



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

Ιδιοκτησία

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

Εκδότης-Διευθυντής

Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ

Αναπληρώτρια Διευθύντρια Έκδοσης

Άννα ΤΣΙΜΠΟΥΚΛΗ

Συντακτική Ομάδα

Ελένη ΑΡΓΥΡΙΑΔΟΥ, Ρέμος ΑΡΜΑΟΣ, Μίρκα ΓΟΝΤΙΚΑ,
Κωνσταντίνα ΥΦΑΝΤΗ, Γεωργία ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ

Σύμβουλος Έκδοσης

Griffith EDWARDS, Εκδότης του *Addiction*

Διεθνής Συμβουλευτική Επιτροπή

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

Επιστημονική Επιτροπή Έκδοσης

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

Συνδρομές

Ελένη ΡΟΥΣΣΟΥ

Publishing Body

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

Editor in Chief

Gerassimos NOTARAS

Assistant Editor

Anna TSIBOUKLI

Editorial Group

Eleni ARGYRIADOU, Remos ARMAOS, Mirka GONTIKA,
Konstantina YFANTI, Georgia CHRISTOFILI

Consultant Editor

Griffith EDWARDS, Editor in Chief of *Addiction*

International Editorial Advisory Group

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

National Editorial Advisory Group

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

Subscriptions

Eleni ROUSSOU

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ - CONTENTS

	Εκδοτικό σημείωμα - Editorial	5
	Συνέντευξη με τη Lisa Najavits Interview with Lisa Najavits	11
1	ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – DRUG ADDICTION IN GREECE	
	<i>Διαφορές στο προφίλ των εξαρτημένων με κριτήριο τη διακοπή της θεραπείας και το φύλο</i> B. Σταυρόπουλος <i>Substance users' differences according to treatment outcome and gender</i> V. Stavropoulos	17
	<i>Εκτίμηση ψυχολογικών παραγόντων προσωπικότητας των εξαρτημένων από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες σε σχέση με παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στο θάνατο</i> Δ. Ζλατάνος, Β. Μαυρέας <i>Evaluation of psychological factors of personality of addicted from illegal substances regarding to risk factors that lead to death</i> D. Zlatanov, V. Mavreas	39
2	Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΣΤΟΧΑΣΤΡΟ: ΚΛΑΣΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – TREATMENT PERSPECTIVES: HISTORIC DOCUMENTS	
	<i>Το νοσοκομείο ως θεραπευτικός οργανισμός</i> T. Main <i>The hospital as a therapeutic institution</i>	63
	<i>Τι είναι απεξάρτηση; Επανεξέταση του ορισμού από την Επιτροπή Συναίνεσης του Betty Ford Institute</i> T. McLellan <i>What is recovery? Revisiting the Betty Ford Institute Consensus Panel Definition</i>	68
3	ΕΙΔΙΚΟ ΑΦΙΕΡΩΜΑ – LET'S FOCUS ON...	
	<i>Η Γερμανία, το αλκοόλ και η πολιτική για το αλκοόλ: ταλάντευση ανάμεσα στην περίσκεψη, τη δράση και την υποτροπή</i> G. Bühringer <i>Germany, Alcohol and Alcohol Policy: Oscillating Between Contemplation, Action and Relapse</i>	75

4 *Εξαορτήσεις*

<i>Αλκοόλ στην Ισπανία: διαφέρει;</i> <i>Alcohol in Spain: is it different?</i> A. Gual	82
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

4

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ – FOR THE READER

Νέα και γεγονότα – News and notes	93
Οδηγίες προς τους συγγραφείς – Guidance to the authors	101

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

Η ΣΥΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (ΚΕΘΕΑ) και τοπικής αυτοδιοίκησης, όλων των βαθμίδων, τείνει να εξελιχθεί στον κύριο – αν όχι μοναδικό – παράγοντα ανάπτυξης των θεραπευτικών παρεμβάσεων του φορέα.

Από το 2002, που εκπονήθηκε και τέθηκε σε εφαρμογή το πρώτο και μοναδικό μέχρι σήμερα Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων, η πολιτεία έχει υιοθετήσει μια αντιναπτυξιακή πολιτική, παρά τη διαρκώς διαπιστούμενη αυξημένη ανάγκη θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Δύο είναι οι βασικοί παράγοντες που οδηγούν σε αυτό το αποτέλεσμα: η αναντιστοιχία ανάμεσα στους οικονομικούς πόρους και στο μέγεθος της σχεδιαζόμενης και εξαγγελόμενης ανάπτυξης, και οι αντιναπτυξιακές γραφειοκρατικές διαδικασίες του δημοσίου.

Έτσι, παρά το γεγονός ότι το ΚΕΘΕΑ το 2002 επωμίστηκε σχεδόν το 80% της σχεδιασθείσης ανάπτυξης, η ετήσια αύξηση του προϋπολογισμού του ήταν σε πλήρη αναντιστοιχία προς το μέγεθος της ανάπτυξης, βάσει του Εθνικού Σχεδίου Δράσης που είχε επωμιστεί.

Οι γραφειοκρατικές αγκυλώσεις: κατ' ελάχιστον τρία (3) χρόνια για να εγκριθούν οι αναγκαίες προσλήψεις ώστε να στελεχωθούν οι νέες μονάδες, και απροσδιόριστο χρονικό όριο για τα τεχνικά έργα που πρέπει κάθε φορά να πραγματοποιούνται, με τις διαδικασίες του δημοσίου, για να καταστούν τα κτήρια κατάλληλα για τη στέγαση θεραπευτικών προγραμμάτων. Δύο βασικοί παράγοντες που καθιστούν αδύνατο κάθε προγραμματισμό για την υλοποίηση της σχεδιαζόμενης ανάπτυξης.

Το πρώτο Εθνικό Σχέδιο Δράσης έληξε το 2006 υπό αυτές τις συνθήκες. Έκτοτε το αρμόδιο υπουργείο έδωσε διαδοχικά για διαβούλευση τρία Σχέδια Δράσης. Το ΚΕΘΕΑ, και στις τρεις περιπτώσεις, συνέβαλε δημιουργικά στη βελτίωση και προώθηση της προσπάθειας αυτής. Κατέθεσε έγκαιρα τις δικές του προτάσεις με αναλυτικό Σχέδιο Δράσης (2007-2010), στο οποίο περιλαμβάνονταν στόχοι, νέες μονάδες, χρονοδιάγραμμα και οικονομικός προϋπολογισμός. Πρότεινε ακόμη τρόπους βελτίωσης των σχεδίων του υπουργείου.

Μέχρι σήμερα δεν έχει οριστικοποιηθεί το συζητούμενο Σχέδιο Δράσης και, κατά συνέπεια, δεν έχει τεθεί σε εφαρμογή η ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων, παρά την ογκούμενη ζήτησή τους σχεδόν από όλες τις περιοχές της χώρας. Ούτε βέβαια έχουν εξασφαλιστεί πόροι στους προϋπολογισμούς των ετών 2007, 2008 και 2009 που να επιτρέπουν στοιχειώδη ανάπτυξη. Αξίζει ακόμη να σημειωθεί ότι για την ίδια χρονική περίοδο δεν έχει εγκριθεί κανένα αίτημα για την πρόσληψη νέου προσωπικού, ώστε να καλύψει κενά που έχουν δημιουργηθεί στα υφιστάμενα προγράμματα αλλά και να στελεχώσει νέα προγράμματα.

6 Εξαορτήσεις

Το ΚΕΘΕΑ, προκειμένου να ξεπεράσει την κατάσταση ακινησίας που έχει δημιουργήσει η κρατική πολιτική, η οποία κινδυνεύει να δημιουργήσει συνθήκες οπισθοδρόμησης και μααρασμού, αλλά κυρίως προκειμένου να αντιμετωπίσει τα πιεστικά αιτήματα διάφορων τοπικών κοινωνικών φορέων, των οποίων γίνεται αποδέκτης, για την κάλυψη πραγματικών αναγκών, υιοθέτησε μια δυναμική πολιτική στενής συνεργασίας με την τοπική αυτοδιοίκηση όλων των βαθμίδων.

Η πολιτική αυτή σχεδιάστηκε στη βάση διαδοχικών προσεγγίσεων ώστε να δημιουργηθούν συνθήκες στενής συνεργασίας όλων των τοπικών κοινωνικών δυνάμεων με το ΚΕΘΕΑ, με στόχο τη δημιουργία θεραπευτικών δομών που θα υπηρετήσουν τις ανάγκες της περιοχής. Ο σχεδιασμός αυτός περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα:

- Διερεύνηση από στελέχη του ΚΕΘΕΑ των πραγματικών αναγκών της περιοχής για τη δημιουργία θεραπευτικών δομών.
- Κινητοποίηση του συνόλου, εάν είναι δυνατόν, των κοινωνικών φορέων της περιοχής και όλων των βαθμίδων της τοπικής αυτοδιοίκησης στην ιδέα της δημιουργίας μονάδων του ΚΕΘΕΑ στην περιοχή τους. Η αποδοχή από την τοπική κοινωνία των σκοπούμενων παρεμβάσεων του αποτελεί βασική προϋπόθεση για το ΚΕΘΕΑ, ώστε να επιχειρήσει την εγκατάσταση νέας μονάδας σε κάποια περιοχή.
- Με βάση τα παραπάνω ακολουθεί ο σχεδιασμός του τύπου της παρέμβασης που ενδείκνυται για την περιοχή.
- Ο σχεδιασμός αυτός συζητείται με τους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης και τους άλλους κοινωνικούς φορείς, ώστε να προσδιοριστεί το μέρος του βάρους του όλου εγχειρήματος που θα επωμιστεί η κάθε πλευρά.
- Η συμφωνία συνήθως καταλήγει στο να αναλάβουν οι τοπικοί φορείς την παραχώρηση κτηριακών εγκαταστάσεων και υλικοτεχνικής υποδομής ή/και μέρος των δαπανών για τα λειτουργικά έξοδα. Το ΚΕΘΕΑ, από τη μεριά του, αναλαμβάνει τη διοικητική και επιστημονική ευθύνη, τη στελέχωση –θεραπευτική και άλλη–, τις δαπάνες μισθοδοσίας που συνεπάγεται αυτό και, κατά περίπτωση, μέρος των λειτουργικών δαπανών.
- Συνήθως, η παρέμβαση ξεκινά με τη δημιουργία ενός συμβουλευτικού κέντρου το οποίο στελεχώνει προσωπικό κάποιου προγράμματος που λειτουργεί ήδη σε γειτονική περιοχή. Το συμβουλευτικό αυτό κέντρο αναλαμβάνει την κινητοποίηση και προετοιμασία για θεραπεία των χρηστών. Για τη θεραπεία τα μέλη παραπέμπονται σε κάποιο άλλο πρόγραμμα διαμονής του ΚΕΘΕΑ. Με αυτό τον τρόπο αντιμετωπίζεται, σε ένα πρώτο στάδιο, η στενότητα προσωπικού, λόγω της μέχρι σήμερα μη ικανοποίησης των αιτημάτων πρόσληψης νέου προσωπικού.
- Ανάλογα με την πρόοδο των πραγματικών συνθηκών κάθε περιοχής η νέα παρέμβαση αποκτά σταδιακά και νέες μονάδες μέχρι να καταστεί ολοκληρωμένο πρόγραμμα.

Με τον τρόπο που περιγράψαμε παραπάνω το ΚΕΘΕΑ κατόρθωσε να ξεπεράσει τη στασιμότητα στην οποία έχει οδηγήσει αντικειμενικά η ασκούμενη κρατική πολιτική στον τομέα των εξαρτήσεων, και όχι μόνο απέναντι στο ΚΕΘΕΑ.

Έτσι, από το 2002, το ΚΕΘΕΑ σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση και τους τοπικούς κοινωνικούς φορείς κατόρθωσε να αναπτύξει δώδεκα (12) νέες παρεμβάσεις στις ακόλουθες πόλεις: Βόλο, Πάτρα, Καβάλα, Αλεξανδρούπολη, Κομοτηνή, Τρίκαλα, Ιωάννινα, Κιλκίς, Γιαννιτσά, Μυτιλήνη, Καλαμάτα, Ραφήνα.

Είναι βέβαια δεδομένο ότι η προσπάθεια της από κοινού με την τοπική κοινωνία αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, αν και είναι πολύ σημαντική για την υλική, αλλά κυρίως για την ηθική υποστήριξη που παρέχει, καθώς έτσι επιτρέπεται η ουσιαστική ένταξη της Θεραπευτικής προσπάθειας μέσα στην κοινωνία, έχει τα όριά της. Εάν η πολιτεία δεν συνειδητοποιήσει και δεν κάνει πράξη την αρχή που λέει ότι η οποιαδήποτε ανάπτυξη προϋποθέτει τους αντίστοιχους πόρους, καθώς και εάν δεν ανατραπούν οι υπάρχουσες πρακτικές, που θέτουν προσκόμματα στις διαδικασίες στελέχωσης, εξασφάλισης προμηθειών, ανάθεσης έργων και, εντέλει, στέγασης και λειτουργίας των υπηρεσιών που βρίσκονται στην «πρώτη γραμμή», θα καταστεί αδύνατη και αυτού του τύπου η επέκταση των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Τη στιγμή που γράφονται οι λέξεις αυτές εκκρεμούν αιτήματα που έχουν ξεκινήσει οι διερευνητικές διαδικασίες από δεκαπέντε (15) άλλες πόλεις: Γρεβενά, Κοζάνη, Καστοριά, Άρτα, Μεσολόγγι, Λειβαδιά, Κόρινθο, Ναύπλιο, Χαλκίδα, Ρόδο, Χανιά, Λαύριο, Παιανία, Ελευσίνα, Ίλιον.

Για την Εκδοτική Ομάδα
ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΝΟΤΑΡΑΣ

Editorial

KETHEA's (Therapy Center for Dependent Individuals) liaising with the local government at all levels has nearly become the main, if not sole, factor of development for delivering treatment interventions.

Since 2002, when the first, and only, so far National Action Plan for Drug Addiction, was drawn and set in effect, the state has adopted a dubious developmental policy, despite the constantly increasing demand for treatment interventions.

There are two main reasons leading to this outcome: firstly, the conflict between the state funding available and the extent of the development plan, and secondly the public sector's counter productive, bureaucratic procedures.

So, despite the fact that KETHEA took on almost 80% of the foreseen development in 2002, the annual budget increase was disproportionate to the overall obligations deriving from the National Action Plan.

The bureaucratic inertia: firstly, the time delay (at least three years to approve the necessary intake of new staff in order to support the new services), as well as the indefinite time limit required for the technical works that need to be completed according to the state processes, in order to get the approval for the buildings to accommodate treatment programs. These two main factors make the implementation of the developmental planning impossible.

The first National Action Plan ended in 2006, under these conditions. Since then, the Ministry, proposed three successive Action Plans. In all three cases, KETHEA contributed in an active way to the improvement and promotion of this effort. KETHEA, timely, presented proposals, with a detailed Action Plan (2007-2010), including goals, new units schedule, timetable and a budget. In addition, KETHEA suggested ways to improve the Ministry's Plans.

Until today the Action Plan in discussion has not yet finalized; consequently, the development of treatment interventions has not yet taken effect, despite the elevated demand from nearly every region in Greece. Furthermore, the budgets of 2007, 2008 and 2009 also have not provided for the necessary funding allowing for a basic development. It is worth noting that none of staffing both the existing programs and the new services, have been approved.

KETHEA, in order to overcome the state of inertia caused by the state policy, which threatens with regression and decline, but most importantly, in order to respond to the urgent demands from various local social agencies, to cover real needs, has adopted a strong policy of close cooperation with all the levels of the local government.

This policy was drawn based on successive approaches so that close collaboration of all local social forces with KETHEA is established, aiming at the creation of therapeutic structures that will serve the needs of the region. The planning includes the following steps:

- Needs' assessment of the region conducted by KETHEA, in order to create therapeutic structures.
- Engagement of all, if possible, the social institutions of the region and all the levels of the local government in the idea of creating KETHEA units in the region. The acceptance by the local community is a prerequisite for KETHEA, to launch new services in an area.
- The planning of the intervention relevant to that area is made based on the procedure described above.
- This plan is shared with the institutions of the local government and the other social agencies, so as to determine the responsibilities that each party will undertake.
- The agreement usually results in that the local institutions provide the facilities, and technical infrastructure and/or cover part of the operational expenses. KETHEA, on its part, undertakes the administrative and scientific responsibility, the staffing ?therapeutic and other staff?, the payroll and on occasion, part of operational expenses.

Usually, the intervention starts with the creation of a counselling centre that is staffed by people from a program operating in a nearby region. This counselling centre focuses on motivating and preparing the users for treatment. The clients are then referred for treatment in another KETHEA residential program. This is the way the shortness of staff is dealt with on a first level, due to the non approval of the demands for new staff.

- Depending on the progress in real terms, the new intervention expands progressively and develops new units until it becomes a fully operating program.

In the way described above, KETHEA managed to overcome the inactivity, caused by the government policies in the field of addictions, not necessarily just towards KETHEA.

Thus, since 2002, KETHEA in collaboration with the local government and social institutions managed to develop twelve (12) new interventions in the following towns: Volos, Patras, Kavala, Alexandroupoli, Komotini, Trikala, Ioannina, Kilkis, Giannitsa, Mitilini, Kalamata, Rafina.

There's no doubt that the joint effort of KETHEA with the local community to deal with drug addiction is limited, regardless of the importance of the

10 Εξαοτήσεις

material, as well as the moral support it provides, by facilitating the integration of treatment efforts in the society. It is highly likely that therapeutic interventions will become impossible, if the state does not realise and put in effect the main principle suggesting that any type of development requires the corresponding resources, and if the current practices that hinder the staffing process, supplies' provision, work assignments and, finally, the premises and the operation of services in the "front line" are not changed.

As we speak, several requests are still pending from the needs assessment conducted in fifteen (15) more towns: Grevena, Kozani, Kastoria, Arta, Messologhi, Leivadia, Korinth, Nafplion, Chalkida, Rhodes, Chania, Lavrio, Paiania, Elefsina, Ilion

For the Editorial Group
GERASSIMOS NOTARAS

Εξαοτήσιες, τεύχος 15, 2009

*Συνέντευξη με τη Lisa Najavits
Interview with Lisa Najavits*

Στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού κύκλου με τίτλο «Συμβουλευτική στον Τομέα της τοξικοεξάρτησης, οι Γνώσεις, οι Δεξιότητες και η στάση στην επαγγελματική πρακτική» που συνδιοργανώνει το ΚΕΘΕΑ σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του San Diego, συναντήσαμε τη Dr. L. Najavits, καθηγήτρια στο τμήμα ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Harvard, και Διευθύντρια του Ερευνητικού προγράμματος για το Τραύμα στο Κέντρο για την Κατάχρηση Αλκοόλ ψυχοτρόπων ουσιών στο Νοσοκομείο Mc Lean. Κατά την πολύχρονη εμπειρία της στο χώρο της ψυχικής υγείας έχει ασχοληθεί κλινικά και ερευνητικά με τα εξής θέματα: τραύμα, μετατραυματικό στρες, κατάχρηση ουσιών και ψυχοθεραπεία.

Τη συνέντευξη παρουσιάζει η Κ. Υφαντή.

*Απόδοση στα ελληνικά ΓΕΩΡΓΙΑ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ
Translation GEORGIA CHRISTOFILI*

Εξαρτήσιες (Ε): Έχετε προσφέρει πολύτιμο έργο στο χώρο της έρευνας, της θεραπείας και της συγγραφής, πώς ξεκινήσατε; Θα μπορούσατε να μας περιγράψετε τις σημαντικότερες κατευθύνσεις στη δουλειά σας;

Lisa Najavits (L.N.): Κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών, είχα τη μεγάλη ευκαιρία να εκπαιδευτώ στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία τόσο για γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις όσο και θεραπείες ψυχοδυναμικής παρέμβασης από δύο εξαιρετικούς μέντορες (τους Dr. Hollon και Dr. Strupp). Αργότερα όταν ξεκίνησα την πρακτική μου ως κλινικός ψυχολόγος, είχα την ευκαιρία να παρέχω θεραπευτικές παρεμβάσεις και με τις δύο κατευθύνσεις. Συνολικά, αυτές οι εμπειρίες αποτέλεσαν εξαιρετική εκπαίδευση δεδομένου ότι με βοήθησαν να κατανοήσω πως υπάρχουν διάφοροι τρόποι να δει κανείς έναν ασθενή, και αυτή η προσέγγιση εμπλουτίζει την εργασία. Η πρώτη επαγγελματική μου απασχόληση στο Νοσοκομείο McLean/της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ στις αρχές της δεκαετίας του 1990 ήταν στον τομέα της κατάχρησης ουσιών, η οποία μου φάνηκε πραγματικά συναρπαστική. Όπως πολλοί άλλοι εκείνη την εποχή, δεν είχα ασχοληθεί ουσιαστικά με θέματα κατάχρησης ουσιών και βρήκα τις προκλήσεις του χώρου ενδιαφέρουσες. Επίσης, στο Νοσοκομείο McLean αντιμετώπισα πολύ σοβαρά περιστατικά ασθενών, με διάφορες διαταραχές του Άξονα I και II του DSM IV. Εκεί μπόρεσα να δω την ανάγκη για ανάπτυξη νέων μεθόδων ψυχοθεραπείας. Συνολικά, οι κύριες κατευθύνσεις στην εργασία μου ήταν έρευνα στην ψυχοθεραπεία, τα διαφορετικά μοντέλα θεραπείας, την κατάχρηση ουσιών και σε ασθενείς σοβαρά επιβαρυσμένους. Όλοι αυτοί οι τομείς αποδείχθηκαν

12 *Εξαρτήσεις*

πολύ ενδιαφέροντες για μένα. Πραγματικά απολαμβάνω το διανοητικό και συναισθηματικό βάθος αυτών των τομέων, στους οποίους έχει ήδη γίνει πολύ καλή δουλειά, και έπεται να γίνει ακόμη περισσότερη. Πολλοί από αυτούς τους τομείς είναι ακόμη αρκετά καινούργιοι.

Ε: Πώς ξεκίνησε η ενασχόλησή σας με το χώρο των εξαρτήσεων και ιδιαίτερα το μετατραυματικό άγχος;

L.N.: Ήμουν πολύ τυχερή, επειδή όταν ολοκλήρωσα τις σπουδές μου και αναζήτησα για πρώτη φορά εργασία, υπήρχε μια ανοιχτή θέση για έρευνα σε θέματα ψυχοθεραπείας στον τομέα της κατάχρησης ουσιών. Ήμουν επικεφαλής μιας μελέτης αποτελεσματικότητας σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για χρήστες κοκαΐνης με δομές σε πολλές περιοχές. Συνδέθηκα κατευθείαν με αυτόν το χώρο, καθώς ένιωσα ότι προσφέρεται βοήθεια σε έναν πολύ ευάλωτο πληθυσμό με μεγάλη ανάγκη για υποστήριξη. Επιπλέον, ο μέντοράς μου εκείνη την περίοδο (Dr. Weiss) ενδιαφερόταν για θέματα συνυπαρχουσών διαταραχών (κατάχρησης ουσιών και ψυχικών παθήσεων) ένα θέμα που μόλις είχε ξεκινήσει να μελετάται εκείνη την περίοδο, στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Εκείνος ήταν που με ενθάρρυνε να μελετήσω κάτι σε αυτόν το χώρο, όταν έκανα την πρώτη μου αίτηση για χρηματοδότηση. Επέλεξα λοιπόν το θέμα της διαταραχής μετατραυματικού άγχους (PTSD) και την κατάχρηση ουσιών, καθώς υπήρχε ελάχιστη βιβλιογραφία για αυτό το συγκεκριμένο συνδυασμό. Επίσης, εξετάζοντάς το αναδρομικά καταλαβαίνω ότι με «τράβηξε» περισσότερο αυτό το θέμα, λόγω του προσωπικού και οικογενειακού ιστορικού τραύματος. Η μητέρα μου και η γιαγιά μου ήταν Ουγγαρέζες και βίωσαν και επιβίωσαν από το Ολοκαύτωμα, ενώ εγώ υπήρξα θύμα εγκληματικής επίθεσης κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Είναι σίγουρο ότι δεν είναι απαραίτητο να έχει βιώσει κάποιος τραύμα για να μπορεί να δείξει συμπόνια για κάτι τέτοιο, όμως οι προσωπικές εμπειρίες μου προσέφεραν άμεση κατανόηση της επίδρασης που μπορεί να έχει ένα τραυματικό γεγονός στους ανθρώπους. Προσωπική εμπειρία με κατάχρηση ουσιών δεν είχα, ούτε εγώ ούτε η οικογένειά μου αντιμετώπισε ποτέ τέτοιο ζήτημα. Ωστόσο, μέσα από τη δουλειά μου γρήγορα συνειδητοποίησα ότι η κατάχρηση ουσιών συνδέεται πολύ συχνά με κάποιο τραύμα. Οι ουσίες μπορεί εύκολα να αποτελέσουν τρόπο αντιμετώπισης του συναισθηματικού πόνου.

Ε: Στα χρόνια εμπειρίας που ασχολείστε στο συγκεκριμένο χώρο τι ήταν αυτό που πιστεύετε ότι σας «δίδαξε» περισσότερα πράγματα;

L.N.: Σίγουρα η δουλειά με τους ασθενείς, έμαθα από την ιστορία τους, έβλεπα τι λειτουργούσε και τι όχι και σίγουρα με συγκινούσε η προσπάθεια που έκαναν για θεραπεία. Πολύ συχνά ξεπερνούσαν το νόμο των πιθανοτήτων απλά και μόνο για να παραμείνουν ζωντανόι. Σίγουρα υπήρχαν και άλλες επιρροές, όπως το διάβασμα, οι συνάδελφοι, η εκπαίδευση κ.ά. Όμως σίγουρα η σημαντικότερη επιρροή για μένα ήταν οι ασθενείς που έβλεπα.

Ε: Ποιες είναι κάποιες από τις τρέχουσες δυσκολίες που αντιμετωπίζετε και πώς τις ξεπερνάτε;

L.N.: Ενδιαφέρον είναι ότι –κάποια στιγμή ενώ έγραφα το πρώτο μου βιβλίο το “Seeking Safety”, συνειδητοποίησα ότι ουσιαστικά έγραφα για τα πράγματα, που είχα μάθει εγώ αντιμετωπίζοντας τα δικά μου βιώματα, και μέσα από την παρατήρηση των αν-

θρώπων γύρω μου μεγαλώνοντας ως παιδί και ως ενήλικας. Πάντοτε υπάρχουν κάποιες δυσκολίες, όμως επίσης πάντα υπάρχει και ο τρόπος να τις αντιμετωπίσεις. Όταν προκύπτει μια δυσκολία, σε προσωπικό ή επαγγελματικό επίπεδο, σε κάθε περίπτωση πιστεύω ότι υπάρχει κάτι που μπορεί να γίνει για να βελτιωθεί η κατάσταση. Εγώ θεωρώ την αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων μια διαδικασία δια βίου μάθησης. Αυτή η φιλοσοφία, ενδεχομένως, αποδείχθηκε ιδιαίτερα σημαντική όταν βίωσα την ξαφνική απώλεια της μητέρας μου σε αρκετά νεαρή ηλικία, και αναζήτησα τρόπους να το αντιμετωπίσω.

Ε: Ποιες διαφορές εντοπίζετε ανάμεσα στη θεραπευτική δουλειά, τη συγγραφή και την έρευνα;

L.N.: Το κάθε ένα από αυτά προέρχεται από διαφορετικό κομμάτι του εαυτού μου, ταυτόχρονα όμως όλα συνδέονται. Αυτό που μου αρέσει στην καριέρα του ερευνητή σε θέματα ψυχοθεραπείας είναι ότι αυτοί οι δύο τομείς αλληλεπιδρούν. Θεωρώ ότι η συγγραφή είναι το δυσκολότερο των τριών, όταν πρωτοξεκίνησα την καριέρα μου διάβασα πολλά βιβλία πάνω σε αυτό το θέμα, για να βελτιώσω το γράψιμό μου και να κατανοήσω καλύτερα τις ψυχολογικές διεργασίες που σχετίζονται με αυτό.

Ε: Πόσο σημαντική είναι εκπαίδευση στην κλινική εργασία; Θεωρείτε ότι η προσωπική θεραπεία είναι χρήσιμη για τη δουλειά του θεραπευτή;

L.N.: Η εκπαίδευση είναι απαραίτητη αλλά όχι αρκετή. Υπάρχει σημαντικός όγκος γνώσεων στο χώρο της θεραπείας – διαγνώσεις, θεραπευτικά μοντέλα, διαφορετικές θεωρίες, κ.ά. Εκτός όμως από τον όγκο αυτών των γνώσεων, ο θεραπευτής χρειάζεται επίσης, ικανότητες συμπόνιας, ενσυναίσθησης, καθρεφτίσματος και αρκετά ακόμη χαρακτηριστικά τα οποία πιθανότατα δεν διδάσκονται. Όσο για την προσωπική θεραπεία, αυτό φαίνεται να έχει πραγματικά σημασία, ωστόσο η βιβλιογραφία δεν δείχνει ότι επηρεάζει την αποτελεσματικότητα του θεραπευτή. Πρέπει να κατανοήσουμε περισσότερα για το ποιος ωφελείται και σε ποιο πλαίσιο. Γενικότερα είναι πιο χρήσιμο όταν ο θεραπευτής πραγματικά επιθυμεί να παρακολουθήσει ατομική ψυχοθεραπεία και υπάρχει καλή συμμαχία με το θεραπευτή και τη φιλοσοφία της θεραπείας. Ακόμη όμως και οι αρνητικές θεραπευτικές εμπειρίες μπορούν να διδάξουν σημαντικά μαθήματα.

Ε: Υπάρχει κάτι με το οποίο ασχολείστε αυτή την περίοδο για το οποίο είστε ενθουσιασμένη;

L.N.: Ναι, υπάρχουν πολλά. Για παράδειγμα με κάποιους συναδέλφους συνεργαζόμαστε για μια πιλοτική εφαρμογή του υλικού Seeking Safety με ομάδα ομοτίμων. Το οποίο πιστεύω ότι θα είναι πολύ χρήσιμο όσον αφορά τη δημόσια υγεία –πώς δηλαδή μπορούν να βοηθηθούν άνθρωποι, οι οποίοι δεν διαθέτουν τους πόρους να συμμετέχουν σε θεραπεία. Επίσης, δουλεύω τώρα σε μια τυχαίοποιημένη, ελεγχόμενη δοκιμή στο δεύτερο βιβλίο μου, (“A Woman’s Addiction workbook”), το οποίο εφαρμόζεται υπό την επίβλεψη θεραπευτή. Στόχος μας είναι να συγκριθεί αυτό το μοντέλο που εστιάζει στη διαφορετικότητα των δύο φύλων με ένα άλλο μοντέλο που αφορά και τα δύο φύλα. Κάτι άλλο στο οποίο συμμετέχω είναι η δημιουργία μιας τηλεφωνικής γραμμής που θα πραγματοποιεί αυτόματα αξιολόγηση για τη διαταραχή της εξάρτησης και άλλες διαταραχές.

E: Υπήρχαν «λανθασμένες» επιλογές που κάνατε στην καριέρα σας, οι οποίες αργότερα αποδείχθηκε ότι ήταν σωστές;

L.N.: Φυσικά, μάλιστα στο δεύτερο βιβλίο μου παρατηρώ ότι κάτι που φαίνεται άσχημο μπορεί να βγει σε καλό και το αντίστροφο. Αυτό ισχύει γενικά στη ζωή. Ένα παράδειγμα που έχω από την προσωπική μου εμπειρία ήταν η επιλογή μου να γραφτώ στο ερευνητικό μεταπτυχιακό πρόγραμμα. Αρχικά αισθανόμουν εντελώς εκτός τόπου, καθώς ο αρχικός μου στόχος ήταν να γίνω θεραπεύτρια. Έπρεπα να διδαχθώ νέες δεξιότητες, για να μπορέσω να «επιβιώσω» σε αυτό το πρόγραμμα κάτι που όμως αργότερα αποδείχθηκε ιδιαίτερα ωφέλιμο ανοίγοντάς μου νέους επαγγελματικούς δρόμους.

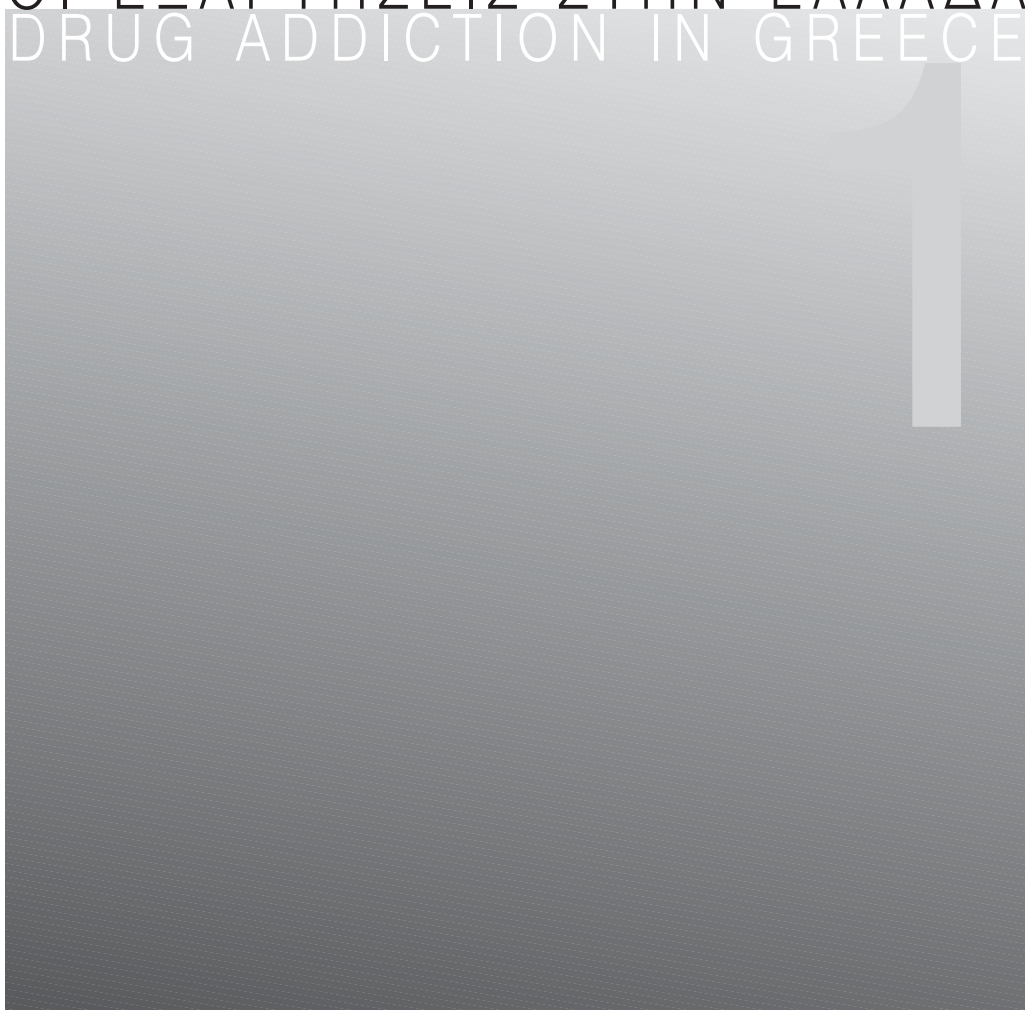
E: Ποιες είναι οι χρησιμότερες αρετές για ένα θεραπευτή;

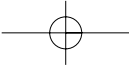
L.N.: Ευφυΐα, συμπόνια, διερευνητικό πνεύμα, ανοιχτό μυαλό και ευσυνειδησία σε ίσες δόσεις. Η αίσθηση χιούμορ επίσης είναι πολύ καλό δώρο για αυτό το χώρο εργασίας.

E: Τέλος, τι θα συμβουλευάτε ένα νεαρό θεραπευτή ή ερευνητή;

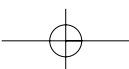
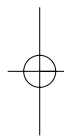
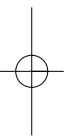
L.N.: Καταρχήν να επενδύσει στην ποιότητα. Όλα φαίνονται δύσκολα όταν ξεκινάς επειδή είναι καινούργια. Μπορεί να είναι δύσκολο να γράψεις, να πάρεις επιχορήγηση, να σχεδιάσεις μια μελέτη κ.λπ. Δεν υπάρχει σύντομος δρόμος. Πρέπει να επενδύσεις όσο χρειάζεται, για να μπορέσεις να φτάσεις να παράγεις άριστης ποιότητας δουλειά. Πολλές φορές συναντώ ανθρώπους, οι οποίοι θέλουν να έχουν γρήγορα αποτελέσματα, αυτό όμως συμβαίνει πολύ σπάνια. Δεύτερο που έχω να πω είναι να διατηρήσουν την εστίασή τους. Είναι πολύ εύκολο να παρεκκλίνει κανείς λόγω επιλογών πολιτικής, λόγω του προγράμματος άλλων ανθρώπων, λόγω χρημάτων, ή λόγω άλλων παραγόντων που δεν σχετίζονται με τη δουλειά. Να έχουν σαφές όραμα του τελικού τους στόχου –είτε πρόκειται για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενή, είτε για το σχεδιασμό επιστημονικών μελετών. Επίσης, να διατηρήσουν ξεκάθαρο αυτόν το στόχο, και να μην παρεκκλίνουν από άλλα συναφή θέματα. Τρίτον να βρουν τι τους αρέσει στη δουλειά αυτή. Αυτή η δουλειά έχει πολλές προκλήσεις και θα πρέπει να υπάρχει κάτι σημαντικό σε συναισθηματικό επίπεδο, κάτι που σας αγγίζει βαθιά μέσα σας. Εάν όχι, τότε ενδεχομένως να ήταν καλύτερο να βρείτε μια άλλη πιο εύκολη καριέρα. Έχει πολλές χαρές και έντονα κομμάτια, αυτό είναι το θετικό και αυτό που μπορεί να κρατήσει κάποιον μακροπρόθεσμα.

ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ DRUG ADDICTION IN GREECE





16 *Εξαοτήσεις*



Εξαρτήσεις, τόμος 15, 2009

SUBSTANCE USERS' DIFFERENCES ACCORDING TO TREATMENT OUTCOME AND GENDER

VASILIS STAVROPOULOS*

PHD STUDENT OF CLINICAL PSYCHOLOGY, UNIVERSITY OF ATHENS

Abstract

The main objective of this study was to investigate differences between substance abusers based upon their treatment outcome and gender. These differences were assessed using self-report questionnaires, asking for demographic characteristics, characteristics of use, cognitive characteristics, psychopathology, life events, and daily hassles. The participants of the present study were fifty-six dependent users, both women and men, during their induction in the second phase of psychological treatment for dependence. The results showed statistical significant differences between treatment outcome and comorbidity. More specifically, it was revealed that those who do not complete treatment are more likely to report more intense psychosomatic symptoms and depression at the start of treatment than those who complete treatment. Concerning the sex of the participants, it was shown that women compared to men tend to end their education later, engage in more avoidant behaviours, meet less social difficulties, and manifest more intense psychosomatic symptoms, obsessive-compulsive symptoms, depression, anxiety, and paranoid ideation while they also suffer more from psychopathological disturbances. Men, on the other hand, tend to use more substances at the same time than women do and they express more anger and hostility.

Keywords: Dependence, End of Treatment, Sex, Psychopathology, Cognitive Characteristics.

* Contact details: e-mail: vstavrop@psych.uoa.gr tel: 210 7277525 panepistimiopolis Athens Greece.

Εξαρτήσεις, τεύχος 15, 2009

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ

ΒΑΣΙΛΗΣ ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ*

ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Π ε ρ ί λ η ψ η

Κύριος σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η διερεύνηση διαφορών στο προφίλ των εξαρτημένων, με άξονες την έκβαση της δεύτερης φάσης θεραπείας (διακοπή ή ολοκλήρωση) και το φύλο. Το προφίλ αυτό επιχειρήθηκε να περιγραφεί μέσα από ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, δημογραφικών χαρακτηριστικών, χαρακτηριστικών χρήσης, γνωσιακών χαρακτηριστικών, ψυχοπαθολογίας, γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 56 εξαρτημένοι, άνδρες και γυναίκες, κατά την εισαγωγή τους στη δεύτερη φάση θεραπείας ψυχολογικής απεξάρτησης. Ως προς την έκβαση της θεραπείας της Β' φάσης, τα αποτελέσματα ανέδειξαν διαφορές σε σχέση με τις συνυπάρχουσες μορφές ψυχοπαθολογίας. Ειδικότερα φάνηκε, ότι αυτοί που διακόπτουν, έχουν κατά την εισαγωγή τους εντονότερα συμπτώματα σωματοποίησης και κατάθλιψης, σε σχέση με εκείνους που ολοκληρώνουν. Ως προς το φύλο των συμμετεχόντων, έδειξαν ότι οι γυναίκες διακόπτουν αργότερα την εκπαίδευση από τους άνδρες, λειτουργούν περισσότερο αποφευκτικά, συναντούν λιγότερες κοινωνικές δυσκολίες και εκδηλώνουν εντονότερα συμπτώματα σωματοποίησης, ψυχαναγκαστικότητας- καταναγκαστικότητας, κατάθλιψης, άγχους, και παρανοειδούς ιδεασμού, ενώ υποφέρουν γενικότερα, περισσότερο, από ενοχλήσεις ψυχοπαθολογίας. Οι άνδρες τείνουν να κάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό παράλληλη χρήση πολλών ουσιών, ενώ εκδηλώνουν πιο πολύ θυμό και επιθετικότητα.

Λέξεις Κλειδιά: Εξάρτηση, Διακοπή Θεραπείας, Φύλο, Ψυχοπαθολογία, Γνωσιακά Χαρακτηριστικά.

* Διεύθυνση Επικοινωνίας: e-mail: vstavrop@psych.uoa.gr Τηλ: 210 7277525 Πανεπιστημιούπολη Αθηνών Ελλάδα.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Στόχος της έρευνας αυτής είναι να εντοπιστούν χαρακτηριστικά, που σχετίζονται με διαφορές στο προφίλ εξαρτημένων. Οι διαφορές αυτές επιχειρήθηκε να περιγραφούν μέσα από την έκβαση της δεύτερης φάσης θεραπείας* (διακοπή ή ολοκλήρωση) και το φύλο. Ειδικότερα η διακοπή και το φύλο ήταν τα σημεία αναφοράς, σε σχέση με χαρακτηριστικά χρήσης, γνωσιακά χαρακτηριστικά, στοιχεία επιβάρυνσης του ιστορικού και της καθημερινότητας των ατόμων, καθώς και άλλα παράλληλα συμπτώματα.

Η πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας είναι συχνή σε όλες τις φάσεις των προγραμμάτων απεξάρτησης (Pouloroulos & Tsiboukli, 1999). Οι συνέπειες από τη διακοπή της θεραπείας είναι ιδιαίτερα σοβαρές τόσο για το άτομο, το κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον όσο και για το θεραπευτικό πλαίσιο (De Leon, 1986). Το αν τελικά μία θεραπευτική προσπάθεια θα διακοπεί, εξαρτάται τόσο από ενδοατομικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες (Marlatt, 1980, Hiller, Knight, Leukefeld, & Simpson, 2002. Pelissier, 2004). Τα δεδομένα αυτά γεννούν ερωτηματικά σε σχέση με την ύπαρξη ενός προφίλ θεραπευμένου, που ανταποκρίνεται με επιτυχία στη θεραπεία.

Ένας άλλος παράγοντας που ενδεχομένως διαφοροποιεί το προφίλ των εξαρτημένων είναι το φύλο τους. Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αυξηθεί η σημασία που αποδίδεται στο ρόλο του φύλου στην πρόγνωση της θεραπείας απεξάρτησης οινόπνευματος και άλλων ουσιών, ενώ έχει και ερευνητικά επισημανθεί η ανάγκη, για διαφοροποίηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων που απευθύνονται σε γυναίκες (Grella, Polinsky, Hser, & Perry, 1999. Conners, Bradley, Whiteside-Mansell, & Crone, 2001). Σημειώνεται, ότι αν και υπάρχουν έρευνες, που έχουν περιγράψει ως προφίλ επικινδυνότητας για ουσιοεξάρτηση, εκείνο του ανύπανδρου άνδρα, χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, κατοίκου αστικών περιοχών (Furr-Holden & Anthony, 2003), οι γυναίκες φαίνονται περισσότερο επιβαρυνμένες σε συγκεκριμένες πτυχές του ιστορικού τους. Ειδικότερα, μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, δείχνει ότι οι γυναίκες είναι συχνότερα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης και γονεϊκής παραμέλησης συγκριτικά με τους εξαρτημένους άνδρες (Pelissier & Jones, 2005). Παράλληλα, υπάρχουν ευρήματα που αναφέρουν μεγαλύτερη ταχύτητα εισόδου των γυναικών στη φάση της εξάρτησης (Bloom, Owen, Covington, & Raeder, 2003).

Συγκεκριμένα, οι σκοποί της παρούσας έρευνας ήταν οι εξής:

- a) Να διερευνηθεί αν υπάρχουν διαφορές στο προφίλ μεταξύ αυτών που διακόπτουν

* Η διαδικασία αλλαγής μίας εξάρτησης, προϋποθέτει τρία τουλάχιστον ξεχωριστά στάδια: α) δέσμευση & κινητοποίηση αλλαγής, β) ενεργοποίηση συγκεκριμένων αλλαγών συμπεριφοράς, γ) μακροπρόθεσμη διατήρηση των αλλαγών αυτών (Marlatt, 1980). Σημειώνεται, ότι ο επιμερισμός της διαδικασίας αλλαγής – θεραπείας στις τρεις ανωτέρω φάσεις (Marlatt, 1980), αποτελεί θεωρητικό μοντέλο θεμελίωσης προγραμμάτων απεξάρτησης τόσο οικουμενικά, όσο και στην Ελλάδα. Ειδικότερα, στο πρόγραμμα απεξάρτησης 18 άνω, από το οποίο προέρχεται το κλινικό δείγμα για την παρούσα έρευνα, το στάδιο δέσμευσης & κινητοποίησης για αλλαγή, αντιπροσωπεύεται από την 1η φάση της θεραπείας, η οποία λαμβάνει χώρα στο συμβουλευτικό σταθμό, η ενεργοποίηση συγκεκριμένων αλλαγών στη συμπεριφορά είναι ο κύριος στόχος της 2ης φάσης σε κοινοτική κλειστή δομή, ενώ η μακροπρόθεσμη διατήρηση των αλλαγών είναι ο άξονας της 3ης φάσης, της κοινωνικής επανένταξης, η οποία διαρκεί 11 μήνες, δηλαδή όσο περίπου οι δύο προηγούμενες φάσεις μαζί.

20 *Εξαρτήσεις*

και αυτών που ολοκληρώνουν τη δεύτερη φάση της θεραπείας απεξάρτησης, ως προς τα γνωσιακά χαρακτηριστικά, και τη συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία. Ειδικότερα ως προς τα γνωσιακά χαρακτηριστικά, να ελεγχθούν οι διαφοροποιήσεις μεταξύ αυτών που ολοκλήρωσαν και διέκοψαν, ως προς τον τόπο ελέγχου, τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας.

β) Να διερευνηθεί αν το φύλο διαφοροποιεί και ως προς τί το προφίλ του εξαρτημένου. Ειδικότερα, αν υπάρχουν και προς ποιά κατεύθυνση διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, ως προς τα χαρακτηριστικά χρήσης, τα γνωσιακά χαρακτηριστικά, το βαθμό επιβάρυνσης στην καθημερινότητα και το ιστορικό των συμμετεχόντων, καθώς και την ενδεχόμενη συνύπαρξη συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Ως προς τα χαρακτηριστικά χρήσης των δύο φύλων, κύριοι στόχοι είναι να διερευνηθεί πιθανή διαφοροποίηση σε σχέση με τις ηλικίες προοδευτικής εμπλοκής με τη χρήση, δηλαδή στην ηλικία έναρξης χρήσης της ουσίας έναρξης, την ηλικία έναρξης χρήσης της κύριας ουσίας εξάρτησης, την ηλικία έναρξης ενέσιμης χρήσης, και την ηλικία διακοπής της εκπαίδευσης, καθώς και ως προς την πολυτοξικομανία. Ως προς τα γνωσιακά χαρακτηριστικά των θεραπευομένων, κύριοι στόχοι ήταν να ελεγχθεί η σχέση του φύλου με τον τόπο ελέγχου, τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 56 θεραπευόμενοι, της δεύτερης, κλειστής φάσης θεραπείας, της μονάδας απεξάρτησης «18 Άνω», με κύριο στόχο την «ψυχολογική» απεξάρτηση των εξαρτημένων. Οι θεραπευόμενοι αυτοί, προέρχονταν από δομές ανδρών 15 θέσεων, και μία δομή εσωτερικής διαμονής γυναικών, επίσης 15 θέσεων. Οι εισαγωγές των ομάδων ψυχοθεραπείας που ανήκαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα τοποθετούνται από το Φεβρουάριο του 2006, έως και το Σεπτέμβριο του 2007. Στην εν λόγω έρευνα δεν συμμετείχαν συνολικά 9 θεραπευόμενοι, από τους οποίους οι 7 επειδή δεν ήθελαν ή κουράστηκαν και 2 επειδή εισήχθησαν στη δεύτερη φάση εμβόλιμοι, αργότερα από την ομάδα ψυχοθεραπείας τους. Η ηλικία, και τα χαρακτηριστικά της θεραπείας και της χρήσης των μη συμμετεχόντων είναι ωστόσο γνωστά και κατ' επέκταση συγκρίσιμα με εκείνα των συμμετεχόντων, χωρίς, ωστόσο, να φανερώνουν αξιολογήσιμες διαφοροποιήσεις.

Συνολικά, συμμετείχαν 45 άνδρες (80,4% του δείγματος) και 11 γυναίκες (9,6% του δείγματος). Ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων του δείγματος είναι 29,63 έτη, με τυπική απόκλιση 5,57. Η ελάχιστη και μέγιστη τιμή είναι 22 και 44 αντίστοιχα.

Αναλυτικότερα, 6 συμμετέχοντες (10,7% του δείγματος) είχαν διακόψει την εκπαίδευσή τους κατά τη διάρκεια ή κατά την ολοκλήρωση του δημοτικού, 37 συμμετέχοντες (66,1% του δείγματος) είχαν διακόψει την εκπαίδευσή τους κατά τη διάρκεια ή κατά την ολοκλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 9 συμμετέχοντες (το 16,1% του δείγματος) είχαν διακόψει την εκπαίδευσή τους κατά τη διάρκεια ή κατά την ολοκλήρωση της μεταλυκειακής, ανώτερης εκπαίδευσης, 4 συμμετέχοντες (7,1% του δείγματος) είχαν διακόψει την εκπαίδευσή τους κατά τη διάρκεια ή κατά την ολοκλήρωση της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Στον πίνακα 1. Παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΦΥΛΟ & ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ				ΣΥΝΟΛΙΚΑ
		ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ-ΛΥΚΕΙΟ	ΑΝΩΤΕΡΗ ΣΧΟΛΗ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	
ΦΥΛΟ: ΑΝΤΡΑΣ	N	6	31	5	3	45
	ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ%	13,3%	68,9%	11,1%	6,7%	100,0%
	ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ%	100,0%	83,8%	55,6%	75,0%	80,4%
	ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ%	10,7%	55,4%	8,9%	5,4%	80,4%
ΦΥΛΟ: ΓΥΝΑΙΚΑ	N	0	6	4	1	11
	ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ%	,0%	54,5%	36,4%	9,1%	100,0%
	ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ%	,0%	16,2%	44,4%	25,0%	19,6%
	ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ%	,0%	10,7%	7,1%	1,8%	19,6%
ΑΝΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΒΑΘΜΙΔΑ	N	6	37	9	4	56
	ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ%	10,7%	66,1%	16,1%	7,1%	100,0%
	ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ%	10,7%	66,1%	16,1%	7,1%	100,0%

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση: 47 συμμετέχοντες (83,9% του δείγματος) ήταν άγαμοι, 3 συμμετέχοντες (5,4%) του δείγματος ήταν έγγαμοι, 1 συμμετέχων (1,8% του δείγματος) ήταν διαζευγμένος, 1 συμμετέχων (1,8% του δείγματος) ήταν χήρος και 4 συμμετέχοντες (7,1% του δείγματος) συζούσαν με κάποιον. Ως προς το αν ήταν ή όχι γονείς: 5 συμμετέχοντες (8,9% του δείγματος) ήταν γονείς και 51 συμμετέχοντες (91,1%) του δείγματος δεν ήταν γονείς.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της θεραπείας και ειδικότερα τον τύπο επαφής με τη μονάδα απεξάρτησης: 39 συμμετέχοντες (69,6% του δείγματος) δεν είχαν καμία επαφή με το «18 άνω» στο παρελθόν και 17 (30,4% του δείγματος) είχαν προηγούμενη επαφή.

22 *Εξαορτήσεις*

Ως προς την πολυτοξικομανία, το δείγμα διακρίθηκε σε δύο κατηγορίες, ανάλογα με τον αριθμό των ψυχοτρόπων ουσιών χρήσης. Ειδικότερα, ως πολυτοξικομανείς ορίστηκαν εκείνοι από τους συμμετέχοντες, που έκαναν παράλληλη χρήση περισσότερων των δύο ψυχοτρόπων ουσιών. Επακόλουθα, 14 συμμετέχοντες (25% του δείγματος) έκαναν παράλληλη χρήση έως και δύο διαφορετικών ψυχοτρόπων ουσιών (μη πολυτοξικομανείς), ενώ 42 συμμετέχοντες (75% του δείγματος) έκαναν παράλληλη χρήση περισσότερων των δύο διαφορετικών ψυχοτρόπων ουσιών (πολυτοξικομανείς).

Ως προς την κύρια ουσία κατάχρησης: 1 συμμετέχων (1,8% του δείγματος) είχε ως κύρια ουσία χρήσης τη διομορφίνη, 1 συμμετέχων (1,8% του δείγματος) είχε ως κύρια ουσία χρήσης τις αμφεταμίνες, 1 συμμετέχων (1,8% του δείγματος) είχε ως κύρια ουσία χρήσης το αλκοόλ, 1 συμμετέχων (1,8% του δείγματος) είχε ως κύρια ουσία χρήσης το speedball, 44 συμμετέχοντες (78,6% του δείγματος) είχαν ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη, 2 συμμετέχοντες (3,6% του δείγματος) είχαν ως κύρια ουσία χρήσης τα χάπια-βαρβιτουρικά, 3 συμμετέχοντες (5,4% του δείγματος) είχαν ως κύρια ουσία χρήσης την κοκαΐνη και 3 συμμετέχοντες (5,4% του δείγματος) είχαν ως κύρια ουσία χρήσης τη μαριχουάνα.

Ως προς την ουσία έναρξης χρήσης: 1 συμμετέχων (1,8% του δείγματος, 1,9% όσων απάντησαν) είχε ως ουσία έναρξης χρήσης την ηρωίνη, 1 συμμετέχων (1,8% του δείγματος, 1,9% όσων απάντησαν) είχε ως ουσία έναρξης χρήσης την κοκαΐνη, 1 συμμετέχων (1,8% του δείγματος, 1,9% όσων απάντησαν) είχε ως ουσία έναρξης χρήσης τις αμφεταμίνες, 1 συμμετέχων (1,8% του δείγματος, 1,9% όσων απάντησαν) είχε ως ουσία έναρξης χρήσης εισπνεόμενα παράγωγα πετρελαιοειδών, 2 συμμετέχοντες (3,6% του δείγματος, 3,7% όσων απάντησαν) είχαν ως ουσία έναρξης χρήσης τα: έκσταση και MDMA, 8 συμμετέχοντες (14,3% του δείγματος και 14,8% όσων απάντησαν) είχαν ως ουσία έναρξης χρήσης τα βαρβιτουρικά-χάπια, 5 συμμετέχοντες (8,9% του δείγματος και 9,3% των έγκυρων απαντήσεων) είχαν ως ουσία έναρξης χρήσης το αλκοόλ. Καταληκτικά 35 συμμετέχοντες (62,5% του δείγματος και 64,8% των έγκυρων απαντήσεων) είχαν ως ουσία έναρξης χρήσης τη μαριχουάνα, ενώ 2 συμμετέχοντες (3,6% του δείγματος) επέλεξαν να μην απαντήσουν.

Τέλος, ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης χρήσης της κύριας ουσίας των ατόμων του δείγματος είναι 18,85 ετών, με τυπική απόκλιση 5,26. Η ελάχιστη και μέγιστη τιμή είναι 13 και 40 αντίστοιχα. Επιπρόσθετα, ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης χρήσης της ουσίας έναρξης των ατόμων του δείγματος είναι 15,7 ετών, με τυπική απόκλιση 3,83. Η ελάχιστη και μέγιστη τιμή είναι 10 και 38 αντίστοιχα. Επισημαίνεται ότι 2 θεραπευόμενοι δεν απάντησαν σε καμία από τις δύο αυτές ερωτήσεις.

Στον πίνακα 2. Παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο και την ουσία έναρξης χρήσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΦΥΛΟ & ΟΥΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΗΣ ΧΡΗΣΗΣ

		ΟΥΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΗΣ ΧΡΗΣΗΣ								ΣΥΝΟΛΙΚΑ
		ΗΡΩΙΝΗ	ΚΟΚΑΪΝΗ	ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ	ΕΚΣΤΑΣΗ MDMA	ΧΑΠΙΑ-ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ	ΠΕΤΡΕΛΑΙΟΕΙΔΗ ΠΑΡΑΓΩΓΑ	ΒΟΤΑΝΑ (ΜΑΡΙΚΟΥΑΝΑ/ΧΟΡΤΟ/ΦΟΥΝΤΑ)	ΑΛΚΟΟΛ	
ΦΥΛΟ: ΑΝΤΡΑΣ	N	1	0	1	1	6	1	30	3	43
	% ΦΥΛΟ	2,3%	,0%	2,3%	2,3%	14,0%	2,3%	69,8%	7,0%	100,0%
	% ΟΥΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΗΣ ΧΡΗΣΗΣ	100,0%	,0%	100,0%	50,0%	75,0%	100,0%	85,7%	60,0%	79,6%
	% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	1,9%	,0%	1,9%	1,9%	11,1%	1,9%	55,6%	5,6%	79,6%
ΦΥΛΟ: ΓΥΝΑΙΚΑ	N	0	1	0	1	2	0	5	2	11
	% ΦΥΛΟ	,0%	9,1%	,0%	9,1%	18,2%	,0%	45,5%	18,2%	100,0%
	% ΟΥΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΗΣ ΧΡΗΣΗΣ	,0%	100,0%	,0%	50,0%	25,0%	,0%	14,3%	40,0%	20,4%
	% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	,0%	1,9%	,0%	1,9%	3,7%	,0%	9,3%	3,7%	20,4%
ΑΝΑ ΟΥΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΡΗΣΗΣ	N	1	1	1	2	8	1	35	5	54
	% ΦΥΛΟ	1,9%	1,9%	1,9%	3,7%	14,8%	1,9%	64,8%	9,3%	100,0%
	% ΟΥΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΗΣ ΧΡΗΣΗΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	1,9%	1,9%	1,9%	3,7%	14,8%	1,9%	64,8%	9,3%	100,0%

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΜΕΣΑ

Για την καταγραφή των χαρακτηριστικών χρήσης χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο του δείκτη αίτησης θεραπείας (TDI). Πρόκειται για ένα μονοσέλιδο, περιγραφικό ερωτηματολόγιο, το οποίο χρησιμοποιείται επίσημα από το εθνικό κέντρο τεκμηρίωσης για τα ναρκωτικά.

Για την αξιολόγηση του βαθμού εξωπροσωπικού – ενδοπροσωπικού ελέγχου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Jr.S.Nowiki & R.B. Strickland (1973), «Κλίμακα Ενδοπροσωπικού- Εξωπροσωπικού ελέγχου». Το ερωτηματολόγιο αυτό, αποτελείται από σαράντα κλειστά ερωτήματα, μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής του Ν. Γιαννίτσα, το 1988.

Για την αξιολόγηση των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Lazarus και Folkman (1980, 1984a), στη μορφή που αυτό είχε διαμορφωθεί στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής του Ε.Χ. Καραδήμα το 1999. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 67 ερωτήσεις, που καταλή-

24 Εξαορτήσεις

γουν στην εξαγωγή ποσοστών για πέντε παράγοντες, θετική προσέγγιση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, ευχολογία-ονειροπόληση, αποφυγή-διαφυγή και διεκδικητική επίλυση προβλήματος.

Για την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Derogatis «Symptom cheque list 90», στην ακριβή μορφή, μετάφραση, προσαρμογή και στάθμιση για τον ελληνικό πληθυσμό των Σ. Ντώνια, Α. Καραστεργίου και Ν. Μάνου, το 1991 στην Αθήνα.

Για την αξιολόγηση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας ΠΑΑ στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων χρησιμοποιήθηκε ένα ψυχομετρικό εργαλείο από τη διδακτορική διατριβή του Καραδήμα, που είχε βασιστεί στο αντίστοιχο ερωτηματολόγιο «Multidimensional Scales of Perceived Self- Efficacy» του Bandura (1989 μη δημοσιευμένο). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 19 ερωτήματα και αξιολογεί τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας ατόμων για διάφορες καταστάσεις. Για την ανάλυση της Κλίμακας Προσδοκιών Αυτοαποτελεσματικότητας, στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής του κ.Καραδήμα, έγινε χρήση της μεθόδου ανάλυσης παραγόντων, η οποία αποκάλυψε ως τρεις παράγοντες τις γενικευμένες προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών και τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για την εξεύρεση κοινωνικής υποστήριξης.

Σύμφωνα με τους Chamberlain & Zika (1990), προκειμένου να μελετηθεί ικανοποιητικά το επίπεδο του στρες που βιώνει το άτομο, είναι αναγκαίο να αξιολογούνται τόσο τα σημαντικά γεγονότα ζωής, όσο και οι πιο συνήθεις καθημερινές προστριβές. Τα γεγονότα ζωής δεν αποτελούν διαφορετικό τρόπο αντίληψης των καθημερινών προστριβών, ή το αντίστροφο (Flannery, 1986 Gortmaker κ. ά., 1982). Για το λόγο αυτό χορηγήθηκαν δύο διαφορετικά ερωτηματολόγια, ένα για τη μέτρηση των γεγονότων ζωής και ένα για τη μέτρηση των καθημερινών προστριβών.

Για τη μέτρηση των καθημερινών προστριβών χρησιμοποιήθηκε η «Κλίμακα Καθημερινών Προστριβών» (Daily Hassles Scale, DeLongis et al. 1988), όπως αυτή προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τον Καθηγητή Καραδήμα. Η κλίμακα αυτή αποτελεί βελτίωση της πρώτης σχετικής κλίμακας δημιουργήθηκε από τους Kanner et al. (1981). Ο Κατάλογος Καθημερινών Προστριβών αποτελείται από 54 θέματα, που αναφέρονται σε καθημερινά γεγονότα ή καταστάσεις, τα οποία είναι πιθανό να αποτελέσουν πηγή άγχους και αναστάτωσης.

Για τη μέτρηση των γεγονότων ζωής χρησιμοποιήθηκε ένας κατάλογος ερωτημάτων που βασίστηκε στο «Life Experience Survey» που κατασκεύασαν οι Sarason κ.ά. (1978), όπως αυτό προσαρμόστηκε από τον Καραδήμα το 1999. Αποτελείται από μια σειρά 47 σημαντικών γεγονότων, όπως, θάνατος συγγενικών και φιλικών προσώπων, ατυχήματα, διαζύγιο, δάνεια, παραβάσεις του νόμου κ.λπ.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Κατόπιν αμοιβαίας έγκρισης, τόσο της επιστημονικά υπεύθυνης της μονάδας απεξάρτησης «18 Άνω», όσο και της θεραπευτικής ομάδας για τη διεξαγωγή της έρευνας, ενημερώθηκαν οι επιστημονικά υπεύθυνοι των εν λόγω τμημάτων. Ως βοηθοί της έρευνας και χορηγητές των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκαν, μετά από τη συναίνεση των επιστημονικά υπευθύνων των δομών, οι 16 συντονιστές Ψυχολόγοι- Ψυχοθεραπευτές των εισαγομένων στη Β' φάση, ομάδων ψυχοθεραπείας. Το κριτήριο της επιλογής αυτής, αποτέλεσε η ύπαρξη θεραπευτικής συμμαχίας με τους συμμετέχοντες στο δείγμα, λόγω της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

Οι χορηγητές, ψυχολόγοι-ψυχοθεραπευτές, των ερωτηματολογίων εκπαιδεύτηκαν σε συναντήσεις δύο ωρών στον ακριβή τρόπο διεξαγωγής της ερευνητικής διαδικασίας, καθώς και στην αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων. Επιπλέον, έλαβαν έντυπες οδηγίες σχετικά με τη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας.

Για να διαφυλαχθεί η αντικειμενική συμμετοχή των θεραπευομένων, δεν ανακοινώθηκε το ακριβές θέμα της έρευνας στους συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα, ως σκοπός της έρευνας αναφέρονταν «ο εντοπισμός κάποιων στοιχείων, τα οποία θα διευκολύνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας απεξάρτησης».

Η κύρια ερευνητική διαδικασία λάμβανε χώρα κατά την πρώτη εβδομάδα της εισαγωγής στο κλειστό τμήμα. Κριτήριο για την επιλογή του χρόνου ήταν η μη ύπαρξη καθοριστικών θεραπευτικών επιδράσεων από την έκθεση στο περιβάλλον της κλειστής δομής. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνονταν στα χρονικά πλαίσια μίας εβδομάδας για την αποφυγή της κόπωσης, η οποία ενδεχομένως θα νόθευε τα αποτελέσματα εξαιτίας του όγκου των ερωτημάτων.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ

*Διαφορές στο προφίλ μεταξύ αυτών που διακόπτουν και ολοκληρώνουν
Γνωσιακά χαρακτηριστικά & Διακοπή*

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ γνωσιακών χαρακτηριστικών και της διακοπής της θεραπείας της Β' φάσης, έγιναν συγκρίσεις μέσων όρων, T test, ως προς όλες τις τιμές του τύπου ελέγχου, των στρατηγικών αντιμετώπισης στρες και των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας. Οι συγκρίσεις αυτές δεν ανέδειξαν σε κανένα επίπεδο στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ & ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.

Στη συνέχεια έγινε σύγκριση των μέσων όρων των ατόμων που διέκοψαν τη θεραπεία κατά τη διάρκεια της Β' φάσης και εκείνων που ολοκλήρωσαν, ως προς τις διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας. Βρέθηκαν, στατιστικά, σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε εκείνους που διέκοψαν και σε εκείνους που ολοκλήρωσαν, ως προς τη «Σωματοποίηση» ($T=-2,786$, $DF=48$, $P<0,01$) και την «Κατάθλιψη» ($T=-2,487$, $DF=22$, $P<0,05$), με υψηλότερους μέσους όρους εκδήλωσης των εν λόγω συμπτωμάτων για εκείνους που διέκοψαν. Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των συμμετεχόντων του δείγματος στις διάφορες τιμές Ψυχοπαθολογίας.

26 *Εξαορτήσεις***ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ & ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

	<i>Διακοπή ή Ολοκλήρωση (Drop Out)</i>	<i>Μέσος Όρος</i>	<i>Τυπική Απόκλιση</i>	<i>T</i>	<i>DF</i>	<i>P</i>																																																																																																										
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	Ολοκλήρωσε	1,1200	,66494	-2,581	22	0,017																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	1,8963	,75388				ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ- ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ολοκλήρωσε	2,0625	,65000	-1,803	22	0,085	Διέκοψε με υποτροπή	2,5125	,37201	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	Ολοκλήρωσε	2,2494	,84603	-,372	22	0,713	Διέκοψε με υποτροπή	2,3737	,57928	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	Ολοκλήρωσε	2,2931	,64016	-2,487	22	0,021	Διέκοψε με υποτροπή	2,9513	,54410	ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,1750	,76463	-1,143	22	0,265	Διέκοψε με υποτροπή	2,5875	,96427	ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ολοκλήρωσε	2,1662	,91858	-1,132	22	0,270	Διέκοψε με υποτροπή	2,6262	,97974	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,2150	,71206	-,468	22	0,645	Διέκοψε με υποτροπή	1,3750	,93515	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,2194	,62034	-1,205	22	0,241	Διέκοψε με υποτροπή	2,5200	,46788	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,7875	,63127	,000	22	1,000	Διέκοψε με υποτροπή	1,7875	,50832	GSI	Ολοκλήρωσε	1,9056	,53284	-1,789	22	0,087	Διέκοψε με υποτροπή	2,3150	,51920	PST	Ολοκλήρωσε	67,6250	11,75798	-1,367	22	0,185	Διέκοψε με υποτροπή	74,3750	10,60913	PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ- ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ολοκλήρωσε	2,0625	,65000	-1,803	22	0,085																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	2,5125	,37201				ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	Ολοκλήρωσε	2,2494	,84603	-,372	22	0,713	Διέκοψε με υποτροπή	2,3737	,57928	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	Ολοκλήρωσε	2,2931	,64016	-2,487	22	0,021	Διέκοψε με υποτροπή	2,9513	,54410	ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,1750	,76463	-1,143	22	0,265	Διέκοψε με υποτροπή	2,5875	,96427	ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ολοκλήρωσε	2,1662	,91858	-1,132	22	0,270	Διέκοψε με υποτροπή	2,6262	,97974	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,2150	,71206	-,468	22	0,645	Διέκοψε με υποτροπή	1,3750	,93515	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,2194	,62034	-1,205	22	0,241	Διέκοψε με υποτροπή	2,5200	,46788	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,7875	,63127	,000	22	1,000	Διέκοψε με υποτροπή	1,7875	,50832	GSI	Ολοκλήρωσε	1,9056	,53284	-1,789	22	0,087	Διέκοψε με υποτροπή	2,3150	,51920	PST	Ολοκλήρωσε	67,6250	11,75798	-1,367	22	0,185	Διέκοψε με υποτροπή	74,3750	10,60913	PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22	0,122	Διέκοψε με υποτροπή	2,7762	,28913						
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	Ολοκλήρωσε	2,2494	,84603	-,372	22	0,713																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	2,3737	,57928				ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	Ολοκλήρωσε	2,2931	,64016	-2,487	22	0,021	Διέκοψε με υποτροπή	2,9513	,54410	ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,1750	,76463	-1,143	22	0,265	Διέκοψε με υποτροπή	2,5875	,96427	ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ολοκλήρωσε	2,1662	,91858	-1,132	22	0,270	Διέκοψε με υποτροπή	2,6262	,97974	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,2150	,71206	-,468	22	0,645	Διέκοψε με υποτροπή	1,3750	,93515	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,2194	,62034	-1,205	22	0,241	Διέκοψε με υποτροπή	2,5200	,46788	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,7875	,63127	,000	22	1,000	Διέκοψε με υποτροπή	1,7875	,50832	GSI	Ολοκλήρωσε	1,9056	,53284	-1,789	22	0,087	Διέκοψε με υποτροπή	2,3150	,51920	PST	Ολοκλήρωσε	67,6250	11,75798	-1,367	22	0,185	Διέκοψε με υποτροπή	74,3750	10,60913	PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22	0,122	Διέκοψε με υποτροπή	2,7762	,28913																
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	Ολοκλήρωσε	2,2931	,64016	-2,487	22	0,021																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	2,9513	,54410				ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,1750	,76463	-1,143	22	0,265	Διέκοψε με υποτροπή	2,5875	,96427	ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ολοκλήρωσε	2,1662	,91858	-1,132	22	0,270	Διέκοψε με υποτροπή	2,6262	,97974	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,2150	,71206	-,468	22	0,645	Διέκοψε με υποτροπή	1,3750	,93515	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,2194	,62034	-1,205	22	0,241	Διέκοψε με υποτροπή	2,5200	,46788	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,7875	,63127	,000	22	1,000	Διέκοψε με υποτροπή	1,7875	,50832	GSI	Ολοκλήρωσε	1,9056	,53284	-1,789	22	0,087	Διέκοψε με υποτροπή	2,3150	,51920	PST	Ολοκλήρωσε	67,6250	11,75798	-1,367	22	0,185	Διέκοψε με υποτροπή	74,3750	10,60913	PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22	0,122	Διέκοψε με υποτροπή	2,7762	,28913																										
ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,1750	,76463	-1,143	22	0,265																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	2,5875	,96427				ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ολοκλήρωσε	2,1662	,91858	-1,132	22	0,270	Διέκοψε με υποτροπή	2,6262	,97974	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,2150	,71206	-,468	22	0,645	Διέκοψε με υποτροπή	1,3750	,93515	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,2194	,62034	-1,205	22	0,241	Διέκοψε με υποτροπή	2,5200	,46788	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,7875	,63127	,000	22	1,000	Διέκοψε με υποτροπή	1,7875	,50832	GSI	Ολοκλήρωσε	1,9056	,53284	-1,789	22	0,087	Διέκοψε με υποτροπή	2,3150	,51920	PST	Ολοκλήρωσε	67,6250	11,75798	-1,367	22	0,185	Διέκοψε με υποτροπή	74,3750	10,60913	PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22	0,122	Διέκοψε με υποτροπή	2,7762	,28913																																				
ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ολοκλήρωσε	2,1662	,91858	-1,132	22	0,270																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	2,6262	,97974				ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,2150	,71206	-,468	22	0,645	Διέκοψε με υποτροπή	1,3750	,93515	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,2194	,62034	-1,205	22	0,241	Διέκοψε με υποτροπή	2,5200	,46788	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,7875	,63127	,000	22	1,000	Διέκοψε με υποτροπή	1,7875	,50832	GSI	Ολοκλήρωσε	1,9056	,53284	-1,789	22	0,087	Διέκοψε με υποτροπή	2,3150	,51920	PST	Ολοκλήρωσε	67,6250	11,75798	-1,367	22	0,185	Διέκοψε με υποτροπή	74,3750	10,60913	PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22	0,122	Διέκοψε με υποτροπή	2,7762	,28913																																														
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,2150	,71206	-,468	22	0,645																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	1,3750	,93515				ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,2194	,62034	-1,205	22	0,241	Διέκοψε με υποτροπή	2,5200	,46788	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,7875	,63127	,000	22	1,000	Διέκοψε με υποτροπή	1,7875	,50832	GSI	Ολοκλήρωσε	1,9056	,53284	-1,789	22	0,087	Διέκοψε με υποτροπή	2,3150	,51920	PST	Ολοκλήρωσε	67,6250	11,75798	-1,367	22	0,185	Διέκοψε με υποτροπή	74,3750	10,60913	PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22	0,122	Διέκοψε με υποτροπή	2,7762	,28913																																																								
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	2,2194	,62034	-1,205	22	0,241																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	2,5200	,46788				ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,7875	,63127	,000	22	1,000	Διέκοψε με υποτροπή	1,7875	,50832	GSI	Ολοκλήρωσε	1,9056	,53284	-1,789	22	0,087	Διέκοψε με υποτροπή	2,3150	,51920	PST	Ολοκλήρωσε	67,6250	11,75798	-1,367	22	0,185	Διέκοψε με υποτροπή	74,3750	10,60913	PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22	0,122	Διέκοψε με υποτροπή	2,7762	,28913																																																																		
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Ολοκλήρωσε	1,7875	,63127	,000	22	1,000																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	1,7875	,50832				GSI	Ολοκλήρωσε	1,9056	,53284	-1,789	22	0,087	Διέκοψε με υποτροπή	2,3150	,51920	PST	Ολοκλήρωσε	67,6250	11,75798	-1,367	22	0,185	Διέκοψε με υποτροπή	74,3750	10,60913	PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22	0,122	Διέκοψε με υποτροπή	2,7762	,28913																																																																												
GSI	Ολοκλήρωσε	1,9056	,53284	-1,789	22	0,087																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	2,3150	,51920				PST	Ολοκλήρωσε	67,6250	11,75798	-1,367	22	0,185	Διέκοψε με υποτροπή	74,3750	10,60913	PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22	0,122	Διέκοψε με υποτροπή	2,7762	,28913																																																																																						
PST	Ολοκλήρωσε	67,6250	11,75798	-1,367	22	0,185																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	74,3750	10,60913				PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22	0,122	Διέκοψε με υποτροπή	2,7762	,28913																																																																																																
PSDI	Ολοκλήρωσε	2,4600	,51368	-1,607	22	0,122																																																																																																										
	Διέκοψε με υποτροπή	2,7762	,28913																																																																																																													

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ.

Φύλο & Ηλικίες Προοδευτικής Εμπλοκής με τη Χρήση, Ηλικία Διακοπής της Εκπαίδευσης.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά χρήσης έγινε σύγκριση των μέσων όρων των δύο φύλων ως προς την «ηλικία έναρξης χρήσης ουσίας έναρξης», την «ηλικία έναρξης χρήσης της κύριας ουσίας χρήσης», την «ηλικία έναρξης ενέσιμης χρήσης» και την «ηλικία διακοπής της εκπαίδευσης». Υπήρξαν, στατιστικά, σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, μόνο ως προς την: «ηλικία διακοπής της εκπαίδευσης» ($T = -4,637$ $DF = 44$, $P < 0,001$), με τους άντρες να σημειώνουν χαμηλότερους ηλικιακούς μέσους όρους.

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των συμμετεχόντων του δείγματος στις προαναφερθείσες «ηλικίες».

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΦΥΛΟ & ΗΛΙΚΙΕΣ ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗΣ ΕΜΠΛΟΚΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ, ΗΛΙΚΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.

	ΦΥΛΟ	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	T	DF	P
ΗΛΙΚΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (ΣΕ ΕΤΗ)	ΑΝΤΡΑΣ	24,05	21,700	-4,637	44	0,0001
	ΓΥΝΑΙΚΑ	30,03	23,305			
ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΡΗΣΗΣ	ΑΝΤΡΑΣ	19,42	5,547	1,586	52	0,119
	ΓΥΝΑΙΚΑ	16,64	3,295			
ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΗΣ ΟΥΣΙΑΣ	ΑΝΤΡΑΣ	15,93	4,085	,856	52	0,396
	ΓΥΝΑΙΚΑ	14,82	2,601			
ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΝΕΣΙΜΗΣ ΧΡΗΣΗΣ	ΑΝΤΡΑΣ	29,71	22,435	-,138	50	0,891
	ΓΥΝΑΙΚΑ	30,82	28,379			

ΦΥΛΟ & ΠΟΛΥΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του φύλου και της πολυτοξικομανίας, έγιναν συγκρίσεις ποσοστών, και εξαγωγή του δείκτη χ^2 .

Αναλυτικότερα για $\chi^2=10,898$, με $DF=1$, η σχέση του φύλου με την πολυτοξικομανία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο ένα τοις χιλίσις. Στον πίνακα 5, που ακολουθεί, παρατίθενται αναλυτικά οι διαφορές των ποσοστών των δύο φύλων στις δύο κατηγορίες της πολυτοξικομανίας και τα ποσοστά της πολυτοξικομανίας ή μη στα δύο φύλα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΦΥΛΟ & ΠΟΛΥΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ.

ΠΟΛΥΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ	ΦΥΛΟ		χ^2	DF	P
	ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ			
Χρήση έως δύο ουσίες	15,6%	63,6%	10,898	1	0,001
Χρήση περισσότερων από δύο ουσιών	84,4%	36,4%			
ΠΟΛΥΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ%	90,5%	9,5%			

ΦΥΛΟ & ΓΝΩΣΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Έγινε σύγκριση των μέσων όρων των δύο φύλων, ως προς τον «Τόπο Ελέγχου» και τις «Στρατηγικές Αντιμετώπισης Στρες». Ως προς τον «Τόπο Ελέγχου» δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Στις «Στρατηγικές Αντιμετώπισης Στρες» βρέθηκαν, στατιστικά, σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, ως προς την «Αποφυγή Άρνηση» ($T=-2,719$, $DF=51$, $P<0,01$) και την «Αποφυγή Μικτή» ($T=-2,848$, $DF=51$, $P<0,01$). Στον πίνακα 6. παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των δύο φύλων, των συμμετεχόντων του δείγματος, στις τιμές του «Τόπου Ελέγχου» και των «Στρατηγικών Αντιμετώπισης Στρες».

28 *Εξαρτήσεις***ΠΙΝΑΚΑΣ 6:** ΦΥΛΟ & ΤΟΠΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ, ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣ (Σ.Α.Σ.)

	ΦΥΛΟ	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	T	DF	P																																																																																																											
ΕΞΩΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	11,16	6,705	-,698	53	0,488																																																																																																											
	ΓΥΝΑΙΚΑ	12,80	6,893				ΕΝΔΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	28,78	6,738	,667	53	0,508		ΓΥΝΑΙΚΑ	27,20	6,893	ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΡΑΣ	8,14	2,633	-,857	51	0,396		ΓΥΝΑΙΚΑ	8,90	1,969	ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ ΣΑΣ	ΑΝΤΡΑΣ	28,16	10,212	,047	51	0,962		ΓΥΝΑΙΚΑ	28,00	7,528	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,35	1,193	,594	51	0,555		ΓΥΝΑΙΚΑ	1,10	1,197	ΑΠΟΦΥΓΗ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	14,21	4,688	-1,965	51	0,055		ΓΥΝΑΙΚΑ	17,30	3,335	ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΡΝΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	17,05	4,562	-2,719	51	0,009		ΓΥΝΑΙΚΑ	21,20	3,190	ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	6,74	2,854	-1,077	51	0,287		ΓΥΝΑΙΚΑ	7,80	2,486	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	11,77	5,446	,149	51	0,882		ΓΥΝΑΙΚΑ	11,50	3,171	ΘΕΤΙΚΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	36,30	11,959	-,150	51	0,881		ΓΥΝΑΙΚΑ	36,90	7,852	ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	31,00	7,847	-2,848	51	0,006	
ΕΝΔΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	28,78	6,738	,667	53	0,508																																																																																																											
	ΓΥΝΑΙΚΑ	27,20	6,893				ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΡΑΣ	8,14	2,633	-,857	51	0,396		ΓΥΝΑΙΚΑ	8,90	1,969	ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ ΣΑΣ	ΑΝΤΡΑΣ	28,16	10,212	,047	51	0,962		ΓΥΝΑΙΚΑ	28,00	7,528	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,35	1,193	,594	51	0,555		ΓΥΝΑΙΚΑ	1,10	1,197	ΑΠΟΦΥΓΗ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	14,21	4,688	-1,965	51	0,055		ΓΥΝΑΙΚΑ	17,30	3,335	ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΡΝΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	17,05	4,562	-2,719	51	0,009		ΓΥΝΑΙΚΑ	21,20	3,190	ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	6,74	2,854	-1,077	51	0,287		ΓΥΝΑΙΚΑ	7,80	2,486	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	11,77	5,446	,149	51	0,882		ΓΥΝΑΙΚΑ	11,50	3,171	ΘΕΤΙΚΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	36,30	11,959	-,150	51	0,881		ΓΥΝΑΙΚΑ	36,90	7,852	ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	31,00	7,847	-2,848	51	0,006		ΓΥΝΑΙΚΑ	38,50	5,603								
ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΡΑΣ	8,14	2,633	-,857	51	0,396																																																																																																											
	ΓΥΝΑΙΚΑ	8,90	1,969				ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ ΣΑΣ	ΑΝΤΡΑΣ	28,16	10,212	,047	51	0,962		ΓΥΝΑΙΚΑ	28,00	7,528	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,35	1,193	,594	51	0,555		ΓΥΝΑΙΚΑ	1,10	1,197	ΑΠΟΦΥΓΗ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	14,21	4,688	-1,965	51	0,055		ΓΥΝΑΙΚΑ	17,30	3,335	ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΡΝΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	17,05	4,562	-2,719	51	0,009		ΓΥΝΑΙΚΑ	21,20	3,190	ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	6,74	2,854	-1,077	51	0,287		ΓΥΝΑΙΚΑ	7,80	2,486	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	11,77	5,446	,149	51	0,882		ΓΥΝΑΙΚΑ	11,50	3,171	ΘΕΤΙΚΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	36,30	11,959	-,150	51	0,881		ΓΥΝΑΙΚΑ	36,90	7,852	ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	31,00	7,847	-2,848	51	0,006		ΓΥΝΑΙΚΑ	38,50	5,603																			
ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ ΣΑΣ	ΑΝΤΡΑΣ	28,16	10,212	,047	51	0,962																																																																																																											
	ΓΥΝΑΙΚΑ	28,00	7,528				ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,35	1,193	,594	51	0,555		ΓΥΝΑΙΚΑ	1,10	1,197	ΑΠΟΦΥΓΗ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	14,21	4,688	-1,965	51	0,055		ΓΥΝΑΙΚΑ	17,30	3,335	ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΡΝΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	17,05	4,562	-2,719	51	0,009		ΓΥΝΑΙΚΑ	21,20	3,190	ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	6,74	2,854	-1,077	51	0,287		ΓΥΝΑΙΚΑ	7,80	2,486	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	11,77	5,446	,149	51	0,882		ΓΥΝΑΙΚΑ	11,50	3,171	ΘΕΤΙΚΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	36,30	11,959	-,150	51	0,881		ΓΥΝΑΙΚΑ	36,90	7,852	ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	31,00	7,847	-2,848	51	0,006		ΓΥΝΑΙΚΑ	38,50	5,603																														
ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,35	1,193	,594	51	0,555																																																																																																											
	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,10	1,197				ΑΠΟΦΥΓΗ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	14,21	4,688	-1,965	51	0,055		ΓΥΝΑΙΚΑ	17,30	3,335	ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΡΝΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	17,05	4,562	-2,719	51	0,009		ΓΥΝΑΙΚΑ	21,20	3,190	ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	6,74	2,854	-1,077	51	0,287		ΓΥΝΑΙΚΑ	7,80	2,486	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	11,77	5,446	,149	51	0,882		ΓΥΝΑΙΚΑ	11,50	3,171	ΘΕΤΙΚΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	36,30	11,959	-,150	51	0,881		ΓΥΝΑΙΚΑ	36,90	7,852	ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	31,00	7,847	-2,848	51	0,006		ΓΥΝΑΙΚΑ	38,50	5,603																																									
ΑΠΟΦΥΓΗ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	14,21	4,688	-1,965	51	0,055																																																																																																											
	ΓΥΝΑΙΚΑ	17,30	3,335				ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΡΝΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	17,05	4,562	-2,719	51	0,009		ΓΥΝΑΙΚΑ	21,20	3,190	ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	6,74	2,854	-1,077	51	0,287		ΓΥΝΑΙΚΑ	7,80	2,486	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	11,77	5,446	,149	51	0,882		ΓΥΝΑΙΚΑ	11,50	3,171	ΘΕΤΙΚΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	36,30	11,959	-,150	51	0,881		ΓΥΝΑΙΚΑ	36,90	7,852	ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	31,00	7,847	-2,848	51	0,006		ΓΥΝΑΙΚΑ	38,50	5,603																																																				
ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΡΝΗΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	17,05	4,562	-2,719	51	0,009																																																																																																											
	ΓΥΝΑΙΚΑ	21,20	3,190				ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	6,74	2,854	-1,077	51	0,287		ΓΥΝΑΙΚΑ	7,80	2,486	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	11,77	5,446	,149	51	0,882		ΓΥΝΑΙΚΑ	11,50	3,171	ΘΕΤΙΚΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	36,30	11,959	-,150	51	0,881		ΓΥΝΑΙΚΑ	36,90	7,852	ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	31,00	7,847	-2,848	51	0,006		ΓΥΝΑΙΚΑ	38,50	5,603																																																															
ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	6,74	2,854	-1,077	51	0,287																																																																																																											
	ΓΥΝΑΙΚΑ	7,80	2,486				ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	11,77	5,446	,149	51	0,882		ΓΥΝΑΙΚΑ	11,50	3,171	ΘΕΤΙΚΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	36,30	11,959	-,150	51	0,881		ΓΥΝΑΙΚΑ	36,90	7,852	ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	31,00	7,847	-2,848	51	0,006		ΓΥΝΑΙΚΑ	38,50	5,603																																																																										
ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	11,77	5,446	,149	51	0,882																																																																																																											
	ΓΥΝΑΙΚΑ	11,50	3,171				ΘΕΤΙΚΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	36,30	11,959	-,150	51	0,881		ΓΥΝΑΙΚΑ	36,90	7,852	ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	31,00	7,847	-2,848	51	0,006		ΓΥΝΑΙΚΑ	38,50	5,603																																																																																					
ΘΕΤΙΚΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	36,30	11,959	-,150	51	0,881																																																																																																											
	ΓΥΝΑΙΚΑ	36,90	7,852				ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	31,00	7,847	-2,848	51	0,006		ΓΥΝΑΙΚΑ	38,50	5,603																																																																																																
ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΚΤΗ Σ.Α.Σ.	ΑΝΤΡΑΣ	31,00	7,847	-2,848	51	0,006																																																																																																											
	ΓΥΝΑΙΚΑ	38,50	5,603																																																																																																														

Επιπρόσθετα, έγινε σύγκριση των μέσων όρων των δύο φύλων ως προς τους διάφορους τύπους των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας, χωρίς ωστόσο να βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΦΥΛΟ & ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΠΡΟΣΤΡΙΒΩΝ.

Έγινε σύγκριση των μέσων όρων των δύο φύλων ως προς τις διάφορες τιμές των «Καθημερινών Προστριβών». Βρέθηκαν, στατιστικά, σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, μόνο ως προς τις «Κοινωνικές Προστριβές» ($T = 2,330$ $DF = 44$, $P < 0,05$), με τους άντρες να σημειώνουν υψηλότερους μέσους όρους. Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των συμμετεχόντων του δείγματος στις διάφορες τιμές των «Καθημερινών Προστριβών».

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΦΥΛΟ & ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑΣ

	ΦΥΛΟ	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	T	DF	P
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΠΡΟΣΤΡΙΒΩΝ	ΑΝΤΡΑΣ	60,05	26,442	1,096	44	0,279
	ΓΥΝΑΙΚΑ	48,89	31,351			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΤΡΙΒΕΣ	ΑΝΤΡΑΣ	11,43	6,362	,187	44	0,852
	ΓΥΝΑΙΚΑ	11,00	5,477			
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΤΡΙΒΕΣ	ΑΝΤΡΑΣ	9,08	4,603	1,857	44	0,070
	ΓΥΝΑΙΚΑ	5,89	4,729			
ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΤΡΙΒΕΣ	ΑΝΤΡΑΣ	7,68	5,721	1,838	44	0,073
	ΓΥΝΑΙΚΑ	4,00	3,464			
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΤΡΙΒΕΣ	ΑΝΤΡΑΣ	11,51	6,414	2,330	44	0,024
	ΓΥΝΑΙΚΑ	6,11	5,372			
ΠΡΟΣΤΡΙΒΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΑΝΤΡΑΣ	12,89	6,315	-,474	44	0,638
	ΓΥΝΑΙΚΑ	14,22	11,584			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΤΡΙΒΕΣ	ΑΝΤΡΑΣ	,76	2,994	-1,550	44	0,128
	ΓΥΝΑΙΚΑ	3,00	6,557			
ΠΡΟΣΤΡΙΒΕΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΕΥΕΞΙΑΣ	ΑΝΤΡΑΣ	4,86	2,335	1,325	44	0,192
	ΓΥΝΑΙΚΑ	3,67	2,828			

ΦΥΛΟ & ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΖΩΗΣ

Επιπρόσθετα, έγινε σύγκριση των μέσων όρων των δύο φύλων ως προς τις διάφορες τιμές των «Γεγονότων Ζωής». Δεν βρέθηκαν, στατιστικά, σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.

ΦΥΛΟ & ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.

Στη συνέχεια, έγινε σύγκριση των μέσων όρων των δύο φύλων ως προς τις διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας. Βρέθηκαν, στατιστικά, σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, ως προς τη «Σωματοποίηση» ($T=-2,786$, $DF=48$, $P<0,01$), την «Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα» ($T=-2,100$, $DF=48$, $P<0,05$), την «Κατάθλιψη» ($T=-2,647$, $DF=48$, $P<0,05$), το «Άγχος» ($T=-3,075$, $DF=48$, $P<0,01$), τον «Παρανοειδή Ιδεασμό» ($T=-2,105$, $DF=48$, $P<0,05$), καθώς και τους δείκτες GSI ($T=-2,374$ $DF=48$, $P<0,05$) και PSDI. ($T=-2,219$, $DF=48$, $P<0,05$), με υψηλότερους μέσους όρους για τις γυναίκες. Αντίθετα, στατιστικά, σημαντική διαφορά, με μεγαλύτερους μέσους όρους για τους άντρες, βρέθηκε στο «Θυμό- Επιθετικότητα» ($T=-3,412$ $DF=48$, $P<0,001$).

Καταληκτικά, στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων επιβεβαιώθηκαν σε δύο από τους τρεις δείκτες γενικής ψυχοπαθολογίας. Ειδικότερα, ως προς το δείκτη GSI (General Sympton Indicator), ο οποίος συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά, οι γυναίκες καταγράφουν υψηλότερους μέσους όρους ($T=-3,374$, $DF=48$, $P<0,05$). Παρόμοια, στατιστικά, σημαντικές διαφορές, εις βάρος των γυναικών, σημειώνονται και ως προς το δείκτη PSDI

30 *Εξαορτήσεις*

(Positive Symptom Demoralization Index), που αναφέρεται στο βαθμό ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ($T=-2,219$, $DF=48$, $P<0,05$).

Στον πίνακα 8. παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των συμμετεχόντων του δείγματος στις διάφορες τιμές Ψυχοπαθολογίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΦΥΛΟ & ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.

	ΦΥΛΟ	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	T	DF	P																																																																																																							
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	ΑΝΤΡΑΣ	1,0940	,85723	-2,786	48	0,008																																																																																																							
	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,9180	,73946				ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ- ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΝΤΡΑΣ	1,9075	,91101	-2,100	48	0,041	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,5500	,63114	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	ΑΝΤΡΑΣ	2,1138	1,00219	-,021	48	0,983	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,1210	,79125	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΝΤΡΑΣ	2,0393	,88802	-2,647	48	0,011	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,8530	,78395	ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,7450	,95513	-3,075	48	0,003	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,7700	,88700	ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΝΤΡΑΣ	1,6917	1,03341	-3,412	48	0,001	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,9180	,94035	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,1043	,90117	-,653	48	0,517	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,3140	,94282	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,9378	,90972	-2,105	48	0,041	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,5840	,65918	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,5205	,94651	-,949	47	0,347	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,8200	,59404	GSI	ΑΝΤΡΑΣ	1,6860	,79519	-2,374	48	0,022	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,3290	,62387	PST	ΑΝΤΡΑΣ	62,2750	17,62718	-1,718	48	0,092	ΓΥΝΑΙΚΑ	72,6000	13,97776	PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ- ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΝΤΡΑΣ	1,9075	,91101	-2,100	48	0,041																																																																																																							
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,5500	,63114				ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	ΑΝΤΡΑΣ	2,1138	1,00219	-,021	48	0,983	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,1210	,79125	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΝΤΡΑΣ	2,0393	,88802	-2,647	48	0,011	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,8530	,78395	ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,7450	,95513	-3,075	48	0,003	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,7700	,88700	ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΝΤΡΑΣ	1,6917	1,03341	-3,412	48	0,001	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,9180	,94035	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,1043	,90117	-,653	48	0,517	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,3140	,94282	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,9378	,90972	-2,105	48	0,041	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,5840	,65918	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,5205	,94651	-,949	47	0,347	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,8200	,59404	GSI	ΑΝΤΡΑΣ	1,6860	,79519	-2,374	48	0,022	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,3290	,62387	PST	ΑΝΤΡΑΣ	62,2750	17,62718	-1,718	48	0,092	ΓΥΝΑΙΚΑ	72,6000	13,97776	PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445	,68385	-2,219	48	0,031						
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	ΑΝΤΡΑΣ	2,1138	1,00219	-,021	48	0,983																																																																																																							
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,1210	,79125				ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΝΤΡΑΣ	2,0393	,88802	-2,647	48	0,011	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,8530	,78395	ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,7450	,95513	-3,075	48	0,003	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,7700	,88700	ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΝΤΡΑΣ	1,6917	1,03341	-3,412	48	0,001	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,9180	,94035	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,1043	,90117	-,653	48	0,517	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,3140	,94282	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,9378	,90972	-2,105	48	0,041	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,5840	,65918	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,5205	,94651	-,949	47	0,347	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,8200	,59404	GSI	ΑΝΤΡΑΣ	1,6860	,79519	-2,374	48	0,022	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,3290	,62387	PST	ΑΝΤΡΑΣ	62,2750	17,62718	-1,718	48	0,092	ΓΥΝΑΙΚΑ	72,6000	13,97776	PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445	,68385	-2,219	48	0,031																
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΝΤΡΑΣ	2,0393	,88802	-2,647	48	0,011																																																																																																							
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,8530	,78395				ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,7450	,95513	-3,075	48	0,003	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,7700	,88700	ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΝΤΡΑΣ	1,6917	1,03341	-3,412	48	0,001	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,9180	,94035	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,1043	,90117	-,653	48	0,517	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,3140	,94282	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,9378	,90972	-2,105	48	0,041	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,5840	,65918	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,5205	,94651	-,949	47	0,347	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,8200	,59404	GSI	ΑΝΤΡΑΣ	1,6860	,79519	-2,374	48	0,022	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,3290	,62387	PST	ΑΝΤΡΑΣ	62,2750	17,62718	-1,718	48	0,092	ΓΥΝΑΙΚΑ	72,6000	13,97776	PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445	,68385	-2,219	48	0,031																										
ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,7450	,95513	-3,075	48	0,003																																																																																																							
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,7700	,88700				ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΝΤΡΑΣ	1,6917	1,03341	-3,412	48	0,001	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,9180	,94035	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,1043	,90117	-,653	48	0,517	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,3140	,94282	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,9378	,90972	-2,105	48	0,041	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,5840	,65918	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,5205	,94651	-,949	47	0,347	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,8200	,59404	GSI	ΑΝΤΡΑΣ	1,6860	,79519	-2,374	48	0,022	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,3290	,62387	PST	ΑΝΤΡΑΣ	62,2750	17,62718	-1,718	48	0,092	ΓΥΝΑΙΚΑ	72,6000	13,97776	PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445	,68385	-2,219	48	0,031																																				
ΘΥΜΟΣ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΝΤΡΑΣ	1,6917	1,03341	-3,412	48	0,001																																																																																																							
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,9180	,94035				ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,1043	,90117	-,653	48	0,517	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,3140	,94282	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,9378	,90972	-2,105	48	0,041	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,5840	,65918	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,5205	,94651	-,949	47	0,347	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,8200	,59404	GSI	ΑΝΤΡΑΣ	1,6860	,79519	-2,374	48	0,022	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,3290	,62387	PST	ΑΝΤΡΑΣ	62,2750	17,62718	-1,718	48	0,092	ΓΥΝΑΙΚΑ	72,6000	13,97776	PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445	,68385	-2,219	48	0,031																																														
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,1043	,90117	-,653	48	0,517																																																																																																							
	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,3140	,94282				ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,9378	,90972	-2,105	48	0,041	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,5840	,65918	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,5205	,94651	-,949	47	0,347	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,8200	,59404	GSI	ΑΝΤΡΑΣ	1,6860	,79519	-2,374	48	0,022	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,3290	,62387	PST	ΑΝΤΡΑΣ	62,2750	17,62718	-1,718	48	0,092	ΓΥΝΑΙΚΑ	72,6000	13,97776	PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445	,68385	-2,219	48	0,031																																																								
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,9378	,90972	-2,105	48	0,041																																																																																																							
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,5840	,65918				ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,5205	,94651	-,949	47	0,347	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,8200	,59404	GSI	ΑΝΤΡΑΣ	1,6860	,79519	-2,374	48	0,022	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,3290	,62387	PST	ΑΝΤΡΑΣ	62,2750	17,62718	-1,718	48	0,092	ΓΥΝΑΙΚΑ	72,6000	13,97776	PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445	,68385	-2,219	48	0,031																																																																		
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	1,5205	,94651	-,949	47	0,347																																																																																																							
	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,8200	,59404				GSI	ΑΝΤΡΑΣ	1,6860	,79519	-2,374	48	0,022	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,3290	,62387	PST	ΑΝΤΡΑΣ	62,2750	17,62718	-1,718	48	0,092	ΓΥΝΑΙΚΑ	72,6000	13,97776	PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445	,68385	-2,219	48	0,031																																																																												
GSI	ΑΝΤΡΑΣ	1,6860	,79519	-2,374	48	0,022																																																																																																							
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,3290	,62387				PST	ΑΝΤΡΑΣ	62,2750	17,62718	-1,718	48	0,092	ΓΥΝΑΙΚΑ	72,6000	13,97776	PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445	,68385	-2,219	48	0,031																																																																																						
PST	ΑΝΤΡΑΣ	62,2750	17,62718	-1,718	48	0,092																																																																																																							
	ΓΥΝΑΙΚΑ	72,6000	13,97776				PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445	,68385	-2,219	48	0,031																																																																																																
PSDI	ΑΝΤΡΑΣ	2,3445	,68385	-2,219	48	0,031																																																																																																							

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ*Διακοπή & Ψυχοπαθολογία*

Έγινε σύγκριση των μέσων όρων των ατόμων που διέκοψαν τη θεραπεία κατά τη διάρκεια της Β' φάσης και εκείνων που ολοκλήρωσαν, ως προς τις διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας. Βρέθηκαν, στατιστικά, σημαντικές διαφορές ως προς τη σωματοποίηση και την κατάθλιψη, με υψηλότερους μέσους όρους εκδήλωσης των εν λόγω συμπτωμάτων για εκείνους που διέκοψαν.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα, τουλάχιστον πιο ξεκάθαρα ως προς τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης, συμπίπτουν με αυτά παλαιότερων μελετών στον ελληνικό χώρο (Ζλατάνος, 2004). Στην ίδια αυτή έρευνα, είχε σχετιστεί η διακοπή με τη διάσταση της υστερίας. Η υστερία περιλαμβάνει συμπτώματα μετατροπής, τα οποία εκφράζονται και με την τυπολογία της σωματοποίησης, ανάμεσα στην οποία και τη διακοπή της θεραπείας, διαπιστώθηκε επίσης στατιστική σημαντικότητα στην έρευνά μας. Ωστόσο, απορία και ταυτόχρονα την ανάγκη για νέα έρευνα γεννά το γεγονός, ότι στην έρευνα μας δεν διαπιστώθηκαν σχέσεις και με άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας, όπως αυτές διαπιστώθηκαν στην έρευνα του Ζλατάνου το 2004. Πιθανότατα, αυτό να αποτελεί προϊόν της ειδικότητας του πλαισίου προέλευσης του δείγματος, που δέχεται διπλές διαγνώσεις, δηλαδή εξαρτημένους με παράλληλη ψυχοπαθολογία, ώστε να δυσχεραίνεται η διάκριση της επίδρασης άλλων τυπολογιών στα ποσοστά των διακοπών, μέσα σε ένα σύνολο, που έχει εκ των πραγμάτων μεγάλη κλινική επιβάρυνση. Μάλιστα, στην ίδια κατεύθυνση είχε και παλιότερα διαπιστωθεί, ότι η συνύπαρξη με την εξάρτηση σοβαρών καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων, συνοδεύεται από σημαντική μείωση της γενικής λειτουργικότητας και ήπια έως μέτρια κοινωνιοφοβικά συμπτώματα (Liappas, Paparigopoulos, Tzavellas & Christodoulou, 2002).

Η σχέση της διακοπής της θεραπείας με εντονότερα συμπτώματα κατάθλιψης και σωματοποίησης είναι ίσως πολλαπλά εξηγήσιμη. Η δημοφιλέστερη ίσως υπόθεση για να εξηγηθεί ο συσχετισμός μεταξύ εντονότερων συμπτωμάτων κατάθλιψης, σωματοποίησης και διακοπής θεραπείας, είναι η ανάγκη για αμεσότερη ανακούφιση, εξαιτίας της έντασης των συμπτωμάτων, που δεν αφήνει περιθώρια επιλογής, οδηγώντας μέσα από τη διακοπή της θεραπείας στην επιστροφή στη χρήση. Η υπόθεση αυτή υπάγεται στη λογική της αυτοθεραπείας (Mueser et al, 1998). Μπορεί, ωστόσο, η ύπαρξη των εν λόγω ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων να οδηγεί έμμεσα στη διακοπή της θεραπείας. Δηλαδή, η γενικότερη πτώση της λειτουργικότητας των ατόμων που φέρουν τα εν λόγω συμπτώματα, είναι πιθανό να ερμηνεύεται από την ομάδα συνθεραπευομένων ως «απροθυμία» για θεραπεία. Η «απροθυμία» για θεραπεία αποτελεί ίσως αφορμή να τοποθετηθούν τα μέλη αυτά σε ένα ρόλο αποδέκτη της επιθετικότητας του συνόλου των συνθεραπευομένων, που πιθανά στοχοποιούν θεραπευόμενους χαμηλής λειτουργικότητας. Τέλος, είναι πιθανό η επιθετικότητα του συνόλου των άλλων θεραπευομένων, να πυροδοτείται περισσότερο από τη μειωμένη επικοινωνία συναισθημάτων και κατ' επέκταση μειωμένη δυνατότητα σύναψης σχέσεων, που συνδέεται με αυτές τις τυπολογίες συμπτωμάτων. Είναι γενικά αποδεκτό, ότι το επίπεδο συναίσθημα χαρακτηρίζει την κατάθλιψη, όσο και η «αλεξιθυμία» τη σωματοποίηση.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ

Η σχέση μεταξύ του φύλου και της ηλικίας διακοπής της εκπαίδευσης

Το γεγονός ότι οι γυναίκες διακόπτουν σε μεγαλύτερη ηλικία την εκπαίδευση είναι, ενδεχομένως, πολλαπλά εξηγήσιμο. Αρχικά, η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να αποτελεί προϊόν της παραδοσιακά μεγαλύτερης κοινωνικής ανοχής στους ανεκπαίδευτους άντρες, που προορίζονται για άσκηση χειρονακτικών επαγγελματιών, από την οποία μοιάζει να μην εξαιρείται ο πληθυσμός των εξαρτημένων. Σημειώνεται, ότι το εύρημα αυτό αποκλίνει από ευρήματα άλλων ερευνών, που παρουσιάζουν τις εξαρτημένες γυναίκες συγκριτικά λιγότερο μορφωμένες (Gil-Rivas, Fiorentine, Anglin, & Taylor, 1997).

32 *Εξαρτήσεις*

Η απόκλιση αυτή, ωστόσο, μπορεί να απηχεί περισσότερο διαπολιτιστικές διαφοροποιήσεις, μιας και η έρευνα των Gil-Rivas et al, το 1997, βασίστηκε κυρίως σε αφροαμερικανούς και ισπανόφωνους συμμετέχοντες.

Σε κάθε περίπτωση τονίζεται η σημασία του ευρήματος αυτού, αφού το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο, που διαπιστώθηκε για τις γυναίκες του δείγματός μας, λειτουργεί ως παράγοντας θετικής πρόγνωσης, τόσο για την επικινδυνότητα της χρήσης, όσο και για τη θεραπευτική έκβαση (Voelkl, & Frone, 2000). Το συμπέρασμα αυτό ενισχύεται και από ελληνικές έρευνες, όπου η ηλικία έναρξης χρήσης και διακοπής της εκπαίδευσης συνδέονται με διαφορετικής βαρύτητας προβληματική συμπεριφορά (Παπανδρέου, Τουλούμη & Πουλόπουλος, 2003).

Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΥΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ.

Ανάλογα, το εύρημα που δείχνει ότι οι άνδρες κάνουν συχνότερα παράλληλη χρήση περισσότερων των δύο ουσιών, είναι, ενδεχομένως, ποικίλα κατανοητό. Η σχέση αυτή είναι ίσως αποτέλεσμα της πλειοψηφίας των ανδρών στον πληθυσμό των εξαρτημένων, που τους επιτρέπει ευκολότερη πρόσβαση σε ένα μεγαλύτερο εύρος ουσιών (Moss, Lynch, & Hardie, 2003), αντίθετα με τις γυναίκες, των οποίων η πρόσβαση στις ουσίες εξαρτάται συνηθέστερα από τρίτους και είναι περισσότερο συνέπεια κακοποίησης (Σφηκάκη, 2001). Παράλληλα, δεν αποκλείεται το ενδεχόμενο της διαφορετικής επίδρασης της χρήσης της ίδιας ουσίας στα δύο φύλα (Latkin et al., 1998. Lukas et al., 1996), να στρέφει τις γυναίκες περισσότερο σε μία σταθερή ουσία. Σημειώνεται ως δεδομένο, ότι η μεγαλύτερη αποδιοργάνωση σε επίπεδο προσωπικότητας σχετίζεται ανατροφοδοτικά με την παράλληλη χρήση περισσότερων των δύο ουσιών, είτε εξαιτίας της μεγαλύτερης βιολογικής καταπόνησης, είτε αντίστροφα, εξαιτίας της κάμψης των περιθωρίων επιλογής, λόγω της πιεστικότερης ανάγκης για ικανοποίηση και ανακούφιση (Μάτσα, 2001). Τα παραπάνω, σε συνάρτηση με το εύρημα μικρότερης ροπής στην πολυτοξικομανία των γυναικών, συγκλίνουν σε καλύτερη πρόγνωση για τις γυναίκες.

Συμπληρωματικά, τα γενικότερα υψηλά ποσοστά πολυχρήσης που παρουσιάζονται στα ευρήματά μας, συμφωνούν με άλλα, πρόσφατα, ελληνικά, ερευνητικά, δεδομένα (Λιάππας Ι. 2003).

Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

(ΤΟΠΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ, ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣ, ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ)

Όσον αφορά την επίδραση του ρόλου του φύλου στα γνωσιακά χαρακτηριστικά των θεραπευομένων, δηλαδή τον τόπο ελέγχου, τις στρατηγικές αντιμετώπισης στρες και τις διαστάσεις των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας, δεν παρατηρήθηκαν έντονες διαφοροποιήσεις. Βρέθηκε μόνο, ότι οι γυναίκες φαίνεται να λειτουργούν περισσότερο προσπαθώντας να το αποφύγουν, όταν χρειάζεται να αντιμετωπίσουν ένα στρεσογόνο γεγονός.

Το εύρημα αυτό της γενικότερης γνωσιακής ομοιογένειας των θεραπευομένων, ανεξάρτητα από το φύλο τους, είναι σε ακολουθία με ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, που δεν δείχνουν προθεραπευτική διαφοροποίηση των δύο φύλων στην ποιότητα της εμπλοκής με τη χρήση (Hall, Havassy, & Wasserman, 1991). Σημειώνεται, ότι η απου-

σία διαφοροποίησης ως προς το γνωσιακό επίπεδο απεμπλοκής από τη χρήση, ενισχύεται και από ελληνικά ερευνητικά δεδομένα (Σφηκάκη, 2001). Το εύρημα αυτό οφείλεται ίσως στην αναλογία των εξαρτητικών λειτουργιών και συμπτωμάτων, που δεσπόζουν, ανεξάρτητα από το φύλο και τα άλλα ειδικότερα χαρακτηριστικά των θεραπευομένων (Μάτσα, 2001).

Ωστόσο, η υιοθέτηση σε μεγαλύτερο βαθμό στρατηγικών αποφυγής από τις γυναίκες, δημιουργεί περιθώρια προβληματισμού. Ειδικότερα, η υιοθέτηση από τις γυναίκες πιο παθητικών- στρατηγικών αποφυγής αντιμετώπισης στρες, μπορεί να αντανακλά τη μεγαλύτερη επιβάρυνση του ιστορικού τους (Σφηκάκη, 2001). Παράλληλα, δεν μπορεί να αποκλεισθεί η συμβολή της μεγαλύτερης τάσης για χειριστική προσέγγιση των άλλων, που εμφανίζεται στις εξαρτημένες γυναίκες, σύμφωνα με την ελληνική κλινική εμπειρία (Μάτσα, 2001). Οι γυναίκες εξαρτημένες μοιάζει να έχουν υποστεί συχνότερα συμπεριφορές κακοποίησης, συγκριτικά με τους άνδρες συνομήλικούς τους, η επιβίωση από τις οποίες συχνά προϋποθέτει την καταφυγή σε πιο παθητικούς και εσωτερικευμένους τρόπους διαχείρισης του άγχους (Pelissier & Jones, 2005). Η διαφοροποίηση αυτή, σε σχέση με τις διαφυλικά εφαρμοζόμενες στρατηγικές αντιμετώπισης στρες, είναι σε συνέπεια και με άλλες ερευνητικές αναφορές (Kohn, Mertens & Weisner, 2002), που ωστόσο τοποθετούν τη διαφορά υπέρ των γυναικών στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης.

Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΖΩΗΣ-ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΠΡΟΣΤΡΙΒΩΝ.

Στην πιθανή διαφοροποίηση των γεγονότων ζωής και των καθημερινών προστριβών με βάση το φύλο των θεραπευομένων, δεν διαπιστώθηκαν γενικότερα σημαντικές διαφορές. Εξάιρεση ήταν το εύρημα, ότι οι άνδρες εξαρτημένοι συναντούν περισσότερες δυσκολίες σε σχέση με τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο.

Η μη ύπαρξη διαφοροποιήσεων, πέρα από τη διάσταση των κοινωνικών προστριβών, έρχεται σε αντίθεση τόσο με τη διεθνή (Pelissier & Jones, 2005), όσο και με την εγχώρια βιβλιογραφία (Σφηκάκη, 2001), που θέλει τις γυναίκες περισσότερο επιβαρυνμένες σε επίπεδο ιστορικού. Η διάσταση αυτή, πιθανότατα εξηγείται πολλαπλά. Είναι ίσως προϊόν αμυντικότητας των γυναικών του δείγματός μας, σε σχέση με βαριά περιστατικά κακοποίησης, οι οποίες ευρισκόμενες στην εκκίνηση της θεραπείας τους και διαθέτοντας μία ανώριμη ίσως θεραπευτική σχέση με το πλαίσιο, διστάζουν να αποκαλύψουν. Παράλληλα, δεν αποκλείεται η πιθανότητα, ο ειδικός χαρακτήρας του πλαισίου να υποδέχεται διπλές διαγνώσεις, να εξουδετερώνει πιθανές διαφυλικές διαφορές. Τέλος, μπορεί η μη διαφοροποίηση αυτή, να αποτελεί προϊόν της ίδιας της διαδρομής μέσα στη χρήση (Hall, Havassy, & Wasserman, 1991) και όχι της διαφυλικής διαφορετικής πορείας που οδήγησε σε αυτήν. Δηλαδή, είναι ενδεχόμενο οι γυναίκες του δείγματος να διέφεραν σε βαθμό και ποιότητα επιβάρυνσης πριν από τη χρήση, αλλά εξαιτίας αυτής και της συνακόλουθης κοινωνικής απαξίωσης, να αυξήθηκε το ποσοστό επιβάρυνσης και για τους άνδρες.

Η εντονότερη ωστόσο επιβάρυνση των ανδρών στη διάσταση των κοινωνικών προστριβών, συνδέεται ίσως με την περισσότερο εξωτερικευμένη και πιο αντικοινωνική συνυπάρχουσα παθολογία τους (Mueser et al., 1998. Johns, 1997). Η τυπολογία αυτή, συνεπάγεται επακόλουθα μεγαλύτερο κοινωνικό κόστος και αποκλεισμό.

Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ.

Επιπρόσθετα, τα ευρήματα της έρευνας μας δείχνουν σημαντικά μεγαλύτερη τάση των γυναικών για εκδήλωση συμπτωμάτων «Σωματοποίησης», «Ψυχαναγκαστικότητας-Καταναγκαστικότητας», «Κατάθλιψης», «Άγχους», «Παρανοειδούς Ιδεασμού», καθώς και στους γενικούς δείκτες ψυχοπαθολογίας και θετικών συμπτωμάτων. Αντίθετα, στατιστικά σημαντική διαφορά με μεγαλύτερους μέσους όρους για τους άνδρες, διαπιστώθηκε σε συμπτώματα «Θυμού- Επιθετικότητας».

Η μεγαλύτερη επιβάρυνση των γυναικών όσον αφορά, τόσο τη γενικότερη ψυχοπαθολογία, όσο και την εμφάνιση θετικών συμπτωμάτων ειδικότερα, συμφωνεί με τα ευρήματα σχετικά πρόσφατων ελληνικών και αγγλόφωνων ερευνών, που παρουσιάζουν τις γυναίκες τοξικομανείς με σαφώς περισσότερο παρεκτρεπόμενη συμπεριφορά και αποκλίνουσα προσωπικότητα (Δουζένης, Τσακλακίδου, Στεφανής & Κοκκέβη, 2000. Pelissier, Camp, Gaes, Saylor & Rhodes, 2003). Η ροπή για την εντονότερη αυτή επιβάρυνση των γυναικών, αποτελεί ίσως ένδειξη της πιο τραυματικής, και κατ'επέκταση ψυχοπαθολογικής διαδρομής της ζωής τους (Pelissier & Jones, 2005). Η περισσότερο τραυματική αυτή πορεία μέσα στη χρήση, είναι ίσως και η αιτία διέγερσης περισσότερης καχυποψίας και ανασφάλειας, που στα ευρήματά μας αποτυπώνεται με υψηλότερες σημαντικά τιμές στον παρανοειδή ιδεασμό.

Αντίστοιχα, η υπεροχή των εξαρτημένων γυναικών στην εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι συνεπής με τη διεθνή βιβλιογραφία (Pelissier, Camp, Gaes, Saylor & Rhodes, 2003). Το εύρημα αυτό, πιθανότατα, είναι αποτέλεσμα των γενικότερων κοινωνικών προσδοκιών και αντιλήψεων ως προς τη θηλυκότητα, η οποία είναι σε διάσταση με πιο ενεργητικές μορφές εκτόνωσης πίεσης και πολύ πιο κοντά σε μία πιο εύθραυστη και παθητική στάση ενδοβολής της. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από τη διαφορετική διαφυλική επικράτηση της διαταραχής, που συναντάται στο γενικό πληθυσμό και όχι μόνο στους εξαρτημένους (Στεφανής, Σολδάτος & Μαυρέας, 1992). Ανάλογη είναι ίσως η εξήγηση του προβαδίσματος των γυναικών σε συμπτώματα σωματοποίησης και άγχους. Παραδοσιακά και ανεξάρτητα από την εξάρτηση, λόγω κοινωνικών στερεοτύπων, οι γυναίκες ήταν πιο ευάλωτες σε μετατρεπτικά συμπτώματα (Στεφανής, Σολδάτος & Μαυρέας, 1992).

Τέλος, η ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική ροπή των εξαρτημένων γυναικών του δείγματος μας, είναι ίσως αποτύπωμα μιας υπεραντισταθμιστικής διάθεσης ελέγχου. Η διάθεση αυτή γίνεται κατανοητή στο πλαίσιο πιθανόν της υπεραναπλήρωσης του υποτακτικού ρόλου, που συνήθως έχουν την περίοδο της χρήσης (Μάτσα, 2001).

Όσον αφορά την υπεροχή των ανδρών σε χαρακτηριστικά «Θυμού και επιθετικότητας», το εύρημα αυτό συμβαδίζει με τη βιβλιογραφία. Ο θυμός και η επιθετικότητα αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, στην οποία οι εξαρτημένοι και μη άνδρες διακρίνονται συγκριτικά με τις γυναίκες (Mueser et al., 1998. Στεφανής, Σολδάτος & Μαυρέας, 1992). Το εύρημα αυτό πιθανότατα εξηγείται από την επίδραση κοινωνικών στερεοτύπων, που είναι περισσότερο ανεκτικά στην ανδρική επιθετικότητα.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ.

Η έρευνα αυτή έχει κάποιους περιορισμούς, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι:

1. Το δείγμα της έρευνας προέρχεται από μία αποκλειστικά μονάδα απεξάρτησης, η οποία έχει ειδικά χαρακτηριστικά, απευθυνόμενη σε διπλές διαγνώσεις.
2. Αφορά θεραπευόμενους, που έχουν περάσει τη φάση ευαισθητοποίησης, και πιθανότατα έχουν καλύτερα επίπεδα λειτουργικότητας και κινήτρου.
3. Τα δεδομένα της έρευνας συγκεντρώθηκαν στη βάση αναφορών- δηλώσεων των ίδιων των υποκειμένων, οι οποίες είναι πιθανό να μην ήταν πάντα ακριβείς.
4. Ο αριθμός των συμμετεχόντων στο δείγμα μας είναι αρκετά μικρός.
5. Τέλος, όσον αφορά τη μεταβλητή της διακοπής της θεραπείας δεν εξετάστηκαν παράγοντες διακοπής, που μπορεί να αφορούν στο πλαίσιο και όχι τον πληθυσμό θεραπευομένων.

Η αντιμετώπιση των περιορισμών αυτών σε μελλοντικές έρευνες θα οδηγήσει σε στερεότερα ευρήματα και συμπεράσματα. Αν και αναγνωρίζουμε τους περιορισμούς αυτούς, δεν θεωρούμε ότι είναι τέτοιοι, που να εμποδίζουν μία προσεκτική γενίκευση των συμπερασμάτων μας.

Βεβαίως, ο χώρος μελέτης των παραγόντων επικινδυνότητας στη χρήση και στη θεραπεία είναι ανεξάντλητος και γνωρίζουμε μέχρι σήμερα σχετικά λίγα. Σημαντικό είναι να διερευνηθεί, όχι απλά μία φάση της θεραπείας, αλλά ολόκληρη η θεραπευτική διαδρομή και η τελική έκβαση, συμπεριλαμβανομένης της περιόδου παρακολούθησης μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, για να προσδιοριστούν ακριβέστερα τόσο οι παράγοντες, όσο και η βαρύτητα με την οποία αυτοί παρεμβαίνουν στον καθορισμό της θεραπευτικής έκβασης.

Παράλληλα επισημαίνεται ότι η έμφαση, τουλάχιστον όσον αφορά στη θεραπευτική έκβαση, πρέπει να δοθεί όχι μόνο σε σταθερά χαρακτηριστικά του ατόμου, αλλά και στην αλληλεπίδραση ατόμου θεραπευτή-θεραπευτικής ομάδας. Η πρόταση αυτή βασίζεται στην παραδοχή, ότι η θεραπευτική έκβαση προσδιορίζεται τόσο από τις εσωτερικές παραμέτρους του θεραπευόμενου και του θεραπευτή – θεραπευτικής ομάδας, όσο και από παραμέτρους της μεταξύ τους σχέσης.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Τα ευρήματα της έρευνάς μας, αναφορικά με τις διαφορές, που φαίνεται να υπάρχουν στις διαφορές του προφίλ που διερευνήθηκε, είναι ίσως αξιοποιήσιμα στην κλινική πράξη. Ειδικότερα, η επισήμανση χαρακτηριστικών που συνδέονται με τη διακοπή της θεραπείας, όπως η εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης και σωματοποίησης, μπορεί να λειτουργήσει στο πλαίσιο πρόληψης των διακοπών από τη θεραπεία. Αυτό γίνεται, αν ο κλινικός προσαρμόσει έγκαιρα και ανάλογα το θεραπευτικό σχεδιασμό, στοχεύοντας στις συγκεκριμένες συμπεριφορές.

Αντίστοιχα, η επισήμανση διαφορών ως προς τα γνωσιακά χαρακτηριστικά¹ των δύο φύλων,

1 Αναφερόμαστε στην αυτό-αποτελεσματικότητα, τον τόπο ελέγχου και στις στρατηγικές αντιμετώπισης στρες.

μπορεί να αξιοποιηθεί θεραπευτικά. Αναλυτικότερα, η θεραπευτική ομάδα μπορεί να περιλάβει στοχευμένες παρεμβάσεις στο ειδικό πρόγραμμα απεξάρτησης γυναικών, που να αποβλέπουν στον περιορισμό στρατηγικών αποφυγής και διαχείρισης του στρες και στην εκμάθηση νέων. Συμπληρωματικά, όσον αφορά στους άνδρες, είναι μάλλον ζητούμενο να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα σε παρεμβάσεις, τόσο συλλογικές, όσο και ατομικές, απέναντι στη βία και την επιθετικότητα.

Καταληκτικά, τονίζεται ότι το σύνολο των ευρημάτων που ενημερώνουν σαφέστερα για τις σχέσεις που συνδέουν τα διάφορα χαρακτηριστικά των εξαρτημένων, οδηγεί σε ασφαλέστερες υποθέσεις και αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Γιαννίτσας Ν. (1988). *Βαθμός Βεβαιότητας-Αβεβαιότητας. Αιτιολογικοί παράγοντες και επιπτώσεις στην προσαρμογή του παιδιού*. Έρευνα σε παιδιά δημοτικού σχολείου. Αθήνα: Διδακτορική διατριβή Πανεπιστήμιο Αθηνών.
2. Δουζένης Α., Τσακλακίδου Δ., Στεφανής Κ., & Κοκκέβη Α., (2000). *Χαρακτηριστικά προσωπικότητας ενδοφλεβίων χρηστών ηρωίνης που συμμετέχουν σε προγράμματα υποκατάστασης*. Ε.Ψ.Ε. 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Περιλήψεις, 5-9 Μαΐου 2000. Πάφος.
3. ΕΚΤΕΠΝ. (2002). *Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση στην Ελλάδα το έτος 2001, Επιτυχής Θεραπεία: η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ, 10, 141-149.
4. Ζλατάνος (2004). *Εκτίμηση ψυχολογικών παραγόντων στη χρήση παρανόμων εξαρτησιογόνων ουσιών*. Ιωάννινα: Διδακτορική διατριβή Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
5. Καραδήμας Ε.Χ. (1999). *Ο ρόλος των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας ως ρυθμιστικού παράγοντα στη σχέση μεταξύ στρες και ψυχοσωματικής υγείας*. Αθήνα: Διδακτορική διατριβή Πανεπιστήμιο Αθηνών.
6. Λιάππας Ι. (1991). *Ναρκωτικά*, Αθήνα.
7. Λιάππας Ι. (2003). *Χρήση ουσιών σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Η ελληνική εμπειρία*. Εισ. Τσιάντης. Ι. Καστανιώτης, Αθήνα. *Εφηβεία*, 2, σελ. 179-195.
8. Μάτσα Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: εκδ. ΑΓΡΑ.
9. Ντώνιας Σ., Καραστεργίου Α. & Μάνος Ν. (1991). *Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό*. *Ψυχιατρική*, 2, 42-48.
10. Παπανδρέου Π., Τουλούμη Γ., Πουλόπουλος Χ., (2003). *Εγκατάλειψη του σχολείου, χρήση ουσιών και παραβατικότητα*. *Εξαρτήσεις*, 4, σελ. 25-44.
11. Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ., Μαυρέας, Β. (1992). *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς*. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γενεύη.
12. Σφηκάκη Μ, (2001). *Σεξουαλική κακοποίηση η σχέση της με την τοξικομανία*. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 76, σελ. 8-12.
13. Σφηκάκη Μ, (2001). *Σύγκριση μεθόδων εκτίμησης των σταδίων αλλαγής μεταξύ εξαρτημένων από την ηρωίνη ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία: Αξιολόγηση δείγματος στην Ελλάδα*. MPhil THESIS. London UCL.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Bandura, A. (1989). *Multidimensional scales of perceived self-efficacy*. Αδημοσίευτο κείμενο. Stanford, Calif: Stanford University.
2. Bloom, B., Owen, B., Covington, S., & Raeder, M. (2003). *Genderresponsive strategies: Research, practice, and guiding principles* Bolles, R. C. (1972). *Reinforcement, expectancy, and learning. Psychological Review, 79, 394-409 for women offenders*. Washington, DC: National Institute of Corrections.
3. Chamberlain, K., & Zika, J. (1990). The minor event approach to stress: Support for the use of daily Hassles. *British Journal of Psychology, 811, 469-481*.
4. Conners, N., Bradley, R. H., Whiteside-Mansell, L., & Crone, C. (2001). A comprehensive substance abuse treatment program for women and their children: An initial evaluation. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21, 67- 75*.
5. De Leon, G. (1986). *The therapeutic community for substance abuse: Perspective and approach*, In F. De Leon and J. Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. 5-19.
6. Delongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and Social resources as mediators. *Journal of personality and Social Psychology, 54,486-496*.
7. Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90 Manual I. Scoring, Administration, and procedures for the SL-90*. Baltimore: MD John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
8. Flannery, R. B., Jr. (1986). Major life events and daily hassles in predicting health status:Methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology, 4, 455-457*.
9. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour, 21,219-239*.
10. Folkman, S., & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48,150-170*.
11. Folkman, S., & Lazarus, R. Et al (1986). Dynamics of a stressfull encounter : Cognitive appraisal, Coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50,992-1003*.
12. Furr-Holden, C. D. M., & Anthony, J. C. (2003). Epidemiologic differences in drug dependence: A US-UK cross-national comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38(4), 165-172*.
13. Grella, C. E., Polinsky, M. L., Hser, Y. -I., & Perry, S. M. (1999). Characteristics of women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment, 17, 37-44*.
14. Hall, S. M., Havassy, B. E., & Wasserman, D. A. (1991). Effects of commitment to abstinence, positive moods, stress, and coping on relapse to cocaine use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 526-532*.
15. Hiller, M. L., Knight, K., Leukefeld, C. G., & Simpson, D. D. (2002). Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior, 29, 56-75*.
16. Johns, A. (1997). Substance misuse: primary risk and a major problem of comorbidity. *International Review of Psychiatry, 9, 233-241*.
17. Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two models of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioural Medicine, 4, 1-39*.
18. Kohn, C. S., Mertens, J. R., & Weisner, C. M. (2002). Coping among individuals seeking private chemical dependence treatment: Gender differences and impact on length of stay in treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26, 1228-1233*.

38 Εξαοτήθειες

19. Latkin, C. A., Mandell, W., Knowlton, A. R., Doherty, M. C., Vlahov, D., Suh, T., et al. (1998). Gender differences in injection-related behaviors among injection drug users in Baltimore, Maryland. *AIDS Education and Prevention*, 10, 257-263.
20. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
21. Liappas, J., Paparrigopoulos, T., Tzavellas, E., Christodoulou, G. (2002). Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug Alcohol and Dependence*, 68, 215-220.
22. Lukas, S. E., Sholar, M., Lundahl, L. H., Lamas, X., Kouri, E., Wines, J. D., et al. (1996). Sex differences in plasma cocaine levels and subjective effects after acute cocaine administration in human volunteers. *Psychopharmacology*, 125, 346-354.
23. Marlatt, G. A., & Rohsenow, D. J. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. In N. K. Mello (Ed.). *Advances in substance abuse* (Vol. 1) Greenwich, Conn.: JAI Press.
24. Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse. Implications for the maintenance of behavior change. In P.O. Davidson & S.M. Davidson (Eds.). *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel.
25. Moss, H. B., Lynch, K. G., & Hardie, T. L. (2003). Affiliation with deviant peers among children of substance dependent fathers from pre-adolescence into adolescence: Associations with problem behaviors. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(2), 117-125.
26. Mulser, K., Drake, R.E., and Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23, 717-734.
27. Nowicki, Jr. S. & Strickland, R.B. (1973) A locus of control scale for children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, vol. 40, pages 148-154.
28. Pelissier, B. M. M., Camp, S. D., Gaes, G. G., Saylor, W. G., & Rhodes, W. (2003). Gender differences in outcomes from prison-based residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 149-160.
29. Pelissier, B. M. M. (2004). Gender differences in substance use treatment entry and retention among prisoners with substance use histories. *American Journal of Public Health*, 94, 1418-1424.
30. Pelissier, B., & Jones, N. (2005). Treatment needs of substance-abusing women. *Crime and Delinquency*, 51, 343-372.
31. Pouloupoulos, Ch. (1998). *Dropout from therapeutic communities for substance abusers in Greece: A quantitative and qualitative analysis of why clients drop out from rehabilitative programmes for drug users in Greece*. Ph. D. Dissertation. University of Bradford, Department of Applied Social Studies.
32. Pouloupoulos Ch. & Tsiboukli A. (1999). Sociodemographic Differences, Patterns of Use and Drop-out from Greek Drug-free Treatment Programmes. *Drug Issues*, Athens, 6, 99-110.
33. Voelkl, K. E., & Frone, M. R. (2000). Predictors of substance use at school among high school students. *Journal of Educational Psychology*, 92(3), 583-592.

Εξαρτήσεις, τόμος 15, 2009

EVALUATION OF PSYCHOLOGICAL FACTORS OF PERSONALITY OF ADDICTED FROM ILLEGAL SUBSTANCES REGARDING TO RISK FACTORS THAT LEAD TO DEATH

ZLATANOS D.¹, MAVREAS V.²

Abstract

Aim: In this preliminary comparative study we attempt to trace and evaluate the differences of the personality characteristics that appear in dependent users of illegal substances, in their first contact with the Therapeutic Program of the Rehabilitation Department of Dependent Persons of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Greece.

The purpose of the study is to identify and evaluate personality traits of the dependent users, as risk factors related to the self-destructive behavior (death), of persons that have passed away.

Setting: The Therapeutic Program of the Rehabilitation Department of Dependent Persons of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Greece.

Participants: The sample of the comparative study was N = 235 persons allocated in three groups of investigation.

Conclusion: The comparative study led us to the conclusion that the group of persons that have passed away is appearing to have increased rates according to the MMPI psychotic scales, in relation to the two groups of living persons and to the total of living people.

Key Words: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Self destructive behavior, Overdose, Death.

1 "IANOS" Rehabilitation Department of Dependent Persons of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki.
Contact address: Dr Zlatanov e-mail: sofontosafes@gmail.com

2 Professor of Psychiatry, University of Ioannina, Medical School, Psychiatric Clinic

Εξαρτήσεις, τεύχος 15, 2009

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Δ. ΖΛΑΤΑΝΟΣ¹, Β. ΜΑΥΡΕΑΣ²

Π ε ρ ί λ η ψ η

Στόχος: Στην παρούσα προκαταρκτική συγκριτική μελέτη, γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης και αξιολόγησης των διαφορών που προέκυψαν, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των εξαρτημένων χρηστών παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, κατά την πρώτη επαφή της ένταξής τους στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Σκοπό της μελέτης αποτελεί η ανίχνευση και αξιολόγηση των στοιχείων της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη, ως παράγοντες που συμβάλλουν στη δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (θάνατο), των ατόμων που έχουν αποβιώσει.

Χώρος: Θεραπευτικό Πρόγραμμα του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Συμμετέχοντες: Το δείγμα της συγκριτικής μελέτης αποτελείται από N=235 άτομα που κατανέμονται σε τρεις ομάδες μελέτης.

Συμπεράσματα: Ως αποτέλεσμα της συγκριτικής μελέτης, προέκυψε η διαπίστωση, ότι η ομάδα των αποθανόντων εμφανίζει αυξημένες τιμές στις ψυχωτικές κλίμακες του test MMPI, σε σχέση με τις δύο ομάδες των ζώντων και με το σύνολο των ζώντων.

Λέξεις Κλειδιά: Ψυχομετρική Δοκιμασία Προσωπικότητας MMPI, Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά, Υπερβολική Δόση, Θάνατος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη καταγραφή και διερεύνηση της επικινδυνότητας της χρήσης και εξάρτησης από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, μέσω της μελέτης ορισμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας των εξαρτημένων από τις εν λόγω ουσίες ατόμων. Για το σκοπό αυτό, εκτός από τη χρήση γενικών παραμέτρων, που είναι κυρίως κοινωνικο-δημογραφικές, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) για την ανίχνευση ψυχολογικών συντελεστών.

1 Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, Διεύθυνση επικοινωνίας: Δρ Δημήτρης Ζλατάνος, Κοινωνικός Λειτουργός - Ψυχολόγος, Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ψ.Ν.Θ., Αναγεννήσεως 13, Τ.Κ. 54627, Θεσσαλονίκη, Τηλ: 2310550919, FAX: 2310550555, e-mail: sofontosafes@gmail.com

2 Καθηγητής ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ψυχιατρική Κλινική

Η μελέτη διενεργήθηκε σε άτομα που απευθύνθηκαν στο Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και παρουσίασαν ως κυρίαρχο πρόβλημα την εξάρτηση, λόγω χρήσης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών. Η μελέτη των στοιχείων της προσωπικότητας των εξαρτημένων και της πιθανής επιρροής στη δυνητικά αυτοκαταστροφική τους συμπεριφορά, θα μπορούσε να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση του προβλήματος της εξάρτησης. Αυτό, σε σχέση με το ότι δεν έχει ακόμη διερευνηθεί, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, σε σημαντικό βαθμό η εξάρτηση από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες με τη χρήση ψυχομετρικών δοκιμασιών προσωπικότητας, τέτοιου είδους μελέτες θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμες.

Το MMPI, σύμφωνα με τις υπάρχουσες βιβλιογραφικές πηγές, ειδικά στον τομέα των εξαρτήσεων, αποτελεί ένα από τα βασικά εργαλεία προσδιορισμού της δομής της προσωπικότητας των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών. Συγκεκριμένα έχει χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό:

- Της σχέσης της δομής της προσωπικότητας με την επιλογή της ουσίας κατάχρησης (Craig και Olson 1992, Schweizer και συν. 1998, S. Huesca και συν. 2002).
- Της σύγκρισης της δομής της προσωπικότητας διαφορετικών ομάδων μελέτης (Wong και Besett 1999, Smith και Hilsenroth 2001, Tran και συν. 2001).
- Της εκτίμησης της ψυχιατρικής Συννοσηρότητας σε σχέση με την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες (Kokkevi και Stefanis 1995, Bradizza και Stastewitz 1997, Williams και συν. 1996).
- Του Θεραπευτικού σχεδιασμού και της επιλογής της κατάλληλης θεραπευτικής μεθόδου σύμφωνα με τη δομή της προσωπικότητας (Donovan και συν. 1998, Miles και συν. 2001, Kozlov και Buzina 1999).
- Της διερεύνησης της κινητοποίησης και παραμονής στη θεραπεία (Belding και συν. 1998, Szczepanska 2001, Laqueille και συν. 2001).
- Του προγνωστικού εργαλείου ολοκλήρωσης ή εγκατάλειψης (drop-out) της θεραπείας (Craig 1984, Marshall και Roiger 1996, Gilmore και συν. 2001, Ζλατάνος 2004, Ζλατάνος και συν. 2008).
- Της εκτίμησης και επανεκτίμησης (follow-up) της θεραπευτικής τακτικής (Iwashige και συν. 1997, Hser και συν. 2001, Ζλατάνος 2001).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η χρήση της ψυχομετρικής δοκιμασίας προσωπικότητας MMPI στη διερεύνηση και αξιολόγηση των διαφορών που προκύπτουν από τη μελέτη, στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση, των χαρακτηριστικών στοιχείων της προσωπικότητας των εξαρτημένων ατόμων, που μπορεί να συμβάλλουν στη δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (θάνατο), των ατόμων που έχουν αποβιώσει, σε σχέση με τα μέλη δύο ομάδων ζώντων ατόμων και με το σύνολο των ζώντων μελών των ομάδων της μελέτης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Υλικό

Υλικό της μελέτης απετέλεσαν, χρόνιοι χρήστες παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών που απευθύνθηκαν στο Συμβουλευτικό Σταθμό (Σ.Σ.) του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημέ-

42 Εξαορτήσεις

νων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, με αίτημα τη θεραπευτική βοήθεια για σωματική και ψυχολογική απεξάρτηση, στη χρονική διάρκεια 1991-2001.

Από το σύνολο των ατόμων που απευθύνθηκαν στο Σ.Σ. του Τμήματος (N=1934), επελέγησαν εκείνοι που εισήχθησαν στη Θεραπευτική Κοινότητα (Θ.Κ.) με σκοπό την ψυχολογική τους απεξάρτηση από τις παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, στο προαναφερόμενο χρονικό διάστημα και τα άτομα που έχουν αποβιώσει, ανεξάρτητα από την πορεία τους στις θεραπευτικές διαδικασίες του Τμήματος.

Τα άτομα που αποτελούν το δείγμα της συγκριτικής μελέτης είναι 235, οι 78 εκ των οποίων ολοκλήρωσαν την απαιτούμενη χρονική διάρκεια παραμονής των δώδεκα (12) μηνών στη Θ.Κ. και εξήλθαν έχοντας ολοκληρώσει το κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα του τμήματος. Οι 107 δεν ολοκλήρωσαν την απαιτούμενη χρονική διάρκεια παραμονής στη Θ.Κ. και εγκατέλειψαν την προσπάθεια για ψυχολογική απεξάρτηση σε κάποιο χρονικό σημείο, πριν από τη συμπλήρωση της καθιερωμένης χρονικής διάρκειας των δώδεκα μηνών. Τα άλλα 50 άτομα του δείγματος της συγκριτικής μελέτης έχουν αποβιώσει.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που αποτελούν το σύνολο του δείγματος της μελέτης, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν τη χρήση ουσιών, αναφέρονται στο φύλλο πρώτης επαφής (intake) των ατόμων αυτών.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν την προσωπικότητα των μελών του δείγματος που ανιχνεύονται μέσω της ψυχομετρικής δοκιμασίας (test) του Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), αφορούν τα άτομα που στην πρώτη επαφή υποβλήθηκαν στην εν λόγω δοκιμασία.

Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη είναι αναδρομική και αποτελεί μια προσπάθεια καταγραφής και σύγκρισης των αποτελεσμάτων των ψυχομετρικών δοκιμασιών MMPI, που χορηγήθηκαν σε εξαρτημένους χρήστες, που απευθύνθηκαν στο Συμβουλευτικό Σταθμό του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, στο χρονικό διάστημα μεταξύ των ετών 1991-2001.

Η συλλογή των στοιχείων άρχισε τους δύο τελευταίους μήνες του 2001 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2002, έχοντας ως καταληκτική ημερομηνία των επιλεγόμενων φακέλων την 31η Δεκεμβρίου του 2001.

Μέθοδος συλλογής των στοιχείων των εξαρτημένων στην πρώτη επαφή με την υπηρεσία μας απετέλεσε η ημιδομημένη κλινική συνέντευξη, καθώς και η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Στην ημιδομημένη κλινική συνέντευξη συμπληρώνεται το φύλλο πρώτης επαφής (Intake), που περιλαμβάνει τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του ατόμου που απευθύνεται στο Σ.Σ. με αίτημα τη θεραπευτική βοήθεια για απεξάρτηση.

Στη συγκριτική μελέτη των κλινικών και των στοιχείων της προσωπικότητας του δείγματος της έρευνας, καθοριστικό ρόλο έπαιξε η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI, επειδή η συγκεκριμένη δοκιμασία, αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο όργανο ανάλυσης της προσωπικότητας και προσφέρεται ως ερευνητικό μέσο σύγκρισης των στοιχείων προσωπικότητας ατόμων, που ανήκουν σε ανεξάρτητα δείγματα.

Μελετήθηκε η ανύψωση των κλιμάκων, κλινικών και αξιοπιστίας, καθώς και οι τιμές Τ των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI, που χρησιμοποιήθηκαν.

Για τη στατιστική ανάλυση των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε το t –test two tails κριτήριο (t – test διπλής κατεύθυνσης) για ποσοτικές μεταβλητές και το χ^2 – κριτήριο για τις ποιοτικές μεταβλητές. Έγινε επίσης Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (logistic regression analysis) των δεδομένων, για τη συσχέτιση των ποσοτικών και ποιοτικών μεταβλητών των ερευνητικών δειγμάτων της μελέτης.

Στη συγκριτική μελέτη των ομάδων του δείγματος, εκτός από τη σύγκριση των δημογραφικών και κλινικών στοιχείων, καθώς και των στοιχείων της προσωπικότητας των ατόμων του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν και κάποιες ερευνητικές κλίμακες του MMPI, οι οποίες αναφέρονται στη συνέχεια, μαζί με τις κλινικές κλίμακες και τις κλίμακες αξιοπιστίας της ψυχομετρικής δοκιμασίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

A. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Χαρακτηριστικά Χρήσης Ουσιών.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που αφορούν το φύλο, την ηλικία και το εύρος των ηλικιών του δείγματος της συγκριτικής μελέτης, εμφανίζονται στον Πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΕ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ MMPI, ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ, ΗΛΙΚΙΑ & ΕΥΡΟΣ ΗΛΙΚΙΩΝ

N = 235	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78		Δεν Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 107		Απεβίωσαν N = 50	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Φύλο						
N	68	10	86	21	48	2
%	87,2%	12,8%	80,3%	19,6%	96%	4%
Μέση Ηλ.	29,5 ± 5,1		28,9 ± 5,1		28,8 ± 6,5	
Εύρος Ηλ	19 ⇔ 40		19 ⇔ 45		18 ⇔ 51	

Στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά ως προς το φύλο, εμφανίζεται μεταξύ των ομάδων N=107 και N=50 ($\chi^2=6,654$, B.E=1, $p < 0,01$), ενώ δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις άλλες συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων της μελέτης. Επίσης, δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p=NS$) στις συγκρίσεις που αφορούν την Οικογενειακή κατάσταση και το Μορφωτικό επίπεδο των ομάδων της μελέτης.

Τα στοιχεία που αφορούν την ηλικία έναρξης της χρήσης ουσιών, την ουσία έναρξης της χρήσης, καθώς και το εύρος της διάρκειας της χρήσης, εμφανίζονται στον Πίνακα 2. Η στατιστική σύγκριση ως προς την ηλικία έναρξης της χρήσης ουσιών και της διάρκειας της χρήσης ουσιών, δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p=NS$) στις συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων της μελέτης.

44 *Εξαορτήσεις***ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ, ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΟΥΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΥΡΟΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΕ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ MMPI

Σύνολο N = 235	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78	Διέκοψαν Πρόγραμμα Θ.Κ. N = 107	Απεβίωσαν N = 50
Ηλικία Έναρξης & Διάρκεια Χρήσης	16,6 ± 3,3 12 ⇔ 32	16,1 ± 2,2 12 ⇔ 30	15,8 ± 3,1 10 ⇔ 30
<i>Ουσία Έναρξης</i>			
Χασίς	51 65,4%	69 64,4%	23 46%
Χάπια	18 23,0%	25 23,3%	16 32%
Σιρόπια	2 2,5%	7 6,5%	3 6%
Ηρωίνη	5 6,4%	5 4,6%	6 12%
Κοκαΐνη	1 1,3%	0 0,0%	0 0%
LSD	1 1,3%	1 0,9%	0 0%
Βενζίνη	0 0,0%	0 0,0%	2 4%
Σύνολο	78 99,9%	107 99,7%	50 100%

Για τη στατιστική σύγκριση των τριών ομάδων της μελέτης ως προς την ουσία έναρξης της χρήσης, έγινε ομαδοποίηση κάποιων ουσιών μεταξύ τους.

Η ομαδοποίηση αφορά, κυρίως, τις φαρμακευτικές ουσίες, χάπια και σιρόπια, που ταξινομήθηκαν μαζί ως ουσία έναρξης χρήσης, την ηρωίνη με την κοκαΐνη, ως ουσίες που χαρακτηρίζονται ως «σκληρά ναρκωτικά» και LSD με τη βενζίνη ως ουσίες με παραισθησιογόνο δράση κατά τη χρήση, ενώ η κάνναβη συγκρίνεται μόνη της. Έχουμε λοιπόν τέσσερις κατηγορίες ουσιών κατά τη στατιστική σύγκριση.

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ του συνόλου των ζώντων ατόμων $N=78+107=185$, με τα άτομα της ομάδας που έχουν αποβιώσει $N=50$, εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς την ουσία έναρξης της χρήσης ($\chi^2=7,823$, B.E.= 3, $p < 0,05$), καθώς και μεταξύ των ομάδων που δεν ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της Θ.Κ. $N=107$ και των ατόμων που έχουν αποβιώσει $N=50$ ($\chi^2=9,639$, B.E.=3, $p < 0,05$). Αυτό φαίνεται να οφείλεται στη μεγάλη ποσοστιαία διαφορά της χρήσης ηρωίνης ως ουσίας έναρξης στους αποθανόντες, καθώς και στη χρήση της κάνναβης ως ουσίας έναρξης, που εμφανίζεται σε σημαντικά μικρότερη ποσοστιαία αναλογία από ό,τι στο σύνολο των ζώντων.

B. Ψυχομετρική Δοκιμασία MMPI.

Στην επεξεργασία των διαγραμμάτων προσωπικότητας του MMPI έχουν εξαιρεθεί εξαρχής, τα στατιστικά αναξιόπιστα διαγράμματα προσωπικότητας, δηλαδή όσα έχουν $F>70$ και $L,K<40$ σε συνδυασμό με περισσότερες από έξι (6) κλινικές κλίμακες υψηλότερες από $T=70$ (Ψευδές Θετικό), όπως και το αντίστροφο $F<40$ και $K,L>70$ και έξι (6) τουλάχιστον κλινικές κλίμακες χαμηλότερα από $T=45$ (Ψευδές Αρνητικό).

Στον πίνακα 3 που ακολουθεί, εμφανίζονται οι τιμές της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI στις κλίμακες αξιοπιστίας και τις κλινικές κλίμακες, μετά τη μετατροπή των ακατέργαστων τιμών των κλιμάκων, σε T τιμές και έτσι μπορούν να συγκριθούν και να αξιολογηθούν

στο σύνολο των ατόμων των ομάδων ανεξάρτητα από το φύλο. Στην περίπτωση μη μετατροπής των τιμών και χρήσης των ακατέργαστων τιμών, θα πρέπει να συγκριθούν και αξιολογηθούν, χωριστά, οι άνδρες και οι γυναίκες και δεν μπορούμε να έχουμε αποτελέσματα στο σύνολο των ατόμων των ομάδων.

Με τον ίδιο τρόπο έγινε μετατροπή των τιμών, σε όλες τις συγκρίσεις των ομάδων της ερευνητικής συγκριτικής μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΤΙΜΕΣ Τ ΤΗΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΜΜΡΙ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ, ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ Θ.Κ. ΚΑΙ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΚΗ ΣΤΙΓΜΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

<i>Κλίμακες MMPI</i>	<i>Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78</i>	<i>Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 107</i>	<i>Απεβίωσαν N = 50</i>
<i>Κλίμ. Αξιοπιστίας</i>	<i>Μέση τιμή & SD</i>	<i>Μέση τιμή & SD</i>	<i>Μέση τιμή & SD</i>
L	48,6 ± 9,8	47,9 ± 11,6	45,5 ± 7,5
F	60,1 ± 12,6	63,7 ± 14,3	70,5 ± 16,9
K	46,5 ± 8,1	45,3 ± 9,4	42,3 ± 8,4
<i>Κλινικές Κλίμακες</i>			
Hs	65,2 ± 12,7	69,5 ± 12,9	71,5 ± 13,6
D	64,4 ± 11,2	61,8 ± 11,8	63,4 ± 13,3
Hy	64,3 ± 10,9	65,1 ± 12,4	65,5 ± 13,0
Pd	66,5 ± 8,0	65,2 ± 9,9	65,8 ± 8,2
Mf	52,3 ± 10,5	48,5 ± 9,6	48,1 ± 10,2
Pa	63,7 ± 11,5	63,2 ± 11,5	66,7 ± 11,9
Pt	62,9 ± 10,0	62,6 ± 10,4	64,1 ± 9,6
Sc	62,2 ± 12,4	64,0 ± 12,3	69,3 ± 13,1
Ma	58,0 ± 10,2	60,3 ± 9,1	63,1 ± 12,2
Si	52,0 ± 10,2	52,2 ± 9,0	56,1 ± 11,0
Sum Κλ. Κλιμάκων	612,2 ± 70,8	612,9 ± 69,8	633,7 ± 71,7

Στο σύνολο των τιμών των μέσων όρων των τριών ομάδων, έχουμε τη δυνατότητα να παρατηρήσουμε την ανύψωση κατά 2 – 7 μονάδες στην τρίτη ομάδα από τις δύο προηγούμενες, όπως και την αρκετά υψηλότερη μέση τιμή του συνόλου Sum των κλινικών κλιμάκων, ενώ η μέση τιμή Sum είναι σχεδόν ίδια στις δύο πρώτες ομάδες.

Όπως και προηγούμενα, στον πίνακα 4 εμφανίζονται συνολικά οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των τιμών T των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν, των τριών ομάδων της συγκριτικής ερευνητικής μελέτης.

46 Εξαορτήσεις

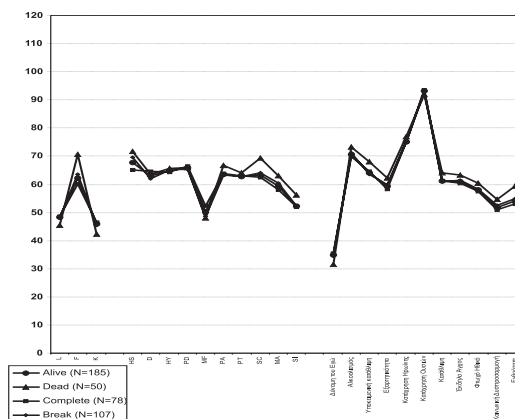
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΤΙΜΕΣ Τ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΜΜΡΙ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ, ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ Θ.Κ. ΚΑΙ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΚΗ ΣΤΙΓΜΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Ερευνητικές Κλίμακες MMPI	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78 Μέση τιμή & SD	Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 107 Μέση τιμή & SD	Απεβίωσαν N = 50 Μέση τιμή & SD
Es	34,4 ± 12,2	34,4 ± 10,5	31,4 ± 10,9
D1	64,5 ± 11,0	63,5 ± 11,3	67,9 ± 11,2
MacA	69,8 ± 10,5	71,0 ± 10,0	73,1 ± 8,9
Dy	58,2 ± 9,5	59,9 ± 8,7	62,1 ± 8,1
He	75,2 ± 10,9	75,1 ± 10,9	76,8 ± 9,7
DaS	93,4 ± 14,1	93,0 ± 14,3	91,9 ± 12,4
DEP	61,1 ± 9,6	60,9 ± 9,5	64,1 ± 9,5
MAS	60,2 ± 9,2	61,3 ± 9,1	63,3 ± 9,4
MOR	57,4 ± 9,4	58,2 ± 8,8	60,3 ± 9,9
SOC	50,9 ± 9,9	52,4 ± 8,8	54,5 ± 10,3
HOS	53,1 ± 9,1	54,9 ± 9,9	59,4 ± 11,2

Η συνολική παρουσίαση των μέσων τιμών των ερευνητικών κλιμάκων, δίνει τη δυνατότητα να παρατηρήσουμε, την ανύψωση των τιμών στις περισσότερες ερευνητικές κλίμακες στην τρίτη ομάδα, σε σχέση με τις άλλες δύο, εκτός από την ερευνητική κλίμακα της Δύναμης του Εγώ (Es) όπου η μειωμένη ανύψωση σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες, είναι ένδειξη μειωμένης δύναμης του Εγώ. Ενδιαφέρον προκαλεί, που θα συζητηθεί στη συνέχεια, η μειωμένη ανύψωση της κλίμακας της Κατάχρησης Ουσιών (DaS), όπου η τρίτη ομάδα εμφανίζει χαμηλότερη μέση τιμή από τις άλλες δύο.

Στο Σχήμα 1 που ακολουθεί εμφανίζεται η διαγραμματική απεικόνιση των τιμών των ομάδων της συγκριτικής μελέτης στις κλίμακες αξιοπιστίας, τις κλινικές και ερευνητικές κλίμακες της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI.

ΣΧΗΜΑ 1



Στον πίνακα 5 εμφανίζονται συνολικά οι μέσες τιμές T και οι τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων του MMPI, που αφορούν τις ομάδες N=78 και N=50, καθώς και η στατιστική σύγκριση των μέσων τιμών των δύο ομάδων μεταξύ τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΙΜΩΝ T ΤΗΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ MMPI ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΘΑΝΟΝΤΩΝ

Κλίμακες MMPI	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78	Απεβίωσαν N = 50	P
Κλ. Αξιοπιστίας	Μέση τιμή & SD	Μέση τιμή & SD	
L	48,6 ± 9,8	45,5 ± 7,5	P < 0,05
F	60,1 ± 12,6	70,5 ± 16,9	P < 0,001
K	46,5 ± 8,1	42,3 ± 8,4	P < 0,01
Κλινικές Κλίμακες			
Hs	65,2 ± 12,7	71,5 ± 13,6	p < 0,01
D	64,4 ± 11,2	63,4 ± 13,3	NS
Hy	64,3 ± 10,9	65,5 ± 13,0	NS
Pd	66,5 ± 8,0	65,8 ± 8,2	NS
Mf	52,3 ± 10,5	48,1 ± 10,2	p < 0,027
Pa	63,7 ± 11,5	66,7 ± 11,9	NS
Pt	62,9 ± 10,0	64,1 ± 9,6	NS
Sc	62,2 ± 12,4	69,3 ± 13,1	p < 0,004
Ma	58,0 ± 10,2	63,1 ± 12,2	p < 0,016
Si	52,0 ± 10,2	56,1 ± 11,0	p < 0,038
Sum Κλ. Κλιμάκων	612,2 ± 70,8	633,7 ± 71,7	P < 0,10

Η στατιστική σύγκριση των κλιμάκων (κλινικών και αξιοπιστίας) μεταξύ των ομάδων N=78 και N=50, έδειξε διαφορές στατιστικά σημαντικές και στις τρεις κλίμακες αξιοπιστίας. Στην κλίμακα L του Ψεύδους (t=2,002, B.E.=126, p<0,05), στην κλίμακα F της Αξιοπιστίας (t=3,744, B.E.=126, p<0,001), και στην κλίμακα K της Διόρθωσης (t=2,782, B.E.=126, p<0,01).

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται σε πέντε (5) από τις δέκα κλινικές κλίμακες του MMPI, μεταξύ των προαναφερόμενων δύο ομάδων.

Εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα Hs της Υποχονδρίασης (t=2,631, B.E.=126, p<0,01), στην κλίμακα Sc της Σχιζοφρένειας (t=2,98, B.E.=126, p<0,004), στην κλίμακα Ma της Υπομανίας (t=2,448, B.E.=126, p<0,016), στην κλίμακα Si της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας (t=2,100, B.E.=126, p<0,038), και στην κλίμακα Mf της Ανδροπρέπειας – Θηλυπρέπειας (t=2,238, B.E.=126, p<0,027).

Ο συνδυασμός των ανυψώσεων των κλινικών κλιμάκων μεταξύ τους, η ερμηνευτική τους σχέση και η μεγάλη στατιστική σημαντικότητα διαφοροποίηση των μέσων τιμών των κλιμάκων, μεταξύ των ομάδων N=78 που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας και N=50 αυτών που απεβίωσαν, κάνει εμφανή τη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Η σύγκριση των δύο αυτών ομάδων επεκτείνεται και με την εκτίμηση, στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν, και παρουσιάζονται στον πίνακα 6 που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΙΜΩΝ Τ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ MMPI ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΘΑΝΟΝΤΩΝ

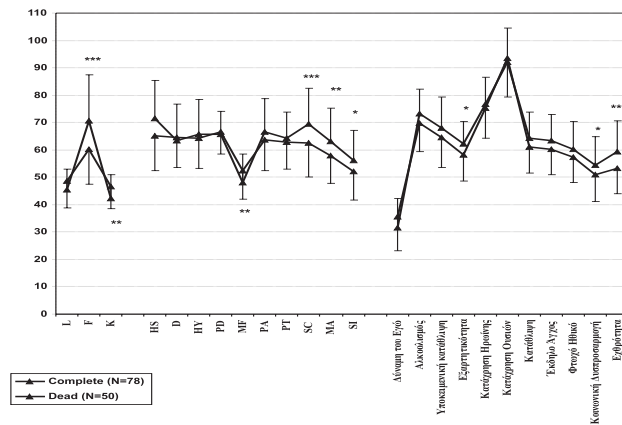
Ερευνητικές Κλίμακες MMPI	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78 Μέση τιμή & SD	Απεβίωσαν N = 50 Μέση τιμή & SD	P
◆ Es	34,4 ± 12,2	31,4 ± 10,9	P < 0,05
D1	64,5 ± 11,0	67,9 ± 11,2	NS
MacA	69,8 ± 10,5	73,1 ± 8,9	P < 0,10
Dy	58,2 ± 9,5	62,1 ± 8,1	P < 0,014
He	75,2 ± 10,9	76,8 ± 9,7	NS
DaS	93,4 ± 14,1	91,9 ± 12,4	NS
DEP	61,1 ± 9,6	64,1 ± 9,5	NS
MAS	60,2 ± 9,2	63,3 ± 9,4	NS
MOR	57,4 ± 9,4	60,3 ± 9,9	NS
SOC	50,9 ± 9,9	54,5 ± 10,3	P < 0,05
HOS	53,1 ± 9,1	59,4 ± 11,2	P < 0,002

◆ Στην Es κλίμακα η ανυψωμένη τιμή δηλώνει μεγαλύτερη δύναμη του Εγώ.

Σε όλες τις ερευνητικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, η ομάδα N=50 εμφανίζει υψηλότερες μέσες τιμές από την ομάδα N=78, εκτός από την κλίμακα Es, όπου εμφανίζει χαμηλότερες (όμως, όπως είναι φυσικό, η κλίμακα αυτή εκτιμάται αντίθετα από τις άλλες ερευνητικές κλίμακες). Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στις κλίμακες Es ($t=1,934$, B.E=112, $p<0,05$), Dy της Εξάρτησης ($t=2,501$, B.E=126, $p<0,014$), SOC της Κοινωνικής Δυσπροσαρμογής ($t=1,964$, B.E=126, $p<0,05$), και της κλίμακας HOS της Εχθρότητας ($t=3,288$, B.E=126, $p<0,002$).

Στο Σχήμα 2 που ακολουθεί εμφανίζεται η διαγραμματική απεικόνιση των τιμών των ομάδων N=78 & N=50 της συγκριτικής μελέτης στις κλίμακες αξιοπιστίας, τις κλινικές και ερευνητικές κλίμακες της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI.

ΣΧΗΜΑ 2



ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ (LOGISTIC REGRESSION ANALYSIS)
ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΟΣΩΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΟΣΟΥΣ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ

Εξαρτημένη Μεταβλητή: Έκβαση (Απεβίωσαν=0, Ολοκλήρωσαν=1)

Ανεξάρτητες Μεταβλητές: Όλες οι κλίμακες του MMPI, συμπεριλαμβανομένων των ερευνητικών - Ανάλυση σταθμισμένη (adjusted) ως προς το Φύλο, το Εκπαιδευτικό Επίπεδο και την Οικογενειακή Κατάσταση.

ΤΕΛΙΚΗ ΕΞΙΣΩΣΗ

	Odds Ratio	95,0% C.I.		P
		Lower	Upper	
L	,940	,865	1,021	
F	1,054	,986	1,127	
K	,943	,827	1,075	
HS	1,051	,972	1,137	
D	,950	,869	1,038	
HY	1,004	,921	1,094	
PD	,995	,922	1,075	
MF	,958	,902	1,017	
PA	,952	,891	1,018	
PT	,947	,819	1,095	
SC	1,027	,923	1,142	
MA	1,022	,951	1,099	
SI	1,060	,942	1,193	
Δύναμη του Εγώ	1,094	1,006	1,190	,037
Αλκοολισμός	1,030	,956	1,110	
Υποκειμενική κατάθλιψη	1,066	,971	1,170	
Εξαρτητικότητα	1,059	,938	1,195	
Κατάχρηση Ηρωίνης	,979	,911	1,052	
Κατάχρηση Ουσιών	1,025	,967	1,087	
Κατάθλιψη	,934	,831	1,049	
Έκδηλο Άγχος	1,010	,873	1,168	
Φτωχό Ηθικό	,944	,817	1,090	
Κοινωνική Δυσπροσαρμογή	1,028	,923	1,145	
Εχθρότητα	1,001	,909	1,102	

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης που ακολούθησε (Πίνακας 7), έδειξε πως σημαντικότερη μεταβλητή από όλες, που διαφοροποιεί τις δύο ομάδες ανεξάρτητα από την αλληλεπίδραση των μεταβλητών και ανεξάρτητα από την επίδραση του Φύλου, του Εκπαιδευτικού Επιπέδου και της Οικογενειακής κατάστασης των χρηστών, είναι η Δύναμη του Εγώ. Οι χρήστες που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της δύναμης του Εγώ από ό,τι όσοι χρήστες απεβίωσαν. Η μεταβλητή αυτή, διαχωρίζει, ουσιαστικά, τις δύο ομάδες.

50 *Εξαοτήσεις*

Στον πίνακα 8 εμφανίζονται συνολικά οι μέσες τιμές T και οι τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων του MMPI, που αφορούν τις ομάδες N=107 και N=50, καθώς και η στατιστική σύγκριση των μέσων τιμών των ομάδων μεταξύ τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΙΜΩΝ T ΤΗΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ MMPI ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΟΣΩΝ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ

<i>Κλίμακες MMPI</i>	<i>Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 107</i>	<i>Απεβίωσαν N = 50</i>	<i>P</i>
<i>Κλ. Αξιοπιστίας</i>	<i>Μέση τιμή & SD</i>	<i>Μέση τιμή & SD</i>	
L	47,9 ± 11,6	45,5 ± 7,5	NS
F	63,7 ± 14,3	70,5 ± 16,9	P < 0,01
K	45,3 ± 9,4	42,3 ± 8,4	P < 0,05
<i>Κλινικές Κλίμακες</i>			
Hs	69,5 ± 12,9	71,5 ± 13,6	NS
D	61,8 ± 11,8	63,4 ± 13,3	NS
Hy	65,1 ± 12,4	65,5 ± 13,0	NS
Pd	65,2 ± 9,9	65,8 ± 8,2	NS
Mf	48,5 ± 9,6	48,1 ± 10,2	NS
Pa	63,2 ± 11,5	66,7 ± 11,9	NS
Pt	62,6 ± 10,4	64,1 ± 9,6	NS
Sc	64,0 ± 12,3	69,3 ± 13,1	P < 0,02
Ma	60,3 ± 9,1	63,1 ± 12,2	NS
Si	52,2 ± 9,0	56,1 ± 11,0	P < 0,03
<i>Sum Κλ. Κλιμάκων</i>	<i>612,9 ± 69,8</i>	<i>633,7 ± 71,7</i>	<i>P < 0,10</i>

Η στατιστική σύγκριση των κλιμάκων (κλινικών και αξιοπιστίας) μεταξύ των ομάδων N=107 και N=50, έδειξε διαφορές στατιστικά σημαντικές στις δύο από τις τρεις κλίμακες αξιοπιστίας και σε δύο από τις κλινικές κλίμακες του MMPI.

Οι στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις εμφανίζονται, στην κλίμακα F της Αξιοπιστίας ($t=2,455$, B.E.=155, $p<0,01$), και στην κλίμακα K της Διόρθωσης ($t=1,993$, B.E.=155, $p<0,05$) από τις κλίμακες αξιοπιστίας, καθώς και στην κλίμακα Sc της Σχιζοφρένειας ($t=2,394$, B.E.=155, $p<0,02$), και την κλίμακα Si της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας ($t=2,159$, B.E.=155, $p<0,03$), από τις κλινικές κλίμακες.

Η σύγκριση των δύο αυτών ομάδων επεκτείνεται και με την εκτίμηση, στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν και παρουσιάζονται στον πίνακα 9 που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΙΜΩΝ Τ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ ΜΜΡΙ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΟΣΩΝ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ

Ερευνητικές Κλίμακες MMPI	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 107 Μέση τιμή & SD	Απεβίωσαν N = 50 Μέση τιμή & SD	P
◆ Es	34,4 ± 10,5	31,4 ± 10,9	NS
D1	63,5 ± 11,3	67,9 ± 11,2	P < 0,028
MacA	71,0 ± 10,0	73,1 ± 8,9	NS
Dy	59,9 ± 8,7	62,1 ± 8,1	NS
He	75,1 ± 10,9	76,8 ± 9,7	NS
DaS	93,0 ± 14,3	91,9 ± 12,4	NS
DEP	60,9 ± 9,5	64,1 ± 9,5	P < 0,05
MAS	61,3 ± 9,1	63,3 ± 9,4	NS
MOR	58,2 ± 8,8	60,3 ± 9,9	NS
SOC	52,4 ± 8,8	54,5 ± 10,3	NS
HOS	54,9 ± 9,9	59,4 ± 11,2	P < 0,02

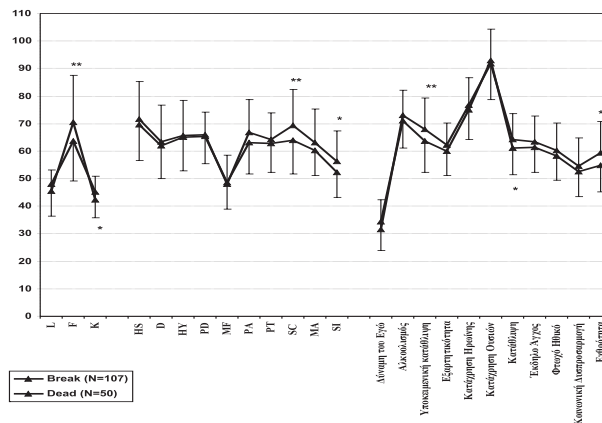
◆ Στην Es κλίμακα η ανυψωμένη τιμή δηλώνει μεγαλύτερη δύναμη του Εγώ.

Σε όλες τις ερευνητικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, η ομάδα N=50 εμφανίζει υψηλότερες μέσες τιμές από την ομάδα N=107, εκτός από την κλίμακα Das και την κλίμακα Es, που εκτιμάται αντίθετα από τις άλλες ερευνητικές κλίμακες.

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στις ερευνητικές κλίμακες DEP της Κατάθλιψης (t=1,936, B.E.=155, p<0,05), καθώς επίσης και στις κλίμακες D1 της Υποκειμενικής Κατάθλιψης (t=2,233, B.E.=155, p<0,028), και στην κλίμακα HOS της Εχθρότητας προς τους Άλλους (t=2,396, B.E.=155, p<0,02).

Στο Σχήμα 3 που ακολουθεί, εμφανίζεται η διαγραμματική απεικόνιση των τιμών των ομάδων N=107 & N=50 της συγκριτικής μελέτης στις κλίμακες αξιοπιστίας, τις κλινικές και ερευνητικές κλίμακες της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI.

ΣΧΗΜΑ 3



ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ (LOGISTIC REGRESSION ANALYSIS)
ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΟΣΩΝ ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕ ΟΣΟΥΣ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ

Εξαρτημένη Μεταβλητή: Έκβαση (Διέκοψαν=0, Απεβίωσαν=1)

Ανεξάρτητες Μεταβλητές: Όλες οι κλίμακες του MMPI, συμπεριλαμβανομένων των ερευνητικών - Ανάλυση σταθμισμένη (adjusted) ως προς το Φύλο, το Εκπαιδευτικό Επίπεδο και την Οικογενειακή Κατάσταση.

ΤΕΛΙΚΗ ΕΞΙΣΩΣΗ

	<i>Exp(B)</i>	<i>95,0% C.I.</i>		<i>Sig.</i>
		<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
L	,992	,931	1,057	
F	1,019	,972	1,069	
K	,966	,868	1,075	
HS	1,003	,939	1,071	
D	,983	,908	1,065	
HY	,994	,926	1,067	
PD	,997	,938	1,059	
MF	1,000	,946	1,056	
PA	1,014	,957	1,074	
PT	,970	,874	1,076	
SC	1,044	,965	1,129	
MA	,998	,936	1,063	
SI	1,160	1,041	1,293	,007
Δύναμη του Εγώ	,996	,925	1,073	
Αλκοολισμός	1,043	,986	1,104	
Υποκειμενική κατάθλιψη	1,095	,989	1,211	,080
Εξαρτητικότητα	,956	,847	1,079	
Κατάχρηση Ηρωίνης	1,033	,964	1,106	
Κατάχρηση Ουσιών	1,001	,951	1,053	
Κατάθλιψη	,945	,849	1,052	
Έκδηλο Άγχος	,917	,810	1,038	
Φτωχό Ηθικό	,941	,845	1,048	
Κοινωνική Δυσπροσαρμογή	,914	,829	1,008	,070
Εχθρότητα	1,031	,945	1,125	

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης που ακολούθησε (Πίνακας 10), έδειξε πως σημαντικότερη μεταβλητή από όλες, που διαφοροποιεί τις δύο ομάδες ανεξάρτητα από την αλληλεπίδραση των μεταβλητών και ανεξάρτητα από την επίδραση του Φύλου, του Εκπαιδευτικού Επιπέδου και της Οικογενειακής κατάστασης των χρηστών, είναι η Κοινωνική Ενδοστρέφεια. Οι χρήστες που απεβίωσαν είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας από ό,τι όσοι χρήστες διέκοψαν το πρόγραμμα. Η μεταβλητή αυτή, διαχωρίζει, ουσια-

στικά, τις δύο ομάδες. Υπάρχουν επίσης τάσεις στην ίδια ομάδα, εκείνων που απεβίωσαν, για υψηλότερες τιμές στις κλίμακες «Υποκειμενικής Κατάθλιψης» και «Κοινωνικής Δυσπροσαρμογής», όμως οι τάσεις αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές, και ενδεικτικά μόνον αναφέρονται, καθότι οι πολλές μεταβλητές που χρησιμοποιούμε ενέχουν τον κίνδυνο να αναδεικνύουν και ψευδώς θετικά στατιστικά σημαντικά ευρήματα ακόμη και στις σημαντικότητες $p < 0,05$, πόσο μάλλον στις «τάσεις».

Στον πίνακα 11 εμφανίζονται συνολικά οι μέσες τιμές T και οι τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων του MMPI, που αφορούν τις ομάδες $N=185$ (του συνόλου των ζώντων) και $N=50$, καθώς και η στατιστική σύγκριση των μέσων τιμών των δύο ομάδων μεταξύ τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΙΜΩΝ T ΤΗΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ MMPI ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΠΟΥ ΕΝΤΑΧΘΗΚΑΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΘΑΝΟΝΤΩΝ

Κλίμακες MMPI	Σύνολο μελών Θ.Κ. $N = 185$	Απεβίωσαν $N = 50$	P
Κλ. Αξιοπιστίας	Μέση τιμή & SD	Μέση τιμή & SD	
L	48,3 ± 10,8	45,5 ± 7,5	$P < 0,05$
F	62,2 ± 13,7	70,5 ± 16,9	$P < 0,002$
K	45,8 ± 8,9	42,3 ± 8,4	$P < 0,01$
Κλινικές Κλίμακες			
Hs	67,7 ± 13,0	71,5 ± 13,6	$P < 0,10$
D	63,0 ± 11,6	63,4 ± 13,3	NS
Hy	64,8 ± 11,8	65,5 ± 13,0	NS
Pd	65,8 ± 9,2	65,8 ± 8,2	NS
Mf	50,1 ± 10,1	48,1 ± 10,2	NS
Pa	63,4 ± 11,4	66,7 ± 11,9	$P < 0,10$
Pt	62,7 ± 10,2	64,1 ± 9,6	NS
Sc	63,6 ± 12,4	69,3 ± 13,1	$P < 0,005$
Ma	59,3 ± 9,6	63,1 ± 12,2	$P < 0,05$
Si	52,1 ± 9,5	56,1 ± 11,0	$P < 0,02$
Sum Κλ. Κλιμάκων	612,6 ± 70,0	633,7 ± 71,7	$P < 0,10$

Η στατιστική σύγκριση των κλιμάκων (κλινικών και αξιοπιστίας) μεταξύ του συνόλου των ατόμων των δύο ομάδων $N=78+107=185$ και $N=50$, έδειξε διαφορές στατιστικά σημαντικές και στις τρεις κλίμακες αξιοπιστίας. Στην κλίμακα L του Ψεύδους ($t=2,087$, B.E.=233, $p < 0,05$), στην κλίμακα F της Αξιοπιστίας ($t=3,206$, B.E.=233, $p < 0,002$), και στην κλίμακα K της Διόρθωσης ($t=2,569$, B.E.=233, $p < 0,01$).

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται σε τρεις κλινικές κλίμακες, στην Sc της Σχιζοφρένειας ($t=2,89$, B.E.=233, $p < 0,005$), στη Ma της Υπομανίας ($t=2,51$, B.E.=233, $p < 0,05$), και στην κλίμακα Si της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας ($t=2,313$, B.E.=233, $p < 0,02$).

54 *Εξαορτήσεις*

Στον πίνακα 12 εμφανίζονται συνολικά οι μέσες τιμές T και οι τυπικές αποκλίσεις των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI, που αφορούν τις ομάδες N=185 και N=50, καθώς και η στατιστική σύγκριση των μέσων τιμών των δύο ομάδων μεταξύ τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΙΜΩΝ T ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ MMPI ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΠΟΥ ΕΝΤΑΧΘΗΚΑΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΘΑΝΟΝΤΩΝ

Ερευνητικές Κλίμακες MMPI	Σύνολο μελών Θ.Κ. N = 185 Μέση τιμή & SD	Απεβίωσαν N = 50 Μέση τιμή & SD	P
◆ Es	34,8 ± 11,2	31,4 ± 10,9	NS
D1	63,9 ± 11,2	67,9 ± 11,2	p < 0,03
MacA	70,5 ± 10,2	73,1 ± 8,9	NS
Dy	59,2 ± 9,0	62,1 ± 8,1	p < 0,03
He	75,1 ± 10,8	76,8 ± 9,7	NS
DaS	93,2 ± 14,2	91,9 ± 12,4	NS
DEP	61,0 ± 9,5	64,1 ± 9,5	P < 0,05
MAS	60,9 ± 9,1	63,3 ± 9,4	NS
MOR	57,9 ± 9,0	60,3 ± 9,9	NS
SOC	51,8 ± 9,3	54,5 ± 10,3	NS
HOS	54,2 ± 9,6	59,4 ± 11,2	P < 0,01

◆ Στην Es κλίμακα η ανυψωμένη τιμή δηλώνει μεγαλύτερη δύναμη του Εγώ.

Σε όλες τις ερευνητικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, η ομάδα N=50 εμφανίζει υψηλότερες μέσες τιμές από την ομάδα του συνόλου N=78+107=185, εκτός από την κλίμακα DaS και την κλίμακα Es που εκτιμάται αντίθετα από τις άλλες ερευνητικές κλίμακες.

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στην κλίμακα D1 της Υποκειμενικής Κατάθλιψης (t=2,178, B.E.=233, p<0,03), στην κλίμακα Dy της Εξάρτησης (t=2,202, B.E.=233, p<0,03), στην κλίμακα DEP της Κατάθλιψης (t=2,026, B.E.=233, p<0,05), και της κλίμακας HOS της Εχθρότητας προς τους Άλλους (t=2,980, B.E.=233, p<0,01).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ (LOGISTIC REGRESSION ANALYSIS)
ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΟΣΩΝ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ
ΕΑΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ Ή ΔΙΕΚΟΨΑΝ**

Εξαρτημένη Μεταβλητή: Έκβαση (Ζουν = 0, Απεβίωσαν=1)

Ανεξάρτητες Μεταβλητές: Όλες οι κλίμακες του MMPI, συμπεριλαμβανομένων των ερευνητικών - Ανάλυση σταθμισμένη (adjusted) ως προς το Φύλο, το Εκπαιδευτικό Επίπεδο και την Οικογενειακή Κατάσταση.

ΤΕΛΙΚΗ ΕΞΙΣΩΣΗ

	Odds Ratio	95,0% C.I.		P
		Lower	Upper	
L	,981	,926	1,040	
F	1,032	,989	1,077	
K	,960	,874	1,054	
HS	1,035	,976	1,097	
D	,981	,917	1,048	
HY	,984	,922	1,050	
PD	,998	,945	1,054	
MF	,983	,939	1,028	
PA	,995	,948	1,044	
PT	,961	,878	1,052	
SC	1,030	,960	1,105	
MA	1,016	,960	1,075	
SI	1,104	1,014	1,202	,022
Δύναμη του Εγώ	1,029	,969	1,093	
Αλκοολισμός	1,027	,977	1,080	
Υποκειμενική κατάθλιψη	1,068	,988	1,156	,098
Εξαρτητικότητα	,992	,906	1,086	
Κατάχρηση Ηρωίνης	1,009	,955	1,067	
Κατάχρηση Ουσιών	1,007	,963	1,053	
Κατάθλιψη	,957	,876	1,046	
Έκδηλο Άγχος	,941	,844	1,049	
Φτωχό Ηθικό	,954	,867	1,049	
Κοινωνική Δυσπροσαρμογή	,964	,890	1,044	
Εχθρότητα	1,020	,945	1,102	

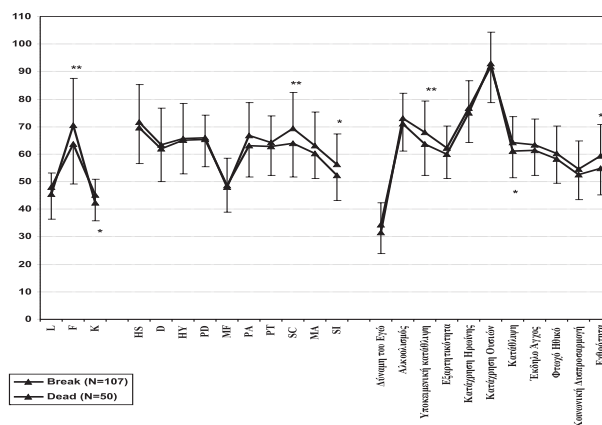
Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης που ακολούθησε (Πίνακας 13), έδειξε και εδώ πως σημαντικότερη μεταβλητή από όλες, που διαφοροποιεί τις δύο ομάδες ανεξάρτητα από την αλληλεπίδραση των μεταβλητών και ανεξάρτητα από την επίδραση του Φύλου, του Εκπαιδευτικού Επιπέδου και της Οικογενειακής κατάστασης των χρηστών, είναι η Κοινωνική Ενδοστρέφεια. Οι χρήστες που απεβίωσαν είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας από ό,τι όσοι χρήστες επιβίωσαν, ανεξάρτητα από το αν συνέχισαν ή αν διέκοψαν το

56 *Εξαορτήσεις*

πρόγραμμα. Η μεταβλητή αυτή, διαχωρίζει, ουσιαστικά, τις δύο ομάδες. Υπάρχουν επίσης και εδώ οι τάσεις που είδαμε και πριν στην ίδια ομάδα, εκείνων που απεβίωσαν, για υψηλότερες τιμές στην κλίμακα «Υποκειμενικής Κατάθλιψης», όμως οι τάσεις αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές, και ενδεικτικά μόνον αναφέρονται, καθότι οι πολλές μεταβλητές που χρησιμοποιούμε ενέχουν τον κίνδυνο να αναδεικνύουν και ψευδώς θετικά στατιστικά σημαντικά ευρήματα ακόμη και στις σημαντικότητες $p < 0,05$, πόσο μάλλον στις «τάσεις».

Στο Σχήμα 4 που ακολουθεί εμφανίζεται η διαγραμματική απεικόνιση των τιμών των ομάδων $N=185$ & $N=50$ της συγκριτικής μελέτης στις κλίμακες αξιοπιστίας, τις κλινικές και ερευνητικές κλίμακες της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI.

ΣΧΗΜΑ 4



ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.

Σχετικά με τα στοιχεία που αφορούν την ηλικία έναρξης της χρήσης ουσιών, καθώς και την ουσία έναρξης της χρήσης, ενώ δεν εμφανίζεται κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των τριών ομάδων, εντούτοις εντοπίζεται ένα ενδιαφέρον εύρημα σχετικά με την ουσία έναρξης της χρήσης, που εμφανίζει και στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων $N=50$ των αποθανόντων και του συνόλου των ζώντων των δύο άλλων ομάδων $N=185$.

Το εύρημα αφορά την ποσοστιαία μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της χρήσης φαρμακευτικών ουσιών από την ομάδα των αποθανόντων $N=50$, σε σχέση με το σύνολο των ζώντων ατόμων $N=185$, καθώς και την υπερδιπλάσια αναλογία, της χρήσης ηρωίνης ως ουσία έναρξης, και τη μικρή ποσοστιαία αναλογία της χρήσης της κάνναβης.

Τα άτομα που αποβιώνουν εξαιτίας της υπερβολικής δόσης στη χρήση ή παραγόντων που συνδέονται με τη χρήση όπως, μολυσματικές ασθένειες, αυτοκτονία, ατυχήματα AIDS, έχουν αναπτύξει και διαμορφώσει τη δομή προσωπικότητας που συμβάλλει στην εν λόγω αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, που οδηγεί τελικά στο θάνατο.

Η δομή της προσωπικότητας των ατόμων αυτών, που οι περισσότερες κλινικές κλίμακες έχουν τιμές μεταξύ του $T=60$ και $T=70$ και ιδιαίτερα οι κλίμακες Pa και Sc που σχη-

ματίζουν το «ψυχωτικό V» και γενικότερα οι ανυψώσεις των ψυχωτικών κλιμάκων και της κλίμακας Hs που δείχνει την ύπαρξη και σωματικών ενοχλημάτων ψυχολογικής αιτιολογίας, είναι ενδεικτικά της εμφάνισης συννοσηρότητας, με την εξάρτηση από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, που ευθύνεται σε σημαντικό βαθμό για την τραγική κατάληξη της εξαρτητικής συμπεριφοράς.

Η σύγκριση των διαγραμμάτων της προσωπικότητας μεταξύ της ομάδας των ζώντων και της ομάδας των αποθανόντων έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στα εξής:

Στις κλίμακες αξιοπιστίας: F, K. Υποδεικνύει εντονότερη αμυντική στάση, «κραυγή για βοήθεια», έντονη ετοιμότητα για διασχιστικές συμπεριφορές και κακή λειτουργικότητα των μηχανισμών άμυνας στους αποθανόντες.

Στις κλινικές κλίμακες Hs, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc, Ma, Si και SUM κλινικών κλιμάκων, υποδεικνύει ετοιμότητα για εκδραμάτιση διασχιστικού τύπου και αυτοκτονικές συμπεριφορές, καθώς και επιβάρυνση στην κριτική ικανότητα και την αίσθηση της επικινδυνότητας της συμπεριφοράς.

Στις ερευνητικές κλίμακες Es, D1, Dy, DEP, MAS και HOS, υποδεικνύει κακή λειτουργικότητα των μηχανισμών άμυνας, αυξημένη καταθλιπτική διάθεση, περισσότερο έκδηλο άγχος και εντονότερη κοινωνική ενδοστρέφεια και εκδήλωση εχθρότητας προς το κοινωνικό περιβάλλον.

Η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική μελέτη, εμφανίζει μια άλλη διάσταση στη χρήση του ψυχομετρικού οργάνου, ως προγνωστικού εργαλείου μέτρησης της επικινδυνότητας, της εν δυνάμει αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς του χρήστη παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συμπεράσματα που εξάγονται από τη συγκριτική μελέτη, με βάση την ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI, ανοίγουν ένα νέο πεδίο έρευνας, που έχει ως αντικείμενο μελέτης, τα στοιχεία που απαρτίζουν τη δομή της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη, ως αιτιολογικού παράγοντα, που συμβάλλει στη δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά από τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών. Η περαιτέρω διεξοδική μελέτη και έρευνα της δομής της προσωπικότητας του εξαρτημένου, αποτελεί πλέον ένα σημαντικό παράγοντα για την πολιτική αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης και της δυνητικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

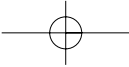
Η μελέτη, αξιολόγηση και σύσταση θεραπευτικών προγραμμάτων με στόχο την εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων που εμφανίζουν συννοσηρότητα, θεωρείται πλέον επιβεβλημένη ανάγκη σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης της τοξικοεξάρτησης, με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας συγκριτικής μελέτης.

Η τακτική της υποβολής στη διερεύνηση της δομής της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη με την ψυχομετρική δοκιμασία MMPI ή άλλου αντίστοιχου ψυχομετρικού οργάνου διερεύνησης των στοιχείων που απαρτίζουν τη δομή της προσωπικότητας των εξαρτημένων, μπορεί να προσφέρει στη θεραπευτική τακτική μια άλλη διάσταση πλέον, που προσανατολίζεται στην πρόληψη του θανάτου, από τη δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του εξαρτημένου και μπορεί να καθορίσει την εξατομικευμένη θεραπευτική τακτική, σε κατάλληλα οργανωμένες και στελεχωμένες δομές θεραπευτικής αντιμετώπισης των ατόμων αυτών.

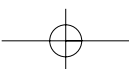
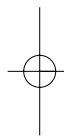
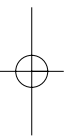
Βιβλιογραφία

- Belding MA, Igychi MY, Morral AR, Husband SD. (1998). MMPI profiles of opiate addicts: predicting response to treatment, *Pers Assess*, 1998 Apr; 70: 324-39.
- Bradizza MC. and Stastewitz (1997). Integrating Substance Abuse treatment for the Seriously Mentally ill into Inpatient Psychiatric treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol 14, Nr 2, 103-111.
- Craig RJ. and Olson R. (1992). MMPI subtypes for cocaine abusers, *Am. J. Alcohol Abuse*, 18(2): 197-205.
- Craig RJ. (1984). Can personality tests predict treatment dropouts?, *Int. J. Addict*, 19(6): 665-74.
- Donovan JM, Soldz S, Kelley HF, Penk WE. (1998). Four addictions: The MMPI and discriminant function analysis, *Addict Dis.*, 1998, 17 (2): 41-55.
- Gilmore JD, Lash SJ, Foster MA, Blosser SL. (2001). Adherence to substance abuse treatment: clinical utility of two MMPI-2 scales, *J. Pers. Assess.*, 77(3): 524-40.
- Hser YI, Hoffman V, Grella CE, Anglin MD. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts, *Arch. Gen. Psychiatry*, 58(5): 503-8.
- Iwashige T, Myojin T, Ohi K, Shibasaki M, Atsukawa R. (1997). Effects of a rehabilitation program for alcoholic inpatients based on the MMPI, *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, 32(6): 548-57. (Article in Japanese).
- Kokkevi A. and Stefanis C. (1995). Drug abuse and Psychiatric Comorbidity, *Comprehensive Psychiatry*, 36(5): 329-337.
- Kozlov AA and Buzina TS. (1999). The psychological characteristics of patients with drug addiction, *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*, 1999; 99(10): 14-9.
- Laqueille X, Poirier MF, Jalfre V, Bourdel MC, Willard D, Olie JP. (2001). Predictive factors of response to buprenorphine in the substitutive treatment of heroin addicts. Results of a multicenter study of 73 patients, *Presse Med.*, 30(32): 1581-5. (Article in French).
- Marshall LL. and Roiger RJ. (1996). Substance user MMPI-2 profiles: predicting failure in completing treatment, *Subst. Use Misuse*, 31(2): 197-206.
- Miles DR, Svikis DS, Kulstad JL. and Haug NA. (2001). Psychopathology in pregnant drug-dependent women with and without comorbid alcohol dependence, *Alcohol Clin. Exp. Res*, 25 (7): 1012-7.
- Sanchez Huesca R, Guisa Cruz VM, Cedillo Conzalez A, Pascual Blanco Y. (2002). Personality profile among cocaine users, *Actas Esp. Psiquiatr.*, 30(2): 91-8. (Article in Spanish).
- Smith SR and Hilsenroth MJ. (2001). Discriminative validity of the MacAndrew Alcoholism Scale with Cluster B personality disorders, *J Clin Psychol*, 2001 Jun; 57(6): 801-13.
- Schweizer E, Rickels K, De Martinis N, Case G, Garcia – Espana F. (1998). The effect of personality on withdrawal severity and taper outcome in benzodiazepine dependent patients, *Psychol Med*, 1998 May; 28(3): 713-20.
- Szczepanska L. (2001). Analysis of psychopathological symptoms in patients dependent on “Polish heroin”, treated in the detoxification unit, *Przegl. Lek.*, 58(4): 281-6. (Article in Polish).
- Tran GQ, Bux DA, Haug NA, Stitzer ML, Svikis DS. (2001). MMPI-2 typology of pregnant drug-dependent women in treatment, *Psychol. Assess.* 13(3): 336-346.
- Williams JH, Wellman NA, Rawlins JN. (1996). Cannabis use correlates with schizotypy in healthy people, *Addiction*, 91(6): 869-77.
- Wong JL. and Besett TM. (1999). Sex differences on the MMPI-2 substance abuse scales in psychiatric inpatients, *Psychol. Rep*, 84(2): 582-4.
- Ζλατάνος Δ. (2001). Επανεκτίμηση (follow-up) πρώην χρηστών παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Συγκριτική μελέτη. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 76-77: 56-70 & 80-82.

- Ζλατάνος Δ. (2004). Εκτίμηση ψυχολογικών παραγόντων στη χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.
- Ζλατάνος Δ, Δαμίγος Δ, Υφαντής Θ, Γκιουζέπας Ι, Ρογκότης Χ, Μαυρέας Β. (2008). Εκτίμηση ψυχολογικών παραγόντων προσωπικότητας σε σχέση με την ολοκλήρωση ή εγκατάλειψη του θεραπευτικού προγράμματος ψυχολογικής απεξάρτησης, *Εξαρτήσεις*, 13: 56-70.



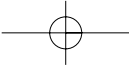
60 *Εξαοτήσεις*



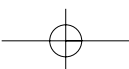
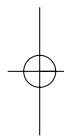
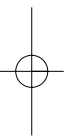
Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΣΤΟΧΑΣΤΡΟ ΚΛΑΣΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

TREATMENT PERSPECTIVES
HISTORIC DOCUMENTS





62 *Εξαοτήσεις*



Εξαοτήσιες, τεύχος 15, 2009

Το κείμενο που ακολουθεί δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά το Μάιο του 1946 στο Αμερικάνικο επιστημονικό περιοδικό Bulletin of the Menninger Clinic. Μία ομάδα 5 ψυχιάτρων, συνεργατών του περιοδικού είχε επισκεφθεί τον Απρίλιο του 1945 επτά Ευρωπαϊκές χώρες για να μελετήσει τις ψυχιατρικές τεχνικές και τα προγράμματα που ανέπτυσσαν τα σώματα Στρατού, Ναυτικού και Αεροπορίας για την ψυχική αποκατάσταση στρατιωτών που είχαν ψυχικά καταρρεύσει στη διάρκεια του πολέμου. Η ομάδα επέλεξε το λεγόμενο πείραμα του Northfield, το οποίο αφορούσε στην αξιοποίηση ψυχιατρικών νοσοκομείων στην πόλη του Birmingham, Αγγλίας, για την ψυχική αποκατάσταση 800 στρατιωτών κυρίως δια μέσου της ομαδικής θεραπείας. Η ομάδα των Αμερικανών ψυχιάτρων εντυπωσιάστηκε από τις δεξιότητες των Άγγλων συναδέλφων τους στην τήρηση των βασικών αρχών της ψυχολογίας των ομάδων με την εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων ομαδικής θεραπείας. Τα προγράμματα αυτά αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη των θεραπευτικών κοινοτήτων σε ολόκληρο τον κόσμο.

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ¹

T. MAIN

Απόδοση στα ελληνικά ANNA ΤΣΙΜΠΟΥΚΛΗ

Translation ANNA TSIBOUKLI

Παραδοσιακά το νοσοκομείο είναι ένας χώρος όπου άρρωστοι άνθρωποι μπορούν να βρουν καταφύγιο από τις καταιγίδες της ζωής, νοσηλευτική φροντίδα και προσοχή, ιατρική βοήθεια και εξατομικευμένη προσοχή από έναν έμπειρο γιατρό. Επίσης, η έννοια του νοσοκομείου ως ασύλου συχνά υπονοεί ότι οι ασθενείς, βιαίως, χάνουν την υπόστασή τους ως υπεύθυνες ανθρώπινες υπάρξεις. Πολύ συχνά στιγματίζονται ως «καλοί» ή «κακοί» μόνο σε σχέση με το βαθμό της παθητικότητάς τους απέναντι στις απαιτήσεις του νοσοκομείου για συμμόρφωση, εξάρτηση και ένδειξη ευγνωμοσύνης. Η εκλεπτυσμένη παραδοσιακή σύνθεση φιλανθρωπίας και πειθαρχίας, την οποία λαμβάνουν, αποτελεί μία συνηθισμένη πρακτική αφαίρεσης της πρωτοβουλίας τους ως ενήλικα άτομα και υποβίβασής τους σε «ασθενείς». Με τον τρόπο αυτό προκαλούν λιγότερα προβλήματα στο προσωπικό. Τα νοσοκομεία που ακολουθούν αυτή την τακτική, συνήθως, έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να παρέχουν ατομική θεραπεία σε κάθε ασθενή από ένα συγκεκριμένο γιατρό στη λογική της απόσυρσης από την κοινωνία και όχι σε αυτήν ενός πραγματικού κοινωνικού πλαισίου. Έτσι, απομονωμένος και καταπιεσμένος ο ασθενής τείνει να παραμένει εξαρτημένος από το μηχανισμό του νοσοκομείου ακόμη και την ώρα των δραστηριοτήτων ή της εργασιοθεραπείας που καταλαμβάνει το χρόνο ανάμεσα στις θεραπευτικές δραστηριότητες.

Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, η υγεία και η σταθερότητα συχνά εξαγοράζονται στην ακριβή τιμή της από-κοινωνικοποίησης. Αργά ή γρήγορα ο ασθενής μόνος και χωρίς υποστήριξη πρέπει να αντιμετωπίσει τη δυσκολία της επιστροφής στην κοινωνία, η οποία τον απο-

1 "The hospital as a therapeutic institution", Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 10, Number 3, May 1946

64 *Εξαορτήσεις*

σταθεροποίησε και εκεί να επανενταχθεί και να ξανακερδίσει την καθημερινή αίσθηση της ύπαρξης αξιών και στόχων. Αυτός ο στόχος είναι δύσκολος για έναν από-κοινωνικοποιημένο άνθρωπο όσο υγιής και εάν έχει γίνει.

Επίσης, ο σχεδιασμός του νοσοκομείου ως κοινωνικού πλαισίου αγνοεί τις θεραπευτικές θετικές δυνάμεις, οι οποίες λειτουργούν σε αυθόρμητα δομημένες κοινωνίες, όπως για παράδειγμα η κοινωνική υποστήριξη και οι δυνατότητες για συναισθηματική έκφραση. Είναι γεγονός ότι η ριζοσπαστική ατομική θεραπεία μπορεί να απελευθερώσει τα εσωτερικά κίνητρα του ασθενούς και να τον καταστήσει ικανό για μία ολοκληρωμένη και σταθερή κοινωνική ζωή. Ωστόσο, αποτυγχάνει, να του προσφέρει μία σίγουρη τεχνική για ολοκληρωμένη κοινωνική συμμετοχή, την οποία μπορεί να μάθει μόνο από την αλληλεπίδραση με την ίδια την κοινωνία. Η θεραπεία του νευρωτικού ασθενούς που υποφέρει από διαταραχές κοινωνικών σχέσεων δεν μπορεί να θεωρηθεί αποτελεσματική, εκτός εάν συμβαίνει σε ένα πλαίσιο κοινωνικής πραγματικότητας που του προσφέρει τις ευκαιρίες για ολοκληρωμένη κοινωνική εμπάθυνση, έκφραση και αλλαγή των εσωτερικών παρορμήσεων, σύμφωνα με τις απαιτήσεις της πραγματικής ζωής. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αντιμετωπισθεί το γεγονός ότι η ριζοσπαστική ατομική ψυχοθεραπεία δεν αποτελεί πρακτική πρόταση για τον τεράστιο αριθμό των ασθενών που αντιμετωπίζει σήμερα ο πραγματικός κόσμος. Είναι αμφίβολο σε ποιο βαθμό το νοσοκομείο μπορεί να παραμείνει ένας χρήσιμος χώρος στον οποίο εφαρμόζεται η ατομική θεραπεία. Ίσως μπορεί να μεταλλαχθεί σε θεραπευτικό οργανισμό.

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Το πείραμα του Northfield αποτελεί μία προσπάθεια αξιοποίησης του νοσοκομείου όχι ως ενός οργανισμού που διοικείται από γιατρούς με στόχο τη δική τους μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, αλλά ως μιας κοινότητας με άμεσο στόχο την πλήρη συμμετοχή όλων των μελών της στην καθημερινή ζωή και απώτερο σκοπό την επανένταξη των νευρωτικών ατόμων στην κοινωνία. Ίδανικά, στόχος είναι να λειτουργήσει ως ένα θεραπευτικό πλαίσιο με αυθόρμητη και συναισθηματικά δομημένη (παρά ιατρικά καθορισμένη) οργάνωση, στην οποία συμμετέχουν όλοι, τα μέλη και οι ασθενείς. Οποιαδήποτε προσπάθεια να επιτραπεί ή να δημιουργηθεί ένα τέτοιο πλαίσιο απαιτεί ανοχή, θέληση για μάθηση μέσα από τα λάθη, και αποφυγή της εξαγωγής γρήγορων συμπερασμάτων. Ωστόσο, ορισμένα ζητήματα φαίνεται να είναι ξεκάθαρα. Η καθημερινή ζωή της κοινότητας πρέπει να στηρίζεται σε πραγματικές εργασίες, σχετικές με τις ανάγκες και τις επιδιώξεις της μικρής κοινωνίας του νοσοκομείου και της ευρύτερης κοινωνίας στην οποία λειτουργεί. Δεν πρέπει επίσης να υπάρχουν φραγμοί μεταξύ του νοσοκομείου και της υπόλοιπης κοινωνίας, ενώ χρειάζεται να δίνεται πλήρως η δυνατότητα εντοπισμού και ανάλυσης των διαπροσωπικών φραγμών που εμποδίζουν την συμμετοχή σε μία ολοκληρωμένη κοινοτική ζωή.

Οι παραπάνω προϋποθέσεις δεν είναι μικρές και απαιτήσαν ανασκόπηση των αντιλήψεων μας ως ψυχιάτρων σε σχέση με το στάτους και τις ευθύνες που έχουμε. Τα δικαιώματα του γιατρού στην παραδοσιακή κοινωνία του νοσοκομείου πρέπει να ανταλλαχθούν με έναν πιο ειλικρινή ρόλο του μέλους σε μία πραγματική κοινότητα, το οποίο είναι υπεύθυνο όχι μόνο για τον εαυτό του και τους προϊσταμένους του, αλλά και για την κοινότητα στο σύνολό της και απολαμβάνει προνόμια και περιορισμούς στο βαθμό που του επιτρέπει ή απαιτεί η κοινότητα. Πλέον δεν του ανήκουν οι ασθενείς «του». Πα-

ραχωρούνται στην κοινότητα, που καλείται να τους θεραπεύσει και στην οποία ανήκουν τόσο αυτοί όσο και ο ίδιος. Οι ασθενείς δεν είναι πλέον τα παιδιά του, υπάκουα σε δραστηριότητες που μοιάζουν με αυτές ενός παιδικού σταθμού, αλλά πρέπει να υποδυθούν συγκεκριμένους ρόλους της ενήλικης ζωής και είναι ελεύθεροι να αναλάβουν ευθύνες και να εκφράσουν απόψεις που αφορούν την κοινότητα στην οποία συμμετέχουν. Αυτοί όπως και ο ίδιος πρέπει να είναι ελεύθεροι να συζητήσουν την καθημερινή ζωή στο νοσοκομείο, να εντοπίσουν και να αναλύσουν τα προβλήματα, να διαμορφώσουν τις συνθήκες και να υιοθετήσουν τον ενθουσιασμό της ομαδικής ζωής. Οι ασθενείς πρέπει να είναι ελεύθεροι να σχεδιάσουν και να οργανώσουν τις δραστηριότητες της καθημερινότητας του νοσοκομείου και επομένως να αντιμετωπίσουν μαζί προβλήματα της άμεσης κοινωνικής πραγματικότητας. Αποτυχίες οργάνωσης, εσωτερικά προβλήματα απάθειας, ανασφάλειας και επιθετικότητας, όπως και συνηθισμένες πρακτικές δυσκολίες αποτελούν ζητήματα που ζητούν επίλυση από τους ασθενείς, στους οποίους ανήκει η κοινότητα και οι οποίοι δημιουργούν τα προβλήματα.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ

Μερικές φορές, επειδή αποτελεί κανονικό μέλος της κοινότητας, συχνά εξαιτίας των ειδικών γνώσεών του, η άποψη του ψυχιάτρου ζητείται όταν εμφανίζονται δυσκολίες. Μπορεί να προσπαθήσει να επιλύσει τις προσωπικές εντάσεις που προκαλούν τη δυσκολία δια μέσου της λειτουργικής ή αντανakλαστικής ομαδικής θεραπείας ή μπορεί να εντοπίσει μόνο τις συναισθηματικές δυσκολίες και να αφήσει τη λύση στους ασθενείς. Ωστόσο δεν επιζητά το καθ' έδρας στάτους. Στην ουσία μπορεί να αρνηθεί οποιαδήποτε θέση του προσφέρεται και να απαρνηθεί το συνηθισμένο του δικαίωμα της άσκησης κριτικής σε ενδο-ομαδικές απαιτήσεις και προβλήματα. Ο ψυχίατρος χρειάζεται να ανέχεται τις διαταραχές και τις εντάσεις στο βαθμό που είναι σαφές ότι η κοινότητα πρέπει να τις αντιμετωπίσει η ίδια ως πρόβλημα της ομαδικής ζωής. Σε σχέση με την ατομική συμπεριφορά (για παράδειγμα την κατάθλιψη) ίσως χρειάζεται να περιμένει μέχρι να γίνει επεξεργασία της κοινωνικής παλινδρόμησης και να εμφανισθούν αυθόρμητα οι ενορμήσεις, ή μέχρι ο ασθενής να ζητήσει ο ίδιος να κατανοήσει σε βάθος τη διαταραχή ή τη συμπεριφορά του.

Ο ψυχίατρος μπορεί να ανά-προσδιορίσει ένα πρακτικό πρόβλημα σε σχέση με τις στάσεις ή τις σχέσεις, να επανα-προσανατολίσει κάποιο άλλο, να διαφωτίσει ένα τρίτο και σε ένα τέταρτο να λειτουργήσει ως καταλύτης κοινωνικής αντίδρασης και επίγνωσης. Ο ρόλος του ως ειδικός και όχι ως υπέρ-επόπτης ανάμεσα σε ασθενείς σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι πρέπει να παραμείνει ανενεργός. Μπορεί να λειτουργήσει ως σοβαρός σχολιαστής και συμμετέχων σε πολλούς από τους κοινωνικούς τομείς, που γεμίζουν και επιδρούν στις ποικίλες ανάγκες του ρευστού πληθυσμού του νοσοκομείου, και να είναι προετοιμασμένος να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες για την άσκηση των αυξανόμενων ενορμήσεων και ενδιαφερόντων ή για να ανοίξει τα κανάλια επικοινωνίας ανάμεσα σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Χρειάζεται επίσης να είναι ενεργός στην προσφορά ευκαιριών για θεραπευτική αλληλεπίδραση ανάμεσα στους ασθενείς και στην τροποποίηση των πρακτικών εμποδίων χώρου και χρόνου, που μπορεί να την παρεμποδίζουν. Η καθημερινή του εργασία περιλαμβάνει τη μελέτη και διευκόλυνση της κοινωνικής λειτουργίας, που επιτρέπει στο απομονωμένο άτομο να προχωρήσει σε κοινωνική ένταξη με θεραπευτικό στόχο μία πλούσια κοινωνικά και εργασιακά ζωή, η οποία σχετίζεται με την πραγματική κοινότητα στην οποία βρίσκεται το νοσοκομείο.

Χρειάζεται στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι ο εκπαιδευμένος γιατρός παίζει ένα μεγαλεπήβολο ρόλο ανάμεσα στους ασθενείς, να αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες να απαρνηθεί την ισχύ του και να σηκώσει τις κοινωνικές ευθύνες στο νοσοκομείο, όπως και να εμψυχήσει ειλικρινά στους ασθενείς του την έννοια της αλληλεξάρτησης και της ενηλικιότητας. Ωστόσο, αυτό δεν είναι απλό ούτε για το υπόλοιπο προσωπικό. Είναι δύσκολο να ζεις σε ένα χώρο, ο οποίος διέπεται από υποβόσκον εσωτερικό άγχος, χωρίς να θελήσεις να διαπραγματευτείς την εξουσία σου και να πνίξεις τον αυθορμητισμό που αυξάνει το άγχος, απαιτώντας εξάρτηση και εφαρμογή του νόμου και της τάξης εκ των άνωθεν. Ωστόσο, τέτοια μέτρα δεν επιλύουν το πρόβλημα της νεύρωσης στην κοινωνική ζωή, αλλά αποτελούν μέσο αποφυγής αυτού του ζητήματος.

ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Τα μέλη του προσωπικού έχουν επίσης τα δικά τους προβλήματα, τους φόβους τους, ας πούμε, για το κοινωνικό ασυνείδητο, όπως και τις δικές τους συναισθηματικές ανάγκες. Διοργανώνονται ομαδικές συζητήσεις για συγκεκριμένα προβλήματα, στις οποίες συμμετέχουν όσοι εμπλέκονται σε αυτά. Παράλληλα, είναι απαραίτητες οι συζητήσεις σε ομάδες ανάμεσα στα μέλη και στο προσωπικό για θέματα που αφορούν την έκθεση του ατόμου στις πιέσεις της ομάδας, ώστε να αποφευχθεί η απόσταση που υπάρχει ανάμεσα σε προσωπικό και ασθενείς στα περισσότερα νοσοκομεία. Το νοσηλευτικό προσωπικό, το προσωπικό διοίκησης και κουζίνας, οι κοινωνιο-θεραπευτές, οι ψυχίατροι και οι ασθενείς έχουν όλοι αλληλό-συσχετιζόμενα προβλήματα στην άμεση καθημερινή πρακτική, καθώς και δια-προσωπικές και ομαδικές εντάσεις. Η απόδοση της κοινωνικής σημαντικότητας και αποτελεσματικότητας στην καθημερινή ζωή του προσωπικού και η ενσωμάτωσή τους με τη συνολική κοινότητα του νοσοκομείου και τους στόχους της, γενικούς και ειδικούς, διευκολύνεται από τις προγραμματισμένες συναντήσεις, από τις κοινωνικές εκδηλώσεις και από τη συμμετοχή σε θεραπευτικές συνεδρίες. Εκτός από την αύξηση της ειλικρίνειας και της κοινωνικής υγείας, η οποία επιτεύχθηκε με τη διεύρυνση των κοινωνικών ορίων του προσωπικού στο νοσοκομείο, η επίδραση στην «ατμόσφαιρα» είναι πολύ σημαντική. Μόνο έτσι μπορεί η κοινότητα στο σύνολό της να εμπλέκεται, συνεχώς, με το στόχο της προσαρμογής στις ανάγκες και στα προβλήματα των συμμετεχόντων σε αυτήν.

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Η έμφαση στο νοσοκομείο ως θεραπευτική κοινότητα δεν αποκλείει, όπως είναι φυσικό, την προσοχή στα ατομικά προβλήματα των μελών της. Αντίθετα με την αναγνώριση των νόμιμων φιλοδοξιών των άλλων, η κοινότητα ανταποκρίνεται καλύτερα στις ατομικές ανάγκες και τα όρια. Μία ομάδα ασθενών που αυτό-αποκαλούνται «ομάδα συντονισμού» έχει οργανώσει ένα γραφείο και είναι προετοιμασμένη να ανταποκριθεί στις ανάγκες της πραγματικής ζωής, στις οποίες δεν ανταποκρινόταν το νοσοκομείο. Τα μέλη της ομάδας ειδικεύονται στην επίλυση ασυνήθιστων αιτημάτων, ή στην αναζήτηση εργασιών που ταιριάζουν με τους ασθενείς καθώς και στην αναζήτηση ασθενών για συγκεκριμένες εργασίες.

Στην περίπτωση αυτή, ο ψυχίατρος ασχολείται με τα ατομικά ζητήματα όλων όσων τα προβλήματα δεν επιλύονται, ικανοποιητικά, στο πλαίσιο των διαφόρων θεραπευτικών κοι-

ωνικών πεδίων, που δημιουργήθηκαν στο νοσοκομείο. Ο άνθρωπος, του οποίου οι κοινωνικές δεξιότητες είναι τόσο εξασθενημένες ώστε να μην του επιτρέπουν συμμετοχή σε μια ομαδική δραστηριότητα ακόμη και «χαμηλής έντασης», είναι ελεύθερος να επιλέξει ατομικές δραστηριότητες. Ακόμη και στην περίπτωση που η επιθυμία του είναι να αποφύγει τις κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες θα του δοθεί ατομικό δωμάτιο και η άδεια να μην κάνει τίποτα. Παρά τη βασική πεποίθηση ότι δεν αποτελεί μέρος της λειτουργίας του νοσοκομείου να επιβάλλει την υποχρεωτική αποκοπή από την κοινωνία με αντάλλαγμα τη θεραπεία όλων όσων περνούν την πόρτα του, υπάρχουν πολλοί ασθενείς για τους οποίους η καλύτερη άμεση σχέση με την κοινωνία είναι η απομόνωση, η εξάρτηση ή η προσωπική παλινδρόμηση.

Το Northfield προσφέρει τη δυνατότητα για αντιμετώπιση αυτών των περιπτώσεων. Άντρες που θρηνούν την απώλεια των συντρόφων τους στη μάχη έχουν όλες τις δυνατότητες να το εκφράσουν αυτό κοινωνικά. Μια ήσυχη πτέρυγα με χαμηλό φωτισμό και συνθήκες διαρκούς ηρεμίας είναι διαθέσιμη σε όσους θέλουν να εκφραστούν μέσα από τη συμβολική ασθένεια προσομοίωσης της νεογνικής περιόδου. Άντρες με προβλήματα επιθετικότητας μπορεί να αναλάβουν εργασίες, μέσω των οποίων να ικανοποιούν την επιθετικότητά τους. Και όσοι είναι κυνικοί μπορούν να λάβουν υποστήριξη για τη διάρκεια της προσωπικής τους μεταβίβασης έως ότου είναι ικανοί να αποδεχτούν τη ζωή σε μια μικρή ομάδα επιλεγμένων φίλων. Όταν οι άμεσες ανάγκες έχουν ικανοποιηθεί, ο ασθενής αντιμετωπίζει ένα εύρος κοινωνικών και εργασιακών ευκαιριών και είναι ελεύθερος να μετακινηθεί σύμφωνα με τη δική του επιλογή και τη δική του ταχύτητα στους κοινωνικούς τομείς που τον ενδιαφέρουν. Όπως κάθε κοινωνικό πεδίο συνδέεται με διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις, ο ασθενής επανεντάσσεται στην πραγματική κοινωνία μέσα από αυτές τις δραστηριότητες σε ένα βαθμό που του επιτρέπει να διευρύνει τις κοινωνικές του σχέσεις. Τα όρια δεν τίθενται από τους περιορισμούς του νοσοκομείου, καθώς μπορεί να διαμορφώσει σχέσεις σε ένα ευρύτερο γεωγραφικό πλαίσιο που θέτουν οι σύγχρονοι τρόποι μετακίνησης.

Ο ΣΚΟΠΟΣ

Η κοινωνικοποίηση των νευρωτικών παρορμήσεων, η τροποποίησή τους από τις κοινωνικές απαιτήσεις της πραγματικής ζωής, η ενίσχυση του εγώ, η αύξηση των ικανοτήτων, οι ειλικρινείς και εύκολες κοινωνικές σχέσεις δίνουν στο άτομο τη δυνατότητα και τις τεχνικές για μια σταθερή ζωή με έναν πραγματικό ρόλο στον πραγματικό κόσμο. Η συνηθισμένη απάντηση η οποία δίνεται από τους ασθενείς, όταν με την αποχώρησή τους ρωτάμε γιατί αισθάνονται καλύτερα είναι ασαφής: «Δεν ξέρω γιατί. Βρήκα κάτι που μου ταιριάζει. Μετά συνάντησα μερικούς καλούς ανθρώπους. Νομίζω ότι αυτό με βοήθησε». Ο ψυχίατρος σπάνια αναφέρεται ως φορέας θεραπείας και όταν γίνεται αποδέκτης πολλών θετικών σχολίων αυτό θεωρείται αποτυχία της θεραπείας. Εξαιτίας της αύξησης των κοινωνικών και εργασιακών ερεθισμάτων από την ευρύτερη κοινωνία και εκτός του νοσοκομείου, η αποχώρηση από αυτό δεν θα έπρεπε να συνοδεύεται από λύπη αλλά μάλλον αύξηση της ζέσης για ζωή και εμπιστοσύνη ότι τα προβλήματα θα αντιμετωπιστούν και θα απαντηθούν χωρίς αίσθηση ανεπάρκειας ή δυστυχίας.

Εξαρτήσεις, τεύχος 15, 2009

**ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ;
ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ
ΤΟΥ BETTY FORD INSTITUTE¹**

THOMAS McLELLAN², PHD

Απόδοση στα ελληνικά ΓΕΩΡΓΙΑ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ
Translation GEORGIA CHRISTOFILI

Προς τον Εκδότη,

Ο ακριβής αριθμός των ατόμων που έχουν βιώσει και επιτυχώς ξεπεράσει την εξάρτηση από το αλκοόλ και τις ουσίες είναι άγνωστος, ωστόσο παραμένει μεγάλος. Τα άτομα αυτά αναφερόμενα στο νέο νηφάλιο, παραγωγικό τρόπο ζωής τους, λένε πως βρίσκονται «σε απεξάρτηση». Αν και χρησιμοποιείται ευρέως ως όρος, η έλλειψη ενός στάνταρ ορισμού για τον όρο «απεξάρτηση» εμποδίζει την κατανόηση από το ευρύ κοινό και την έρευνα σχετικά με το θέμα. Η καλύτερη κατανόηση του κοινού μπορεί να προκαλέσει περισσότερο ενδιαφέρον και να αυξήσει τη διαθεσιμότητα παρεμβάσεων με στόχο την «απεξάρτηση». Οι περισσότερες έρευνες πιθανόν να οδηγήσουν σε πιο αποτελεσματικές μορφές αυτών των παρεμβάσεων. Έχοντας αυτούς τους στόχους κατά νου, μια ομάδα ερευνητών, θεραπευτών, προασπιστών της απεξάρτησης και ατόμων που εμπλέκονται στη χάραξη πολιτικής κλήθηκαν το Σεπτέμβριο του 2006 από το Betty Ford Institute (BFI) να καταλήξουν σε έναν αρχικό ορισμό της «απεξάρτησης», για να βρεθεί μια κοινή αφετηρία με στόχο τη βελτίωση της επικοινωνίας, της έρευνας, του δημόσιου διαλόγου και της κατανόησης του κόσμου για αυτό το ζήτημα. Ο ομόφωνος ορισμός της «απεξάρτησης»:

«τρόπος ζωής που χαρακτηρίζεται από νηφαλιότητα, προσωπική υγεία και συμμετοχή στα κοινά (ενεργός πολίτης), ο οποίος διατηρείται εθελοντικά»,

δημοσιεύτηκε το 2007 στο *Journal of Substance Abuse Treatment*. Στο άρθρο περιλαμβάνονταν όλα τα λειτουργικά στοιχεία, η λογική και οι προεκτάσεις όλων των πτυχών του ορισμού.

Σημαντικά ζητήματα που αφορούν την «απεξάρτηση» στον αρχικό ορισμό

Το ευρύ ενδιαφέρον για τον ορισμό της «απεξάρτησης» οδήγησε σε αντιπαραθέσεις και επιπλέον ερωτήσεις. Έτσι, πραγματοποιήθηκε μια δεύτερη συνάντηση της αρχικής ομάδας του Betty Ford Institute, που είχε ως στόχο να επανεξετάσει τον αρχικό ορισμό, να διευκρινίσει ή να τροποποιήσει τις αρχικές θέσεις σε έξι σημαντικά ζητήματα, τα οποία περιγράφονται εδώ.

- 1 Τίτλος πρωτοτύπου: What is recovery? Revisiting the Betty Ford Institute Consensus Panel Definition. Επιστολή του McLellan προς τους εκδότες μέλη της Διεθνούς Επιτροπής Εκδοτών Περιοδικών για τις Εξαρτήσεις (ISAJE).
- 2 Διεύθυνση επικοινωνίας: Editor in Chief, Journal of Substance Abuse Treatment Director, Treatment Research Institute 600 Public Ledger Bld., 150 S. Independence Mall West, Philadelphia, PA 19106 – 3414, 215 - 399 – 0980, www.tresearch.org

Η απεξάρτηση δεν είναι συνώνυμο με τη συγκεκριμένη διαδικασία επίτευξης της – Αυτή ήταν μια ιδιαίτερα σημαντική θέση στον αρχικό ορισμό. Θα ήταν ευκολότερο να ορίσουμε την «απεξάρτηση» ως «αποχή, που επιτυγχάνεται με την τήρηση των αρχών των 12 βημάτων». Αυτή η προσέγγιση έχει το πλεονέκτημα ότι περιγράφει την «απεξάρτηση» σε σχέση με οικείες μεθόδους που χρησιμοποιούνται τώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ωστόσο, θα είχε παγιώσει την έννοια αυτή στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο και θα έθετε ως σαφή όρο την ενεργό συμμετοχή στους ΑΑ και στις δραστηριότητες των 12 βημάτων ως μέθοδο για να πετύχει κανείς την «απεξάρτηση».

Αντίδραση – Δεν υπήρξε αλλαγή από την πλευρά της Επιτροπής αναφορικά με αυτό το σημείο. Παρότι αναγνωρίζονται οι ολόένα και περισσότερες αποδείξεις που στηρίζουν την αποτελεσματικότητα των ΑΑ και άλλων προσεγγίσεων των 12 βημάτων (REFS), η επιτροπή συμφώνησε ότι η «απεξάρτηση» είναι ο τρόπος ζωής που έχει επιτευχθεί και όχι κάποια συγκεκριμένη μέθοδος. Αυτό είναι αρκετά σημαντικό (βλέπε παρακάτω) και οδηγεί τις μελλοντικές έρευνες στην ανάπτυξη περισσότερων και καλύτερων τρόπων εμπλοκής των πρώην εξαρτημένων ατόμων στην «απεξάρτηση».

Αποχή έναντι νηφαλιότητας - Ο όρος «νηφαλιότητα» χρησιμοποιήθηκε ως πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της «απεξάρτησης», ως τρόπος ζωής. Η Επιτροπή θεώρησε τον όρο νηφαλιότητα συνώνυμο της αποχής από το αλκοόλ και όλα τα μη-συνταγογραφούμενα φάρμακα. Ωστόσο, ο κυριολεκτικός ορισμός της νηφαλιότητας υποδηλώνει έλεγχο, ισορροπία και μέτρο. Προέκυψαν ερωτήματα σχετικά με τη χρησιμότητα αυτού του όρου στον ορισμό.

Αντίδραση – Η Επιτροπή συναίνεσης της BFI είναι ξεκάθαρη ότι ο λειτουργικός ορισμός της νηφαλιότητας σε αυτόν τον ορισμό είναι η πλήρης αποχή. Βεβαίως υπάρχουν και αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό πρώην εξαρτημένων ατόμων δείχνουν να είναι σε θέση να επιστρέψουν σε μια μέτρια χρήση αλκοόλ για μεγάλα διαστήματα ορισμένες φορές (McCready, Donovan κ.ά.). Ταυτόχρονα, η επικρατούσα θεραπευτική εμπειρία και τα ερευνητικά στοιχεία δείχνουν ότι η αποχή είναι ο πλέον αξιόπιστος τρόπος ώστε τα πρώην εξαρτημένα άτομα να αποφύγουν την υποτροπή και τα σχετικά προβλήματα (βλέπε Moos, Humphries, Vaillant, Emrick Kastkukas, και Miller και πολλοί ακόμη). Ο στόχος της επιστροφής στη μέτρια χρήση ουσιών μετά από μια περίοδο εξάρτησης εξακολουθεί να αποτελεί ένα ενδιαφέρον ερευνητικό ερώτημα.

Νηφαλιότητα με τη βοήθεια Φαρμάκων. Ένα αμφιλεγόμενο σημείο στον ορισμό ήταν η πρόβλεψη ότι κάποιος μπορεί να θεωρηθεί πως βρίσκεται σε «απεξάρτηση», ακόμη και όταν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή με συνταγογράφηση. Φυσικά, οι πρώην εξαρτημένοι που τους χορηγεί ο γιατρός ασπιρίνη, ή φαρμακευτική αγωγή για την πίεση, ή ινσουλίνη ή αντικαταθλιπτικά, οι οποίοι πληρούν τα υπόλοιπα κριτήρια του ορισμού πάντοτε θεωρούνταν ότι βρίσκονταν σε «απεξάρτηση». Ωστόσο, ο ορισμός στο Betty Ford Institute προχώρησε δύο ακόμη λογικά βήματα μπροστά. Καταρχήν, σύμφωνα με τη λογική του ορισμού, είναι εύλογο ότι συμπεριλαμβάνουμε πρώην εξαρτημένα άτομα, ακόμη και εάν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, η οποία πιθανόν να ενέχει κίνδυνο κατάχρησης, όπως είναι για παράδειγμα τα καταπραυντικά ή ακόμη και οπιοειδή, όταν αυτό συμβαίνει μετά από διαγνωσμένη ιατρική πάθηση, η φαρμακευτική αγωγή λαμβάνεται όπως προτείνει ο γιατρός και πληρούνται όλες οι άλλες προϋποθέσεις του ορισμού. Δεύτερον, καθώς η εξάρτηση αυτή καθεαυτή είναι ασθένεια η λογική

αυτού του ορισμού επεκτείνεται στη σωστή χρήση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων για την αντιμετώπιση της εξάρτησης, όπως είναι οι: δισουλφιράμη, ακαμπροζάτη, νάλτρεξόνη, βουπρενορφίνη και μεθαδόνη –και πάλι όταν λαμβάνεται όπως πρέπει και πληρούνται οι υπόλοιπες προϋποθέσεις του ορισμού. Με τη λογική και τους όρους του ορισμού στο Betty Ford Institute αυτές οι δύο ομάδες ατόμων θα μπορούσαν να θεωρηθούν επίσης σε απεξάρτηση.

Αντίδραση –Η Επιτροπή συμφώνησε ότι αυτή η ερμηνεία του ορισμού, αν και δεν ήταν ευρέως αποδεκτή στις ΗΠΑ, ήταν τόσο λογική όσο και συνεπής με τις διαθέσιμες ιατρικές αποδείξεις. Προς το παρόν, ωστόσο, δεν είναι σαφές εάν ή σε ποιο βαθμό η «φαρμακευτικά υποβοηθούμενη αποχή» είναι εξίσου πιθανό να οδηγήσει σε διατήρηση της απεξάρτησης, όπως οι παραδοσιακές μέθοδοι «ολικής αποχής», όταν εφαρμόζονται σωστά και ολοκληρωτικά. Αυτά αποτελούν σημαντικά μελλοντικά ερευνητικά ζητήματα.

Το ειδικό πρόβλημα της αποχής από τον καπνό. Η πρώτη Επιτροπή ΔΕΝ περιελάμβανε στις προϋποθέσεις της για απεξάρτηση την αποχή από τον καπνό. Ευλικρινά, αυτό ήταν μια απόφαση πολιτικής, καθώς δεν ήθελαν να προσβάλουν ή να εξοστρακίσουν όλα τα άτομα που καπνίζουν, αλλά θεωρούν ότι βρίσκονται σε απεξάρτηση.

Αντίδραση –παρότι δεν υπάρχει κανένας είδους ιατρική τεκμηρίωση για αυτή τη θέση, η Επιτροπή αναγνώρισε ότι δεν είχε ούτε τη δικαιοδοσία ούτε επιθυμούσε να ανακαλέσει την κατάσταση «απεξάρτησης» μόνο για λόγους εξάρτησης από τον καπνό. Ταυτόχρονα, στην κοινότητα της «απεξάρτησης» η εξάρτηση από τον καπνό παραμένει ένα πολύ σοβαρό, θα λέγαμε, ζήτημα υγείας ζωτικής σημασίας. Έτσι η Επιτροπή συμφώνησε ομόφωνα ότι έπρεπε να τονιστεί πως η αποχή από τον καπνό θα πρέπει σύντομα να αποτελεί αναπόσπαστο στόχο της «απεξάρτησης».

Πρώιμη, Σταθεροποιημένη και Διατηρημένη νηφαλιότητα. Δεν υπάρχει εμπειρικά καθιερωμένη ή ευρέως συμφωνημένη χρονική περίοδος, η οποία να περιγράφει τη σταθερότητα της κατάστασης νηφαλιότητας. Υιοθετώντας και επεκτείνοντας τη γλώσσα και τις έννοιες που χρησιμοποιούνται στο διαγνωστικό εργαλείο DSM IV για την έννοια της «ύφεσης» των διαταραχών από τη χρήση ουσιών, η επιτροπή υποστήριξε τη χρήση των ακόλουθων επιπέδων, για να περιγράψει την κατάσταση νηφαλιότητας διαφορετικής διάρκειας.

- Πρώιμη νηφαλιότητα 1-12 μήνες
- Διατηρημένη νηφαλιότητα 1-5 χρόνια
- Σταθεροποιημένη νηφαλιότητα περισσότερο από πέντε χρόνια

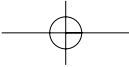
Αντίδραση –τα προτεινόμενα αυτά χρονικά διαστήματα και τα αντίστοιχα επίθετα που τα περιγράφουν προτάθηκαν απλά με στόχο να ενισχύσουν την έρευνα σε θεραπευτικά ζητήματα όσον αφορά τους παράγοντες (προσωπικούς και θεραπευτικούς), οι οποίοι διαφοροποιούν αυτά τα χρονικά διαστήματα. Επίσης, για να καθορίσουν εάν υπάρχουν, όντως, διαφορές στις μετρήσεις της λειτουργικότητας στη ζωή του ατόμου και αντίστασης στην υποτροπή.

Ενεργός πολίτης –Όπως και στην περίπτωση του όρου «νηφαλιότητα» ο όρος «ενεργός πολίτης» ερμηνεύτηκε με δύο διαφορετικούς τρόπους. Η μία ερμηνεία ήταν ότι «ασκώ τα καθήκοντά μου, όπως απορρέουν από τις προσδοκίες του Κράτους», ενώ η δεύτερη ερμηνεία είναι η «συμμετοχή στα δικαιώματα και τις αρμοδιότητες του καθενός για το δημόσιο βίο».

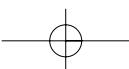
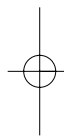
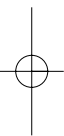
Αντίδραση –Η δεύτερη ερμηνεία προτάθηκε και χρησιμοποιήθηκε από την Επιτροπή Πολιτικής για τα Ναρκωτικά στο Ηνωμένο Βασίλειο (Ref) στον αρχικό τους ορισμό στο BFI. Κατόπιν σκέψης στη δεύτερη συνάντηση η Επιτροπή BFI υιοθέτησε αυτόν τον προσδιορισμό στην αρχική πρόταση. Μια ακόμη σημαντική προσθήκη ήταν η υποσημείωση ότι ο ενεργός πολίτης δεν σημαίνει απλά τη διακοπή των κοινωνικά επικίνδυνων συμπεριφορών, αλλά και την ανάπτυξη θετικών, κοινωνικά, συμπεριφορών (π.χ. παραγωγικός τρόπος ζωής, βοήθεια σε άλλους).

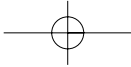
Περίληψη και Μελλοντικές Κατευθύνσεις

Παρότι ο αρχικός ορισμός στο Betty Ford Institute προκάλεσε κάποιες διενέξεις, όπως ήταν αναμενόμενο, η προσπάθεια αυτή προκάλεσε ενδιαφέρον και προσέφερε τη βάση για ένα άκρως απαραίτητο πρόγραμμα έρευνας, σχετικά με τους γενετικούς, συμπεριφορικούς, κοινωνικούς και πνευματικούς παράγοντες που σχετίζονται με τον **«τρόπο ζωής που χαρακτηρίζεται από νηφαλιότητα, προσωπική υγεία και συμμετοχή στα κοινά (ενεργός πολίτης), ο οποίος διατηρείται εθελοντικά»** που ονομάζεται απεξάρτηση. Στο Betty Ford Institute ο προσωρινός ορισμός σχεδιάστηκε για να προσφέρει στο χώρο της απεξάρτησης, στον τομέα των ερευνών και την ευρύτερη κοινότητα έναν τεκμηριωμένο, μετρήσιμο ορισμό ο οποίος θα αποτελεί ένα ικανοποιητικό σημείο αφετηρίας για την τόσο απαραίτητη έρευνα και δημόσια συζήτηση σχετικά με το σημαντικό φαινόμενο της απεξάρτησης.



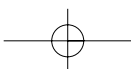
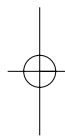
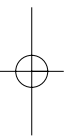
72 *Εξαοτήσεις*





ΕΙΔΙΚΟ ΑΦΙΕΡΩΜΑ
LET'S FOCUS ON...

3



74 *Εξαοτήσεις*

Σ Τ Ο Α Λ Κ Ο Ο Λ
Α Λ Κ Ο Η Ο Λ

Η Γερμανία, το αλκοόλ και η πολιτική για το αλκοόλ:
ταλάντευση ανάμεσα στην περίσκεψη, τη δράση και την υποτροπή
Germany, Alcohol and Alcohol Policy: Oscillating Between Contemplation,
Action and Relapse
Gerhard Bühringer [σ. 75]

Αλκοόλ στην Ισπανία: διαφέρει;
Alcohol in Spain: is it different?
Antoni Gual [σ. 82]

Η Γερμανία, το αλκοόλ και η πολιτική για το αλκοόλ: ταλάντευση ανάμεσα στην περίσκεψη, τη δράση και την υποτροπή¹

GERHARD BÜHRINGER²

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN, GERMANY AND
IFT INSTITUT FÜR THERAPIEFORSCHUNG, MUNICH, GERMANY

Απόδοση στα ελληνικά: Γεωργία Χριστοφίλη

Translation: Georgia Christofili

Διαμόρφωση μιας σύγχρονης πολιτικής για το αλκοόλ: μια πρόσφατη πρόκληση

Ο όρος *πολιτική για τα ναρκωτικά* είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος στη γερμανική γλώσσα, καθώς για περισσότερο από 30 χρόνια, αποτελούσε σε μεγάλο βαθμό το επίκεντρο των δημόσιων και πολιτικών συζητήσεων. Ο όρος *πολιτική για το αλκοόλ* ωστόσο, αποτελεί μια έννοια που ανακαλύφθηκε πρόσφατα. Πιθανότατα ο λόγος που οδήγησε στην ενασχόληση με το συγκεκριμένο θέμα είναι οι αυξημένες επιστημονικές αποδείξεις για την επικράτηση των διαταραχών από το αλκοόλ στον πληθυσμό στη Γερμανία (Βλ. Bühringer et al., 2002), με τη δημοσίευση στα γερμανικά του "Alcohol Policy and the Public Good" (Edwards et al., 1994) το 1997 και τις πολιτικές πιέσεις από το Σχέδιο Δράσης για το Αλκοόλ 2000-2005 από τον Π.Ο.Υ. (WHO, 2000). Κάποια πρώτα δείγματα δράσεων εντοπίζονται αρκετά νωρίς: το 2003, για πρώτη φορά, η μείωση της κατά κεφαλή κατανάλωσης αλκοόλ διατυπώθηκε ως πολιτικός στόχος του Υπουργείου Υγείας, με στόχο να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ. Παρόμοιες δράσεις όμως σπάνια πραγματοποιήθηκαν και περιορίστηκαν στη μείωση της ζήτησης (π.χ. προγράμματα πρόληψης στα σχολεία, βλ. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003). Μοναδική εξαίρεση αποτελεί ένας νόμος για την προστασία των νέων, ο οποίος ψηφίστηκε το 2004, για να περιορίσει την κατανάλωση "alcopops" (συνδυασμός αλκοολούχου ποτού-οινοπνευματώδους και χυμών με γλυκαντικές ουσίες) αυξάνοντας τους φόρους πώλησης σε αυτή την κατηγορία ποτών. Παρά τις κάποιες μικρές βελτιώσεις, η Γερμανία εξακολουθεί να αποτελεί χώρα που «αποδέχεται» την κατανάλωση επικίνδυνων ποσοτήτων αλκοόλ. Για παράδειγμα, οι νόμοι για την προστασία των νέων στη Γερμανία απαγορεύουν την αγορά και κατανάλωση μπύρας και κρασιού σε άτομα κάτω των 16 ετών και αλκοόλ κάτω των 18 ετών. Όμως αυτοί οι κανονισμοί δεν επιβάλλονται, αγορές που έχουν πραγματοποιηθεί σε πειραματικό πλαίσιο από ανηλικούς δείχνουν ότι δεν υπάρχουν μηχανισμοί ελέγχου. Τα αλκοολούχα ποτά είναι διαθέσιμα σχεδόν παντού (σε όλα τα καταστήματα, όπου πωλείται φαγητό, καθώς και σε όλα τα εστιατόρια πωλείται και αλκοόλ). Αλκοόλ μπορεί να βρει κάποιος σε 24-ωρη βάση (π.χ. σε βενζινάδικα), και σε σχετικά χαμηλές τιμές. Υπάρχει όμως ένα τίμημα για αυτή τη φιλελεύθερη προσέγγιση.

1 Τίτλος πρωτοτύπου: Germany, Alcohol and Alcohol Policy: Oscillating Between Contemplation, Action and Relapse, Addiction, Volume 101, No 4, April 2006

2 Διεύθυνση αλληλογραφίας: Gerhard Bühringer, Technische Universität Dresden, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Addiction Research Unit, Chemnitzer Str. 46, D - 01187 Dresden, E-Mail: buehringer@psychologie.tu-dresden.de

Η παρούσα κατάσταση και οι τάσεις στη χρήση αλκοόλ και τις σχετικές με αυτό διαταραχές
 Αντιπροσωπευτικές έρευνες σε εθνικό επίπεδο σε πληθυσμούς νέων και ενηλίκων πραγματοποιήθηκαν σε τακτικά χρονικά διαστήματα από το 1973 μέχρι το 1980 αντίστοιχα, ενώ στοιχεία από την εφαρμογή της θεραπείας υπάρχουν από το 1978 (για μια ανασκόπηση αυτών των στοιχείων και περισσότερες παραπομπές, βλ. Bühringer et al., 2002). Ορισμένα από τα σημαντικότερα ευρήματα από την έρευνα σε πληθυσμό ενηλίκων που πραγματοποιήθηκε το 2003, σε άτομα ηλικίας από 18 έως 59 ετών είναι τα ακόλουθα: από το αλκοόλ απείχε ποσοστό 16,9%, η πλειοψηφία των οποίων απείχε τις τελευταίες 30 ημέρες. Ποσοστό 71,1% περιέγραφε τον εαυτό του ως άτομο που κάνει κατανάλωση αλκοόλ χαμηλού κινδύνου (λιγότερο από 20 g και 30 g για τις γυναίκες και τους άνδρες αντίστοιχα). Ποσοστό 12,1% όμως κατανάλωνε επικίνδυνες ποσότητες αλκοόλ σε καθημερινή βάση, ενώ 12,9% δήλωνε τέσσερις ή περισσότερες περιπτώσεις υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ σε μία μεμονωμένη περίπτωση (πέντε ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά διαδοχικά) τις τελευταίες 30 ημέρες και ένα ποσοστό 22,7% από το σύνολο του πληθυσμού ενηλίκων (34,7% του πληθυσμού των ανδρών!) είχαν βαθμολογηθεί από το AUDIT στο ανώτατο όριο για επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ (≥ 8 ; Augustin & Kraus, 2005). Η εθνική κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ έφτασε το υψηλότερο επίπεδο των 10,2 λίτρων το 2003. Έτσι η Γερμανία διατηρεί σταθερά τη θέση της μεταξύ των χωρών με την υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ (Meyer & John, 2005).

Η χρήση αλκοόλ, χωρίς στην εφηβεία συνδέεται με περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ κατά την ενήλικη ζωή (Kraus, Bloomfield, Augustin & Reese, 2000). Κάποια σημαντικά στοιχεία από πρόσφατες έρευνες σε πληθυσμούς νέων είναι τα ακόλουθα: οι ανήλικοι ηλικίας 12 με 15 ετών είχαν επικράτηση στη διάρκεια της ζωής τους στη χρήση αλκοόλ 72%. Η μέση εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ για αυτή την ηλικιακή ομάδα αυξήθηκε από 14,1 g το 2001, σε 20,9 g το 2004 (αύξηση 48%!). Ενώ ποσοστό 5% είχε εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ περισσότερη από 120 g, ποσοστό 8% ανέφερε μία ή δύο ημέρες, στις οποίες πραγματοποιήθηκε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση στη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, ενώ ποσοστό 3% ανέφερε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση σε εβδομαδιαία βάση και 1% ανέφερε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση περίπου δύο φορές την εβδομάδα. Συνολικά, ποσοστό 12% από αυτή την ηλικιακή ομάδα κατανάλωνε υπερβολική ποσότητα αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση. Τα αντίστοιχα ποσοστά υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ για την ηλικιακή ομάδα από 16 έως 19 ετών ήταν 26%, 12% και 6%. Η εβδομαδιαία κατανάλωση καθαρού αλκοόλ αυξήθηκε από 65,5 g σε 97,5 g (αύξηση 33%) κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004).

Τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ και η προβληματική χρήση αλκοόλ επιφέρουν συνέπειες. Η εκτίμηση της επικράτησης βάσει του DSM-IV τόσο για την εξάρτηση από το αλκοόλ όσο και για την κατάχρηση αλκοόλ στον πληθυσμό των ενηλίκων κυμαίνονται σε ποσοστό 2,6% (Kraus & Augustin, 2001). Περίπου 42.000 άνθρωποι πεθαίνουν, ετησίως, από αίτια που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ (συνολικά 4,8% όλων των θανάτων, 7,5% των θανάτων των ανδρών και 2,4% των θανάτων των γυναικών). Το 1995 το άμεσο και έμμεσο κόστος που σχετιζόταν με το αλκοόλ υπολογίστηκε στα 20,7 εκατομμύρια Ευρώ (Bühringer et al., 2002). Η συνολική κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ μειώθηκε σταδιακά περίπου 15% τα τελευταία 20 χρόνια, ωστόσο στους πληθυσ-

σμούς των εφήβων και νεαρών ενηλίκων (η έναρξη χρήσης αλκοόλ σε νεαρή ηλικία, η τακτική και σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ σε νεαρή ηλικία, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μια μεμονωμένη περίπτωση σε νεαρή ηλικία) εμφάνισαν απότομη αύξηση.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για μια περίοδο περίπου 100 χρόνων, η παραδοσιακή και μοναδική επαγγελματική αντιμετώπιση για τα προβλήματα που σχετίζονταν με το αλκοόλ στη Γερμανία ήταν τα ειδικά κέντρα για τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης, που παρείχαν μακρόχρονες υπηρεσίες θεραπείας σε πλαίσιο διαμονής και για την εξάρτηση από το αλκοόλ. Με αυτή την έννοια, οι σημαντικές αλλαγές οδήγησαν σε σημαντική μείωση της διάρκειας της θεραπείας, από 6-8 μήνες σε 1-4 μήνες και σε σημαντική αύξηση στη θεραπεία εξωτερικής παρακολούθησης. Η επανένταξη μετά την αποτοξίνωση χρηματοδοτείται από το κρατικό σύστημα συντάξεων και ασφάλισης. Η λογική είναι ότι η επανένταξη θα βοηθήσει τα εξαρτημένα άτομα να επιστρέψουν στη δουλειά, θα συνεχίσουν να συμβάλουν στο συνταξιοδοτικό σύστημα και θα αποφύγουν την πρόωρη συνταξιοδότηση. Έχουν νομικό δικαίωμα να λάβουν θεραπεία χωρίς οικονομική επιβάρυνση, και δεν υπάρχει πρόβλημα χώρου για να συμμετέχουν στη θεραπεία. Το 2004, 95.000 περιστατικά αντιμετωπίστηκαν σε πλαίσιο εξωτερικής παρακολούθησης και περίπου 41.000 περιστατικά αντιμετωπίστηκαν σε πλαίσιο διαμονής (προσωπικοί υπολογισμοί βάσει των Sonntag & Welsch, 2004a, 2004b).

Δράσεις για τη μείωση της ζήτησης έχουν αναπτυχθεί ως μέρος προγράμματος πρωτογενούς πρόληψης μόνο τα τελευταία 20 χρόνια, όμως είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένα και εφαρμόζονται σε ολόκληρη τη χώρα. Τα νηπιαγωγεία και τα δημοτικά σχολεία έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα σε αρκετά διαφορετικά προγράμματα (π.χ. βελτίωση των δεξιοτήτων ζωής, Botvin & Griffin, 2001, Kröger & Reese, 2000), τα περισσότερα από τα οποία στηρίζονται σε πολύ πρόσφατα επιστημονικά στοιχεία. Το Ομοσπονδιακό Κέντρο Ενημέρωσης για την Υγεία παρέχει ενημερωτικά φυλλάδια, οδηγίες πρόληψης και εγχειρίδια για το ευρύ κοινό, για ειδικές ομάδες στόχους και επαγγελματίες που εργάζονται με παιδιά και εφήβους. Βάσει πρόσφατων στοιχείων από έρευνες στον ιατρικό χώρο (π.χ. ιδιώτες, internal medicineSM και χειρουργικές πτέρυγες νοσοκομείων), που έδειξαν υψηλά ποσοστά προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, αναπτύχθηκαν και αξιολογήθηκαν προγράμματα έγκαιρου εντοπισμού και παρέμβασης (π.χ. John, Harke & Rumpf, 2002), τα οποία χρησιμοποιούν τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης και τεχνικές περιορισμού της χρήση αλκοόλ, και εφαρμόζονται σταδιακά.

Η ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΒΑΣΗ

Το πρώτο εξειδικευμένο γερμανικό περιοδικό για το αλκοόλ και άλλες εξαρτήσεις ιδρύθηκε το 1891, και αποτελεί πρόγονο του τωρινού περιοδικού *Sucht*. Εκείνη την περίοδο οι έρευνες περιορίζονταν σε μελέτες αποτελεσματικότητας της θεραπείας και συγκριτι-

SM Κλάδος της ιατρικής που ειδικεύεται στη διάγνωση, διαχείριση και μη-χειρουργική αντιμετώπιση ασυνήθιστων ή σοβαρών παθήσεων

κές μελέτες σε εθνικό επίπεδο σχετικά με τη χρήση αλκοόλ και τις αρνητικές της συνέπειες. Κατά τη διάρκεια των δεκαετιών 1930 και 1940, στις έρευνες για το αλκοόλ στη Γερμανία επικρατούσαν ολοένα και περισσότερο ζητήματα ευγονισμού, ενώ η επιστημονική κοινότητα συνέβαλε στην ιδεολογία και την εγκληματικότητα του εθνικού σοσιαλισμού (για περισσότερες πληροφορίες βλ. Bühringer & Watzl, 2003). Η πρώτη σημαντική μεταπολεμική ερευνητική ομάδα δημιουργήθηκε από τον Feuerlein γύρω στο 1970 και δημοσίευε μεταξύ άλλων: (1) στοιχεία για τη θεραπεία και το follow-up, καθώς και παράγοντες που περιορίζουν την αποτελεσματικότητα, από μια μεγάλη πολύπλευρη μελέτη που περιελάμβανε 21 κέντρα και 1410 ασθενείς (Feuerlein & Küfner, 1989), και (2) και το διαγνωστικό εργαλείο σχετικά με το αλκοόλ “Munich Alcoholism Test” (MALT; Feuerlein, Ringer, Küfner & Antons, 1980), το οποίο έχει μεταφραστεί πλέον σε επτά γλώσσες.

Η συστηματική μακροχρόνια χρηματοδότηση από το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Εκπαίδευσης και Έρευνας για τις έρευνες σε όλα τα είδη των εξαρτήσεων ξεκίνησε το 1990, με περίπου 24 εκατομμύρια Euro διαθέσιμα μέχρι το 2001, και άλλα 20 εκατομμύρια μέχρι το 2007. Σήμερα, τέσσερα ερευνητικά δίκτυα και συνεργαζόμενες ερευνητικές ομάδες συμμετέχουν σε έρευνες για το αλκοόλ, για περισσότερες πληροφορίες δείτε τα ακόλουθα site:

www.bw-suchtweb.de

www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/forschung/intervention/earlint.html

www.suchtforschungsverbund-nrw.de

και www.asat-verbund.de

- **Μελέτες:** νευροβιολογίας, γενετικής και υποδοχέων
Οι ερευνητικές ομάδες διερευνούν τις γενετικές διαφορές όσον αφορά την ευαισθησία στο αλκοόλ του ενδογενούς συστήματος για τα οπιοειδή (Rommelspacher, Smolka, Schmidt, Samochowicz & Hoehe, 2001) και των νευρωνικών συσχετισμών των επιθυμιών για κατανάλωση αλκοόλ (Heinz et al., 2005).
- **Μετρήσεις και ανάλυση της κατανάλωσης αλκοόλ και της σχετιζόμενης βλάβης,** συννοσηρότητα, παράγοντες έναρξης, εξέλιξης και αυτόματης υποχώρησης των διαταραχών χρήσης αλκοόλ στο γενικό πληθυσμό και σε ομάδες υψηλού κινδύνου (Bischof, Rumpf, Harke, Meyer & John, 2003; John, Hill, Rumpf, Harke & Meyer, 2003; Kraus et al., 2000, Lieb et al., 2002, Wittchen, Nelson & Lachner, 1998).
- **Εργαλεία για *screening* και έγκαιρο εντοπισμό, προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης** σε γενικά ιατρικά πλαίσια (Rumpf, Harke, Meyer & John, 2002, Rumpf et al., 2003)
- **Νέες προσεγγίσεις στη θεραπεία της εξάρτησης:** π.χ., παρατεταμένη αποτοξίνωση, σύντομες παρεμβάσεις μέσω υπολογιστή, σταδιακή φροντίδα, εντατική φροντίδα εξωτερικής παρακολούθησης με στόχο την επανένταξη, ουσίες για την καταπολέμηση της έντονης επιθυμίας, συν-νοσηρότητα στην εξάρτηση από τη νικοτίνη (Ehrenreich et al., 1997, Kiefer et al., 2003, Kröger, Metz & Bühler, 2004, Mann, Leher & Morgan, 2004, Soyka & Horak, 2004).

ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Η σύνδεση ανάμεσα στην έρευνα και την πολιτική για την υγεία σπανίως πραγματοποιείται. Για μια μικρή ομάδα επιστημόνων, η διαμόρφωση εθνικής πολιτικής για το αλκοόλ βρίσκεται ακόμη σε εμβρυική φάση. Δεν γίνεται καμία δημόσια συζήτηση σχετικά με το ενδεχόμενο μιας γερμανικής πολιτικής για το αλκοόλ, και -ακόμη χειρότερα- δεν υφίστανται πιθανές σκέψεις για τέτοια πολιτική. Δεν είναι σαφές εάν θα συνεχίσουμε να κινούμαστε προς μια ενεργητική φάση στην ανάπτυξη και την εφαρμογή μιας εθνικής πολιτικής για το αλκοόλ ή θα επιστρέψουμε σε πιο αρχικά στάδια. Σε αυτό το πλαίσιο μάλιστα, πρόσφατα ένας γερμανός Υπουργός Οικονομικών πρότεινε να μειωθεί ο Φ.Π.Α. για την μπίρα από το κανονικό επίπεδο στο μειωμένο που έχει η κατηγορία τροφίμων, επειδή «η μπίρα είναι τρόφιμο σαν το ψωμί και το γάλα».

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το άρθρο αυτό γράφτηκε στο πλαίσιο του Ερευνητικού Δικτύου για την Εξάρτηση ASAT (Διάθεση των Θεραπειών για την Κατάχρηση Ουσιών σύμφωνα με την Ετερογένεια των Ασθενών/Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity). Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με: asatkoordination@mpipsy.kl.mpg.de (www.asat-verbund.de). Το δίκτυο ASAT υποστηρίζεται από επιχορήγηση του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Παιδείας και Έρευνας (01 EB 0140-0142). Ο συγγραφέας θέλει να ευχαριστήσει τους C. Metzner, L. Kraus, H. Küfner και H.-U. Wittchen για την υποστήριξη και τις σημαντικές παρατηρήσεις τους και για τη γλωσσική επιμέλεια M. Cox.

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Κατή τη συγγραφή αυτού του άρθρου δεν υπήρχε κανενός είδους σύγκρουση συμφερόντων.

Παραπομπές

- Augustin, R. & Kraus, L. (2005). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischer Suchtsurvey 2003 [Alcohol Use, alcohol-related problems and trends. Results of the 2003 Epidemiological Survey of Substance Abuse]. *Sucht*, 51 (Supplement 1), S29-S39.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2003). Types of natural recovery from alcohol dependence: a cluster analytic approach. *Addiction*, 98, 1737-1746.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2001). Life Skills Training: Theory, methods, and effectiveness of a drug abuse prevention approach. In E. F. Wagner & H. B. Waldron (Eds.), *Innovations in Adolescent Substance Abuse Interventions* (pp. 31-50). New York: Elsevier Science.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H. - J., Simon, R. & Töppich, J. (2002). *Alcohol consumption and alcohol-related problems in Germany*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Bühringer, G. & Watzl, H. (2003). On the history and new layout of the Journal SUCHT: Old wine in new bottles? (Editorial). *Sucht*, 49, 12-15.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Alkohol*. [Drug Affinity among Young People in the Federal Republic of Germany 2004. Alcohol Report] Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Available under: www.BZgA.de [22.08.05].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). *Aktionsplan Drogen und Sucht* [Action Plan on Drugs and Addiction]. Berlin/Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Available under: <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A605.pdf> [22.08.05].
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L. T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. & Skog, O.-J. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: University Press. (German edition published in 1997: Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke).
- Ehrenreich, H., Mangholz, A., Schmitt, M., Lieder, P., Völkel, W., Rüther, E., Poser, W. (1997). OLITA: an alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 51-54.
- Feuerlein, W.; Kufner, H. (1989). A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *European Archives of Psychiatry & Neurological Sciences*, 239, 144-157.
- Feuerlein, W., Ringer, C., Kufner, H., & Antons, K. (1980). The Munich Alcoholism Test (MALT). In Galanter, M. (Ed.). *Currents of Alcoholism*. Vol. VII. New York: Grune & Stratton.
- Heinz, A., Reimold, M., Wrase, J., Hermann, D., Croissant, B., Mundle, G., Dohmen, B.M., Braus, D.H., Schumann, G., Machulla, H.J., Bares, R., Mann, K. (2005). Correlation of stable elevations in striatal {micro}-opioid receptor availability in detoxified alcoholic patients with alcohol craving: a positron emission tomography study using carbon 11-labeled carfentanil. *Archives of General Psychiatry*, 62, 57-64.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.J. (2002). Der Suchtforschungsverbund: Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen (EARLINT). [Research collaboration in early substance use intervention (EARLINT)]. *Sucht*, 48, 209-216.
- John, U., Hill, A., Rumpf, H. J., Hapke, U. & Meyer, C. (2003). Alcohol high risk drinking, abuse and dependence among tobacco smoking medical care patients and the general population. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 189-195.
- Kiefer, F., Jahn, H., Tarnaske, T., Helwig, H., Briken, P., Holzbach, R., Kampf, P., Stracke, R., Baehr, M., Naber, D., Wiedemann, K. (2003). Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Archives of general psychiatry*, 60, 92-99.

- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000 [2000 Epidemiological Survey of Substance Abuse]. *Sucht*, 47 (Supplement 1), S3-S86.
- Kraus, L., Bloomfield, K., Augustin, R. & Reese, A. (2000). Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. *Addiction*, 95, 1389-1401.
- Kröger, C., Metz, K. & Bühler, A. (2004). Tabakentwöhnung bei Patienten in Rehabilitationskliniken. [Smoking cessation in patients treated in rehabilitation hospitals.] *Suchtmedizin*, 6, 61-66.
- Kröger, C. & Reese, A. (2000). Schulische Suchtprävention nach dem Lebenskompetenzkonzept - Ergebnisse einer vierjährigen Interventionsstudie. [Substance abuse prevention in schools through life skills training - Results of a four year intervention study.] *Sucht*, 46, 209-217.
- Lieb, R., Merikangas, K. R., Hofler, M., Pfister, H., Isensee, B. & Wittchen, H. U. (2002). Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: a community study. *Psychological medicine*, 32, 63-78.
- Mann, K., Lehert, P. & Morgan, M.Y. (2004). The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 51-63.
- Meyer, C. & John, U. (2005). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Ed.), *Jahrbuch Sucht 2005* (pp. 7-28). Geesthacht: Neuland.
- Rommelspacher, H., Smolka, M., Schmidt, L.G., Samochowiec, J., Hoehe, M.R. (2001) Genetic analysis of the mu-opioid receptor in alcohol-dependent individuals. *Alcohol*, 24, 129-135.
- Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2002). Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 261-268.
- Rumpf, H. – J., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Hapke, U., Meyer, C., John, U., Brooks, A., Junghanns, K. & Hohagen, F.(2003). Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen in der Allgemeinarztpraxis: Ein Stepped-Care Ansatz [Early intervention for alcohol-related disorders in general practice: a stepped-care approach] *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 5, 37-40.
- Sonntag, D. & Welsch, K. (2004a). Deutsche Suchthilfestatistik 2003 für ambulante Einrichtungen [German statistical report for 2003 on outpatient treatment facilities for substance use disorders]. *Sucht*, 50 (Supplement 1), S6-S31.
- Sonntag, D. & Welsch, K. (2004b). Deutsche Suchthilfestatistik 2003 für stationäre Einrichtungen [German statistical report for 2003 on inpatient treatment facilities for substance use disorders]. *Sucht*, 50 (Supplement 1), S32-S53.
- Soyka, M. & Horak, M. (2004). Outpatient alcohol detoxification: implementation efficacy and outcome effectiveness of a model project. *European Addiction Research*, 10, 180-187.
- Wittchen, H.-U., Nelson, G.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- WHO World Health Organization (2000). *European Alcohol Action Plan 2000–2005*. Available under: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf> [22.08.05].

Αλκοόλ στην Ισπανία: διαφέρει¹;

ANTONI GUAL²

Απόδοση στα ελληνικά: Γεωργία Χριστοφίλη

Translation: Georgia Christofili

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Η Ισπανία διαφέρει» ήταν ένα ιδιαίτερα δημοφιλές σύνθημα τη δεκαετία του 1960 με το οποίο κατάφερε η χώρα να βρεθεί ανάμεσα στους πιο αγαπητούς τουριστικούς προορισμούς στην Ευρώπη. Καθώς αυτή η σειρά Εθνικών Εμπειριών^{ΣΤΜ} έχει στόχο να δείξει ότι «στον κόσμο του αλκοόλ οι εμπειρίες ποικίλλουν» [1], φαίνεται λογικό να διερευνήσουμε εάν οι τρόποι κατανάλωσης αλκοόλ στην Ισπανία παρουσιάζουν διαφορετικές τάσεις.

ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Η Ισπανία αναμφισβήτητα έχει μεγάλη παράδοση στην κατανάλωση αλκοόλ. Είναι σαφώς μια χώρα που έχει ενταγμένη μέσα στην καθημερινότητα και την κουλτούρα της την κατανάλωση αλκοόλ, αυτές που ονομάζονται κουλτούρες χρήσης αλκοόλ (wet drinking cultures)^{ΣΤΜ 2} [2], το οποίο δεν σημαίνει μόνο υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά και ότι η ανοχή της κοινωνίας στις βλάβες που προκαλούνται από το αλκοόλ είναι μεγάλη. Παρόλα αυτά η Ισπανία παρουσίασε μια σταθερή μείωση στην κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ κατά την περίοδο από το 1975 (14,2 λίτρα) έως το 1995 (9,3 λίτρα) σε καθαρό αλκοόλ ανά κάτοικο ηλικίας από 15–65 έτη, ετησίως. Οι αιτίες αυτής της «υγιεινής αλλαγής» δεν οφείλονται σε αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης, αλλά μάλλον στο γεγονός ότι η βιομηχανία παραγωγής μπίρας κατάφεραν να στρέψουν τις συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ από το κρασί στην μπίρα [3]. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου η κατανάλωση αλκοόλ μειώθηκε κατά 60% (από 76 σε 30,3 λίτρα/κάτοικο/έτος), ενώ η κατανάλωση μπίρας αυξήθηκε κατά 40% (από 47 σε 66 λίτρα/κάτοικο/έτος), όταν η κατανάλωση άλλων οινοπνευματωδών παρέμεινε σχεδόν σταθερή [4]. Η αλλαγή στην κατανάλωση κρασιού απεικονίζει μείωση στην κατανάλωση καθαρού αλκοόλ της τάξης των 5,8 λίτρων ανά κάτοικο ετησίως, ενώ η αύξηση σε μπίρα κυμαίνεται στο 1 λίτρο. Καθώς η μείωση για το διάστημα 1975-95 ήταν 4,9 λίτρα είναι σαφές ότι η μετακίνηση στην προτίμηση από το κρασί στην μπίρα μπορεί να εξηγήσει αυτό το φαινόμενο.

1 "Alcohol in Spain: is it different?" Addiction, Volume 101, No 8, August 2006

2 Διεύθυνση επικοινωνίας: Unitat d'alcoholologia de la Generalitat, Institut de Neurociències, Hospital Clinic, Villarroel 170, 08036 Barcelona, Spain. E-mail: tgual@clinic.ub.es

ΣΤΜ το κείμενο έχει μεταφραστεί από το περιοδικό Addiction και αποτελεί μέρος μιας ενότητας του περιοδικού στην οποία εντάσσονται κείμενα που αφορούν συγκεκριμένη θεματολογία κάθε φορά και εστιάζουν σε μία χώρα.

ΣΤΜ2 Κουλτούρα στην οποία παρότι υπάρχουν κυρώσεις για την καθημερινή χρήση αλκοόλ, ωστόσο είναι ενταγμένο στην καθημερινότητα, π.χ. στα γεύματα
http://www.cnsproductions.com/Interactive_Learning/Glossary_of_Drug_Terms/W/2192.html

Η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ φαίνεται να έχει παραμείνει σταθερή, ή ακόμη και να είναι βαθύτερη, καθώς η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ παρέμεινε στα 9–10 λίτρα καθαρού αλκοόλ ανά κάτοικο, ετησίως, τα τελευταία χρόνια. Το 2002, για πρώτη φορά, η μπίρα ήταν η βασικότερη ουσία που εμφανίστηκε στην κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ, με 38% της συνολικής κατανάλωσης αλκοόλ σε ποσοστά 100% αλκοόλ, ενώ το κρασί ακολουθούσε με 37% και τα υπόλοιπα οινοπνευματώδη με 25%. Αυτά τα στοιχεία δεν απέχουν πολύ από αυτά που είχε προβλέψει ο Simprura ως «παράδοση στην κατανάλωση μπίρας» παρουσιάζουν μια σταθερή αύξηση στην κατανάλωση κρασιού, είναι δύσκολο να εκτιμήσουμε σε ποιο βαθμό οι αλλαγές στην Ισπανία οφείλονται στη βιομηχανία παραγωγής μπίρας ή σε κάποια διαδικασία ομογενοποίησης. Μια διαφοροποίηση στην τάση εντοπίζεται στη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, όπου η Ισπανία φαίνεται να είναι επικεφαλής της ευρωπαϊκής κατάταξης μαζί με την Πορτογαλία και την Ιταλία [6], με 19 ή περισσότερες ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ ανά μήνα.

Η ισπανική κοινωνία βρίσκεται σε μια μεταβατική φάση, όσον αφορά το αλκοόλ, όπου οι παραδοσιακοί τρόποι κατανάλωσης αλκοόλ επικρατούν στους μεγαλύτερους σε ηλικία και τους αγροτικούς πληθυσμούς ενώ οι νεότεροι, αστικοί πληθυσμοί σαφώς ακολουθούν τους νέους τρόπους κατανάλωσης αλκοόλ, οι οποίοι εμφανίζουν τάση ομογενοποίησης σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Οι παραδοσιακοί τρόποι κατανάλωσης αλκοόλ χαρακτηρίζονται από καθημερινή κατανάλωση, κατανάλωση κατά τη διάρκεια των γευμάτων και αποφυγή μέθης, οι νέοι τρόποι κατανάλωσης αλκοόλ χαρακτηρίζονται από διακεκομμένη κατανάλωση αλκοόλ, κυρίως κατά τη διάρκεια του σαββατοκύριακου, στον ελεύθερο χρόνο και συχνά οδηγεί στη μέθη. Αυτοί οι νέοι τρόποι κατανάλωσης αλκοόλ εμφανίζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στην Ισπανία για δύο κυρίως λόγους: καταρχήν η «επιτρεπτική προς το αλκοόλ» κουλτούρα καθιστά εύκολη την πρόσβαση σε αλκοόλ για όλους τους νέους ανθρώπους, κατά δεύτερον το κλίμα στην Ισπανία επιτρέπει στους ανθρώπους να καταναλώνουν αλκοόλ σε εξωτερικούς χώρους όλο το χρόνο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το φαινόμενο που είναι γνωστό με την ονομασία '*Botellón*'SM (μεταφρ. μπουκάλα, ή μεγάλο μπουκάλι). Κάθε σαββατοκύριακο εκατοντάδες νέοι άνθρωποι συγκεντρώνονται σε δημοφιλείς χώρους στις περισσότερες μεγάλες πόλεις στην Ισπανία και καταναλώνουν ανεξέλεγκτα αλκοόλ μέχρι μέθης. Αυτό το φαινόμενο έχει προκαλέσει ανησυχία στις αρχές, αλλά θεωρείται κοινωνικό πρόβλημα και όχι θέμα που αφορά την υγεία. Στην πραγματικότητα, η Ισπανία αρχίζει να γίνεται γνωστή για τις ατελείωτες νύχτες τα σαββατοκύριακα, όπου οι άνθρωποι μπορούν εύκολα να προμηθευτούν αλκοόλ ολόκληρη τη νύχτα, και μπορούν να καταναλώνουν αλκοόλ τόσο μέσα στα μπαρ όσο και σε ανοιχτούς χώρους. Καθώς το αλκοόλ είναι φτηνό, ο καιρός επιτρέπει την κατανάλωσή του στο δρόμο και η κουλτούρα είναι επιτρεπτική. Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχουν συμβάλει στην ταχεία εξάπλωση αυτών των συνηθειών σε ολόκληρη τη χώρα. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να επιτρέπουν την έκταση του φαινομένου *Botellón*, όμως

SM μεγάλη συγκέντρωση νέων ηλικία από 16 έως 24 ετών, κυρίως σε ανοιχτούς χώρους ελεύθερης πρόσβασης, με στόχο την κατανάλωση ποτών που έχουν προμηθευτεί νωρίτερα από καταστήματα, να ακούσουν μουσική, και να μιλήσουν [...reunión masiva de jóvenes de entre 16 y 24 años, fundamentalmente, en espacios abiertos de libre acceso, para beber la bebida que han adquirido previamente en comercios, escuchar música, y hablar...] <http://es.wikipedia.org/wiki/Botell%C3%B3n>

84 *Εξαορτήσεις*

το απόσπασμα από ένα άρθρο σε περιοδικό υποδηλώνει το ύψος των κυρίαρχων οικογενειακών και κοινωνικών αντιδράσεων σε αυτό [7]:

Οι μητέρες κοιτούν τα παιδιά τους που ετοιμάζονται να πάνε στο Botellón σαν να ετοιμάζονταν να πάνε στον πόλεμο. Σε πραγματικό πόλεμο. Τον πόλεμο του Botellón, με θύματα κάθε Παρασκευή και Σάββατο βράδυ. Θύματα στους δρόμους, θύματα στα στενά...

Οι άνθρωποι συνήθιζαν να πίνουν στις ταβέρνες, όπου τους αναζητούσαν τα παιδιά τους, με δάκρυα στα μάτια, για να βοηθήσουν τους μεθυσμένους γονείς τους να βρουν το δρόμο για το σπίτι. Τώρα οι γονείς καλούνται να σώσουν τα παιδιά τους από αυτή την υπαίθρια ταβέρνα.

Αυτό το φαινόμενο αντανακλάται εν μέρει στις επίσημες στατιστικές: για τους νέους ηλικίας 14-18 ετών τα στοιχεία από σχολική έρευνα έδειξαν αύξηση στα επίπεδα μέθης τον προηγούμενο μήνα από 19% το 2002 σε 35% το 2004 [8]. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η Ισπανία έχει επίσης τη μεγαλύτερη συχνότητα στην Ευρώπη για κατανάλωση αλκοόλ σε «μπαρ, παμπ και ντίσκο» (85 φορές το χρόνο για τους άνδρες και 38 για τις γυναίκες) [9]. Η ισπανική «φιέστα» αντανακλάται πολύ καλά στις στατιστικές.

Από το 1995 [10] η Ισπανία έχει αξιόπιστες πληροφορίες για την κατανάλωση αλκοόλ μέσω μιας μελέτης που πραγματοποιείται στα νοικοκυριά κάθε δύο χρόνια από το Εθνικό Σχέδιο για τα Ναρκωτικά και από το 1994 πραγματοποιείται μια διετής μελέτη για τη χρήση ναρκωτικών στον πληθυσμό εφήβων ηλικίας 14 έως 18 ετών [11]. Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία το φαινόμενο Botellón έχει επηρεάσει τους νέους, αλλά δεν έχει επηρεάσει ιδιαίτερα του τρόπους κατανάλωσης του γενικού πληθυσμού, οι οποίοι έχουν παραμείνει σχετικά σταθεροί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 10 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΤΡΟΠΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΤΩΝ ΙΣΠΑΝΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 15-65 (1997-2003).

Έτη	1997	1999	2001	2003
Μέγεθος δείγματος	12.304	12.234	14.113	12.033
Κατανάλωση αλκοόλ στη διάρκεια της ζωής	91%	87%	89%	89%
Κατανάλωση αλκοόλ τους τελευταίους 12 μήνες	79%	75%	78%	77%
Επεισόδιο μέθης τους τελευταίους 12 μήνες	19%	19%	19%	21%
Κατανάλωση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες	64%	62%	64%	64%
Εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ τους τελευταίους 12 μήνες	48%	46%	48%	48%
Ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ τους τελευταίους 12 μήνες	13%	14%	16%	14%
Επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ	16%	13%	17%	16%
Μέση ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ	16.8	16.9	16.9	16.7

Πηγή: Εθνικό Σχέδιο για τα Ναρκωτικά, Μελέτη στα νοικοκυριά 1997-2003

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, περίπου το 90% των Ισπανών έχουν πει αλκοολούχα ροφήματα κατά τη διάρκεια της ζωής τους, τα τρία τέταρτα ήπιαν τον προηγούμενο χρόνο, τα δύο τρίτα τον προηγούμενο μήνα και οι μισοί παραδέχονται ότι πίνουν κάθε εβδομάδα. Το ποσοστό ατόμων που κάνουν καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ (14,1%) και όσων κάνουν επικίνδυνη χρήση αλκοόλ (16,7%) κυμαίνεται σε παρόμοια επίπεδα. Σχετικό επί-

σης είναι ότι ένας στους πέντε Ισπανούς παραδέχεται ότι μέθυσε τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Οι διαφορές μεταξύ των φύλων εξακολουθούν να είναι σημαντικές στο γενικό πληθυσμό ενώ οι γυναίκες έχουν την τάση να πίνουν λιγότερο, και λιγότερο συχνά από ότι οι άνδρες. Επίσης ξεκινούν να πίνουν αλκοόλ σε μεγαλύτερη ηλικία (17,6 έναντι 15,9 ετών) και μεθούν λιγότερο συχνά (12,7% έναντι 29,6% μέθυσαν τους τελευταίους 12 μήνες). Αυτές οι διαφορές των φύλων δεν υπάρχουν πλέον, όταν εξετάζουμε τον πληθυσμό των εφήβων 14 έως 18 ετών. Το 2004 τα αγόρια και τα κορίτσια ξεκίνησαν να πίνουν αλκοόλ σε παρόμοια ηλικία (13,6 έναντι 13,9 ετών), και αυτό είναι ενθαρρυντικό: τα ευρήματα το 1994 ήταν 13,0 και 13,8 ετών αντίστοιχα.

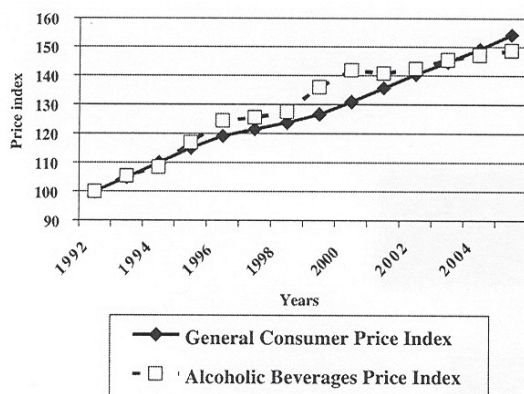
Τα στοιχεία του Πίνακα 1 παρουσιάζουν μια επισκόπηση των τάσεων κατανάλωσης αλκοόλ του ισπανικού πληθυσμού, οι οποίες φαίνεται να παραμένουν σταθερές για την εξεταζόμενη περίοδο. Ωστόσο με μια πιο λεπτομερή εξέταση, (βλ. Πίνακα 2) τα στοιχεία δείχνουν σχετικές διαφορές σε σχέση με τους τρόπους κατανάλωσης αλκοόλ και την ηλικία. Για παράδειγμα, στον πληθυσμό 25 έως 29 ετών η εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ έχει σημειώσει σταθερή αύξηση τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, ενώ η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ εμφανίζει σαφή τάση μείωσης και για τα δύο φύλα. Ενδιαφέρον είναι ότι αυτό το φαινόμενο εντοπίζεται σε άτομα ηλικίας 25 έως 40 ετών, όμως όχι σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, τα οποία εξακολουθούν να υιοθετούν τον παραδοσιακό τρόπο κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά ούτε και σε νεότερης ηλικίας άτομα, όπου οι αλλαγές φαίνεται να πραγματοποιήθηκαν πριν από το 1997, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΤΡΟΠΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ* ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ ΣΤΗΝ ΙΣΠΑΝΙΑ

Τρόποι κατανάλωσης αλκοόλ	Εύρος Ηλικία	1995		1997		1999		2001	
		Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα
Εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ τους τελευταίους 12 μήνες	15-19	36	23	40	31	38	26	39	26
	20-24	56	30	66	44	62	41	59	36
	25-29	58	27	66	35	63	38	68	39
	30-34	57	24	68	34	67	33	61	35
	40-64	57	20	67	31	64	27	67	30
Ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ τους τελευταίους 12 μήνες	15-19	2	1	1	0	2	0	3	0
	20-24	6	1	3	1	4	1	7	2
	25-29	13	3	11	2	11	4	4	3
	30-34	23	7	18	4	18	5	17	5
	35-39	32	8	23	6	29	7	28	9
	40-65	38	9	34	9	33	10	37	11
	15-65	24	6	21	5	21	6	24	7

*Τα αποτελέσματα εμφανίζονται σε ποσοστά ατόμων που κάνουν κατανάλωση αλκοόλ [20].

ΣΧΗΜΑ 1



ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΗΛΙΚΙΑΣ 15-64 ΕΤΩΝ ΠΟΥ ΘΕΩΡΟΥΝ ΟΤΙ ΑΥΤΗ Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΕΙ ΣΕ ΠΟΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Συμπεριφορά	1997	1999	2001
Κατανάλωση 5-6 μπυρών ημερησίως	54	56	51
Κατανάλωση 5-6 μπυρών τα σαββατοκύριακα	20	21	21
Κάπνισμα 1 πακέτου τσιγάρων ημερησίως	37	39	45

Αυτές οι αλλαγές αντανακλούν ένα σενάριο, όπου οι σχετικές τιμές των αλκοολούχων ροφημάτων μειώνονται. Οι χώρες με μεγάλη κατανάλωση κρασιού δείχνουν να επηρεάζονται λιγότερο από τις διακυμάνσεις των τιμών από ό,τι οι βορειο-κεντρικές ευρωπαϊκές χώρες [12]. Στην περίπτωση της Ισπανίας το σχετικό κόστος αλκοολούχων ποτών παρέμεινε σταθερό από το 1992, όπως φαίνεται από το Σχήμα 1. Την ίδια χρονική περίοδο ωστόσο η αγοραστική δύναμη του πληθυσμού αυξήθηκε ουσιαστικά κατά 35,9% [13] (στοιχεία από <http://www.ine.es/daco/ipc.htm>. Το εθνικό διαθέσιμο εισόδημα εμφανίζει σταθερή αύξηση σε εκατομμύρια Ευρώ από 376.364 το 1992 σε 576.241 το 2005. Ο πληθυσμός αυξήθηκε από 39 137 979 το 1992 σε 44 108 530 το 2005). Ουσιαστικά, οι τιμές στα αλκοολούχα ροφήματα στην Ισπανία μειώθηκαν χωρίς ωστόσο αυτό να οδηγήσει σε αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ.

Ένα ακόμη σχετικό θέμα είναι ότι μειώνεται σιγά σιγά η αντίληψη ότι το αλκοόλ αποτελεί κίνδυνο για την υγεία. Στον Πίνακα 3 φαίνεται πως οι αντιλήψεις σχετικά με τον κίνδυνο από το αλκοόλ και τον καπνό εμφανίζουν διαφορετικές τάσεις. Είναι πολύ εντυπωσιακό και σαφώς αποτελεί δείγμα κουλτούρας χρήσης αλκοόλ ότι η κοινωνική αντίληψη σχετικά με τους κινδύνους που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ χαλαρώνει/περιορίζεται/μειώνεται ενώ οι στατιστικές για τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, όπως είναι τα τροχαία ή η οικογενειακή βία, είναι από τις υψηλότερες στη δυτική Ευρώπη.

Το αλκοόλ είναι απόλυτα ενταγμένο στην ισπανική κουλτούρα με τέτοιο τρόπο που χρησιμοποιείται και σε συνδυασμό με άλλες διαθέσιμες ουσίες. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, τα τρία τέταρτα των Ισπανών (76,6%) παραδέχονται πως έχουν κάνει χρήση αλκοόλ τους τελευταίους 12 μήνες, ποσοστό που αυξάνει στο 95,9% για τους χρήστες κάνναβης, 98,3% για τους χρήστες κοκαΐνης, 99,1% για τους χρήστες αμφεταμινών και 86,4% για τους χρήστες ηρωίνης [14]. Συνοπτικά, μπορούμε να πούμε ότι περίπου το 100% των χρηστών ουσιών στην Ισπανία συνδυάζουν την ουσία επιλογής τους με αλκοόλ. Και πάλι υπάρχει ένα παράδοξο εδώ, υπάρχει μεγάλη κοινωνική ανησυχία σχετικά με το πρόβλημα της εξάρτησης, αλλά δεν δίνεται η αντίστοιχη σημασία στο γεγονός ότι σχεδόν όλες οι εξαρτήσεις γίνονται πιο πολύπλοκες με την κατανάλωση αλκοόλ.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το Ισπανικό Δίκτυο Θεραπείας για τις Εξαρτήσεις δημιουργήθηκε στη δεκαετία του '80 για να αντιμετωπίσει την επιδημία ηρωίνης όμως έχει αλλάξει σημαντικά, καθώς οι περισσότεροι από τους πελάτες τους τώρα είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ – ή την κοκαΐνη. Όπου υπάρχουν διαθέσιμες στατιστικές φαίνεται ότι το αλκοόλ είναι τώρα η πρώτη ουσία κατάχρησης και, κάτι απροσδόκητο, είναι ότι η προηγούμενη επιδημία ηρωίνης οδήγησε στην ανάπτυξη ενός ευρύτερου δικτύου θεραπείας που προσφέρει θεραπεία για τον αλκοολισμό σε ολόκληρη τη χώρα ενταγμένο στο κρατικό σύστημα υγείας.

Αυτό το δίκτυο θεραπείας δεν είναι καθόλου ομοιογενές, καθώς κάθε περιοχή έχει αναπτύξει τη δική της προσέγγιση. Σε κάποιες περιοχές η θεραπεία της εξάρτησης αντιμετωπίζεται από τις κοινωνικές υπηρεσίες, ενώ σε άλλες από το Υπουργείο Υγείας. Σε μερικές μόνο περιπτώσεις κάποια από αυτά τα κέντρα θεραπείας είναι πλήρως ενσωματωμένα στο κύριο δίκτυο υγειονομικής περίθαλψης.

Επίσης, οι επαγγελματίες των κέντρων αυτών έχουν βιώσει μια βαθιά αλλαγή στην επαγγελματική πρακτική τους, καθώς η θεραπεία της εξάρτησης από την ηρωίνη είναι πολύ διαφορετική από τη θεραπεία της εξάρτησης από την κοκαΐνη και το αλκοόλ, που αποτελούν τις επικρατέστερες περιπτώσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Πάντοτε οι ομάδες θεραπείας περιλαμβάνουν πολλές διαφορετικές ειδικότητες και οι εξαρτήσεις αντιμετωπίζονται από μια βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση. Η βασική ομάδα αποτελείται συνήθως από ένα γιατρό (ψυχίατρο ή γενικό γιατρό), ένα νοσηλεύτη, έναν ψυχολόγο και έναν κοινωνικό λειτουργό. Οι ομάδες αυτοβοήθειας δεν αποτελούν μέρος του θεραπευτικού δικτύου, ωστόσο ορισμένες φορές μπορεί να υπάρξει συνεργασία με τις ομάδες των επαγγελματιών. Στα περισσότερα θεραπευτικά πλαίσια η ομαδική θεραπεία πραγματοποιείται από επαγγελματίες ως μέρος του προγράμματος θεραπείας.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 η τρομοκρατία και η επιδημία ηρωίνης ήταν οι κυριότερες ανησυχίες του ισπανικού πληθυσμού. Τα ναρκωτικά αποτέλεσαν υψηλή προτεραιότητα για τους πολιτικούς και διατέθηκαν κεφάλαια για την αντιμετώπιση και την πρόληψη των εξαρτήσεων. Ευτυχώς, τα περισσότερα προγράμματα πρόληψης που σχεδιάζονται εκείνη την περίοδο δεν αγνόησαν το θέμα του αλκοόλ, και η δημόσια συζήτηση

ση για τα ναρκωτικά έθεσε το ζήτημα του αλκοόλ στην ημερήσια διάταξη. Σε μια κουλτούρα χρήσης αλκοόλ, το να ενταχθεί το αλκοόλ στα ναρκωτικά προκαλεί σοκ. Ωστόσο, η εμφάνιση νέων τρόπων κατανάλωσης που οδηγούν σε σοβαρά επίπεδα μέθης και ο μεγάλος αριθμός οδικών ατυχημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ βοήθησαν σημαντικά στην αλλαγή της στάσης του πληθυσμού. Επίσης, τα σχολικά προγράμματα πρόληψης (που δεν θα είχαν αναπτυχθεί ποτέ χωρίς την επιδημία ηρωίνης) περιλαμβάνουν το αλκοόλ και τον καπνό.

Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω η κοινωνική στάση απέναντι στο αλκοόλ έχει αλλάξει εντυπωσιακά και η κατανάλωση αλκοόλ, για παράδειγμα, δεν είναι πλέον αποδεκτή, ακόμα και αν έχει βαθιές ρίζες στην παράδοση. Τα τελευταία χρόνια, η Ισπανία, μαζί με τη Γαλλία, βιώνουν τη μεγαλύτερη αύξηση στην αυστηρότητα της πολιτικής για το αλκοόλ [6] στην Ευρώπη. Μερικά παραδείγματα είναι: η ηλικία νόμιμης κατανάλωσης αλκοόλ (που αυξήθηκε από τα 16 στα 18 έτη στις περισσότερες περιοχές), η επιτρεπόμενη συγκέντρωση αλκοόλ στο αίμα (BAC) για την οδήγηση (που μειώθηκε από 0,8 γρ/λίτρο σε 0,5 γρ/λίτρο), η επιβολή μέτρου συχνών αλκοτέστ, ιδιαίτερα τα Σαββατοκύριακα και ο προοδευτικός περιορισμός διαφημίσεων για το αλκοόλ.

Ένας άλλος τομέας όπου οι δράσεις πρόληψης ήταν πολύ σημαντικές ήταν αυτός της κύριας υγειονομικής περιθάλψης. Διάφορες δοκιμές σύντομων παρεμβάσεων για πότες υψηλού κινδύνου έχουν δημοσιευθεί, συμπεριλαμβανομένης μιας μετανάλωσης ενώ πακέτα πρόληψης έχουν αναπτυχθεί από τις επιστημονικές κοινότητες [15] και κυβερνητικούς φορείς [16]. Η διάδοση των παρεμβάσεων έχει φθάσει σε επίπεδο περιφέρειας σε κάποιους τομείς [17], δίνοντας ηγετική θέση στη χώρα όσον αφορά την ανάπτυξη ευρωπαϊκών οδηγιών [18] και εκπαιδευτικού υλικού [19] σχετικά με τη διαγνωστική εξέταση (screening) και τις σύντομες παρεμβάσεις στην κύρια υγειονομική περιθάλψη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Ισπανία παύει όλο και περισσότερο να διαφέρει από τις υπόλοιπες χώρες της δυτικής Ευρώπης. Αυτή η τάση ομογενοποίησης, υπερβαίνει το θέμα του αλκοόλ και περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της ζωής υπήρξε κυρίως ευεργετική, καθώς οδήγησε σε μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, η οποία δεν είναι πλέον κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά για τους ανήλικους.

Η Ισπανία είναι μια κοινωνία που βρίσκεται σε μεταβατικό στάδιο όπου το αλκοόλ εξακολουθεί να παίζει σημαντικό ρόλο, όπως και σε όλες τις κουλτούρες χρήσης αλκοόλ. Από την άλλη πλευρά, ο πληθυσμός αντιδρά έντονα στους νέους τρόπους κατανάλωσης, και το φαινόμενο Botellón είναι πιθανώς το δημοφιλέστερο.

Δεν είναι ακόμα σαφές ποια θα είναι η μακροπρόθεσμη επίδραση από τους νέους τρόπους κατανάλωσης αλκοόλ σε μια κουλτούρα χρήσης αλκοόλ που ακόμα βάζει λίγα όρια στην προσβασιμότητα στο αλκοόλ. Δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία σχετικά με το φαινόμενο Botellón, αλλά αυτός ο νέος τρόπος κατανάλωσης δεν φαίνεται να μειώνεται. Φυσικά, ο τομέας του αλκοόλ ωφελήθηκε από τη δημόσια ανησυχία που προκλήθηκε από την ηρωίνη στη δεκαετία του '80. Κατά συνέπεια όχι μόνο αυξήθηκε η κοινωνική ενημερότητα σχετικά με το αλκοόλ, αλλά τόσο το δίκτυο θεραπείας όσο και οι έρευνες για την κατανάλωση αλκοόλ έχουν βελτιωθεί σημαντικά.

Ωστόσο, η κατάσταση πιθανά δεν είναι τόσο σταθερή, όπως παρουσιάζονται από τις στατιστικές. Θα χρειαστούν μερικά ακόμη χρόνια, για να μπορέσουμε να καταλάβουμε εάν αυτοί οι νέοι τρόποι κατανάλωσης αλκοόλ έχουν ενισχύσει τον κοινωνικό προβληματισμό για το αλκοόλ, ή εάν η κουλτούρα χρήσης αλκοόλ της χώρας έχει γίνει ο τέλειος «πολιτιστικός ζυμός» που θα οδηγήσει πάλι στην αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ μέσω αυτών των νέων τρόπων κατανάλωσης. Η πρόκληση τώρα είναι να δεσμευτούν οι πολιτικοί, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και ο γενικός πληθυσμός με την πρώτη από τις δύο επιλογές.

Παραπομπές

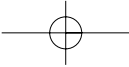
1. Edwards G. Alcohol in the wide world: a series of commissioned editorials. *Addiction* 2005; **100** :145.
2. Séller M., McCormick E. V. *A dictionary of words about alcohol*. New Brunswick, NJ: Publications Division, Rutgers Center of Alcohol Studies. 1982.
3. Gual A., Colom J. Why has alcohol consumption declined in countries of southern europe? *Addiction* 1997; **92** :S21– 31.
4. Commission for Distilled Spirits. *World Drink Trends*, 2004 edn. UK: Biddles Ltd; 2004.
5. Simpura J. Trends in alcohol consumption and drinking patterns: lessons from world-wide development. In: Holder H. D., Edwards G., editors. *Alcohol and public policy: evidence and issues*, Oxford: Oxford University Press; 1995, p. 8–37.
6. Anderson P., Baumberg B. *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
7. Burgos A. *El Mundo de Andalucía*. 1998. Available at: <http://www.antoniburgos.com/mundo/1998/11/re111298.html> [accessed 3 February 2006].
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias*. 2005. Available at: <http://www.msc.es/pnd/observa/pdf/escolar2004.pdf> [accessed 2 February 2006].
9. Ahlström S., Gmel G., Mäkelä P., Näsänen J. Drinking contexts in European countries. In: Bloomfield K., Ahlström S., Allamani A., Beck F., Helmersson K., Bergmark, L. *et al.*, editors. *Gender, culture and alcohol problems: a multi-national study*. Project Final Report. Berlin: Charite Campus Benjamin Franklin; 2005, p. 73–86.
10. Ministerio de Justicia e Interior. *Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España 1995*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1995. Available at: <http://www.msc.es/pnd/observa/html/domici.htm> [accessed 2 February 2006].
11. Ministerio de Justicia e Interior. *Encuesta sobre drogas a la población escolar 1994*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior. 1995 [ISBN 84 150 108 5].
12. Leppänen K., Sullström R., Suoniemi I. Effect of economic factors on alcohol consumption in 14 European countries. *Nord Stud Alcohol Drugs* 2001; **18** :100–11 [English supplement].
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España 2003*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2004.
14. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol*. 2005. Available at: http://www.papps.org/publicaciones/abuso_alcohol.pdf

[accessed 3 March 2006].

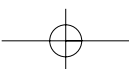
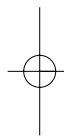
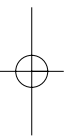
15. Departament de Salut. *Programa Beveu Menys*. Programa Beveu Menys 2001. Available at: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/alcohol/bvms01.htm> [accessed 3 March 2006].
16. Segura L., Gual A., Montserrat O., Bueno A., Colom J. Detección y abordaje los problemas de alcohol en la atención primaria. *De Catalunya. Atención Primaria* 2006; **37** : 484–90.
17. Anderson P., Gual A., Colom J. 2005 *Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005.
18. Gual A., Anderson P., Segura L., Colom J. *Alcohol and primary health care: training programme on identification and brief interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005.
19. Instituto Nacional de Estadística. *Indice de precios al consumo*. 2005. Available at: <http://www.ine.es/daco/ipc.htm> [accessed 3 March 2006].
20. Ministerio de Interior. National plan on drugs, Spanish Observatory on Drugs, Report no. 6, 2003.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ
FOR THE READER

4



92 *Εξαοτήσεις*



NEA ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ - NEWS AND NOTES

Η στήλη αυτή παρουσιάζεται από την Κωνσταντίνα Υφαντή.

Στα Νέα και Γεγονότα αυτού του τεύχους μπορείτε να διαβάσετε για:

- ✓ Τα μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος και τι έχει συμβεί στις χώρες που έχουν ήδη εφαρμοστεί, με δεδομένη την απαγόρευση του καπνίσματος στη χώρα μας, από τον Ιούλιο 2009.
- ✓ Τη νέα μέθοδο για την ανίχνευση 23 ναρκωτικών και φαρμάκων.
- ✓ Το νέο Newsletter του ISAJE, της Διεθνούς Κοινότητας των Εκδοτών Επιστημονικών περιοδικών στο χώρο των Εξαρτήσεων.
- ✓ Νέες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το διαδίκτυο στη χώρα μας.
- ✓ Δύο βιβλιοπαρουσιάσεις τίτλων από την εκδοτική συνεργασία του ΚΕΘΕΑ με τον εκδοτικό οίκο ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ.
- ✓ Συνέδρια σχετικά με τις εξαρτήσεις που θα πραγματοποιηθούν τους προσεχείς μήνες τόσο στην Ελλάδα όσο και το εξωτερικό.

Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΩΡΕΣ

Με αφορμή την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους στην Ελλάδα από τον Ιούλιο του 2009 θα θέλαμε να αναφερθούμε σε κάποια ενδεικτικά στοιχεία, τα οποία αντλήσαμε από το διαδίκτυο, για το τι έχει συμβεί σε άλλες χώρες που έχουν δοκιμάσει το μέτρο. Η απαγόρευση του καπνίσματος αφορά σε χώρους εργασίας και άλλους δημόσιους χώρους και έχει στηριχθεί σε ευρήματα ερευνών που υποδεικνύουν ότι ακόμη και το παθητικό κάπνισμα είναι δυνατό να προκαλέσει προβλήματα υγείας: καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνο, καθώς και άλλα προβλήματα στους πνεύμονες, όπως ακριβώς και στους καπνιστές. Πιο συγκεκριμένα, μελέτη από το Διεθνή Οργανισμό για την Έρευνα για τον Καρκίνο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που δημοσιεύτηκε το 2002, καταλήγει ότι οι μη καπνιστές εκτίθενται στις ίδιες καρκινογόνες ουσίες, όπως ακριβώς οι καπνιστές [1].

Στα τέλη του 20^{ου} αιώνα, όταν τα ευρήματα των ερευνών για το παθητικό κάπνισμα δημοσιεύτηκαν, η βιομηχανία καπνού στόχευε στη διακριτικότητα των καπνιστών μέσα από τη διαφημιστική της καμπάνια. Φοβούμενη τη μείωση των πωλήσεων ενίσχυε μέσα από τη διαφήμιση την ανοχή και την ευγένεια για να ρίξει τους υψηλούς τόνους ανάμεσα στους καπνιστές και τους μη καπνιστές, αποφεύγοντας τις καμπάνιες της απαγόρευσης του καπνίσματος.

Στην Ευρώπη, και συγκεκριμένα στην Ιρλανδία, το Μάρτιο του 2004 απαγορεύτηκε το κάπνισμα στους εργασιακούς χώρους, η οποία ήταν και η πρώτη χώρα που εφάρμοσε το μέτρο αυτό. Στη Νορβηγία η σχετική νομοθεσία εφαρμόστηκε τον Ιούλιο του 2004. Στο Ηνωμένο Βασίλειο ο Νόμος για την απαγόρευση του καπνίσματος και στους δημόσιους χώρους εφαρμόστηκε το 2007. Επίσης, το όριο ηλικίας αγοράς καπνού ανέ-

βηκε από τα 16 στα 18, τον Οκτώβριο του ίδιου χρόνου. Στην Ιταλία οι απαγορεύσεις ισχύουν από τον Ιανουάριο του 2005. Στην Εσθονία τον Ιούνιο του 2007. Στη Γαλλία τον Ιανουάριο του 2008 επεκτάθηκε η απαγόρευση στα μπαρ και στα καφέ. Στη Δανία οι απαγορεύσεις στα μπαρ και στους εσωτερικούς χώρους ίσχυαν από τον Αύγουστο του 2007, ωστόσο με κάποιες εξαιρέσεις για τους μικρούς χώρους, όπου καθιερώθηκαν διαφορετικοί χώροι για καπνιστές και μη. Στη Σουηδία παρόμοια εφαρμογή της απαγόρευσης εφαρμόστηκε από το 2005, ενώ στην Ολλανδία και τη Ρουμανία από τον Ιούλιο του 2008.

Θα αναφερθούμε στη συνέχεια σε μελέτες και έρευνες που αφορούν στα αποτελέσματα από την καμπάνια αυτή που έχει γίνει παγκοσμίως. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι απαγορεύσεις για το κάπνισμα έχουν πολλά οικονομικά και άλλα οφέλη σε θέματα υγείας. Τους πρώτους 18 μήνες αφότου στο Pueblo, του Κολοράντο ίσχυαν οι απαγορεύσεις το 2003, οι εισαγωγές στο Νοσοκομείο για εμφράγματα μειώθηκαν κατά 27%, ενώ σε άλλες γειτονικές πόλεις που δεν εφαρμόστηκαν τα μέτρα, δεν παρατηρήθηκε κάτι ανάλογο [2]. Μια παρόμοια μελέτη στην Μοντάνα, έδειξε μείωση 40% στις εισαγωγές για καρδιαγγειακές παθήσεις [3].

Έρευνες στο University of Dundee στη Σκωτία έδειξαν σημαντική βελτίωση σε εργαζόμενους σε μπαρ, σχετικά με τη λειτουργία των πνευμόνων τους, καθώς και σε όσους έπασχαν από άσθμα [4]. Παρόμοια στοιχεία είχε και μια μελέτη στο Τορίνο της Ιταλίας, όπου δείχνουν ότι μειώθηκαν σημαντικά οι καρδιακές προσβολές, στην πόλη, το οποίο αιτιολογείται από τη μείωση του παθητικού καπνίσματος [5]. Μία καθολική απαγόρευση του καπνίσματος στη Νέα Υόρκη βρέθηκε να έχει προλάβει 3.813 παραπομπές σε νοσοκομείο για καρδιακές παθήσεις το 2004, ενώ σε οικονομικό επίπεδο το όφελος έφτανε στα 56 εκατομμύρια δολάρια για το σύστημα υγείας ανά έτος [6].

Μία άλλη μελέτη έδειξε αύξηση στην πώληση των τσιγάρων στην Ιρλανδία και τη Σκωτία, μετά από την απαγόρευση του καπνίσματος [7], ενώ άλλη δηλώνει το αντίθετο, δηλαδή μείωση των πωλήσεων των τσιγάρων κατά 16% τους πρώτους 6 μήνες μετά την υιοθέτηση των μέτρων [8]. Σε ολόκληρη τη χώρα οι πωλήσεις τσιγάρων μειώθηκαν κατά 11% τον πρώτο μήνα που ίσχυαν τα μέτρα, τον Ιούλιο του 2007, σε σύγκριση με τον Ιούλιο 2006 [9].

Άλλη μελέτη έδειξε ότι το 22% των καπνιστών στην Αγγλία μπορεί να διακόψουν το τσιγάρο ως απάντηση στα μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους. Σε έρευνα που αφορά την απαγόρευση του καπνίσματος στα εστιατόρια φάνηκε ότι τα μέτρα μπορεί να συμβάλουν στο να μη γίνουν οι νέοι καπνιστές στο μέλλον [10]. Στη Μασσαχουσέττη το ίδιο ποσοστό στους νέους κυμαίνόταν στο 35% όσον αφορά τη λιγότερη διάθεση να γίνουν καπνιστές, ποσοστό που παρατηρήθηκε στις πόλεις που ισχύουν οι απαγορεύσεις [11-12].

Μία άλλη έρευνα που έγινε στη Σουηδία από το Ινστιτούτο Karolinska στη Στοκχόλμη έδειξε ότι περισσότερο από το ένα τρίτο των ασθενών που συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος οκτώ εβδομάδων πριν και μετά από προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση κατάφεραν να κόψουν το τσιγάρο, ενώ οι περισσότεροι που συμμετείχαν παρέμειναν μη καπνιστές ένα χρόνο μετά τη λήξη του. Επιπλέον, υπέστησαν τις μισές μετεγχειρητικές επιπλοκές σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν κάποια βοήθεια για να σταματήσουν το κάπνισμα [13].

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συνέταξε μια έκθεση που περιγράφει τις διάφορες πρακτικές, με τις οποίες η βιομηχανία καπνού παρεμβαίνει στην πολιτική ελέγχου του καπνού. Το Νοέμβριο του 2008, 160 έθνη συμφώνησαν στον έλεγχο του καπνίσματος στο πλαίσιο του δικτύου του ΠΟΥ, με στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας από την πολιτική παρεμβάσεων της βιομηχανίας καπνού. Η έκθεση παρέχει επαρκή πληροφόρηση σχετικά με τη βοήθεια στην εφαρμογή των οδηγιών, ενώ περιγράφει τους τρόπους που η βιομηχανία καπνού έχει χρησιμοποιήσει, όπως για παράδειγμα οικονομικούς, διαχείρισης των μέσων ενημέρωσης, με στόχο να μειώσει το κύρος των επιστημονικών ερευνών, καθώς και να επηρεάσει τις κυβερνήσεις με σκοπό την αύξηση των πωλήσεων καπνού. Η έκθεση επίσης περιγράφει πώς η βιομηχανία χρησιμοποιεί τη φιλανθρωπία για να δημιουργήσει μια θετική δημόσια εικόνα με την επίφαση της κοινωνικής ευθύνης. Η νέα Συνθήκη για τον Έλεγχο του Καπνού (Framework Convention on Tobacco Control) καλεί τις κυβερνήσεις να μη δέχονται συνεργασίες με τις καπνο-βιομηχανίες, να μην κάνουν επενδύσεις στη βιομηχανία καπνού, καθώς και να μην επιτρέπουν την παρουσία τους σε επιτροπές για τον έλεγχο του καπνού. «Η συμμαχία όσων πουλούν τσιγάρα» προσπαθεί να τρομοκρατήσει τα μικρά μαγαζιά με στόχο τη διαφήμιση καπνού σε αυτά. Η ομάδα έγινε γνωστή ως δίκτυο που «μπαίνει μπροστά» για τη βιομηχανία καπνού, το περασμένο φθινόπωρο, όταν «πίστηκαν» να ασκούν συγκαλυμμένη πίεση στη Βρετανική Ένωση για την Ιατρική Προστασία (Medical Protection Society) εναντίον της κυβερνητικής πολιτικής για την υγεία [14].

Αυτή είναι μια ενδεικτική εικόνα για ό,τι έχει συμβεί και ό,τι έχουν δείξει οι σχετικές έρευνες μέχρι σήμερα σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος στις διάφορες χώρες.

Παραπομπές

1. *Disparity in Protecting Food Service Staff from Secondhand Smoke Shows Need for Comprehensive Smoke-Free Policies, Say Groups*. Press release. 13 April 2004. http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-20996825_ITM
2. Bartecchi C, Alsever RN, Nevin-Woods C, *et al.* (October 2006). "Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance". *Circulation* **114** (14): 1490–6. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.615245. PMID 17000911. <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/114/14/1490>.
3. Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA (April 2004). "Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study". *BMJ* **328** (7446): 977–80. doi:10.1136/bmj.38055.715683.55. PMID 15066887
4. Menzies D, Nair A, Williamson PA, *et al.* (October 2006). "Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places". *JAMA* **296** (14): 1742–8. doi:10.1001/jama.296.14.1742. PMID 17032987
5. Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L (October 2006). "Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction". *Eur. Heart J.* **27** (20): 2468–72. doi:10.1093/eurheartj/ehl201. PMID 16940340. <http://eurheartj.oxfordjournals.org/cgi/content/full/27/20/2468>.

96 Εξαρτήσεις

6. Juster HR, Loomis BR, Hinman TM, *et al.* (November 2007). "Declines in hospital admissions for acute myocardial infarction in New York state after implementation of a comprehensive smoking ban". *Am J Public Health* **97** (11): 2035–9. doi:10.2105/AJPH.2006.099994. PMID 17901438. <http://www.ajph.org/cgi/content/full/97/11/2035>.
7. "Cigarette sales up 5% despite smoking ban". <http://www.timesonline.co.uk/tol/news/uk/scotland/article601421.ece>.
8. "Cigarette sales drop 7% in a month". http://www.timesonline.co.uk/tol/life_and_style/health/article2295859.ece.
9. BBC Cigarette sales 'slump after ban' 2 October 2007
10. BBC News A fifth of smokers 'plan to quit' 8 March 2006
11. Restaurant smoking bans stop teens getting the habit *New Scientist* Issue 2655, 10 May 2008, page 4
12. Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Hamilton WL, Biener L (May 2008). "Local restaurant smoking regulations and the adolescent smoking initiation process: results of a multilevel contextual analysis among Massachusetts youth". *Arch Pediatr Adolesc Med* **162** (5): 477–83. doi:10.1001/archpedi.162.5.477. PMID 18458195. <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/162/5/477>.
13. *Addiction*, Volume 104, Number 6, June 2009, p.1059
14. *Addiction*, "News and notes", Vol. 104, June 2009

ΤΗ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ 23 ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Μια ομάδα από το πανεπιστήμιο του Santiago de Compostela στην Ισπανία ανέπτυξε μία τεχνική ανίχνευσης της παρουσίας 23 παράνομων ουσιών και φαρμάκων από δείγμα σιέλου. Η μέθοδος, η οποία δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Αναλυτική Βιοαναλυτική Χημεία, έχει ήδη χρησιμοποιηθεί από τη Γενική Διεύθυνση Συγκοινωνιών στην Ισπανία ως μέρος της ευρωπαϊκής μελέτης για τη συχνότητα χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών στους οδηγούς. Το δείγμα συλλέγεται με μια μπατονέτα, η οποία τοποθετείται κάτω από τη γλώσσα για τη συλλογή ποσότητας σιέλου. Μια ενδεικτική ουσία που γίνεται μπλε, όταν ανιχνεύσει ικανοποιητική ποσότητα των ουσιών και στέλνεται στη συνέχεια για ανάλυση. Η μέθοδος αυτή έχει το πλεονέκτημα ότι δεν είναι τόσο παρεμβατική όσο η ανάλυση ούρων και η αιματολογική εξέταση. Επίσης, μπορεί κανείς να παρατηρεί τη συμπεριφορά του ατόμου επί τόπου.

Πηγή: *Addiction*, "News and notes", Vol. 104, Μάιος 2009, σελ.866-868.

ΤΟ ΝΕΟ NEWLETTER ΤΟΥ ISAJE

Η Διεθνής Κοινότητα των Εκδοτών Επιστημονικών Περιοδικών στο χώρο των Εξαρτήσεων (ISAJE) παρουσίασε το νέο ηλεκτρονικό της ενημερωτικό έντυπο με στόχο να αποτελέσει έναν χώρο για συζήτηση και ανταλλαγή ιδεών των μελών της μέσω του διαδικτύου. Το ενημερωτικό αυτό δελτίο θα κυκλοφορεί δύο φορές το χρόνο προωθώντας τις απόψεις και τις προτάσεις των μελών της επιστημονικής κοινότητας.

Μέσα από τα σύντομα άρθρα του σχετικά με τις πηγές και τα οφέλη του ISAJE θα δίνονται και άλλες πληροφορίες σχετικά με άλλους κοινοφελείς οργανισμούς. Επιπλέον, θα περιλαμβάνει επιλογή άρθρων, τα χαρακτηριστικά του προφίλ των περιοδικών, που είναι μέλη της κοινότητας, βιβλιοπαρουσιάσεις, πληροφορίες για διεθνείς συναντήσεις και γεγονότα, καθώς και άλλα νέα σχετικά με το χώρο των εξαρτήσεων.

Για περισσότερες πληροφορίες: www.parint.org

ΝΕΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Από το Σεπτέμβριο του 2008 η Μονάδα Βραχύχρονης Παρέμβασης του ΚΕΘΕΑ ΠΛΕΥΣΗ ξεκίνησε πιλοτικά να προσφέρει υπηρεσίες σε νέους εθισμένους στο διαδίκτυο και στα ηλεκτρονικά παιχνίδια (video games).

Στόχος του προγράμματος του ΚΕΘΕΑ ΠΛΕΥΣΗ είναι να περιοριστεί ο χρόνος που καταναλώνεται μπροστά στον υπολογιστή και στα video games και να μπορέσει ο νέος να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις δυσκολίες της ηλικίας του. Παράλληλα, υποστήριξη προσφέρεται και στο οικογενειακό περιβάλλον, ώστε να μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά προς τέτοιες συμπεριφορές.

Μέσα από το πρόγραμμα επιδιώκεται η ενίσχυση των παραγόντων εκείνων που μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος, πάντα με την υποστήριξη του νέου από την οικογένειά του. Σε αυτό το πλαίσιο ενθαρρύνονται δραστηριότητες, όπως η εκπαίδευση, η συναναστροφή με φίλους, η ενασχόληση με άλλα χόμπι τα οποία μπορεί να τον ενδιαφέρουν. Παράλληλα, ενισχύονται οι δεξιότητες επικοινωνίας του νέου με σημαντικούς άλλους και η αυτό-αποτελεσματικότητά του, ενώ διερευνώνται τυχόν ψυχικές διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με τον εθισμό ή την συμπεριφορά κατάχρησης.

Όσον αφορά στους γονείς, το πρόγραμμα βοηθά στην ενίσχυση του ρόλου τους και των δεξιοτήτων τους (συνεπείς τακτικές πειθαρχίας, γονικός έλεγχος, ενεργητική ακρόαση, δεξιότητες διαπραγμάτευσης), ενώ επιδιώκεται η αποκατάσταση των ορίων και της εσωτερικής ιεραρχίας μέσα στην οικογένεια, η διαμόρφωση σχέσης εμπιστοσύνης με τα παιδιά κ.ά. Τέλος, στόχος του προγράμματος είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση γονέων που έχουν παιδιά στην εφηβεία για την εξάρτηση από το Διαδίκτυο.

Οι υπηρεσίες δίνονται στα πλαίσια της Μονάδας Βραχύχρονης Παρέμβασης μέσω ατομικών, ομαδικών και οικογενειακών συναντήσεων σε εβδομαδιαία βάση με εξατομικευμένα συμβόλαια, βασισμένα στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και στις ανάγκες κάθε οικογένειας.

Το ΚΕΘΕΑ ΠΛΕΥΣΗ λειτουργεί από το 1996 στην Αθήνα, προσφέροντας υπηρεσίες σε νέους που κάνουν πειραματική, περιστασιακή ή συστηματικότερη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, καθώς και στις οικογένειές τους.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνήσουν με το ΚΕΘΕΑ ΠΛΕΥΣΗ στο τηλέφωνο 210 8218883

e-mail: info@kethea-plefsi.gr

site: www.kethea-plefsi.gr

Από τη Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, οργανώθηκε και λειτουργεί ένα εξειδικευμένο κέντρο υποδοχής και αντιμετώπισης της εξάρτησης από το διαδίκτυο, το Τμήμα Παθολογικής Χρήσης Διαδικτύου. Στο τμήμα αυτό μπορούν να απευθυνθούν ενήλικοι, που μπορεί να είναι εξαρτημένοι ή όχι από ουσίες, οι οποίοι έχουν προβληματική σχέση με το διαδίκτυο. Στο πλαίσιο παρέχονται ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, ομάδες τέχνης και σωματικής έκφρασης, καθώς και ομάδες ψυχοεκπαιδευτικού χαρακτήρα.

Παράλληλα έχει δημιουργηθεί μια ομάδα συζήτησης στον ιστότοπο κοινωνικής δικτύωσης facebook με τίτλο «Εξαρτημένοι Ενήλικες από το Διαδίκτυο στην Ελλάδα», με στόχο την ταχύτερη πρόσβαση των ενδιαφερομένων στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Στο πλαίσιο της ηλεκτρονικής διασύνδεσης έχει ήδη δημιουργηθεί κόμβος διασύνδεσης στην ιστοσελίδα της «Ομάδας Δράσης για την Ψηφιακή Ασφάλεια» D.A.R.T. (Digital Awareness & Response to Threats, www.dart.go.gr).

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στα τηλέφωνα: 210- 6448980, 210-6448003, Fax: 210-6448242, στη Διεύθυνση Βουρνάζου 37, Αμπελόκηποι, Τ.Κ. 115 21, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.internetaddiction18ano.wordpress.com

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ

Στο βιβλίο με τίτλο: «Οικογενειακή θεραπεία της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης» των έγκριτων επιστημόνων D.Stanton και T.Todd είναι ένα πολύτιμο βιβλίο για τον ειδικό που ασχολείται με το χώρο της τοξικοεξάρτησης και της οικογενειακής θεραπείας. Δίνεται έμφαση στο ρόλο που παίζει η οικογένεια, καθώς και στην αμοιβαία ευθύνη των μελών της για την καλή λειτουργία ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος και στη συμβολή και υποστήριξη του εξαρτημένου, όταν η οικογένεια τροφοδοτεί και υποστηρίζει τη θεραπευτική του πορεία προς την απεξάρτησή.

Στο εξειδικευμένο αυτό βιβλίο παρουσιάζονται στρατηγικές άρσης των αντιστάσεων της οικογένειας στη συμμετοχή στη θεραπεία του εξαρτημένου μέλους της. Κυρίως παρουσιάζονται δύο μοντέλα: της δομικής οικογενειακής θεραπείας και της στρατηγικής θεραπείας, αλλά και η αλληλεπίδρασή τους.

Στην παρουσίαση συγκεκριμένων περιστατικών από τις οικογενειακές συνεδρίες αναδεικνύονται καλύτερα οι τεχνικές προσέγγισης των οικογενειών στη δύσκολη αυτή φάση. Το βιβλίο αποτελεί σημαντικό βοήθημα στην επίπονη δουλειά του θεραπευτή να δεσμεύσει την οικογένεια στη συμμετοχή στη θεραπεία του εξαρτημένου μέλους της, λαμβάνοντας υπεύθυνο ρόλο στην απεξάρτησή του.

Σημαντικό στοιχείο του βιβλίου είναι και η διάθεση των συγγραφέων να εστιάσουν, πέρα από τη θεραπεία, και στην αποτίμηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεών τους, γεγονός που το καθιστά πρωτότυπο.

Το βιβλίο με τίτλο: «Η δύναμη του μυρμηγκιού» αποτελεί ένα σημαντικό τίτλο στο χώρο των εξαρτήσεων. Ο συγγραφέας, Η. Λυκούδης κατάφερε να συνδυάσει το επιστημονικό και το βιοματικό κομμάτι παρουσιάζοντας και δουλεύοντας με τα βιογραφικά μελών θεραπευτικών κοινοτήτων, με στόχο την κατανόηση του φαινομένου της χρήσης και της τοξικοεξάρτησης και συνεισφέροντας με αυτόν τον τρόπο στην καλύτερη αντιμετώπισή του.

Μέσα από τις αφηγήσεις των ατόμων αναδεικνύονται οι αλλαγές που κάνει το μέλος της θεραπευτικής κοινότητας και πώς αυτές βιώνονται και εκφράζονται από το ίδιο στον αγώνα του να απεξηρτηθεί από τις ουσίες και να ανασυγκροτήσει μια νέα συνεκτική ταυτότητα. Άλλος στόχος είναι μέσα από τη θεραπεία απεξάρτησης να αποκτήσει ένα νέο νόημα ζωής, κοινωνικά αποδεκτό πλέον που θα επιτρέψει την κοινωνική του επανένταξη. Η οπτική του βιβλίου θεωρεί τη θεραπεία απεξάρτησης ως διαδικασία μέσω της οποίας οι χρήστες ουσιών καταφέρνουν να δώσουν νόημα στη ζωής τους.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Στις 2-5 Ιουνίου 2009, πραγματοποιήθηκε στη Χάγη της Ολλανδίας, το 12^ο Συνέδριο της (EFTC) με θέμα: «Ματιές στο Μέλλον». Το ΚΕΘΕΑ εκπροσωπήθηκε από 6 παρουσιάσεις που αφορούσαν θέματα όπως: η διακοπή στη θεραπευτική κοινότητα τις πρώτες 30 ημέρες, η συμμετοχή των μελών στην εξέλιξη της πολιτικής και της καλής πρακτικής στο θεραπευτικό πρόγραμμα, η ανάπτυξη συστήματος αξιολόγησης με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών στο θεραπευτικό πρόγραμμα, η οικονομική αξιολόγηση στη θεραπεία, προοπτικές και προκλήσεις, η εκπαίδευση των επαγγελματιών στην εργασία σε ένα μη σταθερό περιβάλλον, καθώς και δύο παρουσιάσεις που αφορούσαν στις παρεμβάσεις εντός του σωφρονιστικού συστήματος τόσο σε ενήλικες χρήστες φυλακισμένους όσο και σε ανήλικους.

Το 35^ο ετήσιο συνέδριο για την επιδημιολογία από την Κοινότητα Kettil Bruun, πραγματοποιήθηκε στις 1-5 Ιουνίου 2009, στην Κοπεγχάγη, Δανία.

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφτείτε την ιστοσελίδα: <http://www.kbs2009.dk>

Το 19^ο εθνικό συνέδριο της Αγγλίας για τη διακοπή του καπνίσματος πραγματοποιήθηκε στις 22-23 Ιουνίου, στο Λονδίνο.

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφτείτε την ιστοσελίδα: <http://www.uknsc.org>

Το 19^ο ετήσιο συμπόσιο της διεθνούς ερευνητικής κοινότητας για τα κανναβινοειδή, θα πραγματοποιηθεί στις 8-11 Ιουλίου 2009, στο Ιλλινόις, της Αμερικής.

Το τρίτο καλοκαιρινό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για το Αλκοόλ, τα ναρκωτικά και την Εξάρτηση, θα διεξαχθεί στο Άμστερνταμ, της Ολλανδίας, στις 12-24 Ιουλίου 2009. Είναι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα δύο εβδομάδων που υλοποιείται από το Τμήμα Κοινωνικών επι-

100 *Εξαρτήσεις*

στημών του Πανεπιστημίου του Άμστερνταμ, με στόχο την προώθηση της επιστημονικής γνώσης για τις εξαρτήσεις και την παροχή ευκαιριών για διεθνείς δικτύωση των συμμετεχόντων.

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφτείτε την ιστοσελίδα:
<http://www.ishss.uva.nl/addiction>

Το περιοδικό *Εξαρτήσεις* θα λάβει μέρος στη συνάντηση της διεθνούς κοινότητας των εκδοτών επιστημονικών περιοδικών για τις εξαρτήσεις (ISAJE), στην οποία είναι μέλος, που διοργανώνει τη συνάντηση στην Τεργέστη, της Ιταλίας, στις 24-27 Σεπτεμβρίου 2009.

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφτείτε την ιστοσελίδα:
<http://www.theoffice.it/isaje09>

Το 6^ο ετήσιο συνέδριο του διεθνούς δικτύου βραχύχρονων παρεμβάσεων για τα προβλήματα με το αλκοόλ, (INEBRIA) θα διεξαχθεί στο Gateshead, της Αγγλίας, από 7-9 Οκτωβρίου 2009.

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφτείτε την ιστοσελίδα:
<http://www.inebria2009.co.uk>

Η κοινότητα Kettil Bruun θα διεξάγει τη θεματική της συνάντηση με θέμα: Επεισοδιακή υπερβολική χρήση ανάμεσα σε ανήλικους, στις 10-12 Δεκεμβρίου 2009, στη Nijmegen της Ολλανδίας. Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση: j.berns@fb.ru.nl

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

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

ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

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

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

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

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

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

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

(δ) έχουν τηρηθεί όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας που αφορούν στην προστασία των πελατών ή των συμμετεχόντων στις έρευνες και στα πειράματα με ζώα.

Στη δήλωση πρέπει, επίσης, να αναφέρονται ρητώς οι πηγές χρηματοδότησης, άμεσης και έμμεσης, καθώς και οποιαδήποτε σχέση με φαρμακευ-

τικές βιομηχανίες, καπνοβιομηχανίες και βιομηχανίες παραγωγής αλκοόλ.

Σχετικά με τα σημεία (α) και (β): εάν στοιχεία από τη συγκεκριμένη έρευνα παρουσιάζονται σε περισσότερες από μία δημοσιεύσεις, αυτό θα πρέπει να αναφερθεί στο άρθρο και/ή σε επιστολή προς τον εκδότη με σαφή επεξήγηση των διαφορών που υπάρχουν στο άρθρο και με συνημμένα αντίτυπα όλων των κειμένων στα οποία αναφέρεται η συγκεκριμένη έρευνα.

Εάν, σε οποιοδήποτε στάδιο, οι συγγραφείς αποφασίσουν να αποσύρουν το άρθρο τους, καλούνται να ενημερώσουν εγκαίρως και εγγράφως τον εκδότη.

ΕΚΤΑΣΗ

Οι συγγραφείς πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο συνοπτικοί και στην περίπτωση που ο περιορισμός του άρθρου κριθεί σκόπιμος για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας, το θέμα θα συζητηθεί με τον εκδότη. Η συνολική έκταση του άρθρου θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 6000-8000 λέξεων. Η παρουσίαση περιστατικών είναι αποδεκτή αλλά δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να υπερβαίνει τις 2000 λέξεις. Οι επιστολές δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τις 600 λέξεις.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΗ

Η υποβολή των εγγράφων πρέπει να γίνεται σε ηλεκτρονική μορφή, δισκέτα, ή CD. Θα πρέπει να είναι με γραμματοσειρά 12 στιγμών, διπλό διάστημα και περιθώρια τουλάχιστον 25 mm. Στην πρώτη σελίδα θα πρέπει να αναγράφεται ο τίτλος του άρθρου, ο οποίος δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 45 χαρακτήρες, τα ονόματα των συγγραφέων, ο χώρος και η διεύθυνση διεξαγωγής της εργασίας και

η πλήρης ταχυδρομική διεύθυνση του συγγραφέα στον οποίο θα αποσταλούν τα σχόλια, η σχετική αλληλογραφία και τα αντίτυπα της έκδοσης. Στο κάτω μέρος της σελίδας του τίτλου παρακαλείστε να αναφέρετε το συνολικό αριθμό λέξεων του άρθρου. Στη δεύτερη σελίδα θα αναγράφονται μόνο ο τίτλος και τα ονόματα των συγγραφέων και η περίληψη. Ολόκληρο το άρθρο, συμπεριλαμβανομένων των παραπομπών, πινάκων, στοιχείων, και λοιπού υλικού, θα πρέπει να έχει συνεχή αρίθμηση από την πρώτη σελίδα του τίτλου ως το τέλος. Επίσης, είναι σκόπιμο να αποφεύγονται οι υποσημειώσεις, όπου είναι δυνατόν.

Μπορείτε να στείλετε το άρθρο σας ταχυδρομικά στην ακόλουθη διεύθυνση:

Για το Περιοδικό Εξαρτήσεις
ΚΕΘΕΑ
Σορβόλου 24,
116 36 Αθήνα
ή με email: exartisis@kethea.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όταν πρόκειται για ερευνητικά άρθρα οι περιλήψεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν τις ακόλουθες ενότητες: Στόχοι, Σχεδιασμός, Πλαίσιο/Χώρος, Συμμετέχοντες, Παρέμβαση (για τις πειραματικές δοκιμές μόνο), Μετρήσεις, Ευρήματα και Συμπεράσματα. Τα συμπεράσματα πρέπει να αναφέρονται με σαφήνεια, επειδή αυτά θα καθορίσουν σε μεγάλο μέρος την απόφαση του εκδότη. Κάθε εύρημα θα αποτιμηθεί σύμφωνα με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Όσον αφορά άλλου είδους κείμενα, δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι κανόνες για τη δομή των περιλήψεων, αλλά πρέπει να είναι εμφανή τα συμπεράσματα της αποτίμησης, καθώς αυτά θα αποτελέσουν κεντρικό θέμα στη διαδικασία του σχολιασμού. Οι περιλήψεις δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν συνήθως τις 250 λέξεις. Λέξεις κλειδιά θα πρέπει να αναφέρονται στο τέλος κάθε περιλήψης. Οι περιλήψεις θα πρέπει να αποστέλλονται στα ελληνικά και στα αγγλικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

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

στημα *Vancouver*. Όταν ακολουθείται το σύστημα *Harvard*, στις παραπομπές πρέπει να τηρούνται τα ακόλουθα: πρώτο το όνομα του συγγραφέα, ακολουθεί η χρονολογία δημοσίευσης σε παρένθεση π.χ. *Smith (1984)*. Εάν οι συγγραφείς είναι έως τρεις π.χ. *Smith, Green & Jones (1984)*, τότε στην πρώτη παραπομπή αναφέρονται και οι τρεις, ενώ στις υπόλοιπες αναφέρεται *Smith et.al. (1984)*. Στην περίπτωση που οι συγγραφείς είναι περισσότεροι από τρεις, τότε σε όλες τις παραπομπές αναγράφεται: *Smith et.al. (1984)*. Εάν υπάρχουν πολλές δημοσιεύσεις από τους ίδιους συγγραφείς μέσα στο ίδιο έτος, οι παραπομπές πρέπει να περιέχουν (α) (β) (γ) κ.λπ. μετά τη χρονολογία δημοσίευσης. Οι παραπομπές παρατίθενται στο τέλος του άρθρου με αλφαβητική σειρά, π.χ.:

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

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

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

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

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

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

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

βλία και έντυπα στα οποία είναι δυνατή η πρόσβαση δια μέσου των συνηθισμένων βιβλιογραφικών πηγών. Όταν πρόκειται για ξενόγλωσσα άρθρα ή βιβλία, θα πρέπει να δίνεται ο τίτλος και στα ελληνικά σε παρένθεση μετά τον πρωτότυπο τίτλο.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ

Οι απεικονίσεις δεν πρέπει να είναι ενταγμένες στο κείμενο, αλλά θα πρέπει να κατατεθούν χωριστά στο τέλος με το όνομα του συγγραφέα και με σχετική αρίθμηση. Όλες οι φωτογραφίες, τα γραφήματα και τα διαγράμματα θα αναφέρονται ως «σχήματα» και θα πρέπει να έχουν διαδοχική καταχώρηση στο κείμενο με αριθμούς (π.χ. Σχήμα 1, Σχήμα 2). Η θέση των σχημάτων μέσα στο κείμενο θα πρέπει να υποδεικνύεται σαφώς. Οι τίτλοι για όλα τα σχήματα θα πρέπει να αναγράφονται σε χωριστή σελίδα. Στους τίτλους θα πρέπει, επίσης, να συμπεριλαμβάνονται και επεξηγήσεις για όλα τα σύμβολα που χρησιμοποιούνται.

ΠΙΝΑΚΕΣ

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

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

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

ημέρες από την παραλαβή τους.

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

Ο εκδότης και ο αναπληρωτής διατηρούν το δικαίωμα να επιστρέψουν κάποιο άρθρο πριν ακόμη φτάσει στους σχολιαστές, εάν κρίνουν πως το περιεχόμενό του δεν είναι κατάλληλο για το περιοδικό εξ' αιτίας μεθοδολογικών περιορισμών, θεματολογίας ή προβλημάτων στην παρουσίαση των στοιχείων.

ΑΝΤΙΤΥΠΑ

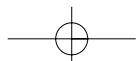
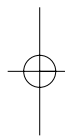
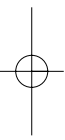
Ένα αντίτυπο του περιοδικού, που περιέχει το άρθρο, θα αποσταλεί στον κύριο συγγραφέα περίπου τρεις εβδομάδες μετά την έκδοση του τεύχους.

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ/ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

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



104 *Εξαρτήσεις*

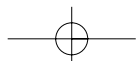
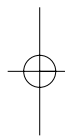
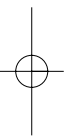


ΤΟ ΔΕΚΑΤΟΠΕΜΠΤΟ ΤΕΥΧΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ
ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΤΟΝ ΙΟΥΝΙΟ ΤΟΥ 2009
ΣΕ 550 ΑΝΤΙΤΥΠΑ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ
ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
(ΚΕΘΕΑ)
ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ

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



106 *Εξαρτήσεις*



Δελτίο Παραγγελίας

Θα ήθελα συνδρομή στο περιοδικό *Εξαρτήσεις* (ISSN 1109-5350) για το έτος 200.... (2 τεύχη)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση:

Πόλη: Τ.Κ.: Χώρα:

Τηλέφωνο: Fax: E-mail:

ΕΙΔΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ

Ετήσια ατομική συνδρομή € 15,00

Ετήσια συνδρομή φορέων € 20,00

Ετήσια φοιτητική συνδρομή € 10,00

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Με ταχυδρομική επιταγή

Με τραπεζική επιταγή στο όνομα ΚΕΘΕΑ

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

Με κάρτα πληρωμής

Όνοματεπώνυμο:

Επιλέξτε τύπο κάρτας:

Mastercard VISA

Αριθμός κάρτας: Ημερομηνία λήξης:

Υπογραφή

Όσοι επιθυμείτε την έκδοση τιμολογίου παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο:

ΑΦΜ: ΔΟΥ:

Διεύθυνση:

Πόλη: Τ.Κ.: Χώρα:

Τηλέφωνο:

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

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

Order Form

Please enter my subscription to Exartisis (ISSN 1109-5350) for 200..... (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:

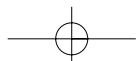
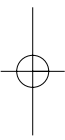
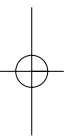
Address:

City/Town: Postal Code: Country:

Telephone:

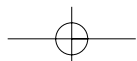
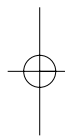
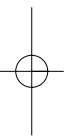
This order form as well as the receipt from the bank have to be sent to the following address:
KETHEA - Exartisis, 24, Sorvolou str., Athens 116 36, Greece

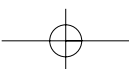
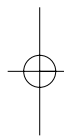
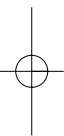
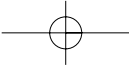
For any additional information you can call at +30 210 9241993-6, send a fax at +30 210 9241986, or email: exartisis@kethea.gr





110 *Εξαρτήσεις*





ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

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

MANAGEMENT AND CIRCULATION

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

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ (30/06/2009)

Συνολικός αριθμός αντιτύπων	700
Αποστολές	530
Συνδρομές	399
Δωρεάν Διανομή	111
Βιβλιοθήκη ΚΕΘΕΑ	20
Ποσοστό ζήτησης	75%

CIRCULATION (30/06/09)

Total number of copies printed	700
Distribution	530
Subscriptions	399
Free distribution	111
KETHEA Library	20
Percent of requested circulation	75%