση αίματος έκανε χρήση ηρωίνης για πολλά χρόνια. Παραδέχτηκε ότι είχε κάνει χρήση κοινής σύριγγας και ανέφερε επίσης σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις,

παρ' όλα αυτά, ήταν πεπεισμένη ότι για τη μόλυνσή της ευθύνονταν ιατρικές πράξεις κι όχι η δική της συμπεριφορά.

Η περίοδος έναρξης της αντιρετροϊκής θεραπείας δεν απέχει πολύ από την περίοδο που τα άτομα πληροφορήθηκαν τη μόλυνσή τους. Σε πολλές περιπτώσεις οι ημερομηνίες συμπίπτουν. Αν λάβουμε υπόψη μας τη δωρεάν πρόσβαση στη θεραπεία για όλους, αλλά και τη στρατηγική συλλογής του δείγματος, το αποτέλεσμα αυτό είναι αναμενόμενο.

Όλα τα άτομα άρχισαν θεραπεία για το HIV ύστερα από ιατρική ένδειξη και όλα, εκτός από δύο, δήλωσαν προσωπικά κίνητρα για να ξεκινήσουν θεραπεία. Η πλειοψηφία των ατόμων σε αντιρετροϊκή θεραπεία, ή εκείνων που ξεκινούν και διακόπτουν, εξετάστηκαν για τελευταία φορά μέσα στους τελευταίους δυο μήνες πριν από τη συνέντευξη.

Μεταξύ των 14 που ακολουθούν σωστά τη θεραπεία τους, όλοι λάμβαναν κάποια ιατρική θεραπεία τη συγκεκριμένη στιγμή. Ανέφεραν ότι το ικό φορτίο ήταν μειωμένο σε σχέση με την περίοδο πριν την έναρξη της θεραπείας για το HIV.

Μεταξύ των 6 που ξεκινούν και διακόπτουν τη θεραπεία, μόνο δύο ακολουθούσαν τη θεραπεία τους την περίοδο των συνεντεύξεων. Μερικοί σταμάτησαν κατόπιν ιατρικής υπόδειξης και άλλοι εξαιτίας των παρενεργειών. Ένα άτομο ανέφερε ότι το ικό φορτίο του είναι στο ίδιο επίπεδο που ήταν πριν από την έναρξη της πιο πρόσφατης θεραπείας.

Τρία από τα άτομα που δεν ακολουθούσαν κάποια θεραπεία την περίοδο της έρευνας, ανέφεραν ότι αυτό έγινε ύστερα από υπόδειξη του γιατρού. Ο ένας από τους δύο που ισχυρίζονται ότι ήταν προσωπική απόφαση ανέφερε:

«Εξαρτάται από το τι θεωρεί ο καθένας ποιότητα ζωής και το να 'είναι ζωντανός'. Ενίοτε είναι προτιμότερο να πεθάνει κανείς παρά να είναι ζωντανός και να ζει την υπόλοιπη ζωή του εξαρτημένος από φάρμακα».

Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους, όταν ρωτήθηκαν, αν ένιωθαν επαρκώς πληροφορημένοι σχετικά με την κατάστασή τους, απάντησαν καταφατικά. Αξίζει να σημειωθεί εδώ, ότι όλοι οι κρατούμενοι δήλωσαν ότι νιώθουν πολύ καλά πληροφορημένοι. Μια εξήγηση είναι ότι, αφού είναι διαρκώς υπό επιτήρηση, είναι πιο εύκολο να έχει κανείς μια πιο ξεκάθαρη εικόνα της κατάστασής του. Από την άλλη, ίσως αυτά τα άτομα να αισθάνθηκαν υποχρεωμένα να δώσουν θετικές απαντήσεις.

3.2 Χρήση ναρκωτικών παράλληλα με την αντιρετροϊκή θεραπεία

Από τους 25 ερωτώμενους οι 11 έπαιρναν μεθαδόνη. Οι περισσότεροι από αυτούς δήλωσαν ότι δεν έκαναν παράλληλη χρήση άλλων ουσιών. Εκείνοι που ανέφεραν κάποια άλλη χρήση έπαιρναν κάποιου είδους υπνωτικά ή ηρεμιστικά. Οφείλουμε να λάβουμε υπόψη το γεγονός ότι οι 10 κρατούμενοι δεν μπορούσαν να δηλώσουν καμία χρήση. Εντούτοις όλοι έκαναν χρήση κάποιου καταπραϋντικού /υπνωτικού ή ηρεμιστικού.

Μεταξύ αυτών που δεν έπαιρναν μεθαδόνη, ένα άτομο ανέφερε πως έκανε χρήση ηρωίνης από τη μύτη για σχεδόν 20 χρόνια, αλλά ότι απείχε από τη χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες. Τα ναρκωτικά που χρησιμοποιούσε τους τελευταίους μήνες ήταν άλλα οπιούχα/ αναλγητικά, βαρβιτουρικά και καταπραϋντικά/ υπνωτικά/ ηρεμιστικά. Άλλο ένα άτομο, που έκανε χρήση ηρωίνης από τη μύτη για τα τελευταία 16 χρόνια, ανέφερε χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες και παράλληλα κάπνισμα κάνναβης και χρήση κατα-

πραϋντικών/ υπνωτικών/ ηρεμιστικών. Ένα τρίτο άτομο που δεν έπαιρνε μεθαδόνη κάπνιζε κάνναβη περιστασιακά, όπως δήλωσε, για τα τελευταία 8 χρόνια, αφού έκανε χρήση ηρωίνης για 16 χρόνια.

Στην ομάδα των ατόμων που έπαιρναν μεθαδόνη, ένα άτομο ανέφερε ότι έκανε ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης και παράλληλη χρήση άλλων οπιούχων/ αναλγητικών, καταπραϋντικών/ υπνωτικών/ ηρεμιστικών, κάνναβης και παραισθησιογόνων. Ένα άλλο άτομο ανέφερε τη χρήση αλκοόλ, αλλά όχι στο σημείο μέθης. Ένα τρίτο άτομο που έκανε ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης για 18 χρόνια κάπνιζε εκείνο το διάστημα κάνναβη παράλληλα με τη μεθαδόνη. Το άτομο που έπαιρνε μεθαδόνη και χρησιμοποιούσε σχεδόν κάθε μέρα κάποια άλλη ουσία ανέφερε τη χρήση αλκοόλ μια φορά την εβδομάδα, ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης καθημερινά, καταπραϋντικά/ υπνωτικά/ ηρεμιστικά σχεδόν καθημερινά, ενδοφλέβια χρήση κοκαΐνης μια φορά το μήνα και κάνναβη κάθε δυο μέρες.

Και πάλι, η δυσανάλογα μεγάλη αντιπροσώπηση κρατουμένων στους οποίους δεν επιτρέπεται η χρήση ναρκωτικών δεν μας επιτρέπει να παρουσιάσουμε αντιπροσωπευτική εικόνα σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών στην ομάδα των χρηστών – φορέων του HIV.

Οι περισσότεροι από τα άτομα που έπαιρναν μεθαδόνη αλλά και τα άτομα που συνέχιζαν τη χρήση ναρκωτικών είπαν ότι δεν νιώθουν καμία διαφορά στην επίδραση του φαρμάκου/ ουσιών κατά τη διάρκεια της αντιρετροϊκής θεραπείας. Τρία άτομα ανέφεραν ότι αύξησαν τη χρήση βενζοδιαζεπινών ή τη δόση ηρωίνης.

Με εξαίρεση δύο άτομα, όλοι οι υπόλοιποι δήλωσαν ότι δεν είχαν υπόψη τους κάποια πιθανή αλληλεπίδραση μεταξύ των αντιρετροϊκών φαρμάκων και της μεθαδόνης/ βουπρενορφίνης. Για μερικούς δεν ήταν σχετικό με την περίπτωσή τους, και άλλοι είπαν ότι ουδέποτε είχαν ακούσει τίποτα για το συγκεκριμένο θέμα. Οι δυο που ήταν πληροφορημένοι είχαν βρει τις πληροφορίες σε φυλλάδια σχετικά με τα προγράμματα μεθαδόνης, ενώ είχαν πληροφορηθεί και από το γιατρό τους για τις συνέπειες.

3.3 Πρόσβαση

Ανάμεσα στους 25 ερωτώμενους, είτε σε θεραπεία είτε όχι, έχει ενδιαφέρον να σημειώσουμε ότι μόνο 3 δήλωσαν πως αντιμετώπιζαν κάποιες δυσκολίες ως προς την πρόσβασή τους στη θεραπεία. Ένα άτομο σε αντιρετροϊκή θεραπεία κατόπιν ιατρικής συμβουλής δήλωσε ότι η θεραπεία ερχόταν σε αντίθεση με τα προσωπικά του κίνητρα και ανέφερε συγκεκριμένα ότι είχε δυσκολία στο να πείσει το ιατρικό προσωπικό ότι συμμορφώνεται με τη θεραπεία. Άλλα δύο άτομα, ένα σε θεραπεία και ένα εκτός, ανέφεραν την ψυχική τους υγεία και πιο συγκεκριμένα την κατάθλιψη ως τον κυριότερο λόγο που τους εμποδίζει να ξεκινήσουν κάποια θεραπεία.

Όλοι οι επαγγελματίες (27) υπέδειξαν ότι η μόνη προϋπόθεση για να ακολουθήσει ο ασθενής τη θεραπεία είναι η ιατρική υπόδειξη, αλλά ότι εξίσου σημαντική είναι η θέληση του ατόμου να ακολουθήσει τη θεραπεία. Ωστόσο, πολλοί από τους επαγγελματίες ανέφεραν παραδείγματα περιπτώσεων, όπου η ιατρική παραπομπή δεν ήταν αρκετή, όταν το άτομο δεν είχε τη θέληση να συμμορφωθεί με το ιατρικό προσωπικό.

Σύμφωνα με τους επαγγελματίες δεν υπάρχουν προϋποθέσεις προκειμένου να εγκριθεί η έναρξη της θεραπείας. Για παράδειγμα, η αποτοξίνωση δεν είναι απαραίτητη προϋπόθεση,

αλλά κατά τη διάρκεια της θεραπείας ζητείται από τους ασθενείς να διακόψουν τη χρήση και το ιατρικό προσωπικό τους παροτρύνει συστηματικά να ενταχθούν σε πρόγραμμα αποτοξίνωσης. Παράλληλα, οι συνθήκες μιας σταθερής ζωής δεν είναι απαραίτητη προϋπόθεση, αλλά μερικοί από τους επαγγελματίες ανέφεραν ότι οι ασταθείς συνθήκες διαβίωσης προκαλούν μεγάλα προβλήματα στα θεραπευτικά προγράμματα. Πολλοί ασθενείς εξαφανίζονται και δεν είναι εύκολο να εντοπιστούν, άλλοι πάλι δεν μπορούν να πάρουν τα φάρμακά τους τακτικά εξαιτίας του τρόπου ζωής τους.

Η μόνη αιτία απόρριψης κάποιου, σύμφωνα πάντα με τους επαγγελματίες, είναι τα προβλήματα συμπεριφοράς. Αναφέρθηκαν παραδείγματα ασθενών που δεν μπορούσαν να συμμορφωθούν με τις ιατρικές υποδείξεις και κατά καιρούς ήταν πολύ βίαιο με το προσωπικό. Σε μερικές περιπτώσεις ο ασθενής είχε επιτεθεί στο προσωπικό και είχε προκαλέσει τραυματισμό. Στις περιπτώσεις αυτές ο ασθενής είχε απορριφθεί.

Οι επαγγελματίες σχολίασαν επίσης τη συμμετοχή των ασθενών και τη διαδικασία λήψης της απόφασης να αρχίσουν θεραπεία. Όπως δήλωσαν, αυτή η διαδικασία εξαρτάται από τον ασθενή και από το πόσο είναι διατεθειμένος να πληροφορηθεί για την κατάστασή του ή όχι. Συμβουλευτικές υπηρεσίες πριν από την εξέταση παρέχονται μόνο από το ΚΕΕΛ και σε ένα από τα μεγάλα νοσοκομεία στο κέντρο της Αθήνας. Παρόλα αυτά, μετά το τεστ, και αν το ιικό φορτίο CD4 καθιστά απαραίτητο το άτομο να αρχίσει θεραπεία, το ιατρικό προσωπικό το πληροφορεί σχετικά με την κατάστασή του και την ανάγκη για το θεραπευτικό πρόγραμμα. Οι επαγγελματίες ανέφεραν ότι στην περίπτωση των τοξικομανών, εξαρτάται από το κάθε άτομο, αν θα λάβει κάποια συμβουλευτική υπηρεσία, εφόσον στο πρώτο στάδιο της θεραπείας δεν υπάρχει η διάθεση για κανενός είδους θεραπεία, ενόσω αυτό σημαίνει ότι θα τους ζητηθεί να διακόψουν τη χρήση ουσιών. Έτσι δεν θέλουν να μάθουν πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή τους ή σχετικά με τα οφέλη της θεραπείας. Όταν αρχίζουν, τα συμπτώματα είναι αυτά που τους οδηγούν πάλι στο γιατρό και όταν είναι αναπόφευκτη η έναρξη της θεραπείας ζητούν περισσότερες πληροφορίες.

Αφού δεν υπάρχουν προϋποθέσεις για την πρόσβαση στη θεραπεία, το άτομο πληροφορείται συνήθως από το προσωπικό σχετικά με την ασθένεια, τις λεπτομέρειες της θεραπευτικής αγωγής και το συνδυασμό των φαρμάκων. Ένα από τα πιο σημαντικά θέματα που συζητούνται, σύμφωνα με τους επαγγελματίες, είναι η συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή. Τους εξηγείται ότι είναι θεραπεία εφ' όρου ζωής και ότι δεν πρέπει να διακοπεί αφού αρχίσει. Από ό,τι φαίνεται, το θέμα των παρενεργειών δεν συζητιέται τόσο, για να μην αποθαρρυνθούν οι ασθενείς. Αυτό είναι επίσης φανερό από τις απαντήσεις των ασθενών που είπαν ότι δεν είχαν πληροφορηθεί από κανέναν σχετικά με τις παρενέργειες, απλά τις ένιωσαν.

3.4 Συμμόρφωση

Το μεγαλύτερο εμπόδιο σύμφωνα με τους επαγγελματίες, είναι οι ασταθείς συνθήκες διαβίωσης. Η κακή οικονομική κατάσταση δεν καθιστά ιδιαίτερο πρόβλημα, καθώς η θεραπεία παρέχεται σε όλους δωρεάν. Όπως επίσης τονίστηκε προηγουμένως, οι ασταθείς συνθήκες διαβίωσης δημιουργούν πολλά προβλήματα στη συμμόρφωση με την αντιρετροϊκή θεραπεία.

Η αλληλεπίδραση μεταξύ των ναρκωτικών και των φαρμάκων καθίσταται προβληματική μόνο στις περιπτώσεις υπερβολικής χρήσης βενζοδιαζεπινών.

Μερικοί από τους επαγγελματίες τόνισαν επίσης την έλλειψη υποστήριξης για αυτή την ομάδα ατόμων, καθώς πολλοί έχουν διακόψει τις σχέσεις με οικογένειες και φίλους.

Οι περισσότεροι επαγγελματίες, πάντως, τόνισαν πως η συμπεριφορά και οι αντιλήψεις αυτής της ομάδας αποτελούν το μεγαλύτερο εμπόδιο. Όπως επισήμαναν, για τους τοξικομανείς η ανάγκη να εξασφαλίσουν τη δόση τους αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα της ζωής τους και καθορίζει τις δραστηριότητές τους και τη συμπεριφορά τους. Εξήγησαν, ότι όσο κάνουν χρήση τα άτομα αυτής της ομάδας δεν δείχνουν να ενδιαφέρονται τόσο για την κατάσταση της υγείας τους. Η αξία που έχει για εκείνους η υγεία τους δεν είναι τόσο μεγάλη, όσο είναι για τους υπόλοιπους ασθενείς. Κατ' αυτό τον τρόπο είναι δύσκολο να τους πείσει κανείς να ξεκινήσουν τη θεραπεία. Ως αποτέλεσμα, ο βαθμός συμμόρφωσης με τη θεραπεία διαφέρει από αυτόν των άλλων ασθενών που επενδύουν πολλά στην υγεία τους.

Παρακάτω παρατίθενται μερικές χαρακτηριστικές απαντήσεις των επαγγελματιών σχετικά με τα εμπόδια για τη θεραπεία του HIV:

- «Αυτοί οι ασθενείς πολλές φορές δεν συμμορφώνονται με το συνδυασμό της θεραπείας και των εξετάσεων. Τους εξηγούμε τους λόγους, για τους οποίους οφείλουν να κάνουν ορισμένα πράγματα, μας ακούν και όταν φεύγουν είτε εξαφανίζονται είτε ακολουθούν μόνο το μέρος εκείνο, που προσαρμόζεται πιο εύκολα στις συνθήκες της ζωής τους»
- «Δεν τηρούν τα ραντεβού τους, πολλές φορές δεν εμφανίζονται και οι πιθανότητες για αυτήν την ομάδα να διακόψει την αντιρετροϊκή θεραπεία είναι περισσότερες»
- «Η προτεραιότητά τους είναι να βρουν τη δόση τους, δεν ενδιαφέρονται για το σώμα τους και γι' αυτό χρειάζονται επιτήρηση προκειμένου να ακολουθήσουν τη θεραπεία τους. Πολλές φορές οι νοσοκόμες τους ζητούν να πάρουν τα φάρμακά τους μπροστά τους, αλλιώς θα τα ξεχάσουν ή θα τα πετάξουν»

Καταγράφηκε όμως και η αντίθετη άποψη, που εμφανίζει τους χρήστες τοξικών ουσιών να μη διαφέρουν από τους υπόλοιπους ασθενείς, αλλά αντίθετα να συμμορφώνονται και καλύτερα στις οδηγίες των γιατρών:

- «Εφόσον αποδεχτούν την ιδέα της θεραπείας, είναι πιο θετικοί από τους υπόλοιπους στη συμμόρφωση με τις εντολές των γιατρών και πολλές φορές ακολουθούν τη θεραπεία πιο πιστά»

Όλοι οι επαγγελματίες επισήμαναν ότι η καλύτερη λύση θα ήταν η ζωή χωρίς ναρκωτικά. Ωστόσο αυτός ο στόχος είναι ανέφικτος και η επόμενη προσέγγιση είναι η μείωση της βλάβης, που βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους και πιθανότατα ενισχύει τη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία. Επισήμαναν επίσης, ότι οι ομάδες υποστήριξης για άτομα με HIV δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές, ειδικά όσον αφορά στην ομάδα αυτή, που έχει διαφορετική ταυτότητα και συμπεριφορά από εκείνη του μέσου ατόμου με HIV. Τέλος, οι επαγγελματίες δείχνουν να συγκλίνουν στην άποψη, ότι η ψυχολογική ή ψυχιατρική θεραπεία είναι αποτελεσματική σε ορισμένες περιπτώσεις.

Οι Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων στα δύο κεντρικά νοσοκομεία της Αθήνας δήλωσαν, ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένη υπηρεσία για τους χρήστες ναρκωτικών, που θα θεωρούσαν χρήσιμη, προκειμένου να βελτιωθεί η συμμόρφωσή τους. Είναι υπεύθυνες για τη θε-

ραπεία τους, αλλά πέρα από την προσωπική ιατρική υπόδειξη να μην διακοπεί η θεραπεία δεν μπορούν να προσφέρουν άλλους τρόπους για τη συνέχιση της θεραπείας χωρίς διακοπή. Από την άλλη πλευρά ο ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών) με τα κέντρα Υποκατάστασης και το Κέντρο Βοήθειας στα πλαίσια της προσέγγισης για τη μείωση της βλάβης, θεωρεί ως πιο σημαντική υπηρεσία την υποστήριξη και την επίτηρηση που παρέχεται από τους ψυχολόγους στα υπό θεραπεία άτομα. Θεωρούνται επίσης σημαντικές οι δωρεάν εξετάσεις, που παρέχονται στους ασθενείς τους, και εν συνεχεία, η ιατρική παρέμβαση για να παρακολουθήσουν τη θεραπεία. Στα κέντρα αυτά οι χρήστες ναρκωτικών μπορούν να αποκτήσουν πληροφορίες και υποστήριξη, ώστε να μεταβούν στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων των νοσοκομείων για θεραπεία.

Το ΚΕΕΛ θεωρεί ως πιο σημαντική υπηρεσία για τους οροθετικούς χρήστες ναρκωτικών ουσιών τις ομάδες αυτοβοήθειας που οργανώνει. Υπάρχει επίσης τηλεφωνική γραμμή, όπου μπορεί κάποιος να πληροφορηθεί για όλα τα στοιχεία σχετικά με το AIDS και να συζητήσει ανώνυμα όλους τους δισταγμούς και τις τυχόν παρεξηγήσεις σχετικά με θέματα θεραπείας και τοξικομανίας. Παρέχεται επιπλέον ψυχολογική υποστήριξη στους υπό θεραπεία ασθενείς καθώς το συμβουλευτικό κέντρο λειτουργεί στους χώρους ενός από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία για λοιμώξεις στην Ελλάδα. Υπό αυτές τις συνθήκες το κέντρο είναι προσίτο για τα άτομα υπό θεραπεία.

3.4.1 Προβλήματα από τη χρήση φαρμάκων

Όσοι ξεκίνησαν θεραπεία μετά το 2000 και έχουν ακολουθήσει μια ή δύο διαφορετικές αγωγές ανέφεραν ότι δεν αντιμετώπισαν προβλήματα, αφού τα χάπια δεν ήταν τόσα πολλά και δεν είχαν μεγάλες δυσκολίες στη λήψη. Ωστόσο, ένα άτομο που έχει ακολουθήσει δύο διαφορετικές θεραπείες δήλωσε:

«Δεν είναι πιο εύκολο τώρα γιατί παίρνω 3 χάπια το πρωί, 3 το βράδυ και πρέπει να έχω φάει προηγούμενως και αυτό δυσκολεύει τα πράγματα γιατί δεν μπορώ να φάω το πρωί, συνήθως δεν τρώω τίποτα».

Ένας ασθενής που ξεκίνησε θεραπεία το 1994 και έχει ακολουθήσει 4 διαφορετικές θεραπείες μέχρι τώρα παραδέχεται ότι είναι ευκολότερη η θεραπεία τώρα γιατί παίρνει λιγότερα χάπια.

Ένα ακόμα άτομο, που ξεκίνησε θεραπεία το 1996, και έχει διακόψει τώρα εξαιτίας των παρενεργειών, είπε ότι στην πιο πρόσφατη θεραπεία έπαιρνε λιγότερα χάπια, αλλά οι παρενέργειες ήταν πιο πολλές και υπήρχαν και διατροφικές προϋποθέσεις που το καθιστούσαν πιο δύσκολο να ακολουθήσει πιστά την θεραπεία.

Ένα άτομο που έμαθε ότι είχε μολυνθεί το 1982 και δεν ακολουθεί καμία θεραπεία τώρα έπειτα από συμβουλή του γιατρού είπε ότι ακολούθησε 7 διαφορετικές θεραπείες μέχρι τώρα. Ανέφερε συγκεκριμένα:

«Δεν είναι πιο εύκολο τώρα να αρχίσει κανείς θεραπεία γιατί τα χάπια δεν κάνουν πια κανένα καλό... Στο παρελθόν μπορούσες να δεις βελτίωση, σήμερα τίποτα...»

Υπάρχουν 5 άτομα, που δεν έχουν διακόψει καθόλου ή που δεν έχουν αλλάξει το συνδυασμό των φαρμάκων τους. Οι υπόλοιποι ανέφεραν τις παρενέργειες ως τον πρωταρχικό λόγο διακοπής της θεραπείας, παράλληλα με τη δυσκολία της θεραπευτικής αγωγής. Από τους δύο ασθενείς που ανέφεραν τις δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, ο ένας εξή-

γησε ότι ξεχνούσε να πάρει τα χάπια τη σωστή ώρα ή στη σωστή ποσότητα και ο άλλος είπε:

«Αν παίρνεις ναρκωτικά η προτεραιότητά σου είναι η δόση σου και όχι τα χάπια σου... Μερικές φορές ξεχνάς, μερικές φορές αδιαφορείς...»

Αρκετοί ερωτώμενοι δεν ήθελαν να γίνουν πολύ συγκεκριμένοι ή πιθανόν δεν γνώριζαν πολλά για τα φάρμακα που έπαιρναν. Αυτό ίσχυε στην φυλακή, όπου παίρνουν τα φάρμακα που τους δίνονται και δεν ασχολούνται πραγματικά με το να θυμηθούν πότε ή πόσα χάπια παίρνουν.

Αρκετοί από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι η μόνη περίπτωση κατά την οποία ήταν εξαιρετικά δύσκολο να πάρουν τα χάπια τους ήταν, όταν τους έπιανε κατάθλιψη. Μια χαρακτηριστική απάντηση:

«Σκοτίστηκα για τα φάρμακα... Είχα προβλήματα με τη γυναίκα μου, είχα κατάθλιψη, αδιαφορούσα για τη ζωή μου... Τι να μου έκαναν τα χάπια; Να με βοηθήσουν; Αποκλείεται... Οπότε; Γιατί να ασχοληθώ;»

Ο εγκλεισμός ήταν εμπόδιο για δύο από τα άτομα μόνο στην αρχή, αφού συνελήφθησαν και κρατούνταν, πριν σταλούν στην φυλακή. Εκεί δεν επιτρέπεται κανένα φάρμακο και αυτό ήταν μεγάλο πρόβλημα.

Οι περισσότεροι υπό θεραπεία την περίοδο των συνεντεύξεων ή εκείνοι που ενίοτε ακολούθησαν κάποια θεραπεία απάντησαν θετικά στο ερώτημα αν γνωρίζουν πώς και γιατί να πάρουν τα χάπια τους, καθώς και γιατί είναι απαραίτητο ένα πρόγραμμα, τις πιθανές παρενέργειες και τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και ναρκωτικά. Εξήγησαν ότι το ιατρικό προσωπικό τους παρέχει αυτές τις πληροφορίες για να ξέρουν γιατί να ξεκινήσουν τη θεραπεία. Τρεις από τους ερωτώμενους έκαναν σχόλια που αξίζει να αναφερθούν:

- *«Κανείς δεν σου λέει για τις παρενέργειες για να ξεκινήσεις τη θεραπεία. Μετά όταν αρχίζουν τα συμπτώματα σου λένε ότι είναι από τα φάρμακα».*
- *«Δεν ήξερα για την αλληλεπίδραση των ναρκωτικών με τα φάρμακα μέχρι που η κοκαΐνη με έριξε στο κρεβάτι για τρεις μέρες. Τότε κατάλαβα ότι κάτι δεν πήγαινε καλά...»*
- *«Το μόνο που μου είπε ο γιατρός είναι ότι το AIDS και η ηρωίνη δεν πάνε μαζί... Δεν είπαν τίποτα για παρενέργειες. Μετά άρχισα να τις νιώθω... Τότε σου το λένε... Όταν τις έχεις και δεν μπορείς να κάνεις τίποτα».*

3.4.2 Ενσωμάτωση της αντιρετροϊκής θεραπείας στο καθημερινό πρόγραμμα

Μια εικόνα για την ενσωμάτωση της θεραπείας στο καθημερινό πρόγραμμα μπορεί να δοθεί μέσα από τις απαντήσεις των ερωτώμενων:

- *«Δεν θα έλεγα, ότι η θεραπεία έχει κυριαρχήσει στη ζωή μου, αλλά έχω αλλάξει ορισμένα πράγματα στην καθημερινή μου ρουτίνα. Για παράδειγμα, όταν πηγαίνω σε πάρτι πρέπει να φεύγω νωρίτερα για να πάρω τα φάρμακά μου».*
- *«Φυσικά και έπρεπε να αλλάξω τη ζωή μου γιατί μερικές φορές πρέπει να παραλείψω τη δόση μου, άλλες φορές δεν μπορώ να βγω με φίλους».*

54 Εξαρτήσεις

- «Το μόνο, που άλλαξε, είναι ότι έπρεπε να σταματήσω τα ναρκωτικά. Τίποτα άλλο. Μπορώ να κοιμηθώ ή να φάω όποτε θέλω και μπορώ να πάω όπου θέλω, όποτε θέλω».

Σε περίπτωση που ξεχάσουν ή παραλείψουν κάποια από τα χάπια, οι περισσότεροι είπαν ότι παίρνουν κατευθείαν το επόμενο χάπι, αλλά το συζητούν με το ιατρικό προσωπικό. Μόνο μια γυναίκα είπε:

«Στο παρελθόν πετούσα το χάπι αλλά τώρα τα μετρά ο άντρας μου οπότε το παίρνω αργότερα».

Η κατάσταση στις φυλακές είναι διαφορετική, αφού τα χάπια δίνονται στους ασθενείς και έτσι δεν μπορούν να τα ξεχάσουν.

Όλα τα άτομα υπό αντιρετροϊκή θεραπεία είπαν ότι έχουν συζητήσει με το γιατρό τους τις επιπτώσεις που συνεπάγεται η παράλειψη των χαπιών ή η διακοπή της θεραπείας και είναι καλά πληροφορημένα για τις συνέπειες. Εντούτοις, οι περισσότεροι δεν γνώριζαν ή δεν μπορούσαν να απαντήσουν πόσες φορές γίνεται να παραλείψουν ένα χάπι χωρίς να θέσουν σε κίνδυνο την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Επιπλέον, δεν φάνηκαν να ανησυχούν πολύ για τις συνέπειες της παράλειψης χαπιών, την αντιμετώπιζαν απλώς σαν προειδοποίηση από το ιατρικό προσωπικό και ήξεραν ότι ήταν κάτι που πρέπει να αποφεύγουν.

Εδώ πρέπει να σημειώσουμε τη διάσταση μεταξύ των απαντήσεων που έδωσαν οι ερωτώμενοι και των γεγονότων. Για παράδειγμα, όλοι έδειξαν να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τις επιπτώσεις, αν δεν πάρουν τα χάπια τους. Παρόλα αυτά, σε άλλα σημεία της συνέντευξης μερικοί ανέφεραν ότι ξεχνούν να πάρουν τα χάπια τους ή ότι πιστεύουν πως τα χάπια δεν τους βοηθούν και πολύ, ή ότι το δυσκολότερο μέρος της θεραπείας είναι να πάρουν τα χάπια στην ώρα τους. Οι απαντήσεις αυτές σε σχέση με το γεγονός ότι οι ίδιοι δεν φαίνεται να το θεωρούν αρκετά σημαντικό, φέρνει στο φως ένα σοβαρότατο πρόβλημα όσον αφορά στη συμμόρφωση αυτής της ομάδας με τη θεραπεία.

Όσο για τις παρενέργειες, επειδή δόθηκαν ποικίλες απαντήσεις, αναφέρουμε παρακάτω μερικές χαρακτηριστικές:

- «Υποφέρω συχνά από πόνους στο στομάχι και νιώθω σωματικά και ψυχολογικά καταβεβλημένος... Ειδικά όταν ξεχνάω να πάρω τα χάπια μου, δεν μπορώ να σταθώ στα πόδια μου. Συνήθως ηρεμώ ή παίρνω αντικαταθλιπτικά χάπια».
- «Μια φορά το μήνα έχω διάφορα συμπτώματα, ζαλάδες, εξάντληση, κατάθλιψη... και αντιδρώ άσχημα... Ξέρω πως δεν είναι καλό αλλά δεν μπορώ να κάνω τίποτα...»
- «Κάθε μέρα πρήζονται τα πόδια μου, και έχω φαγούρα. Ξύνομαι συνέχεια. Βγάζω σπυριά στο σώμα, υποφέρω από διάφορες αλλεργίες... Δεν είναι πολύ ευχάριστο ξέρετε...»

3.5 Σχέσεις με το ιατρικό προσωπικό που επιβλέπει τη θεραπεία για το HIV

Σε αυτή την ερώτηση δεν έχουν ληφθεί σοβαρά υπόψη οι απαντήσεις των έγκλειστων ατόμων, καθώς όλα απάντησαν ότι οι σχέσεις τους με το προσωπικό είναι άριστες, πράγμα αναμενόμενο αφού οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στο νοσοκομείο της φυλακής. Μάλιστα τρία άτομα τόνισαν ότι είναι πολύ σημαντική η ψυχολογική υποστήριξη που τους παρέχει το προσωπικό. Αυτό ίσως αληθεύει, αλλά οφείλουμε να είμαστε διστακτικοί και να μην βασίσουμε τα συμπεράσματά μας σε αυτές τις απαντήσεις.

Μεταξύ των υπόλοιπων ατόμων τα περισσότερα χαρακτήρισαν θετική τη σχέση τους με το προσωπικό και όταν ρωτήθηκαν σχετικά με βελτιώσεις, ένα άτομο υπέδειξε:

«οι άνθρωποι που δουλεύουν μαζί μας δεν θα έπρεπε να είναι ρατσιστές, θα έπρεπε να μας φέρονται όπως στους υπόλοιπους ασθενείς».

Μία άλλη ασθενής είπε ότι η σχέση της με το προσωπικό είναι πλέον φιλική, αφού έχουν συχνές συναντήσεις και νιώθει ότι τη σέβονται και την αγαπούν.

Κατά τη γνώμη των ερωτώμενων τα ραντεβού θα έπρεπε να αλλάξουν. Δεν είναι πάντα εύκολο να κλείσει κανείς ραντεβού μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, μερικές φορές η αναμονή είναι μεγάλη. Θα ήθελαν επίσης να βελτιωθεί η διοίκηση, να ευαισθητοποιηθεί απέναντί τους. Τέλος, τρία άτομα πρότειναν να υπάρξουν καλύτερα εκπαιδευμένα άτομα στα μικροβιολογικά εργαστήρια, για να βρίσκουν εύκολα τις φλέβες όταν παίρνουν αίμα και να μην τους κάνουν να υποφέρουν. Ένα άτομο υπέδειξε ότι το ιατρικό προσωπικό θα έπρεπε να είναι πιο ειλικρινές μαζί τους και να τους λέει τα πάντα χωρίς να αποκρύπτει πληροφορίες.

3.5 Υποστηρικτικά δίκτυα για συμμόρφωση στην αντιρετροϊκή θεραπεία

Εδώ οι απαντήσεις διαφέρουν μεταξύ των διαφόρων ομάδων που ρωτήθηκαν. Όλοι οι κρατούμενοι αναφέρθηκαν στο ιατρικό προσωπικό και στους κοινωνικούς λειτουργούς ως τα άτομα στα οποία μπορούν να βασίζονται για τη θεραπεία τους κατά του HIV.

Από τους υπόλοιπους που ακολουθούν την αντιρετροϊκή θεραπεία, εκτός από το ιατρικό προσωπικό και ένα άτομο, που αναφέρθηκε συγκεκριμένα στους ψυχιάτρους, ένας ανέφερε το σύντροφό του και ένας άλλος είπε ότι δεν χρειάζεται κανέναν:

«Δεν χρειάζομαι βοήθεια, έχω συνηθίσει αυτή τη διαδικασία και τα καταφέρνω μόνος μου».

Έχει ενδιαφέρον το γεγονός, ότι 4 άτομα ανάμεσα σε εκείνους, που δεν ακολουθούν αντιρετροϊκή θεραπεία, έκαναν λόγο για τον κοινωνικό τους περίγυρο (οικογένεια και φίλους) που θα μπορούσαν να βοηθήσουν σε περίπτωση ανάγκης. Μόνο ένα άτομο ανέφερε το ιατρικό προσωπικό.

Τέλος, οι απαντήσεις των ατόμων εκείνων, που ξεκινούν και διακόπτουν τη θεραπεία είναι παρόμοιες, αφού τα 4 στα 6 πιστεύουν ότι κανείς δεν μπορεί να βοηθήσει. Μία ερμηνεία:

«Δεν μπορείς να βασίζεσαι σε κανέναν. Όταν είχα αδυναμία λόγω παρενεργειών της θεραπείας και δεν μπορούσα να ανέβω τις σκάλες ποιος μπορούσε να βοηθήσει; Κανείς. Ήταν δικό μου το πρόβλημα. Εγώ έπρεπε να το αντιμετωπίσω».

Τα άλλα δύο άτομα αναφέρθηκαν στο ιατρικό προσωπικό.

Από το σύνολο των απαντήσεων φαίνεται ότι, όσοι ήταν υπό αντιρετροϊκή θεραπεία τον καιρό της συνέντευξης, βασίζονται στο ιατρικό προσωπικό και πιστεύουν στη βοήθειά του, αφού είναι μέρος της διαδικασίας την παρούσα στιγμή. Οι υπόλοιποι, που δεν είναι υπό θεραπεία, βασίζονται κυρίως στο κοινωνικό τους δίκτυο για υποστήριξη που πιθανότατα τους δίνουν οι άνθρωποι γύρω τους. Εκείνοι, που έχουν διακόψει τη θεραπεία είτε για προσωπικούς λόγους είτε ύστερα από ιατρική συμβουλή έχουν τις πιο αρνητικές στάσεις και πιστεύουν ότι δεν μπορούν να βασίζονται σε κανέναν.

3.6 Προσδοκίες από τη θεραπεία

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων προσδοκά μεγαλύτερη διάρκεια ζωής και παράλληλα σωματική και ψυχολογική βελτίωση. Τρία άτομα μάλιστα μίλησαν για πλήρη θεραπεία. Μόνο τέσσερα άτομα περίμεναν ότι η θεραπεία θα έθετε υπό έλεγχο τη χρήση ουσιών.

Μερικές αντιπροσωπευτικές απαντήσεις:

- «Περιμένω να δυναμώσω, να νιώσω καλύτερα σωματικά»
- «Αυτό που περιμένω είναι να σταματήσω με κάποιον τρόπο τον ιό, να μην τον αφήσω να με σκοτώσει...»
- «Κάνω την θεραπεία για να ζήσω καλύτερη ζωή, να ζήσω σαν άνθρωπος»
- «Αυτό που περιμένω εκτός από μεγαλύτερη διάρκεια ζωής είναι να μπορέσω κάποια μέρα να κάνω παιδί, είναι το όνειρό μου και ελπίζω με τα φάρμακα να το καταφέρω»

3.7 Εκτός θεραπείας

Τα άτομα (5 στη συγκεκριμένη περίπτωση) που δεν ακολουθούν κανενός είδους θεραπεία, υποβλήθηκαν σε αρκετές ερωτήσεις για την κατάστασή τους. Όταν ρωτήθηκαν, αν υποφέρουν από μακρόχρονες/ επαναλαμβανόμενες επιπτώσεις της μόλυνσής τους, μόνο δύο απάντησαν θετικά. Ο ένας έπαθε βρογχίτιδα μία φορά και υπεβλήθη σε θεραπεία. Ο άλλος υπέφερε από αδυναμία και ποικίλα ψυχοσωματικά συμπτώματα της νόσου. Είπε ότι τα συμπτώματα επανέρχονται συχνά, αλλά δεν ζητά βοήθεια, αφού γνωρίζει την αιτία και θέλει να τον αφήνουν ήσυχο.

Τέσσερα άτομα απάντησαν ότι δεν βρέθηκαν ποτέ σε θέση να εύχονται να είχαν αποφασίσει να ξεκινήσουν αντιρετροϊκή θεραπεία. Το άλλο άτομο είπε ότι ήταν έτοιμο εκείνη την περίοδο να ξεκινήσει τη θεραπεία κατόπιν ιατρικής υπόδειξης.

Μόνο ένα άτομο παραδέχτηκε ότι ο λόγος που δεν ξεκίνησε τη θεραπεία, ήταν η πιθανή αλληλεπίδραση μεταξύ των φαρμάκων και των ναρκωτικών που έπαιρνε ο ίδιος. Πρόκειται για το ίδιο άτομο, που ήταν έτοιμο να ξεκινήσει τη θεραπεία.

3.8 Προτάσεις για τη βελτίωση των υπηρεσιών σχετικά με την πρόσβαση και την παραμονή στη θεραπεία

Οι επαγγελματίες, όταν τους ζητήθηκαν προτάσεις για τη βελτίωση της πρόσβασης και συμμόρφωσης με την αντιρετροϊκή θεραπεία, έδωσαν διάφορες απαντήσεις. Παρακάτω είναι μερικές αντιπροσωπευτικές απαντήσεις από την ομάδα ξεχωριστά:

Οι Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων στα νοσοκομεία δήλωσαν:

«Το πιο σημαντικό στοιχείο για να διευκολυνθεί η πρόσβαση και να βελτιωθεί η συμμόρφωση των χρηστών με HIV με την αντιρετροϊκή θεραπεία είναι να βελτιωθεί η επαφή και επικοινωνία μεταξύ μας, με άλλα λόγια να εγκαταστήσουμε ένα καλύτερο δίκτυο μεταξύ των νοσοκομείων και των κέντρων υποκατάστασης. Παράλληλα είναι αναγκαία η περαιτέρω ανάπτυξη της κοινωνικής μας υπηρεσίας. Αυτό είναι και το πιο αδύναμο σημείο στην παροχή των υπηρεσιών που προσφέρουμε στα άτομα με HIV».

Ο ΜΗΚΥΟ για την υποστήριξη των ατόμων με AIDS τονίζει ότι οι ομάδες υποστήριξης θα

έπρεπε να είναι καλύτερα οργανωμένες, αφού συχνά ο τρόπος λειτουργίας τους δεν φέρνει αποτέλεσμα. Θεωρείται επίσης απαραίτητη μια υπηρεσία στέγασης προκειμένου να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων αυτών, με αποτέλεσμα να αυξηθεί και η παραμονή τους στη θεραπεία.

Ο γιατρός στο νοσοκομείο της φυλακής αναφέρει ότι οι υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης, ως έχουν, δεν είναι επαρκείς. Θα έπρεπε να υπάρχουν περισσότεροι εξειδικευμένοι επαγγελματίες για να βοηθήσουν τους κρατούμενους χρήστες-φορείς του HIV.

Όλες οι μονάδες του ΟΚΑΝΑ ζητούν καλύτερη συνεργασία ανάμεσα στις υπηρεσίες τους και το ΚΕΕΛ. Όπως έχουν τα πράγματα σήμερα, δεν υπάρχει συνεργασία μεταξύ των δύο. Ένα δίκτυο επικοινωνίας μεταξύ των δύο υπηρεσιών θα βοηθούσε σημαντικά τους ασθενείς που έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη. Πρότειναν επίσης να υπάρχει η προϋπόθεση για τους χρήστες ναρκωτικών να ξεκινήσουν αντιρετροϊκή θεραπεία προκειμένου να εισαχθούν σε πρόγραμμα υποκατάστασης. Θα ήταν επίσης επιθυμητή η στενότερη συνεργασία μεταξύ των κέντρων υποκατάστασης και των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων των νοσοκομείων. Μία ακόμη πρόταση είναι, να παρέχουν τα κέντρα υποκατάστασης τα φάρμακα για την αντιρετροϊκή θεραπεία, αφού είναι σε θέση να επιβλέψουν τους ασθενείς καλύτερα από τις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων.

Το Κέντρο Βοήθειας και τα κέντρα υποκατάστασης μπορούν να διαθέσουν όλα τα φάρμακα δωρεάν εκτός από τα αντιρετροϊκά. Ζητούν επίσης ξεχωριστή μονάδα μέσα στα κέντρα υποκατάστασης με εξειδικευμένο προσωπικό αποκλειστικά για τους χρήστες - φορείς του HIV, καθώς σήμερα οι γιατροί στα κέντρα αυτά δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν αυτές τις περιπτώσεις. Η ανάγκη για εξειδικευμένο προσωπικό για τα άτομα με HIV στα κέντρα υποκατάστασης και στο Κέντρο Βοήθειας εκφράστηκε όχι μόνο από τους γιατρούς, αλλά και από όλους τους επαγγελματίες που έδωσαν συνέντευξη.

Ο σύνδεσμος μεταξύ των γιατρών σε αυτές τις μονάδες και κάποιων επαγγελματιών στα Κέντρα Πληροφόρησης του AIDS επίσης θα διευκόλυne την πρόσβαση των ατόμων με HIV στα κέντρα υποκατάστασης.

Στη χώρα μας η θεραπεία των χρηστών-φορέων HIV με AZT δεν είναι καθιερωμένη, επομένως κανένας από τους οργανισμούς, που δουλεύουν με χρήστες-φορείς, δεν προώθησε τέτοιου είδους θεραπεία.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

α. Όσον αφορά στην πρόσβαση δεν υπάρχουν σχόλια, καθώς τα ευρήματα ήταν αναμενόμενα. Όλοι οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να ξεκινήσουν θεραπεία με εντολή γιατρού.

Στην περίπτωση της παραμονής στη θεραπεία έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι επαγγελματίες ζητούν καλύτερη συνεργασία μεταξύ των Ειδικών Μονάδων των νοσοκομείων, των Κέντρων Πληροφόρησης για το AIDS, των υπηρεσιών υποστήριξης για το AIDS στο ΚΕΕΛ (κυρίως της συμβουλευτικής) και των υπηρεσιών για τους χρήστες ναρκωτικών όπως το ΚΕ.Θ.Ε.Α. και τον ΟΚΑΝΑ. Έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη να συνδέονται οι παραπάνω υπηρεσίες, ώστε να παρακολουθήσουν τον ασθενή από τη στιγμή της διάγνωσης του HIV μέχρι την έναρξη της θεραπείας. Προς το πα-

ρόν οι χρήστες-φορείς του HIV μπορούν να πάνε σε ένα από τα κέντρα για συμβουλευτική, αλλά το προσωπικό εκεί δεν είναι εξειδικευμένο στο συγκεκριμένο θέμα. Επιπλέον, καθώς δεν υπάρχει καθιερωμένο δίκτυο επικοινωνίας μεταξύ των συμβουλευτικών υπηρεσιών για το AIDS και των κέντρων για την τοξικομανία, το άτομο χάνεται στη διαδικασία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι μερικοί επαγγελματίες δήλωσαν πως κάνουν προσωπικά αυτή τη διασύνδεση. Από την άλλη πλευρά, οι γιατροί κάνουν την επαφή με ψυχολόγους, που γνωρίζουν εκεί, για να παραπέμψουν τους ασθενείς τους. Έτσι, ανάλογα με τη θέληση των επαγγελματιών, παρακολουθείται η μετάβαση του ασθενή από τη διάγνωση στη θεραπεία.

- β. Είναι εμφανές ότι η αντιρετροϊκή θεραπεία ενός ασθενή δεν παρακολουθείται κι έτσι δεν είναι ασυνήθιστο για τους ασθενείς να ξεκινήσουν τη θεραπεία μετά από εντολή γιατρού και να τη διακόψουν, όταν νιώσουν ότι δεν μπορούν να συνεχίσουν. Το θετικό στοιχείο εδώ είναι η εύκολη πρόσβαση και η δωρεάν θεραπεία για όλους τους ασθενείς με HIV. Το γεγονός αυτό σχολίασε η πλειοψηφία του δείγματός μας, καθώς οι περισσότεροι αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσχέρειες. Στο Κέντρο Βοήθειας όλα τα φάρμακα και οι εξετάσεις για οποιαδήποτε ασθένεια παρέχονται δωρεάν. Έτσι οι όποιες οικονομικές δυσχέρειες δεν θα έπρεπε να είναι εμπόδιο για τη θεραπεία. Οι υπηρεσίες που δεν είναι τόσο καλά αναπτυγμένες για τους ασθενείς με HIV είναι η συμβουλευτική πριν και μετά από τη διάγνωση που προσφέρεται. Εν μέρει αυτό εξηγείται από τον περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων του HIV/AIDS στη χώρα μας, που με τη σειρά του έχει δημιουργήσει μια πολιτική δημόσιας υγείας όπου το AIDS δεν έχει προτεραιότητα ως στόχος. Αυτό ίσως αλλάξει, αν στο μέλλον το HIV εξαπλωθεί περισσότερο σε αυτή την κοινωνική ομάδα. Σε αυτό το στάδιο δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για τον αριθμό των μολυσμένων τοξικομανών, αφού τα στοιχεία μας βασίζονται κυρίως σε άτομα, που προσέρχονται στα κέντρα μεθαδόνης ή τις υγειονομικές υπηρεσίες. Το μόνο θετικό στοιχείο είναι η χαμηλή διάδοση του ιού στα άτομα που έχουν εξεταστεί στο Κέντρο Βοήθειας. Αυτοί είναι οι λιγότερο προνομιούχοι στην ομάδα-στόχο.
- γ. Η θετική πτυχή της εν λόγω έρευνας ήταν η ευκαιρία που δόθηκε στη χώρα μας να μελετηθεί η μικρή αυτή ομάδα, που έχει σαφή ανάγκη από ιδιαίτερη προσοχή. Υπήρχαν, βέβαια, και αρνητικά στοιχεία όσον αφορά στην πραγματοποίηση της έρευνας. Πρώτον, τα άτομα από τη συγκεκριμένη ομάδα-στόχο δεν πείθονται εύκολα να μιλήσουν, ιδιαίτερα στη χώρα μας, όπου είναι περιορισμένοι σε αριθμό και δεν επιθυμούν να γνωστοποιήσουν την κατάστασή τους. Επίσης, τα άτομα που διαγνώστηκαν πριν από μερικά χρόνια δυσκολεύτηκαν να θυμηθούν το χρόνο, τον τόπο και τον τρόπο μόλυνσής τους. Πρόκειται για λεπτομέρειες, που θα προτιμούσαν να ξεχάσουν και για μερικούς ήταν σίγουρα επώδυνη η συνέντευξη. Οι ερευνητές παρατήρησαν πως αυτές οι ερωτήσεις ήταν πιο δύσκολες από οποιαδήποτε ερώτηση σχετικά με τα ναρκωτικά. Επίσης η μεγάλη εκπροσώπηση των κρατούμενων στο δείγμα περιόρισε την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ένα μεγαλύτερο δείγμα με καλύτερη αντιπροσώπευση όλων των κατηγοριών (είτε υπό αντιρετροϊκή θεραπεία είτε όχι) θα συντελούσε σε μια πιο αντιπροσωπευτική παρουσίαση της κατάστασης ή της ομάδας-στόχου.
- δ. Η πιο σημαντική πρόταση προκειμένου να βελτιωθεί η παραμονή των ενδοφλέβιων χρηστών ναρκωτικών στην αντιρετροϊκή θεραπεία, είναι η στενότερη παρακολούθηση και συνεργασία μεταξύ όλων των φορέων. Καλύτερη παρακολούθηση μπορεί να επιτευχθεί

με την παροχή μεθαδόνης παράλληλα με την αντιμετώπιση των προσωπικών περιστάσεων του καθένα καθώς στην περίπτωση αυτή ο ασθενής αναζητά τις παρεχόμενες υπηρεσίες και έχει λόγους να συνεχίσει. Σύμφωνα με τα λόγια ενός γιατρού από Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων:

«Η μη-συμμόρφωση δεν είναι παράλογη συμπεριφορά. Έχει μάλλον σχέση με την ατομική ευθύνη, με τη σχέση με το γιατρό πρωταρχικά και κατά δεύτερο λόγο με το σύστημα υγείας στο σύνολό του. Επιπλέον, ας μην υποτιμήσουμε το ρόλο του κοινωνικού περιβάλλοντος.»

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Agrafiotis D., Ioannidi E., Manti P. (1999) "HIV prevention in Europe: Policy and Practice. The Greek Case", Dept. of Sociology, National School of Public Health, Research Monograph No. 18.
- Αγραφιώτης Δ., (1987), « Σ.Ε.Α.Α, ως αίτιο και αποτέλεσμα κοινωνικό-πολιτιστικών αλλαγών», Ιατρική Επιθεώρηση των Ενόπλων Δυνάμεων, τεύχος 21, σ. 177-180
- Αγραφιώτης Δ., & et.al (1991) « Γνώσεις, Στάσεις, Πιστεύω και Πρακτικές των Αθηναίων σχετικά με το AIDS» *Ιατρική Συνεργασία*, τόμος 4, τεύχος 11, σ. 9 - 23.
- Agrafiotis, D., (1991), « Greek society and AIDS», Experience and actions in Greece. What new for AIDS;» *Contradictory views and thoughts*, BHTA Publisher, pag. 27-32, Athens.
- ΕΚΤΕΠΝ (2002), Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα 2002, Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.
- ΚΕΝΤΡΟ ΒΟΗΘΕΙΑΣ (ΟΚΑΝΑ) (2002) , Στοιχεία Δράσης Υπηρεσιών για το έτος 2002, Αθήνα.
- Ιωαννίδη Ε., Αγραφιώτης Δ., (1998), « Οι κίνδυνοι μόλυνσης από τον ιό HIV στην Ευρώπη και η σημασία της πρόσληψης των νέων «θεραπειών». Πρώτα αποτελέσματα στην Ευρώπη», *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, 6 (4), σελ. 362 - 367
- ΚΕΘΕΑ, (2003), *Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α (1995-2002)*, Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων, Αθήνα.
- Κορνάρου Ε., . et al., (1999) " Συγκριτική μελέτη αλλαγών στη συμπεριφορά των Ελλήνων χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών (ΧΕΝ) μεταξύ 1993-1998", *Ελληνικά Αρχεία AIDS* , 1999, 7 (1) :30-36.
- Kouliarakis G., et.al (1999) Injecting drug use amongst inmates in Greek prisons, *Addiction Research*, Vol.7No.3pp.193-212
- Tselepi Ch., Pantzou P., Metallinou O., Agrafiotis D., (2000) « HIV seropositivity, adaptation and everyday life in Greece» in : Moatti et al., (eds) *AIDS in Europe, New Challenges for the social sciences*, Routledge, London.

Εξαρτήσεις, τεύχος 9, 2006

APPRENTICESHIP WITHIN A SHELTERED ENVIRONMENT: THE CASE OF KETHEA'S PRODUCTIVE UNITS

TH. TZIOUBAS

Abstract

The study addresses vocational training in the form of apprenticeship in a protected environment, through the overview of the educational process carried out by the Productive Workshops of ITHAKI in Sindos.

Apprenticeship's educational revival as a recognized vocational training method has been one of the results of the quests mentioned above. These workshops have been chosen because they constitute an example of implementation of apprenticeship principals in the professional training of adults, who belong to a group with exceptional educational characteristics. The fact that the workshops have been operating for a long, allows us to examine the implementation of general educational principals of adult education, in a special group of adults who belong to a severely restricted social group, and document the advantages and the obstacles faced by "on-job training".

The goal of this study is to contribute to the discussion about alternative approaches to educational and work integration and/or reintegration of adults, members of socially excluded groups, and especially to the issue of apprenticeship in a sheltered and supportive environment. The study is an attempt to make an introduction for the issue of apprenticeship in order to promote discussion and to form the ground for further specialized research.

Εξαρτήσεις, τεύχος 9, 2006

Η ΜΑΘΗΤΕΙΑ ΜΕΣΑ ΣΕ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΤΟΥ ΚΕ.Θ.Ε.Α.

ΘΑΝΑΣΗΣ ΤΖΙΟΥΜΠΑΣ

Π ε ρ ί λ η ψ η

Η παρουσίαση που ακολουθεί είναι μια περίληψη της μελέτης-επισκόπησης του εκπαιδευτικού έργου των Παραγωγικών Μονάδων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Οι μονάδες αυτές αποτελούν ένα από τα λίγα παραδείγματα συνδυασμού επαγγελματικής κατάρτισης και παραγωγής, που το μακρόχρονο της λειτουργίας τους δίνει την δυνατότητα να διατυπωθούν και να τεκμηριωθούν μια σειρά υποθέσεων που σχετίζονται με την εφαρμογή των γενικών αρχών της Εκπαίδευσης Ενηλίκων σε ιδιαίτερα επιβαρημένους πληθυσμούς και τα πλεονεκτήματα αλλά και τα εμπόδια της εκπαίδευσης μέσα στην εργασία και δια μέσου της εργασίας. Η μελέτη αυτή αποτέλεσε το αντικείμενο της Διπλωματικής Εργασίας για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης του συγγραφέα στην Σχολή Ανθρωπιστικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Στόχος της μελέτης ήταν να συμβάλει στη συζήτηση για τις δυνατότητες εναλλακτικών προσεγγίσεων στον τομέα της εκπαιδευτικής και εργασιακής ένταξης – επανένταξης ενηλίκων, μελών κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων, και ιδιαίτερα της «εκπαίδευσης μέσα στην εργασία», σε δομές που διασφαλίζουν ένα προστατευμένο και υποστηρικτικό περιβάλλον.

Η παρουσίαση αυτή χωρίζεται σε δύο μέρη, το πρώτο εκ των οποίων επιχειρεί μια καταγραφή της πραγματικότητας στα πεδία της εκπαιδευτικής θεωρίας και εμπειρίας για την εκπαίδευση/ κατάρτιση μελών ευαίσθητων κοινωνικά ομάδων, με τη χρήση της Μαθητείας ως εκπαιδευτικής μεθόδου.

Το δεύτερο εστιάζεται στα ευρήματα που προέκυψαν από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε τρεις ομάδες συντελεστών της Μαθητείας στις Παραγωγικές Μονάδες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. της Θεσσαλονίκης (εκπαιδευτές, μαθητευόμενοι και άτομα που ολοκλήρωσαν τη μαθητεία). Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση ποιοτικών μεθόδων (Ομαδικά Εστιασμένων Συνεντεύξεων) και είχε ως αντικείμενο τη διερεύνηση των αντιλήψεων των συντελεστών του εκπαιδευτικού έργου των Παραγωγικών Εργαστηρίων για το έργο και τη λειτουργία τους.

1. Η ΜΑΘΗΤΕΙΑ, ΜΙΑ ΠΑΡΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ

Η μάθηση μέσω της μαθητείας είχε μείνει εκτός των πλαισίων της παιδαγωγικής επιστήμης και των θεωριών για την εκπαίδευση κατά τα χρόνια της αποκλειστικής κυριαρχίας της νεωτερικής σκέψης. Υπήρξε μόνο ως «μουσειακή» επιβίωση μιας παράδοσης που έφτασε σε εμάς από τα σκοτεινά μεσαιωνικά χρόνια, παράδοσης συνδεδεμένης με συντηρητισμό και αυταρχισμό, την εκμετάλλευση της εργατικής δύναμης των μαθητευόμενων, ως μια απλή υποψία απόκτησης κάποιας δεξιότητας των χεριών, αποστερημένης από κάθε ίχνος γενικεύσιμης θεωρητικής γνώσης.

Η εκπαίδευση και οι θεωρίες για την εκπαίδευση αναπτύχθηκαν στο έδαφος της εξατομίκευσης ως αρχής του κοινωνικού γίνεσθαι και του τεχνοκρατικού «ορθολογισμού» της σκέψης, και χαρακτηρίστηκαν από το κοινωνικό και ιδεολογικό αυτό πλαίσιο. Η εκπαίδευση δεν ήταν παρά η απόκτηση της «γνώσης» των καθολικών νόμων, που συνθέτουν την πραγματικότητα, μια μονοσήμαντα γνωστική διεργασία, η οποία επικεντρωνόταν στον διδάσκοντα ως φορέα της πληροφορίας και περιόριζε τη μαθησιακή διαδικασία στη μετάδοση της. Όλα αυτά λάβαιναν χώρα σε ένα πλαίσιο που οργανωνόταν ως ένα χωριστό από την υπόλοιπη κοινωνία σύστημα, το σχολείο και την τάξη. Χρειάστηκε να περάσει περισσότερο από μισός αιώνας για να γίνει κατανοητή η προσέγγιση του Vygotsky (1997), που μέσα στη μοναξιά της επερχόμενης Παβλοφικής πλημμυρίδας επέμενε να ορίζει τη γνωστική διαδικασία ως ένα κατ' εσχόλην γεγονός μέθεξης και αλληλεπίδρασης με την κοινωνική και πολιτισμική πραγματικότητα.

Βέβαια στο ίδιο ιστορικό πλαίσιο και μάλιστα σε σημαντικούς τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας η μαθητεία ήταν ο, αναπόφευκτα, βέλτιστος τρόπος εκπαίδευσης. Στο χώρο της τέχνης σημαντικοί καλλιτέχνες αναδείχθηκαν με τη θητεία τους δίπλα σε άλλους, στον χώρο των πνευματικών και θρησκευτικών δραστηριοτήτων η μαθητεία και η άσκηση ήταν ο δρόμος για να αποτελέσει ένα άτομο μέλος της ομάδας, στη στρατιωτική εκπαίδευση κανένας προσομοιωτής δεν μπορεί να υποκαταστήσει την εμπειρία και την άσκηση. Τέλος και στο χώρο της επιστήμης και μάλιστα στο ανώτατο επίπεδο, η εκπαίδευση διδασκόντων δεν έπαψε να γίνεται περισσότερο μέσω ομάδων και στο ερευνητικό εργαστήριο, δεμένη με την επιστημονική πράξη και τη διεύρυνση των γνωστικών συνόρων και λιγότερο μέσα από έδρας διαλέξεις.

Η αποκατάσταση της μαθητείας στους αστερισμούς των επιστημονικά αποδεκτών εκπαιδευτικών μεθόδων μπορεί να θεωρηθεί προϊόν τόσο της δυσκολίας των παραδοσιακών τρόπων να επιλύσουν προβλήματα που αναπαράγει η σχολειοποίηση της εκπαιδευτικής πράξης, όσο και από τη συμβολή άλλων επιστημών, όπως η Ψυχολογία ή η Κοινωνική Ανθρωπολογία στο χώρο της παιδαγωγικής.

Τέλος, αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, οι τάσεις που αναπτύσσονται στο χώρο των κοινωνικών επιστημών τους καιρούς της μετανεωτερικότητας και οι νέες οπτικές γωνίες που προτείνουν πιο σύνθετες συλλήψεις της μαθησιακής διαδικασίας και της φύσης της γνώσης και της μάθησης, άνοιξαν τα δικά τους ρήγματα στα φράγματα αυτού του θεωρητικού μονισμού. Η ίδια η μάθηση παύει να αντιμετωπίζεται ως μια αποκλειστικά γνωστική λειτουργία (Σάλτζμπεργκερ κ.ά. 1996) αλλά αποκαθίσταται και τις ψυχοσυναισθηματικές της διαστάσεις. Η Ροτζεριανή πρόταση για μια «μη κατευθυντική, προσωποκεντρική διδασκαλία» (Κοσμόπουλος, Α., Μουλαδούδης, Γ. 2003) διασυνδέει τις νέες προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας με την εκπαίδευση μέσα από την κοινότητα τους ως εξελικτικές διαδικασίες. Η μετανεωτερική φιλοσοφία και η αντιμετώπιση της γνώσης ως κοινωνικής κατασκευής που αποτυπώνει το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπαράγεται, αναπτύσσονται και πραγματώνονται, θέτουν ερωτήματα αμφισβήτησης της τυπικής εκπαιδευτικής θεώρησης ως μόνης επιστημονικά αποδεκτής προσέγγισης και της επιστημονικής απαξίωσης προγενέστερων μορφών, όπως η μαθητεία, αλλά και νέων πειραματικών πρακτικών. Η σχετικοποίηση της έννοιας του ορθού λόγου περιορίζει τη μονοπώληση του από τις εργαλειακές του εκδοχές και καθιστά την τεχνοκρατική πρόσληψη της γνώσης μία ανάμεσα σε πολλές μορφές αλλά όχι τη μοναδική (Kvale, S. 1992).

2. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΜΑΘΗΤΕΙΑΣ ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

Η μαθητεία αποτελεί μια εκπαιδευτική πρόκληση που μπορεί να αποτελέσει στοιχείο απάντησης σε προβλήματα της εκπαίδευσης:

-Ενσωματώνοντας τη γνώση ως μια διάσταση της πρακτικής που λαμβάνει χώρα σε πραγματικό περιβάλλον μειώνει το «σοκ της μετάβασης» στην πράξη.

-Η μαθητεία συγκροτεί το εκπαιδευτικό περιβάλλον μέσα από τις σχέσεις της ομάδας, τις σχέσεις των μελών της, τις σχέσεις με την παραγωγική διαδικασία και το προϊόν, παρέχοντας περισσότερα ερεθίσματα, προκλήσεις και κίνητρα για μάθηση.

-Η μαθητεία ενσωματώνει πολύ λιγότερο το στοιχείο του ατομικού ανταγωνισμού και της επιλογής μέσα στη διεργασία της, τα άτομα αξιολογούνται στα πλαίσια των συλλογικών στόχων της ομάδας. Ο καταναμητικός ρόλος του τυπικού εκπαιδευτικού συστήματος δεν χαρακτηρίζει τη μαθητεία, μειώνοντας έτσι τα φαινόμενα εκπαιδευτικής αποτυχίας.

Ο Steiner Kvale, προτείνοντας στην Ετήσια Συνάντηση της Αμερικανικής Ένωσης για την Εκπαιδευτική Έρευνα την «Εκπαιδευτική αποκατάσταση της μαθητείας» (Kvale, S., 1995), περιέγραφε τη μαθητεία ως:

-Μια κοινωνία της παραγωγής, που συντελείται μέσα σε έναν οργανισμό, σε μια ομάδα με κοινούς στόχους και αξίες, συνήθως προσανατολισμένη στην παραγωγή αντικειμένων. Δεν εστιάζεται στη διδασκαλία του ατόμου αλλά στην εργασία, και αυτό σημασιοδοτεί την αξία της συμμετοχής του κάθε εκπαιδευόμενου. Οι μαθητευόμενοι ξεκινούν από μια «εύλογα περιφερειακή» συμμετοχή και εξελίσσονται μετακινούμενοι μέσα από την απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων συμμετοχής προς το επίκεντρο. Η μετάβαση αυτή είναι η διαδικασία επαγγελματικής εξέλιξης και ολοκλήρωσης.

-Προαγωγή της μάθησης μέσω της πρακτικής. Στις περισσότερες μορφές μαθητείας υπάρχει πολύ λίγη άμεσα παρατηρήσιμη διδασκαλία. Αντίθετα εμπλέκει μια ποικιλία μορφών μάθησης όπως η παρατήρηση, η μίμηση και η ταυτοποίηση, η μάθηση μέσω της κατασκευής, η εποπτεία, οι συμβουλές, η μάθηση μέσω του τρόπου που οργανώνεται το εργασιακό περιβάλλον και η συμμετοχή του ατόμου σ' αυτό, η μάθηση από τη δουλειά σε ζευγάρια, τέλος η μάθηση από τις αφηγήσεις που αφορούν στο επάγγελμα.

-Ανάπτυξη της επαγγελματικής ταυτότητας. Η μαθητεία εστιάζει ταυτόχρονα στην οικειοποίηση των προτύπων και των αξιών, που συνθέτουν την επαγγελματική συμπεριφορά και στάση, χρησιμοποιώντας τη διεργασία της ως ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο ο εκπαιδευόμενος αναπτύσσει την ταυτότητα αυτή.

-Αξιολόγηση της επίδοσης μέσω της πρακτικής. Όταν υπάρχει προϊόν είναι το ίδιο που αξιολογεί ποσοτικά και ποιοτικά την επίδοση των μαθητευόμενων. Η ανατροφοδότηση είναι μια άμεση και διαρκής διεργασία και οι δείκτες είναι η ποσοτική και ποιοτική σύγκριση με τα προϊόντα των άλλων μαθητευόμενων και του μάστορα, αλλά και οι πελάτες, οι τελικοί χρήστες των προϊόντων.

-Διακρίνεται σε τυπική και άτυπη μαθητεία. Εδώ κριτήριο της διάκρισης είναι η ύπαρξη ενός συμβολαίου ανάμεσα στο μαθητευόμενο και το μάστορα ή τον Οργανισμό με τις αμοιβαίες υποχρεώσεις και καθορισμένη διάρκεια ή αν αντίθετα οι μαθητευόμενοι «μεγαλώνουν μέσα στη δουλειά», όπως δηλαδή προετοιμάζονταν κάποτε τα παιδιά των επιχειρηματιών για να αναλάβουν την πατρική επιχείρηση.

Οι παραπάνω περιγραφές προσδιορίζουν τα βασικά χαρακτηριστικά της μαθητείας ως εκπαιδευτικής μεθόδου:

Αποκεντρωμένη: Η γνώση δεν θεωρείται κάτι που υπάρχει μέσα στα κεφάλια των ανθρώπων αλλά διασπείρεται ανάμεσα στα άτομα και στις δομές καθώς και στις σχέσεις που συνθέτουν το εργασιακό περιβάλλον. Η μαθησιακή διεργασία δεν συντελείται δια μέσου της ατομικής σχέσης εκπαιδευτή – εκπαιδευόμενου αλλά δια μέσου της συμμετοχής και αλληλεπίδρασης με το σύνολο του περιβάλλοντος εργασίας που λειτουργεί ως μαθησιακό. Το άτομο κατανοείται ως μέρος ενός δικτύου σχέσεων.

Συγκεκριμένη: Η γνώση και η ειδίκευση που διαχέεται μέσα σε συγκεκριμένες μορφές πράξης αποκτάται με την κατανόηση του συγκεκριμένου πλαισίου και όχι τόσο από την εκμάθηση «αποπλαισιωμένων» κανόνων καθολικής ισχύος. Η παραδοχή ότι η γνώση αυτή δεν μεταφέρεται αυτόματα σε άλλα πλαίσια αποκαθιστά τη σημασία της εκμάθησης στρατηγικών εκμάθησης ως κεντρικό στοιχείο της μαθησιακής διαδικασίας. Σε τελευταία ανάλυση αυτό που είναι πιο άμεσα εφαρμόσιμο στα ποικίλα και διαφορετικά περιβάλλοντα που θα κληθεί να λειτουργήσει το άτομο είναι η γνώση της μεθόδου, της προσέγγισης και εξερεύνησης του νέου περιβάλλοντος, των πειραματισμών, της αντίχτυσης των σχέσεων και των κανόνων.

Άδηλη γνώση: Οι επαγγελματικές δεξιότητες θα κληθούν να λειτουργήσουν σε ένα κοινωνικό τοπίο που χαρακτηρίζεται από αυξημένη αβεβαιότητα και ανταγωνισμό, ένα περιβάλλον με ρευστούς κανόνες. Σε τέτοιες συνθήκες η ικανότητα να μαθαίνει κανείς από τα συμφραζόμενα, η αξιοποίηση μη λεκτικών μορφών επικοινωνίας, η άδηλη και η διαισθητική γνωστική ικανότητα αποτελούν ένα εφόδιο με ευρύτερο πεδίο εφαρμογής από αυτό της εκμάθησης ρητών κανόνων, μεθόδων και συμπεριφορών.

Γνώση συνδεδεμένη με την εφαρμογή της: Η αφηρημένη σχολική γνώση συναντά δυσκολίες στη μεταφορά της στο εργασιακό περιβάλλον ή στις καθημερινές δραστηριότητες. Για τη μαθητεία η πρακτική γνώση δεν είναι απλά ένα συμπτωματικό επίχρισμα ή παιχνίδι εφαρμογής της θεωρίας, αλλά εμπεριέχει γνώση και ενόραση από μόνη της. Μέτρο της επιτυχίας της εκπαιδευτικής διαδικασίας καθίσταται η αποτελεσματική εκτέλεση δραστηριοτήτων και η γνώση δικαιώνεται δια μέσου της εφαρμογής της.

Όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω δεν αποσκοπούν βέβαια στο να προτείνουν τη μαθητεία ως το «αυγό του Κολόμβου», την αποκλειστική λύση στα παρόντα προβλήματα της εκπαίδευσης. Και αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε μια εποχή που, ενώ η πιστοποίηση των δεξιοτήτων αναγορεύεται σε θεμέλιο για τη διεκδίκηση μιας θέσης εργασίας, η πιστοποίηση της άτυπης γνώσης που αποκτάται μέσα από την εμπειρία δεν αναπτύσσεται παράλληλα ούτε με τους ίδιους ρυθμούς (Rosa, 1999) και ακόμη περισσότερο στην χώρα μας (Turner, 1999).

Δεν θα πρέπει να μας διαφεύγουν τέλος οι προειδοποιήσεις του John Dewey, που από το 1938 επέμενε να τονίζει ότι: «Κάθε εμπειρία είναι μια κινητήρια δύναμη. Η αξία της μπορεί να κριθεί όχι ως προς την κίνηση αλλά μόνο ως προς αυτό που εσωτερικεύεται και ωθεί προς τα εμπρός» (Dewey, 1938, σελ. 38).

3. Η ΜΑΘΗΤΕΙΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Όσα αναφέρθηκαν ως τώρα μπορούν να τεκμηριώσουν την άποψη πως οι σύγχρονες παραδοχές στο χώρο της εκπαίδευσης ενηλίκων θα μπορούσαν να αναγνωρίσουν τη μαθητεία ως προνομιακό χώρο εφαρμογής των αρχών και των μεθόδων της.

Κάτι τέτοιο όμως δεν συμβαίνει, «κατά παράδοχο τρόπο» όπως επισημαίνει ο Jarvis (2003, σελ. 199). Η Εκπαίδευση Ενηλίκων μοιάζει να επικεντρώνεται στη μεταρρύθμιση των εκπαιδευτικών μεθόδων που συντελούνται μέσα σε ένα δεδομένο πλαίσιο, αυτό της αίθουσας διδασκαλίας και ο πραγματικός κόσμος να προσομοιώνεται απλά μέσα από αναπαραστάσεις (παιχνίδια ρόλων, μελέτες περιπτώσεων κλπ.). Το περιεχόμενο παραμένει έτσι διαχωρισμένο από την εφαρμογή του και η «διάχυτη» μέσα στις κοινωνικές διαδικασίες γνώση παραμένει έξω από την πόρτα της αίθουσας. Στην εργαλειοθήκη του εκπαιδευτή ενηλίκων (Courau, 2000) μπορεί κανείς να συναντήσει άφθονα εποπτικά μέσα αλλά πολύ λίγη πράξη και εμπειρία. Η κριτική της εκπαίδευσης της επικεντρωμένης στην αυθεντία του διδάσκοντα προφανώς έχει πολλά περισσότερα να προτείνει από μια απλή χωροταξική ανακατανομή των θρανίων σε κύκλο.

Το περιβάλλον της τάξης είναι ίσως επαρκές όταν το «εδώ και τώρα» της ίδιας της εκπαιδευτικής διεργασίας μπορεί να προσφέρει τα βιωματικά χαρακτηριστικά ενός κοινωνικού πλαισίου, όταν η ίδια η τάξη και η ομάδα μπορεί να μεταβληθεί σε ένα ζωντανό κοινωνικό εργαστήριο. Αυτό βέβαια έχει να κάνει τόσο με τη σύνθεση της εκπαιδευτικής ομάδας όσο και με το αντικείμενο εκπαίδευσης.

Η Επαγγελματική Κατάρτιση και ιδιαίτερα αυτή που απευθύνεται σε ομάδες εκπαιδευόμενων με παρελθόν σχετικής ή απόλυτης αποτυχίας στο τυπικό εκπαιδευτικό σύστημα, η οποία επιλέγει ως αντικείμενα τεχνικές ειδικεύσεις, δεν μπορεί παρά να συναντά προβλήματα, όταν ενδύεται τον κλασικό σχολικό τρόπο διδασκαλίας. Προβλήματα που άπτονται τόσο της συνάφειας με τα εγκαθιδρυμένα μαθησιακά μοντέλα της ομάδας στην οποία απευθύνεται, της ανάγκης για κινητοποίηση, της ανάγκης για μια συνολικότερη ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, οι οποίες είναι αναγκαίες στην σφαίρα της εργασίας, της ανάγκης για άμβλυση του «σοκ της μετάβασης στην πράξη», της ανάγκης τέλος για την όσο γίνεται πιο άμεση αξιοποίηση και ρευστοποίηση των γνώσεων στο χρηματιστήριο της αγοράς εργασίας.

Εδώ, ίσως θα πρέπει να αναζητήσει κανείς κάποια από τα αίτια της πενιχρής αποτελεσματικότητας προγραμμάτων που επιχειρήσαν να καταρτίσουν ενήλικες σε τεχνικές ειδικεύσεις και δεξιότητες χρησιμοποιώντας μεθόδους σχολικής διδασκαλίας.

Στους αντίποδες αυτής της κατάστασης, στο χώρο των επιχειρήσεων ή της χάραξης πολιτικών για την οικονομία, οι σχεδιαστές για μια ακόμη φορά αποδεικνύονται πιο ευέλικτοι. Αρκεί να ανατρέξει κανείς στον όγκο των σχετικών δημοσιεύσεων του CEDOFOP για να δει πόσο έννοιες όπως «μη τυπική εκπαίδευση», «μανθάνουσα επιχείρηση», «εκπαίδευση μέσα στην εργασία», «προσδιορισμός, αξιολόγηση και αναγνώριση της άτυπης εκπαίδευσης» και τόσα άλλα απασχολούν αυτούς που ορίζουν ως πεδίο αναφοράς την πραγματική ζωή.

Η αποκατάσταση της εκπαιδευτικής αξίας της μεθόδου της μαθητείας που συντελείται σε εργασιακούς χώρους που αξιοποιούν τα αποτελέσματα της επαγγελματικής τουλάχιστον εκπαίδευσης, δεν μπορεί να αφήσει ανεπηρέαστες και τις κατευθύνσεις του προβλη-

66 Εξαρτήσεις

ματισμού της εκπαιδευτικής θεωρίας. Στην αγγλοσαξονική τουλάχιστον βιβλιογραφία, αρχίζει να αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης η δυνατότητα συνδυασμού των πλεονεκτημάτων της μαθητείας με την ανάγκη για πιο αφηρημένες γνωστικές προσεγγίσεις.

Η διαφοροποίηση από το παραδοσιακό μοντέλο συνίσταται:

- Στον προσδιορισμό της διαδοχής των στόχων που θα τους καταστήσει ορατούς στους σπουδαστές.
- Στη θέσπιση θεωρητικών στόχων μέσα σε συγκεκριμένα, αυθεντικά πλαίσια πρακτικής δραστηριότητας, έτσι ώστε οι σπουδαστές να καταλαβαίνουν τη σχετική φύση της εργασίας.
- Στην αύξηση της ποικιλομορφίας των καταστάσεων και την οργάνωση των κοινών τους στοιχείων, έτσι ώστε οι σπουδαστές να μπορούν να μεταφέρουν αυτό που έχουν μάθει και σε άλλες καταστάσεις μέσα από την επίγνωση της ομοιότητας και της διαφοράς.

Η μετάβαση από την «**παραδοσιακή**» στη «**γνωστική**» μαθητεία, όπως την προτείνει ο Collins κ.ά., (1991, σελ.3,4) γενικεύοντας έτσι τα συμπεράσματα από την εφαρμογή της σε προγράμματα εκμάθησης ανάγνωσης, γραφής και αριθμητικής σε ενήλικες στις Η.Π.Α., μπορεί να γεφυρώσει το χάσμα και να δώσει καλές ιδέες εφαρμογής στην εκπαιδευτική πράξη.

ΜΕΡΟΣ Β' - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος της έρευνας ήταν η μελέτη των Παραγωγικών Μονάδων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. στη Σίνδο ως μια περίπτωση εφαρμογής της μαθητείας στα πλαίσια της επαγγελματικής κατάρτισης. Αντικείμενο της αποτέλεσε η διερεύνηση των προσωπικών απόψεων, αναπαραστάσεων και δομημάτων των υποκειμένων της διεργασίας της μαθητείας για το έργο που συντελείται και ως ερευνητικό εργαλείο επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος της Ομαδικά Εστιασμένης Συνέντευξης (Ο.Ε.Σ.)

Για το σχεδιασμό των Ο.Ε.Σ. ακολουθήθηκε η μεθοδολογία που προτείνεται από τον Morgan (1998) στο «Planning Focus groups», (Focus Group Kit vol. 2).

Τα υποκείμενα της παρούσας έρευνας δεν είναι διαφορετικά από τους εκπαιδευτές και τους εκπαιδευόμενους και η επιλογή των Ομάδων για τις Συνεντεύξεις αυτονόητα τους περιέλαβε.

Την πρώτη ομάδα αποτέλεσαν 8 άτομα (7 άνδρες και 1 γυναίκα), το σύνολο των μελών του προσωπικού των 4 Παραγωγικών Μονάδων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. στη Σίνδο που είχαν εμπλοκή στην εκπαίδευση μελών του Θεραπευτικού Προγράμματος.

Τη δεύτερη ομάδα αποτέλεσαν 6 άτομα (4 άνδρες και 2 γυναίκες), όλα δηλαδή τα μέλη της Κοινωνικής Επανάταξης της ΙΘΑΚΗΣ, του Ειδικού Προγράμματος για εξαρτημένες μητέρες και του Ειδικού Προγράμματος για αποφυλακισμένους χρήστες που κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας συμμετείχαν σε προγράμματα μαθητείας στα παραγωγικά εργαστήρια.

Στην τρίτη ομάδα η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με τη μέθοδο του διαθέσιμου δείγματος. Η ομάδα αυτή αποδείχθηκε η δυσκολότερη στη συγκρότησή της, και από τα 12 άτομα που είχαν δηλώσει κατ' αρχάς διαθεσιμότητα 8 (7 άνδρες και 1 γυναίκα) κατάφεραν τελικά να συμμετάσχουν στις συναντήσεις. Όσοι δεν κατάφεραν να συμμετέχουν ήταν κυρίως για λόγους οικογενειακών ή εργασιακών υποχρεώσεων.

Η μελέτη των διαθέσιμων στοιχείων για τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που επιλέγουν τη συγκεκριμένη μορφή εκπαίδευσης, πέρα από τη συμβολή της στη δημιουργία των ερωτήσεων, έδωσε και χρήσιμες πληροφορίες για τα αναμενόμενα χαρακτηριστικά, κοινά ή ιδιαίτερα, αυτών που θα συμμετείχαν στην έρευνα

Για τη δημιουργία των ερωτήσεων και τη διατύπωση των ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκαν οι οδηγίες που περιλαμβάνονται στο «Developing Questions for Focus Groups» του Krueger (1988). Ο αριθμός των ερωτήσεων ορίστηκε σε 9, αριθμός που θεωρήθηκε αρκετός για την εξαγωγή συμπερασμάτων, δίχως να οδηγεί σε υπερβολικά μεγάλο αριθμό συναντήσεων.

Με τις ερωτήσεις **1** και **2** επιχειρήθηκε να συσχετισθεί η επιλογή των Εργαστηρίων με κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του επιπέδου εκπαίδευσης και εργασιακής εμπειρίας των προσώπων που κάνουν αυτή την επιλογή. Ακόμη επιχειρήθηκε να διερευνηθούν τα πιθανά κίνητρα μιας τέτοιας επιλογής είτε αυτά είναι εκπαιδευτικά και ανταποκρίνονται σε κάποιο σχέδιο για το μέλλον είτε είναι κοινωνικά, όπως ανασφάλεια, αίσθηση μειονεξίας, προκαταλήψεις του περιβάλλοντος είτε άλλα.

Με την ερώτηση **3** επιχειρήθηκε να διερευνηθούν οι απόψεις των ερωτώμενων για το συνδυασμό κοινωνικών δεξιοτήτων και τεχνικών γνώσεων, που περιγράφονται ως χαρακτηριστικά της μαθητείας, σε αντιδιαστολή με την τυπική επαγγελματική κατάρτιση.

Με τις ερωτήσεις **4** και **6** περιγράφηκε η εικόνα που έχουν οι συντελεστές της εκπαιδευτικής διεργασίας για την ανάγκη, την ύπαρξη και τη λειτουργικότητα ενός εκπαιδευτικού σχεδιασμού, μιας αλληλουχίας ενεργειών, εργαλείων και τεχνικών μέσω των οποίων συντελείται η μάθηση, καθώς και αν αυτή η οργάνωση είναι ευέλικτη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του καθενός / μίας.

Με την ερώτηση **5** επιχειρήθηκε να διευκρινιστεί η αντίληψη για το ρόλο του εκπαιδευτή, τα χαρακτηριστικά του, όπως τα αντιλαμβάνονται εκπαιδευτές και εκπαιδευόμενοι, και για το είδος της σχέσης που υπάρχει ή που θα έπρεπε να υπάρχει.

Η ερώτηση **7** εστιάστηκε στην αντίληψη για το μεταβατικό χαρακτήρα της διαδικασίας, την αίσθηση του διαφορετικού, προστατευμένου περιβάλλοντος μάθησης και την αίσθηση ετοιμότητας ή την προετοιμασία για την έξοδο στο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Η ερώτηση **8** επικεντρώνεται στην επάρκεια των γνώσεων και δεξιοτήτων που αποκτούνται κατά την εκπαίδευση στα Παραγωγικά Εργαστήρια σε σχέση με τις απαιτήσεις που οι εκπαιδευόμενοι συναντούν κατά την είσοδο τους στην ανταγωνιστική αγορά εργασίας.

Τέλος με την ερώτηση **9** ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να κάνουν ένα κατάλογο με στοιχεία του πλαισίου που θα ήθελαν να παραμείνουν ως έχουν και άλλα, τα οποία θα ήθελαν να αλλάξουν. Στη συνέχεια να τα παρουσιάσουν στην ομάδα, να τα συζητήσουν και να τροποποιήσουν την αρχική τους σκέψη αν θέλουν.

Η ομαδοποίηση των επί μέρους θεμάτων κάθε ερώτησης αποσκοπούσε στο να διευκολύνει την αλληλουχία της συζήτησης, την εστίαση στα σημεία που επικεντρώνεται η έρευνα και τέλος να διευκολύνει την κωδικοποίηση και την επεξεργασία του ερευνητικού υλικού που θα προκύψει από τις καταγραφές των απαντήσεων.

Οι ερωτήσεις αυτές δεν είναι διατυπωμένες με ένα σαφή τρόπο, αλλά με ενδεικτικό, ώστε να έχει τη δυνατότητα ο συντονιστής της ομάδας να τις διατυπώνει με τρόπο που επιλέγει ως πιο κατάλληλο για την πραγματικότητα της ομάδας και των συμμετεχόντων. Με αυτή την ενδεικτική διατύπωση αποτέλεσαν μέρος του Οδηγού της έρευνας.

Βέβαια η Ομαδικά Εστιασμένη Συνέντευξη διαφέρει από τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου και αναδεικνύει τον κρίσιμο ρόλο του συντονιστή. Είναι μέρος του ρόλου του να χειρίζεται τις ερωτήσεις με απλό τρόπο και με ανοιχτές διατυπώσεις, να καλεί τους συμμετέχοντες να επανεξετάζουν τις απαντήσεις τους, να αποφεύγει να ρωτάει γιατί, να αποφεύγει να δίνει παραδείγματα.

Κατά την Ομαδικά Εστιασμένη Συνέντευξη είναι αποδεκτή η διατύπωση ερωτήσεων με παρεμφερή τρόπο, και ακόμη πιο σημαντικό, η διατύπωση νέων ερωτήσεων από στοιχεία που προέκυψαν από τη διεργασία της ομάδας, τα οποία μπορούν να ανοίξουν νέους δρόμους στη συζήτηση αλλά και στην έρευνα, υπερβαίνοντας τις αδυναμίες που είναι φυσικό να παρουσιάζει ο αρχικός σχεδιασμός.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την αξιοποίηση των απαντήσεων είναι η Ανάλυση Περιεχομένου και η τεχνική που προτείνεται από τους Cohen & Manion (2004, σελ. 400-409) ως «φαινομενολογική ανάλυση των στοιχείων της συνέντευξης» Πιο συγκεκριμένα η μέθοδος περιέλαβε:

- τη σκιαγράφηση των νοηματικών εννοιών που σχετιζόταν με την ερώτηση και με τις αρχικές υποθέσεις,
- την ομαδοποίηση των απαντήσεων με βάση αυτές τις νοηματικές ενότητες,
- την έρευνα για ομοιότητα και διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις απαντήσεις
- τη σύγκριση της εικόνας που συνθέτουν οι απαντήσεις με τις υποθέσεις της έρευνας.

Για τη μεγιστοποίηση της αξιοπιστίας των συμπερασμάτων λήφθηκαν υπόψη οι υποδείξεις των Πουλόπουλου και Τσιμπουκλή (1995, σελ.162), που εφιστούν την προσοχή των ερευνητών που επιλέγουν τη συγκεκριμένη μέθοδο

- στην περιεκτικότητα των ορισμών,
- στον έλεγχο της αξιοπιστίας των δεδομένων,
- στην αποφυγή γενικεύσεων που υπερβαίνουν τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ομάδας,
- στην αποδοχή του ότι οι προσωπικές απόψεις και στάσεις του ερευνητή μπορούν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα, καθώς και ότι ο έλεγχος από ένα δεύτερο πρόσωπο μειώνει αυτόν τον κίνδυνο.

2. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από την ανάλυση των απαντήσεων στις Ο.Ε.Σ. προέκυψαν τα συμπεράσματα που συνοψίζονται στη συνέχεια:

A. Ο χαρακτήρας των Παραγωγικών Μονάδων

Με βάση τα ευρήματα της έρευνας θα μπορούσαμε να περιγράψουμε τις Παραγωγικές Μονάδες ως Προστατευμένα Παραγωγικά Εργαστήρια που απευθύνονται σε έναν «ειδικό» πληθυσμό μαθητευόμενων, τους οποίους εντάσσουν για ένα μεταβατικό χρονικό διάστημα σε ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον, το οποίο παρέχει ταυτόχρονα εκπαιδευτικές ευκαιρίες.

Από τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που επιλέγουν τις Μονάδες όσο και από τις απαντήσεις αυτών που πήραν μέρος στις Ομαδικά Εστιασμένες Συνεντεύξεις διαφαίνεται ο χαρακτήρας αυτός.

Τα άτομα που επέλεξαν τις Παραγωγικές Μονάδες είναι άτομα με σοβαρές ελλείψεις στην εκπαιδευτική και εργασιακή εμπειρία και με μεγάλο διάστημα παραμονής στη χρήση:

«Εναι αυτοί οι δύο βασικοί λόγοι, δεν έχω δουλειά και πρέπει από κάπου να ξεκινήσω, κάπου να αρχίσω να δουλεύω, φοβάμαι έξω, δεν έχω ξαναδουλέψει έξω» (Εκπαιδευτής, 26/11)

Η σχέση τους με την εργασία ως κοινωνική διαδικασία υπήρξε μια σχέση διαταραγμένη, τα επαγγέλματα που είχαν ασκήσει δεν μπορούν να αποτελέσουν επιλογή για συνέχιση μιας σταδιοδρομίας και πολλές φορές είναι συνδεδεμένα με την ιδιότυπη κοινωνικότητα της χρήσης και της «πιάτσας»:

«Ο βασικός λόγος που επέλεγει κάποιος να δουλέψει σε μονάδα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι αυτό, ότι έξω θα έρθει αντιμέτωπος με αυτά που δεν έμαθε και δεν έκανε στη ζωή του, χωρίς πτυχία, τίποτα, και χωρίς στήριξη από την οικογένεια του...» (Μαθητευόμενος, 03/12)

Επιχειρούν να ενταχθούν κοινωνικά σε μια πόλη στην οποία αισθάνονται ξένοι, καθώς δεν επέλεξαν την επιστροφή τους στην ιδιαίτερη πατρίδα τους, για λόγους αποφυγής του κοινωνικού στιγματισμού ως χρήστες, στα στενά πλαίσια των μικρών τοπικών κοινωνιών. Η επιλογή τους όμως αυτή εμπεριέχει το κόστος της απουσίας υποστηρικτικών δικτύων σχέσεων (γονείς, σύντροφοι, συγγενείς, φίλοι, οικείοι) τα οποία θα μπορούσαν να υποβοηθήσουν την ένταξή τους αυτή:

Η ίδια η ένταξη περιγράφεται από τα υποκείμενα της έρευνας ως μια ιδιαίτερα περίπλοκη διαδικασία, καθώς σε ένα ελάχιστο χρονικό διάστημα ένα θεραπευόμενο άτομο θα πρέπει να επιλύσει ταυτόχρονα προβλήματα, όπως αυτά της δημιουργίας σχέσεων και κοινωνικού περιγυρου, της εξεύρεσης κατοικίας, της δημιουργίας νοικοκυριού, της εξεύρεσης εργασίας για λόγους βιοπορισμού και παράλληλα της δημιουργίας βάσης για μια μελλοντική επαγγελματική σταδιοδρομία. Η ύπαρξη προστατευόμενων μελών επιβαρύνει ακόμη περισσότερο αυτή την κατάσταση.

Οι φόβοι που αναφέρθηκαν είναι:

Αυτοί του **κοινωνικού στιγματισμού**, η αντιμετώπιση με προκατάληψη που μπορεί να σημαίνει απόρριψη ή οίκτο, ή μη αναγνώριση της προσπάθειας που έχουν καταβάλει.

Η ένταξη στο **χειρότερο από άποψη συνθηκών και αμοιβών κομμάτι της αγοράς εργασίας**,

η έλλειψη δημιουργικότητας και ικανοποίησης από τη δουλειά.

Ο **φόβος ότι δεν θα καταφέρουν** να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις ενός πιεστικού περιβάλλοντος, η μη αναγνώριση δεξιοτήτων που κατέχουν, η **χαμηλή αυτοεκτίμηση** και ο **φόβος της αποτυχίας**.

«Ήταν δύσκολα έξω, μου φάνηκε πιο εύκολο να έρθω στο ξυλουργείο. Κι επειδή, το τονίζω αυτό, είχα πολύ καιρό να δουλέψω, δεν ξέρω, μου φαινόταν πολύ δύσκολο, ντρεπόμουν κιόλας, φοβισμένος ήμουν, ανασφαλής, όλα τα κόμπλεξ μου βγήκαν, όλες οι φοβίες, με ήξερε ο κόσμος, πως θα με δεχτούνε, πως θα'μαι στη δουλειά σε ξένη πόλη, τί θα μου πουν, τί θα τους πω, πως θα είμαι, όλη αυτή η ανασφάλεια με έκανε να κοιτάξω προς τα εδώ. Και μετά, πολύ μετά έφτασε να μ' ενδιαφέρει η δυνατότητα να μάθω κάτι» (Ατομο που ολοκλήρωσε, 10/03)

Βέβαια, τα δύο τελευταία στοιχεία δεν αποτελούν ιδιαιτερότητα για τους πρώην χρήστες αλλά για το σύνολο των ευαίσθητων κοινωνικά ομάδων, συμπεριλαμβανόμενων και των ανέργων ή των νεοεισερχόμενων στην αγορά εργασίας [ΓΣΕΕ, (2002)].

Η διαφορά έγκειται στις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις των δυσκολιών ή της αποτυχίας της εργασιακής ένταξης σε σχέση με το παρελθόν ως χρήστες και της ακύρωσης της προσπάθειας απεξάρτησης.

Το Πλαίσιο των Δομών των Κοινωνικών Επανεπτάξεων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. περιλαμβάνει στα κριτήρια θεραπευτικής εξέλιξης των μελών την εξεύρεση εργασίας, κατοικίας, την ανάπτυξη ή δημιουργία κοινωνικών σχέσεων, δραστηριοτήτων κλπ. σε ένα δεδομένο χρονικό διάστημα. Η πίεση που δημιουργείται αντισταθμίζεται με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη που παρέχεται, αλλά παράλληλα η διασφάλιση της δυνατότητας ένταξης σε ένα ασφαλές και υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον αποτελεί μια αναγκαιότητα για τα άτομα εκείνα που επιχειρούν την ένταξη τους με δυσμενέστερους όρους και μάλιστα, ειδικά στο εργασιακό, σε ένα περιβάλλον που καθίσταται διαρκώς πιο αβέβαιο.

Οι περιγραφές των μελών των Ομάδων των Ο.Ε.Σ. για το περιβάλλον που διασφαλίζεται στις Παραγωγικές Μονάδες αναφέρουν:

Την **ασφάλεια** του γνώριμου χώρου, από τη λειτουργία τους μέσα στις εγκαταστάσεις του ΚΕ.Θ.Ε.Α. στη Σίνδο ως την ύπαρξη ομάδας ομότιμων, άλλων μελών που ήδη εκπαιδεύονται εκεί.

Την **ευκολία πρόσβασης**, την ποιότητα των εργασιακών συνθηκών, της αμοιβής και της ασφάλισης.

Τη στάση των μελών του προσωπικού, των εκπαιδευτών που απασχολούνται εκεί, στάση που χαρακτηρίζεται από **κατανόηση, υποστήριξη και βοήθεια** τόσο στην εκπαίδευση τους όσο και στα ατομικά τους προβλήματα.

Τη **σχετική ανεκτικότητα** του εργασιακού περιβάλλοντος, που δεν είναι εξαρχής απαιτητικό και το οποίο δίνει μια περίοδο προσαρμογής κλιμακώνοντας σταδιακά τις απαιτήσεις, παρεμβαίνει συμβουλευτικά και όχι τιμωρητικά, αξιοποιεί το λάθος ως μαθησιακή ευκαιρία:

«Εγώ προστασία εννώ την αποδοχή, που δεν είναι εύκολη έξω για έναν πρώην τοξικομανή. Εδώ, υπάρχει άλλη αντιμετώπιση, γιατί όσοι εργάζονται εδώ γνωρίζουν το

πρόβλημα σου, είναι πιο δεκτικοί, έχουν κατανόηση, μας βοηθάνε, ενδιαφέρονται για μας» (Μαθητευόμενος, 03/12)

Αυτό που προκύπτει από τις απαντήσεις κυρίως των ατόμων που εκπαιδεύονται ή έχουν εκπαιδευτεί, είναι ότι η επιλογή τους σε ένα αρχικό στάδιο ήταν η επιλογή του ασφαλούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος και δευτερευόντως του αντικειμένου κατάρτισης.

Προκύπτει επίσης ότι τα άτομα αυτά είχαν την αίσθηση της μαθητείας ως μεταβατικής περιόδου και την αξιοποίησαν ως μια ασφαλή βάση, για να επιλύσουν άλλα κοινωνικά προβλήματα, «ανακαλύπτοντας» κατά τη διάρκεια της περιόδου προσαρμογής και τις εκπαιδευτικές ευκαιρίες που τους παρέχει αυτή η μετάβαση.

Επιχειρώντας να κατατάξουμε τις Μονάδες αυτές στην τυπολογία η οποία αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως τυπολογία των Samoy και Waterplus (1992), βρίσκουμε αντιστοιχίες με την ημιπροστατευμένη εργασία σε εργαστήρια που ίδρυσε προνοιακού τύπου οργανισμός, τα οποία απασχολούν μικτή ομάδα προσωπικού με τη συμμετοχή «ενδιάμεσων», ατόμων που προέρχονται από την ομάδα των εκπαιδευόμενων, το προσωπικό έχει μακρά εξοικείωση τόσο με το παραγωγικό αντικείμενο όσο και με τις ιδιαιτερότητες της ομάδας και τέλος το περιβάλλον είναι εξειδικευμένο, προσαρμοσμένο στη φιλοσοφία, τους κανόνες και τους τρόπους λειτουργίας ενός Θεραπευτικού Συστήματος. Η πολιτική της αυτοχρηματοδότησης με την πώληση των προϊόντων, όπως και ο μεταβατικός χαρακτήρας της συμμετοχής των μαθητευόμενων παραπέμπει στην περιγραφή του Coombe (1993), περιγραφή που αναφέρεται σε εργαστήρια, τα οποία ως προς το περιβάλλον που εγκαθιδρύουν μοιάζουν πιο πολύ με μη κερδοσκοπικές επιχειρήσεις και όχι με τμήματα ενός οργανισμού παροχής προνοιακού τύπου υπηρεσιών.

2. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΩΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ

Από τα ευρήματα των Ο.Ε.Σ. προκύπτει η προτεραιότητα που δίνουν οι Μονάδες στην ένταξη στο εργασιακό ως μια ιδιαίτερη μορφή του κοινωνικού περιβάλλοντος, την «εργασιακή συνείδηση» όπως εύστοχα κατονομάστηκε.

Η εργασιακή αυτή συνείδηση χαρακτηρίστηκε ως ένα σύνολο συμπεριφορών, δεξιοτήτων και στάσεων. Συμπεριφορές που αναφέρθηκαν ξεκινούν από τη σταθερότητα της παρουσίας στο χώρο μαθητείας, την αντοχή στο οκτάωρο και γενικεύονται ως συμπεριφορά στο χώρο εργασίας.

«Το πρώτο πράγμα που είχα να κάνω, όταν ήρθα εδώ, ήταν να μάθω να δουλεύω. Δούλευα και πριν, αλλά έτσι όπως δούλευα... Έτσι ήρθα πρώτα να μάθω να έρχομαι 8 και να φεύγω 4, δεν ήμουν συνηθισμένος σ' αυτό, όλες οι δουλειές που είχα κάνει μέχρι τότε είχαν ελεύθερο ωράριο. Τελικά όταν σ' αυτό είδα ότι μπορώ να είμαι συνεπής και δεν είχα πρόβλημα από την αρχή ακόμη, ανακάλυψα ότι μπορώ να μάθω και κάτι. Τελικά, μετά από μια ολόκληρη ζωή ανακάλυψα κάτι βασικό, κατάφερα να τα βγάλω πέρα με το οκτάωρο 8 με 4» (Μαθητευόμενος, 03/12)

Δεξιότητες που αναφέρθηκαν είναι: η συνεργασία με τους ομότιμους και τους εκπαιδευτές, η λειτουργία σε ένα ιεραρχημένο σύστημα, η ικανότητα να αντιλαμβάνεται και να ανταποκρίνεται στις οδηγίες. Στάσεις τέλος που αναφέρθηκαν είναι η προθυμία της συμμετοχής και η υπευθυνότητα απέναντι στην ομάδα, στο Εργαστήριο, στον εξοπλισμό, στο προϊόν.

Η ανάπτυξη όλων αυτών αποτελεί το περιεχόμενο της πρώτης φάσης, αυτής της προσαρμογής στο περιβάλλον. Η ελαστικότητα του πλαισίου για τους πρώτους έναν ως δύο μήνες εκτιμάται ότι διευκολύνει τη μετάβαση από το καθεστώς της θεραπείας σε αυτό της εκπαίδευσης – εργασίας. Στη φάση αυτή το ίδιο το περιβάλλον, η στάση των άλλων ατόμων, που είναι ενταγμένα σε αυτό, και τα μοντέλα ρόλων που παρέχονται (είτε από τα άτομα, τα οποία προέρχονται από την ίδια ομάδα, τούς ενδιάμεσους, είτε από τους τεχνίτες- εκπαιδευτές) μεταβάλλεται σε ενεργό πλαίσιο μέσα στο οποίο συντελείται η μάθηση.

«Σε βλέπουν, αν δουν ότι κόβει το μάτι σου, σου δείχνουν εμπιστοσύνη, σου δίνουν να κάνεις πιο πολύπλοκα πράγματα, εμένα από ένα σημείο και μετά μου έδιναν ένα χαρτί που έλεγε θέλω αυτά κι αυτά τα κομμάτια. Αν δείχνεις ενδιαφέρον, σου δίνουν δουλειά υπεύθυνη, κερδίζεις την εμπιστοσύνη των μαστόρων» (Άτομο που ολοκλήρωσε, 10/03)

Η σημασία της απόκτησης τέτοιων κοινωνικών δεξιοτήτων γίνεται καταφανής δεδομένου ότι η εργασιακή αυτή συνείδηση αποτελεί προϋπόθεση για την ομαλή ένταξη σε οποιοδήποτε χώρο εργασίας. Είναι χαρακτηριστική η ομοφωνία των μελών των Ο.Ε.Σ. που εκπαιδεύονται ή εκπαιδεύτηκαν, ακόμη και αυτών που θεώρησαν ανεπαρκή τα αποτελέσματα της μαθητείας τους στην εκμάθηση της ειδικότητας, στη διαπίστωση ότι κατά τη διάρκεια της συμμετοχής τους έμαθαν να δουλεύουν.

Οι εκπαιδευτές ανέφεραν μια κλιμάκωση της εκπαιδευτικής παρέμβασης, από το ζήτημα της ένταξης στο χώρο μέχρι τη μετάβαση στο επίκεντρο της παραγωγικής διαδικασίας και την ανάληψη σύνθετων και πιο απαιτητικών αλλά ταυτόχρονα πιο διδακτικών καθηκόντων ως εξής:

- Ένταξη στο χώρο, δεξιότητες «του να εργάζομαι»
- Κατανόηση του τρόπου οργάνωσης της Μονάδας και των λειτουργιών της
- Εκμάθηση των υλικών, των τεχνικών και της χρήσης του εξοπλισμού
- Εκμάθηση της γλώσσας της δουλειάς, ως αρχής δημιουργίας επαγγελματικής ταυτότητας
- Εκπαίδευση στο πώς μαθαίνω και μόνος μου

Εκείνο που δεν προκύπτει από την έρευνα είναι το εάν αυτή η διαδικασία στηρίζεται σε κάποιου είδους συμφωνία-εκπαιδευτικό συμβόλαιο ή αν είναι σαφής στους εκπαιδευόμενους. Αυτοί θεωρούν ότι η εξέλιξη αυτή είναι κάτι που δημιουργούν οι ίδιοι με τη συμμετοχή και την προθυμία τους και βέβαια αυτή η αντίληψη έχει τη δική της εκπαιδευτική αξία. Η συνειδητοποίηση των ωφελημάτων, που μπορούν να έχουν στην ανεύρεση μιας θέσης εργασίας, είναι κάτι που επέρχεται μετά από χρόνο, που διαφοροποιείται για κάθε άτομο και εξαρτάται από την αλλαγή στα κίνητρα, ενώ συμβολή στην αλλαγή αυτή αποτελεί η βοήθεια που παρέχεται από τους εκπαιδευτές.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με την περιγραφή του Kvale (όπως παραπάνω) για την «κοινωνία της παραγωγής», που εστιάζεται στη διαδικασία της παραγωγής και όχι στη διδασκαλία των ατόμων και σηματοδοτείται από τη μετάβαση από περιφερειακούς και βοηθητικούς ρόλους στο επίκεντρο της διαδικασίας. Αυτή η μετακίνηση αποτελεί ταυτόχρονα μέσο και στόχο για την εκπαίδευση στις Παραγωγικές Μονάδες και φαίνεται ότι καλύπτει την ανάγκη του εκπαιδευτικού συμβολαίου που χαρακτηρίζει άλλες μεθόδους εκπαίδευσης ενηλίκων.

Ακόμη, η περιγραφή του Kvale αποτυπώνει και το άλλο χαρακτηριστικό που αναδείχνουν τα ευρήματα, την έμφαση στην ανάπτυξη της επαγγελματικής ταυτότητας μέσα από την εκμάθηση της ορολογίας του επαγγέλματος, την οικειοποίηση προτύπων συμπεριφοράς στο χώρο καθώς και την επεξεργασία της εικόνας και των στάσεων, που χαρακτηρίζουν έναν επαγγελματία.

3. ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΑΘΗΣΗΣ, ΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗ - ΜΑΣΤΟΡΑ

Το πρώτο στοιχείο που προκύπτει από τις αναφορές των μελών των Ο.Ε.Σ. είναι αυτό που αναφέρεται και από τον Kvale (όπως παραπάνω), ότι στις περισσότερες μορφές μαθητείας υπάρχει πολύ λίγη παρατηρήσιμη διδασκαλία. Η έννοια της διδασκαλίας και της εκπαίδευσης συνήθως ταυτίζεται με ένα στερεοτυπικό τρόπο με την ατομική σχέση διδάσκοντα – διδασκόμενου τη μετάδοση γνώσεων με υψηλό βαθμό γενίκευσης και με ελλιπείς αναφορές στην εφαρμογή τους. Όλα αυτά συμβαίνουν σε ένα «ειδικό» περιβάλλον, αυτό της ομάδας που συγκροτείται με στόχο την απόκτηση γνώσεων από τα μέλη της και η οποία χωροταξικά εντοπίζεται σε κάποιου τύπου αίθουσα διδασκαλίας. Τέτοια διδασκαλία, βέβαια, είναι ελάχιστα πιθανό να παρατηρήσει κανείς σε ένα Προστατευμένο Παραγωγικό Εργαστήριο.

Στις Παραγωγικές Μονάδες το ανθρώπινο περιβάλλον, το πρόγραμμα δραστηριοτήτων, ο εξοπλισμός, τα υλικά, οργανώνονται με επίκεντρο την παραγωγή. Αυτό καθιστά ασαφή την ύπαρξη ενός εκπαιδευτικού σχεδιασμού στο πλαίσιο της εικόνας που έχουν οι εκπαιδευτές για το έργο τους. Τους είναι δύσκολο να αναγνωρίσουν μέσα στο σχεδιασμό της ένταξης στο εργασιακό περιβάλλον και στη σταδιακή ανάθεση πολύπλοκων λειτουργιών στους εκπαιδευόμενους την εκπαιδευτική διάσταση του έργου τους. Οι εκπαιδευόμενοι από τη μεριά τους δε δείχνουν να συνειδητοποιούν ότι βρίσκονται μέσα σε μια οργανωμένη μαθησιακή διεργασία και ότι τείνουν να αναπαραγάγουν την εικόνα ενός εργαζόμενου που, παρεμπιπτόντως, μαθαίνει με στόχο να κάνει πιο καλά τη δουλειά που του αναθέτουν.

«Εδώ μπαίνει στην παραγωγή, η παραγωγή καθορίζει το πρόγραμμα, το τι πρέπει να φτιαχτεί καθορίζει το τι θα διδαχθεί, εκεί πάνω θα τους δείξουμε, εκεί σιγά-σιγά θα μπει ο καθένας πιο μέσα, κι από κει και πέρα εξαρτάται από τον ίδιο» (Εκπαιδευτής, 11/02)

Η δυσκολία αναγνώρισης τείνει να ελαχιστοποιηθεί, όταν το ερώτημα γίνεται πιο συγκεκριμένο και αναφέρεται στους τρόπους που μαθαίνει ένα άτομο. Στις απαντήσεις της σχετικής ερώτησης αναφέρεται ένας μεγάλος αριθμός από τα εκπαιδευτικά εργαλεία και τεχνικές που είναι αποδεκτά από την παιδαγωγική προσέγγιση της εκπαίδευσης ενηλίκων Courau (2000), Κόκκος (1999), Noye & Piveteau (1999), Jarvis (2003) και μάλιστα με μια μεγάλη ομοιότητα ανάμεσα στα μέλη και των τριών διαφορετικών Ομάδων.

«Φτιάχνοντας κάτι, δεν μπορείς να μάθεις αλλιώς, αν δεν καθίσεις να το κάνεις, όλη την διαδικασία, από την αρχή μέχρι το τέλος, και το αποτέλεσμα, δε νομίζω ότι θα μπορούσα να μάθω αλλιώς, είναι θέμα εμπειρίας και εξοικείωσης» (Μαθητευόμενος, 03/12)

Η διαταραγμένη σχέση των μελών των θεραπευτικών προγραμμάτων με το σχολείο, τους τρόπους και τα περιεχόμενα της σχολικού τύπου εκπαίδευσης διαφαίνονται σε μεγάλο αριθμό αναφορών των ομάδων εκπαιδευομένων και ατόμων που ολοκλήρωσαν σε σχέση με τη θεωρητική γνώση και κατά πόσο αυτή προάγεται μέσα στις Μονάδες.

«Για μένα, και το πιστεύω αυτό, η πολλή θεωρία είναι η συνέχιση της προηγούμενης ζωής μου σαν το σχολείο. Στην προηγούμενη ζωή μου ήμουν όλο θεωρία, σκεφτόμουν ότι θα κάνω αυτό, έτσι θα το κάνω, ένα σχέδιο ήταν το μυαλό μας κάθε πρωί, και τελικά δεν γινόταν τίποτε. Αν κάποιος μου πει κάτι θεωρητικά, σε μισή ώρα θα το έχω ξεχάσει» (Μαθητευόμενος, 03/012)

Χρειάστηκε αρκετή συζήτηση για να συμφωνήσουν τα μέλη των ομάδων αυτών ότι θεωρία είναι η «γνώση του γιατί», πέρα από τη μηχανιστική επανάληψη κάποιων κινήσεων στις διαδικασίες παραγωγής. Οι εκπαιδευτές έκαναν με τη σειρά τους τη διάκριση της θεωρητικής γνώσης του σχολείου ή του σεμιναρίου και της θεωρίας που ενσωματώνεται στην παραγωγική διαδικασία και μαθαίνεται κυρίως μέσα από τις ερωτήσεις του εκπαιδευόμενου. Ως θεωρία επίσης αναφέρθηκε η εκμάθηση της ορολογίας του επαγγέλματος, ως αναγκαίας προϋπόθεσης τόσο για την επικοινωνία στο χώρο μαθητείας όσο και για την κατανόηση από μέρους των εκπαιδευόμενων του τι ακριβώς κάνουν.

«να αρχίσει να μαθαίνει τη γλώσσα της δουλειάς, μεγάλο κομμάτι αυτό, η διαφορά του ειδικευμένου από τον ανειδίκευτο φαίνεται από την ορολογία και μόνο. Η ορολογία είναι απαραίτητη, για να μπορέσουμε να συνεννοηθούμε, για να επικοινωνήσουμε» (Εκπαιδευτής, 11/02)

Η μάθηση μέσω της πράξης αναφέρεται ότι ταιριάζει με τα μαθησιακά μοντέλα των ατόμων που εκπαιδεύονται ή εκπαιδεύτηκαν όσο και με τα ιδιαίτερα αντικείμενα εκπαίδευσης, και έγινε αποδεκτό από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στις Ο.Ε.Σ. ότι είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος μάθησης για τους ίδιους ως ενήλικες. Το εργασιακό περιβάλλον μεταβάλλεται σε ενεργό στοιχείο της διεργασίας εμπλέκοντας πολλούς τρόπους μάθησης με έντονο συμμετοχικό και βιωματικό χαρακτήρα. Ξαναβρίσκουμε δηλαδή μέσα από τις αναφορές των Ο.Ε.Σ. τις περιγραφές που συναντήσαμε στη βιβλιογραφική επισκόπηση για τη μαθητεία ως μέθοδο αποκεντρωμένη, συγκεκριμένη, άδηλη και συνδεδεμένη με την εφαρμογή της.

«Και στο Ξυλουργείο έτσι έγινε: έβλεπα, παρατηρούσα, ρωτούσα, μου έδειχναν, δοκίμαζα, ξαναδοκίμαζα» (Άτομο που ολοκλήρωσε, 07/04)

Φαίνεται από όλες τις αναφορές ότι ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στην ενεργό συμμετοχή του μαθητευόμενου στη διαδικασία μάθησης με τη συμμετοχή του, την ανάληψη ευθύνης, την πρωτοβουλία και τη διάθεσή του να κάνει ερωτήσεις και να ζητά εξηγήσεις. Φαίνεται ακόμη ότι η πίεση που ορισμένες φορές ασκείται πάνω στους εκπαιδευόμενους είτε από τις ίδιες τις ανάγκες της παραγωγής είτε από τους εκπαιδευτές επιταχύνει την ανάληψη σύνθετων λειτουργιών και την αποτελεσματικότητα της εκμάθησης.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η αξιοποίηση των λαθών για εκπαιδευτικούς λόγους, μέθοδος που χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό στις Παραγωγικές Μονάδες. Η μέθοδος αυτή αναγνωρίζεται ως ιδιαίτερα αποτελεσματική, λειτουργώντας τόσο σε γνωστικό όσο και σε επίπεδο κινήτρων. Είναι ένα ακόμη πλεονέκτημα για τα προστατευμένα εργαστήρια να αξιοποιούν εκπαιδευτικά το λάθος σε αντίθεση με τις επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα, όπου το λάθος αντιμετωπίζεται τιμωρητικά.

Από τις αναφορές των ερωτώμενων προκύπτει ακόμη ότι η εκπαίδευση έχει έναν προσωποκεντρικό χαρακτήρα. Αυτό αποτελεί μια διαφοροποίηση από τη σχολικού τύπου εκπαίδευση, όπου η ομάδα της σχολικής αίθουσας ακολουθεί ένα κοινό πρόγραμμα και οι

εστιασμένες στο πρόσωπο μορφές αντιμετώπισης των μαθησιακών αναγκών και ιδιαίτεροτήτων δεν ευδοκιμούν. Αυτό υποβοηθείται και από τον τρόπο που οργανώνεται το εργασιακό περιβάλλον ως γνωστικό, με την αποφυγή της “φορντικής” αλυσίδας και της οργάνωσης της εργασίας σε ζεύγη ή σε ομάδες, με έναν ή περισσότερους μαθητευόμενους δίπλα σε έναν ειδικευμένο.

«Ο ρόλος του εκπαιδευτή είναι αυτός, να εντοπίζει πώς θα αναπτύξει μια συμπεριφορά ανάλογα με το κάθε άτομο και τις ανάγκες του, ποιό ρόλο θα επιλέξει. Είναι και το ίδιο το άτομο που θα μου δώσει να καταλάβω πού θα πρέπει εγώ να σταθώ, ποιό ρόλο πρέπει να αναπτύξω πρώτα και ποιό στη συνέχεια» (Εκπαιδεύτρια, 11/02)

Ακόμη η παρότρυνση για κατασκευή αντικειμένων για προσωπική χρήση παρέχει τόσο κίνητρα σε ατομικό επίπεδο όσο και μια ευκαιρία για τους εκπαιδευόμενους να κατασκευάσουν κάτι ολοκληρωμένο, χρησιμοποιώντας μια ποικιλία τεχνικών και εργαλείων, ευκαιρία που δεν είναι πάντα αυτονόητη με τις παραγωγικές υποχρεώσεις του Εργαστηρίου.

«ένας στόχος είναι να φτιάξει ένα κομμάτι δικό του, ένα έπιπλο για το σπίτι του, είναι συγκεκριμένος στόχος, του δίνει κίνητρα να περάσει από όλα τα μηχανήματα, να κάνει όλη τη διαδικασία, να δει το αποτέλεσμα, κι εκεί είναι η μεγάλη ικανοποίηση. Αυτή η κατασκευή είναι από μόνη της ένα εκπαιδευτικό σχέδιο, το έπιπλο σου μαθαίνει «μόνο του» τη δουλειά» (Εκπαιδευτής., 26/11)

Διαφοροποιήσεις αναφέρθηκαν ανάμεσα στις Μονάδες, οι οποίες αποδίδονται στο μέγεθος της κάθε Μονάδας, στον αριθμό των μελών του προσωπικού και κυρίως στο αντικείμενο στο οποίο ειδικεύονται. Από τις αναφορές διαφαίνεται ότι η Μονάδα της Κεραμικής ακολουθεί ένα μοντέλο εκπαίδευσης, που παρέχει μεγαλύτερο αριθμό θεωρητικών γνώσεων, ζητάει από τους εκπαιδευόμενους να ασχοληθούν και μόνοι τους εκτός του χρόνου παρουσίας τους στην Μονάδα, να αναζητήσουν πληροφορίες σε βιβλιογραφικές και ηλεκτρονικές πηγές, να δημιουργούν το δικό τους αρχείο έργων. Με τα χαρακτηριστικά αυτά τα εκπαιδευτικά πρότυπα που εφαρμόζονται στη Μονάδα αυτή μπορεί να θεωρηθούν ότι τείνουν προς αυτό που συναντήσαμε στη βιβλιογραφία ως γνωστική μαθητεία. Οι άλλες Μονάδες, που σε διαφορετικό βαθμό ενσωματώνουν τα γνωστικά στοιχεία μέσα στην παραγωγική διαδικασία, αποτελούν μορφές παραδοσιακού τύπου μαθητείας.

Ο ρόλος του εκπαιδευτή σε πλαίσιο μαθητείας συγχέεται με το ρόλο του μάστορα στην παραγωγή. Η δυσκολία κατανόησης της ερώτησης που απαριθμούσε τα χαρακτηριστικά του εκπαιδευτή ενηλίκων, όπως αυτά είναι αποδεκτά από τη σχετική βιβλιογραφία, είναι χαρακτηριστική όπως και η επιλογή άλλων ορισμών για το ρόλο αυτό. Οι εκπαιδευτές θεωρούν ότι είναι αναγκαίο ένα ευρύ ρεπερτόριο ρόλων που διαφοροποιείται ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες τόσο του κάθε εκπαιδευόμενου όσο και του συγκεκριμένου είδους εργασίας στην οποία εκπαιδεύεται (χειρισμός μηχανημάτων με αυξημένες ανάγκες μέτρων ασφαλείας, ποσοτικές και ποιοτικές απαιτήσεις της παραγωγής κ.λπ.). Ο καθοδηγητικός και εποπτικός ρόλος του εκπαιδευτή έχει προτεραιότητα για τους εκπαιδευτές, αλλά και για τους εκπαιδευόμενους που θεωρούν σημαντικά τόσο το ενδιαφέρον του εκπαιδευτή όσο και τη μεταδοτικότητα του. Η κατανόηση από τους εκπαιδευτές των ιδιαίτερων προβλημάτων της ομάδας των πρώην χρηστών, ως θεραπευόμενων και ως εκπαιδευόμενων, η απουσία προκαταλή-

ψων και αρνητικών στερεοτύπων και η ανθρώπινη επικοινωνία είναι μια πρωταρχική ανάγκη για τα άτομα που επέλεξαν τη μαθητεία στις Μονάδες. Αυτό αποτελεί και ένα από τα πλεονεκτήματα της λειτουργίας τους, διασφαλίζοντας τον υποστηρικτικό χαρακτήρα της μαθητείας.

«Το πιο σημαντικό είναι να είναι άνθρωπος, να είναι ζεστός άνθρωπος και καθοδηγητής, να σου δείχνει δηλαδή. Δεν μπορείς να πιάσεις κατευθείαν την κορδέλα, θα σκοτωθείς, κάποιος πρέπει να σου δείξει, να έχει την υπομονή. Αν δεν έχει υπομονή, δεν αντέχει ούτε αντέχεται. Να δείχνει με ωραίο τρόπο, γιατί αν το λέει άσχημα κι εσύ κλείνεις το μυαλό σου» (Άτομο που ολοκλήρωσε, 10/03).

4. Η ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΑΘΗΤΕΙΑΣ ΟΠΩΣ ΑΥΤΗ ΣΥΝΤΕΛΕΙΤΑΙ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ

Η εκτίμηση της επάρκειας της μαθητείας στις Μονάδες, όπως αυτή προβλέπεται από τους ισχύοντες κανονισμούς και εγκυκλίους του ΚΕ.Θ.Ε.Α. πρέπει να γίνει σε τρεις τομείς που ταυτόχρονα αποτελούν τους στόχους της, αλλά και αντιστοιχούν στις προσδοκίες των συντελεστών της:

- α) την επάρκεια στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων για την ένταξη σε εργασιακό χώρο με το ίδιο ή διαφορετικό αντικείμενο,
- β) την επάρκεια των τεχνικών γνώσεων και της ειδίκευσης που οι εκπαιδευόμενοι αποκομίζουν και
- γ) την υποβοήθηση στην επίλυση άλλων προβλημάτων κοινωνικής ένταξης που αντιμετωπίζουν.

Ως προς το πρώτο, η εκμάθηση των δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν έναν εργαζόμενο θεωρήθηκε ότι συντελείται επαρκώς στο συμβατικό χρόνο ενός 5μηνου. Στη διάρκεια αυτή οι εκπαιδευόμενοι ανέφεραν ότι έχουν εξοικειωθεί με τις υποχρεώσεις του ωραρίου και του χώρου εργασίας. Επιπλέον, έχουν μάθει να λειτουργούν σε καθεστώς πίεσης για παραγωγή, έχουν κατανοήσει τον τρόπο οργάνωσης του εργασιακού περιβάλλοντος και της ιεραρχίας που το χαρακτηρίζει, έχουν συνηθίσει να λειτουργούν σε ομάδα με καταμερισμό του έργου και να διαχειρίζονται τις κρίσεις, τις διαφωνίες και τις συγκρούσεις. Αυτό αξιολογήθηκε ως ένα σπουδαίο κεφάλαιο για τη διευκόλυνση της εισόδου στην ανταγωνιστική αγορά εργασίας, απορροφώντας, μέσα από την ασφάλεια που παρέχει ο χώρος των Εργαστηρίων, πολλούς από τους κραδασμούς της μετάβασης.

«Εδώ μαθαίνουν καλά την οργάνωση, τη διαχείριση του χρόνου και την οικονομία των υλικών, αυτό είναι πολύ βασικό για τις επιχειρήσεις έξω. Δεν είναι μόνο να έχεις γνώσεις και να είσαι καλό χέρι, αλλά κυρίως η δυνατότητα αυτό το όποιο σώμα γνώσεων κατέχεις να το εφαρμόζεις σ' αυτό που πας να κάνεις, χωρίς να χρειάζεσαι συνεχώς κάποιον από πάνω σου να σε επιβλέπει. Εμείς αυτό έχουμε βασικό στόχο, ο άλλος να μπορεί να κινείται μόνος του» (Εκπαιδευτρια, 08/04)

Στο επίπεδο των γνώσεων και της ειδίκευσης που αποκτάται το 5μηνο θεωρήθηκε ανεπαρκές τόσο σε σχέση με τις ανάγκες των εργοδοτών όσο και σε σχέση με τις προσδοκίες των ατόμων που θα ήθελαν να επιλέξουν το αντικείμενο εκπαίδευσης ως επάγγελμα τους. Σύμφωνα με τις συλλογικές συμβάσεις εργασίας των ειδικοτήτων στις οποίες

εκπαιδεύονται άτομα, ένα άτομο θεωρείται ειδικευμένο από τις κλαδικές συμβάσεις εργασίας και αλλάζει βαθμίδα στο μισθολόγιο (ανειδίκευτος, βοηθός τεχνίτη, τεχνίτης κ.λπ.), όταν συμπληρώνει χρόνο εμπειρίας μιας ή περισσότερων τριετιών. Μια πεντάμηνη εκπαίδευση ή προϋπηρεσία για τον υποψήφιο εργοδότη δεν μπορεί να είναι κάτι περισσότερο από ένα κριτήριο προτίμησης για πρόσληψη ανάμεσα σε άλλους ανειδίκευτους, για μια ανειδίκευτη θέση εργασίας, εκτός αν υπάρχουν συστάσεις και διαμεσολάβηση της Μονάδας, κάτι που μόνο το Λιθογραφείο ακολουθεί ως πολιτική.

Βέβαια, αυτή η εμπειρία καθώς συνδυάζεται με μια ποικιλία στοιχείων που δεν αναφέρονται απλά σε επιδεξιότητα των χεριών, αλλά περιλαμβάνουν και γνώσεις οργάνωσης του εργασιακού χώρου και χρόνου, δεξιότητες επικοινωνίας και ένταξης σε ομάδα και στάσεις που όπως αναφέρθηκε παραπάνω συνθέτουν την επαγγελματική και εργασιακή ταυτότητα, μπορεί να είναι αξιοποιήσιμη στη **διατήρηση μιας θέσης εργασίας ή στην επιτάχυνση της εξέλιξης** μέσα στην επιχείρηση.

«Ανάμεσα σε δύο ανειδίκευτους αυτός που θα έχει κάνει κάτι για ένα 5μηνο εδώ θα έχει ωφεληθεί πιο πολύ, θα είναι πιο έτοιμος. Αν δεν έχει ξαναδουλέψει θα πρέπει να μάθει να δουλεύει σε συνθήκες πολύ πιο δύσκολες» (Εκπαιδευόμενος, 25/01)

«Είναι μεγάλη βοήθεια, όταν δεν ξέρει κάποιος να πιάνει ένα κατσαβίδι, σκεφτείτε αυτός ο άνθρωπος να πάει να δουλέψει σε έναν εργοδότη, να του ζητούν να φέρει ένα κατσαβίδι και αυτός να μην ξέρει ούτε με τι μοιάζει. Πώς να σταθεί σε μια δουλειά, αν δεν ξέρει τη γλώσσα του επαγγέλματος; Αυτό τουλάχιστον θα το μάθει. Δεν είναι σίγουρα αρκετό, αλλά είναι μια βάση να γίνει τουλάχιστο βοηθός» (Άτομο που ολοκλήρωσε, 07/04)

Ως στοιχείο ανεπάρκειας εντοπίστηκε επίσης η δυσκολία του συνδυασμού των παραγωγικών και των εκπαιδευτικών λειτουργιών, όπου οι πρώτες αποκτούν μια αυτονομία προτεραιότητα, μη δίνοντας όμως χρόνο στην ικανοποίηση των γνωστικών αναγκών των εκπαιδευόμενων. Εδώ, μπορεί κανείς να διακρίνει μια αντίφαση με τη μετατροπή σε μειονέκτημα του ίδιου στοιχείου που παραπάνω χαρακτηρίστηκε πλεονέκτημα. Μια υπόθεση που προτείνεται στο θέμα αυτό είναι ότι η αντίφαση επιτείνεται από τον όχι ικανοποιητικό τρόπο στελέχωσης αρκετών μονάδων, ώστε να ανταποκριθούν στο διπλό τους ρόλο. Ακόμη, δεν φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερα βοηθητικό γεγονός το ότι το εκπαιδευτικό έργο των Μονάδων αντιμετωπίζεται θεσμικά ως δευτερεύον έργο και δεν αποτελεί σημαντικό κριτήριο αξιολόγησης του έργου τους. Οι αναφορές των εκπαιδευτών πάνω στο σημείο της αναγνώρισης του εκπαιδευτικού τους έργου είναι χαρακτηριστικές.

«Είναι ο χρόνος λίγος, ενώ υπάρχουν τα υλικά και ο εξοπλισμός και η τεχνολογία στο εργαστήριο, ο χρόνος είναι απαγορευτικά λίγος. Φανταστείτε ότι ένα αντικείμενο χρειάζεται ένα μήνα για να συμπληρωθεί ο κύκλος της κατασκευής του, τι θα μπορούσε να πρωτοκάνει κάποιο παιδί σε ένα 5μηνο;» (Εκπαιδευτρια, 08/04)

«Πολλές φορές κάνουμε λάστιχο το 5μηνο με τις διαδοχικές παρατάσεις, αλλά και έτσι ακόμη, όταν δεν είναι σίγουρο ότι θα εγκριθεί η παράταση, σχεδιάζεις αποσπασματικά, ανά πεντάμηνα, είναι δύσκολα έτσι» (Εκπαιδευτής, 08/04)

Είναι σημαντικό να αναφερθεί εδώ ότι αυτή η πραγματικότητα έχει δημιουργήσει μια κατάσταση συνεχών αιτημάτων ανανέωσης του πεντάμηνου για τα άτομα που διακρίνονται

78 Εξαρτήσεις

και δείχνουν να έχουν και γνωστικά κίνητρα, ανανεώσεις όμως που διατηρούν το καθεστώς αβεβαιότητας και δεν επιτρέπουν μια πιο σοβαρή επένδυση στη διαδικασία.

Τέλος, έγινε αναφορά στις «παράπλευρες ωφέλειες» της εκπαίδευσης μέσα σε ένα προστατευμένο περιβάλλον και της διασφάλισης ενός στοιχειώδους εισοδήματος και της κοινωνικής ασφάλισης. Η λειτουργία των Παραγωγικών Μονάδων χαρακτηρίστηκε ως εξαιρετικά βοηθητική, ιδιαίτερα για τα άτομα εκείνα που έχουν αυξημένες δυσκολίες ένταξης στην τοπική αγορά εργασίας ή άτομα που για δικούς τους λόγους δυσκολεύονται στην επίλυση μιας πλειάδας προβλημάτων ένταξης ταυτόχρονα.

5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΕΣ Η ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΜΑΘΗΤΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

Τα αποτελέσματα της έρευνας που συνοπτικά παρατίθενται σε πίνακες παρακάτω, καταγράφουν σημαντική συμφωνία από όλα τα μέλη των Ο.Ε.Σ. πάνω στις αλλαγές που θεωρούνται αναγκαίες, για να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης στις Μονάδες.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ
Μεγαλύτερος χρόνος εκπαίδευσης (1 έτος) με δοκιμαστικό διάστημα	Μεγαλύτερος χρόνος εκπαίδευσης (1 έτος)	Μεγαλύτερος χρόνος εκπαίδευσης (1 έτος) με δοκιμαστικό διάστημα
Διακριτός χρόνος εκπαίδευσης μέσα στην εβδομάδα	Σεμινάρια πάνω σε θέματα της δουλειάς	Σεμινάρια πάνω σε θέματα της δουλειάς
Αύξηση του αριθμού των εκπαιδευόμενων		
Καλύτερη στελέχωση των Μονάδων	Περισσότεροι εκπαιδευτές	Περισσότεροι εκπαιδευτές
	Ισότιμη μεταχείριση ως εργαζόμενοι	

Ως προς τα χαρακτηριστικά που πρέπει να παραμείνουν, τα μέλη των ομάδων εκπαιδευόμενων καθώς και των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει έδωσαν μεγαλύτερη έμφαση στις σχέσεις και τις συνθήκες που χαρακτηρίζουν τις Παραγωγικές Μονάδες και το προστατευμένο του περιβάλλοντος. Οι εκπαιδευτές και τα άτομα που ολοκλήρωσαν επιθυμούν να παραμείνει ο χαρακτήρας της εκπαίδευσης μέσα στην εργασία. Τέλος, οι εκπαιδευτές κρίνουν ιδιαίτερα σημαντική την σύνδεση με το Θεραπευτικό Πρόγραμμα, κάτι που θα πρέπει να συσχετιστεί με τις απαντήσεις των άλλων δύο ομάδων, καθώς το προστατευμένο περιβάλλον νοηματοδοτείται και υποστηρίζεται στα πλαίσια του συνολικού κοινωνικού ρόλου του Οργανισμού.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ
	Η συμπεριφορά των εκπαιδευτών	Η συμπεριφορά των εκπαιδευτών
	Η κατανόηση σε προσωπικές δυσκολίες	Οι σχέσεις, η κατανόηση, η ανθρωπιά
	Οι συνθήκες εργασίας	Οι συνθήκες εργασίας
	Η ασφάλεια της μισθοδοσίας και των ενσήμων	Η ασφάλεια της μισθοδοσίας και των ενσήμων
Ο συνδυασμός παραγωγής-εκπαίδευσης		Ο τρόπος εκπαίδευσης μέσα στη δουλειά
Το φιλικό περιβάλλον		
Η σύνδεση, η σχέση με το Θεραπευτικό Πρόγραμμα		

Το θέμα της διάρκειας της εκπαίδευσης και η ανάγκη για επιμήκυνση της αποτελεί το πρώτο σε προτεραιότητα ζήτημα σύμφωνα με τις απαντήσεις. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει ότι οι ίδιοι οι συντελεστές της μαθητείας συμφωνούν στην ανάγκη για διάστημα ενός έτους με μια αρχική περίοδο αμοιβαίας δοκιμής.

Το δεύτερο θέμα είναι η ανάγκη ενσωμάτωσης μέσα στο πρόγραμμα εργασίας κάποιων ωρών, όπου χωρίς την πίεση των παραγωγικών υποχρεώσεων θα δίνεται η ευκαιρία στους εκπαιδευόμενους να διατυπώνουν τις ερωτήσεις και να έχουν τις επεξηγήσεις που χρειάζονται, για να καταλαβαίνουν κι όχι μόνο να εκτελούν εργασίες. Στον ίδιο χρόνο, με τη μορφή μικρών σεμιναρίων θα μπορούν να αναπτύσσονται και θέματα που αναφέρονται στην τρέχουσα εργασία με έναν πιο συνολικό τρόπο και όχι κατακερματισμένα. Στην ουσία, περιγράφεται κάτι παρόμοιο με το γερμανικό σύστημα, όπως περιγράφεται από τους Gill & Dar (2004), ή Jarvis & Dubelaar (1996), εναλλαγής γενικής με εφαρμοσμένη γνώση, προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες της κάθε Μονάδας.

Τέλος, το τρίτο στοιχείο που η έρευνα εντοπίζει ως θέμα το οποίο πρέπει να αλλάξει είναι η ανεπάρκεια της στελέχωσης των Μονάδων. Αυτό το γεγονός επιδεινώνει τη δυσκολία ανταπόκρισης σε διαφορετικές και κάποτε αντιφατικές προτεραιότητες, όπως επίσης και η εκπαίδευση του προσωπικού σε εκπαιδευτικά θέματα, με σκοπό τη βελτίωση της παρεχόμενης μαθητείας.

Ως προς τα χαρακτηριστικά των Μονάδων, τα οποία τα υποκείμενα της έρευνας δηλώνουν ότι θα ήθελαν να διατηρηθούν, αυτά αντιστοιχούν στο προστατευμένο χαρακτήρα του περιβάλλοντος τους. Οι εκπαιδευόμενοι και τα άτομα που ολοκλήρωσαν δίνουν μεγάλη έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις μέσα στο χώρο μαθητείας και στη στάση των εκπαιδευτών απέναντι τους, η συμπεριφορά και η κατανόηση που επιδεικνύουν. Οι συνθήκες εργασίας είναι ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο, όπως η ασφάλεια της μισθοδοσίας και των ενσήμων.

80 *Εξαρτήσεις*

Τα άτομα που έχουν εργασιακή εμπειρία, οι εκπαιδευτές και τα άτομα που ολοκλήρωσαν την εκπαίδευση τους και επιχείρησαν την είσοδο στην ανταγωνιστική αγορά εργασίας θεωρούν αναντικατάστατο τον τρόπο εκπαίδευσης μέσα στην εργασία.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στα ευρήματα της έρευνας στην ομάδα των εκπαιδευτών, όπου η σχέση με το Θεραπευτικό Πρόγραμμα θεωρείται από τα ζητήματα που δεν πρέπει να αλλάξουν. Αυτό θα πρέπει να θεωρηθεί ως στοιχείο της σημασίας που οι εκπαιδευτές – εργαζόμενοι αποδίδουν στον κοινωνικό χαρακτήρα του έργου τους ως πηγή νοήματος της καθημερινής τους δουλειάς. Φαίνεται ότι για τους εκπαιδευτές ο χαρακτήρας αυτός συνδέεται με τη συνολική προσπάθεια του συνόλου των ανθρώπων του οργανισμού με την οποία ταυτίζονται, προσφέροντας αυτό που οι ίδιοι γνωρίζουν να κάνουν καλύτερα. Επιθυμούν να συμμετάσχουν ακόμη περισσότερο στη χάραξη των πολιτικών.

Πίσω από όλα αυτά, μπορεί κανείς να διακρίνει και ένα αίτημα για αναγνώριση της σημασίας του έργου που προσφέρουν και του ρόλου τους ως κάτι περισσότερο από βοηθητικό προσωπικό.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ: Η ΜΑΘΗΤΕΙΑ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΩΣ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύουν την εικόνα των υποκειμένων της για τη μαθητεία στα Εργαστήρια ως μέρους της γενικότερης ψυχοκοινωνικής παρέμβασης που συντελείται στα πλαίσια του Προγράμματος ΙΘΑΚΗ και βιώνεται ως μια αδιάσπαστη εμπειρία αναδόμησης μιας προσωπικής κοινωνικής ταυτότητας.

Το προστατευμένο περιβάλλον των εργαστηρίων γίνεται αντιληπτό, ως μια προέκταση του προστατευμένου περιβάλλοντος της Θεραπευτικής Κοινότητας. Ένα περιβάλλον το οποίο οργανώνεται ως γνωστικό και νοηματοδοτείται με τη λειτουργία της ομάδας και των σκοπών που η ίδια θέτει. Η διαπίστωση αυτή τεκμηριώνεται από την έρευνα, ως ένα από τα σημεία που οι αναφορές των εκπαιδευτών, των εκπαιδευομένων και των ατόμων που ολοκλήρωσαν συγκλίνουν. Η αίσθηση αυτή των υποκειμένων της έρευνας εκφράζει τον τρόπο με το οποίο οι συντελεστές της μαθητείας νοηματοδοτούν τη λειτουργία τους.

Υπάρχουν επίσης μια σειρά εντυπωσιακές ομοιότητες των μαθησιακών εμπειριών στους χώρους των εργαστηρίων με τα εργαλεία της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης, που συμβατικά ορίζονται ως θεραπεία των πρώην εξαρτημένων ατόμων.

Τόσο στην περίπτωση της Θεραπευτικής Κοινότητας ως μεθόδου όσο και σε αυτήν της εκπαίδευσης μέσα στα Εργαστήρια η διεργασία δεν επικεντρώνεται με έναν ορατό τρόπο στις αλλαγές των ατόμων, αλλά στην παραγωγή κάποιου αποτελέσματος είτε αυτό είναι η αναπαραγωγή του κοινόβιου είτε η παραγωγή προϊόντων. Είναι η όσμωση με την ομάδα, με το πλαίσιο και τις λειτουργίες που επιφέρει τις αλλαγές και οι ίδιες οι αλλαγές που συντελούνται δεν περιορίζονται μόνο στο συμπεριφορικό πεδίο. Οι Tims και DeLeon (1994) περιγράφοντας τους νοητικούς και βιωματικούς μηχανισμούς στη διαδικασία της αλλαγής, επισημαίνουν το ρόλο των υποκειμενικών αντιλήψεων και εμπειριών που επιφέρουν ως αποτέλεσμα την εσωτερίκευση της μάθησης και τις αλλαγές στην ταυτότητα. Οι αρχές της κοινωνικής μάθησης «μεταβιβάζονται με ένα φυσικό τρόπο ως ενδογενή χαρακτηριστικά της Κοινότητας» (σελ. 22)

Σε ένα τέτοιο πλαίσιο η πορεία των ατόμων θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως αδιάσπαστη και συνεχής. Το συνεχές της θεραπευτικής παρέμβασης ως ψυχοκοινωνική διαδικασία, δεν αναφέρεται μόνο στη διάκριση των σταδίων της (κινητοποίηση, κυρίως θεραπευτική φάση, επανένταξη) μια διάκριση που μπορεί να εξυπηρετεί οργανωτικούς σκοπούς, αλλά δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να παραπέμπει σε χωριστές λειτουργίες ενός κατακερματισμένου συστήματος. Το ίδιο συνεχές αναφέρεται επίσης στο σύνολο των εκπαιδευτικών εργαλείων και παρεμβάσεων, είναι το σύνολο, ο συνδυασμός των μεθόδων και οι αλληλεπιδράσεις που παράγουν το βέλτιστο αποτέλεσμα με κριτήριο το γενικό στόχο, την υποστήριξη στην εγκαθίδρυση ενός τρόπου ζωής, ο οποίος δεν χρειάζεται την εξάρτηση.

Στο βαθμό που μέσα από την παραπάνω οπτική γωνία η θεραπεία των εξαρτημένων είναι μια σειρά από μαθησιακές εμπειρίες, η μαθητεία, όπως και κάθε άλλη εκπαιδευτική διαδικασία δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως παράπλευρη δραστηριότητα της θεραπείας αλλά επέκταση του θεραπευτικού – εκπαιδευτικού συνεχούς σε άλλα γνωστικά αντικείμενα.

Βιβλιογραφία

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- ΓΣΕΕ, (2002) Θέσεις της Γ.Σ.Ε.Ε. για την Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση, www.inegsee.gr
- Κόκκος, Α., (1999) Εκπαίδευση Ενηλίκων, Τόμος Α: Το πεδίο, Οι Αρχές Μάθησης, Οι Συντελεστές, Εκδόσεις Ε.Α.Π., Πάτρα
- Κοσμόπουλος, Α., Μουλαδούδης, Γ., (2003) Ο Carl Rogers και η Προσωποκεντρική του Θεωρία για την Ψυχοθεραπεία και την Εκπαίδευση, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Πουλόπουλος, Χ., Τσιμπουκλή, Α., (1995) Ομαδικά Εστιασμένη Συνέντευξη, Ένα νέο μεθοδολογικό εργαλείο έρευνας στον τομέα των κοινωνικών επιστημών, στο περιοδικό Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 39
- Σάλτζμπεργκερ, Ι., Χένρι, Τ., Όσμπορν, Ε., (1996) Η συναισθηματική εμπειρία της μάθησης και της διδασκαλίας, Καστανιώτης, Αθήνα
- Cohen, L., Manion, L., (2004) Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας, Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα.
- Courau, S., (2000) Τα βασικά «εργαλεία» του εκπαιδευτή ενηλίκων, Μεταίχμιο, Αθήνα
- Jarvis, P. , (2003) Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση και Κατάρτιση, Μεταίχμιο, Αθήνα
- Noye, D., Piveteau, J., (1999) Πρακτικός Οδηγός του Εκπαιδευτή, Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα
- Rogers, A., (1999) Η Εκπαίδευση Ενηλίκων, Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα
- Vygotsky, L. S., (1997) Νους στην κοινωνία: Η Ανάπτυξη των Ανώτερων Ψυχολογικών Διαδικασιών, Guttenberg, Αθήνα

ΑΓΓΛΟΦΩΝΗ

- Collins, A., Brown, S. J., Holum, A., (1991) Cognitive Apprenticeship: Making Thinking Visible, Journal of the American Federation of Teachers, issue 1991
- Coombe, E. , (1993) Sheltered Workshop and Transition: Old Bottles, New Wine? Conference Paper, www.eric.ed.gov.

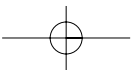
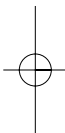
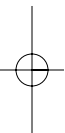
82 Εξαρθήσεις

- Dewey, J., (1938) Experience and Education, Collier N. Y.
- Gill, I., Dar, A., (2004) Germany's Dual System: Lessons for Low and Middle Income Countries ,OECD, The World Bank Group, www.worldbank.org, 29/09/04.)
- Jarvis, P. & Dubelaar, J., (1996) European involvement in the future of education of adults in England and Wales: a professional perspective. Ανακοίνωση στο 26ο ετήσιο Συνέδριο του Πανεπιστήμιου του Leeds, Diversity and development: futures in the education of adults, σελ. 101-104, University of Leeds.)
- Kvale, S., (1995) An Educational Rehabilitation of Apprenticeship Learning?, paper, Annual Meeting OF THE American Educational Research Association, San Francisco, CA., , www.eric.edu.gov
- Krueger, R. A., (1998a) Focus Groups: A Practical Guide For Applied Research, Sage Publication, Thousand Oaks, California
- Krueger, R. A., (1998b) Developing Questions for Focus Group k, Focus Group Kit vol. 3, Sage Publication, Thousand Oaks, California
- Krueger, R. A., (1998c) Analyzing & Reporting Focus Group Results, Focus Group Kit vol. 6, Sage Publication, Thousand Oaks, California
- Morgan, D., (1998), Planning Focus Groups, Focus Group Kit vol. 2, Sage Publication, Thousand Oaks, California
- Rosa, E. (1999) Is there any consensus on the validation of non – formal learning and if so, what? Πρακτικά συνεδρίου του CEDEFOP, CEDEFOP Document, Office for official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2002
- Samoy. E., Waterplas I., Commission Of European Communities, (1992) Sheltered Employment in European Community, research by E. Samoy & I. Waterplas, EEC, v/390/92.
- Tims, F. M., DeLeon, G., Jainchil N., (1994) Therapeutic Community: Advance in Research and Application NIDA Research Monograph, 144
- Turner, C. (1999) Identification, assessment and recognition of non – formal learning in Greece, Report, CEDEFOP 2000, Thessaloniki

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1. Ποιοί –ές επιλέγουν τα εργαστήρια; Ποιος είναι ο λόγος της επιλογής της συμμετοχής σε προστατευμένα εργαστήρια αντί της ανοιχτής αγοράς εργασίας;**
(Επιχειρείται μια σύνδεση πιθανών ιδιαίτερων χαρακτηριστικών [ανάγκη εισοδήματος, λόγους που σχετίζονται με την ανασφάλεια για υποτροπή στην χρήση] ή εκπαιδευτικά κίνητρα [καλύτερη προετοιμασία, η προτίμηση στο συγκεκριμένο επάγγελμα], των ατόμων που επιλέγουν το συγκεκριμένο είδος εκπαίδευσης με τον προστατευμένο χαρακτήρα της απασχόλησης).
- 2. Γιατί αυτό το εργαστήριο και όχι κάποιο από τα άλλα;**
(εξετάζεται ο βαθμός που το αντικείμενο επηρεάζει την επιλογή ή τα κριτήρια που επηρεάζουν)
- 3. Πώς συνδέονται οι κοινωνικές δεξιότητες που απαιτεί ο εργασιακός χώρος με τις τεχνικές γνώσεις που πρέπει να μεταδοθούν, ποίο έχει προτεραιότητα και με ποια κριτήρια;**
(εξετάζεται ο τρόπος διάγνωσης και αξιολόγησης βασικών αναγκών των εκπαιδευομένων)
- 4. Ποιοί είναι οι στόχοι σε σχέση με τους εκπαιδευόμενους και πως μεταβάλλονται με το χρόνο εκπαίδευσης – μαθητείας;**
(εξετάζεται η ύπαρξη μιας σειράς μαθησιακών εμπειριών, η κλιμάκωση τους από μηχανική επανάληψη κινήσεων ως την ανάληψη ευθύνης έργου ή μέρους του έργου)
- 5. Πώς γίνονται αντιληπτές και αξιολογούνται οι παρακάτω έννοιες – χαρακτηριστικά ενός εκπαιδευτή στο τμήμα του:** καθοδηγητής, εμπυχωτής, καταλύτης, διαμεσολαβητής, φίλος και συνεργάτης, άλλο.
(διερευνάται η αντίληψη που έχουν οι ερωτώμενοι για τα βασικά χαρακτηριστικά του εκπαιδευτή ενηλίκων)
- 6. Αναφορά σε εκπαιδευτικά εργαλεία-τεχνικές**
(μάθηση μέσω της επανάληψης, μάθηση από τους παλιότερους εκπαιδευόμενους, υπόδειξη και εποπτεία, σύνδεση του τι με το γιατί (στοιχεία θεωρίας) ο ρόλος της δοκιμής – λάθους, η σημασία της εκμάθησης στρατηγικών εκμάθησης, άλλο)
- 7. Αξιολόγηση της επάρκειας της βοήθειας που δίνουν στην εκτέλεση των εργασιών και στην κατανόηση των διαδικασιών παραγωγής**
(χειρισμός μηχανημάτων, υλικών, τεχνικών παραγωγής)
- 8. Πώς αντιλαμβάνονται την έννοια της μετάβασης και τις διαφορές προστατευμένου και ανταγωνιστικού περιβάλλοντος;**
(περιορισμένος χρόνος, «ειδικό» καθεστώς και συνθήκες, συνδυασμός καθηκόντων παραγωγής και αποτελέσματος με εκπαίδευση)
- 9. Πόσο έτοιμοι είναι οι εκπαιδευόμενοι να διεκδικήσουν μια θέση στο ίδιο ή σε παρεμφερές αντικείμενο μετά το πέρας της εκπαίδευσης και τι άλλο θα ήταν απαραίτητο;**
(εξετάζονται οι διαφορές που εξαρτώνται τόσο από το αντικείμενο της εκπαίδευσης όσο και οι πιθανές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες των ερωτώμενων)
- 10. Τι άλλο θα έπρεπε να περιλαμβάνει η προστατευμένη φάση;**
(χρόνος, μέσα, εκπαιδευτικά εργαλεία, σχέση με τη θεραπεία, σηματοδότηση από το φορέα, άλλο)

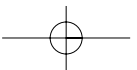
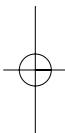
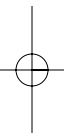
84 Εξαρθήσεις



ΠΕΡΙ ΟΥΣΙΩΝ
ABOUT SUBSTANCES

2

86 Εξαρθήσεις



Εξαρτήσεις, τεύχος 9, 2006

COCAETHYLENE: AN "IMPLICATION" OF THE CONCURRENT ABUSE OF ALCOHOL AND COCAINE

E. PEPPAS¹, P. THEODOROPOULOS, J.A. LIAPPAS

Abstract

Simultaneous abuse of alcohol and cocaine is a common occurrence among patients seeking addiction treatment. Literature research indicates that patients seeking treatment for alcohol abuse are likely to have used cocaine during the past year, while patients who seek treatment for cocaine abuse are often also alcohol-dependent. The combination of alcohol and cocaine results in the formation of cocaethylene, the ethyl ester of benzoylecgonine, which appears to be the biochemical result of simultaneous use of these substances. This study presents a review of the literature about the physical, psychological and behavioural effects of combined use of alcohol and cocaine, as well as, cocaethylene.

The order of administration plays a key role in the pharmacologic effects of the interaction between cocaine and alcohol. Only after administration of both alcohol and cocaine cocaethylene was found in the plasma, which has pharmacological properties similar to that of cocaine but also possessing a plasma half-life three to five times that of cocaine. In humans, the simultaneous ingestion of both substances, resulting in cocaethylene formation, has been associated with prolonged subjective euphoria, increased plasma cocaine concentration, increased heart rate, less intense feelings of alcohol-induced inebriation and tempering of distress when coming down from a cocaine intoxication. Cocaethylene's slow removal from the body has been correlated with seizures, liver damage, compromised immune system functioning and cardiotoxicity. At high concentrations, it decreased myocardial function, cardiac conduction, increased systemic vascular resistance and caused arrhythmias. Many authors presume that cocaethylene carries an 18- to 25- fold increase over cocaine alone in risk for immediate death. These findings suggest that cocaethylene may play a role in the morbidity and mortality associated with concurrent alcohol/ cocaine abuse and its clinical implications need further investigation.

Key words Alcohol –Cocaine –Abuse –Cocaethylene –Pharmacokinetics -Toxicity

1 Athens University Psychiatric Clinic, Eginitio Hospital

Εξαρτήσεις, τεύχος 9, 2006

ΚΟΚΑ-ΑΙΘΥΛΕΝΗ: ΜΙΑ «ΕΠΙΠΛΟΚΗ» ΤΗΣ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΚΑΪΝΗΣ

Ε. ΠΕΠΠΑΣ, Π.Γ. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ², Ι.Α. ΛΙΑΠΠΑΣ

Περίληψη

Τα ποσοστά συννοσηρότητας της κατάχρησης κοκαΐνης και της κατάχρησης οινοπνεύματος, κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα στο γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με αρκετούς συγγραφείς, συνιστώντας έτσι ένα δυσεπίλυτο βιο-ψυχο-κοινωνικό πρόβλημα. Επιπλέον, σε πληθυσμούς με προβλήματα κατάχρησης, περιγράφεται ότι άτομα με κατάχρηση οινοπνεύματος που απευθύνθηκαν σε θεραπευτικές υπηρεσίες, είχαν κάνει σε υψηλά ποσοστά και χρήση κοκαΐνης, κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους, ενώ επίσης αρκετά συχνά χρήστες κοκαΐνης χρησιμοποιούν το οινόπνευμα για να μετριάσουν το αίσθημα δυσφορίας από την απόσυρση της κοκαΐνης (κρακ).

Αρκετές μελέτες διερευνούν το φαρμακολογικό αποτέλεσμα της παράλληλης χρήσης κοκαΐνης και οινοπνεύματος, όπου και η σειρά χορήγησης των ουσιών φαίνεται ότι επηρεάζει τη φαρμακοκινητική τους. Σε ταυτόχρονη χρήση ή χρήση κοκαΐνης λίγο μετά τη χρήση οινοπνεύματος, προκύπτει αύξηση του επιπέδου κοκαΐνης στο πλάσμα σε ποσοστό ως και 30%, διπλασιασμός του επιπέδου νορκοκαΐνης στον ορό και δημιουργία κοκα-αιθυλένης στο πλάσμα. Ο σχηματισμός κοκα-αιθυλένης φαίνεται ότι ισχύει ακόμη και όταν το οινόπνευμα έπεται της χρήσης κοκαΐνης κατά 30 λεπτά, αλλά τα ποσοστά σχηματισμού της ουσίας παρουσιάζουν διακύμανση, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία. Η κοκα-αιθυλένη έχει 3-5 φορές μεγαλύτερο χρόνο ημίσειας ζωής στο πλάσμα συγκριτικά με την κοκαΐνη, παρόμοια συμπεριφορικά και τοξικολογικά χαρακτηριστικά, αλλά η βραδύτερη αποβολή της από τον οργανισμό, που έχει σαν αποτέλεσμα την εντονότερη τοξίκωση, έχει σε διάφορες μελέτες συσχετισθεί με επιληπτικές κρίσεις, ηπατική βλάβη, επιβάρυνση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος και συγκριτικά με την κοκαΐνη 18-25 φορές αύξηση του σχετικού κινδύνου αιφνιδίου θανάτου, σε άτομα με ισχαιμική νόσο. Αυτά τα ευρήματα, υποδηλώνουν τον πιθανό ρόλο της κοκα-αιθυλένης στη νοσηρότητα και θνησιμότητα, που σχετίζονται με τη συνδυασμένη κατάχρηση κοκαΐνης και οινοπνεύματος. Η διερεύνηση της κλινικής σημασίας των ανωτέρω ευρημάτων προβάλλει επιτακτικά.

Λέξεις ευρετηρίου: Αλκοόλ – Κοκαΐνη – Κατάχρηση - Κοκα-αιθυλένη Φαρμακοκινητική - Τοξικότητα

2 Διεύθυνση αλληλογραφίας: Παναγιώτης Θεοδωρόπουλος, Παπαναστασίου 6, 15452 Παλ. Ψυχικό, 210-6746113, 6937212046, drtakis@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συνδυασμένη χρήση οιοπνεύματος και κοκαΐνης φαίνεται ότι είναι πολύ διαδεδομένη μεταξύ των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών (Mc Cance EF et al.1995; Oslin DW et al.1999; Pennings EJ, Leccese AP & Wolff FA 2002; McCance-Katz EF et al.1993; Miller NS & Giannini AJ 1991). Πιθανά αίτια αυτής της συμπεριφοράς είναι ότι η ταυτόχρονη χρήση των ουσιών αυτών προκαλεί επίταση του προκαλούμενου αισθήματος ευφορίας, σε σχέση με τη λήψη κάθε ουσίας χωριστά, την άμβλυση των γνωσιακών ελλειμμάτων, της προκαλούμενης από τη μέθη καταστολής και το μετριασμό του αισθήματος δυσφορίας από την απόσυρση από την κοκαΐνη (Pennings EJ, Leccese AP & Wolff FA 2002; Mc Cance EF et al.1995; McCance-Katz EF et al.1993).

Η σύγχρονη λήψη οιοπνεύματος – κοκαΐνης οδηγεί στο σχηματισμό της κοκα-αιθυλένης (αιθυλικός εστέρας βενζοϋλεκγονίνης) μιας ψυχοδραστικής ουσίας με φαρμακολογικές ιδιότητες παρόμοιες της κοκαΐνης, αλλά με χρόνο απομάκρυνσης από το πλάσμα 3-5 φορές μεγαλύτερο από ό,τι η κοκαΐνη (Harris DS et al. 2003; McCance-Katz EF, Kosten TR & Jatlow 1998; Andrews P 1997; Laizure SC et al. 2003; McCance-Katz EF et al.1993).

Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πάνω στις σωματικές και τις ψυχολογικές επιδράσεις της κοκα-αιθυλένης καθώς και τις πιθανολογούμενες συνέπειες της δράσης της ουσίας πάνω στη συμπεριφορά του χρήστη.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σε πληθυσμούς αλκοολικών, η παράλληλη χρήση ουσιών αναφέρεται ότι εμφανίζει αυξητικές τάσεις και μάλιστα, η επίπτωση της παράλληλης αυτής χρήσης σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία των αλκοολικών. Σε φθίνουσα σειρά συχνότητας, οι ουσίες που εμφανίζουν κατάχρηση στους αλκοολικούς είναι μαριχουάνα, κοκαΐνη καθώς και άλλα συμπαθομιμητικά, PCP, βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά και ψυχεδελικές ουσίες (Miller NS & Giannini AJ 1991).

Υποστηρίζεται ότι η ταυτόχρονη εξάρτηση από οινόπνευμα και ουσίες στους αλκοολικούς, καθώς και η αυξημένη επίπτωση του αλκοολισμού σε οικογένειες χρηστών ουσιών, υποδηλώνει μια κοινή γενετική ευαλωτότητα που δημιουργεί την προϋπόθεση για εθισμό στις ουσίες και στο οινόπνευμα (Miller NS & Giannini AJ 1991).

Σε μελέτη του γενικού πληθυσμού (Grant & Harford 1990) στις ΗΠΑ, αναφέρεται ότι 4.000.000 άτομα είχαν εμπλακεί σε ταυτόχρονη χρήση κοκαΐνης και οιοπνεύματος κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα και 9.000.000 κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η εμπλοκή σε παράλληλη χρήση, των δύο αυτών ουσιών, υπολογίστηκε σε 5.000.000 και 12.000.000 άτομα αντίστοιχα.

Σε μία πρόσφατη μελέτη, 25.000 ατόμων στο γενικό πληθυσμό, αναφέρεται ότι, όσοι είχαν κάνει χρήση οιοπνεύματος κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, εξαπλασίαζαν τις πιθανότητες να έχουν κάνει χρήση κοκαΐνης (κατά το ίδιο διάστημα) συγκριτικά με όσους δε χρησιμοποίησαν οινόπνευμα. Ενώ, σε όσους ανέφεραν βαριά χρήση οιοπνεύματος κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, οκταπλασιαζόταν η πιθανότητα να έκαναν κατά το ίδιο διάστημα και χρήση κοκαΐνης, συγκριτικά με όσους δεν είχαν κά-

νει βαριά χρήση οιοπνεύματος (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 1999).

Σε άλλη μελέτη (Walsh et al. 1991), βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 40% των αλκοολικών που αναζήτησαν βοήθεια σε θεραπευτικές υπηρεσίες, είχαν κάνει χρήση κοκαΐνης τον τελευταίο χρόνο, σε ποσοστό 7 ως 8 φορές μεγαλύτερο αυτού που επισημάνθηκε στο γενικό πληθυσμό (Grant & Hartford 1990).

Σε εργασία των Wiseman & McMillan, το 1996, αναφέρεται ότι σε κλειστό πρόγραμμα αποκατάστασης για χρήστες κοκαΐνης, το 88% των χρηστών είχε εμπλακεί σε ταυτόχρονη χρήση οιοπνεύματος. Επίσης, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το ποσοστό της ταυτόχρονης χρήσης οιοπνεύματος και κοκαΐνης σε αλκοολικούς, φαίνεται να είναι υπερδιπλάσιο αυτού που παρατηρείται σε μη εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα, ποσοστά 87% και 34%, αντίστοιχα (Heil, Badger & Higgins 2001).

Μια άλλη επιστημονική άποψη που επικρατεί είναι ότι συχνά, οι χρήστες κοκαΐνης προσπαθώντας να αντιμετωπίσουν τα δυσφορικά συναισθήματα που προκαλεί η μείωση αλλά και η διακοπή της κοκαΐνης (κρακ), σε μεγάλο ποσοστό (60%), αναφέρεται ότι χρησιμοποιούν το οινόπνευμα για το σκοπό αυτό (Magura & Rosenblum 2000).

ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΙΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΚΑΪΝΗΣ

Σε αρκετές μελέτες διερευνήθηκε το φαρμακολογικό αποτέλεσμα της παράλληλης χρήσης κοκαΐνης και οιοπνεύματος. Αναλυτικότερα, στις περιπτώσεις ταυτόχρονης χρήσης ή χρήσης κοκαΐνης λίγο μετά τη χρήση οιοπνεύματος, προκύπτει αύξηση του επιπέδου κοκαΐνης στο πλάσμα σε ποσοστό ως και 30%, διπλασιασμός του επιπέδου νορκοκαΐνης στον ορό και δημιουργία κοκα-αιθυλένης στο πλάσμα, σε ποσότητες που προκαλούν συγκεκριμένες και έκδηλες επιδράσεις της ουσίας στο χρήστη. Ως πιθανή εξήγηση του φαινομένου αναφέρεται η μερική αναστολή του ηπατικού μεταβολισμού της κοκαΐνης που προκαλείται από την παρουσία αιθανόλης (Perez-Reyes & Jeffcoat 1992; Farre et al. 1993; McCance-Katz et al. 1993; Farre et al. 1997; McCance-Katz, Kosten & Jatlow 1998). Η αλληλεπίδραση οιοπνεύματος και κοκαΐνης γίνεται ακόμα πιο σύνθετη από την παρατήρηση, ότι η χρήση οιοπνεύματος αυξάνει τα επίπεδα της κοκαΐνης στο αίμα, στην περίπτωση που η χρήση της κοκαΐνης γίνεται από τη μύτη. Εάν αυτό είναι το αποτέλεσμα της αυξημένης απορρόφησης της κοκαΐνης, το οποίο προκαλεί η αγγειοδιαστολή που επιφέρει το οινόπνευμα στο ρινικό βλεννογόνο, αποτελεί ένα ερώτημα που παραμένει αναπάντητο.

Η συνδυασμένη χρήση κοκαΐνης και οιοπνεύματος αναφέρεται ότι είτε δεν επηρεάζει τα επίπεδα αιθανόλης του πλάσματος είτε προκαλεί μια ελαφρά, μη σημαντική μείωση της τάξης του 10 %, στις περιπτώσεις που η κοκαΐνη χρησιμοποιείται σε μεγάλες ποσότητες (Perez-Reyes & Jeffcoat 1992; Farre et al. 1993, 1997; Higgins et al. 1993; McCance-Katz et al. 1993). Μια πιθανή εξήγηση του φαινομένου αυτού είναι ότι η γενικευμένη αγγειοσυστολή, που προκαλείται από την παρουσία της κοκαΐνης στον οργανισμό, έχει σαν αποτέλεσμα τη μειωμένη απορρόφηση του οιοπνεύματος.

Σε πειραματικές συνθήκες η σειρά χορήγησης των ουσιών φαίνεται ότι επηρεάζει επίσης τη φαρμακοκινητική τους. Σε μια ενδιαφέρουσα, μονή τυφλή, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη με placebo, μελέτη χορηγήθηκε κοκαΐνη (1,25 και 1,9 mg/kg) από τη μύτη. Μετά

την πάροδο 30 λεπτών χορηγήθηκε και οινόπνευμα (0,85 mg/kg). Η παρατήρηση έδειξε ότι δε διαπιστώθηκε αύξηση στη συγκέντρωση κοκαΐνης στο αίμα ούτε επίταση του υποκειμενικού αισθήματος ευφορίας σε σύγκριση με όσους έλαβαν μόνο κοκαΐνη (Perez-Reyes 1994). Όταν το οινόπνευμα χορηγείται πριν ή ταυτόχρονα με την κοκαΐνη, η αύξηση των επιπέδων κοκαΐνης, που διαπιστώνεται στο αίμα μπορεί να αποδοθεί στην ανταγωνιστική αναστολή των καρβοξυλ-εστερασών, την οποία προκαλεί το οινόπνευμα (Landry 1992; Jatlow et al. 1996; Cami et al. 1998). Σε άλλη μελέτη (Nolkow & Fowler 1994) με χορήγηση ραδιοεντοπισμένης κοκαΐνης, η παρουσία οιοπνεύματος δεν είχε κάποια επίδραση στην πρόσληψη ούτε στην απομάκρυνση της από την καρδιά ή τον εγκέφαλο των εθελοντών της μελέτης. Η μελέτη όμως αυτή αναφέρεται ότι είχε μεθοδολογικά ελλείμματα και-ως εκ τούτου- δε είναι δυνατόν να εξαχθούν ασφαλή ή γενικευμένα συμπεράσματα.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΚΑΪΝΗΣ ΣΤΟ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΕΘΗΣ

Σε αρκετές μελέτες επισημάνθηκε ότι η κοκαΐνη προκαλεί μικρή μείωση του αισθήματος μέθης, ενώ σε μία δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση. Επιπλέον, αυξημένο υποκειμενικό αίσθημα ευφορίας (high) ή τοξίκωσης παρατηρήθηκε, όταν η λήψη οιοπνεύματος είχε προηγηθεί ή όταν έγινε ταυτόχρονα με τη λήψη της κοκαΐνης (Perez-Reyes & Jeffcoat 1992; Farre et al. 1993, 1997; McCance-Katz et al. 1993; McCance-Katz, Kosten & Jatlow 1998).

Βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των ηλεκτροεγκεφαλογραφικών διαταραχών, που προκαλεί η τοξίκωση, και της έντασης/διάρκειας του υποκειμενικού αισθήματος ευφορίας που βιώνει ο χρήστης (Mannelli et al. 1993). Σε ενίσχυση της υπόθεσης, ότι η ταυτόχρονη χρήση επιτείνει το αίσθημα ευφορίας (high), μια μελέτη έδειξε ότι, μετά τη χρήση αλκοόλ αυξήθηκε η προτίμηση των χρηστών για λήψη κοκαΐνης, σε άτομα που είχαν τη δυνατότητα επιλογής ανάμεσα σε χρήση κοκαΐνης και μετρητά χρήματα (Higgins, Roll & Bickel 1996).

Επίδραση της συνδυασμένης λήψης των δύο ουσιών, στο υποκειμενικό αίσθημα ευφορίας, δε φαίνεται να συμβαίνει, όταν η κοκαΐνη χρησιμοποιείται, χρονικά, τουλάχιστον 30 λεπτά πριν το οινόπνευμα. Στην περίπτωση αυτή, η επίδραση της κοκαΐνης στην καρδιακή συχνότητα δε φαίνεται να επηρεάζεται από την παρουσία του οιοπνεύματος, ούτε και τα επίπεδα της κοκαΐνης στο αίμα. Η απουσία του οιοπνεύματος κατά τα πρώτα 30 λεπτά της τοξίκωσης με κοκαΐνη και η συνοδός διαφοροποίηση στην απορρόφηση, κατανομή και αποβολή της κοκαΐνης υποστηρίζεται ότι αποτελεί την κυριότερη ερμηνεία του φαινομένου (McCance-Katz, Kosten & Jatlow 1998).

Σε χρήστες κοκαΐνης με και χωρίς εξάρτηση από το οινόπνευμα μελετήθηκε η επίδοση σε νευροψυχολογικές δοκιμασίες καθώς και η λειτουργικότητά τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στις περισσότερες νευροψυχολογικές δοκιμασίες δεν παρατηρήθηκε, στατιστικά, σημαντική διαφορά μεταξύ μαρτύρων και χρηστών, που έκαναν κατάχρηση οιοπνεύματος και κοκαΐνης, ταυτόχρονα. Απρόσμενο, αλλά σταθερό εύρημα υπήρξε η φτωχότερη επίδοση στις επιμέρους δοκιμασίες και στη συνολική νευροψυχολογική λειτουργικότητα, των χρηστών που έκαναν χρήση μόνο κοκαΐνης, συγκριτικά με αυτούς που έκαναν χρήση κοκαΐνης και αλκοόλ (Robinson JE, Heaton RK & O'Malley SS 1999).

Αναφέρεται ότι όσοι κάνουν αποκλειστικά χρήση κοκαΐνης έχουν μια αυξημένη ευαισθησία στις βενζοδιαζεπίνες και δεδομένου ότι οι βενζοδιαζεπίνες και το οινόπνευμα ευοδώνουν τη GABAεργική νευρομεταβίβαση εξετάστηκε αν οι χρήστες κοκαΐνης θα παρυσίαζαν αυξημένη ευαισθησία στο οινόπνευμα, μέσω παρόμοιου μηχανισμού. Με βάση αυτή την υπόθεση, σε μία μελέτη, συγκρίθηκε η επίδραση του οινόπνευματος στον τοπικό εγκεφαλικό μεταβολισμό της γλυκόζης, μεταξύ μαρτύρων και ατόμων με κατάχρηση κοκαΐνης, χρησιμοποιώντας τεχνικές PET (positron emission tomography). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι χρήστες κοκαΐνης είχαν μια ελαττωμένη (μικρότερη, συγκριτικά, μείωση του συνολικού εγκεφαλικού μεταβολισμού) απάντηση στο οινόπνευμα, συγκρινόμενοι με τους υγιείς μάρτυρες, σε μεταιχμιακές περιοχές και μετωπιαίους φλοιώδεις σχηματισμούς. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι ανατομικές θέσεις-στόχοι άλλες από τους GABA-βενζοδιαζεπινικούς υποδοχείς ευθύνονται για την αμβλυμένη ευαισθησία των χρηστών κοκαΐνης στο οινόπνευμα καθώς και ότι η τοξικότητα της συνδυασμένης χρήσης δεν οφείλεται σε αυξημένη ευαισθησία του συγκεκριμένου πληθυσμού στην αιθανόλη. Σαν πιθανή εξήγηση, υποστηρίζεται ότι η αμβλυμένη απάντηση στο οινόπνευμα σε μεταιχμιακές περιοχές και φλοιώδεις σχηματισμούς, που συνδέονται με αυτές, θα μπορούσε να είναι το αποτέλεσμα της μειωμένης ευαισθησίας των κυκλωμάτων ανταμοιβής (reward circuits), που προκαλεί η χρόνια χρήση κοκαΐνης στους χρήστες (Nolkow ND et al. 2000).

ΚΟΚΑ-ΑΙΘΥΛΕΝΗ: ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

Μολονότι η κοκα-αιθυλένη (αιθυλικός εστέρας του μεταβολίτη της κοκαΐνης βενζοϋλεκγονίνη) προσδιορίστηκε το 1978 σε δείγματα ούρων, το φάσμα της Φαρμακολογικής της δραστηριότητας, η σημαντικότητά της για την εξάρτηση και η τοξικότητα του συνδυασμού κοκαΐνης και οινόπνευματος ερευνήθηκε σχετικά πρόσφατα (Hearn WL, et al. 1991a; Randall T. 1992). Η κοκα-αιθυλένη παράγεται ως αποτέλεσμα της σύγχρονης χρήσης οινόπνευματος και κοκαΐνης. Το βιοχημικό αυτό αποτέλεσμα φαίνεται ότι ισχύει και όταν το οινόπνευμα έπεται της χρήσης κοκαΐνης κατά 30 λεπτά (Perez-Reyes & Jeffcoat 1992; Farre et al. 1993, 1997; Perez-Reyes 1994; McCance-Katz, Kosten & Jatlow 1998). Η κοκα-αιθυλένη έχει 3-5 φορές μεγαλύτερο χρόνο ημίσειας ζωής στο πλάσμα, συγκριτικά με την κοκαΐνη (Andrews P. 1997). Σε πρόσφατη μελέτη χορηγήθηκε οινόπνευμα (1g/kg) και μία ώρα αργότερα χορηγήθηκε ενδοφλέβια, ραδιοεντοπισμένη κοκαΐνη. Με την παρουσία οινόπνευματος, ο τροποποιημένος βιομετασχηματισμός της κοκαΐνης είχε σαν αποτέλεσμα ένα ποσοστό 17%, της ενδοφλέβιας ποσότητας κοκαΐνης, να μετατραπεί σε κοκα-αιθυλένη και να ανιχνευθούν σημαντικά χαμηλότερες συγκεντρώσεις βενζοϋλεκγονίνης στα ούρα (Harris DS et al. 2003)

Τα ποσοστά σχηματισμού της κοκα-αιθυλένης, μετά τη σύγχρονη λήψη οινόπνευματος και κοκαΐνης, εμφανίζουν διακύμανση στις διάφορες μελέτες. Σε 451 δείγματα ούρων ασθενών πανεπιστημιακού νοσοκομείου, θετικά για κοκαΐνη ή μεταβολίτες της, βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 12,6% των δειγμάτων περιείχε κοκα-αιθυλένη (Bailey 1995). Σε άλλη μελέτη, 18 ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου, με θετικά δείγματα αίματος για οινόπνευμα και ούρων για κοκαΐνη, βρέθηκε κοκα-αιθυλένη σε ποσοστό 61%, κοκαΐνη στο 11%, ενώ σε ποσοστό 28% δεν ανιχνεύθηκε ούτε κοκαΐνη ούτε κοκα-αιθυλένη στο αίμα (Bailey 1993). Συνεπώς με αυτά τα ευρήματα, η ανάλυση περισσότερων των 1000 τοξικολογικών δειγμάτων, προερχόμενη από ασθενείς

τμημάτων επειγόντων περιστατικών, αποκάλυψε ότι σε ποσοστό 88% των ασθενών, που βρέθηκαν θετικοί για οινόπνευμα και κοκαΐνη, είχε σχηματισθεί κοκα-αιθυλένη στον οργανισμό τους (Signs et al. 1996).

Η κοκα-αιθυλένη υποστηρίζεται ότι παίζει ένα ρόλο στην αυξημένη καρδιακή συχνότητα, στην αυξημένη συγκέντρωση κοκαΐνης στο αίμα και στο παρατεταμένο, υποκειμενικό, αίσημα ευφορίας (high), που βιώνουν όσοι λαμβάνουν ταυτόχρονα τις δύο ουσίες σε σχέση με τους χρήστες που χρησιμοποιούν την κάθε ουσία χωριστά. Αυτά τα ευρήματα, υποδηλώνουν τον πιθανό ρόλο της κοκα-αιθυλένης στη νοσηρότητα και θνησιμότητα που σχετίζονται με τη συνδυασμένη κατάχρηση κοκαΐνης και οινόπνευματος (McCance, Price, Kosten & Jatlow 1995). Η κοκα-αιθυλένη προκαλεί παρόμοια με την κοκαΐνη συμπεριφορικά και τοξικολογικά αποτελέσματα. Για το λόγο αυτό, οι συμμετέχοντες στις μελέτες δεν ήταν σε θέση να αντιληφθούν εάν ελάμβαναν ισόποσες, ενδορρινικά ή ενδοφλέβια, δόσεις κοκαΐνης ή κοκα-αιθυλένης (Jatlow et al. 1991; Landry et al. 1992; Jatlow et al. 1996; Cami et al. 1998).

Η βραδύτερη αποβολή από τον οργανισμό της κοκα-αιθυλένης, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την εντονότερη τοξίκωση, έχει σε διάφορες μελέτες συσχετισθεί με επιληπτικές κρίσεις, ηπατική βλάβη, επιβάρυνση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος και συγκριτικά με την κοκαΐνη 18-25 φορές αύξηση του σχετικού κινδύνου αιφνίδιου θανάτου, σε άτομα με ισχαιμική νόσο (Andrews P. 1997; Randall T. 1992). Σε πειραματόζωα, η ταυτόχρονη χορήγηση των ουσιών αυτών έχει συνδυασθεί με μεγάλη επίπτωση τοξικοκλονικών σπασμών και θάνατο (Farre et al. 1993; Landry MJ 1992). Η θανατηφόρος δόση (Lethal Dose LD50) στα ποντίκια για την κοκα-αιθυλένη είναι σημαντικά χαμηλότερη από αυτήν της κοκαΐνης (Hearn WL, et al. 1991β).

Οι παραπάνω πειραματικές μελέτες μπορούν να εξηγήσουν το γεγονός, ότι σε αρκετές περιπτώσεις θανάτου, που σχετίζονται με τη χρήση κοκαΐνης, έχουν περιέργως ανιχνευθεί πολύ χαμηλά επίπεδα κοκαΐνης στο αίμα. Στις περιπτώσεις αυτές είναι πιθανόν τα άτομα να έχουν καταναλώσει ταυτόχρονα και οινόπνευμα, γεγονός που προκαλεί το σχηματισμό κοκα-αιθυλένης με συνέπεια την αντίστοιχη τοξικότητα. Πράγματι, μελέτες που αφορούν μεταθανάτια επίπεδα κοκαΐνης και κοκα-αιθυλένης στο αίμα και στους ιστούς, έχουν αναφέρει περιπτώσεις με χαμηλά επίπεδα κοκαΐνης και παράλληλα πολύ υψηλά επίπεδα κοκα-αιθυλένης στο αίμα (Hime GW, Hearn WL, Rose S & Cofino J. 1991).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται αντιρρήσεις για το αν η κοκα-αιθυλένη ή οι αυξημένες συγκεντρώσεις κοκαΐνης, που επάγονται από το οινόπνευμα, ευθύνονται για την αύξηση της καρδιακής συχνότητας και την πιθανολογούμενη αυξημένη καρδιοτοξικότητα, η οποία προκύπτει από το συνδυασμό αλκοόλ και κοκαΐνης. Η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων είναι ίσως πρόωμη, αφού δεν υπάρχουν αναδρομικές μελέτες, που να αποδεικνύουν, αναμφίβολα, ότι ο συνδυασμός οινόπνευματος-κοκαΐνης οδηγεί πράγματι σε αυξημένη καρδιοτοξικότητα (Jatlow et al. 1991; Landry et al. 1992; Jatlow et al. 1996; Cami et al. 1998).

Στη μελέτη των Signs et al. (1996), που περιελάμβανε πάνω από 1000 διαδοχικούς τοξικολογικούς ελέγχους δειγμάτων από ασθενείς τμήματος επειγόντων περιστατικών, υποστηρίχθηκε ότι ο ρόλος μόνο της κοκαΐνης είναι πρωταρχικός για την καρδιοτοξικότητα.

Οι ντοπαμινεργικοί νευρώνες της κοιλιακής καλυπτρικής περιοχής (NTA, ventral tegmental

area) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις ιδιότητες «ανταμοιβής» των ουσιών κατάχρησης, συμπεριλαμβανομένων της αιθανόλης και της κοκαΐνης. Σε μελέτη των ηλεκτροφυσιολογικών επιδράσεων της κοκα-αιθυλένης, τομές σε εγκεφάλους τρωκτικών, σε αυτούς τους νευρώνες, υποστηρίζεται ότι η κοκα-αιθυλένη, σε χαμηλές συγκεντρώσεις, δρα μέσω ενός σεροτονινεργικού μηχανισμού, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της επαγόμενης από το οινόπνευμα διέγερσης των νευρώνων ανταμοιβής της NTA, ενώ, σε υψηλές συγκεντρώσεις, δρα μέσω ντοπαμινεργικών μηχανισμών. Η ισχύς της κοκα-αιθυλένης και σε χαμηλές και σε υψηλές συγκεντρώσεις φαίνεται ότι είναι παρόμοια με της κοκαΐνης και η επίδρασή της αυτή είναι πιθανό ότι συνεισφέρει στο αποτέλεσμα συνέργειας, πάνω στο ντοπαμινεργικό κύκλωμα ανταμοιβής, κατά τη σύγχρονη χρήση οιοπνεύματος και κοκαΐνης (Bunney EB, Appel SB & Brodie MS 2001)

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η επίδραση της κοκα-αιθυλένης στη στεφανιαία αρτηριακή παροχή και στην καρδιακή λειτουργία εμφανίζεται διαφοροποιημένη σε σχέση με την επίδραση της κοκαΐνης. Σε μελέτη πειραματικής ενδοφλέβιας χορήγησής της σε σκύλους, η κοκα-αιθυλένη προκάλεσε υπέρταση και αυξημένη συστηματική αγγειακή αντίσταση. Η χορήγηση κοκα-αιθυλένης, σε υψηλές συγκεντρώσεις, προκάλεσε ελάττωση της λειτουργίας του μυοκαρδίου, επιβράδυνε την καρδιακή αγωγιμότητα και επέφερε αρρυθμίες, αλλά δε φαίνεται να επέδρασε δυσμενώς στη στεφανιαία καρδιακή παροχή (Wilson LD & French S. 2002).

Εκτεταμένη είναι η –θεωρητική– συζήτηση σχετικά με τον πιθανό μηχανισμό, με τον οποίο ο συνδυασμός κοκαΐνης-οιοπνεύματος οδηγεί σε περισσότερη βία, από ό,τι κάθε ουσία ξεχωριστά. Εντούτοις, η αρχική υπόθεση δεν υποστηρίζεται από στοιχεία προερχόμενα από ανθρώπους που λαμβάνουν, συγχρόνως τις δύο ουσίες. Από διάφορους συγγραφείς υπογραμμίζεται ότι το οινόπνευμα και η κοκαΐνη (κάθε μια ουσία ξεχωριστά) αυξάνουν την εξωκυττάρια συγκέντρωση ντοπαμίνης και σεροτονίνης και ότι αυτό ενδέχεται να προκαλέσει ελλείμματα στον έλεγχο της παρορμητικότητας, που πιθανώς συνοδεύεται από βίαιη συμπεριφορά (Ritz, Kuhar & George 1992; Wozniak & Linnoila 1992).

Σε μία καλά σχεδιασμένη μελέτη προσδιορίστηκε ότι, όσοι έκαναν ταυτόχρονα χρήση κοκαΐνης και οιοπνεύματος, είχαν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με όσους ελάμβαναν μόνο οινόπνευμα, καθώς και 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με όσους έκαναν χρήση μόνο κοκαΐνης, να παρουσιάσουν ετεροκαταστροφικό ιδεασμό/σχέδια ετεροκαταστροφής (Salloum et al. 1996). Χρήζει περαιτέρω διερεύνησης το αν η επίδραση του συνδυασμού, στον ιδεασμό, συνεπάγεται αυξητική επίδραση και σε συμπεριφορές βίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ

Εκτεταμένες είναι οι βιβλιογραφικές αναφορές που παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά παράλληλης και ταυτόχρονης χρήσης οιοπνεύματος και κοκαΐνης στο γενικό πληθυσμό, εύρημα που συμφωνεί και με την κλινική εμπειρία. Επιπρόσθετα, άτομα με κατάχρηση οιοπνεύματος που απευθύνθηκαν σε θεραπευτικές υπηρεσίες, είχαν κάνει χρήση κοκαΐνης σε υψηλά ποσοστά, κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους. Επίσης, αρκετά συχνά οι χρήστες κοκαΐνης χρησιμοποιούν το οινόπνευμα, για να μετριάσουν το αίσθημα δυσφορίας της απόσυρσης από την κοκαΐνη (κρακ).

Η παράλληλη χρήση οιοπνεύματος και κοκαΐνης ή, όταν η χρήση οιοπνεύματος έπεται της χρήσης κοκαΐνης, φαίνεται να έχει, σε διαφορετικά ποσοστά στη βιβλιογραφία, ως βιοχημικό αποτέλεσμα το σχηματισμό της κοκα-αιθυλένης, μιας τοξικής ουσίας με αυξημένο χρόνο ημίσειας ζωής κατά 5 φορές συγκριτικά με την κοκαΐνη. Η παρουσία της κοκα-αιθυλένης στον οργανισμό υποστηρίζεται ότι ενέχεται στο εντονότερο υποκειμενικό αίσθημα ευφορίας (high) των χρηστών, στην αυξημένη συγκέντρωση κοκαΐνης στο αίμα, στην αυξημένη καρδιακή συχνότητα που παρατηρείται, στη μεγαλύτερη επίπτωση τονικοκλονικών σπασμών και ηπατικών βλαβών, στην πολλαπλάσια αύξηση του σχετικού κινδύνου αιφνιδίου θανάτου, σε άτομα με αλλοιώσεις ισχαιμικής νόσου, σε σχέση με τους χρήστες που χρησιμοποιούν την κάθε ουσία χωριστά. Στη βιβλιογραφία είναι λιγότερο τεκμηριωμένη η επίδραση της κοκα-αιθυλένης στη συμπεριφορά αυτο ή έτεροκαταστροφής. Οι σωματικές και ψυχολογικές επιδράσεις της κοκα-αιθυλένης φαίνεται ότι έχουν σημαντική κλινική σημασία και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Τα ευρήματα αυτά πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο διαγνωστικό και θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς και στην αντιμετώπιση του προβλήματος της κατάχρησης κοκαΐνης και οιοπνεύματος.

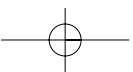
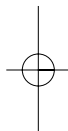
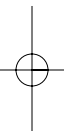
Βιβλιογραφία

1. Andrews P.(1997) Cocaethylene toxicity. *Journal of Addictive Disorders*, 16(3):75-84.
2. Bailey DN (1993) Plasma cocaethylene concentrations in patients treated in the emergency room or trauma unit. *American Journal of Clinical Pathology*, 99, 123-127.
3. Bailey DN (1995) Cocaethylene (ethylcocaine) detection during toxicological screening of a university medical center patient population. *Journal of Analytical Toxicology*, 19, 247-250.
4. Bunney EB, Appel SB, Brodie MS (2001) Electrophysiological effects of cocaethylene, cocaine, and ethanol on dopaminergic neurons of the ventral tegmental area. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 297(2):696-703.
5. Cami J, Farre M, Gonzalez ML, Segura J &De La Torre R (1998) Cocaine metabolism in humans after use of alcohol. Clinical and research implications. *Recent Developments in Alcoholism*, 14, 437-455.
6. Farre M, De La Torre R, Gonzalez ML, Teran MT, Roset PN, Menoyo E &Cami J (1997) Cocaine and alcohol interactions in humans: neuroendocrine effects and cocaethylene metabolism. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 283, 164-176.
7. Farre M, de la Torre R, Llorente M, Lamas X, Ugena B, Segura J, Cami J (1993) Alcohol and cocaine interactions in humans. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 266(3):1364-73.
8. Grant BF &Hartford TC (1990) Concurrent and simultaneous use of alcohol with sedatives and with tranquilizers: results of a national survey. *Journal of Substance Abuse*, 2, 1-14.
9. Harris DS, Everhart ET, Mendelson J, Jones RT (2003) The pharmacology of cocaethylene in humans following cocaine and ethanol administration. *Drug and Alcohol Dependence*, 72(2):169-82.

10. Heil SH, Badger GJ & Higgins ST (2001) Alcohol dependence among cocaine-dependent outpatients: demographics, drug use, treatment outcome and other characteristics. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 14-22.
11. Hearn WL, Flynn DD, Hime GW, Rose S, Cofino JC, Mantero-Atienza E, Wetli CN, Mash DC (1991) Cocaethylene, a unique cocaine metabolite displays high affinity for the dopamine transporter. *Journal of Neurochemistry*, 56:698-701.
12. Hearn WL, Rose S, Wagner J, Ciarleglios A, Mash DC (1991) Cocaethylene is more potent than cocaine in mediating lethality. *Pharmacology Biochemistry and Behaviour*, 3:531-533.
13. Henning RJ, Wilson LD, Glauser JM (1994) Cocaine plus ethanol is more cardiotoxic than cocaine or ethanol alone. *Critical Care Medicine*, 22:1896-1906.
14. Higgins ST, Roll JM & Bickel WK (1996) Alcohol pretreatment increases preference for cocaine over monetary reinforcement. *Psychopharmacology*, 123, 1-8.
15. Higgins ST, Rush CR, Bickel WK, Hughes JR, Lynn M & Capeless MA (1993) Acute behavioral and cardiac effects of cocaine and alcohol combinations in humans. *Psychopharmacology*, 111, 285-294.
16. Hime GW, Hearn WL, Rose S & Cofino J (1991) Analysis of cocaine and cocaethylene in blood and tissues by GDONPD and GC-ion trap mass spectrometry. *Journal of Analytical Toxicology*, 15:241-245.
17. Jatlow P, Elsworth JD, Bradberry CW, Winger G, Taylor JR, Russell R & Roth RH (1991) Cocaethylene: a neuropharmacologically active metabolite associated with concurrent cocaine-ethanol ingestion. *Life Sciences*, 48, 1787-1794.
18. Jatlow P, McCance EF, Bradberry CW, Elsworth JD, Taylor JR & Roth RH (1996) Alcohol plus cocaine: the whole is more than the sum of its parts. *Therapeutic Drug Monitoring*, 18, 460-464.
19. Laizure SC, Mandrell T, Gades NM, Parker RB (2003) Cocaethylene metabolism and interaction with cocaine and ethanol: role of carboxylesterases. *Drug Metabolism and Disposition*, 31(1):16-20.
20. Landry MJ (1992) An overview of cocaethylene, an alcohol-derived, psychoactive, cocaine metabolite. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24:273-276.
21. Λιάππας Ι.Α (1999) ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ Εθιστικές ουσίες Κλινικά Προβλήματα Αντιμετώπιση. Εκδόσεις Πατάκη, σελ.149-151.
22. Magura S & Rosenblum A (2000) Modulating effect of alcohol on cocaine use. *Addictive Behaviors*, 25, 117-122.
23. McCance-Katz EF, Kosten TR, Jatlow P (1998) Concurrent use of cocaine and alcohol is more potent and potentially more toxic than use of either alone—a multiple-dose study. *Biological Psychiatry*, 44(4):250-9.
24. McCance EF, Price LH, Kosten TR, Jatlow PI (1995) Cocaethylene: pharmacology, physiology and behavioral effects in humans. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 274(1):215-23.
25. McCance-Katz EF, Price LH, McDougale CJ, Kosten TR, Black JE, Jatlow PI (1993) Concurrent cocaine-ethanol ingestion in humans: pharmacology, physiology, behavior, and the role of cocaethylene. *Psychopharmacology*, 111(1):39-46.
26. Martin SE, Bryant K (2001) Gender differences in the association of alcohol intoxication and illicit drug abuse among persons arrested for violent and property offenses. *Journal of Substance Abuse*, 13(4):563-81.

27. Miller NS, Giannini AJ (1991) Drug misuse in alcoholics. *International Journal of Addictions*, 26(8):851-7.
28. Oslin DW, Pettinati HM, Nolpicceli JR, Wolf AL, Kampmann KM, O'Brien CP (1999) The effects of naltrexone on alcohol and cocaine use in dually addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(2):163-7.
29. Pennings EJ, Leccese AP, Wolff FA (2002) Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97(7):773-83.
30. Perez-Reyes M (1994) The order of drug administration: its effects on the interaction between cocaine and ethanol. *Life Science*, 55(7):541-50.
31. Ritz MC, Kuhar MJ & George FR (1992) Molecular mechanisms associated with cocaine effects. Possible relationships with effects of ethanol. *Recent Developments in Alcoholism*, 10, 273-302.
32. Robinson JE, Heaton RK, O'Malley SS (1999) Neuropsychological functioning in cocaine abusers with and without alcohol dependence. *Journal of International Neuropsychological Society*, 5(1):10-9.
33. Roy A (2001) Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *American Journal of Psychiatry*, 158(8):1215-9.
34. Salloum IM, Daley DC, Cornelius JR, Kirisci L & Thase ME (1996) Disproportionate lethality in psychiatric patients with concurrent alcohol and cocaine abuse. *American Journal of Psychiatry*, 153 953-955.
35. Signs SA, Dickey-White HI, Nanek NW, Perch S, Schechter MD & Kulics AT (1996) The formation of cocaethylene and clinical presentation of ED patients testing positive for the use of cocaine and alcohol. *American Journal of Emergency Medicine*, 14,665-670.
36. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1999) *National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1997*. Washington, DC: Government Printing Office.
37. Nolkow ND & Fowler JS (1994) Brain-imaging studies of the combined use of cocaine and alcohol and of the pharmacokinetics of cocaethylene. *NIDA Research Monograph*, 138, 41-56.
38. Nolkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Franceschi D, Thanos PK, Wong C, Gately SJ, DingYS, Molina P, Schlyer D, Alexoff D, Hitzemann R, Pappas N (2000) Cocaine abusers show a blunted response to alcohol intoxication in limbic brain regions. *Life Science*, 66(12):PL161-7.
39. Walsh D, Hingson RW, Merrigan DM, Cupples LA, Levenson SM & Coffman GA (1991) Associations between alcohol and cocaine use in a sample of problem-drinking employees. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 17-25.
40. Wilson LD, French S (2002) Cocaethylene's effects on coronary artery blood flow and cardiac function in a canine model. *Journal of Toxicology and Clinical Toxicology*, 40(5):535-46.
41. Wiseman EJ & McMillan DE (1996) Combined use of cocaine with alcohol or cigarettes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 577-587.
42. Wozniak KM & Linnoila M (1992) Recent advances in pharmacological research on alcohol. Possible relations with cocaine. *Recent Developments in Alcoholism*, 10, 235-272.

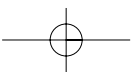
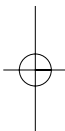
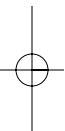
98 *Εξαρθήσεις*



ΕΙΔΙΚΟ ΑΦΙΕΡΩΜΑ
LET'S FOCUS ON...

3

100 *Εξαρθήσεις*



Σ Τ Ο Α Λ Κ Ο Ο Λ - A L C O H O L

Αυστραλία και αλκοόλ: Συντηρώντας το μύθο
Australia and alcohol: living down the legend [σ. 102]

Γαλλία: Το αλκοόλ σήμερα
France: alcohol today [σ. 113]

Ηνωμένο Βασίλειο: Το αλκοόλ σήμερα
United Kingdom: alcohol today [σ. 121]

Ινδία: Αλκοόλ και δημόσια υγεία
India: alcohol and public health [σ. 125]

Ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων με βάση
τα ερευνητικά δεδομένα για εφήβους που αντιμετωπίζουν
διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ
Developing effective evidence based interventions for adolescents
with alcohol use disorders [σ. 136]

Αυστραλία και αλκοόλ: Συντηρώντας το μύθο

RICHARD MIDFORD*

*Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη**Translation Georgia Christofili*

Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΑΠΟΙΚΙΟΚΡΑΤΙΑΣ

Σε μια μελέτη για την ανάδυση της εθνικής ταυτότητας της Αυστραλίας ο Ward (1978) σχολίασε σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ από τους πρώτους αποίκους:

«Κρίνοντας από τις σύγχρονες αναφορές, κανένας λαός στον πλανήτη δεν είχε ποτέ μεγαλύτερη κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ» (σελ. 59)

Αυτή η εικόνα του Αυστραλού που κάνει μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί πλέον μέρος του μύθου της Αυστραλίας και έχει ρίζες στην πρώτη περίοδο των αποικιών. Μόλις αποβιβάστηκαν οι κατάδικοι από τον Πρώτο Στόλο, δόθηκε σε όλους μια ειδική μερίδα ρούμι, και αυτό οδήγησε σε μια νύχτα αλκοόλ και κραιπάλης που ομοιά της δεν υπήρξε στην ιστορία της εγκατάστασης αποικιοκρατών (Freeland 1966).

Τις πρώτες μέρες της εποίκησης το αλκοόλ είχε πολλές χρήσεις. Τόσο οι κατάδικοι όσο και οι δεσμοφύλακες βρισκόνταν σε ένα σκληρό περιβάλλον, μακριά από το σπίτι τους. Έτσι το αλκοόλ και συγκεκριμένα το ρούμι τους παρείχε διασκέδαση και ενός είδους απόδραση. Τα χρήματα ήταν ελάχιστα και έτσι το ρούμι έγινε μια εναλλακτική μορφή πληρωμής. Οι αξιωματικοί της στρατιωτικής φρουράς έγιναν γνωστοί με το όνομα «Το Στράτευμα του Ρούμι» [Rum Corps]! Έλεγχαν την εμπορική ζωή της αποικίας μέσω του ελέγχου των πωλήσεων του ποτού! Έτσι το αλκοόλ σήμαινε και δύναμη.

Ωστόσο, η κατανάλωση αλκοόλ την πρώτη περίοδο της αποικιοκρατίας δεν πρέπει να ήταν τόσο έντονη όσο περιγράφεται στο μύθο και στις επιπόλαιες αναλύσεις. Ο Powell (1998) θεώρησε ότι τα στοιχεία για την κατά κεφαλή καθαρή κατανάλωση αλκοόλ ήταν παραπλανητικά, καθώς δεν λάμβαναν υπόψη τα υψηλά ποσοστά ανδρών στον πληθυσμό που έκαναν χρήση αλκοόλ. Στην πραγματικότητα, η κατανάλωση αλκοόλ στις αποικίες δεν διέφερε ιδιαίτερα από την κατανάλωση στις άλλες αγγλοσαξονικές χώρες, και, σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα, η ετήσια κατανάλωση ανά άτομο για το διάστημα 1800-04 ήταν 13,1 λίτρα αλκοόλ, ποσότητα που δεν ήταν σημαντική (Powell 1988). Παρόλαυτά, αυτός ο μύθος παραμένει ισχυρή κανονιστική επιρροή για τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ στις μέρες μας.

Σίγουρα η κατανάλωση αλκοόλ ήταν ιδιαίτερα υψηλή σε ορισμένες ομάδες στις αποικίες, αλλά μάλλον αποδείχθηκε ιδιαίτερα καταστροφική για τους ίδιους τους ιθαγενείς. Ο Langton (1993) θεώρησε ότι, κατά τη διάρκεια του πρώτου αποικισμού των παραμεθόριων περιοχών στην Αυστραλία, το αλκοόλ χρησιμοποιήθηκε ως μέσο προσέλκυσης των ιθαγενών με σεξουαλικά ανταλλάγματα, ως πληρωμή για εργασία, καθώς και για

* Διεύθυνση Αλληλογραφίας
National Drug Research Institute
Curtin University
GPO Box U1987, Perth WA 6845 Australia
E-mail: r.midford@curtin.edu.au, E-mail: charles.parry@mrc.ac.za

την πρόκληση καυγάδων στο δρόμο με στόχο τη διασκέδαση. Το αλκοόλ αποτέλεσε μέρος της διαδικασίας διωγμού, και για περισσότερα από 200 χρόνια μετά το στερεότυπο του «μεθυσμένου ιθαγενή» εξακολουθεί να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ιθαγενείς από την υπόλοιπη κοινωνία της Αυστραλίας.

Καθώς αναπτύχθηκε η Αυστραλία στις αρχές του 19ου αιώνα, χώροι κατανάλωσης αλκοόλ έγιναν τα «μπαρ» ή οι «παμπ». Ήταν ένα αυστηρό περιβάλλον που καθρέφτιζε τον ανδρικό χαρακτήρα και τις φιλοδοξίες για ισονομία της πρώιμης κοινωνίας της Αυστραλίας (Room 1988). Ο Powel (1988) αναφέρει ότι το 1837 το Σύδνεϋ, με πληθυσμό 23.000 κατοίκους, είχε 224 ταβέρνες με άδεια πώλησης αλκοόλ και αρκετά παράνομα καταστήματα πώλησης «γκρογκ» (Grog=είδος ποτού). Η «παμπ» αποτελούσε σημαντικό κοινωνικό χώρο συγκέντρωσης για τον άντρα της εργατικής τάξης σε μια περίοδο με λίγα περιθώρια για διασκέδαση. Ωστόσο, η ανδρική αυτή συντροφιά είχε και τις σκοτεινές πτυχές της: μέθη, βία, βανδαλισμούς και διατάραξη της δημόσιας τάξης. Η υπερβολική και πολύ γρήγορη κατανάλωση αλκοόλ ενισχυόταν με τη συνήθεια «του κεράσματος», κατά την οποία κάθε άντρας μέσα στην παρέα έπρεπε με τη σειρά του να αγοράσει ποτά για ολόκληρη την παρέα. Η πελατεία μεγάλωνε με την προσφορά φτηνού ή δωρεάν φαγητού (Powell 1988). Αυτές οι πρακτικές εξακολουθούσαν να διαμορφώνουν την κατανάλωση αλκοόλ από τους Αυστραλούς μέχρι και το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα.

ΜΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΟΥ ΑΛΛΑΖΕΙ

Η εκβιομηχάνιση και η δημιουργία προαστίων επηρέασαν σημαντικά την κατάσταση στην Αυστραλία προς τα τέλη του 19ου αιώνα. Αυτές οι δυνάμεις έδιναν έμφαση στην εξασφάλιση των υλικών αγαθών και στηρίζονταν ιδιαίτερα στην τάξη, στην αυστηρότητα και στον κομφορμισμό. Οι πολιτιστικές τάσεις στρέφονταν ενάντια στη σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ και σε αυτό το κοινωνικό περιβάλλον αυξήθηκαν ιδιαίτερα οι επιρροές του κινήματος της αποχής –μέχρι που τελικά καθιερώθηκε ως η επίσημη και επικρατούσα συνήθεια. Ο Room (1988), ωστόσο, παρατήρησε ότι πάντοτε υπήρχε μια αντίθετη παράδοση και με πολύ αποτελεσματικό τρόπο διακωμώδησε τους ανθρώπους που έτειναν στην ποτοαπαγόρευση ονομάζοντάς τους “wowsers”. Ο Αυστραλός ποιητής C.J.Dennis συνέλαβε το χλευαστικό χαρακτήρα του όρου στην περιγραφή του “wowser”: Ένας υπερβολικά θρησκόληπτος άνθρωπος ο οποίος παρερμηνεύει τον κόσμο θεωρώντας τον κρατητήριο και τον εαυτό του ως δεσμοφύλακα (Stollznow 2003, p. 5).

Κανένας ο οποίος διατείνεται ότι είναι υποστηρικτής των αξιών στην Αυστραλία δεν θα ήθελε να θεωρείται “wowser”. Αυτή η εικόνα αποτέλεσε σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα μέχρι πρόσφατα, το να μιλάει δηλαδή κανείς ανοιχτά για την υπάρχουσα διαθεσιμότητα αλκοόλ (Room 1988).

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, μειώθηκε σημαντικά η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ, γεγονός το οποίο εν μέρει οφειλόταν στην επιτυχία του κινήματος αποχής, που κατάφερε να πείσει τους κυβερνήτες των αποικιών να περιορίσουν τη διαθεσιμότητα αλκοόλ. Το 1880 οι κυβερνήσεις στο NSW και το Κουίνσλαντ απαγόρευσαν την πώληση αλκοόλ την Κυριακή, ενώ το κατώτατο όριο ηλικίας για την αγορά αλκοόλ αυξήθηκε σταδιακά σε όλες τις χώρες στη δικαιοδοσία της Αυστραλίας (Dunstan 1974; Powell 1988). Ωστόσο, το κίνημα αποχής στην Αυστραλία ποτέ δεν κατάφερε να έχει τα ίδια κοινωνικά αποτελέσματα που είχε το αντίστοιχο αμερικάνικο. Ακόμη και η μεγαλύτερη επιτυχία του κινήματος, που ήταν το κλείσιμο των ξενοδοχείων νωρίς κατά τη διάρ-

κεια του Πρώτου Παγκόσμιου Πολέμου, πραγματοποιήθηκε περισσότερο διότι φαινόταν πιο σωστό να περιοριστούν οι διασκεδάσεις, σε μια περίοδο που οι άντρες της Αυστραλίας πολεμούσαν και έχαναν τη ζωή τους σε χώρες μακρινές, παρά για να τηρηθεί η υπόσχεση περιορισμού της κατανάλωσης (Grant & Serle 1983).

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Η αυξανόμενη επικράτηση της κουλτούρας των προαστίων σε συνδυασμό με την αυστηρή νομοθεσία για τον έλεγχο της διαθεσιμότητας αλκοόλ, σήμαινε ότι η κατανάλωση αλκοόλ θα εξακολουθούσε να μειώνεται στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα. Η περίοδος της Μεγάλης Ύφεσης [Great Depression] πρόσθεσε και οικονομικούς περιορισμούς. Με αυτόν το συνδυασμό οι Αυστραλοί κατανάλωναν λιγότερο από 2,5 λίτρα αλκοόλ ανά άτομο μέχρι το 1932 (Room 1988). Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο επανήλθε η ευημερία και η κατανάλωση αλκοόλ αυξήθηκε δραματικά μεταξύ του 1945 και 1950. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970 παρατηρήθηκε ακόμη μια αύξηση στην κατανάλωση. Η συνολική κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ του πληθυσμού παρέμεινε μεταξύ 9,3 έως 9,8 λίτρα καθαρού αλκοόλ κατά το 1973-74 και το 1983-84 και από τότε σταδιακά έχει μειωθεί (World Advertising Research Center Ltd 2004). Επίσης από τον πόλεμο και μετά έχουν αλλάξει οι προτιμήσεις στα ποτά. Το αλκοόλ που καταναλώνεται περισσότερο στην Αυστραλία είναι η μπίρα: τα 5 λίτρα από τη συνολική κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ για έναν ενήλικα (9 λίτρα για το 1995-98) (Catalano et al. 2001). Το ποσοστό αλκοολούχων ποτών που καταναλώνεται έχει αυξηθεί μετά τον πόλεμο, αλλά εξακολουθεί να αποτελεί μόνο το 15-16% της συνολικής κατανάλωσης (Room 1988; Catalano et al. 2001). Οι μεγάλες αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί είναι η αυξημένη κατανάλωση ελαφριού κρασιού, καθώς και η προτίμηση πιο ελαφριάς μπίρας από τη δυνατή. Οι Αυστραλοί κατανάλωναν 0,9 λίτρα ελαφριού κρασιού το 1956, ποσοστό που αυξήθηκε σε 18,7 λίτρα το 1986 (Commonwealth Department of Health 1988) και έκτοτε παρέμεινε σταθερό. Το 1977, μόνο δύο μάρκες ελαφριάς μπίρας πωλούνταν στα καταστήματα και ουσιαστικά κάλυπταν ένα ελάχιστο μέρος της αγοράς (Room 1988). Ωστόσο, μέχρι το 1995-96 οι ελαφριές μπίρες αποτελούσαν το 18% της συνολικής αγοράς μπίρας, καθώς και το 10% του συνολικού αλκοόλ (Catalano et al. 2001). Όσον αφορά στο σύνολο των αλκοολούχων ποτών αυτό θα αποτελούσε ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό στην αγορά. Η πιο πρόσφατη τάση στην κατανάλωση αλκοόλ είναι η ανερχόμενη δημοτικότητα των προκατασκευασμένων αλκοολούχων αναψυκτικών, ιδιαίτερα ανάμεσα στις νεαρές γυναίκες. Μια έρευνα, που έγινε για τη χρήση αλκοόλ από μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Αυστραλία, έδειξε ότι το 2003 αυτού του είδους τα ποτά προτιμήθηκαν από το 47% των γυναικών ηλικίας από 12 έως 17 ετών που κατανάλωναν αλκοόλ. Σημειώθηκε δηλαδή αύξηση από το 1999, όπου το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 23% (White & Hayman 2004). Η σύγχρονη τάση μείωσης της συνολικής κατανάλωσης οφείλεται σε ένα σύνολο περίπλοκων παραγόντων, που σχετίζονται με τη μεταβαλλόμενη φύση κοινωνίας στην Αυστραλία, και τις αλλαγές στους κανονισμούς για το αλκοόλ. Σε αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνονται: η μεγαλύτερη ενημέρωση για θέματα υγείας, οι καμπάνιες κοινωνικού μάρκετινγκ, οι τυχαίοι έλεγχοι χρήσης αλκοόλ, τα φορολογικά οφέλη από τη μπίρα χαμηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ, οι αλλαγές στους τρόπους κατανάλωσης από τους καταναλωτές και σε έναν πληθυσμό που μεγαλώνει (Room 1988; Carroll 2001; Stockwell 2004). Η αύξηση στην

κατανάλωση κρασιού οφείλεται κυρίως στη μεγαλύτερη κατανάλωση από τις γυναίκες, καθώς και στη μεγαλύτερη κατανάλωση σε κοινωνικές συγκεντρώσεις, όπως σε γεύματα, όπου συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας (Peele 1997; Room 1988). Επίσης, σημαντικό ρόλο έπαιξαν η ευνοϊκή φορολογία για το κρασί στις αρχές της δεκαετίας του 1970 (Stockwell 2004). Το κίνητρο για τη στροφή στην κατανάλωση μύπρας χαμηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ είναι πιθανό να αποτελεί ο συνδυασμός της χαμηλής τιμής, και της επιθυμίας να μην υπερβαίνονται τα όρια ποσότητας αλκοόλ στο αίμα κατά την οδήγηση (Smith 1987). Η δημοτικότητα των αλκοολούχων αναψυκτικών στις νεαρές γυναίκες δείχνει να οφείλεται σε παράγοντες όπως η διαφήμιση και η καλή γεύση, αν και οι έρευνες που ασχολήθηκαν με αυτό είναι λίγες (Australian Divisions of General Practice 2003).

ΠΟΙΟΣ ΔΙΑΤΡΕΧΕΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΚΙΝΔΥΝΟ;

Το 2001-02, η Αυστραλία με συνολική κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ 703 λίτρα ταξινομήθηκε 23η στον κόσμο (World Advertising Research Center Ltd 2004). Αυτή η ταξινόμηση είναι αρκετά καλή και καθρεφτίζει μια σταθερή βελτίωση στη σχετική κατάσταση της Αυστραλίας μέσα στα χρόνια. Ωστόσο, αυτό το απλό στατιστικό στοιχείο υποκρύπτει μεγάλες διαφορές στα επίπεδα και στους τρόπους κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και στη βλάβη που σχετίζεται με αυτό.

Το 2001 ο κίνδυνος χρόνιας βλάβης αφορούσε το 44,2% του συνολικού αλκοόλ που καταναλωνόταν στην Αυστραλία. Ενώ μόλις το 62% της κατανάλωσης αλκοόλ ενείχε τον κίνδυνο οξείας βλάβης (Chikritzhs et al. 2003). Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, σε μια μεμονωμένη περίπτωση, ή η εσκεμμένη χρήση με στόχο τη μέθη είναι ιδιαίτερα συνηθισμένη συμπεριφορά για τους νεαρούς Αυστραλούς. Ενώ υπάρχουν και κάποιοι ιθαγενείς, που κάνουν προβληματική χρήση αλκοόλ. Αν και το ποσοστό των ιθαγενών που καταναλώνουν αλκοόλ (62%) είναι χαμηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού (72%), όσοι από αυτούς πίνουν υιοθετούν πιο επικίνδυνες συμπεριφορές. Έτσι για παράδειγμα από τους ιθαγενείς το 60% των ανδρών και το 38% των γυναικών ανέφεραν ότι πίνουν, συνήθως, 9 ή περισσότερα ποτά, όταν καταναλώνουν αλκοόλ, σε σύγκριση με το 5% των ανδρών και το 1% των γυναικών του γενικού πληθυσμού που ανέφεραν παρόμοια χρήση (Saggers & Gray 1998). Τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας από το αλκοόλ στον πληθυσμό των ιθαγενών είναι αντιστοίχως δυσανάλογα.

Υπάρχουν αρκετές διαφορές στην κατανάλωση και τις βλάβες που προκαλούνται σε διαφορετικές περιοχές (Chikritzhs et al. 1999; Catalano et al. 2001). Οι βόρειες περιοχές είχαν την υψηλότερη κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ στα ενήλικα άτομα το 1995-96 με 13,6 λίτρα καθώς επίσης και τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από το αλκοόλ, 4,6/10.000 άνδρες και 2,61/10.000 γυναίκες. Για να υπάρξει σύγκριση, η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ από ενήλικα άτομα την ίδια περίοδο στη Βικτώρια ήταν 7,5 λίτρα και το ποσοστό θνησιμότητας 1,14/10.000 για τους άνδρες και 0,24/10.000 για τις γυναίκες. Σημαντικές είναι επίσης οι διαφορές ανάμεσα στις αγροτικές περιοχές και στις μεγαλουπόλεις, τόσο στην κατανάλωση όσο και στις βλάβες που προκαλούνται. Αυτές οι διαφορές είναι πιο εμφανείς στη Δυτική Αυστραλία. Σε μια συγκεκριμένη περιοχή ο Midford και οι συνεργάτες του το 1998 υπολόγισαν ότι το 1991-92 η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ στους ενήλικες άνδρες ήταν 39,45 λίτρα, το οποίο αντιστοιχεί σε κατανάλωση 8,5 τυποποιημένων ποτών την ημέρα.

ΤΟ ΕΥΡΟΣ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

Στην Αυστραλία, τα ατυχήματα στους δρόμους είναι η κυριότερη αιτία θανάτου που σχετίζεται με το αλκοόλ, και ακολουθούν οι αυτοκτονίες. Η θνησιμότητα από οξείες καταστάσεις μειώθηκε τη δεκαετία του 1990 περίπου σε ποσοστό 30%. Η κίρρωση του ήπατος, λόγω της χρήσης αλκοόλ, βρίσκεται υψηλότερα στον κατάλογο των χρόνιων παθήσεων από τη μακροχρόνια χρήση αλκοόλ που οδηγεί στο θάνατο και ακολουθείται από τον καρκίνο. Η θνησιμότητα από τη χρόνια χρήση είναι ήδη σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με τη θνησιμότητα που οφείλεται σε οξείες καταστάσεις, η οποία μειώθηκε στο μισό μέσα στη δεκαετία του 1990. Συνολικά, ο πρόωρος θάνατος που προκαλούνταν από επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ, σήμαινε συνολική μείωση της ζωής κατά 19 χρόνια (Chikritzhs et al. 2003).

Οι εισαγωγές στα νοσοκομεία που οφείλονταν σε οξείες καταστάσεις, προκλήθηκαν κατά κύριο λόγο από πτώσεις λόγω υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, από αλκοολική ψύχωση και από επίθεση. Η θνησιμότητα από οξείες καταστάσεις έχει αυξηθεί ελαφρά από τις αρχές του 1990, όμως αυτό πιθανά αποτελεί ένα τεχνητό αποτέλεσμα που προκλήθηκε από μια αλλαγή στα κριτήρια επιλογής. Οι εισαγωγές στα νοσοκομεία, λόγω της μακροχρόνιας χρήσης αλκοόλ, οφείλονται στην εξάρτηση από το αλκοόλ και ακολουθούνται από μια ομάδα χρόνιων προβλημάτων υγείας και την κίρρωση του ήπατος. Η θνησιμότητα που οφείλεται σε χρόνιες παθήσεις, οι οποίες σχετίζονται με το αλκοόλ, έχει αλλάξει ελάχιστα από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Κατά μέσο όρο 67.275 άτομα νοσηλεύονται σε νοσοκομεία της Αυστραλίας, κάθε χρόνο, εξαιτίας της επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ (Chikritzhs et al. 2003).

Οι Collins & Lapsley (2002) εκτιμούν ότι το 1998-99 το κοινωνικό κόστος από την κατάχρηση αλκοόλ στην Αυστραλία ήταν περίπου A\$7,5 δισεκατομμύρια. Η μειωμένη εργασιακή απόδοση ήταν το μεγαλύτερο από το κόστος, το οποίο ανερχόταν στα A\$1,95 δισεκατομμύρια, ακολουθούμενο από τα τροχαία και την εγκληματικότητα, ενώ το κόστος για τη φροντίδα της υγείας ήταν σχετικά χαμηλότερο και έφτανε στα A\$225 εκατομμύρια.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ;

Ο Babor και οι συνεργάτες του (2003) επισήμαναν ότι οι διαφορές ανάμεσα στις χώρες σχετικά με την κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ, τους τρόπους κατανάλωσης και τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ, υποδηλώνουν ότι οι εθνικές πολιτικές και τα προγράμματα θα πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε κοινωνίας. Σύμφωνα με αυτά υπάρχουν αρκετά σημαντικά στοιχεία από την Αυστραλία πάνω στα οποία μπορεί να βασιστεί η ανάπτυξη μιας εθνικής προσέγγισης. Ωστόσο, η σχέση της Αυστραλίας με το αλκοόλ ξεπερνάει κατά πολύ το σύνολο των στοιχείων του τελευταίου χρόνου. Η ιστορία και η κουλτούρα της χώρας της προσδίδουν μια μοναδική ταυτότητα παγκοσμίως. Αυτοί οι παράγοντες διαμορφώνουν τον τρόπο χρήσης του αλκοόλ, τις συνέπειες που έχει η χρήση του, καθώς και τους τρόπους με τους οποίους πιθανότερα μπορούν να περιοριστούν τα προβλήματα που προκύπτουν. Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι κοινωνικές προσεγγίσεις οι οποίες έχουν στόχο να μετατρέψουν ό,τι είναι λιγότερο υγιές στη χρήση αλκοόλ σε πιο υγιείς τρόπους κατανάλωσης, οφείλουν να ασχοληθούν με τα πολιτιστικά στοιχεία που υποστηρίζουν τις υπάρχουσες συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ (Peele 1997).

Ο Babor και οι συνεργάτες του έχουν εντοπίσει τις ακόλουθες στρατηγικές που εφαρμόζονται αυτήν την περίοδο, ώστε να μειωθεί η χρήση αλκοόλ και οι συνακόλουθες αρνητικές συνέπειες στην κοινωνία:

- Επιβολή φορολογίας και κοστολόγησης
- Κανονισμοί για τη διαθεσιμότητα του αλκοόλ
- Ρυθμίσεις για τους χώρους κατανάλωσης
- Αντίμετρα για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ
- Ρύθμιση της προώθησης του αλκοόλ
- Στρατηγικές ενημέρωσης και κινητοποίησης
- Θεραπεία και έγκαιρη παρέμβαση

Παρεμβάσεις που εντάσσονται σε κάποια από αυτές τις κατηγορίες εφαρμόζονται αυτή την περίοδο σε όλες τις περιοχές της Αυστραλίας. Μια συνολική μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από το Loxley και τους συνεργάτες του (2004), είχε στόχο τον εντοπισμό των πιο αποτελεσματικών από αυτές.

ΕΠΙΒΟΛΗ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η τρέχουσα επιβολή φόρων στα αλκοολούχα ποτά δείχνει την πραγματική περιεκτικότητα σε αλκοόλ της μπίρας και των ποτών και αυτό φαίνεται να αποτελεί έναν παράγοντα που συμβάλλει στη μείωση της κατανάλωσης και των συνεπειών, ενθαρρύνοντας την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών με χαμηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ (Loxley et al. 2004; Stockwell 2004). Ωστόσο, η φορολογία του κρασιού γίνεται με βάση την αξία του, κάτι που δίνει τη δυνατότητα το χύμα κρασί να πωλείται σε πολύ χαμηλές τιμές. Η διαθεσιμότητα ποτών με αυτήν τη χαμηλή περιεκτικότητα αλκοόλ οφείλεται σε παλαιότερα μέτρα που είχαν ως στόχο την ενίσχυση της βιομηχανίας παραγωγής κρασιού στην Αυστραλία. Ωστόσο, στη σημερινή εποχή για πολλές περιοχές είναι ιδιαίτερα αυξημένες οι αρνητικές συνέπειες που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ (Stockwell et al. 1998). Πάντως υπάρχει μια δυναμική –όχι ωστόσο δημοφιλής– προσπάθεια μείωσης της βλάβης, μέσω της επιβολής ενός γενικού συστήματος φορολογίας με διαβαθμίσεις ανάλογα με την περιεκτικότητα σε αλκοόλ (Alcohol & Other Drugs Council of Australia 2003).

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

Η εθνική πολιτική που στοχεύει στον εμπορικό ανταγωνισμό ασκεί πίεση για την απελευθέρωση της πώλησης αλκοόλ από τους τωρινούς περιορισμούς, παρά τις αποδείξεις που υπάρχουν, ότι η αυξημένη διαθεσιμότητα θα οδηγήσει σε αυξημένη κατανάλωση και στις αρνητικές συνέπειες που ακολουθούν. Η πιθανότητα για βελτίωση της δημόσιας υγείας και ασφάλειας μέσω της επιβολής κανονισμών στις άδειες πώλησης αλκοόλ δεν έχει ακόμη αξιοποιηθεί πλήρως και αυτό το ζήτημα θα έρθει στο προσκήνιο, καθώς στα επόμενα χρόνια αρκετές περιοχές της Αυστραλίας αναθεωρούν τη νομοθεσία τους σχετικά με τις άδειες πώλησης αλκοόλ, και θα χρειαστεί να αναπτύξουν καινούργια πολιτική (Alcohol & Other Drugs Council of Australia 2004). Ένα σημαντικό ζήτημα είναι ο βαθμός, στον οποίο οι ανεξάρτητες κοινότητες θα μπορούν να ρυθμίσουν

τις πωλήσεις αλκοόλ, για να περιοριστεί το επίπεδο των αρνητικών συνεπειών σε τοπικό επίπεδο. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τις κοινότητες με μεγάλο πληθυσμό ιθαγενών που έχουν να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε ευρεία κλίμακα. Στο συγκεκριμένο σημείο, αξίζει να σημειωθεί πως φάνηκαν αποτελεσματικοί για τη μείωση της κατανάλωσης και της βλάβης οι περιορισμοί όσον αφορά τις ώρες πώλησης και τις απαγορεύσεις της κυκλοφορίας των 4-λιτρων δοχείων κρασιού (Loxley et al. 2004).

ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ

Οι συμφωνίες για το αλκοόλ αποτελούν ένα φαινόμενο που συναντάται μόνο στην Αυστραλία και περιλαμβάνει συμφωνίες που έγιναν, για συμμόρφωση σε μία κοινή βάση υπηρεσιών και προώθησης, ανάμεσα σε όσους έχουν άδειες πώλησης αλκοόλ, την αστυνομία, διάφορα συμβούλια και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη της κοινότητας. Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι συμφωνίες στην τοπική κοινότητα σχετικά με τους τρόπους πώλησης αλκοόλ με ευθύνη μπορούν να περιορίσουν τη βία και την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ. Αυτό όμως, μπορεί να συμβεί, μόνο όταν συνοδεύεται από επίσημη πολιτική, και το αποτέλεσμα γίνεται φανερό μετά το πέρασμα κάποιου χρονικού διαστήματος (Homel, McIlwain & Carvolth 2001; Loxley et al. 2004). Η ευθύνη για την πώληση αλκοόλ είναι μια πιο περιοριστική προσέγγιση για την τροποποίηση του χώρου χρήσης αλκοόλ και περιλαμβάνει, συνήθως, αλλαγές στους κανονισμούς λειτουργίας των «μπαρ», για να περιοριστούν τα προβλήματα που σχετίζονται με το συνωστισμό και την παροχή υπηρεσιών. Ακόμη, περιλαμβάνει εκπαίδευση του προσωπικού που εργάζεται στα «μπαρ», ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν τα μεθυσμένα άτομα και να αρνούνται να τα σερβίρουν, εάν αυτό χρειαστεί, και να τους προσφέρουν φαγητό και μη αλκοολούχα ποτά ή ποτά με χαμηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα προγράμματα είναι πιο αποτελεσματικά, όταν υποστηρίζονται από τη διεύθυνση και όταν η επιβολή τους είναι αξιόπιστη και ορατή (Loxley et al. 2004).

ΑΝΤΙΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΙΑ ΑΛΚΟΟΛ

Η Αυστραλία εμφανίστηκε στο προσκήνιο των τυχαίων ελέγχων της αναπνοής για χρήση αλκοόλ σε οδηγούς, εφαρμόζοντας έναν ιδιαίτερα εμφανή και καθαρό, όχι επιλεκτικό, τρόπο ελέγχου, συνοδευόμενο από τακτικές καμπάνιες στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, που καλλιεργούσε την αντίληψη, ότι οι πιθανότητες να εντοπιστεί η παράβαση είναι πάρα πολλές (Loxley et al. 2004). Αυτό αποδείχθηκε ότι είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση τόσο της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ όσο και των ατυχημάτων, των τραυματισμών και των θανάτων που συνδέονται με αυτό (Homel 1988). Ωστόσο, οι περιορισμοί σε πόρους σημαίνουν ότι το μοντέλο αυτό έχει καλύτερη εφαρμογή στις μεγάλες πόλεις. Η σοβαρή κάλυψη από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι πιο δύσκολη και πολυέξοδη στις επαρχιακές περιοχές, επίσης είναι δύσκολο να διατηρηθούν σε υψηλά επίπεδα οι τυχαίοι έλεγχοι αναπνοής. Ωστόσο, γίνονται σοβαρές προσπάθειες για την ανεύρεση μεθόδων, ώστε να προσαρμοστούν καλύτερα οι καμπάνιες για τους τυχαίους ελέγχους αναπνοής στις αγροτικές περιοχές, καθώς η κατανάλωση αλκοόλ είναι υψηλότερη εκεί (Catalano et al. 2001). Επιπλέον, οι άνθρωποι εμπιστεύονται περισσότερο τα ιδιωτικά μέσα μεταφοράς επειδή οι αποστάσεις που διανύονται είναι μεγαλύτερες.

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

Στην Αυστραλία, το αλκοόλ προωθείται με ένα συνδυασμό τηλεοπτικών, ραδιοφωνικών, διαδικτυακών και έντυπων διαφημίσεων που συμπεριλαμβάνουν την προώθηση στους χώρους πώλησης καθώς και τη σύνδεση της επωνυμίας με κάποιο αθλητικό γεγονός. Η προώθηση είναι «αυτό-ρυθμιζόμενη», σύμφωνα με τον κώδικα των βιομηχανιών, και δεν πρέπει να αποκλίνει από τη μέτρια και υπεύθυνη κατανάλωση στους ενήλικους και να υιοθετεί στρατηγικές που να προσελκύουν τα παιδιά (Loxley et al. 2004). Το «αυτό-ρυθμιζόμενο» αυτό σύστημα προώθησης του αλκοόλ έχει τεθεί υπό αμφισβήτηση από τους Jones & Donovan (2002). Εντόπισαν ότι τόσο οι ειδικοί όσο και οι μη-ειδικοί, που κλήθηκαν να σχολιάσουν τις διαφημίσεις, ήταν περισσότερο διατεθειμένοι να κρίνουν τις διαφημίσεις, για τις οποίες υπήρχαν παράπονα ότι παραβίαζαν τον κώδικα της βιομηχανίας, παρά τις διαφημίσεις που τηρούσαν τις προδιαγραφές του συμβουλίου για τις διαφημίσεις. Αυτήν την περίοδο το σύστημα «αυτό-ρύθμισης» των διαφημίσεων βρίσκεται υπό αναθεώρηση. Έτσι δίνεται τώρα η ευκαιρία να αντιμετωπιστούν οι τρόποι διαφήμισης του αλκοόλ, διασφαλίζοντας το κοινό όφελος, αυξάνοντας τη διαφάνεια στη λήψη αποφάσεων και ενισχύοντας τους μηχανισμούς επιβολής (National Committee for the Review of Alcohol Advertising 2003).

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Τα ευρήματα από το πρόγραμμα School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP) δείχνουν ότι μείωση τόσο στην κατανάλωση όσο και στη βλάβη μπορεί να επιτευχθεί με ένα συνεπές σχολικό πρόγραμμα που βασίζεται σε καθιερωμένες αρχές αποτελεσματικής πρακτικής (McBride et al. 2004). Ωστόσο, η μελλοντική ανάπτυξη της ενημέρωσης για το αλκοόλ στην Αυστραλία δεν είναι καλά προγραμματισμένη. Η ορμή που αποκτήθηκε τη δεκαετία του 1990, μέσω μιας σειράς εθνικών πρωτοβουλιών, χάνεται, καθώς πλέον πραγματοποιούνται πολύ λίγες νέες έρευνες και υλοποιούνται λίγα προγράμματα ανάπτυξης. Δημόσιες καμπάνιες ενημέρωσης έχουν πραγματοποιηθεί από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης με κάποια επιτυχία όσον αφορά την αυξημένη ενημέρωση από το μήνυμα της καμπάνιας και την επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς (Elder et al. 2004; Loxley 2004). Κατά τη διάρκεια μια συγκεκριμένης καμπάνιας, για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, υπήρξε μείωση στα τροχαία ατυχήματα και αυτό δείχνει να σχετίζεται με το αλκοόλ (Cameron & Newstead 1996).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών σε ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα από τη χρήση αλκοόλ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της Εθνικής Στρατηγικής για τα Ναρκωτικά (Ministerial Council on Drug Strategy 2004). Η παροχή υπηρεσιών αποτελεί πρωταρχικά ευθύνη του κράτους ή της πολιτείας, ενώ προγράμματα υλοποιούν τόσο κυβερνητικοί όσο και μη κυβερνητικοί οργανισμοί. Ένας αριθμός μελετών έχει δείξει ότι ορισμένες θεραπείες όχι μόνο είναι αποτελεσματικές, αλλά μειώνουν και το κόστος για τη φροντίδα της υγείας καθώς και άλλες μορφές κόστους (Brown 2001; Shand et al. 2003a). Λεπτομερείς οδηγίες σχετικά με την αποτελεσματική θεραπεία έχουν συγκεντρωθεί, για να παρέχουν έγκυρες και τεκμηριωμένες πληροφορίες στους θεραπευτές για τις θεραπευτικές τους επιλογές (Shand et al. 2003b). Ωστόσο, η σύντομη

θεραπεία έχει επανειλημμένα αναγνωριστεί ως η πιο οικονομική μορφή θεραπείας, λόγω του χαμηλού της κόστους και της ευρείας εφαρμογής της (Heather 2001; Shand et al. 2003a). Καθώς η προσφορά υπηρεσιών υπολείπεται της ζήτησης στην Αυστραλία, υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο για να εξεταστούν τα οφέλη από την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων και σύντομων παρεμβάσεων σε ευρύτερη κλίμακα. Αυτό όχι μόνο παρέχει την ευκαιρία για περαιτέρω θεραπεία, αλλά είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό για τη θεραπεία της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ σε προκαταρκτικά στάδια, καθιστώντας περιττή την περαιτέρω πιο εντατική θεραπεία (Roche & Freeman 2004). Τέτοιου είδους προγράμματα μπορούν να εφαρμοστούν σε μη παραδοσιακές θεραπευτικές δομές όπως τον χώρο εργασίας. Επιπλέον, μπορούν να εστιάσουν σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως τους νεαρούς άνδρες ή σε χώρους υψηλής κατανάλωσης όπως τις απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα διεθνή στοιχεία δείχνουν ότι η Αυστραλία γενικά αντιμετωπίζει ικανοποιητικά το πρόβλημα του αλκοόλ. Αυτό υποδηλώνει ότι ο συνδυασμός των στρατηγικών που εφαρμόζονται είναι αποτελεσματικός και ότι οι σταδιακές αλλαγές είναι ο πιο σίγουρος δρόμος για περαιτέρω βελτίωση. Η προειδοποίηση του Peele (1997), πως η πολιτιστική αδράνεια μπορεί να αποτελεί εμπόδιο στην αλλαγή είναι ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο. Η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί μέρος του ρομαντικού μύθου που συνδέεται με την Αυστραλία, και υπάρχουν σημαντικά στοιχεία στην ιστορία της Αυστραλίας που αποδεικνύουν ότι ένα ριζοσπαστικό πρόγραμμα μεταρρύθμισης σχετικά με το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει αντίθετα αποτελέσματα –ας προσέξουμε την ονομασία “wowsar”. Αυτό δεν αποκλείει, αυτομάτως, πιο δυναμικές προσεγγίσεις. Οι τυχαίοι έλεγχοι της αναπνοής αποτελούν παράδειγμα επιτυχημένης κοινωνικής πρακτικής. Η κοινωνική αποδοχή αυτού του μέτρου ήταν πολύ μεγάλη, όμως η παρουσίασή του συνοδεύτηκε από ενημερωτική καμπάνια των μέσων μαζικής ενημέρωσης, που τόνισαν τόσο τη σημασία του προβλήματος όσο και την αποτελεσματικότητα της αντίδρασης (Span 1995). Ομοίως, τέτοιου είδους ριζοσπαστικές παρεμβάσεις πρέπει να προετοιμαστούν για άλλου είδους σημαντικά προβλήματα, όπως δυσλειτουργικές κοινωνικά ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι νέοι, και μειονοτικές ομάδες, όπως είναι οι ιθαγενείς. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ανάγκη είναι μεγαλύτερη και πιο άμεση. Ο βαθμός επίδρασης της παρέμβασης ωστόσο θα πρέπει να ισορροπηθεί με το αποτέλεσμα και το επίπεδο υποστήριξης από το εσωτερικό της ομάδας-στόχου.

Κατά τις δεκαετίες 1980 και 1990 τα προβλήματα που δημιουργούσε το αλκοόλ δεν έλαβαν την ίδια προσοχή με τα προβλήματα από τη χρήση παράνομων ουσιών, όμως το κλίμα έχει αρχίσει να αλλάζει. Το 2001 η υπερβολική συγκέντρωση ενός νέου φόρου αγαθών και υπηρεσιών που επιβλήθηκε στη μύρα η οποία σερβιρόταν σε μαγαζιά πώλησης οδήγησε στην καθιέρωση ενός εθνικού προγράμματος χρηματοδότησης για το αλκοόλ, το Ίδρυμα Ενημέρωσης και Επανεξέτασης από το Αλκοόλ. Αυτός ο οργανισμός έχει αναλάβει το έργο να επιστρέψει στην κοινότητα A\$115 εκατ. από τον επιπλέον φόρο στα επόμενα 4 χρόνια, μέσω προγραμμάτων πρόληψης και επανεξέτασης (Crosbie 2002). Επίσης, το 2001 δημιουργήθηκε ξεχωριστή Εθνική Στρατηγική για το Αλκοόλ, η οποία προβλέπει μια ευρεία, συντονισμένη προσέγγιση για τη μείωση της βλάβης που σχετίζεται με το αλκοόλ. Αυτή η προσπάθεια συνεχίστηκε ένα χρόνο αρ-

γότερα από ένα Εθνικό Πρόγραμμα Ερευνών για το Αλκοόλ, το οποίο αναπτύχθηκε μέσα από μακροσκελείς και επαναλαμβανόμενες διαδικασίες συμβουλευτικής και επεξεργασίας (Ministerial Council on Drug Strategy 2001; Commonwealth of Australia 2002). Παρόλο που αυτές οι προσπάθειες αποτελούν τη βάση για μια συνολική και αξιολογητική προσέγγιση για το αλκοόλ σε εθνικό επίπεδο, η συνέχεια και η εφαρμογή τους ήταν ανεπαρκής. Η Εθνική Στρατηγική για το Αλκοόλ θα αναθεωρηθεί τώρα, και αυτό αποτελεί μια εξαιρετική ευκαιρία όχι μόνο για επανεξέταση των προτεραιοτήτων αλλά και για τη δημιουργία ενός μηχανισμού εφαρμογής και ενός χρονοδιαγράμματος δράσης.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Tanya Chikrintzhs για τα σχόλιά της σε μια παλαιότερη έκδοση αυτού του άρθρου.

Παραπομπές

- Alcohol and Other Drugs Council of Australia (2003) *Alcohol Taxation, Submission to the NSW Alcohol Summit*. Canberra: ADCA.
- Alcohol and Other Drugs Council of Australia (2004) *Submission to the Productivity Commission Inquiry into National Competition Policy Arrangements*. Woden: ADCA.
- Australian Divisions of General Practice (2003) *Ready to Drink? Alcopops and Youth Binge Drinking*. Available at: http://www.adgp.com.au/client_images/10659.doc [accessed 5 October 2004].
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. *et al.* (2003) *Alcohol: No Ordinary Commodity Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press. .
- Brown, J. M. (2001) The effectiveness of treatment. In: Heather, N., Peters, T. J. & Stockwell, T., eds. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*, pp. 498-508. Chichester: John Wiley and Sons.
- Cameron, M. & Newstead, S. (1996) Mass media publicity supporting police enforcement and its economic value. *Paper presented at the Public Health Association of Australia's 28th Annual Conference*. September, 1996. Available at: <http://www.monash.edu.au/muarc/reports/papers/media.html> [accessed 5 October 2004].
- Carroll, T. (2001) The role of social marketing in preventing harm associated with teenage drinking. *The Second International Conference on Drugs and Young People, Melbourne*, April, 2001. Available at: <http://www.adf.org.au/cyds/2dyp/carroll.pdf> [accessed 5 October 2004].
- Catalano, P., Chikritzh, T., Stockwell, T., Webb, M., Rohlin, C. J. & Dietze, P. (2001) *Trends in Per Capita Alcohol Consumption in Australia, 1990/91-1998/9*. National Alcohol Indicators Project Bulletin no. 4. Perth: National Drug Research Institute, Curtin University of Technology.
- Chikritzh, T., Catalano, P., Stockwell, T., Donath, S., Ngo, H., Young, D. *et al.* (2003) *Australian Alcohol Indicators, 1990-2001 Patterns of Alcohol Use and Related Harms for Australian States and Territories*. Perth: National Drug Research Institute Curtin University of Technology.
- Chikritzh, T., Jonas, H., Heale, P., Dietze, P., Hanlin, K. & Stockwell, T. (1999) *Alcohol-Caused Deaths and Hospitalisations in Australia, 1990-97*. National Alcohol Indicators Project Bulletin no. 1. Perth: National Drug Research Institute, Curtin University of Technology.
- Collins, D. J. & Lapsley, H. M. (2002) *Counting the Costs: Estimates of the Social Costs of Drug Abuse in Australia in 1998-9*. National Drug Strategy Monograph Series no. 49. Canberra: Commonwealth of Australia.

- Commonwealth Department of Health (1988) *Alcohol in Australia: A Summary of Related Statistics*. Canberra: Author.
- Commonwealth of Australia (2002) *National Alcohol Research Agenda*, Canberra: Author.
- Crosbie, D. (2002) News and views. *Drug and Alcohol Review*, 21, 193-195.
- Dunstan, K. (1974) *Wowers: Being an Account of the Prudery Exhibited by Certain Outstanding Men and Women in Such Matters as Drinking, Smoking, Prostitution, Censorship and Gambling*. Melbourne: Cassell Australia.
- Elder, R. W., Shults, R. A., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Thompson, R. S. & Rajab, W. (2004) Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes. *American Journal of Preventative Medicine*, 27, 57-65.
- Freeland, J. M. (1966) *The Australian Publications*. London: Melbourne University Press.
- Grant, D. & Serle, G. (1983) *The Melbourne Scene 1803-1956*. Sydney: Hale & Iremonger.
- Heather, N. (2001) Brief interventions. In: Heather, N., Peters, T. J. & Stockwell, T., eds. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*, pp. 605-626. Chichester: John Wiley and Sons.
- Hemel, R. (1988) *Policing and Punishing the Drinking Driver. A Study of General and Specific Deterrence*. New York: Springer-Verlag.
- Hemel, R., McIlwain, G. & Carvolth, R. (2001) Creating safer drinking environments. In: Heather, N., Peters, T. J. & Stockwell, T., eds. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*, pp. 721-740. Chichester: John Wiley and Sons.
- Jones, S. C. & Donovan, R. J. (2002) Self-regulation of alcohol advertising: is it working for Australia? *Journal of Public Affairs*, 2, 153-165.
- Langton, M. (1993) Rum, seduction and death: Aboriginality' and alcohol. *Oceania*, 63, 195-206.
- Loxley, W., Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C. et al. (2004) *The Prevention of Substance Use, Risk and Harm in Australia: a Review of the Evidence*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- McBride, N., Farrington, F., Midford, R., Meuleners, L. & Phillips, M. (2004) Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 99, 278-291.
- Midford, R., Stockwell, T., Daly, A., Phillips, M., Masters, L., Gahegan, M. et al. (1998) Alcohol consumption and injury in Western Australia: a spatial correlation analysis using geographic information systems. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 80-85.
- Ministerial Council on Drug Strategy (2001) *Alcohol in Australia: Issues and Strategies*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Ministerial Council on Drug Strategy (2004) *The National Drug Strategy Australia's Integrated Framework 2004-09*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- National Committee for the Review of Alcohol Advertising (2003) *Review of the Self-Regulatory System for Alcohol Advertising*. Report to the Ministerial Council on Drug Strategy. Victoria: Department of Human Resources. Available at: <http://www.dhs.vic.gov.au/phd/publications/downloads/nraareport.pdf> [accessed 5 October 2004].
- Peele, S. (1997) Utilizing culture and behaviour in epidemiological models of alcohol consumption and consequences for western nations. *Alcohol and Alcoholism*, 32, 51-64.
- Powell, K. C. (1988) *Drinking and Alcohol in Colonial Australia 1788-1901 for the Eastern Colonies*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Roche, A. & Freeman, T. (2004) Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug and Alcohol Review*, 23, 11-18.
- Room, R. (1988) The dialectic of drinking in Australian life: from the rum corps to the wine column. *Australian Drug and Alcohol Review*, 7, 413-437.

- Saggers, S. & Gray, D. (1998) *Dealing with Alcohol: Indigenous Usage in Australia, New Zealand and Canada*. Melbourne: Cambridge Press.
- Shand, F., Gates, J., Fawcett, J. & Maffick, R. (2003a) *The Treatment of Alcohol Problems A Review of the Evidence*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Shand, F., Gates, J., Fawcett, J. & Maffick, R. (2003b) *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Smith, D. I. (1987) Should maximum alcohol content beer sold in Western Australia be restricted? *Australian Drug and Alcohol Review*, 6, 93-104.
- Span, D. (1995) Research on knowledge, attitudes and reported behaviour on drink-driving in New South Wales. *Proceedings of the 13th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Adelaide*, 13-18 August 1995. Adelaide: International Council of Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Available at: <http://casr.adelaide.edu.au/T95/proceed.html> [accessed 5 October 2004].
- Stockwell, T. (2004) Australian alcohol policy and the public interest: a brief report card. *Drug and Alcohol Review*, 23,377-379.
- Stockwell, T., Masters, L., Phillips, M., Gahegan, M., Daly, A., Midford, R. et al. (1998) Consumption of different alcoholic beverages as predictors of local rates of night-time assault and acute alcohol-related morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 237-242.
- Stollznow, K. (2003) Whinger! Wowser! Wanker! Aussie English: deprecatory language and the Australian ethos. *Proceedings of the 2003 Conference of the Australian Linguistic Society*. The University of Newcastle, 26-28 September 2003. Available at: <http://www.newcastle.edu.au/school/lang-media/news/als2003/proceedings.html> [accessed 5 October 2004].
- Ward, R. (1978) *The Australian Legend*. Melbourne: Oxford University Press.
- White, V. & Hayman, J. (2004) *Australian Secondary Students' Use of Alcohol in 2002*. Victoria: The Cancer Council.
- World Advertising Research Center Ltd (2004) *World Drink Trends: 2004*. Henley on Thames: Ware.
- "Australia and alcohol: living down the legend", *Addiction*, Volume 100, No 7, July 2005

Γαλλία: Το αλκοόλ σήμερα

MICHEL CRAPLET*

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη
Translation Georgia Christofili

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στη Γαλλία το ενδιαφέρον της κοινής γνώμης για τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ δημιουργήθηκε μέσα στο πολιτικό κλίμα που ακολούθησε την ήττα στον Γαλλο-Πρωσικό πόλεμο το 1870 και τα γεγονότα της Κομμούνας (La Commune), του λαϊκού

* Διεύθυνση αλληλογραφίας:
Association Nationale de Prevention en Alcoologie et Addictologie
20, rue Saint Fiacre
Paris 75002, France
e-mail : mcraplet@anpa.asso.fr

επαναστατικού κινήματος στο Παρίσι. Τότε η αστική τάξη τρόμαξε και θεώρησε την κατάσταση μέθης που επικρατούσε υπεύθυνη για τα προβλήματα και το ανατρεπτικό πνεύμα που κυριαρχούσαν. Από αυτές τις υπερβολικές απόψεις και παρά τη μακρόχρονη ιστορία ατομικών και κοινωνικών δεινών λόγω της κατανάλωσης αλκοόλ, η Γαλλία συχνά περιγραφόταν ως «η χώρα που οι ντόπιοι έπιναν, τραγουδούσαν και χόρευαν μέχρι τις πρώτες πρωινές ώρες, χωρίς να έχουν κανένα πρόβλημα» [1].

Αν και η βιομηχανική επανάσταση ξεκίνησε στα μέσα του 19ου αιώνα, η Γαλλία εξακολουθεί να είναι μια αγροτική χώρα (όπου οι πλουσιότεροι αγρότες επωφελούνται περισσότερο από τις επιχορηγήσεις της Ευρωπαϊκής Κοινής Αγροτικής Πολιτικής), και τα καλλιεργημένα χωράφια, οι οπωρώνες και τα αμπέλια καλύπτουν το 35% της συνολικής έκτασης της χώρας. Για πολλούς παρατηρητές, η Γαλλία εξακολουθεί να θυμίζει τον κήπο της Εδέμ πριν από την πτώση και η παραδοσιακή, κοινωνική κατανάλωση αλκοόλ συχνά φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά σε σχέση με τις συνέπειες της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση, ένα πρότυπο συμπεριφοράς που έχει αποδοκιμαστεί παγκοσμίως.

ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η παραπάνω άποψη για την κατανάλωση αλκοόλ στη Γαλλία θα πρέπει να επανεξεταστεί, καθώς πολλές αλλαγές έχουν πραγματοποιηθεί με τον εκσυγχρονισμό και την παγκοσμιοποίηση.

Η μέση κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ στη Γαλλία έχει μειωθεί από 19 λίτρα καθαρού αλκοόλ το 1960 σε 10 λίτρα τα μεταγενέστερα χρόνια: αυτό σημαίνει μείωση μεγαλύτερη του 1% το χρόνο για χρονικό διάστημα σαράντα ετών. Η μείωση αφορά ιδιαίτερα την ημερήσια κατανάλωση και παρατηρείται μετακίνηση από τα παραδοσιακά ποτά (το ιδιαίτερα δημοφιλές κρασί) σε εκλεκτά κρασιά, διεθνείς μάρκες μπύρας και άλλα αλκοολούχα ποτά.

Ο κύριος παράγοντας, που θα εξηγούσε τη μείωση στη μέση κατανάλωση αλκοόλ είναι η αλλαγή των συνθηκών διαβίωσης με τη μετακίνηση από την επαρχία στις μεγαλουπόλεις και με την αλλαγή στον τρόπο κατανάλωσης: το αλκοόλ πλέον δεν καταναλώνεται σε κάθε γεύμα κάθε μέρα. Έτσι, καταναλώνεται λιγότερο αλκοόλ τις ώρες εργασίας και περισσότερο τις ώρες διασκέδασης. Όπως και στη βόρεια Ευρώπη, το αλκοόλ εμφανίζεται συχνότερα σε κοινωνικές εκδηλώσεις, σε ποδοσφαιρικούς αγώνες και σε συναυλίες ροκ. Χρησιμοποιείται λιγότερο ως τροφή και περισσότερο ως ναρκωτική ουσία, λόγω των ψυχοτρόπων αποτελεσμάτων που έχει. Για αυτούς τους λόγους, η κατανάλωση μειώθηκε, ενώ παρατηρήθηκαν μεταβολές και στις συνέπειες από τη χρήση του. Οι νέοι άνθρωποι και οι κάτοικοι των πόλεων είναι οι πρωταγωνιστές σε αυτήν την αλλαγή, καθώς αρνούνται να ακολουθήσουν τις συνήθειες των γονιών και των παππούδων τους: αυτό μας οδηγεί στο να υποθέσουμε ότι θα δημιουργήσουν νέες συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ. Πρέπει, επίσης, να επισημανθεί ότι η κατανάλωση κάνναβης, ψυχοτρόπων ουσιών (ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών), καθώς και καπνού (ιδιαίτερα από τις γυναίκες), έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Ως αποτέλεσμα της μείωσης της μέσης κατανάλωσης αλκοόλ, παρατηρείται μείωση στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα που σχετίζονται με αυτό, ωστόσο, με τις νέες συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ παρατηρείται αύξηση στις κοινωνικές επιπτώσεις, λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης σε μια μεμονωμένη περίπτωση.

Το ποσοστό θνησιμότητας από χρόνιες σωματικές παθήσεις που σχετίζονται με το αλκοόλ, όπως είναι η κίρρωση του ήπατος, έχει μειωθεί από 15.000 θανάτους ετησίως το 1960 σε 10.000 σήμερα. Η μείωση των άλλων ιατρικών επιπλοκών (π.χ. παγκρεατίτιδα, πολυνευρίτιδα) οφείλεται επίσης στην αλλαγή του τρόπου κατανάλωσης αλκοόλ. Είναι δύσκολο να εκτιμηθούν οι συνέπειες στο κοινωνικό επίπεδο από τη μέθη και την εξάρτηση από το αλκοόλ. Λαμβάνοντας υπόψη τη μείωση της μέσης κατανάλωσης, συμπεραίνει κανείς ότι ο αριθμός των εξαρτημένων θα έπρεπε να έχει μειωθεί. Ωστόσο ο μεγάλος αριθμός ειδικών κέντρων αποτοξίνωσης που λειτουργούν σήμερα οφείλεται περισσότερο στην αύξηση των αιτημάτων για βοήθεια –κυρίως από τις γυναίκες– και όχι στην αύξηση του προβλήματος, όπως αναφέρει συνήθως ο Τύπος, για να τραβήξει την προσοχή των αναγνωστών, συχνά με τη σύμφωνη γνώμη των παθολόγων που αναζητούν καλύτερες συνθήκες εργασίας.

Ωστόσο, λόγω της έξαρσης του φαινομένου της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση, οι αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις συνεχίζουν να υπάρχουν. Αυτή την πολυπλοκότητα μπορούμε να την αναδείξουμε καλύτερα χρησιμοποιώντας το παράδειγμα των οδικών ατυχημάτων. Τα οδικά ατυχήματα ήταν παλιά το εθνικό μελανό σημείο της Γαλλίας. Η χώρα είχε πολύ μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από οδικά ατυχήματα από όλες τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, σήμερα ο αριθμός αυτών των ατυχημάτων έχει μειωθεί. Τα τελευταία τρία χρόνια έχουν σωθεί 2.500 ζωές, αλλά η υπαιτιότητα του αλκοόλ παραμένει σταθερή: το ένα τρίτο των θανατηφόρων ατυχημάτων εξακολουθούν να σχετίζονται με το αλκοόλ. Στοιχεία για τις άλλες αρνητικές συνέπειες της μέθης λείπουν, όπως τις επιθέσεις, τα βίαια εγκλήματα, τις παιδικές κακοποιήσεις, καθώς και τις περιπτώσεις οικογενειακής βίας. Λόγω του κοινωνικού στιγματισμού που σχετίζεται με το αλκοόλ, πολλές κοινότητες και οικογένειες κρατούν κρυφά τέτοιου είδους προβλήματα. Τον Ιούλιο του 2003, ο γαλλικός Τύπος, απέκρυψε το ρόλο που έπαιξε το αλκοόλ στο θάνατο διάσημης γαλλίδας ηθοποιού. Το ίδιο συνέβη το 1997 στην περίπτωση του μεθυσμένου οδηγού που οδήγησε στο θάνατο την Πριγκίπισσα Νταϊάνα.

Και πάλι μπορούμε να πούμε ότι περάσαμε από τη μία ουσία στην άλλη (κάνναβη και ηρεμιστικά), από τη μία βλάβη στην άλλη, από το ένα θύμα στο άλλο. Υπάρχουν ακόμη σημαντικές διαφοροποιήσεις όσον αφορά στον τρόπο κατανάλωσης αλκοόλ και στις συνέπειες από την κατανάλωση σε διαφορετικές περιοχές της Γαλλίας.

ΠΑΡΟΧΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Περίπου πενήντα χρόνια πριν επικράτησε η πρωτοποριακή αντίληψη ότι οι αλκοολικοί θα έπρεπε να εισάγονται σε νοσοκομεία, αφενός μεν για να φανεί ότι ο αλκοολισμός είναι ασθένεια και αφετέρου για να μην τους παραπέμψουν σε ψυχιατρικές μονάδες.

Τόνισαν την ανάγκη να ληφθεί υπόψη η προσωπικότητα του αλκοολικού (το «άτομο» από ψυ-

χολογικής πλευράς) με τα ιατρικά του προβλήματα και τις κοινωνικές διαταραχές. Για να αντιμετωπιστεί αυτή η πολυπλοκότητα, πολλοί επιστήμονες, που ασχολούνταν με τον αλκοολισμό, συνεχίζουν να ακολουθούν με αυτή τη μέθοδο [2], να ασχολούνται με όλες τις πτυχές του χαρακτήρα και της ζωής του ασθενούς, αν και συχνά εμφανίζονται διάφορες απλοποιημένες μέθοδοι που υπόσχονται θαύματα. Τέτοιες περιπτώσεις αποτέλεσαν η δισουλφιράμη, η ψυχανάλυση, οι ανταγωνιστές των οπιοειδών –ή οι άλλες «θαυματουργές» ουσίες– καθώς και οι σύγχρονες γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες. Οι πρωτοπόροι, γνωρίζοντας πόσο δύσκολο είναι να διατηρήσει κανείς την αποχή σε μία κοινωνία εμποτισμένη στο αλκοόλ, δημιούργησαν συνεργασίες με ομάδες αυτό-βοήθειας αλκοολικών σε ανάρρωση. Εκτός από τους Ανώνυμους Αλκοολικούς, υπάρχουν πολλές εθνικές και τοπικές ομάδες στη Γαλλία (Καθαρή ζωή, Χρυσός Σταυρός, Κυανός Σταυρός) που χρησιμοποιούν τη μέθοδο των ομάδων αυτό-βοήθειας και υποστήριξης. Δεν υπάρχει κεντρική διοικητική δομή στην οργάνωση των υπηρεσιών που προτείνονται από πολλούς φορείς.

- Τα κέντρα εξωτερικής παρακολούθησης –προς το παρόν ονομάζονται Κέντρα Φροντίδας για τον Αλκοολισμό (CCAA) τα οποία δημιουργήθηκαν το χρονικό διάστημα από το 1970 έως το 1990. Μέχρι σήμερα υπάρχουν 220 εξειδικευμένα κέντρα στα οποία η φροντίδα παρέχεται δωρεάν για τον ασθενή.
- Η ενδονοσοκομειακή φροντίδα μπορεί να παρέχεται σε γενικά νοσοκομεία (εξειδικευμένες μονάδες για τον αλκοολισμό), σε ψυχιατρικές πτέρυγες και σε ιδιωτικές κλινικές.

Οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες και τα ιδρύματα έχουν μακρόχρονη πείρα στη θεραπεία. Στηρίζουν την ολοκληρωμένη τους προσέγγιση στο βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο για όλα τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ. Καθώς δεν υπήρχαν άλλοι επαγγελματίες φροντίδας, έπρεπε να αντιμετωπίσουν όλα τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ μόνοι τους, από τη μέθη μέχρι τις ιατρικές συνέπειες που προκαλούνται από την κατάχρηση αλκοόλ και την εξάρτηση. Για μεγάλο χρονικό διάστημα οι γενικοί θεραπευτές συμπεριφέρονταν σαν τους απλούς πολίτες, ταλαντεύονταν ανάμεσα σε συναισθήματα ανικανότητας, αμφιβολίας και απόρριψης όσον αφορά στα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ. Ελπίζουμε να αλλάξουν τα πράγματα με την εκπαίδευση των γενικών γιατρών από το πρόγραμμα του ΠΟΥ (Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας), όπως για παράδειγμα το «Λιγότερο είναι Καλύτερα» (Less is Better, Boire moins c'est mieux, στα αγγλικά και γαλλικά αντίστοιχα), αλλά και με την εξάπλωση των προγραμμάτων βραχύχρονης παρέμβασης για άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ.

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Οι πρωτοπόροι στο χώρο της πρόληψης από καιρό διέβλεπαν την ανάγκη για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση. Οδηγήθηκαν σε αυτή τη διευρυμένη αντίληψη λαμβάνοντας υπόψη ταυτόχρονα τις συνηθισμένες ιατρικές συνέπειες από την κατανάλωση κρασιού για αναψυχή, η οποία συναντάται σε όλες τις μεσογειακές χώρες, καθώς και τις κοινωνικές συνέπειες από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση, φαινόμενο που συναντάται στις βορειοευρωπαϊκές χώρες. Αυτή η σφαιρική προσέγγιση έχει αναζητηθεί από πολύ λίγους ειδικούς και από μη κυβερνητικούς οργανισμούς, οι οποίοι δε δεσμεύονται από τις συνέπειες που έχει η πρόληψη της χρήσης αλκοόλ στην προώθηση της αγοράς. Με έναν τρόπο ιδιαίτερα χαρακτηριστικό στους

Λατίνους, και ακολουθώντας μεθόδους στρουθοκαμηλισμού (για να μην αντιμετωπίσω το πρόβλημα, κρύβω το κεφάλι μου στην άμμο, και έτσι δεν βλέπω ότι υπάρχει), αυτή η οικονομική πραγματικότητα εξηγεί γιατί είναι δύσκολη η εφαρμογή των μεθόδων πρόληψης στη Γαλλία, ιδιαίτερα όσον αφορά τις πολιτικές ελέγχου.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

Ευτυχώς, τη δεκαετία του 1950 ψηφίστηκαν ορισμένοι νόμοι σχετικά με τις άδειες πώλησης αλκοόλ, οι οποίοι δρουν προληπτικά ενάντια στο άνοιγμα καταστημάτων σε κάποιες περιοχές, όπως κοντά σε σχολεία, ενώ ορίζουν το μέγιστο αριθμό καταστημάτων λιανικής πώλησης αλκοολούχων ποτών στις νέες αστικές περιοχές. Ο αριθμός των καταστημάτων με άδεια πώλησης αλκοόλ μειώθηκε από 250.000 το 1960, σε 170.000 σήμερα, ενώ το ωράριο πώλησης αλκοόλ καθορίζεται από τις τοπικές αρχές. Οι περιορισμοί, ωστόσο, δεν αφορούν συγκεκριμένα στο αλκοόλ αλλά στο είδος του καταστήματος. Η πώληση αλκοόλ από αυτόματα μηχανήματα πώλησης απαγορεύεται, δυστυχώς όμως επιτρέπεται η πώληση αλκοόλ από τα βενζινάδικα κατά τη διάρκεια της ημέρας (6 πμ έως 10 μμ).

Σύμφωνα με το Νομικό Πλαίσιο για τη Δημόσια Υγεία (Code de la Santé Publique), απαγορεύεται η είσοδος σε μπαρ σε όλους τους ανήλικους κάτω των 16 ετών, εκτός εάν συνοδεύονται από κάποιον ενήλικο. Η αγορά αλκοολούχων ποτών απαγορεύεται σε άτομα κάτω των 18 ετών, ενώ η πώληση κρασιού και μπύρας απαγορεύεται σε άτομα κάτω των 16 ετών, αποκλειστικά για κατανάλωση εκτός του χώρου πώλησης. Αν και το όριο ηλικίας τηρείται αρκετά καλά για την κατανάλωση εντός του χώρου αγοράς, ωστόσο, δεν τηρείται το ίδιο καλά για την κατανάλωση εκτός του χώρου αγοράς.

Η φορολογία δεν έχει χρησιμοποιηθεί ποτέ ως μέσο πρόληψης. Εάν συγκριθεί ο Δείκτης Τιμών Κατανάλωσης (Consumer Price Index), γίνεται σαφές ότι η πραγματική τιμή του φόρου κατανάλωσης στα αλκοολούχα ποτά έχει μειωθεί ή σταθεροποιηθεί από το 1970 έως το 2000. Παράλληλα, ο δείκτης της πραγματικής τιμής των αλκοολούχων ποτών στη Γαλλία έχει σταθεροποιηθεί ή μειωθεί κατά κάποιες ποσοστιαίες μονάδες [3].

ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ

Αυτή είναι η πιο επιτυχημένη πολιτική για το αλκοόλ στη Γαλλία, όπου ψηφίστηκε ένας νόμος το 1991 που περιορίζει τη διαφήμιση του αλκοόλ (loi Evin [4]). Αυτός ο νόμος είναι πολύ αυστηρός για μια χώρα με τόσο χαλαρό έλεγχο για το αλκοόλ. Ο νόμος αυτός απαγορεύει τη διαφήμιση αλκοόλ στην τηλεόραση και ελέγχει το μήνυμα στις περιπτώσεις που δίνεται άδεια διαφήμισης στο ραδιόφωνο, στον Τύπο ή μέσω αφισών. Οι διαφημιστές επιτρέπεται να εμφανίζουν μόνο το προϊόν που προωθούν, ενώ δεν επιτρέπεται να προβληθούν καθόλου άτομα που κάνουν κατανάλωση αλκοόλ. Από το 1991 πολλές διαφημίσεις που παραβίασαν το συγκεκριμένο νόμο καταδικάστηκαν από τα γαλλικά δικαστήρια. Συνεπώς παρατηρήθηκε μεγάλη αλλαγή στις διαφημίσεις αλκοόλ. Ο νόμος αυτός άλλαξε τη γλώσσα που χρησιμοποιείται στις διαφημίσεις και έτσι περιορίσε το σαγηνευτικό στοιχείο. Φυσικά, ο νόμος αυτός έχει δεχθεί πολλές κριτικές και επιθέσεις, ωστόσο κατάφερε να αντισταθεί στην πίεση που υπέστη από τον Anheuser Bush κατά τη διάρκεια του Παγκοσμίου Κυπέλλου Ποδοσφαίρου στη Γαλλία το 1998. Επίσης, το 2004 η ισχύς του νόμου απειλήθηκε από το λόμπι των πα-

ραγωγών κρασιού. Χάρη στους σθεναρούς αγώνες των ειδικών στο χώρο της δημόσιας υγείας, τον Ιανουάριο πραγματοποιήθηκαν μόνο μερικές μικρές τροποποιήσεις από τη γαλλική βουλή, και έτσι ο νόμος αυτός εξακολουθεί να είναι ένας από τους αυστηρότερους στην Ευρώπη. Με την τροποποίηση αυτή επιτράπηκε να γίνονται κάποια αναφορά στα αντικειμενικά χαρακτηριστικά του προϊόντος (συμπεριλαμβανομένων του χρώματος, της μυρωδιάς, της γεύσης). Επιπλέον, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο αποφάσισε το 2004 (C-262/02) ότι ο νόμος αυτός έρχεται σε συμφωνία με τις ευρωπαϊκές συμβάσεις και με τους στόχους του.

ΟΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η οδήγηση υπό την επίρεια αλκοόλ αποτελεί αδίκημα από το 1959. Το επιτρεπόμενο όριο συγκέντρωσης αλκοόλ στο αίμα (BAC) μειώθηκε από το 1,2 στο 0,8, για να φτάσει σήμερα στο 0,5. Ο τυχαίος έλεγχος της αναπνοής έχει νομική ισχύ από το 1978. Από το 2003, ο νόμος εφαρμόζεται πιο αυστηρά, οι έλεγχοι είναι πιο συχνοί και οι ποινές πιο αυστηρές. Έτσι, οι παραβάτες εκτός από το πρόστιμο και τη φυλάκιση έχουν να αντιμετωπίσουν την αναστολή του διπλώματός τους, για χρονικό διάστημα ενός έως τριών χρόνων, και μετά το πέρας αυτού του διαστήματος μπορεί ζητηθεί η έκδοση νέου διπλώματος κατόπιν ιατρικής εξέτασης. Ωστόσο, όπως υποστηρίζει ο ειδικός για τη δημόσια υγεία και την οδική ασφάλεια καθηγητής C. Got, «Υπάρχουν, ακόμη, πολλές διαφορές στην ποιότητα των προληπτικών και αποτρεπτικών ελέγχων (στις διάφορες περιοχές της χώρας)» [5].

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Στη Γαλλία, όπως και σε άλλες μεσογειακές χώρες, δίνεται έμφαση σε στρατηγικές ενημέρωσης και πειθούς. Ανά τακτά χρονικά διαστήματα οργανώνονται καμπάνιες στα μέσα μαζικής ενημέρωσης από επίσημα όργανα του Εθνικού Ινστιτούτου Πρόληψης και Ενημέρωσης για την Υγεία (INPES). Αυτές οι καμπάνιες, για να είναι πραγματικά επιτυχημένες, πρέπει να υποστηρίζονται από τοπικά προγράμματα. Ένα σημαντικό μέρος αυτής της βασικής δουλειάς πρόληψης πραγματοποιείται με μικρή οικονομική υποστήριξη από τον Εθνικό Οργανισμό Πρόληψης για το Αλκοόλ και τα Ναρκωτικά (ANPAA), ένα μη-κυβερνητικό οργανισμό που ιδρύθηκε το δέκατο ένατο αιώνα. Η έλλειψη υποστήριξης από τους κρατικούς φορείς, ωστόσο, αφήνει περιθώρια δράσης στους παραγωγούς αλκοόλ, οι οποίοι οργανώνουν καμπάνιες, για την οδική ασφάλεια για παράδειγμα, υποστηρίζοντας την ιδέα του «προκαθορισμένου οδηγού». Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών δεν αξιολογείται: ενώ διαδίδουν πληροφορίες για τη μείωση της βλάβης, αυτές συχνά δεν συμβαδίζουν με μια ολοκληρωμένη προσέγγιση πρόληψης.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΒΑΣΗ

Το 1979 ο Πιερ Φουκέτ ίδρυσε τη Γαλλική Εταιρεία για τον Αλκοολισμό [6], με στόχο να αναπτύξει την επικοινωνία μεταξύ των μελών και των οργανισμών διαφορετικών ειδικοτήτων που ασχολούνται με το ζήτημα της χρήσης αλκοόλ. Τα τελευταία χρόνια αυτή η επιστημονική κοινότητα έχει συγκεντρώσει το αποτέλεσμα μεγάλης κλινικής πείρας, δημοσιεύοντας άρθρα συνεδρίων και εγχειρίδια με πρακτικές οδηγίες [7,8].

Πολλοί τομείς παραμένουν υποανάπτυκτοι στη Γαλλία, όπως είναι ο χώρος των κοινωνικών και βιοϊατρικών μελετών. Παρατηρώντας την έλλειψη ενδιαφέροντος των κρατικών επιστημονικών εργαστηρίων για τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, κατανοούμε για ποιο λόγο οι κοινωνιολόγοι και οι βιολόγοι στρέφονται για τη χρηματοδότηση των μελετών τους στην βιομηχανία αλκοόλ. Ωστόσο, οι ερευνητές αυτοί δεν έρχονται αντιμέτωποι στη δουλειά τους με ανθρώπους που υποφέρουν από τις ανήθικες προσπάθειες των παραγωγών να αυξήσουν τη διαθεσιμότητα και την κατανάλωση του αλκοόλ.

ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ, ΚΡΑΤΟΥΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Η Γαλλία χρειάστηκε να περιμένει μέχρι το 1950 για να φτάσει στη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης δημόσιας πολιτικής για το αλκοόλ, η οποία ενισχύεται από μια διυπουργική επιτροπή που είναι υπόλογη στον πρωθυπουργό, την Ανώτατη Επιτροπή Μελετών και Ενημέρωσης για τον Αλκοολισμό (Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme). Η κίνηση αυτή ξεκίνησε από ένα γενναίο πολιτικό της αριστερής πτέρυγας, τον Pierre Mendès-France, το 1954 και συνεχίστηκε από τον δεξιό Michel Debré το 1959. Την ίδια περίοδο ο δημογράφος Sully Ledermann δημοσίευσε μια μελέτη που οδήγησε σε ένα γενικό μοντέλο κατανάλωσης αλκοόλ. Ωστόσο, οι προτάσεις πολιτικής του Ledermann εφαρμόστηκαν μόνο στη βόρεια Ευρώπη και έγιναν γνωστές στη Γαλλία μέσα από τις δημοσιεύσεις σε αυτές τις περιοχές. Κανείς δεν είναι προφήτης στη δική του χώρα. Η Ανώτατη Επιτροπή Μελετών και Ενημέρωσης για τον Αλκοολισμό έχασε την εύνοια του πρωθυπουργού στη δεκαετία του 1980 και οι αρμοδιότητές της περιορίστηκαν. Σημαντικές αλλαγές έχουν πραγματοποιηθεί πρόσφατα, μέσα στη δεκαετία του 1990, όταν οι πολιτικοί επέτρεψαν επιτέλους στους ειδικούς να ορίσουν νέα πολιτική για την υγεία, σύμφωνα με την οποία τα προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ βρήκαν τη θέση που τους αρμόζει μεταξύ των υπόλοιπων εξαρτήσεων. Η Διυπουργική Επιτροπή για την Καταπολέμηση των Ναρκωτικών και της Τοξικοεξάρτησης (Mission Interministerielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) είναι ένας φορέας επίσης υπόλογος στον πρωθυπουργό, και από τον οποίο ζητήθηκε να προσθέσει στο πρόγραμμά της επιτροπής το αλκοόλ, τον καπνό και τις ψυχοτρόπες ουσίες (Τριετές Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Τοξικοεξάρτησης και την Πρόληψη των Εξαρτήσεων). Δυστυχώς, όμως υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατανάλωση αλκοόλ ευνοείται από τη νέα πολιτική πλειοψηφία, που εξελέγη το 2002, η οποία κάνει αναφορές στη γαλλική παράδοση και την «τέχνη του ευ ζειν» (art de vivre), συνδέοντάς την πάντα με τη χρήση αλκοόλ. Η νέα δεξιά πτέρυγα του κοινοβουλίου τονίζει το πρόβλημα από τη χρήση παράνομων ουσιών και εναποθέτει τις ελπίδες της περισσότερο στην καταστολή παρά στην ενημέρωση, αμελώντας και πάλι το πρόβλημα του αλκοόλ. Χωρίς έντονη πολιτική κινητοποίηση, η συνεργασία των διαφόρων κρατικών και ιδιωτικών φορέων είναι συχνά δύσκολη.

Η αμφιθυμία των γαλλικών αρχών μπορεί να ερμηνευθεί καλύτερα μέσα από τα οικονομικά στοιχεία, καθώς η παραγωγή και η πώληση του αλκοόλ αποτελεί το 10% του ΑΕΠ της χώρας. Όμως, η ανευθυνότητα αυτής της στάσης είναι σαφής σε μια χώρα όπου το ιατρικο-κοινωνικό κόστος από τις συνέπειες της κατάχρησης αλκοόλ υπολογίζεται στα 1,2 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως [9].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο Thomas Babor έγραψε πρόσφατα ότι: «Αναφορικά με το πρόβλημα του αλκοόλ, η Γαλλία διατηρεί μια ενδιαφέρουσα θέση στη μέση της Ευρώπης. Οι Γάλλοι πίνουν πολλά και διαφορετικά αλκοολούχα ποτά, ενώ παράλληλα πειραματίζονται και με διαφορετικές συνήθειες συμπεριφοράς στη χρήση αλκοόλ, γεγονός που οδηγεί σε πολλά προβλήματα. Δημιουργεί αμφιθυμία ανάμεσα στις διαφορετικές αντιδράσεις, ανάμεσα δηλαδή στις πολιτικές για τον έλεγχο του αλκοόλ και στη μείωση της διάθεσής του όπως στον αγγλοσαξωνικό κόσμο, και στην ενημέρωση για την υγεία και στον περιορισμό της ζήτησης, όπως στις μεσογειακές χώρες. Αυτός είναι ο λόγος, που θεωρώ ότι οι εμπειρίες των Γάλλων πρέπει να γίνουν ευρέως γνωστές» [10]. Σύμφωνα με αυτή τη συμβουλή λοιπόν, οι γάλλοι ειδικοί για τον αλκοολισμό και τις εξαρτήσεις, όπως αυτοαποκαλούνται, θα μπορούσαν να συμβάλλουν βοηθώντας την ανθρωπότητα σε αυτό το συνεχιζόμενο πρόβλημα: πώς να ζει κανείς έχοντας συνείδηση της θνητής του ύπαρξης και αντιμετωπίζοντας συχνά άσχημες συνθήκες διαβίωσης, χωρίς να καταφεύγει στη λήψη επικίνδυνων τοξικών ουσιών.

Παραπομπές

1. Craplet, M. (2001) Alcohol problems: is there a specifically French view? *Addiction*. 96, 805-807.
2. Craplet, M. (2005) *A consommer avec modération*. Paris: Odile Jacob.
3. Osterberg, E. & Karlsson, T. (2002) *Alcohol Policies in EU member states and Norway*, p. 182. Helsinki: Stakes.
4. Rigaud, A. & Craplet, M. (2004) The loi Evin, a French exception. *The Globe*. 1-2, p. 33-36.
5. Got, C. (2004) *Alcohol and traffic safety: France, United Kingdom, Italy*. Paris: Focus.
6. Fouquet, P. (1988) Journal interview 17—Conversation with Pierre Fouquet. *British Journal of Addiction*, 83, 7-10.
7. Société Française d'Alcoologie(1999) Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant [Objectives, indications and modalities of withdrawal in alcohol dependant patients]. *Alcoologie*, 21 (suppl2).
8. Société Française d'Alcoologie (2001) Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage [Modalities of supportive care after withdrawal in alcohol-dependant subjects], *Alcoologie et Addictologie*, 23, (suppl 2).
9. Fenoglio, P., Parel, N. & Kopp, P. (2003) The social costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in France, 1997. *European Addiction Research*, 9, 18-28.
10. Craplet, M. (2004) L'Europe, manque de souffle ou overdose d'alcool? [European Union, loss of spirit or alcohol overdose?]. *Addictions*, 8, 13. [ANPAA magazine].

"France: alcohol today",
Addiction, Nolume 100, No 10, October 2005

Ηνωμένο Βασίλειο: Το αλκοόλ σήμερα
DUNCAN RAISTRICK*

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη
Translation Georgia Christofili

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η ένατη από τις δεκατέσσερις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ στο τραπέζι, αλλά μόλις δεύτερη μετά τη Γερμανία στην παραγωγή μπίρας. Περίπου 1,47 εκατομμύρια άνθρωποι ασχολούνται με τη λιανική πώληση αλκοόλ, έχοντας άδεια, και με άλλες σχετικές βιομηχανίες [1]. Ο αριθμός των χώρων που έχουν άδεια πώλησης αλκοόλ, των μπαρ και των ξενοδοχείων έχει παραμείνει σταθερός τα τελευταία χρόνια, περίπου στις 88.000 [1]. Οι άνθρωποι απολαμβάνουν ιδιαίτερα να τρώνε έξω, και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί μια βασική δραστηριότητα διασκέδασης. Το 2003 ξοδεύονταν για το αλκοόλ £74.766 ανά λεπτό του έτους ποσό που συνολικά έφτασε στα £13.477 εκατομμύρια σε έσοδα, ποσοστό 4,5% από το σύνολο των εσόδων του Υπουργείου Οικονομικών [1]. Η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει αυξηθεί από τα 6,6 λίτρα το 1973 στα 9,1 λίτρα το 2003 [1], γεγονός που φάνηκε στη «Γενική Έρευνα για τα Νοικοκυριά» [2], καθώς το 27% των ανδρών και το 17% των γυναικών υπερβαίνουν το όριο ασφαλούς κατανάλωσης αλκοόλ ανά εβδομάδα (21 και 14 μονάδες αντίστοιχα), ενώ το 7% και το 3% υπερβαίνουν τα όρια επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ (50 και 35 μονάδες αντίστοιχα). Οι πιο αισιόδοξες εκτιμήσεις για την Αγγλία και την Ουαλία υπολογίζουν τουλάχιστον σε 7 εκατομμύρια τα άτομα που κάνουν επικίνδυνη ή επιβλαβή χρήση αλκοόλ και τουλάχιστον σε 1 εκατομμύριο τους εξαρτημένους χρήστες από το αλκοόλ. Το κόστος από τις βλάβες που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ στις υπηρεσίες υγείας εκτιμάται στα £1,7 δισεκατομμύρια. Ακόμη, το αλκοόλ ευθύνεται για 11.300 έως 17.900 θανάτους, λόγω χρόνιων παθήσεων, ενώ η οικονομία επιβαρύνεται με περίπου £7,3 δισεκατομμύρια λόγω της σχετιζόμενης εγκληματικότητας και £6,4 δισεκατομμύρια για την τήρηση της δημόσιας τάξης [3]. Επιπλέον, υπάρχουν κι άλλες συνέπειες που δεν μπορούν να προσδιοριστούν, όπως είναι για παράδειγμα οι επιπτώσεις στα παιδιά καθώς και η απόγνωση που βιώνεται από τα άτομα. Το συνολικό κόστος μπορεί να φτάσει τα £20 δισεκατομμύρια, ή, εάν το εξετάσουμε από άλλη οπτική, υπερβαίνει κατά £6 δισεκατομμύρια τα έσοδα.

Η πολιτική για το αλκοόλ έχει εξελιχθεί διαφορετικά στα διάφορα τμήματα του Ηνωμένου Βασιλείου. Το 2000 η Ουαλία τάχθηκε υπέρ μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για το αλκοόλ και τις ουσίες που ονομάστηκε *Αντιμετωπίζοντας την Κατάχρηση Ουσιών στην Ουαλία: Μια Προσέγγιση Συνεργασίας* [4]. Στην Ουαλία ισχύουν οι ίδιοι νόμοι σχετικά με τις άδειες για το αλκοόλ με την Αγγλία. Το ίδιο έτος στη Βόρεια Ιρλανδία υιοθετήθηκε η *Στρατηγική για τη Μείωση της Βλάβης από το Αλκοόλ* [5], η οποία εστίαζε στην προαγωγή της υγείας, αλλά θα εφαρμοζόταν από ομάδες συντονισμού για τα

* Clinical Director
Leeds Addiction Unit
19 Springfield Mount
Leeds LS2 9NG, UK
E-mail: duncan.raistrick@nhs.net

ναρκωτικά και το αλκοόλ. Στη Σκωτία, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης του 2002 [6] υποστήριξε ένα πλαίσιο υπηρεσιών σε μια δομή τεσσάρων επιπέδων για τις θεραπευτικές υπηρεσίες. Στη Σκωτία, ισχύουν διαφορετικοί νόμοι για τις άδειες για το αλκοόλ από ό,τι στην Αγγλία, όμως η νέα νομοθεσία έχει τους ίδιους στόχους με το νόμο για τις άδειες στην Αγγλία και στην Ουαλία το 2003 [7]. Στο έντυπο για την πολιτική «Επιλέγω την Υγεία» [8] από το Υπουργείο Υγείας υπάρχουν αναφορές στο αλκοόλ: είναι εντυπωσιακό ότι η ομάδα Πόρτμαν αναφέρεται ως σημαντικός συνεργαζόμενος φορέας για την αντιμετώπιση της «υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ σε μία μεμονωμένη περίπτωση» (binge drinking). Η δημοσίευση της πρώτης *Πολιτικής για τη Μείωση της Βλάβης που σχετίζεται με το αλκοόλ στην Αγγλία* [3] το 2004 ήταν ιδιαίτερα σημαντική, καθώς αποκάλυπτε τον τρόπο σκέψης σε κυβερνητικό επίπεδο. Υπάρχει η πεποίθηση ότι η πολιτική αυτή επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από την ομάδα Πόρτμαν, η οποία θεωρείται ότι εκπροσωπεί τα συμφέροντα της ποτοβιομηχανίας υποστηρίζοντας μη αποτελεσματικά μέτρα ελέγχου [9]. Στη δημοσίευση της πολιτικής αναφέρεται ξεκάθαρα ότι δεν θα ληφθεί κανένα μέτρο για την κάλυψη της κατά κεφαλή κατανάλωσης, κάτι που ουσιαστικά αποτελεί προεκλογική κίνηση για τη στρατηγική πρόληψης, και το κείμενο εστιάζει στις δράσεις για την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Αυτή η ιδέα συζητήθηκε πρώτη φορά με τη δημοσίευση του άρθρου «Λογική χρήση αλκοόλ» [10], ενός πολύ καλού άρθρου, το οποίο όμως μετέφερε ένα μπερδεμένο μήνυμα και ερμηνεύθηκε από το κοινό περισσότερο ως πολιτική χαλάρωσης των μέτρων ασφαλείας παρά ως μέτρο περιορισμού της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση. Η πολιτική της Αγγλίας ακολουθήθηκε με ένα συμβουλευτικό κείμενο με τίτλο «Ευθύνη για τη χρήση αλκοόλ» [11], το οποίο σε γενικές γραμμές περιελάμβανε τις αρνητικές συνέπειες της επέκτασης του επιτρεπόμενου ωραρίου κατανάλωσης αλκοόλ, σύμφωνα με το νέο νόμο για τη χορήγηση αδειών.

Το Συμβούλιο της Υγείας στη Σκωτία (Health Technology Board for Scotland) κατέληξε ότι η συμπεριφορική εκπαίδευση αυτό-ελέγχου, η θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης, η θεραπεία ζευγαριών, η οικογενειακή θεραπεία και η εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης και κοινωνικές δεξιότητες προτείνονται ως οι καλύτερα τεκμηριωμένες θεραπείες. Το Acamprosate και η δισουλφιράμη που χορηγείται από το στόμα προτείνονται, επίσης, ως συμπληρωματική υποστήριξη στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Ο Εθνικός Φορέας Θεραπείας στην Αγγλία (National Treatment Agency for England) θα δημοσιεύσει τα Μοντέλα Κοινωνικής Φροντίδας για το Αλκοόλ (Models of Care for Alcohol) το 2005, στο οποίο θα ορίζονται τέσσερα επίπεδα παροχής υπηρεσιών όμοια με την προσέγγιση στη Σκωτία ο Φορέας επίσης ανέθεσε την αναθεώρηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Τώρα υπάρχει μια καλή βάση δεδομένων που υποστηρίζει την κλινική πρακτική και μια γενική συμφωνία για τη μελλοντική πορεία των υπηρεσιών θεραπείας. Τα μοντέλα των σύντομων παρεμβάσεων, της κινητοποίησης και των κοινωνικών θεραπειών είναι τόσο ευρέως διαδεδομένα όσο και η επιστημονική πλέον τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους [13]. Η Επιτροπή για τις θεραπευτικές προσεγγίσεις για το αλκοόλ στην Αγγλία [14], γνωρίζοντάς το, σύγκρινε την κοινή θεραπεία κινητοποίησης με μια νέα θεραπευτική προσέγγιση κοινωνικής δικτύωσης, και φάνηκε ότι και οι δύο είχαν εξίσου καλά αποτελέσματα. Αυτό το κοινό εύρημα, ότι δύο θεωρητικά διαφορετικά μοντέλα θεραπείας έχουν παρόμοια αποτελέσματα, έχει οδηγήσει σε μεγαλύτερη αμφισβήτηση όσον αφορά στις θεραπευτικές διαδικασίες, κυρίως σχετικά με τη σημασία των μεταβλητών που αφορούν στο θερα-

πευτή [15] και στα γεγονότα ζωής, πέρα από τη συγκεκριμένη θεραπεία [16]. Ο Εθνικός Φορέας για τη Θεραπεία έχει αναλάβει τη διάδοση σημαντικών ερευνητικών ευρημάτων όπως τα παραπάνω, καθώς και την παρουσίαση των επιπτώσεων που έχουν στην πράξη. Το Υπουργείο Υγείας υποστηρίζει οκτώ ερευνητικά προγράμματα, στην Αγγλία και στην Ουαλία, με στόχο να ενισχύσει μια στρατηγική προσέγγιση στις ερευνητικές δράσεις. Ωστόσο, η ελλιπής χρηματοδότηση και ο βραχυπρόθεσμος σχεδιασμός περιορίζουν τις δυνατότητες για μια καλή ποιοτικά έρευνα [17].

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπάρχει μια ασυνέπεια όσον αφορά τα διαθέσιμα στοιχεία και τα στοιχεία που τελικά επιλέγονται για να ενημερωθούν εκείνοι που διαμορφώνουν τις πολιτικές. Το πρόγραμμα φροντίδας της υγείας έχει αντικατασταθεί με το πρόγραμμα δημόσιας τάξης, όπως ακριβώς συνέβη και με τα προγράμματα παράνομων ουσιών. Η τρέχουσα ενασχόληση με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση και η παράλληλη κατανάλωση αλκοόλ με υπευθυνότητα απαλλάσσουν την κυβέρνηση και τη βιομηχανία παραγωγής αλκοόλ από την επιβολή ορίων στη διαθεσιμότητα αλκοόλ. Η θεραπεία θα εστιαστεί στα άτομα που κάνουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπάρχουν περίπου 800 υπηρεσίες για τη θεραπεία της κατάχρησης ουσιών, οι περισσότερες από τις οποίες ασχολούνται εξίσου με τη χρήση αλκοόλ και τη χρήση παράνομων ουσιών. Η αξιολόγηση της απόδοσης αυτών των υπηρεσιών όσον αφορά στους βασικούς στόχους που έχουν τεθεί είναι συνεχής, όπως ακριβώς και των υπηρεσιών που τις εφαρμόζουν: του Υπουργείου Υγείας, του Εθνικού Φορέα Θεραπείας, των Ομάδων Δράσης για τις Ουσίες, των Υπηρεσιών Χάραξης Πολιτικής και του κυβερνητικού φορέα. Οι φορείς που παρέχουν αυτού του είδους τις υπηρεσίες έχουν περιορισμένες ευκαιρίες για ανεξάρτητη σκέψη. Υπάρχουν, όμως, και πλεονεκτήματα από την προσέγγιση αυτή, που γενικά εκφράζονται από μια πιο βελτιωμένη και κοινά αποδεκτή μορφή, ωστόσο, με εξαιρετικά πολλή γραφειοκρατία καθώς και με τη μετακίνηση εξειδικευμένων επαγγελματιών στο επικερδές δίκτυο των διοικητικών υπηρεσιών. Ο έλεγχος και η διατήρηση των ισορροπιών στα σωματεία των επαγγελματιών των ερευνητικών ινστιτούτων και των ομάδων υποστήριξης, όπως είναι η Alcohol Concern, είναι ελάχιστοι. Η Εταιρεία για τη Μελέτη της Εξάρτησης [18] είναι εξαίρεση, στο ότι αποτελεί μια ανεξάρτητη πηγή έμπνευσης που έχει ολοκληρώσει προγράμματα όπως το «Ας αντιμετωπίσουμε το αλκοόλ μαζί» [19] και υποστηρίζει παρόμοια προγράμματα σε διεθνές επίπεδο.

Το θέμα εδώ είναι, εάν είναι προτιμότερο η κεντρική διοίκηση να οριστεί υπεύθυνη για τον έλεγχο της πολιτικής για το αλκοόλ ή να οριστεί κάποιος ανεξάρτητος οργανισμός με αυτό το στόχο. Όσοι είναι ανεξάρτητοι από τον κυβερνητικό έλεγχο θα πρέπει να ασχολούνται επίσης και με τη διαμόρφωση της πολιτικής, τουλάχιστον, όσον αφορά στις στρατηγικές πρόληψης και θεραπείας. Η γραφειοκρατία που καλύπτει το συντονισμό και τη διαμόρφωση μιας πολιτικής για την κατάχρηση ουσιών δεν έχει ακόμη αξιολογηθεί, όμως υφίσταται τόσο στο οικονομικό επίπεδο όσο και στον έλεγχο της πολιτικής. Οι Εθνικές Στρατηγικές αναπόφευκτα εμπλέκουν πολλούς διαφορετικούς τομείς, εάν όμως συμφωνηθεί, ένα Υπουργείο, πιθανότατα το Οικονομικών, πρέπει να διασφαλίζει ότι το κόστος για το αλκοόλ δε μειώνεται, ή ακόμη καλύτερα ότι η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ δεν αυξάνεται. Σε αντίθεση με έναν κατακλυσμό νέων πρωτοβουλιών, η αποτελεσματική εφαρμογή των ήδη γνωστών θα ήταν η οικονομικότερη λύση και αυτή με τα περισσότερα αποτελέσματα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο δε συζητείται να μεταφέρεται η εμπειρία άλλων χωρών στην αγγλική κουλτούρα. Η μετά-

δοση γνώσεων και συστημάτων με πιο ολοκληρωμένο τρόπο θα βοηθούσε σημαντικά στην οργάνωση των υπηρεσιών στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ο τρόπος προσέγγισης των αποδεκτών των υπηρεσιών, ο τρόπος διασφάλισης της ποιότητας της θεραπείας και ο τρόπος δουλειάς με όσους δέχονται θεραπευτικές υπηρεσίες, αποτελούν ενδεικτικά παραδείγματα σύμφωνα με τα οποία το Ηνωμένο Βασίλειο θα μπορούσε να μιμηθεί την πρακτική άλλων κρατών με μεγαλύτερη εμπειρία στους συγκεκριμένους χώρους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ την Clare Pace, Υπεύθυνη για τη διδασκαλία Κοινωνικής Πολιτικής στη Μονάδα για τις Εξαρτήσεις στο Leeds και για τα πρόσφατα στοιχεία σχετικά με τις πρωτοβουλίες πρόληψης.

Παραπομπές

1. British Beer and Pub Association (2004) *The Statistical Handbook 2004*. London: Brewing Publications.
2. Office of National Statistics (ONS) (2004) *Living in Britain No 31: Results from the 2002 General Household Survey*. London: TSO.
3. Cabinet Office (2004) *Alcohol Harm Reduction Strategy for England*. London: Strategy Unit.
4. National Assembly for Wales (2000) *Tackling Substance Misuse in Wales: a Partnership Approach*. Cardiff: The National Assembly for Wales.
5. Department of Health, Social Services and Public Safety (2000) *Strategy for Reducing Alcohol Related Harm*. Belfast: Northern Ireland Assembly.
6. Scottish Advisory Committee on Alcohol Misuse (2002) *Plan for Action on Alcohol Misuse*. Edinburgh: Scottish Executive.
7. The Stationery Office (2003) *The Licensing Act 2003*. London: TSO.
8. Department of Health (2004) *Choosing Health: Making Healthier Choices Easier*. London: Department of Health.
9. Edwards, G., West, R., Babor, T. F., Hall, W. & Marsden, J. (2004) An invitation to an alcohol industry lobby to help decide public funding of alcohol research and professional training: a decision that should be reversed. *Addiction*, 99, 1235.
10. Department of Health (1995) *Sensible Drinking*. Report of an Inter Departmental Working Group. London: Department of Health.
11. Department for Culture, Media and Sport (DCMS), Office of the Deputy Prime Minister and The Home Office (2005) *Drinking Responsibly: the Government's Proposals*. London: The Home Office and DCMS Joint Alcohol Team.
12. Slattery, J., Chick, J., Cochrane, M., Craig, J., Godfrey, C, Kohli, H. *et al.* (2003) *Prevention of Relapse in Alcohol Dependence*. Health Technology Assessment Report 3. Glasgow: Health Technology Board for Scotland.
13. Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002) Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
14. UK Alcohol Treatment Trial Research Team (UKATT) (in press) Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK Alcohol Treatment Trial. *BMJ*.
15. Meier, P. S., Barrowclough, C. & Donmall, M. C. (2005) The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100, 304-316.

16. Tucker, J. A. & King, M. P. (1999) Resolving alcohol and drug problems: influences on addictive behaviour change and help-seeking. In: Tucker, J. A., Donovan, D. M. & Marlatt, G. A., eds. *Changing Addictive Behaviours*, pp. 98-105. New York: Guilford Press.
17. Alcohol Concern (2002) *100% Proof. Research for Action on Alcohol*. London: Alcohol Concern.
18. Tober, G. (2004) The Society for the Study of Addiction (SSA). *Addiction*, 99, 677-685.
19. Raistrick, D., Hodgson, R. & Ritson, B., eds (1999) *Tackling Alcohol Together*. London: Free Association Books.

"United Kingdom: alcohol today"
Addiction, Nolume 100, No 9, September 2005

Ινδία: Αλκοόλ και δημόσια υγεία

VIVEK BENGAL*

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη
Translation Georgia Christofili

ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Ο ινδικός πολιτισμός θεωρείται παραδοσιακά «στεγνός» όσον αφορά το αλκοόλ, ή «απέχων» [1] από τη χρήση αλκοόλ. Η πρόσφατη Έρευνα σε Εθνικό Επίπεδο για τη Χρήση Αλκοόλ [2], που είναι η μόνη συστηματική προσπάθεια να καταγραφεί σε εθνικό επίπεδο η επικράτηση της χρήσης ουσιών κατέγραψε χρήση αλκοόλ τον περασμένο μόνο χρόνο από το 21% των ανήλικων ανδρών. Όπως είναι αναμενόμενο, αυτός ο αριθμός δεν αντιπροσωπεύει τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν σε μια χώρα τόσο μεγάλη και πολύπλοκη όσο η Ινδία. Η επικράτηση κυμάνθηκε από το χαμηλό 7% στη δυτική πολιτεία του Gujarat (όπου επισήμως το αλκοόλ απαγορεύεται) έως το 75% στη Βορειοανατολική πολιτεία του Arunchal Pradesh, ενώ υπάρχουν και πολλές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Η επικράτηση του αλκοόλ στις γυναίκες σταθερά εκτιμάται σε ποσοστό χαμηλότερο του 5% [3-5], αλλά είναι αρκετά υψηλότερη στις Βορειοανατολικές πολιτείες. Σημαντικά υψηλότερη χρήση έχει καταγραφεί στις διαφορετικές φυλές, στις επαρχίες και στις χαμηλού οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου περιοχές [6,7,25].

Η κατά κεφαλή κατανάλωση είναι 2 λίτρα ανά ενήλικα ανά έτος (όπως υπολογίστηκε με βάση τις επίσημες πωλήσεις του 2003 και τα στοιχεία για τον πληθυσμό). Μετά την προσαρμογή των στοιχείων, ώστε να συυπολογιστεί και η μη καταγεγραμμένη κατανάλωση (παράνομα ποτά, καθώς και προϊόντα με φοροαπαλλαγή), τα οποία αποτελούν το 45-50% της συνολικής κατανάλωσης [8,9], το τελικό νούμερο πιθανόν να είναι τα 4 λίτρα. Το ποσοστό αυτό εξακολουθεί να είναι χαμηλό σε σχέση με το αντίστοιχο των κρατών με υψηλή κατανάλωση αλκοόλ. Τα οινοπνευματώδη που έχουν άδεια κυκλο-

* Associate Professor of Psychiatry
 Deaddiction Centre
 National Institute of Mental Health and Neurosciences
 Bangalore 560029 - India
 Email: vbenegal@nimhans.kar.nic.in

φορίας από την κυβέρνηση (αποσταγμένα ποτά 33,3% βαθμών αλκοόλ, αναμειγμένα με νερό), τα ινδικής παραγωγής ξένα ποτά όπως το ούισκυ, το ρούμι, η βότκα και το τζιν (περιεκτικότητα 42% βαθμών αλκοόλ) και τα παράνομα αποσταγμένα ποτά (με άγνωστη περιεκτικότητα σε οινόπνευμα) αποτελούν περισσότερο από το 95% των ποτών που καταναλώθηκαν από άντρες και γυναίκες. Η μπίρα καταναλώθηκε σε ποσοστό χαμηλότερο του 5% (70% των πωλήσεων μπίρας αφορούσε δυνατές μπίρες με περιεκτικότητα πάνω από 8% βαθμούς αλκοόλ), ενώ το κρασί αποτελεί μια, εν δυνάμει, συνεχώς αυξανόμενη αγορά.

Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΟΜΗ ΜΙΑΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΜΕ ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Αυτή η εμφανής παράδοση μπορεί, ωστόσο, να είναι νέο φαινόμενο με σχετικά πρόσφατες ρίζες. Οι εκτενείς καταγραφές των διαφόρων αποσταγμένων ποτών και των ποτών από ζύμωση που παρασκευάζονται από φρούτα, σπόρους και λουλούδια [10], τα αρχαιολογικά ευρήματα για αποστακτήρια στην αρχαία Ινδία [c. 200 BCE] [11], οι λεπτομερείς κανονισμοί για την παραγωγή, τις πωλήσεις, τη φορολογία και τη δημόσια μέθη [12], η εξύμνηση από τη λαϊκή λογοτεχνία των τελετουργικών εορτασμών με κατανάλωση αλκοόλ και από τα δύο φύλα [13], η πρώιμη επίγνωση των ιατρικών συνεπειών από την υπερβολική χρήση [14] και οι συχνές προειδοποιήσεις για τη χρήση αλκοόλ από τους ανώτερους κληρικούς [15] δεν υποστηρίζουν την ύπαρξη ενός μακροχρόνιου πολιτισμού που απείχε από τη χρήση. Η ταχεία κοινωνική ανάπτυξη κατά την περίοδο των αποικιών μετέτρεψε μια κοινωνία, η οποία με εξαίρεση την ομάδα της ανώτατης ιερατικής κάστας των Ινδουιστών (brahmin), είχε μέχρι τότε υιοθετήσει μια, σχετικά, ήπια στάση απέναντι στη χρήση αλκοόλ [16,17]. Η εμφάνιση της μέσης αστικής τάξης, η οποία συμμετείχε στην ταχεία βιομηχανική ανάπτυξη του 19^{ου} αιώνα, οδήγησε σε κοινωνικοοικονομική ενίσχυση των κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων. Οι αλλαγές στη διατροφή ήταν μία από τις συνήθειες που κατά κύριο λόγο υιοθέτησαν τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, για να αποκτήσουν υψηλότερο κοινωνικό επίπεδο. Ως αποτέλεσμα του φαινομένου του Σανσκριτισμού (Sanskritization) [18], η ανερχόμενη μεσαία τάξη υιοθέτησε τις συνήθειες της χορτοφαγίας και της αποχής από το αλκοόλ της ανώτερης κοινωνικής τάξης [19]. Παράλληλα το “abkari” (η πολιτική έμμεσης φορολογίας) της κυβέρνησης των αποικιοκρατών, η οποία περιόριζε την παρασκευή αλκοολούχων ποτών, μόνο, στα κυβερνητικά αποστακτήρια, οδήγησε στην ταχεία αντικατάσταση των παραδοσιακών αλκοολούχων ποτών από τα βιομηχανικά προϊόντα μαζικής παραγωγής, με υψηλότερη περιεκτικότητα σε αλκοόλ και μικρότερη ποικιλία, των οποίων οι τιμές σταδιακά αυξήθηκαν, λόγω της συνεχώς αυξανόμενης φορολογίας [20]. Η τρομακτική αύξηση του αριθμού των αποστακτηρίων, η δημοπράτηση των δικαιωμάτων για κατοχή αποστακτηρίου καθώς και η πώληση απεριόριστων ποσοτήτων αλκοολούχων ποτών οδήγησαν στην αύξηση της κατανάλωσης και σε φαινόμενα μέθης και εγκληματικότητας [21]. Το γεγονός αυτό ταυτίστηκε ολοένα και περισσότερο με την αγγλική κυριαρχία, και έτσι, η κατανάλωση αλκοόλ εντάχθηκε στα «μειονεκτήματα» της αγγλικής κυριαρχίας [22, 23]. Η χρήση αλκοόλ άρχισε να θεωρείται από την υψηλή κοινωνία ως αταβιστικό χαρακτηριστικό των πρωτόγονων πολιτισμών και των φτωχών (η χρήση αλκοόλ στις φυλές, που λόγω των κακών κοινωνικών συνθηκών, γίνεται, για να ξεπεράσουν τη θλιβερή τους ύπαρξη) ή ως ελευθεριάζουσα συμπεριφορά από την πλευρά των ανώτερων κοινωνικών τάξεων [7, 24-27].

Ο Γκάντι και το εθνικιστικό κίνημα εκμεταλλεύτηκαν την τάση για εγκράτεια και αποχή από το αλκοόλ των μεσαίων κοινωνικών στρωμάτων και το μετέτρεψαν σε μαζικό κίνημα κατά της χρήσης αλκοόλ, θεωρώντας το αλκοόλ ως σύμβολο της καταπίεσης των αποικιοκρατών. Ορμώνονοι από την πεποίθηση ότι το ινδικό έθνος θα πρέπει να παραμείνει αγνό, πρόβαλαν το αίτημα για ολική απαγόρευση. Το Συνταγματικό Κοινοβούλιο της ανεξάρτητης Ινδίας συμπεριέλαβε την απαγόρευση στις βασικές αρχές της κρατικής πολιτικής [28].

Στην πράξη η πολιτική για το αλκοόλ αναπτύχθηκε διαφορετικά σε κάθε περιοχή και οδήγησε σε διαφορετικούς κανονισμούς και διαφορές όσον αφορά στην επιβολή των φόρων. Οι περισσότερες πολιτείες εξοικονομούν το 15-20% των εσόδων τους από τη φορολογία που επιβάλλουν στο αλκοόλ, κάτι που αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη πηγή εσόδων στο ταμείο του κράτους μετά το φόρο κατανάλωσης [29]. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας κουλτούρας γεμάτης με αντιφάσεις σχετικά με τη χρήση αλκοόλ, ούτε υπέρ της χρήσης αλλά ούτε κατά. Η χρήση αλκοόλ προκαλεί την κοινωνική κατακραυγή, την ίδια στιγμή, που η κυβέρνηση και οι παραγωγοί αλκοόλ προωθούν τις πωλήσεις αλκοόλ επιδιώκοντας το κέρδος [30]. Σε ορισμένες πολιτείες, η ανανέωση των αδειών πώλησης αλκοόλ εξαρτώνται αυστηρά από τον όγκο των πωλήσεων, οι οποίες σημειώνουν σταθερή αύξηση σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η ποτοβιομηχανία έχει σαφή επιρροή στις πολιτικές εξελίξεις [31], ενισχύει άμεσα τις πολιτικές παρατάξεις και αποτελεί κίνητρο για τους ψηφοφόρους κατά την προεκλογική περίοδο. Λίγα χρόνια πριν, ο νεοεκλεγμένος πρωθυπουργός της χώρας ήρθε αεροπορικώς, για να παραστεί στην τελετή ορκωμοσίας του, με το ιδιωτικό αεροπλάνο ενός από τους ισχυρότερους βιομήχανους στο χώρο παραγωγής του αλκοόλ. Παρ' όλα αυτά, η χρήση αλκοόλ εξακολουθεί να αποτελεί στίγμα για την πλειοψηφία [24].

ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΜΙΑΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΜΕ ΑΝΤΙΦΑΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Είναι αναμενόμενο λοιπόν, σε μια τέτοια κατάσταση, όπου οι παραδοσιακοί κοινωνικοί κανόνες για τη χρήση αλκοόλ έχουν υποσκελιστεί από αιώνες αποχής και εγκράτειας ή απαγορεύσεων, να μην υπάρχουν σαφείς τρόποι συμπεριφοράς οι οποίοι να ρυθμίζουν την κατανάλωση αλκοόλ. Αυτές οι συνθήκες ευνοούν την προδιάθεση για παραβατική και απαράδεκτη συμπεριφορά, καθώς και χρόνιο αλκοολισμό [32]. Επανειλημμένες παρατηρήσεις έχουν καταγράψει ότι ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των ατόμων, που καταναλώνουν αλκοόλ, πληροί τα κριτήρια για επικίνδυνη κατανάλωση. Το χαρακτηριστικό πρότυπο συμπεριφοράς είναι αυτό της σοβαρής κατανάλωσης αλκοόλ, συνήθως περισσότερα από 5 τυποποιημένα ποτά σε μια και μόνο περίπτωση [31, 33, 34]. Υπάρχει εντυπωσιακά μικρή διαφορά ανάμεσα στις ποσότητες που καταναλώνουν οι άντρες σε σύγκριση με αυτές που καταναλώνουν οι γυναίκες. Παρόλο, που μεγάλο ποσοστό ατόμων που κάνουν συστηματική κατανάλωση αλκοόλ και από τα δύο φύλα, πίνουν καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά, η συχνότητα είναι σημαντικά υψηλότερη στους άνδρες. Η μη κοινωνική χρήση αλκοόλ, δηλαδή η μοναχική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, καθώς και η κατανάλωση αλκοόλ σε βαθμό μέθης, αλλά και οι προσδοκίες από την απελευθέρωση που αφορά την κατανάλωση αλκοόλ και τη βία, επιβαρύνουν τα επικίνδυνα πρότυπα συμπεριφοράς (pattern) [35, 36].

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Είναι περιττό να αναφέρει κάποιος, ότι αυτό οδηγεί σε σημαντικά παθολογική κατάσταση σχετικά με τη χρήση αλκοόλ. Τα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση αλκοόλ ευθύνονται για περισσότερες από το ένα πέμπτο των εισαγωγών στα νοσοκομεία [37, 38], ωστόσο, αυτό δεν γίνεται άμεσα αντιληπτό από τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες πρωτογενούς φροντίδας. Η κατάχρηση αλκοόλ σχετίζεται με το 20% των τραυματικών κακώσεων του εγκεφάλου [39] και με το 60% όλων των τραυματισμών που αναφέρονται στα επείγοντα περιστατικά [40]. Υπάρχει δυσανάλογα υψηλή σχέση με την εσκεμμένη πρόκληση βλάβης στον εαυτό [41], με την εκδήλωση υψηλού κινδύνου σεξουαλικής συμπεριφοράς και τη μόλυνση από τον ιό HIV [42], με τη μόλυνση από τον ιό της φυματίωσης [43], τον καρκίνο του οισοφάγου [44], τις παθήσεις του ήπατος και το έλκος του δωδεκαδακτύλου [45, 46].

Η κατάχρηση αλκοόλ έχει υψηλό κοινωνικό κόστος [47, 48]. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην περιοχή Καρνάτακα, στη νότια Ινδία, έδειξε ότι το άμεσο και το έμμεσο κόστος των ατόμων που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ, εάν εκφραζόταν σε χρηματικό ποσό θα ήταν τουλάχιστον τρεις φορές υψηλότερο σε σύγκριση με το κέρδος από τη φορολογία του αλκοόλ και αρκετές φορές υψηλότερο από τον ετήσιο προϋπολογισμό της συγκεκριμένης πολιτείας [49].

Όλες αυτές οι μελέτες για τη νοσηρότητα αποτελούν τοπικές προσπάθειες εκτίμησης της πανταχού παρούσας επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ [50] και θα έπρεπε να επεκταθούν σε ολόκληρη τη χώρα. Ωστόσο, δεν έχει αναγνωριστεί, αρκετά, ότι η κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί ένα μείζον κοινωνικό πρόβλημα υγείας στην Ινδία.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Η κοινωνία της Ινδίας περνάει ακόμη μία βασική αλλαγή στην κοινωνικοοικονομική της δομή. Η επίδραση της παγκοσμιοποίησης και της οικονομικής απελευθέρωσης (η δορυφορική τηλεόραση, η απότομη κοινωνικοοικονομική αλλαγή και τα αυξανόμενα διαθέσιμα εισοδήματα) φαίνεται να έχουν διαμορφώσει μια ευρέως διαδεδομένη αλλαγή στη συμπεριφορά χρήσης του αλκοόλ, προς μια κατεύθυνση, θεώρησης της χρήσης όλο και πιο «φυσιολογικής».

Η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ έχει μειωθεί σημαντικά. Τα αποτελέσματα από τη μελέτη στην περιοχή της Καρνάτακα έδειξαν μείωση του μέσου όρου ηλικίας έναρξης της χρήσης αλκοόλ, από τα 28 στα 20 έτη, για όσους γεννήθηκαν τα χρονικά διαστήματα από το 1920 μέχρι το 30, και από το 1980 μέχρι το 90 [8]. Οι πωλήσεις αλκοόλ έχουν σημειώσει σταθερή αύξηση της τάξης του 7-8% τα τελευταία 3 χρόνια. Η μεγαλύτερη αύξηση έχει πραγματοποιηθεί στη νότια Ινδία που έχει τη μεγαλύτερη οικονομική ανάπτυξη, η οποία εστιάζεται στο λιγότερο παραδοσιακό γυναικείο πληθυσμό των αστικών περιοχών [5], καθώς και στους νέους, με μια εμφανή αυξητική μεταβολή στα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ στη μεσαία και ανώτερη κοινωνικο-οικονομική τάξη. Στα τοπικά ποτά και το ουίσκι, που παλαιότερα αποτελούσαν το 95% της καταγεγραμμένης κατανάλωσης αλκοόλ [51], παρατηρείται στασιμότητα. Αύξηση παρατηρείται στην κατανάλωση των μη παραδοσιακών ποτών, της μπύρας, των λευκών ποτών και του κρασιού. Μια νέα ομάδα καταναλωτών εμφανίζεται και ο νέος τρόπος διασκέδασης τείνει να παραγκωνίζει τις παλαιότερες συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ.

Η τοπική ποτοβιομηχανία, κινήθηκε γρήγορα, ώστε να προλάβει να κυριαρχήσει στη νέα αναπτυσσόμενη αγορά. Προχώρησε στην παραγωγή νέων προϊόντων με στόχο τα άτομα που δεν κάνουν κατανάλωση αλκοόλ, στοχεύοντας αρχικά στις γυναίκες και στους νεαρούς άντρες [52]. Η βιομηχανία αλκοολούχων ποτών παρακάμπει τις απαγορεύσεις στις διαφημίσεις, δημιουργώντας άλλοι τύποι διαφημίσεις. Το αντικείμενο των διαφημίσεων (το περιεχόμενο και ο στόχος αγοράς) έχει αλλάξει από τις αισθησιακές κοπέλες (που είχαν ως στόχο την παραδοσιακή αγορά των μεσήλικων ανδρών καταναλωτών), σε διαφημίσεις που προάγουν έναν τρόπο ζωής ο οποίος συνδέεται με την καλοπέραση και στοχεύει ξεκάθαρα στις γυναίκες και στους νέους. Οι πολυεθνικές εταιρείες παραγωγής αλκοόλ μετακινούνται, από τις αγορές στον αναπτυσσόμενο κόσμο που συρρικνώνονται, στην Ινδία, με τη συνεχώς αυξανόμενη καταναλωτική βάση, την πολύ μεγάλη ανεξερεύνητη αγορά και τη δέσμευση με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου (World Trade Market) ότι θα άρει τους ποσοτικούς περιορισμούς στις εισαγωγές αλκοόλ, καθώς αποτελεί τον πλέον ελκυστικό χώρο για επενδύσεις [51]. Αυτή την εποχή οι εμπορικές εφημερίδες αναφέρουν πληθώρα εξαγορών των τοπικών βιομηχανιών αλκοόλ από πολυεθνικές εταιρείες. Οι εισοδηματικοί στόχοι των κυβερνήσεων βρίσκονται σε σύγκρουση με εκείνους που αφορούν στην υγεία και στην πρόνοια, καθώς προωθούν τις πωλήσεις επιβάλλοντας ετήσιους αυξανόμενους φόρους στην παραγωγή και στις πωλήσεις.

Καθώς η αυξανόμενη επικράτηση του αλκοόλ τείνει να καθιερώσει τη συχνότητα βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ, η επιβάρυνση στη δημόσια υγεία λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ θα αυξηθεί σημαντικά. Συχνά, θεωρούμε ότι οι μη μεταδιδόμενες ασθένειες επηρεάζουν δυσανάλογα τα υψηλά κοινωνικά στρώματα, καθώς μειώνεται η θνησιμότητα και αυξάνεται το εθνικό εισόδημα. Σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, όπως η Ινδία, η επικράτηση της χρήσης αλκοόλ και καπνού είναι αυξημένη στις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, με άμεση συνέπεια την αύξηση του κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνο, παθήσεις του ήπατος και τραυματισμούς σε αυτό τον πληθυσμό σε σύγκριση με τις πιο εύπορες κοινωνικές τάξεις [53]. Επιπλέον, υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στη χρήση καπνού και αλκοόλ και στην οικονομική επιδείνωση, εξαιτίας του δανεισμού και της αναγκαστικής πώλησης περιουσιακών στοιχείων, λόγω του υψηλού κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης [54].

Η ΕΠΙΣΗΜΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

Πολιτικές πρόληψης

Δυστυχώς, η επίσημη αντίδραση εξακολουθεί να εστιάζει στην επιφάνεια του προβλήματος, στα άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ (ποσοστό περίπου 4% του ενήλικου ανδρικού πληθυσμού), και όχι στην επικείμενη κρίση, λόγω της επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ που ξεπερνάει το 20% του ενήλικου πληθυσμού. Αυτό αντικατοπτρίζεται στον τρόπο προσέγγισης που ακολουθείται στις πολιτικές ελέγχου του αλκοόλ σε ομοσπονδιακό και κρατικό επίπεδο, οι οποίες εστιάζουν αποκλειστικά στη μείωση της ποσότητας που καταναλώνεται στοχεύοντας στην απαγόρευση και στην τριτογενή πρόληψη.

Οι δράσεις πρόληψης κάθε πολιτείας, ξεχωριστά, με στόχο την αντιμετώπιση της κατάχρησης, μέσω της απαγόρευσης της χρήσης, έχουν ανατραπεί από τα συνεχώς αυξανόμενα οικονομικά ελλείμματα και από το κόστος της πολιτικής για την αντιμετώπιση του λα-

θρεμπορίου από τις γειτονικές πολιτείες. Αυτό έχει οδηγήσει στη δημιουργία ενός συστήματος παραοικονομίας που στηρίζεται στο αλκοόλ, παρά τα στοιχεία για μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ [3, 36] και για βελτιωμένους δείκτες οικονομικής ανάπτυξης (προσωπική επικοινωνία, Excise Commissioner, Andhra Pradesh). Στην πραγματικότητα οι περισσότερες κυβερνήσεις έχουν αποκηρύξει δημόσια την επίσημη δέσμευση για απαγόρευση, αν και αυτή εξακολουθεί να αποτυπώνεται στο σύνταγμα. Σε άλλες χώρες, χρησιμοποιήθηκαν οι πολύ υψηλοί φόροι ως μέτρο μείωσης της κατανάλωσης. Στην Ινδία αυτό το μέτρο στάθηκε ανεπιτυχές, καθώς οι καταναλωτές αλκοόλ έχουν εύκολη πρόσβαση σε παράνομα παρασκευασμένο αλκοόλ, που ξεφεύγει από την επιβολή των φόρων. Ακόμη, υπάρχει η ανησυχία ότι, επειδή το αλκοόλ από άποψη τιμής είναι προϊόν με σχετικά ανελαστική τιμή, η αύξηση της τιμής του θα είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των εξόδων όσων αγοράζουν αλκοόλ για κατανάλωση. Αυτό θα επιδείνωνε τις οικονομικές δυσκολίες των ήδη επιβαρημένων νοικοκυριών και των μελών τους, χωρίς απαραίτητα να περιορίζει κάποια από τις άλλες αρνητικές συνέπειες [26,30]. Οι νόμοι που αφορούν στη ρύθμιση του ωραρίου της πώλησης αλκοόλ σε ανηλίκους και της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ έχει παρατηρηθεί ότι δεν τηρούνται. Ο Νόμος για τα Μηχανοκίνητα Οχήματα στην Ινδία ορίζει, ως ανώτατο όριο αλκοόλ στο αίμα του οδηγού τα 30mg%, το οποίο θεωρείται ένα από τα αυστηρότερα σε ολόκληρο τον κόσμο. Ωστόσο, μια πρόσφατη μελέτη στην πόλη Bangalore που διήρκησε έναν ολόκληρο ημερολογιακό μήνα έδειξε ότι το 40% των οδηγών ξεπερνούσαν αυτό το νόμιμο όριο [55].

Παροχή θεραπειάς

Η κυβέρνηση στην Ινδία έχει ιδρύσει 483 κέντρα αποτοξίνωσης και 90 Συμβουλευτικούς Σταθμούς σε ολόκληρη τη χώρα, υπό την αιγίδα του Εθνικού Προγράμματος Απεξάρτησης από τις Ουσίες (National Drug Deaddiction Programme) για την αντιμετώπιση των ατόμων με διαταραχές κατάχρησης ουσιών. Ποσοστό 45% των ατόμων που ζητούν θεραπεία σε αυτά τα κέντρα έχουν ως αίτημα την απεξάρτηση από το αλκοόλ. Τα περισσότερα όμως από αυτά τα κέντρα δεν λειτουργούν, καθώς έλαβαν μία και μοναδική επιχορήγηση. Παραδόξως, το ποσοστό των ατόμων που ζητούν βοήθεια σε αυτά τα κέντρα είναι χαμηλότερο στις πολιτείες με υψηλότερη επικράτηση της χρήσης αλκοόλ [2], ενώ η συνολική αποτελεσματικότητα των ήδη διαθέσιμων προγραμμάτων θεραπείας είναι χαμηλή [56].

Τα στοιχεία στην Ινδία δείχνουν ότι η κατεύθυνση της πολιτικής εστιάζει στα μακρο-περιβάλλοντα, με στόχο να τα καταστήσει ικανότερα να προάγουν υγιείς συμπεριφορές, παρά να στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου [57]. Παρόλαυτά, οι κρατικές κυβερνήσεις αποκηρύσσουν τις πεποιθήσεις τους για την απαγόρευση και τον έλεγχο του αλκοόλ, και προσπαθούν να απαγκιστρωθούν από τη δημόσια χρηματοδότηση της φροντίδας της υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες ήδη καλύπτουν το 82% των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Η ΚΟΙΝΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

Η κοινή γνώμη για το πρόβλημα του αλκοόλ περιορίζεται στις προσφιλείς στον Τύπο φρικιαστικές λεπτομέρειες που αφορούν τη βία η οποία σχετίζεται με το αλκοόλ και στις ηρωικές αναφορές των μεμονωμένων, βραχυπρόθεσμων κινητοποιήσεων κατά του αλ-

κοόλ από ομάδες γυναικών [58]. Αυτά, παραδόξως, οδηγούν στην περαιτέρω περιοποίηση του ζητήματος και αμαυρώνουν τον ισορροπημένο κοινωνικό διάλογο. Επειδή το θέμα είναι χαμηλής προτεραιότητας, η χρηματοδότηση για έρευνες είναι επίσης χαμηλή: Υπάρχει σχετικά μικρή δημοσιευμένη βιβλιογραφία για την ενημέρωση του κοινού που θα πρόβαλε την κοινωνικο-οικονομική επίδραση της κατάχρησης αλκοόλ σε εθνική κλίμακα. Οι οργανισμοί κοινωνικής μέριμνας των μεγαλύτερων βιομηχανιών αλκοόλ, που υποστηρίζουν την ασφαλή κατανάλωση αλκοόλ, και ένα μέρος του αγγλόφωνου Τύπου που εξυμνεί τα πλεονεκτήματα του αλκοόλ, έχουν καταλάβει αυτόν το χώρο. Καθώς δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η ασφαλής και με μέτρο κατανάλωση αλκοόλ είναι εφικτή συνολικά, υπάρχει φόβος, ότι τέτοιες κινήσεις μπορεί να μην ευοδωθούν, ή ακόμη και να θεωρηθεί ότι ενισχύουν την κατανάλωση αλκοόλ σε έναν πληθυσμό που δεν πίνει [59]. Ελπίζουμε, η κατεύθυνση προς μια λογική προσέγγιση της πολιτικής για το αλκοόλ να προέλθει από τις προσπάθειες μη-κυβερνητικών οργανώσεων οι οποίες τονίζουν τη μεγάλη αρνητική επίδραση που έχει η βλαβερή χρήση αλκοόλ, καθώς και την παροχή προγραμμάτων ανάπτυξης και υγείας.

ΜΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΓΙΑ ΤΟΝ 21° ΑΙΩΝΑ

Ο συνδυασμός (α) μιας προσέγγισης στον πληθυσμό για τη μείωση της συνολικής κατανάλωσης καθώς και (β) μιας προσέγγισης των ομάδων υψηλού κινδύνου, που θα έχει ως στόχο τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, είναι σημαντικός για τον περιορισμό της συμπεριφοράς επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ.

Αυτό απαιτεί επείγουσα αλλαγή στην προσέγγιση δημόσιας υγείας για τη χρήση αλκοόλ. Τα συστήματα υγείας, ιδιαίτερα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, οφείλουν να παίζουν πιο σημαντικό ρόλο στον έγκαιρο εντοπισμό και στη μείωση της βλάβης, που σχετίζεται με το αλκοόλ, ενδεχομένως, μέσα από σύντομες, οικονομικές παρεμβάσεις που έχουν αποδειχθεί χρήσιμες [38]. Το σύστημα της κοινωνικής πρόνοιας και το σύστημα της ποινικής δικαιοσύνης είναι, συχνά, τα πρώτα συστήματα, τα οποία αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ. Είναι σημαντικό να ευαισθητοποιηθούν στην αναγνώριση και στη βοήθεια ατόμων και οικογενειών, που κινδυνεύουν από τη βαριά χρήση αλκοόλ, και να λειτουργούν ως πρωταρχικά συστήματα παρομπής. Προσφέρονται πολλές ευκαιρίες αντιμετώπισης των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ μέσω της ενημέρωσης της κοινότητας, της πρόληψης της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ και της βίας στην οικογένεια, των ακούσιων τραυματισμών και των εγκληματικών βλαβών [55].

Θα ήταν χρήσιμο να υλοποιηθούν στο μέλλον κοινοτικά προγράμματα τα οποία θα υποστηρίζουν πιο υγιείς τρόπους ζωής, καθώς και διαφημιστικές εκστρατείες των μέσων μαζικής ενημέρωσης, που θα προβάλλουν τα πλεονεκτήματα της μειωμένης κατανάλωσης αλκοόλ κι όχι τους κινδύνους από τη σοβαρή χρήση αλκοόλ. Γενικότερα, τα κοινοτικά προγράμματα συμβάλλουν στην ανάπτυξη της κοινότητας (στη δημιουργία θέσεων εργασίας, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, στην αναβάθμιση της υποδομής ή των εγκαταστάσεων αναψυχής στις κοινωνίες με υψηλή κατάχρηση αλκοόλ) και προωθούν εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης των προβλημάτων έναντι της κατανάλωσης αλκοόλ από τους νέους και κοινωνικά υποβαθμισμένους πληθυσμούς. Η υλοποίηση δράσεων, στο πλαίσιο της κοινότητας, μπορεί επίσης να συμβάλει στη διαμόρφωση στάσεων, αξιών και κανόνων σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ. Πρόσφατα αρκετά αποτελεσματικές

εκστρατείες για έλεγχο της κατανάλωσης έχουν υλοποιηθεί από επικεφαλής των Ινδουιστών, αν και η αποτελεσματικότητά τους περιορίστηκε στους οπαδούς αυτού του συγκεκριμένου δόγματος.

Η υπάρχουσα νομοθεσία σχετικά με τον έλεγχο της διαθεσιμότητας και της διαφήμισης, τους περιορισμούς στις διαφημίσεις και, ιδιαίτερα, το ελάχιστο όριο ηλικίας για την κατανάλωση αλκοόλ, πρέπει να γίνουν πιο αυστηροί. Προσομοιώσεις έχουν δείξει ότι η εφαρμογή σε ολόκληρη τη χώρα του ορίου ηλικίας κατανάλωσης αλκοόλ στα 21 έτη μπορεί να επιφέρει ποσοστό μείωσης της κατανάλωσης αλκοόλ περίπου στο 50-60%, περιορίζοντας την επίδραση της απαγόρευσης [29]. Κάθε έτος, που καθυστερείται η έναρξη της χρήσης αλκοόλ, περιορίζει σημαντικά την πιθανότητα ανάπτυξης αλκοολισμού, καθώς και την επικράτηση στη διάρκεια της ζωής του κινδύνου κατάχρησης αλκοόλ [60].

Η ανάπτυξη διαλόγου και η επίτευξη κάποιου βαθμού συμφωνίας ανάμεσα στα προγράμματα υγείας και των οικονομικών της κυβέρνησης (δηλαδή, των ομοσπονδιακών και κρατικών φορέων που ουσιαστικά βρίσκονται σε αντιπαράθεση) είναι πολύ σημαντικά στοιχεία για τη μείωση των αντικρουόμενων στόχων ανάμεσα στο κέρδος και στην κοινωνική πρόνοια. Ένα σημαντικό ποσοστό από τα έσοδα από το αλκοόλ θα πρέπει να επιστρέφεται στη θεραπεία και στην έρευνα. Προτεραιότητα για τους ερευνητές στην Ινδία δίνεται ασφαλώς στην κοινωνική διάσταση της κατάχρησης ουσιών καθώς και στην υλοποίηση κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Είναι εξίσου σημαντικό τα ερευνητικά δεδομένα να δημοσιεύονται και να προβάλλονται. Ενδεχομένως, το επικείμενο κεντρικό οικονομικό σύστημα καθορισμού του ΦΠΑ να περιορίσει τις ανισότητες στη φορολογία του αλκοόλ μεταξύ των κρατών, και έτσι να μειώσει το λαθρεμπόριο στο εσωτερικό της χώρας, το οποίο εκμηδενίζει τα ενδεχόμενα οφέλη από την αύξηση των τιμών με στόχο τη μείωση της κατανάλωσης. Η φορολογία βάσει του όγκου (σύμφωνα με την οποία ένα λίτρο μπίρας έχει την ίδια φορολογία με ένα λίτρο άλλου αλκοολούχου ποτού) που προωθεί την υπερβολική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, απαιτεί ορθολογισμό και αυστηρότερο έλεγχο για την είσοδο παράνομων (συχνά τοξικών) αλκοολούχων ποτών στην κυκλοφορία. Επίσης, πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη τα συμφέροντα της δημόσιας υγείας σε θέματα που αφορούν τις εμπορικές συμφωνίες. Οι επενδύσεις στην παραγωγή αλκοόλ και στη διανομή του από δια-κρατικές (Trans-national) επιχειρήσεις στην Ινδία καθώς και η παραγραφή των ορίων των τιμών είναι πιθανό να αυξήσει τη διαθεσιμότητα και την κατανάλωση αλκοόλ και να περιορίσει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης.

Για να πραγματοποιηθούν όλα αυτά, όμως, πρέπει να γίνει ένα σημαντικό πρώτο βήμα, οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό και όλοι οι ενδιαφερόμενοι να συζητήσουν και να συμφωνήσουν σε μια συγκεκριμένη και λογική πολιτική για το αλκοόλ, κατάλληλη για την Ινδία [61] η οποία διασχίζει το αβέβαιο κατώφλι του 21ου αιώνα.

Παραπομπές

1. Bennett, L. A., Janca, A., Grant, B. F. & Sartorius, N. (1993) Boundaries between normal and pathological drinking: a cross-cultural comparison. *Alcohol Health and Research World*, 17, 190-195.
2. Ray, R., Mondal, A. B., Gupta, K., Chatterjee, A. & Bajaj, P. (2004) *The Extent, Pattern and Trends of Drug Abuse in India: National Survey*. New Delhi: United Nations Office on Drugs and Crimes and Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India.

3. Isaac, M. (1998) India. In: Grant, M., ed. *Alcohol and Emerging Markets: Patterns, Problems and Responses*, pp. 145-175. Philadelphia: Brunner/Mazel.
4. Sundaram, K. R., Mohan, D., Advani, G. B., Sharma, H. K. & Bajaj, J. S. (1984) Alcohol abuse in a rural community in India. Part I: Epidemiological study. *Drug and Alcohol Dependence*, 14, 27-36.
5. Benegal, N., Nayak, M., Murthy, P., Chandra, P. & Gururaj, G. (in press) Women and alcohol use in India. In: Obot, I. & Room, R., eds. *Gender, Alcohol and Culture in Low Income Countries*. Geneva: World Health Organization.
6. Ray, R. & Sharma, H. K. (1994) Drug addiction—an Indian perspective. In: Bashyam, N. P., ed. *Souvenir of ANCIPS*, pp. 106-109. Madras: Indian Psychiatric Society.
7. Thimmaiah, G. (1979) *Socio-Economic Impact of Drinking, State Lottery and Horse-Racing in Karnataka*, pp. 43, 120. New Delhi: Sterling.
8. Benegal, N., Gururaj, G. & Murthy, P. (2003) Report on a WHO Collaborative Project on Unrecorded Consumption of Alcohol in Karnataka, India [monograph on the Internet]. Available at: http://www.nimhans.kar.nic.in/Deaddiction/lit/UNDOC_Review.pdf. Accessed 10 April 2005.
9. Singh, G. (1986) Epidemiology of alcohol abuse in India. In: Ray, R. & Pickens, R. W., eds. *Proceedings of the Indo US Symposium on Alcohol and Drug Abuse*. Publication no. 20, pp. 3-11. Bangalore: NIMHANS.
10. Achaya, K. T. (1998) *Indian Food: A Historical Companion*. Delhi: Oxford University Press.
11. Habib, I. (2000) Joseph Needham and the history of Indian technology. *Indian Journal of History of Science*, 35, 245-274.
12. Rangarajan, L. N. (1992) *Kautilya: the Arthashastra*, pp. 348-350, 805-806. New Delhi: Penguin Classics.
13. Iyengar, P. T. S. (1932) *History of the Tamils*, pp. 253-300. New Delhi: Asian Educational Services (reprinted 1983).
14. Sharma, P. (1984) *Charaka Samhita*, vols I, III. Naranasi, India: Chaukhambha Orientalia.
15. Doniger, W. (1992) *The Laws of Manu*. New Delhi: Penguin Classics.
16. Dorschner, J. (1983) Rajput alcohol use in India. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 538-544.
17. Hardiman, D. (1985) From custom to crime: the politics of drinking in colonial South Gujarat. In: Guha, R., ed. *Writings on South Asian History and Society*. Subaltern Studies no. 4, pp. 165-228. Delhi: Oxford University Press.
18. Srinivas, M. N. (1997) *Social Change in Modern India*, p. 6. New Delhi: Orient Longman.
19. Turin, M. (1997) Too many stars and not enough sky 1. Language and ethnicity among the Thakali of Nepal. *Contributions to Nepalese Studies*, 24, 187-199.
20. Hurst, J. F. (1889) The temperance question in India. *The Century*, 38 (issue 3). Available at: <http://cdl.library.cornell.edu/cgi-bin/moa/moa.cgi?notisid=ABP2287-0038-93>. Accessed 10 April 2005.
21. Saldanha, I. M. (1995) 'On drinking and drunkenness': history of liquor in Colonial India. *Economic and Political Weekly*, 16 September, 2323-2331.
22. Hassan, B. (1922) *The Drink and Drug Evil of India*. Madras: Ganesh.
23. Tekchand (1972) *Liquor Menace in India*. New Delhi: Gandhi Peace Foundation.
24. Room, R., Janca, A., Bennett, L. A., Schmidt, L. & Sartorius, N. (1996) WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders, an overview of methods and selected results. *Addiction*, 91, 199-220.
25. Musgrave, S. & Stern, N. (1988) Alcohol demand and taxation under monopoly and oligopoly in South India in the 1970s. *Journal of Development Economics*, 15, 15-16.
26. Rahman, L. (2002) Alcohol Prohibition and Addictive Consumption in India [monograph on the Internet]. Available at: http://www.nottingham.ac.uk/economics/leverhulme/conferences/postgrad_conf_2_003/Rahman_paper.pdf. Accessed 10 April 2005.

27. Nimmagadda, J. (1999) A pilot study of the social construction of the meanings attached to alcohol use: perceptions from India. *Substance Use and Misuse*, 4, 251-267.
28. Debate of the Constituent Assembly of India on Alcohol Prohibition 1948 Constituent Assembly of India—Nolume NII. 24 November 1948. Available at: <http://parliamentofindia.nic.in/ls/debates/vol7pl2.htm>. Accessed 10 April 2005.
29. Mahal, A. (2000) What works in alcohol policy? Evidence from rural India. *Economic and Political Weekly*, 35, 3959-3968.
30. Mohan, D. & Sharma, H. K. (1985) Alcohol and alcohol problems research, 6. India. International Review series. *British Journal of Addiction*, 80, 351-355.
31. Manor, J. (1993) *Power, Poverty, and Poison. Disaster and Response in an Indian City*. New Delhi: Sage Publications.
32. Blum, R. H. & Blum, E. M. (1969) A cultural case study. In: Blum, R. H. & Associates, eds. *Drugs: Nol. I. Society and Drugs*, pp. 188-227. San Francisco: Jossey-Bass.
33. Mohan, D., Chopra, A., Ray, R. & Sethi, H. (2001) Alcohol consumption in India: a cross-sectional study. In: Demers, A., Room, R. & Bourgault, C, eds. *Surveys of Drinking Patterns and Problems in Seven Developing Countries*, pp. 103-114. Geneva: World Health Organization.
34. Gaunekar, G_ Patel, N_ Jacob, K. S., Nankar, G_ Mohan, D., Rane, A. *et al.* (2004) Drinking patterns of hazardous drinkers: a multicenter study in India. In: Haworth, A. & Simpson, R., eds. *Mo-onshine Markets: Issues in Unrecorded Alcohol Beverage Production and Consumption*, pp. 125-144. New York: Brunner-Routledge.
35. Gupta, P. C_ Saxena, S., Pednekar, M. S. & Maulik, P. K. (2003) Alcohol consumption among middle-aged and elderly men: a community study from western India. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 327-331.
36. Saxena, S. (1999) Country profile on alcohol in India. In: Riley, L. & Marshall Mac, eds. *Alcohol and Public Health in 8 Developing Countries*, pp. 37-60. Geneva: World Health Organization.
37. Sri, E. N., Raguram, R. & Srivastava, M. (1997) Alcohol problems in a general hospital—a prevalence study. *Journal of the Indian Medical Association*, 95, 505-506.
38. Benegal, N. A., Shantala, Murthy, P. & Janakiramaiah, N. (2001) Report on Development of a Model District Programme for Prevention of Drug and Alcohol Problems: WHO—NIMHANS Project [monograph on the Internet]. Available at: http://www.nimhans.kar.nic.in/Deaddiction/lit/Mandya_distt_WHO.pdf. Accessed 10 April 2005.
39. Gururaj, G. (2002) Epidemiology of traumatic brain injuries: Indian scenario. *Neurology Research*, 24, 24-28.
40. Benegal, N., Gururaj, G. & Murthy, P. (2002) Project Report on a WHO Multi Centre Collaborative Project On Establishing and Monitoring Alcohol's Involvement in Casualties; 2000-01 [monograph on the Internet]. Available at: http://www.nimhans.kar.nic.in/Deaddiction/lit/Alcohol%20and%20%20Injuries_WHO%20Collab.pdf. [accessed 10 April 2005].
41. Gururaj, G. & Isaac, M. (2001) *Epidemiology of Suicides in Bangalore City*. NIMHANS Publication no. 43, p. 34. Bangalore: NIMHANS.
42. Chandra, P. S., Krishna, N. A., Benegal, N. & Ramakrishna, J. (2003) High-risk sexual behaviour and sensation seeking among heavy alcohol users. *Indian Journal of Medical Research*, 117, 88-92.
43. Rajeswari, R., Chandrasekaran, N., Suhadev, M., Siva-subramaniam, S., Sudha, G. & Renu, G. (2002) Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disorders*, 6, 789-795.
44. Chitra, S., Ashok, L., Anand, L., Srinivasan, N. & Jayanthi, N. (2004) Risk factors for esophageal cancer in Coimbatore, southern India: a hospital-based case-control study. *Indian Journal of Gastroenterology*, 23, 117-118.

45. Sarin, S. K., Bhatt, A., Malhotra, N., Sachdev, G., Jiloha, R. C. & Munjal, G. C. (1988) Pattern of alcohol-related liver disease in dependent alcoholics: the Indian dimension. *British Journal of Addiction*, 83, 279-284.
46. Jain, A., Buddhiraja, S., Khurana, B., Singhal, R., Nair, D., Arora, P. *etal* (1999) Risk factors for duodenal ulcer in north India. *Tropical Gastroenterology*, 20, 36-39.
47. Bhatt, R. N. (1998) Domestic violence and substance abuse. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 63, 25-31.
48. Rao, K. N., Begum, S., Nenkaramana, N. & Gangadharappa, N. (2001) Nutritional neglect and physical abuse in children of alcoholics. *Indian Journal of Pediatrics*, 68, 843-845.
49. Benegal, N., Nelayudhan, A. & Jain, S. (2000) Social costs of alcoholism: a Karnataka perspective. *NIMHANS Journal*, 18, 6-7.
50. Chagas Silva, M. C., Gaunekar, G., Patel, N., Kukalekar, D. S. & Fernandes, J. (2003) The prevalence and correlates of hazardous drinking in industrial workers: a study from Goa, India. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 79-83.
51. Naik, S. (2002) *Indian Spirits Market: Regulatory Shackles Easing*, pp. 1-3. Mumbai: Rabo India Finance Pvt. Ltd. Available at: http://www.rabobank.com/Images/rabobank_publication_indian_spirits_market_2002_tcm2_5-151.pdf. Accessed 10 April 2005.
52. CEO Talk (2004) Lalit Khaitan, Chairman and Managing Director, Radico Khaitan Limited. Available at: <http://www.myiris.com/shares/company/ceo/indexPage.php?icode=radkhait&cat=detail>. Accessed 10 April 2005.
53. World Bank (2001) Report on A Nision for India's Health System, pp. 111-112. Available at: [http://lnweb18.worldbank.org/sar/sa.nsf/Attachments/six/\\$File/hCh6.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/sar/sa.nsf/Attachments/six/$File/hCh6.pdf). Accessed 10 April 2005.
54. Bonu, S., Rani, M., Peters, D. FL, Jha, P. & Nguyen, S. N. (2005) Does use of tobacco or alcohol contribute to impoverishment from hospitalization costs in India? *Health Policy and Planning*, 20, 41-49.
55. Gururaj, G. & Benegal, N. (2002) Report on Project on Prevention of Drunken Driving in Bangalore City. A Collaborative Project of NIMHANS with the Bangalore Action Task Force and Bangalore Police Force [monograph on the Internet]. Available at: <http://www.nimhans.kar.nic.in/Deaddiction/lit/dwijratf>. Accessed 10 April 2005.
56. Ray, R. (2004) Substance abuse and the growth of de-addiction centres: the challenge of our times. In: Agarwal. S. P. ed. *Mental Health: An Indian Perspective, 1946-2003*, pp. 284-289. New Delhi: Elsevier.
57. Subramanian, S. N., Nandy, S., Kelly, M., Gordon, D. & Davey Smith, G. (2004) Health behaviour in context: exploratory multi-level analysis of smoking, drinking and tobacco chewing in four states. *Economic and Political Weekly*, 39, 684-693.
58. Reddy, D. N. & Patnaik, A. (1993) Anti-arrack agitation of women in Andhra Pradesh. *Economic and Political Weekly*, 22, 1059-1066.
59. Emblad, H. (1995) What would happen in the world if 'sensible drinking' was adopted as a reasonable concept and advertised universally? *Addiction*, 90, 169-171.
60. 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*, 12, 493-504.
61. Saxena, S. (1997) Alcohol, Europe and the developing countries. *Addiction*, 92, S43-S48.

*"India: alcohol and public health",
Addiction, Nolume 100, No 8, August 2005*

Ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων με βάση τα ερευνητικά δεδομένα για εφήβους που αντιμετωπίζουν διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ

CHERRY LOWMAN*

Μετάφραση Γεωργία Χριστοφίλη

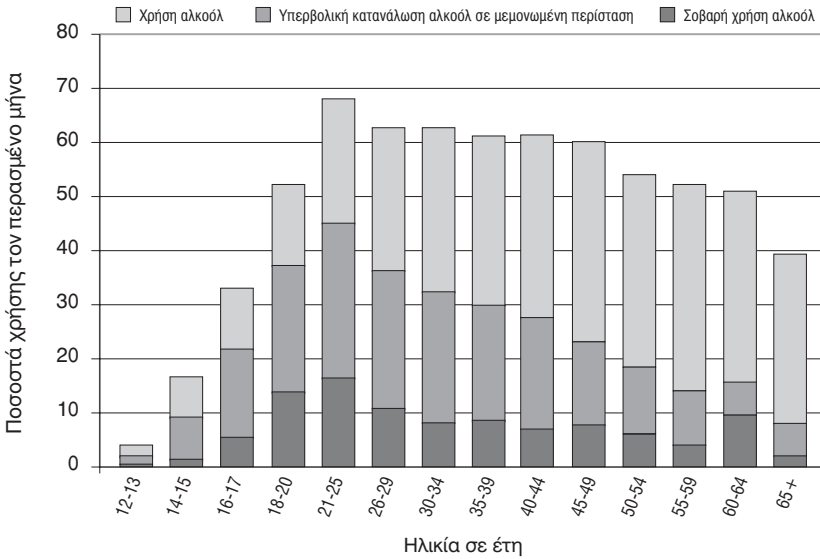
Translation Georgia Christofili

Το 2002 εκτιμήθηκε ότι περίπου 10,7 εκατομμύρια νέοι στην Αμερική, ποσοστό 28,8% του συνολικού πληθυσμού ηλικίας 12 έως 20 ετών, κάνουν χρήση αλκοόλ. Αυτό σημαίνει ότι είχαν καταναλώσει τουλάχιστον ένα ποτό τις τελευταίες 30 ημέρες. Αυτό το εύρημα καθώς και άλλα που αναφέρονται σε αυτό το άρθρο στηρίζονται στα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τη συγχρονική έρευνα με στοιχεία αυτό-αναφοράς που πραγματοποιήθηκε το 2002 με τίτλο Εθνική Έρευνα για τη Χρήση Ναρκωτικών και την Υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες [US National Survey on Drug Use and Mental Health, NSDUH] (NSDUH: US Substance Abuse and Mental Health Services Administration/SAMSHA 2003). Περίπου 7,2 εκατομμύρια από τους ανήλικους αυτούς που καταναλώνουν αλκοόλ εκτιμήθηκε ότι ήταν "binge drinkers". Έτσι ορίστηκε από την έρευνα NSDUH το άτομο που έχει καταναλώσει πέντε ή περισσότερα ποτά σε μια μεμονωμένη περίπτωση τουλάχιστον μία φορά τις τελευταίες 30 ημέρες. Από αυτή την ομάδα περίπου 2,3 εκατομμύρια ανήλικοι χαρακτηρίστηκαν ως άτομα που κάνουν σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ. Νέοι, δηλαδή, οι οποίοι ήπιαν πέντε ή περισσότερα ποτά σε μια μόνο φορά και αυτό συνέβη σε τουλάχιστον πέντε διαφορετικές περιστάσεις τις τελευταίες 30 ημέρες. Στο σχήμα 1 παρουσιάζονται αυτά τα στοιχεία κατανομημένα, ανά ηλικία, στη διάρκεια ζωής. Αυτά τα στοιχεία δεν μας ενημερώνουν μόνο σχετικά με τη φύση των προτύπων συμπεριφοράς των σύγχρονων αμερικανών που καταναλώνουν αλκοόλ, αλλά τονίζουν και την ταχεία αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ που παρατηρείται ευρέως στους πληθυσμούς νέων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η κατανάλωση αλκοόλ στους νέους στις Ηνωμένες Πολιτείες φαίνεται να ξεκινά στην ηλικιακή ομάδα των 12-13 ετών και να αυξάνει απότομα με κορύφωση την ηλικιακή ομάδα των 21-25 ετών. Τα ποσοστά υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση (binge drinking) έχει εκτιμηθεί ότι είναι αυξανόμενα: από 0,8% στην ηλικία των 12 ετών σε 2,8% στην ηλικία των 13 ετών, 7,0% στην ηλικία των 14 ετών, 11,6% στην ηλικία των 15 ετών, 17,9% στην ηλικία των 16 ετών, 25,0% στην ηλικία των 17 ετών και κορυφώνονται στο 50,2% στην ηλικία των 21 ετών.

Τα στοιχεία από την έρευνα NSDUH σχετικά με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση και τη σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ υποδεικνύουν ένα πρόβλημα της δημόσιας υγείας σημαντικών διαστάσεων. Αυτοί οι νέοι άνθρωποι είναι σε κίνδυνο όχι μόνο για σοβαρά ατυχήματα και αρνητικές κοινωνικές συνέπειες, αλλά κάποιοι από αυτούς είναι σε κίνδυνο για ανάπτυξη πολλαπλών διαταραχών συμπεριφοράς, συμπε-

* Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

*Division of Treatment and Recovery Research
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
5635 Fishers Lane, Room 2051
Bethesda, MD 20892-9304, USA
E-mail: clowman@willco.niaaa.nih.gov*

ΣΧΗΜΑ 1: ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΤΟΝ ΠΕΡΑΣΜΕΝΟ ΜΗΝΑ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ: 2002

Πηγή US Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies (2003)

ριλαμβανομένων της κατάχρησης αλκοόλ και του αλκοολισμού. Οι έρευνες για την εφηβεία σήμερα δείχνουν ότι υπάρχουν δύο συνηθισμένες πορείες ανάπτυξης των εφήβων και εμπλοκής τους με την κατανάλωση αλκοόλ. Μια από αυτές τις πορείες είναι η «κανονική», με την έννοια ότι η ιδιαίτερα μεγάλη διαθεσιμότητα αλκοόλ στις Ηνωμένες Πολιτείες καθιστά εύκολο τον πειραματισμό και την κοινωνική χρήση του αλκοόλ σε μεγάλες και ετερογενείς ομάδες νέων. Τα προβλήματα του αλκοόλ και οι διαταραχές που εμφανίζονται από ορισμένους νέους, σε αυτή την ομάδα, φαίνεται να είναι περιοδικά και δεν εξελίσσονται σε σοβαρό βαθμό. Η δεύτερη σημαντική πορεία ανάπτυξης αποτελείται από νέους οι οποίοι εμφανίζουν νωρίς στην ανάπτυξη τους συμπεριφορικά και συναισθηματικά συμπτώματα και διαταραχές, κάτι που αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης σοβαρών διαταραχών χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών αργότερα στην εφηβική ηλικία. Οι διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ σε αυτή την ομάδα εφήβων φαίνεται να είναι πιθανότερο να γίνουν χρόνιες και να παραμείνουν και κατά την ενήλικη ζωή από ό,τι στην προηγούμενη ομάδα. Στο σχήμα 1 περιλαμβάνονται τόσο τα άτομα που κάνουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση όσο και τα άτομα που κάνουν σοβαρή χρήση αλκοόλ και από τις δύο προαναφερθείσες ομάδες νέων. Ενώ σημειώνονται, επίσης, ότι και οι δύο αυτές ομάδες νέων που μπορούν να ωφεληθούν από παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε κατηγορίας ανάπτυξης, καθώς και των υποομάδων που εμπεριέχονται σε αυτές.

Τα στοιχεία από το NSDUH δείχνουν ότι η χρήση παράνομων ουσιών το 2002 από νέους ηλικίας 12-17 ετών ήταν πολύ υψηλότερη για αυτούς που ανέφεραν ότι έκαναν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση (ποσοστό 67%), ή για αυτούς που έκαναν σοβαρή χρήση αλκοόλ (ποσοστό 44%), κατά τη διάρκεια των τελευταίων

30 ημερών από ό,τι για τα άτομα που ανέφεραν ότι έπιναν λιγότερο (ποσοστό 25,5%). Πολλοί από τους εφήβους που εντάχθηκαν σε θεραπευτικό πρόγραμμα για τη θεραπεία από τη χρήση ουσιών στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι πιθανό να έχουν περισσότερες από μία διαταραχές χρήσης ουσιών, ενώ μπορεί επίσης να εμφανίζουν και ψυχιατρική συννοσηρότητα. Από αυτούς, πολλοί ήδη διανύουν μια πορεία που τελικά, εάν δεν διακοπεί, θα μπορούσε να τους οδηγήσει σε πιο επιβλαβή τρόπο ζωής, με χειρότερες συνέπειες ιατρικής και κοινωνικής φύσης.

Αν και έχουν δημιουργηθεί δημόσια και ιδιωτικά συστήματα παροχής φροντίδας για την υγεία με στόχο να μπορούν να προσφέρουν μεγάλο εύρος υπηρεσιών για τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης σε εφήβους, η θεραπεία συχνά μετατρέπεται από φροντίδα ενηλίκων σε φροντίδα εφήβων. Επιπλέον, μέχρι πρόσφατα η αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων σπάνια αξιολογούνταν αυστηρά σε σχέση με τους εφήβους. Αν και οι έρευνες για τη θεραπεία την τελευταία δεκαετία έχουν δείξει βελτιωμένα αποτελέσματα όσον αφορά τη θεραπεία για εφήβους, οι έφηβοι που συμμετέχουν σε θεραπεία εμφανίζουν ποσοστά υποτροπής 50-70% μέσα στους 3 πρώτους μήνες μετά τη θεραπεία (π.χ. Godley et. Al. 2002; Cornelius et al. 2003). Αυτό υποστηρίζει τη συνειδητή, συστηματική αναγνώριση, ανάπτυξη και δοκιμή των θεραπειών που έχουν σχεδιαστεί, ώστε να αντιμετωπίζουν αναπτυξιακά ζητήματα, και τα οποία είναι προσαρμοσμένα στις δεξιότητες, τους περιορισμούς και τις ανάγκες των νέων που βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια ανάπτυξης και έχουν διαφορετικά επίπεδα ιατρικών προβλημάτων και προβληματικών συμπεριφορών. Υποστηρίζει επίσης την ενσωμάτωση των ερευνών για τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης για εφήβους και την έρευνα για την ανθρώπινη ανάπτυξη, συμπεριλαμβάνοντας τόσο τις πρότυπες, φυσιολογικές όσο και τις ψυχοπαθολογικές πτυχές.

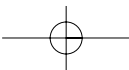
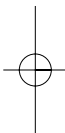
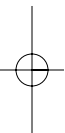
Μόνο τα τελευταία δέκα περίπου χρόνια τα ιδρύματα και τα εθνικά ινστιτούτα ερευνών ξεκίνησαν να ζητούν την εφαρμογή ερευνητικών προγραμμάτων, τα οποία θα αναπτύξουν και θα αξιολογήσουν παρεμβάσεις αναπτυξιακά κατάλληλες για εφήβους. Τώρα, αυξάνουν ολοένα και περισσότερο οι ερευνητές που ασχολούνται με την κατάχρηση ουσιών από εφήβους και οι οποίοι καταβάλουν προσπάθειες να αναπτύξουν και να δοκιμάσουν θεραπείες κατάλληλες για εφήβους. Πολλά από αυτά τα προγράμματα μελετούν μόνο τις πιο σοβαρές περιπτώσεις βλάβης στους εφήβους και, συχνά, δεν κάνουν κανένα διαχωρισμό ανάμεσα στις διάφορες υποκατηγορίες ή συνδυασμούς των διαταραχών από τη χρήση ουσιών. Καθώς η χρήση αλκοόλ είναι τόσο διαδεδομένη στους νέους και ξεκινά σε τόσο νεαρή ηλικία στις Ηνωμένες Πολιτείες, το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Αλκοόλ και τον Αλκοολισμό (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA) ξεκίνησε ένα πρόγραμμα ερευνών το 1997, για να ενισχύσει τις έρευνες, που θα ασχολούνταν με την ανάπτυξη και αξιολόγηση προγραμμάτων θεραπείας για εφήβους που αντιμετώπιζαν ως σημαντικότερο πρόβλημα τις διαταραχές ή τα προβλήματα από τη χρήση αλκοόλ. Πολλά από τα προγράμματα που χρηματοδοτήθηκαν σε αυτό το διάστημα βρίσκονται ακόμη στους χώρους μελέτης ή στα εργαστήρια. Ωστόσο, κάποιες έρευνες έχουν ολοκληρωθεί και μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για εξαιρετικές αναφορές.

Παραπομπές

- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G. & Rehn, N. (2003) International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Research and Health*, 27, 95-109.
- Brown, S. A., (2004) Measuring youth outcomes from alcohol and drug treatment. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 38-46.
- Bukstein, O.G. & Winters, K. (2004) Salient variables for treatment research of adolescent alcohol and other substance use disorders. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 23-37.
- Clark, D. B. (2004) The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 5-22.
- Colby, S. M., Lee, C. S., Lewis-Esquerre, J., Esposito, C. & Monti, P. M. (2004) Adolescent alcohol misuse: methodological issues for enhancing treatment research. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 47-62.
- Cornelius, J. R., Maisto, S. A., Pollock, N. K., Martin, C. S., Salloum, I. M., Lynch, K. G. & Clark, D. B. (2003) Rapid relapse generally follows treatment for substance use disorders among adolescents. *Addictive Behaviors*, 28, 381-386.
- Dennis, M. L., Funk, R., Godley, S. H., Godley, M. D. & Waldron, H. B. (2004) Cross-validation of the alcohol and cannabis use measures in the Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) and the Timeline Followback (TLFB: Form 90) among adolescents in substance abuse treatment. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 120-138.
- Gil, A. G., Wagner, E. F. & Tubman, J. G. (2004) Culturally sensitive substance abuse intervention for Hispanic and African-American adolescents: empirical examples from the 'Alcohol Treatment Targeting Adolescents in Need' (ATTAIN) project. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 140-150.
- Godley, S. H., Dennis, M. L., Godley, M. D. & Funk, R. (2004) Thirty-month relapse trajectory cluster groups among adolescents discharged from out-patient treatment. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 129-139.
- Godley, M. D., Godley, S., Funk, R., Dennis, M. L. & Loveland, D. (2002) A randomized field trial of an assertive aftercare protocol for adolescents following discharge from residential substance abuse treatment: preliminary outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 21-32.
- Liddle, H. A. (2004) Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 76-92.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies (2003) *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health: National Findings, Part 3. Alcohol*. Rockville, MD: SAMHSA [available at: <http://www.samhsa.gov/oas/nhsda/2k2nsduh/Results/2k2Results.htm>].
- Tevyaw, T. O. & Monti, P. M. (2004) Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 63-75.
- Wagner, E. F., Tubman, J. G. & Gil, A. G. (2004) Implementing school-based substance abuse interventions: methodological dilemmas and recommended solutions. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 106-119.
- Waldron, H. B. & Kaminer, Y. (2004) On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 93-105.

*"Developing effective evidence based interventions for adolescents with alcohol use disorders",
Addiction, Nolume 99, Supplement 2, November 2004*

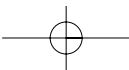
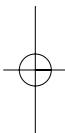
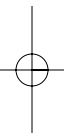
140 *Εξαρτήσεις*



ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ
FOR THE READER

4

142 *Εξαρτήσεις*



ΝΕΑ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ

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

Στα Νέα και Γεγονότα αυτού του τεύχους μπορείτε να ενημερωθείτε για εκπαιδευτικά σεμινάρια και επικείμενες επιστημονικές συναντήσεις της Ελλάδας και του εξωτερικού γύρω από διάφορα θέματα εξαρτήσεων, και όχι μόνο, να διαβάσετε τα κύρια σημεία της παγκόσμιας ετήσιας έκθεσης του ΟΗΕ για τα ναρκωτικά, καθώς και μια σειρά από ενδιαφέρουσες ειδήσεις και νέα. Η στήλη κλείνει με τη βιβλιοπαρουσίαση δύο σημαντικών εκδόσεων γύρω από την εγκληματολογία και την ψυχολογία των ομάδων.

ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: Η ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Την 1η Μαρτίου παρουσιάστηκε η ετήσια έκθεση του 2005 της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (INCB). Ταυτόχρονα με την ανακοίνωση της έκθεσης από την Επιτροπή στη Βιέννη, πραγματοποιήθηκε η παρουσίασή της στην Αθήνα από το ΚΕ.Θ.Ε.Α., σύμβουλο οργανισμό του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου (ECOSOC) του ΟΗΕ. Στη συνέχεια, σταχυολογούμε μερικά χαρακτηριστικά σημεία της έκθεσης:

- ✓ Σε μια εκτενή κριτική ανασκόπηση των προγραμμάτων εναλλακτικής ανάπτυξης (για την αντικατάσταση παράνομων καλλιεργειών από τις οποίες προέρχονται ναρκωτικά), η Επιτροπή αναλύει το πλέγμα των παραγόντων που καθορίζουν την αποτελεσματικότητά τους και προτείνει την ένταξή τους σε έναν ευρύτερο, μακροπρόθεσμο σχεδιασμό, που να συνδυάζει την παροχή νόμιμων μέσων βιοπορισμού στους καλλιεργητές, την ανάπτυξη των υποδομών και των υπηρεσιών στους τομείς εμπορίου, υγείας και εκπαίδευσης, τη συστηματική επιβολή του νόμου και μέτρα πρόληψης και θεραπείας για τους χρήστες ουσιών.
- ✓ Με ιδιαίτερη ανησυχία η Επιτροπή επισημαίνει την ραγδαία αύξηση σε παγκόσμιο επίπεδο της παραγωγής μεθαμφεταμινών. Η αύξηση αυτή σε μεγάλο βαθμό συνδέεται με τη διοχέτευση της εφεδρίνης και την ψευδοεφεδρίνης, πρόδρομων ουσιών των μεθαμφεταμινών, στο παράνομο εμπόριο.
- ✓ Πολύ διαδεδομένη πρακτική για την παράκαμψη του νόμου συνιστά η διακίνηση παράνομων ή νόμιμων ουσιών μέσω ταχυδρομείου. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Τελωνείων, το φαινόμενο παρουσιάζει αύξηση σε όλες τις περιοχές του πλανήτη τα τελευταία 5 χρόνια.
- ✓ Τα παράνομα διαδικτυακά φαρμακεία που πουλούν χωρίς συνταγή γιατρού φαρμακευτικά σκευάσματα με ναρκωτικές ή ψυχοτρόπες ιδιότητες απασχόλησαν άλλη μια χρονιά την Επιτροπή. Με κόστος έως και 18 φορές υψηλότερο από αυτό που θα πλήρωνε ένας ασφαλισμένος μέσω της δημόσιας ή ιδιωτικής του ασφάλισης, τα σκευάσματα αυτά είναι στις μισές τουλάχιστον περιπτώσεις απομιμήσεις και μερικές φορές χορηγούνται ύστερα από τηλεσυμβουλευτική (βάσει της συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου) με συνεργαζόμενους γιατρούς.

- ✓ Η έκθεση περιλαμβάνει, όπως πάντα, παγκόσμια ανασκόπηση του φαινομένου, παρουσιασμένη ανά γεωγραφική ήπειρο. Εκεί, μεταξύ άλλων, μπορείτε να διαβάσετε: Για την παραγωγή και κατανάλωση οπιοειδών και συνθετικών ουσιών στην Ασία και την αύξηση του επιπολασμού της μόλυνσης από HIV σε κάποιες περιοχές της, όπως την Κίνα, λόγω ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών· για τις προσπάθειες ελέγχου των ναρκωτικών στο Αφγανιστάν, από όπου προήλθε το 2005 το 87% της παγκόσμιας παραγωγής οπίου· για την κατάχρηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων με ψυχοδραστικές ιδιότητες στις Η.Π.Α., όπου το φαινόμενο συναγωνίζεται αυτή τη στιγμή σε σοβαρότητα τη χρήση όλων των άλλων ναρκωτικών ουσιών· για τη μεγάλη διαθεσιμότητα στην Αφρική –ακόμα και σε υπαίθριες αγορές– παράνομα παρασκευασμένων φαρμακευτικών προϊόντων με ναρκωτικές και ψυχοδραστικές ιδιότητες αλλά και τη συχνή έλλειψη φαρμάκων για την ιατρική αντιμετώπιση του πόνου· για την παράνομη παραγωγή διεγερτικών τύπου αμφεταμίνης στην Ωκεανία, καθώς και στοιχεία σχετικά με την εξάπλωση της κάνναβης, της κοκαΐνης και του έκστασι (MDMA) στην Ευρώπη με δύο αναφορές στην Ελλάδα.

Πηγές: Στο www.incb.org υπάρχει το πλήρες κείμενο της έκθεσης και τα εκτενή σχετικά δελτία Τύπου στα αγγλικά, γαλλικά και ισπανικά. Στη στήλη ΝΕΑ του www.kethea.gr υπάρχουν τα δελτία Τύπου μεταφρασμένα στα ελληνικά.

ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ: ΔΙΑΤΗΡΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ
Από τις εκδόσεις του Harvard, Health Publication

Γιατί ειδικά οι γυναίκες χρειάζεται να προσέχουν

Οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες στη χρήση αλκοόλ σε σχέση με τους άντρες. Στην ίδια δόση ποτού το επίπεδο του αλκοόλ στο αίμα τους θα είναι υψηλότερο από εκείνο των αντρών. Υπάρχουν δύο λόγοι που δικαιολογούν αυτή την αντίδραση. Ο ένας είναι γιατί το γυναικείο σώμα έχει υψηλότερη ποσότητα λίπους και μικρότερη ποσότητα νερού, έτσι το αλκοόλ διαλύεται δυσκολότερα όταν πίνουν. Ο άλλος είναι ότι το στομάχι του άντρα εκκρίνει περισσότερη ποσότητα αλκοολικής διϋδρογενάσης, ενός ενζύμου που διασπά το αλκοόλ προτού φτάσει στο κυκλοφορικό.

Μία έρευνα της Νοσηλευτικής Σχολής για την Υγεία σημειώνει ότι οι γυναίκες που πίνουν ένα ποτό την ημέρα μειώνουν το ρίσκο για καρδιακή προσβολή και ισχαιμικό επεισόδιο περίπου σε ποσοστό 50% σε σύγκριση με εκείνες που απέχουν από τη χρήση αλκοόλ. Αυτό πιθανόν συμβαίνει, επειδή το αλκοόλ μπορεί να μειώσει την κακή χοληστερίνη, να αυξήσει την καλή, και έτσι να μειώσει τη δημιουργία θρόμβων. Ωστόσο οι ερευνητές ανακάλυψαν επίσης ότι ο κίνδυνος για καρκίνο του στήθους αυξάνει ελαφρώς από τη χρήση μισού ποτηριού κάθε μέρα και συνεχίζει να αυξάνεται κατά 10% με κάθε επιπλέον ποτό.

Το αλκοόλ φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του στήθους στις γυναίκες εκείνες που καταναλώνουν τη λιγότερη ποσότητα βιταμίνης Β και φολικού οξέος. Εάν πίνετε και είστε γυναίκα, πρέπει, σύμφωνα με το άρθρο, να παίρνετε επιπλέον ποσότητα φολικού οξέος (400 mcg την ημέρα) από το φαγητό ή από συμπληρώματα διατροφής.

Πληροφορίες

www.health.msn.com/womenshealth/articlepage.aspx?cp-documentid=100100465

Ο ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΠΟΔΗΛΑΤΗΣ

Ο Rogélio Gonzales, ένας 75χρονος αργεντινός, συνταξιούχος καθηγητής Φυσικής Αγωγής, πραγματοποιεί την προσωπική του εκστρατεία (Μάρτιος-Απρίλιος 2006) για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης κατά των ναρκωτικών και υπέρ ενός υγιούς τρόπου ζωής, διανύοντας με το ποδήλατό του 5.200 χιλιόμετρα από την πόλη Ushuaia μέχρι το Μπουένος Άιρες. Την προσπάθειά του υποστηρίζει μια θεραπευτική κοινότητα για τοξικομανείς, τα μέλη της οποίας πραγματοποιούν ενημερωτικές ομιλίες και εκδηλώσεις στις περιοχές από τις οποίες περνάει ο 75χρονος. Με μόνη συντροφιά τον άνεμο της Παταγονίας, ο Rogélio Gonzales ποδηλατεί οκτώ ώρες κάθε μέρα και κοιμάται τα βράδια σε μια σκηνή στο ύπαιθρο. Αφού ολοκληρώσει την αποστολή του, θα βρεθεί ξανά στο σπίτι του και κοντά στη γυναίκα, τα τέσσερα παιδιά του και τα δύο εγγόνια του, ταξιδεύοντας με τον προσφιλή του τρόπο: ποδηλατώντας.

«ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ. ΜΙΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ»

Τέσσερα χρόνια μετά την έκδοση της *Αρχαιολογίας του χθες*, τη γοητευτική φωτογραφική καταγραφή παλαιών βιομηχανικών κτηρίων του Πειραιά, το θεραπευτικό πρόγραμμα ΝΟΣΤΟΣ (ΚΕ.Θ.Ε.Α.) μάς προσκαλεί σε μια συνάντηση με τους πρόσφυγες που ζουν στη χώρα μας. Η ομάδα φωτογραφίας του ΝΟΣΤΟΥ περιηγήθηκε στους καταυλισμούς, τους ξενώνες, τα στέκια, τα εγκαταλελειμμένα σπίτια και τα καταστήματα όπου ξετυλίγεται το υφάδι της ζωής των προσφύγων, τους γνώρισε από κοντά και επιχειρήσε να αποτυπώσει πρόσωπα, βλέμματα, χειρονομίες, χώρους και καθημερινές στιγμές. Ευαίσθητη, ανθρωπινή και καλλιτεχνικά άρτια καταγραφή μιας πραγματικότητας που υπάρχει δίπλα μας, η δουλειά των μελών του ΝΟΣΤΟΥ είναι το απόσταγμα μιας σημαντικής προσωπικής διαδρομής: Μέσα από αυτήν τα μέλη της ομάδας είχαν την ευκαιρία να αναθεωρήσουν στερεότυπα και προκαταλήψεις για τον «ξένο», να διαμορφώσουν πρότυπα αλληλεγγύης και να αναστοχαστούν πάνω στη δική τους προσπάθεια για ζωή και κοινωνική ένταξη. Το ασπρόμαυρο λεύκωμα του ΝΟΣΤΟΥ *Πρόσφυγες. Μια συνάντηση* τυπώθηκε από το ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και διατίθεται σε κεντρικά βιβλιοπωλεία της Αθήνας, του Πειραιά και επαρχιακών πόλεων. Για πληροφορίες: Πρόγραμμα ΝΟΣΤΟΣ: 210 4220708

ΕΔΩ ΡΑΔΙΟ ΘΚ

Το δικό τους διεθνές ραδιοφωνικό βήμα έχουν αποκτήσει οι θεραπευτικές κοινότητες από τα τέλη Μαρτίου 2006, με τη συνδρομή της νέας τεχνολογίας. Με την επωνυμία «Radio TC International» και τη φιλοδοξία να αποτελέσει «ένα παράθυρο στο δραστήριο και γεμάτο προκλήσεις κόσμο των θεραπευτικών κοινοτήτων», ο διαδικτυακός ραδιοφωνικός σταθμός αποτελεί πρωτοβουλία του TC-OF (Therapeutic Community Open Forum), μιας ιστοσελίδας γνωστών βρετανικών οργανισμών του χώρου με στόχο την αλληλοενημέρωση και το διάλογο. Θέλοντας να είναι ένα ραδιόφωνο για και από τους ανθρώπους των θεραπευτικών κοινοτήτων σε όλο τον κόσμο, το Radio TC International τούς προσκαλεί να φτιάξουν και να αποστείλουν τη δική τους ραδιοφωνική εκπομπή στο σταθμό. Το πρόγραμμά του θα περιλαμβάνει νέα, συνεντεύξεις, συζητήσεις, προσωπικές μαρτυρίες, παρουσιάσεις υπηρεσιών και ερευνών και ό,τι άλλο μπορεί να αποτυπώσει τον παλμό των θεραπευτικών κοινοτήτων, να ενισχύσει το μεταξύ τους διάλογο και να φωτίσει του στόχους και τη λειτουργία τους για το ευρύ κοινό. «Συντονιστείτε» στο http://www.tc-of.org.uk/wiki/index.php/RadioTC_International

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ

Ψυχολογία των ομάδων

ΚΛΗΜΗΣ ΝΑΥΡΙΔΗΣ

Εκδόσεις Παπαζήση, 2005

Ο Κλήμης Ναυρίδης είναι καθηγητής Ψυχολογίας στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Είναι επίσης ψυχαναλυτικός, ψυχοθεραπευτής και ομαδικός αναλυτής, μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας και της Ελληνικής Εταιρείας Ομαδικής Ανάλυσης και Οικογενειακής Θεραπείας. Έχει γράψει μεταξύ άλλων τα βιβλία: *Η Αλίκη στη χώρα των πραγμάτων, Το παιδί ως διαφημιστικό αντικείμενο, Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία.*

Η βιβλιογραφία για την ψυχολογία των ομάδων και ιδιαίτερα της ομαδικής ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας είναι ιδιαίτερα φτωχή στην Ελλάδα. Το βιβλίο αυτό έρχεται να καλύψει ένα βασικό κενό στη χώρα μας. Αποτελεί καρπό της μακρόχρονης πείρας του Κλήμη Ναυρίδη στην ομαδική θεραπεία με ποικίλους πληθυσμούς. Ο συγγραφέας θέτει ως αφετηρία τη θεωρία της διαπροσωπικής επικοινωνίας και παρουσιάζει τις σημαντικότερες σύγχρονες ψυχοδυναμικές και κυρίως ψυχαναλυτικές θεωρίες. Ο θεωρητικός λόγος διανθίζεται με πλούσιο κλινικό υλικό από συνεδρίες, κάτι που προσδίδει στο κείμενο ιδιαίτερη αμεσότητα. *Η Ψυχολογία των ομάδων* είναι εγχειρίδιο που απευθύνεται εξίσου σε φοιτητές, σε εκπαιδευόμενους ομαδικούς θεραπευτές και στο ευρύτερο επιστημονικό κοινό. Περιλαμβάνει ορισμένα κεφάλαια, όπως εκείνα για τα ομαδικά όνειρα, τη διαμεσολάβηση και τη μεταβατικότητα, τα οποία μπαίνουν στην καρδιά των πιο κρίσιμων ζητημάτων που απασχολούν σήμερα τη διεθνή κοινότητα των ειδικών αυτού του κλάδου.

Στην ουσία, πρόκειται για ένα πολυπολιτισμικό βιβλίο με την έννοια ότι, αν και ο συγγραφέας σπούδασε στη Γαλλία και επηρεάστηκε σημαντικά από το γαλλικό τρόπο σκέψης, συγκεράζει θεωρίες και ιδέες που αναπτύχθηκαν σε διάφορες χώρες και ιδιαίτερα στον αγγλοσαξονικό χώρο.

Η γραφή είναι χυμώδης, απλή, ζωντανή και κατανοητή, χαρακτηριστική του δάσκαλου Ναυρίδη, που σκέφτεται και σέβεται τον αναγνώστη: πώς θα τον κάνει να προσλάβει και να κατανοήσει τον ειδικό κι όχι πώς θα τον εντυπωσιάσει.

Όπως σημειώνει και ο ίδιος εξάλλου: «Ένα βιβλίο είναι αναπτυσσόμενος οργανισμός. Όπως ένας άνθρωπος, που γράφεται σιγά-σιγά, και ενώ γράφεται από τους άλλους, εκείνος είναι που απροσδόκητα γράφει τον εαυτό του, με τα ίδια του τα χέρια, προσπαθώντας απεγνωσμένα να ανακαλύψει κάποιο νόημα σε αυτή την ακατανόητη, αλλά και ακατανόμαστη περιπέτεια, δίνοντας κάποτε μορφή και ενοποιώντας σε μια ιστορία τα αποσπάσματα της ζωής του, που μερικές φορές μπορεί και να του φαίνονται εντελώς ασύνδετα μεταξύ τους, ώστε να καταφέρει επιτέλους να διαβάσει αυτό που γράφει και έχει γραφτεί, να το καταλαβαίνει και να το αφηγείται στους άλλους. Γιατί, ας μην ξεχνάμε, ένα βιβλίο, γράφεται για να μπορεί να διαβαστεί. Πρώτα απ' όλα από τον ίδιο του το συγγραφέα. Κυρίως όμως από τους άλλους».

Εγκληματολογία- Σύγχρονες και παλαιότερες κατευθύνσεις

Κ. Δ. ΣΠΙΝΕΛΛΗ

Δεύτερη ανανεωμένη έκδοση,

Εκδόσεις Αντ.Ν. Σάκκουλα, 2005

Επανακυκλοφόρησε πρόσφατα πλήρως ανανεωμένο από τις εκδόσεις Α.Ν. Σάκκουλα το βιβλίο της ομότιμης καθηγήτριας Εγκληματολογίας-Σωφρονιστικής του Νομικού Τμήματος Πανεπιστημίου Αθηνών Κ.Δ. Σπινέλλη «Εγκληματολογία. Σύγχρονες και παλαιότερες κατευθύνσεις». Ο νέος αυτός τόμος είναι πλέον καρπός της πολύχρονης επιστημονικής και διδακτικής εμπειρίας της συγγραφέως. Το βιβλίο αποτελεί μια μεστή, σφαιρική εισαγωγή στην επιστήμη της εγκληματολογίας. Όπως αναφέρει η ίδια στον πρόλογο του: «...μέσα από το διάλογο μου με τους φοιτητές που άρχισε το 1976 –και συνεχίζεται ακόμη– ξεπήδησε η ανάγκη να συλλέξω, να ταξινομήσω και να τους προσφέρω μερικές σύγχρονες θεωρητικές απόψεις, εμπειρικά δεδομένα και εγκληματολογικές στατιστικές μαζί με κάποιες δικές μου αντιλήψεις γι' αυτά τα θέματα».

Το βιβλίο χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο έχει εισαγωγικό χαρακτήρα στην επιστήμη της εγκληματολογίας και αναφέρεται, μεταξύ άλλων, στις διαφορές της με τις άλλες ποινικές επιστήμες, τους ειδικότερους κλάδους της, την εξέλιξη της στην Ελλάδα καθώς και στις σύγχρονες, πολλές και ενδιαφέρουσες, κατευθύνσεις της. Το δεύτερο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο σε ζητήματα μεθοδολογίας της εγκληματολογίας, στις ερευνητικές δυσχέρειες και τα δεοντολογικά θέματα που αντιμετωπίζει ο ερευνητής εγκληματολόγος καθώς και στα διαφορετικά είδη έρευνας και αξιολόγησης που εφαρμόζονται. Τα δύο τελευταία κεφάλαια παρουσιάζουν τις βασικές θεωρίες, σχολές και ρεύματα γύρω από την αναζήτηση των αιτιών ή των γενεσιουργών παραγόντων των εγκλημάτων, καθώς και μερικά από τα θέματα που συνιστούν ουσιαστικές προκλήσεις για τη σύγχρονη εγκληματολογία, όπως την πορνεία, την κατάργηση των ασύλων για τους ψυχικώς ασθενείς και την ευθανασία.

Το βιβλίο αποτελεί μια σύγχρονη και ελληνικά προσανατολισμένη παρουσίαση της επιστήμης της εγκληματολογίας. Έχει πολλές αναφορές σε πρόσφατες ελληνικές έρευνες και εκτενή ελληνική και ξένη βιβλιογραφία. Πράγματι, «...τεκμηριώνει την ανανέωση της εγκληματολογικής επιστήμης αλλά και την προσπάθεια να συλλάβει η συγγραφέας τα ουσιώδη και να τα συμπυκνώσει κατά τρόπο εύληπτο». Ο τόμος κλείνει με ένα λεπτομερές λημματικό ευρετήριο, που τον κάνει ιδιαίτερα χρήσιμο και χρηστικό.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΤΗΣ Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.

Η Εταιρία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.) ιδρύθηκε το 1991 στο πλαίσιο της προσπάθειας για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Αποτελεί μη κυβερνητική οργάνωση, στα μέλη της οποίας περιλαμβάνονται έγκριτοι επιστήμονες με πολύχρονη και διακεκριμένη θητεία στον τομέα της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου. Οι κύριοι στόχοι της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. εστιάζονται στην προαγωγή της πρόληψης μέσω της ανάπτυξης δραστηριοτήτων ψυχικής υγείας της κοινότητας, στην παροχή φροντίδας μέσω της οργάνωσης και λειτουργίας σύγχρονων υπηρεσιών (διάγνωσης, θεραπείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης) στην κοινότητα, καθώς και στην ανάπτυξη της έρευνας σε εθνικό και διακρατικό επίπεδο.

Η Ε.Ψ.Υ.Π.Ε., με σκοπό να συμβάλλει στην προώθηση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου, προσφέρει σειρά εκπαιδευτικών σεμιναρίων σε διάφορες θεματικές ενότητες, όπως μεταξύ άλλων στην αξιολόγηση της νοημοσύνης του παιδιού και του εφήβου, στη διάγνωση και συμβουλευτική ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες, σε θέματα ψυχικής υγείας βρεφών, νηπίων και παιδιών, καθώς και για την ψυχική υγεία, τη νοητική καθυστέρηση και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

*Πληροφορίες: Ε.Ψ.Υ.Π.Ε., Αγ. Ιωάννη Θεολόγου 19, 155 61 Χολαργός,
τηλ: 210 6546524, φαξ: 210 6522396, www.epsype.gr email: info@epsype.gr*

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Το Κέντρο Γνωστικών Επιστημών του Πανεπιστημίου του Άμστερνταμ διοργανώνει θερινό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για το αλκοόλ, τα ναρκωτικά και την εξάρτηση (Summer Institute on Alcohol, Drugs and Addiction) από 10 έως 27 Ιουλίου 2006 στο Άμστερνταμ της Ολλανδίας. Πρόκειται για πρόγραμμα διάρκειας τριών (3) εβδομάδων που εστιάζει στη μελέτη της εξάρτησης στους διάφορους πολιτισμούς. Την εκπαίδευση έχει αναλάβει ομάδα καθηγητών από όλο τον κόσμο.

*Πληροφορίες: τηλ: +31 20 5253776 fax: +31 20 5253778,
email: summerinstitute-ishss@uva.nl, www-ishss.uva.nl/addiction*

Η Διεθνής Ένωση των Εκδοτών Επιστημονικών Περιοδικών για τις Εξαρτήσεις (International Society of Addiction Journal Editors – ISAJE) διοργανώνει την ετήσια συνάντησή της από 31 Αυγούστου έως 2 Σεπτεμβρίου 2006, στο Ελσίνκι της Φινλανδίας. Η συνάντηση διεξάγεται με στόχο την προώθηση της επικοινωνίας και τη διάδοση της γνώσης σχετικά με θέματα εξαρτήσεων και των σχετικών επιστημών μεταξύ των επαγγελματιών που εργάζονται στο χώρο της πρόληψης, της θεραπείας και της επαγγελματικής ανάπτυξης στον τομέα αυτόν.

*Πληροφορίες:
ISAJE, fax: +44 (0)20 7703 5787, www-users.york.ac.uk/~sjp22/isaje.isaje.htm*

Η Διεθνής Ομοσπονδία Θεραπευτικών Κοινοτήτων (WFTC) διοργανώνει το 23^ο Παγκόσμιο Συνέδριό της με θέμα: «Συνεχίζοντας το Ταξίδι» από 1 έως 5 Σεπτεμβρίου 2006 στη Νέα Υόρκη. Το συνέδριο θα καλύψει θέματα που αφορούν την εξέλιξη, τη διαχείριση και τη διοίκηση των θεραπευτικών κοινοτήτων, ζητήματα πρόληψης και παρέμβασης στην οικογένεια και στην κοινότητα.

Πληροφορίες: www.wftc.org/WFTC_conference/index_nyc.html

Το Διεθνές Συμβούλιο για το Πρόβλημα του Αλκοόλ και των Εξαρτήσεων (ICAA-CIPAT) διοργανώνει το 49^ο διεθνές συνέδριο για τις εξαρτήσεις με θέμα: «Καλές πρακτικές» από 3 έως 7 Σεπτεμβρίου 2006 στο Εδιμβούργο της Σκωτίας. Το συνέδριο φιλοδοξεί να αποτελέσει ένα ευρύ πεδίο διαλόγου και προβληματισμού για επαγγελματίες από το χώρο της πρόληψης, της θεραπείας, της έρευνας και της χάραξης πολιτικής στον τομέα των εξαρτήσεων.

Πληροφορίες: www.icaa-uk.org και www.icaa.ch

Το Διεθνές Δίκτυο για την Πρόληψη των Ναρκωτικών και των Μολυσματικών Ασθενειών στις Φυλακές (ENDIPP) διοργανώνει το 9^ο ευρωπαϊκό του συνέδριο με θέμα: «Από την αρχή της ισοδυναμίας στην πρακτική της φροντίδας: Γεφυρώνοντας το χάσμα» από 5 έως 7 Οκτωβρίου 2006 στη Λιουμπλιάνα της Σλοβενίας.

Πληροφορίες: *ENDIPP Warsaw Office* τηλ/fax: +48(0) 22 640 8271,
email: info@endipp.net, <http://ljubljana2006.endipp.net>

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Μπορούμε 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

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 περίληψης μαζί με το υποβληθέν άρθρο. Ολόκληρο το άρθρο, συμπεριλαμβανομένων παραπομπών, πινάκων, στοιχείων,

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

Παρακαλήστε να αποστέλλεται τα άρθρα στην ακόλουθη διεύθυνση:

Για το Περιοδικό Εξαρτήσεις
ΚΕ.Θ.Ε.Α

Σορβόλου 24, 116 36 Αθήνα
είτε με email: exartisis@kethea.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

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

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

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

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

- Abrams, D.B. & Wilson, G.T. (1979) Effects of alcohol on social anxiety... 88, 161-173.
Blane, H.T. & Leonard, K.E. (1987) Psychological Theories.... (New York Guildford Press).

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

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

1. Cotton, N. (1987) The familial incidence of Alcoholism, *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 89-116.
2. Merikangas, K.R. (1989) Genetics of alcoholism: a review of Human studies...

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

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ

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

152 *Εξαρτήσεις*

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 επαλαμβάνονται σε όλες τις γραμμές, ενώ τα ομοιωματικά, και λέξεις όπως: ομοίως, βλέπε, ως άνω κ.λπ. δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται. Ακόμη οι πίνακες δεν θα πρέπει να έχουν διαγράμμιση.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

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

ΑΝΑΤΥΠΑ

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

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

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

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

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

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

ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

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

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

SUBMISSION

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

SUBMISSION GUIDELINES

The Journal fully supports the Farmington Consensus.

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

ETHICAL STANDARDS

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

(a) the material has not been published in whole or in part elsewhere;

(b) the paper is not currently being considered for publication elsewhere;

(c) all authors have been personally and actively involved in substantive work leading to the report, and will hold themselves jointly and individually responsible for its content;

(d) all relevant ethical safeguards have been met in relation to patient or subject protection, or animal experimentation.

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

LENGTH

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

LANGUAGE

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

SUBMISSION AND LAYOUT

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

ELECTRONIC SUBMISSIONS

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

to receive disks in Microsoft Word in a PC format, but can translate from most other common word-processing programs. Please specify which program you have used. Do not save your files as 'text only' or 'read only'.

ABSTRACT

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

REFERENCES

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

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

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

All authors should be included. Journal titles

should not be abbreviated. Please include first and last pages of book chapters. Where foreign language papers or books are cited, the title in English needs to be included in brackets after the foreign language version. Examples are:

Harvard

Abrams, D. B. & Wilson, G. T. (1979) Effects of alcohol on social anxiety in women: cognitive versus physiological processes. *Journal of Abnormal Psychology*, **88**, 161-173.

Blane, H. T. & Leonard, K. E. (1987) *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford Press.

Vancouver

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

2. Merikangas, K. R. (1989) Genetics of alcoholism: a review of human studies. In: Wetterberg, I., ed. *Genetics of Neuropsychiatric Diseases*, pp. 21-28. London: Macmillan.

ILLUSTRATIONS

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

ELECTRONIC ARTWORK

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

TABLES

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

REFEREEING 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.

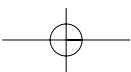
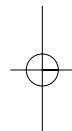
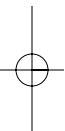
COPYRIGHT

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 ΕΝΑΤΟ ΤΕΥΧΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ
ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΤΟΝ ΑΠΡΙΛΙΟ ΤΟΥ 2006
ΣΕ 700 ΑΝΤΙΤΥΠΑ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ
ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
(ΚΕ.Θ.Ε.Α.)
ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ

Εποπτεία Έκδοσης Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ

Editing supervision Gerassimos NOTARAS

Πληκτρολόγηση Κειμένων

Typing

Τομέας Εκπαίδευσης ΚΕ.Θ.Ε.Α.

KETHEA Department of Education

Επιμέλεια Κειμένων - Διορθώσεις

Proofreading

Κωνσταντίνα ΥΦΑΝΤΗ

Konstantina YFANTI

Καλλιτεχνική Επιμέλεια Έκδοσης Βουβούλα ΣΚΟΥΡΑ

Illustration was by Vouvoula SKOURA

Σχεδιασμός Λογότυπου Τέτη ΚΑΜΟΥΤΣΗ

Logo Teti KAMOUTSI

Ηλεκτρονική Επεξεργασία - Σελιδοποίηση

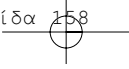
Typeset - Layout

Σταύρος ΜΠΕΛΕΣΑΚΟΣ

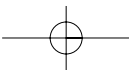
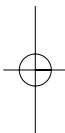
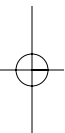
Stavros BELESSAKOS

Εκτύπωση - Βιβλιοδεσία ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ

Publication - Binding SCHEMA AND CHROMA



158 *Εξαρθήσεις*



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
 Ονοματεπώνυμο:
 Επιλέξτε τύπο κάρτας:
 Mastercard VISA
 Αριθμός κάρτας: Ημερομηνία λήξης:

Υπογραφή

Όσοι επιθυμείτε την έκδοση τιμολογίου παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο:

ΑΦΜ: ΔΟΥ:

Διεύθυνση:

Πόλη: Τ.Κ.: Χώρα:

Τηλέφωνο:

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

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

Order Form

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

SUBSCRIBER DETAILS (PLEASE WRITE IN CAPITALS)

Name:

Address:

.....

City/Town: Postal Code: Country:

Telephone: Fax: E-mail:

ORDER DETAILS

Annual Personal Subscription € 15.00

Annual Agency/ Organisation Subscription € 20.00

Annual Student Subscription € 10.00

PAYMENT DETAILS

Payment enclosed by cheque, made payable to KETHEA.

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

Pay by credit card

Please fill in the following details in capitals:

Name:

Select card type:

Mastercard VISA

Card Number: Expiry Date:

Signature:

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

Name:

Address:

City/Town: Postal Code: Country:

Telephone:

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

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