



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

# ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Αποτίμηση Αποτελεσματικότητας Προγράμματος Εφήβων Χρηστών*

Βασίλης Χρυσάνθου

Επιβλέπων Καθηγητής  
Μιχάλης Τάλιας

Ιούλιος 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

---

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Αποτίμηση Αποτελεσματικότητας Προγράμματος Εφήβων Χρηστών*

Βασίλης Χρυσάνθου

Επιβλέπων Καθηγητής

Μιχάλης Τάλιας

Ιούλιος 2013

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>V</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>VI</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ – ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>1</b>
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	3
1.3 ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ .....	4
1.3.1 <i>Ψυχοτρόπες ουσίες</i> .....	4
1.3.2 <i>Χρήση – Κατάχρηση – Εθισμός – Εξάρτηση</i> .....	4
1.3.3 <i>Πορεία στην χρήση</i> .....	7
1.3.4 <i>Θεραπεία</i> .....	8
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ</b> .....	<b>9</b>
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	9
2.2. ΤΟ ΣΥΝΕΧΕΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΕΦΗΒΟΥΣ / ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ .....	11
2.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ .....	14
2.3.1 <i>Ανοικτά Θεραπευτικά Προγράμματα</i> .....	15
2.3.2 <i>Προγράμματα εφήβων και νεαρών ενηλίκων χρηστών</i> .....	16
2.3.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «FRED GOES NET» .....	16
2.4 ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (EVALUATION).....	18
2.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ .....	21
2.5.1 <i>Χρήση κάνναβης στους νεαρούς ενήλικες (έτος αναφοράς 2011)</i> .....	21
2.5.2 <i>Χρήση μεταξύ μαθητών</i> .....	23
2.5.3 <i>Διεθνείς συγκρίσεις</i> .....	24
2.6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ .....	25
2.7 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ .....	26
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....	<b>35</b>
3.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ .....	35
3.1.1 <i>Δείγμα</i> .....	35
3.1.2 <i>Εργαλεία συλλογής δεδομένων</i> .....	36
<i>Αξιοπιστία και Εγκυρότητα του Εργαλείου</i> .....	38
3.2 ΗΘΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ .....	38
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>39</b>
4.1 ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 1ΗΣ ΦΑΣΗΣ .....	39
4.2 ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2 <sup>ΗΣ</sup> ΦΑΣΗΣ .....	48
4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ .....	55
5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	58
5.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	70
5.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	72
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>74</b>
ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....	74
ΞΕΝΗ .....	77
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b> .....	<b>85</b>
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΆΔΕΙΑ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....	86
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΆΔΕΙΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΒΙΟΨΗΦΗΣ ΚΥΠΡΟΥ .....	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: ΈΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ .....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ .....	90

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Το συνεχές της εμπειρίας της χρήσης .....	19
Πίνακας 2: Επικράτηση της κάνναβης στον νεανικό πληθυσμό.....	29
Πίνακας 3: Κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία.....	46
Πίνακας 4: Χρήση ουσιών.....	48
Πίνακας 5:Χρήση αλκοόλ.....	49
Πίνακας 6:Ψυχική κατάσταση.....	50
Πίνακας 7:Ψυχοσυναισθηματικές εκδηλώσεις.....	51
Πίνακας 8:Κοινωνική κατάσταση.....	52
Πίνακας 9:Οικογενειακό σύστημα.....	53
Πίνακας 10:Παραβατική συμπεριφορά.....	54
Πίνακας 11: Χρήση ουσιών κατά την επανεξέταση.....	55
Πίνακας 12: Χρήση αλκοόλ κατά την επανεξέταση.....	57
Πίνακας 13: Ψυχοσυναισθηματικές εκδηλώσεις κατά την επανεξέταση.....	58
Πίνακας 14: Κοινωνική κατάσταση κατά την επανεξέταση.....	59
Πίνακας 15: Οικογενειακό σύστημα κατά την επανεξέταση.....	60
Πίνακας 16: Ικανοποίηση από το πρόγραμμα.....	61
Πίνακας 16: Σημαντικότητα Προγράμματος σε σχέση με την χρήση.....	63
Πίνακας 17: Σημαντικότητα Προγράμματος σε σχέση με την χρήση αλκοόλ....	64

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η χρήση ουσιών στην εφηβεία αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο και δεν υπάρχει ένα μοναδικό προφίλ έφηβου που να προσδιορίζει τον «έφηβο χρήστη». Τα προγράμματα εφήβων και νεαρών ενηλίκων αποτελούν μια ειδική κατηγορία προγραμμάτων με τα δικά τους χαρακτηριστικά τα οποία είναι προσαρμοσμένα στην ξεχωριστή ηλικιακή ομάδα.. Δεδομένου ότι ο στόχος των προγραμμάτων είναι η επιθυμητή και εσκεμμένη αλλαγή στη συμπεριφορά του χρήστη το βασικό ερώτημα που τίθεται λοιπόν είναι το «σε ποίο βαθμό έχει επιτευχθεί η αλλαγή αυτή;».

**Σκοπός:** Βασικός σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος «Fred goes Net» το οποίο απευθύνεται σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες χρήστες ουσιών ηλικίας 14 – 22 ετών.

**Μεθοδολογία:** Η έρευνα αποτελεσματικότητας έχει διεξαχθεί σύμφωνα με την τεχνική της επανεξέτασης (follow up study) και το δείγμα αποτελούν τα άτομα τα οποία (N=75) τα οποία έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα κατά το έτος 2012. Τα δεδομένα της επανεξέτασης λήφθηκαν έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν διατήρηση των θετικών αλλαγών ως προς την χρήση ουσιών με ποσοστό 84,3% να δηλώνει αποχή από την χρήση κατά την επαναληπτική συνέντευξη. Θετικές αλλαγές διαπιστώθηκαν στον τομέα της παραβατικής συμπεριφοράς, της ψυχικής κατάστασης και των κοινωνικών σχέσεων. Δεν διαπιστώθηκαν ιδιαίτερες αλλαγές στο οικογενειακό σύστημα και στην κατανάλωση αλκοόλ

**Συμπεράσματα:** Το συγκεκριμένο πρόγραμμα φαίνεται να επιτυχαίνει τον βασικό του στόχο ο οποίος είναι η διακοπή της χρήσης από οποιαδήποτε παράνομη ουσία και η διατήρηση της αποχής αλλά ίσως να απαιτείται επανασχεδιασμός των παρεμβάσεων οι οποίες αφορούν το αλκοόλ. Επίσης διαφαίνεται η ανάγκη για μια πιο συνθετική διερεύνηση κατά την επανεξέταση, με τον εμπλουτισμό των διαδικασιών με ποιοτικές μεθόδους έρευνας.

## Summary

**Background** Adolescent substance use represents a manifold phenomenon and does not have a solitary adolescent profile determining the ‘adolescent user’. The programs for adolescents and young adults represent a unique category of programs with their personal characteristics, which are adjusted in this distinct age group. Considering the main aim of the programs which is the desirable and deliberate change in behaviour, the basic question in effect is as to “in what degree has change been attained”.

**Aim** The basic aim of the research is to examine the effectiveness of the “FreD goes Net” program, which addresses adolescents and young adult substance users in the age of 14 – 22.

**Methods** The effectiveness research has been conducted according to the techniques of follow up studies and the sample consists of individuals that (N=75) have completed the program during the year of 2012. The follow up data were obtained six months after the completion of the program.

**Results** The results indicated retention of positive changes as far as substance use with the percentage of 84,3% reporting abstinence from substance use during the follow up interview. Positive changes were established in the area of challenging behavior, of mental status and of social relationships. No particular changes as far as family systems and alcohol use were established.

**Conclusions** The particular program seems to accomplish its basic aim which is the abstinent from any illegal substance and the maintenance of abstinence; however a reconstruction of interventions concerning alcohol is indicated. The need for a more synthetic evaluation during follow up is revealed, with the enrichment of procedures with qualitative research methods.



# Κεφάλαιο Πρώτο – Εισαγωγή

## 1.1 Εισαγωγή

Η χρήση ουσιών στην εφηβεία αποτελεί ένα πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Δεν υπάρχει ένα μοναδικό προφίλ έφηβου που να προσδιορίζει τον «έφηβο χρήστη» αφού η χρήση εμφανίζεται σε όλα τα κοινωνικά, πολιτισμικά, οικονομικά επίπεδα στα οποία οι έφηβοι ζουν και δραστηριοποιούνται. Ο έφηβος χρήστης διαφέρει από τον ενήλικα χρήστη σε πάρα πολλούς τομείς όπως οι τρόποι και η συχνότητα της χρήσης, η πορεία στη χρήση όπως επίσης και στις επιπτώσεις της χρήσης στην ζωή του (Γεωργάκας 2007, Καλαρρύτες 2004, Μάτσα 2001, Muisener 1994).

Η διαφορετικότητα του προφίλ των εφήβων αλλά και νεαρών ενηλίκων αναγνωρίστηκε μέσα από τα προγράμματα θεραπείας, έτσι οι διάφοροι οργανισμοί και υπηρεσίες προχώρησαν στην δημιουργία ειδικών και ξεχωριστών προγραμμάτων και παρεμβάσεων τα οποία απευθύνονται στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Τα προγράμματα τα οποία απευθύνονται σε έφηβους διαφέρουν από αυτά των ενηλίκων τόσο σε χρονική διάρκεια όσο σε ένταση αλλά και περιεχόμενο. Η διαφοροποίηση αυτή εφαρμόζεται στα προγράμματα και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις των εφήβων αφού η βαρύτητα της χρήσης, η νοηματοδότησή της και οι επιπτώσεις της καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό, σε συνδυασμό με άλλες παραμέτρους, την τοποθέτηση του κάθε εφήβου ή νεαρού ενήλικα στην καταλληλότερη υπό τις περιστάσεις θεραπευτική παρέμβαση (Καλαρρύτες 2004, Winters 1999, Muisener 1994, Nowinski 1990).

Τα προγράμματα θεραπείας στον τομέα της χρήσης ουσιών αποτελούν οργανισμούς κοινωνικής φροντίδας, επίκεντρο των οποίων είναι ο άνθρωπος και κατά συνέπεια, το μέτρο επιτυχίας δεν είναι το οικονομικό κέρδος αλλά η αλλαγή στη συμπεριφορά του εξυπηρετούμενου, μια αλλαγή και προσαρμογή στη ζωή του ανθρώπου, το ευ ζην των ατόμων που εξυπηρετούν και η βελτίωση των σχέσεων στην κοινωνία (Ιατρίδης 2005). Δεδομένου ότι ο τελικός στόχος είναι η επιθυμητή και εσκεμμένη αλλαγή στη συμπεριφορά του εξυπηρετούμενου το βασικό ερώτημα που τίθεται λοιπόν είναι το «σε ποίο βαθμό έχει επιτευχθεί η αλλαγή αυτή;».

Στην προκειμένη περίπτωση υπάρχουν αρκετοί ενδιαφερόμενοι που θα ήθελαν απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα. Και επειδή δεν υπάρχει μια και μόνο ενδιαφερόμενη ομάδα, δεν υπάρχει ούτε και μόνο μια απάντηση, ενώ όπως προσθέτουν και οι Checinski & Ghodse (2004) οι

προσδοκίες του κάθε ενδιαφερόμενου συνδέονται με την ερμηνεία του, τόσο για τα «θετικά» όσο και για τα «αρνητικά» αποτελέσματα.

Αναμφίβολα τίθενται ερωτήματα σχετικά με τα κριτήρια για την αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής παρέμβασης. Η αποχή από τη χρήση ουσιών αποτελεί το βασικότερο (και πολλές φορές το μοναδικό) από τα κριτήρια αποτελεσματικότητας ενός θεραπευτικού προγράμματος ή παρέμβασης (Merino 1999, Πουλόπουλος 2005).

Με δεδομένο πως η έκβαση της θεραπείας/παρέμβασης εξαρτάται από πολλαπλά στοιχεία και παράγοντες (Γεωργάκας 2007, Πουλόπουλος 2005, Μάτσα 2001) η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας αξιολογεί το βαθμό επίδρασης της όποιας θεραπευτικής παρέμβασης πέραν από τη χρήση ουσιών σε διάφορους τομείς της ζωής του ατόμου μετά από την απομάκρυνση τους από τη θεραπεία (Γαζγαλίδης 2003, Αγραφιώτης & Καμπριανή 2002). Ο McLellan και συνεργάτες (2005) καθόρισαν τέσσερις τομείς οι οποίοι αποτελούν τις βασικές ενδείξεις της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και που περιλαμβάνουν την αποχή ή μείωση της χρήσης, τη βελτίωση και ανάπτυξη της σωματικής και ψυχικής υγείας, τη βελτίωση στην κοινωνική λειτουργικότητα και τη μείωση της απειλής στη δημόσια υγεία και ασφάλεια.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος που απευθύνεται σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες χρήστες ουσιών. Η αποτελεσματικότητα προσεγγίζεται στον άξονα της αποχής από τη χρήση και δευτερευόντως στους υπόλοιπους τομείς όπως αναφέρθηκαν πιο πάνω.

## **1.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας**

Βασικός σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος «Fred goes Net» το οποίο απευθύνεται σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες χρήστες ουσιών ηλικίας 14 – 22 ετών.

Ως δείκτες αποτελεσματικότητας καθορίστηκαν με σειρά προτεραιότητας οι ακόλουθοι, οι οποίοι αποτελούν και ουσιαστικά τους βασικούς στόχους του προγράμματος.

### **Βασικοί δείκτες**

Η πλήρης αποχή από παράνομες ουσίες

Η μείωση στα ποσοστά χρήσης αλκοόλ

### **Συμπληρωματικοί δείκτες**

Η πλήρης αποχή από παραβατικές συμπεριφορές και καμία σύλληψη για οποιοδήποτε αδίκημα

Βελτίωση ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης

Βελτίωση κοινωνικής λειτουργικότητας

### **Ερευνητική υπόθεση – Αναμενόμενα αποτελέσματα**

Η ερευνητική εργασία ξεκινάει με την παραδοχή – υπόθεση ότι η θεραπευτική παρέμβαση στα πλαίσια του συγκεκριμένου προγράμματος είναι αποτελεσματική όσον αφορά το κατά πόσο υπάρχουν θετικές αλλαγές τους πιο πάνω δείκτες έξι μήνες μετά από την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος.

## 1.3 Βασικές έννοιες και ορισμοί

### 1.3.1 Ψυχοτρόπες ουσίες

Οι όροι «ναρκωτικά» και «ψυχοτρόπες ουσίες» χρησιμοποιούνται εναλλακτικά έχοντας ταυτόσημο εννοιολογικό περιεχόμενο με προτιμότερο όμως επιστημονικά τον δεύτερο.

Με τον όρο ναρκωτικά νοούνται γενικά ουσίες με διαφορετική χημική δομή και διαφορετική δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, από διεγερτική μέχρι κατασταλτική, αλλά με κοινό γνώρισμα την ιδιότητα να μεταβάλλουν τη σωματική και την ψυχική κατάσταση του ατόμου (Λιάππας 2004). Ο όρος «ναρκωτικά» δεν ανταποκρίνεται με ακρίβεια στις ουσίες αυτές, διότι άλλες έχουν κατασταλτική επίδραση πχ αλκοόλ – υπνωτικά και άλλες διεγερτική, κοκαΐνη – αμφεταμίνες (Γεωργάκας 2007). Ο όρος «ψυχοτρόπος» ή «ψυχοδραστικές» ουσίες αντικατέστησε τον όρο «εξαρτησιογόνες ουσίες». Πρόκειται για έναν ακριβέστερο όρο αφού στην έννοια του υπάγεται κάθε ουσία η οποία λαμβανόμενη από οποιαδήποτε οδό του σώματος θα μεταβάλει την ψυχική λειτουργία του χρήστη τόσο στο επίπεδο της νοητικής σφαίρας όσο και στο επίπεδο του συναισθήματος (Μαρσέλλος 1997).

Σύμφωνα με τα «Στοιχεία για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες» του ΕΠΙΨΥ – ΟΚΑΝΑ (2000:11), *«Ψυχοτρόπος ουσία είναι κάθε φυσική, ημισυνθετική ή και συνθετική ουσία που επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από κάποιο άτομο για να αλλάξει η διάθεσή του».*

### 1.3.2 Χρήση – Κατάχρηση – Εθισμός – Εξάρτηση

Έννοιες πολύ διαφορετικές μεταξύ τους που τις περισσότερες φορές συνυπάρχουν αλλά δε συμπίπτουν είναι η «χρήση», «κατάχρηση», «εθισμός» (addiction) και «εξάρτηση» (dependence). Οι έννοιες αυτές αποτελούν ουσιαστικά διαφορετικά στάδια της σταδιοδρομίας κάποιου χρήστη αλλά αυτό δεν τις καθιστά και ταυτόσημες (Γεωργάκας 2002). Επιπλέον όπως αναφέρει ο Πουλόπουλος (2005) η έννοια «χρήστης» χρησιμοποιείται ευρέως και πολλαπλώς και συμπεριλαμβάνει από έφηβους περιστασιακούς χρήστες μέχρι και χρόνια εξαρτημένους.

#### Χρήση ουσιών

Πρόκειται για μια απλή, δοκιμαστική ή περιστασιακή λήψη ουσιών που πολλές φορές αποτελεί μια αρκετά συνηθισμένη κατάσταση, η οποία δε σχετίζεται υποχρεωτικά με πορεία προς την κατάχρηση ή εξάρτηση (Γεωργάκας 2007, Λιάππας 2004).

## **Κατάχρηση**

Ως κατάχρηση ορίζεται ως ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε σημαντική έκπτωση σε βασικούς τομείς της ζωής του χρήστη (Λιάππας 2004). Ο Pham-Kanter (2001) υποστηρίζει πως βασικό στοιχείο της κατάχρησης αποτελεί η εξελικτική βλάβη στην υγεία του χρήστη (σωματική και ψυχική) καθώς και η πρόκληση ανεπιθύμητων επιπτώσεων σε τρίτους.

Παρόμοια και το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, DSM-IV καθορίζει ως διαταραχή την κατάχρηση ουσιών την οποία κατατάσσει στην κατηγορία των διαταραχών σχετιζόμενες με ουσίες κάτω από την ονομασία «Διαταραχή κατάχρησης ουσιών» της οποίας το βασικό χαρακτηριστικό είναι ο δυσπροσαρμοστικός τρόπος χρήσης κάποιας ουσίας που εκδηλώνεται με υποτροπιάζουσες και αρνητικές συνέπειες και που προέρχονται από την χρήση της ουσίας (Μανος 1997).

## **Εθισμός (Addiction) ή/και Εξάρτηση (dependence)**

Ο εθισμός (Addiction) και η εξάρτηση (dependence) αποτελούν δυο έννοιες που συνήθως συνυπάρχουν, ταυτίζονται αλλά αποτελούν και στοιχείο διαφωνίας και συζητήσεων για την ορθότητα τους ανάμεσα στους επαγγελματίες στον τομέα αντιμετώπισης της χρήσης ουσιών αλλά και άλλων επαγγελματιών ή ομάδων επιστημών (Foddy, 2012, O'Brian, 2012).

Ο εθισμός αποτελεί ίσως την πιο δυσνόητη ή πολύπλοκη ως προς τον εννοιολογικό καθορισμό της έννοια αφού πολλές φορές και ειδικά στην Ελληνική η λέξη addiction αποδίδεται ως εξάρτηση. Σύμφωνα με τη Μάτσα (2001) η λέξη «addiction» προέρχεται από το λατινικό *addicere* που σημαίνει επιδικάζω και *addictus* είναι ο υποβιβασμένος στην κατάσταση του σκλάβου, αυτός που έχει υποθηκεύσει το ίδιο το σώμα του ενώ επικαλούμενη τον Olivenstein ο οποίος προχώρησε σε διάκριση των εννοιών «addiction» και «dependence» διευκρινίζοντας πως με την έννοια «addiction» αναφερόμαστε γενικότερα σε συμπεριφορές γενικότερα όπως ο τζόγος, το σεξ κτλ αλλά που δεν είναι ταυτόσημη με την «dependence», εξάρτηση ή τοξικομανία που συνδέεται με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

Ο Goodman (1990) ορίζει τον εθισμό ως διαδικασία συμπεριφοράς μέσα από την οποία επιδιώκεται να προκληθεί ευχαρίστηση ή να απαλύνει την αίσθηση της εσωτερικής δυσφορίας και η οποία χαρακτηρίζεται από την επαναλαμβανόμενη αποτυχία ελέγχου της συμπεριφοράς

και την συνέχιση της συμπεριφοράς παρά τις αρνητικές συνέπειες. Στο ίδιο πρότυπο ο Walters (1999) καθόρισε τέσσερα βασικά στοιχεία του εθισμού: α) τη συνεχή ενασχόληση με τη συμπεριφορά, β) τη συνεχιζόμενη εξέλιξη της συμπεριφοράς, γ) την αίσθηση του μειωμένου ελέγχου πάνω στη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Οι Larkin & Griffiths (2002) επίσης προσεγγίζουν τον όρο «addiction» ως διαδικασία μιας σειράς πράξεων και εμπειριών που αναπτύσσεται μέσα από ένα πολυσύνθετο σύστημα παραγόντων υποστηρίζοντας ταυτόχρονα πως ο εθισμός αποτελεί μια κοινωνικο-πολιτιστική κατασκευή.

Το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, DSM-IV καθορίζει ως διαταραχή την εξάρτηση από ουσίες την οποία κατατάσσει στην κατηγορία των διαταραχών σχετιζόμενες με ουσίες κάτω από την ονομασία «εξάρτηση από ουσίες» (dependence). Το βασικό χαρακτηριστικό της εξάρτησης είναι ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων, που δείχνουν ότι το άτομο συνεχίζει τη χρήση της ουσίας παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων τα οποία σχετίζονται με την λήψη της. Τα βασικά κριτήρια της εξάρτησης από ουσίες είναι η ανοχή, το στερητικό σύνδρομο ή η καταναγκαστική συμπεριφορά για λήψη της ουσίας (Μάνος 1997).

Σύμφωνα όμως με τον O'Brian (2012) υπάρχει μια φυσιολογική σωματική αντίδραση που ονομάζεται «σωματική εξάρτηση» και παράλληλα ο «εθισμός» που περιγράφει και αναφέρεται τη συμπεριφορά αναζήτησης ουσιών και που αναφέρεται ως «εξάρτηση» στο DSM. Στην 5<sup>η</sup> αναθεώρηση του εγχειριδίου που αναμένεται μέσα στο 2013, έχουν προταθεί αλλαγές στην ορολογία και η συγκεκριμένη ενότητα ονομάστηκε «εθισμός και σχετικές διαταραχές» στην οποία έχει ενταχθεί και ο παθολογικός τζόγος ως εθισμός που δε συνδέεται με ουσίες. Η κατηγορία «κατάχρηση» έχει εξαιρεθεί στην νέα έκδοση αφού όπως αναφέρεται δεν υπάρχουν «επαρκή στοιχεία» για ύπαρξη ενδιάμεσου σταδίου ανάμεσα στην χρήση και τον εθισμό (O'Brian 2012).

Όπως αναφέρεται από τον Foddy (2012) για πολλές δεκαετίες η ορθόδοξη αντιμετώπιση και θεώρηση της εξάρτησης από την ψυχιατρική και τις νευροεπιστήμες ήταν ότι πρόκειται για ψυχιατρική νόσο ενώ και ο Leshner (1997) υποστηρίζει πως ο λόγος που η εξάρτηση θα πρέπει να θεωρείται ως πάθηση είναι το ότι συνδέεται με «αλλαγές στη δομή και στη λειτουργία του εγκεφάλου». Επίσης επίσημη θέση τόσο του Εθνικού Ινστιτούτου για την Τοξικοεξάρτηση των ΗΠΑ όσο και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι πως η εξάρτηση αποτελεί ασθένεια (NIDA 2009, WHO 2004). Ο Γεωργάκας (2007) αντικρούοντας αυτή τη θέση αναφέρει πως η ασθένεια ως νοσολογική οντότητα χαρακτηρίζεται από τέσσερα διακριτικά γνωρίσματα, το

αίτιο, το σύμπτωμα, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Συνεχίζοντας, υποστηρίζει πως τα αίτια της «εξάρτησης» δεν μπορούν να καταγραφούν αντικειμενικά αφού παρά το γεγονός ότι εμπεριέχει νοσογόνα στοιχεία, εμπλουτίζεται και επηρεάζεται από πλήθος άλλων ετερογενών προσωπικών, οικογενειακών και κοινωνικών δεδομένων που αναιρούν τους παραδοσιακούς όρους «ασθένεια», «νόσος», «αρρώστια» και κατ' επέκταση ο εξαρτησιογόνος παράγοντας δεν είναι αυτός που κυρίαρχα θα πρέπει να μας αφορά αλλά η εξάρτηση ως φαινόμενο. Ο Foddy (2012) επίσης υποστηρίζει αναφερόμενος στη θέση του Leshner πως αν ορίζαμε τις «αλλαγές στη δομή και στη λειτουργία του εγκεφάλου» επαρκές κριτήριο για την ασθένεια, τότε όλοι άνθρωποι θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ασθενείς.

Οι Angel & Angel (2010) αναφέρονται στα δυσδιάκριτα όρια μεταξύ του εθισμού και της εξάρτησης διευκρινίζοντας ότι δεν είναι δύο διαφορετικά πράγματα αλλά δύο διαφορετικές έννοιες, δύο διαφορετικοί τρόποι θεώρησης του ίδιου πράγματος. Κατά τους ίδιους ο εθισμός είναι μια γενική μορφή συμπεριφοράς και ύπαρξης, συγκυριακή έκφραση της οποίας αποτελεί η χρήση ουσιών, ενώ η εξάρτηση αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή σχέσης μεταξύ του εξαρτημένου και της τοξικής ουσίας. Η εξάρτηση είναι, όπως αναφέρουν, περισσότερο μια έννοια ιατρικό – ψυχιατρική και μάλιστα νευροφυσιολογική, ενώ ο εθισμός είναι ψυχοπαθολογική έννοια διαδραστικού τύπου, που αφορά τις μορφές σχέσης τις οποίες διατηρεί το άτομο με τον εξωτερικό κόσμο.

### 1.3.3 Πορεία στην χρήση

Λαμβάνοντας ως βάση τα παραπάνω μπορούμε να ισχυριστούμε πως η πορεία στην χρήση ακολουθεί τα παρακάτω στάδια όπως αυτά αναφέρονται από το Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου – ΑΣΚ (2004).

- 1. Πειραματική χρήση:** Αναφέρεται σε τυχαίες δοκιμές, συνήθως με την παρουσία στενών φίλων, σε περιορισμένο χρονικό πλαίσιο και με μια συνολική χρήση λιγότερων των 10 δοκιμών. Το κυριότερο κίνητρο σε αυτή την περίπτωση είναι η περιέργεια.
- 2. Περιστασιακή χρήση:** Αναφέρεται σε χρήση αυτοπεριοριζόμενη και με ένα συγκεκριμένο σκοπό, με διαφορετική ποσότητα, συχνότητα και διάρκεια κάθε φορά. Ένα παράδειγμα θα μπορούσε να είναι η χρήση κάποιας ουσίας που γίνεται κατά τη διάρκεια κάποιας γιορτής στο τέλος του χρόνου.

- 3. Χρήση μέσα σε κοινωνικά και ψυχαγωγικά πλαίσια:** Πρόκειται για μια πιο συχνή χρήση. Γίνεται μεταξύ γνωστών και φίλων που αναζητούν να μοιραστούν μαζί μια ευχάριστη εμπειρία. Το κυριότερο κίνητρο της χρήσης αυτής είναι η διευκόλυνση των κοινωνικών σχέσεων, με επιδράσεις γρήγορες και παροδικές και χωρίς σημαντικές μεταγενέστερες επιπτώσεις.
- 4. Εντατική χρήση:** Έχει ονομαστεί και «κατάχρηση» και συνεπάγεται την κατανάλωση της ουσίας τουλάχιστο μια φορά την ημέρα παρόλα τα προβλήματα που αυτή μπορεί να προκαλέσει. Τα άτομα που κάνουν εντατική χρήση παρουσιάζουν την τάση να αυξάνουν τη δόση και τη συχνότητα χορήγησης της, ως αποτέλεσμα της αύξησης των αρνητικών και της μείωσης των θετικών αντιδράσεων.
- 5. Ψυχαναγκαστική χρήση:** Σε αυτή την περίπτωση το άτομο έχει ανάγκη να κάνει χρήση της ουσίας αρκετές φορές την ημέρα και δεν το κάνει για σκοπούς κοινωνικοποίησης, ούτε για να αποκτήσει οφέλη αλλά περισσότερο για να διατηρηθεί σε μια κατάσταση επαρκούς βασικής λειτουργίας. Σε αυτό το επίπεδο χρήσης το άτομο δεν είναι σε θέση να διακόψει τη χρήση χωρίς να νιώσει σωματική δυσφορία ή διαταραχές της ψυχικής του λειτουργίας.

#### **1.3.4. Θεραπεία**

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας - EMCDDA (2012), «θεραπεία» θεωρείται οποιαδήποτε δραστηριότητα απευθύνεται άμεσα σε άτομα που έχουν προβλήματα με τη χρήση ουσιών εξάρτησης και η οποία θέτει συγκεκριμένους στόχους αποσκοπώντας στην βελτίωση της ψυχολογικής, σωματικής ή κοινωνικής κατάσταση όσων με δική τους πρωτοβουλία ζητούν βοήθεια για τα προβλήματα αυτά.

# Κεφάλαιο Δεύτερο - Βιβλιογραφική ανασκόπηση

## 2.1 Ιστορική αναδρομή

*«Αυτές οι [ψυχοτρόπες] ουσίες σχημάτισαν δεσμούς που ενώνουν ανθρώπους που κατοικούν σε αντίθετα ημισφαίρια, απολίτιστους και πολιτισμένους Άνοιξαν δρόμους οι οποίοι με το άνοιγμα τους, αποδείχτηκαν χρήσιμοι και για άλλους σκοπούς. Έδωσαν σε αρχαίες φυλές χαρακτηριστικά γνωρίσματα που άντεξαν μέχρι τις μέρες μας...» Louis Lewin, Phantastica (Rudgley 2000:7)*

Η χρήση ουσιών αποτελεί ένα πανάρχαιο φαινόμενο το οποίο συναντάται σε κάθε σχεδόν κοινωνία και πολιτισμό. Οι πρώτες αναφορές για το αλκοόλ χρονολογούνται στο 4000 π.Χ. με τη ζύμωση μπίρας και κρασιού, η δε κατανάλωση του κρασιού να είναι διαδεδομένη στην αρχαία Ελλάδα μέσα από τις διονυσιακές, βακχικές και άλλες τελετές. Η κάνναβη καταγράφεται σε λίθινες πλάκες στην Ασσυρία από τον 7<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα και επίσης βρίσκεται καταγεγραμμένη ως θεραπευτικό βότανο σε κινέζικό φαρμακευτικό κείμενο του 2700 π.Χ. Οι πρώτες αναφορές στο όπιο συναντούνται από τους Σουμέριους και τους Αιγύπτιους τον 3<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. ενώ αναφορές για τη χρήση οπίου υπάρχουν στα κείμενα του Ομήρου με την ονομασία «νηπενθές». Το όπιο παίζει σημαντικό ρόλο στην αρχαία Ελληνική Μυθολογία και συνδεόταν έντονα με τελετές γονιμότητας (Shapiro, 2009, Γαζγαλίδης, 2003, Τσαρούχας, 1997, Γρίβας, 1993, Lamour & Lamberetti 1986 ).

Η χρήση μεσκαλίνης με τη χρήση του κάκτου πεγιότ και των παραισθησιογόνων μανιταριών ψιλοκυβίνης ήταν συνηθισμένη πρακτική στους Ινδιάνους της Κεντρικής Αμερικής για χιλιάδες χρόνια και αναπόσπαστο μέρος των θρησκευτικών τους τελετών και σαν μέσο ενορατικής μαντείας ώστε να μπορέσει ο χρήστης να αποκτήσει πρόσβαση στον κόσμο των πνευμάτων (Shapiro, 2009, Μαρσέλος 1997, Arnao, 1984) Επίσης το μάσημα των φύλλων του φυτού της κόκας ήταν διαδεδομένη πρακτική στους κατοίκους των Άνδεων από το 2500 π.Χ. ώστε να μπορούν να αντεπεξέρχονται στο ψηλό υψόμετρο και το δύσκολο περιβάλλον μέσα στο οποίο ζούσαν ενώ η κόκα είχε επίσης σημαντικό ρόλο στην κοινωνική και θρησκευτική ζωή των συγκεκριμένων κοινωνιών (Shapiro, 2009, Arnao 1984).

Η χρήση και ο τρόπος χρήσης των ουσιών στις αρχαίες κοινωνίες αποτελούσε συστατικό και βασικό στοιχείο οργάνωσης της κοινωνικής ζωής. Η κάθε ουσία και η με ορισμένο τρόπο χρήση της ουσίας, ήταν πάντα συνδεδεμένη με συγκεκριμένες κοινωνικές και πολιτιστικές λειτουργίες

μιας κοινωνίας με ένα ιδιαίτερο νόημα, το οποίο προσδιόριζε και τον ειδικό ρόλο που είχε η ουσία στην ζωή της συγκεκριμένης κοινωνίας και στη ζωή των ανθρώπων της (Μάτσα 2001). Από αρχαιοτάτων χρόνων παρατηρείται χρήση αλκοόλ στις διονυσιακές, βακχικές και άλλες τελετές στην αρχαία Ελλάδα, χρήση πειγιά από τους Ινδιάνους της Κεντρικής Αμερικής στα πλαίσια των θρησκευτικών ή μυστικιστικών τελετουργιών, χρήση φύλλων κόκας από τους κατοίκους στις Άνδεις, χρήση κάνναβης από τους αρχαίους Σκύθες και η χρήση ψευδαισθησιογόνων στην Ωκεανία (Λιάππας 2002, Μάτσα 2001, Μαρσέλος 1997, Rudgley 2000). Η εν λόγω χρήση ουσιών εντασσόταν στην αναπαραγωγή της κοινότητας και γινόταν παράγοντας ενίσχυσης των κοινωνικών δεσμών και λειτουργούσε ως μέσο πρόσβασης στην κουλτούρα της κοινότητας ενώ σε κάποιες περιπτώσεις απέκτησαν τη μορφή εθνικής συνήθειας χωρίς η συνήθεια αυτή να αποτελέσει εμπόδιο στην εξέλιξη τους (Γεωργακάς 2007, Μάτσα 2001).

Κατά συνέπεια, η χρήση μιας ουσίας γινόταν για τελετουργικούς ή για θεραπευτικούς σκοπούς και ήταν πάντα η κοινωνία που καθόριζε τα πρότυπα και το ποιος και πότε είχε το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει την ουσία. Η χρήση της ουσίας γινόταν σε στιγμές με ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο αλλά και για ολόκληρη την κοινότητα κάτι που πρόσδιδε στη χρήση ένα κοινωνικό κατά βάση νόημα και χαρακτήρα (Μάτσα 2001).

Η χρήση ουσιών επεκτείνεται και στο μεσαίωνα με τη διάδοση της κάνναβης στην Ευρώπη μέσω κυρίως των Αράβων οι οποίοι χρησιμοποιούσαν την Κάνναβη ως υποκατάστατο του αλκοόλ, του οποίου η χρήση ήταν απαγορευμένη από τους θρησκευτικούς κανόνες του Ισλάμ. Κάπου στον 14<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ. τοποθετείται και η πρώτη ίσως καταγεγραμμένη προσπάθεια απαγόρευσης της χρήσης κάνναβης από τον εμίρη της Αραβίας (Edwards, 2010, Λιάππας 1997, Γρίβας, 1993). Κατά τα μεσαιωνικά χρόνια η χρήση κάνναβης ήταν διαδεδομένη στην Ευρώπη και χρησιμοποιούταν ως θεραπευτικό, διατροφικό αλλά και ευφορικό μέσο, με τους φαρμακοποιούς τόσο του μεσαίωνα όσο και της αναγέννησης να χρησιμοποιηθούν το χασίς σε πολλές συνταγές ενώ και το όπιο δεν έλειπε από κανένα μεσαιωνικό φαρμακείο (Γαζγαλίδης, 2003, Μαρσέλος 1997, Τσαρούχας, 1997). Στους επόμενους αιώνες η διάδοση των ουσιών εξαπλώνεται πέραν των στενών και παραδοσιακών γεωγραφικών και κοινωνικό-πολιτιστικών τους ορίων. Η ανάπτυξη της φαρμακευτικής και της τεχνολογίας φέρνει στο προσκήνιο νέες ουσίες όπως η κοκαΐνη, η ηρωίνη, οι αμφεταμίνες, το LSD και άλλες αλλά και νέους τρόπους χρήσης όπως την υποδόρια ή ενδοφλέβια χρήση. Η χρήση των ουσιών αυτών στην ιατρική πχ κοκαΐνη και ηρωίνη, στους πολέμους πχ αμφεταμίνες, επιφέρει την ραγδαία εξάπλωση και

χρήση τους πέραν του αρχικού τους σκοπού σε όλα τα στρώματα της σύγχρονης κοινωνίας (Edwards, 2010, Shapiro, 2009, Μάτσα 2001).

Τη σημερινή εποχή η χρήση των ουσιών έχει εξατομικευτεί και αποτελεί ένα μέσο ατομικής αναζήτησης κάποιας μορφής ανακούφισης. Πρόκειται δηλαδή για μια ατομική υπόθεση με μαζικό χαρακτήρα που προβάλλει ως εξέλιξη της συνολικής πορείας του πολιτισμού παρά ως αποτέλεσμα του τρόπου οργάνωσης της κοινωνίας (Γεωργάκας 2007, Μάτσα 2001).

Ο Edwards (2010) αναφέρει ορισμένα βασικά επαναλαμβανόμενα θέματα τα οποία και επανέρχονται συνεχώς στο τοπίο που αφορά τη χρήση ουσιών:

- i. Νέες ουσίες έχουν επανειλημμένως εμφανιστεί και έχουν κάνει την είσοδο τους στη σκηνή. Δεν μπορούμε να πιστεύουμε πως ο κατάλογος έχει κλείσει.
- ii. Η συνεχιζόμενη φαρμακολογική επινοητικότητα αποτελεί μέρος του προβλήματος.
- iii. Η εμφάνιση νέων τρόπων χρήσης μιας ήδη διαθέσιμης ουσίας αποτελεί σταθερό θέμα.
- iv. Ουσίες που παρασκευάζονται ως φάρμακα διολισθαίνουν στην ανεξέλεγκτη χρήση.
- v. Επαναλαμβανόμενο στοιχείο της ιστορίας είναι οι ουσίες που ξεφεύγουν από τα μέχρι τότε καθορισμένα γεωγραφικά τους όρια.

## **2.2. Το συνεχές της εμπειρίας χρήσης ουσιών από εφήβους / νεαρούς ενήλικες**

Η χρήση ουσιών στην εφηβεία αποτελεί ένα πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Δεν υπάρχει ένα μοναδικό προφίλ έφηβου που να προσδιορίζει τον «έφηβο χρήστη» αφού η χρήση εμφανίζεται σε όλα τα κοινωνικά, πολιτισμικά, οικονομικά επίπεδα στα οποία οι έφηβοι ζουν και δραστηριοποιούνται. Ο έφηβος χρήστης διαφέρει από τον ενήλικα χρήστη σε πάρα πολλούς τομείς όπως οι τρόποι και η συχνότητα της χρήσης, η πορεία στη χρήση, οι επιπτώσεις των ουσιών όπως επίσης και στους προστατευτικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά του ( Γεωργάκας 2007, Καλαρρυτις 2004, Μάτσα 2001, Winters 1999, Muisener 1994).

Δεν είναι εξαρτημένοι όλοι οι έφηβοι οι οποίοι πειραματίζονται με τις ουσίες ή έχουν ανάπτυξει κλινική εικόνα ή κλινικές διαταραχές συσχετιζόμενες με τη χρήση. Επιπλέον κάποιος θα μπορούσε να ισχυριστεί πως σε κάποιο βαθμό ο πειραματισμός ακόμα και με τις ουσίες θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «φυσιολογικός» μέσα από τα χαρακτηριστικά της εφηβείας που περιλαμβάνουν την αναζήτηση, την ανάληψη ρίσκου, την αμφισβήτηση των ορίων, του νόμου και της εξουσίας. Η χρήση ουσιών πιθανό πολλές φορές να συμπεριλαμβάνεται μέσα στις λειτουργικές αυτές στρατηγικές της ανεξαρτητοποίησης παρόλους τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με την συγκεκριμένη συμπεριφορά και την πιθανότητα της ανάπτυξης εξαρτητικής συμπεριφοράς στην συνέχεια (CSAT 1999).

Ο Muisener (1994) ένας από τους πλέον εξειδικευμένους μελετητές όσο αφορά τη χρήση ουσιών σε εφηβικούς και νεανικούς πληθυσμούς, βασιζόμενος σε παλαιότερα μοντέλα κατανόησης της χρήσης σε ενήλικους πρότεινε ένα ανάλογο πλαίσιο προσδιορισμού της χρήσης μέσα από το οποίο τοποθετεί τους νεαρούς και έφηβους χρήστες μέσα στο «συνεχές της εμπειρίας της χρήσης ουσιών» (ACUE, Adolescent Chemical Use Experience).

Περιγράφοντας και ορίζοντας τον τρόπο χρήσης ουσιών στην εφηβεία ο Muisener (1994) προσδιορίζει μια διαδοχική σειρά σταδίων, που αν και αρκετά συχνά δεν είναι σαφώς καθορισμένα, ακολουθούν μια προδιαγεγραμμένη κλιμάκωση. Πρόκειται ουσιαστικά για τέσσερα αλληλοσυνδεόμενα στάδια συμπεριφοράς χρήσης (παρόμοια με τα αντίστοιχα στάδια των ενηλίκων). Κάθε έφηβος χρήστης υπό την επίδραση πολλαπλών παραγόντων ακολουθά μια προσωπική πορεία σε αυτό το συνεχές καταργώντας τις διαχωριστικές γραμμές ανάμεσα στα στάδια.

**Πίνακας 1: Το συνεχές της εμπειρίας της χρήσης**

Το συνεχές της εμπειρίας της χρήσης στο νεανικό πληθυσμό			
<b>Πειραματική χρήση</b>	<b>Κοινωνική χρήση</b>	<b>Λειτουργική χρήση</b>	<b>Εξαρτητική χρήση</b>
Μαθαίνοντας την μεταστροφή του συναισθήματος	Αναζητώντας την μεταστροφή του συναισθήματος	Υπεαπασχολούμενος με την μεταστροφή του συναισθήματος	Επιδιώκοντας τη μεταστροφή του συναισθήματος για να νιώσει καλά
Πρώιμη εξάρτηση (Μύηση)	Μέση εξάρτηση (κλιμάκωση)	Τελική εξάρτηση (Συντήρηση)	

*Προσαρμογή από Muisener (1994)*

Το πρώτο στάδιο της χρήσης ουσιών από εφήβους συνδέεται με την ανακάλυψη από τον έφηβο ή τον νέο, της δυνατότητας να δημιουργήσει μία αλλαγή σε συναισθηματικό επίπεδο που του προσφέρουν οι χημικές ουσίες. Ο έφηβος μαθαίνει ότι παίρνοντας μία ουσία μπορεί να αλλάξει τη διάθεση και τα συναισθήματα του. Ο πειραματισμός με τις ουσίες ορίζεται καλύτερα ως η χρήση μίας ουσίας – συνήθως όχι περισσότερο από 4 ή 5 φορές σε όλη τη ζωή – για την αναζήτηση μιας μεθυστικής επίδρασης και για να κερδίσει μία αίσθηση κυριαρχίας πάνω στην εμπειρία. Η εμπειρία του πειραματισμού είναι σχετικά αναπτυξιακά προσαρμοσμένη και ανταποκρίνεται στις αναπτυξιακές προσπάθειες του εφήβου. Η πλειοψηφία των εφήβων δοκιμάζουν ψυχοτρόπες ουσίες με τον ίδιο τρόπο που δοκιμάζουν όλοι τα είδη των αισθησιακών και τρομακτικών εμπειριών για να δουν πως είναι, να ανακαλύψουν για τί πράγμα γίνεται λόγος και αν αυτό είναι αληθινό, για να δουν αν θα φοβηθούν και για να διαπιστώσουν αν οι ίδιοι μπορούν να επιβληθούν σ' αυτό (Noshpitz & King, 1991).

Το δεύτερο στάδιο της χρήσης ουσιών από εφήβους αφορά την επίδειξη ενός προτύπου της μεταβολής της συναισθηματικής κατάστασης, από το νέο άτομο, συγκεκριμένα σ' ένα κοινωνικό περιβάλλον. Η συμπεριφορά του εφήβου εμφανίζεται με συνομηλίκους που επίσης αναζητούν αυτή τη μεταστροφή διάθεσης. Η ονομασία αυτού του σταδίου ως κοινωνικό δεν έχει το νόημα να υποδηλώσει ότι η χρήση χημικών ουσιών από εφήβους είναι κοινωνικά αποδεκτή αλλά προτίθεται να προσδιορίσει το πλούσιο μέσο στο οποίο ο έφηβος αναζητεί τη μεταστροφή διάθεσης. Παρόλο που έφηβοι στο δεύτερο στάδιο δεν έχουν προχωρήσει και μπορεί να μην προχωρήσουν στο επόμενο στάδιο, υπάρχουν εντούτοις σοβαροί κίνδυνοι από τη χρήση σ' αυτό το κοινωνικό στάδιο.

Το τρίτο στάδιο της χρήσης ουσιών από εφήβους, η λειτουργική χρήση, σηματοδοτεί την είσοδο του νεαρού ατόμου στην κατάχρηση ουσιών, καθώς η σταδιακή εμπλοκή του στην εξάρτηση γίνεται περισσότερο εμφανής. Η μεταστροφή διάθεσης, αποτέλεσμα της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών έχει δεσμεύσει ενεργά τον έφηβο. Με λίγα λόγια, εκδραματίζει την εσωτερική συναισθηματική κατάσταση με τις ουσίες με τέτοιο τρόπο ώστε να τους επιτρέπει να επιδράσουν πάνω σ' αυτή. Η χρήση οποιασδήποτε ουσίας σ' αυτό το στάδιο μπορεί να θεωρηθεί ως φαρμακευτική αγωγή που δίνει ο ίδιος στον εαυτό του. Ο ίδιος «συνταγογραφεί» ουσίες στον εαυτό του για να διαχειριστεί τα συναισθήματα του και υποκειμενικά μπορεί να βιώνει αυτή την φαρμακευτική αγωγή που ο ίδιος δίνει στον εαυτό του σαν προσαρμογή στην πραγματικότητα που εξελίσσεται όμως σε δυσπροσαρμογή.

Υπάρχουν δύο τύποι εφήβων λειτουργικών χρηστών ουσιών. Ο πρώτος τύπος είναι ο έφηβος ο οποίος κάνει χρήση για την ευχαρίστηση. Αυτοί οι έφηβοι αναζητούν ως αυτοσκοπό το ευφορικό αποτέλεσμα των χημικών ουσιών. Οι χρήστες αυτοί, που κάνουν χρήση για ευχαρίστηση μπορεί να εμφανίζονται περισσότερο ως κοινωνικοί χρήστες, αλλά η αλήθεια είναι ότι κίνητρο για την ηδονιστική τους χρήση είναι μία ακατάπαυστη ανάγκη να επιτείνουν τα συναισθηματικά επίπεδα της ευχαρίστησης με χημικό τρόπο. Ο δεύτερος τύπος λειτουργικών χρηστών είναι οι χρήστες που αποφεύγουν τον πόνο ή οι χρήστες που αντισταθμίζουν τον πόνο. Τα νεαρά αυτά άτομα κάνουν χρήση ναρκωτικών για να αντιμετωπίσουν τη δυσφορία ή άλλες επώδυνες συναισθηματικές καταστάσεις. Οι έφηβοι που ανήκουν στην κατηγορία των λειτουργικών χρηστών ουσιών μπορεί να έχουν χαρακτηριστικά και από τους δύο τύπους χρήσης δηλ. τη χρήση που γίνεται για την ευχαρίστηση και τη χρήση που γίνεται για την αποφυγή του πόνου.

Το τέταρτο στάδιο της χρήσης ουσιών από εφήβους αποτελεί την κυριαρχία της ουσίας πάνω στο νεαρό άτομο. Η χρήση της ουσίας γίνεται με καταναγκαστικό τρόπο ώστε ο έφηβος να μειώσει την δυσφορική κατάσταση που προκαλεί πλέον η απουσία της ουσίας αφού βιώνει το στάδιο της τοξίκωσης ως κάτι το φυσιολογικό και μόνο μέσα από αυτή είναι δυνατό να μεταστρέψει το συναίσθημα του.

## **2.3 Θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης της χρήσης.**

Η πολυπλοκότητα και ποικιλομορφία του φαινομένου της χρήσης ουσιών και οι σύνθετες παράμετροι του, χαρακτηρίζουν τη φυσιολογία του και επιβάλλουν μια ανάλογη πολύμορφη προσέγγιση της αντιμετώπισης του (Γεωργάκας 2007). Μέσα στα χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορες προσεγγίσεις και ένα ευρύ φάσμα θεραπειών και παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Η θεραπεία αφορά προγράμματα διαμονής ή εξωτερικής παρακολούθησης. Παραδειγματα των διαφορετικών προσεγγίσεων αποτελούν τα προγράμματα ανοικτού τύπου εξωτερικής παρακολούθησης, ανοικτές θεραπευτικές κοινότητες, κοινότητες διαμονής, προγράμματα συντήρησης και υποκατάστασης, προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης, προγράμματα στο σωφρονιστικό σύστημα, βραχύχρονα προγράμματα ή μακρόχρονα, προγράμματα προσαρμοσμένα σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, προγράμματα προσαρμοσμένα στο φύλο, προγράμματα μείωσης της βλάβης (Πουλόπουλος 2005, ΑΣΚ 2004).

Δεν υπάρχει ένα θεραπευτικό μοντέλο το οποίο να είναι κατάλληλο για όλα τα άτομα και είναι σημαντικό οι παρεμβάσεις που προσφέρονται να ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες του ενδιαφερόμενου. Παρά τις διαφορές τους, τα διάφορα προγράμματα χαρακτηρίζονται από κοινούς στόχους οι οποίοι περιλαμβάνουν την αποχή ή την μείωση της χρήσης, την βελτίωση της υγείας του χρήστη και την αύξηση της κοινωνικής λειτουργικότητας του (Γεωργάκας 2007, Πουλόπουλος 2005). Για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης γίνεται ειδική αναφορά μόνο στα Ανοικτά Θεραπευτικά Προγράμματα ή Προγράμματα Εξωτερικής Παρακολούθησης.

### **2.3.1.Ανοικτά Θεραπευτικά Προγράμματα**

Τα Ανοικτά Θεραπευτικά Προγράμματα ή Προγράμματα Εξωτερικής Παρακολούθησης αναπτύχθηκαν αρχικά στα μέσα της δεκαετίας του εβδομήντα και η κύρια θεραπευτική τους παρέμβαση, παρέχεται μέσα από ψυχοθεραπευτικού τύπου προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν από λίγες συνεδρίες συμβουλευτικής μέχρι την αυστηρά δομημένη ψυχοθεραπεία (Πουλόπουλος 2005, Νέλλος 2004). Απευθύνονται ως επί το πλείστο σε χρήστες κάνναβης ή αμφεταμινών και κοκαΐνης που έχουν μικρότερη εμπλοκή με το σύστημα δικαιοσύνης και οι οποίοι έχουν ανεπτυγμένο δίκτυο οικογενειακής, κοινωνικής και εκπαιδευτικής/εργασιακής υποστήριξης ώστε το άτομο να μην αποκοπεί από τον οικογενειακό και κοινωνικό ιστό. Η παραμονή στον οικογενειακό και κοινωνικό ιστό καθιστά την παρέμβαση/θεραπεία θελκτική αφού δομές πιο εντατικής θεραπείας που είναι προσανατολισμένες σε χρήστες οποιοειδών δεν λειτουργούν ελκυστικά λόγω της μεγάλης χρονικής τους διάρκειας (Nsimba 2007, Πουλόπουλος 2005, Νέλλος 2004). Το μέσο χρονικό διάστημα διάρκειας των συγκεκριμένων προγραμμάτων, ώστε να θεωρείται βέλτιστο είναι μεταξύ τριών έως έξι μηνών και μπορεί να αποτελείται από μια επίσκεψη την εβδομάδα μέχρι και την παρακολούθηση ποικίλων θεραπευτικών ή άλλων δραστηριοτήτων πολλές φορές εβδομαδιαίως (Nsimba 2007, Πουλόπουλος 2005).

Σύμφωνα με τους Νέλλος (2004) και (Nsimba 2007) τα συγκεκριμένα προγράμματα παρουσιάζουν αρκετά πλεονεκτήματα σε σχέση με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Πρόκειται για προγράμματα χαμηλού κόστους αφού το κόστος λειτουργίας τους κυμαίνεται έως και 60% πιο κάτω από το κόστος άλλων θεραπευτικών υπηρεσιών και ειδικά των προγραμμάτων διαμονής. Προσαρμόζονται εύκολα στις ποικίλες και μεταβαλλόμενες ανάγκες των χρηστών και τους επιτρέπουν να διατηρήσουν την επαφή τους με το οικογενειακό και κοινωνικό τους

περιβάλλον. Επιπλέον αυξάνουν την υποκειμενική αίσθηση ικανοποίησης από την εξέλιξη της θεραπείας και μπορούν να υποδεχτούν και να εξυπηρετήσουν μεγαλύτερο αριθμό χρηστών από τα προγράμματα εσωτερικής διαμονής (Nsimba 2007, Πουλόπουλος 2005, Νέλλος 2004).

### **2.3.2 Προγράμματα εφήβων και νεαρών ενηλίκων χρηστών**

Τα προγράμματα εφήβων και νεαρών ενηλίκων αποτελούν μια ειδική κατηγορία προγραμμάτων με τα δικά τους χαρακτηριστικά τα οποία είναι προσαρμοσμένα στην ξεχωριστή ηλικιακή ομάδα. Τα συγκεκριμένα προγράμματα μπορεί να είναι από βραχύχρονα ανοικτά λίγων συνεδριών για περιστασιακούς χρήστες έως και μακροχρόνιας διαμονής για εξαρτημένους έφηβους. Για την τοποθέτηση ενός έφηβου στο συνεχές της φροντίδας έχουν καθιερωθεί συγκεκριμένα κριτήρια. Τα κριτήρια για την τοποθέτηση ενός έφηβου ή νεαρού ενήλικα σε ένα μη εντατικό εξωτερικό πρόγραμμα περιλαμβάνουν:

- i. Απουσία οξέων ή χρόνιων σοβαρών ψυχολογικών ή ιατρικών προβλημάτων
- ii. Μικρής διάρκειας και έντασης χρήσης ουσιών
- iii. Απουσία προηγούμενης θεραπευτικής εμπειρίας σε θέματα χρήσης ουσιών
- iv. Ύπαρξη στοιχειώδους οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος υποστηρικτικού ως προς την αποχή (Καλαρρυτις 2004, Winters 1999, Muisener 1994)

Τα βασικά χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων προγραμμάτων περιλαμβάνουν παρεμβάσεις που εστιάζονται στην πλήρη αποχή από τη χρήση ουσιών, εκπαίδευση των εφήβων στα θετικά και αρνητικά της χρήσης ουσιών, πληροφόρηση σε θέματα παραβατικής συμπεριφοράς και του ποινικού κώδικα, συμμετοχής της οικογένειας ή των σημαντικών άλλων στη θεραπεία.

### **2.3.3 Πρόγραμμα «Fred goes Net»**

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποτελεί επέκταση του Γερμανικού προγράμματος το οποίο επεκτάθηκε σε Πανευρωπαϊκό δίκτυο και εφαρμόζεται πλέον μετά από ειδικές προσαρμογές σε 17 χώρες της Ευρώπης ως ένα πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης για έφηβους και νεαρούς ενήλικες χρήστες ουσιών. Στην Κύπρο, η εφαρμογή του συγκεκριμένου προγράμματος αποτελεί συνεργασία του Αντιναρκωτικού Συμβουλίου Κύπρου με το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Δικαιοσύνης ως εναλλακτική επιλογή για συλληφθέντες. Απευθύνεται σε έφηβους

και νεαρούς ενήλικες ηλικίας 14 – 22 ετών οι οποίοι έχουν συλληφθεί για πρώτη φορά για κατηγορίες σχετιζόμενες με κατοχή ή χρήση παράνομων ουσιών.

Πρόκειται για βραχύχρονο Ανοικτό Πρόγραμμα συνολικής διάρκειας 8 συναντήσεων. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε 2 συγκεκριμένα Κέντρα τα οποία είχαν προεπιλεγεί ενώ το προσωπικό το οποίο είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή και υλοποίηση του, έχει εκπαιδευτεί σε ειδικά προγράμματα τα οποία πραγματοποίησε ο εποπτικός φορέας του προγράμματος Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) Γερμανίας, και απόκτησε ειδική πιστοποίηση «Certified Fred Trainer». Τα στοιχεία που αφορούν το πρόγραμμα αποστέλλονται χρονιαία στο LWL μέσω του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΤΚΠΝ).

Η δομή του προγράμματος αποτελείται από μια δομημένου τύπου εκτίμηση, δυο ατομικές συνεντεύξεις κινητοποίησης, τέσσερις ομαδικού τύπου συνεδρίες και την τελική συνέντευξη ολοκλήρωσης και αποτίμησης. Η συνέντευξη κινητοποίησης αποτελεί ειδική μέθοδο προσέγγισης η οποία μέσω συγκεκριμένων τεχνικών συνέντευξης υποβοηθά στην ανάπτυξη προσωπικών κινήτρων για θεραπεία ή αλλαγή μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς αφού σύμφωνα με την θεωρία της κινητοποίησης τα εσωτερικά κίνητρα οδηγούν σε καλύτερα αποτελέσματα από την αίσθηση ότι η αλλαγή στη συμπεριφορά ελέγχεται από εξωτερικές δυνάμεις (Miller & Rollinick 1991). Η συνέντευξη κινητοποίησης περιλαμβάνει ένα μη αντιπαραθετικό στυλ ενσυναίσθησης από τον συνεντευκτή και εστιάζεται στην ασυμφωνία ανάμεσα στους στόχους του χρήστη για τη ζωή του και στη χρήση ουσιών, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα μέσα από προσωπική ανατροφοδότηση να γίνουν κατανοητές οι συνέπειες της χρήσης ουσιών (Miller & Rollinick 1991).

Η συνέντευξη κινητοποίησης θεωρείται ως προπαρασκευαστικό στάδιο για συμμετοχή σε θεραπεία (Rohsenow, Monti, Martin, et al 2004, Conors, Walitzer, & Derman 2002, Brown & Miller 1993) αλλά και η απλή συμμετοχή σε μια ή δύο συναντήσεις από έφηβους χωρίς καθόλου αίτημα βοήθειας ή θεραπείας δείχνει πολύ καλύτερα αποτελέσματα σε συνεντεύξεις επαναξιολόγησης από έφηβους χωρίς καμία παρέμβαση (Roffman, 2001, Monti, Colby, Barnett et al 1999).

Το δεύτερο και κύριο μέρος του προγράμματος αποτελείται από τέσσερις δίωρες ομαδικές συναντήσεις. Η κάθε μια από τις συναντήσεις αυτές έχει συγκεκριμένη θεματολογία που

περιλαμβάνει ενημέρωση για νομικά ζητήματα σχετιζόμενα με την κατοχή και χρήση ουσιών, εκπαίδευση σε θέματα ουσιών (σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις) και σταδίων της χρήσης, αφύπνιση και αύξηση της συνειδητότητας για την προσωπική τους χρήση και επιπτώσεις, ψυχοεκπαίδευση και ενημέρωση για τις πηγές βοήθειας και υποστήριξης στην κοινότητα για ζητήματα που αφορούν το παρόν στάδιο ζωής στο οποίο βρίσκονται. Η μεθοδολογία της εφαρμογής και οι ασκήσεις που χρησιμοποιούνται είναι ειδικά προσαρμοσμένες για την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα και περιλαμβάνουν παιχνίδια, υπόδηση ρόλων και γνωσιακές τεχνικές σε ένα ασφαλές και σταθερό από άποψη ορίων περιβάλλον, αλλά που παράλληλα ενισχύει και ενθαρρύνει την ελεύθερη έκφραση, την ανατροφοδότηση και επικοινωνία μέσα από την υιοθέτηση μη διδακτικού και επικριτικού ύφους.

Η ομαδική θεραπεία/συμβουλευτική διαχρονικά αποτελεί ένα από τα βασικότερα μέσα στην αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών (Γεωργάκας, 2007, Πουλόπουλος 2005, Sampl & Kadden, 2001, George, 1990). Το ομαδικό πλαίσιο αποτελεί ένα ρεαλιστικό αλλά «ασφαλές» περιβάλλον για την απόκτηση καινούργιων δεξιοτήτων και την αλλαγή μη βοηθητικών τρόπων συμπεριφοράς και κοινωνικής συναλλαγής (Yialom 2006, Ναυρίδης 2005, George, 1990) ενώ για τους έφηβους ειδικά, αποτελεί μια «σωτήρια» παράμετρο αφού τους βοηθά στην ανάπτυξη ταυτότητας, ενισχύει την αίσθηση του ανήκειν, βοηθά στην άρση της απομόνωσης και της αντίστασης, μειώνει την εξάρτηση του έφηβου στο θεραπευτή ενώ η ανατροφοδότηση από τους συνομηλίκους έχει στους έφηβους μεγαλύτερη σημασία από αυτή του θεραπευτή (Sampl & Kadden 2001, Kymissis, 1993, Nowinski, 1990)

## **2.4 Αποτίμηση αποτελεσματικότητας (evaluation)**

Οι όροι αξιολόγηση, εκτίμηση, αποτίμηση χρησιμοποιούνται πολλές φορές ως ομότιμοι και με ταυτόσημη έννοια ιδιαίτερα όταν μεταφράζονται μέσα από την αγγλική ορολογία. Πιο κάτω ακολουθεί μια συνολική θεώρηση ώστε να υπάρχει μια αλληλουχία και συνοχή ως προς την απόδοση των όρων όπως αυτοί καταγράφονται από τον Αγραφιώτη (2003) με ιδιαίτερη εστίαση στο θέμα της αποτίμησης.

Ο όρος «review» - αξιολόγηση αναφέρεται στο σύνολο των ενεργειών που επιτρέπουν να διαπιστωθεί σε πιο βαθμό ένα πρόγραμμα /παρέμβαση στηρίζεται σε έγκυρες και σύγχρονες θεωρήσεις.

Ο όρος «forecasting» - πρόβλεψη αναφέρεται στις πρακτικές που επιτρέπουν να μελετηθούν οι πιθανές μεταβολές, εξελίξεις και μεταμορφώσεις των θεραπευτικών προγραμμάτων/παρεμβάσεων λαμβάνοντας υπόψη την εσωτερική δυναμική, τις ανακατατάξεις στον επιστημονικό και κοινωνικό χώρο όπως επίσης και την πιθανή πορεία των οικονομικών συστημάτων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο

Ο όρος «valuation» - εκτίμηση αναφέρεται στο σύνολο των πρακτικών που επιτρέπουν να διαπιστωθούν και να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά ενός θεραπευτικού προγράμματος / παρέμβασης και οι δυνατότητες του, όταν χρησιμοποιηθεί σε συσχέτιση με άλλα προγράμματα καθώς επίσης και ο βαθμός κρισιμότητας του για την ανάπτυξη ενός οργανισμού

Ο όρος «assessment» - στάθμιση ο οποίος αναφέρεται στο σύνολο των ενεργειών που επιτρέπουν να διαπιστωθούν οι συνέπειες και οι επιπτώσεις (κοινωνικο-πολιτιστικές, οικονομικές, θεσμικές) από την εισαγωγή ενός θεραπευτικού προγράμματος όπως επίσης και ο προσδιορισμός των προκλήσεων στα οποία μια καινοτομία θα πρέπει να ανταποκρίνεται όχι μόνο ως τελικό προϊόν αλλά και ως διαδικασία επίλυσης κοινωνικών και πολιτιστικών προβλημάτων.

Ο όρος «Evaluation» - αποτίμηση αναφέρεται στο σύνολο των ενεργειών για να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό οι αρχικοί στόχοι του προγράμματος έχουν επιτευχθεί, τι σχέση υπάρχει μεταξύ της καταλληλότητας των στρατηγικών και των στόχων και ποιά η σημασία των στόχων σε αναφορά με την τελική έκβαση των ενεργειών.

Οι πιο πάνω πρακτικές/ενέργειες τοποθετούνται σε ένα συνεχές κατά την εφαρμογή ενός προγράμματος.

«Forecasting» - πρόβλεψη πολύ πριν αρχίσει το πρόγραμμα

«Review» - αξιολόγηση κυρίως στην αρχή ή την έναρξη του προγράμματος

«Assessment» - στάθμιση στην αρχή και στο τέλος του προγράμματος

«Valuation» εκτίμηση στο τέλος του προγράμματος

«Evaluation» - αποτίμηση μετά το τέλος του προγράμματος

Το βασικότερο ερώτημα που θέτει η μελέτη της αποτίμησης εστιάζεται στα αποτελέσματα της θεραπείας/παρέμβασης. Επιπλέον, αφορά στο βαθμό ανταπόκρισης ως προς τις ανάγκες τις οποίες στοχεύει να καλύψει, ποιά είναι τα ισχυρά στοιχεία της παρέμβασης και πως η επένδυση

οδηγά στα προσδοκώμενα και επιθυμητά αποτελέσματα και επιπτώσεις (Αγραφιώτης & Καμπριανή 2002, Merino 1999).

Ο McLellan και συνεργάτες (2005) υποστηρίζει πως το βασικό ερώτημα που τίθεται «η θεραπεία είναι αποτελεσματική;» χαρακτηρίζεται από αοριστία διότι στην προκειμένη περίπτωση υπάρχουν αρκετοί ενδιαφερόμενοι οι οποίοι θα ήθελαν απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα. Και επειδή δεν υπάρχει μια και μόνο ενδιαφερόμενη ομάδα, δεν υπάρχει ούτε και μόνο μια απάντηση, ενώ όπως προσθέτουν και οι Chęcinski & Ghodse (2004) οι προσδοκίες του κάθε ενδιαφερόμενου συνδέονται με την ερμηνεία του, τόσο για τα «θετικά» όσο και για τα «αρνητικά» αποτελέσματα.

Ωστόσο σε μια μελέτη αποτίμησης δεν είναι συνήθως εφικτό να απαντηθούν όλα τα ερωτήματα που σχετίζονται και συνδέονται με την αποτελεσματικότητα, την οργάνωση και την ποιότητα των παρεμβάσεων. Η επιλογή των επιμέρους ερωτημάτων και στόχων μιας τέτοιας μελέτης σχετίζονται άμεσα με τα διαθέσιμα στοιχεία και πληροφορίες καθώς και με την αναμενόμενη χρήση των αποτελεσμάτων (Αγραφιώτης & Καμπριανή 2002).

Αναπόφευκτα, τίθενται ερωτήματα σχετικά με τα κριτήρια για την αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής παρέμβασης. Η αποχή από τη χρήση ουσιών αποτελεί το βασικότερο (και πολλές φορές το μοναδικό) από τα κριτήρια αποτελεσματικότητας ενός θεραπευτικού προγράμματος ή παρέμβασης (Merino 1999). Το πόσοι κατάφεραν να σταματήσουν τη χρήση είναι μια αρκετά συχνή ερώτηση αλλά και εδώ όμως μπορούν να γίνουν διάφορες συγχύσεις σε σχέση με το πόσοι και το πότε. Σύμφωνα με τον Πουλόπουλο (2005) αν κανείς δεν διευκρινίζει το πότε πραγματοποιείται η συγκεκριμένη μελέτη δηλαδή σε ποιο στάδιο της θεραπείας ή πόσο καιρό μετά την ολοκλήρωσή της, μπορεί να παρουσιάσει διάφορα αποτελέσματα τα οποία ίσως είναι εντυπωσιακά, αλλά δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Επιπλέον, η χρήση ουσιών είναι άμεσα συνδεδεμένη με πολλά άλλα προβλήματα όπως η παραβατικότητα, η ανεργία, η δυσλειτουργία στην οικογένεια κα. Αρκετά θεραπευτικά προγράμματα προσπαθούν να υποστηρίξουν το άτομο να αντιμετωπίσει παράλληλα στο σύνολό τους τα προβλήματα που το απασχολούν σε επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και κοινωνικό, επαγγελματικό και νομικό επίπεδο.

Επομένως, από τους σημαντικούς στόχους των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι η μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών και η αποχή από αυτές, η βελτίωση της σωματικής και της ψυχικής υγείας του ατόμου, η βελτίωση της κοινωνικής του λειτουργικότητας και ιδιαίτερος ο

περιορισμός των κινδύνων που ενέχει η συμπεριφορά της χρήσης για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια. Η απλούστευση του φαινομένου μέσα από το δίπολο αποχή = επιτυχία, υποτροπή = αποτυχία δεν μπορεί να αποδώσει την πραγματικότητα (Πουλόπουλος 2005, Γαζγαλίδης 2003). Έτσι είναι αναγκαίο κατά την διαδικασία της αποτίμησης της αποτελεσματικότητας μίας παρέμβασης να συμπεριληφθούν και άλλα κριτήρια, πέραν της αποχής από ουσίες, όπως π.χ. αποχή από παραβατική συμπεριφορά, επαγγελματική αποκατάσταση, οικογενειακές σχέσεις, βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας.

Με δεδομένο πως η αποτελεσματικότητα της θεραπείας/παρέμβασης είναι πολυπαραγοντική και εξαρτάται από πολλαπλά στοιχεία και παράγοντες (Γεωργάκας 2007, Πουλόπουλος 2005, Μάτσα 2001) η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας αξιολογεί το βαθμό επίδρασης της όποιας θεραπευτικής παρέμβασης πέραν από την χρήση ουσιών σε διάφορους τομείς της ζωής του ατόμου μετά από την απομάκρυνση του από τη θεραπεία (Γαζγαλίδης 2003, Αγραφιώτης & Καμπριανή 2002).

Ο McLellan και συνεργάτες (2005) καθόρισαν τέσσερις τομείς οι οποίοι αποτελούν τις βασικές ενδείξεις της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, α) αποχή ή μείωση της χρήσης που αποτελεί ουσιαστικά τον κύριο στόχο κάθε θεραπείας, β) βελτίωση και ανάπτυξη της σωματικής και ψυχικής υγείας, γ) βελτίωση στην κοινωνική λειτουργικότητα που αφορά στην εργασία, στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή, δ) μείωση της απειλής στη δημόσια υγεία και ασφάλεια που αφορά στην παραβατική συμπεριφορά, στις μεταδοτικές ασθένειες και γενικά ότι μπορεί να απειλεί τη δημόσια ασφάλεια και υγεία. Επισημαίνεται ότι, οι τομείς αυτοί θα αποτελέσουν και τους βασικούς δείκτες μέτρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος για τη συγκεκριμένη εργασία.

## **2.5 Επιδημιολογικά στοιχεία χρήσης ουσιών**

### **2.5.1 Χρήση κάνναβης στους νεαρούς ενήλικες (έτος αναφοράς 2011)**

Η χρήση κάνναβης είναι διαδεδομένη στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες (15-34 ετών), ενώ τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης κατά το τελευταίο έτος αναφοράς (2011) να αναφέρονται γενικά από νέους ηλικίας 15-24 ετών. Σύμφωνα με στοιχεία από έρευνες στο γενικό πληθυσμό, κατά μέσο όρο ποσοστό 32% των ευρωπαϊών νεαρών ενηλίκων (15-34 ετών) έχει κάνει χρήση

κάνναβης τουλάχιστον μία φορά, ενώ ποσοστό 12,1% έχει κάνει χρήση κατά το τελευταίο έτος αναφοράς (2011). Υπολογίζεται ότι ακόμη υψηλότερα ποσοστά Ευρωπαίων της ηλικιακής ομάδας 15-24 ετών έχουν κάνει χρήση κάνναβης κατά το τελευταίο έτος (14.9%). Οι εθνικές εκτιμήσεις επικράτησης της χρήσης κάνναβης ποικίλλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα για όλους τους δείκτες μέτρησης της επικράτησης. Ενδεικτικά, οι χώρες με την υψηλότερη επικράτηση χρήσης στους νεαρούς ενήλικες κατά το τελευταίο έτος αναφέρουν ποσοστά πάνω από 20 φορές υψηλότερα από τις χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση. Η χρήση κάνναβης σε γενικές γραμμές είναι πιο διαδεδομένη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Οι εθνικές εκτιμήσεις επικράτησης της χρήσης κάνναβης ποικίλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα για όλους τους δείκτες μέτρησης της επικράτησης, με τις χώρες που βρίσκονται ψηλότερα στην κλίμακα να αναφέρουν έως και δεκαπλάσιες τιμές σε σχέση με τις χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση.

Πίνακας 2: Επικράτηση της χρήσης κάνναβης

Εκτιμήσεις του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA) όπως δημοσιεύτηκαν στην ετήσια έκθεση του 2011			
Ηλικιακή ομάδα 15-24 έτη			
	Σε όλη τη ζωή	Τελευταίο έτος	Τελευταίος μήνας
Εκτιμώμενος αριθμός χρηστών στην Ευρώπη	19 εκατ.	9,5 εκατ.	5 εκατ.
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	30,0%	15,2%	8,0%
Εύρος	3,7 – 53,8%	1,5 – 29,5%	0,5 – 17,2%
Χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση	Ρουμανία (3,7%) Μάλτα (4,9%) Ελλάδα (9,0%) Κύπρος (4,4%)	Ρουμανία (1,5%) Ελλάδα (3,6%) Πορτογαλία (6,6%) Σλοβενία, / Σουηδία (7,3%)	Ρουμανία (0,5%) Ελλάδα (1,2%) Σουηδία (2,2 %) Νορβηγία (2,3%)
Χώρες με την υψηλότερη επικράτηση	Τσέχικη Δημοκρατία (53,8%) Γαλλία (42,0%) Ισπανία (39,1%) Δανία (38,0%)		Ισπανία (17,2%) Γαλλία (12,7%) Τσεχική Δημοκρατία (11,6%) Ιταλία (11,0%)

Πηγή: Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2012

## **2.5.2 Χρήση μεταξύ μαθητών**

### **Κάναβη**

Η έρευνα ESPAD, που διεξάγεται ανά τέσσερα χρόνια, παρέχει συγκρίσιμα δεδομένα σχετικά με τη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών από μαθητές ηλικίας 16 ετών στην Ευρώπη (Hibell και συνεργάτες 2009). Το 2007, η έρευνα διεξήχθη σε 25 κράτη μέλη της ΕΕ, καθώς και στη Νορβηγία και στην Κροατία. Επιπλέον, το 2009-2010, διεξήχθησαν πανεθνικές έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό σε Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία, Σλοβακία και Σουηδία.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας ESPAD του 2007 και των πανεθνικών ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό το 2009 – 2010, τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής σε μαθητές ηλικίας 16 ετών καταγράφονται στην Τσεχική Δημοκρατία (45%), ενώ η Γαλλία, η Εσθονία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ισπανία, οι Κάτω Χώρες και η Σλοβακία αναφέρουν ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 26% και 33%. Ποσοστά επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής μεταξύ 13% και 25% αναφέρονται από 15 χώρες. Τα χαμηλότερα ποσοστά (κάτω του 10%) αναφέρονται σε Ελλάδα, Κύπρο, Ρουμανία, Φιλανδία, Σουηδία, και Νορβηγία.

Οι διαφορές μεταξύ των φύλων όσον αφορά τη χρήση κάνναβης είναι λιγότερο έντονες στον μαθητικό πληθυσμό σε σχέση με τους νεαρούς ενήλικες. Η αναλογία ανδρών γυναικών μεταξύ των μαθητών που ανέφεραν χρήση κάνναβης κυμαίνεται από σχεδόν 1 προς 1 στην Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο έως 2 προς 1 ή και υψηλότερη σε Κύπρο, Ελλάδα, Πολωνία και Ρουμανία.

### **Αλκοόλ**

Η έρευνα ESPAD 2007 κατέδειξε ενδιαφέροντα ευρήματα για το αλκοόλ και τα πρότυπα στην κατανάλωση του. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι μαθητές (90%) των χωρών της ESPAD έχουν κάνει χρήση αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους χωρίς αυτό να σημαίνει ότι καταναλώνουν αλκοόλ σε συστηματική. Οι συστηματικοί χρήστες αλκοόλ, δηλαδή όσοι έχουν καταναλώσει αλκοόλ τουλάχιστον 40 φορές κατά τη διάρκεια της ζωής, είναι κατά πολύ λιγότεροι. Τα υψηλότερα ποσοστά των συστηματικών εφήβων χρηστών καθόλη τη διάρκεια της ζωής (52% - 41%) προέρχονται από χώρες, όπου παρατηρείται και η μεγαλύτερη εμπειρία με αλκοόλ, όπως η Δανία, η Αυστρία, η Δημοκρατία της Τσεχίας και η Γερμανία. Αντίθετα, στις χαμηλότερες θέσεις της Ευρωπαϊκής κατάταξης βρίσκονται η Ισλανδία, η Αρμενία, η Νορβηγία και η Σουηδία (9% - 14%). Στην Κύπρο, το 22% των μαθητών αναφέρει συστηματική χρήση

αλκοόλ. Η σχετική μείωση σε ό,τι αφορά τη συστηματική χρήση μπορεί να γίνει αντιληπτή, εάν λάβουμε υπόψη ότι κατά το 1995 το αντίστοιχο ποσοστό ανερχόταν στο 32%.

Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι, μεγαλύτερος αριθμός αγοριών αναφέρει χρήση αλκοόλ πάνω από 40 φορές κατά τη διάρκεια της ζωής σε σύγκριση με τα κορίτσια σχεδόν σε όλες τις συμμετέχουσες χώρες.

Η υψηλότερη συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών παρατηρείται μεταξύ των εφήβων που κατανάλωσαν αλκοόλ 20 ή περισσότερες φορές μέσα στον τελευταίο μήνα. Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης σε αυτό το επίπεδο καταγράφηκαν στην Αυστρία (14%) και την Ολλανδία (12%). Το αντίστοιχο ποσοστό στην Κύπρο ανέρχεται στο 5%. Αναφορικά με τα επίπεδα προτίμησης αλκοολούχων ποτών, η μπίρα αναφέρθηκε από τους περισσότερους μαθητές τόσο σε Ευρωπαϊκό (40%) όσο και σε εθνικό επίπεδο (38%). Παράλληλα, οι χώρες οι οποίες ανέφεραν υψηλά επίπεδα μέθης κατά τους τελευταίους 12 μήνες, παρουσίασαν υψηλά ποσοστά και κατά τον τελευταίο μήνα. Πιο συγκριμένα, τα υψηλότερα ποσοστά μέθης κατά τον τελευταίο μήνα παρουσίασαν χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Αυστρία, η Δανία και η Νήσος του Μαν (49% - 31%), σε αντίθεση με την Κύπρο (9%) και την Αρμενία (2%) όπου καταγράφηκαν τα χαμηλότερα ποσοστά (Hibell και συνεργάτες 2009).

Τέλος, το ποσοστό των μαθητών που αναφέρουν συχνότητα κατανάλωσης 5 ή περισσότερων ποτών για μία ή περισσότερες φορές μέσα στον τελευταίο μήνα κυμαίνεται κατά μέσο όρο στο 43%. Το αντίστοιχο ποσοστό «ευκαιριακής άμετρης κατανάλωσης» («binge drinking») αλκοόλ στην Κύπρο ανέρχεται στο 34%. Ταυτόχρονα οι διαχρονικές συγκρίσεις σε συμπεριφορές «ευκαιριακής άμετρης κατανάλωσης» αλκοόλ σε Ευρωπαϊκό επίπεδο καταδεικνύουν αυξητικές τάσεις, ενώ όσον αφορά στο φύλο, τα υψηλότερα ποσοστά των αγοριών έναντι των κοριτσιών που παρατηρήθηκαν στα προηγούμενα έτη, μειώθηκαν. Πιο συγκεκριμένα, κατά το τελευταίο έτος αναφοράς, το 42% των κοριτσιών, κατά μέσο όρο, υπέδειξε συμπεριφορές «ευκαιριακής άμετρης κατανάλωσης» αλκοόλ έναντι του 35% της προηγούμενης έρευνας του 2003 Hibell και συνεργάτες 2009).

### **2.5.3 Διεθνείς συγκρίσεις**

Τα στοιχεία που καταγράφονται στην Αυστραλία, τον Καναδά και τις ΗΠΑ σχετικά με τη χρήση κάνναβης από νεαρούς ενήλικες σε όλη τη διάρκεια της ζωής και κατά το τελευταίο έτος αναφοράς (2011) ξεπερνούν τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, που είναι 32,0% και 12,1% αντίστοιχα.

Για παράδειγμα, στον Καναδά (2009) στους νεαρούς ενήλικες η επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής ήταν 48,4% και η επικράτηση κατά το τελευταίο έτος 21,6%. Στις ΗΠΑ, βάσει της εθνικής έρευνας σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και την υγείας (SAMHSA, 2010) η επικράτηση της χρήσης κάνναβης στους νεαρούς ενήλικες (16-34 ετών, όπως επαναυπολογίστηκε από το ΕΚΠΙΝΤ) υπολογίζεται σε 51,6% σε όλη τη διάρκεια της ζωής και σε 24,1% κατά το τελευταίο έτος, ενώ στην Αυστραλία (2007) τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 46,7% και 16,2% για την ηλικιακή ομάδα 14-39 ετών. Όσο αφορά τους μαθητές ηλικίας 15-16 ετών, είναι μικρός ο αριθμός των ευρωπαϊκών χωρών (Γαλλία, Ισπανία, Σλοβακία, Τσεχική Δημοκρατία) που αναφέρει ποσοστά χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής συγκρίσιμα με αυτά της Αυστραλίας και των ΗΠΑ.

## **2.6. Κοινωνικό Κόστος Παράνομων Εξαρτησιογόνων Ουσιών στην Κύπρο**

Το κοινωνικό κόστος των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών είναι το κόστος το οποίο επιβάλλεται στην κοινωνία λόγω της ύπαρξης του φαινομένου της χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών (ΕΚΤΕΠΝ 2008). Το κόστος θεραπείας και πρόληψης, οι δαπάνες επιβολής του νόμου, η απώλεια εισοδήματος και η μείωση της παραγωγικότητας είναι στοιχεία τα οποία συνυπολογίζονται στην μέτρηση. Το κόστος αυτό μετράται ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ).

Στην Κύπρο το κοινωνικό κόστος των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών μετρήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά κατά την χρονιά 2006. Με βάση τα στοιχεία κατά το 2006 το κοινωνικό κόστος των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών ανήλθε στο ποσό των 31 εκατομμυρίων ευρώ προκαλώντας απώλειες 0.22% επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Το μεγαλύτερο ποσοστό 63% δαπανήθηκε στην καταστολή, το 19% στην πρόληψη και έρευνα, το 8% ήταν το έμμεσο κόστος απώλειας εισοδήματος και παραγωγικότητας ενώ ένα 7% ήταν το κόστος που αφορούσε τον τομέα της θεραπείας. 3% αφορούσε το άμεσο κόστος συντονισμού.

## 2.7 Ανασκόπηση των σημαντικότερων ερευνών

### **DARP (Drug Abuse Reporting Programme)**

Η DARP αποτελεί, παγκόσμια, την πρώτη μεγάλης κλίμακας έρευνα για διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας στον τομέα της εξάρτησης και ουσιαστικά αποτέλεσε και το πρότυπο για τις επόμενες έρευνες που θα ακολουθούσαν στη συνέχεια. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από Εθνικό Ινστιτούτο για την Τοξικοεξάρτηση (NIDA – National Institute on Drug Abuse) στις Ηνωμένες Πολιτείες, άρχισε το 1969 και ολοκληρώθηκε το 1979. Κατά την πρώτη φάση της συλλέχθηκαν δεδομένα για την 4ετία 1969 – 1973 και που αφορούσαν τις εισαγωγές 43 943 ατόμων από 52 θεραπευτικά προγράμματα όλου του φάσματος της θεραπείας. Τα προγράμματα περιλάμβαναν ανοικτά προγράμματα, θεραπευτικές κοινότητες, προγράμματα υποκατάστατων και μονάδες αποτοξίνωσης. Η επανεξέταση πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 4.627 ατόμων έξι χρόνια αργότερα (1975 – 1979). Τα κριτήρια αποτελεσματικότητας αφορούσαν την αποχή ή τη μείωση της χρήσης ουσιών και την απομάκρυνση από παραβατικού τύπου συμπεριφορά.

Όπως αναφέρεται στα αποτελέσματα τα δύο τρίτα από όσους είχαν εισαχθεί σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, δέκα χρόνια μετά την εισαγωγή δεν έκαναν καθημερινή χρήση απιοειδών ενώ το ένα τρίτο είχε πλήρη αποχή από τη χρήση παράνομων ουσιών και δεν είχε επίσης καμιά εμπλοκή σε παραβατικές συμπεριφορές. Σε ότι αφορά τα ποσοστά της επαγγελματικής απασχόλησης τα ποσοστά απασχόλησης για περισσότερο από έξι μήνες διπλασιάζονται από τα ποσοστά κατά την εισαγωγή ενώ για τα προγράμματα θεραπευτικών κοινοτήτων διαμονής αυξάνονται από 20% στο 61%.

### **TOPS (Treatment Outcome Prospective Study)**

Η έρευνα TOPS ήταν επίσης μιας μεγάλης κλίμακας που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1979 – 1981 και μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελούσε συνέχεια και εξέλιξη DARP. Στην έρευνα TOPS συμμετείχαν 11 750 τα όποια είχαν εισαχθεί για θεραπεία τα προαναφερθέντα έτη. Οι βασικοί άξονες διερεύνησης της TOPS αφορούσε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ως προς την αποχή και την μείωση της χρήσης, την ωφελιμότητα της θεραπείας τόσο για το άτομα αλλά και την ευρύτερη κοινωνία καθώς και την

αύξηση της αποτελεσματικότητας σε σχέση με τη μείωση των δαπανών και τον περιορισμό των πόρων. Όπως και η DARP έτσι και η TOPS θα εστιάζοταν στις αλλαγές των ατόμων μετά τη θεραπεία επανεξετάζοντας σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα, 3 μηνών, ενός έτους, δύο και πέντε ετών μετά τη θεραπεία. Βασικό διαφοροποιητικό στοιχείο της από την DARP ήταν το ότι παρείχε ευρύτερα και πιο λεπτομερείς δεδομένα για τα συστήματα θεραπείας, τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων και επιχειρούσε να διερευνήσει και ερωτήματα πολιτικού περιεχομένου πέραν από τα βασικά κλινικά ερωτήματα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν την αναμενόμενη διαφοροποίηση στα ποσοστά χρήσης ουσιών ανάμεσα στην περίοδο εισαγωγής και τις περιόδους επανεξέτασης με 7 στους 10 να μειώνουν ή να απέχουν εντελώς από την χρήση ηρωίνης ενώ πιο συγκεκριμένα τα ποσοστά της συστηματικής χρήσης μειώνονται στα προγράμματα μεθαδόνης από 63% σε 17% πέντε χρόνια μετά, από 31% σε 11,8% στα προγράμματα διαμονής και από 8,6% σε 4,6% στα ανοικτά προγράμματα.

Παρατηρείται επίσης μείωση ή αποχή της χρήσης κοκαΐνης σε όλα τα θεραπευτικά πλαίσια σε επίπεδο 75% κατά το διάστημα των πέντε ετών ενώ στα ανοικτά προγράμματα η συστηματική χρήση κάνναβης μειώνεται από 63% στο 31%. Η κάνναβη αναφέρεται ως η ουσία με τις μικρότερες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις χρονικές περιόδους της εισαγωγής και των επανεξετάσεων με τα αποτελέσματα του πρώτου χρόνου μετά την θεραπεία να δείχνουν πως μόνο δύο στους δέκα είχαν πλήρη απόχλη από την κάνναβη για τα προγράμματα διαμονής και τα προγράμματα μεθαδόνης ενώ μόνο ένας στους δέκα ανέφερε πλήρη απόχλη από την κάνναβη στα ανοικτά προγράμματα. Ένα επίσης σημαντικό στοιχείο που εξετάστηκε ήταν και τα ποσοστά διακοπής της θεραπείας που στα ανοικτά προγράμματα έφταναν στο 93,4% στην διάρκεια ενός έτους.

### **DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Studies)**

Η μεγαλύτερη μελέτη αποτίμησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας προγραμμάτων σχετικά με την τοξικοεξάρτηση, με βάση τη μέθοδο της επανεξέτασης, είναι η προοπτική μελέτη DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Studies) η οποία πραγματοποιήθηκε μεταξύ του 1990 και 1993 από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Τοξικοεξάρτηση (NIDA – National Institute on Drug Abuse) στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα δεδομένα αφορούσαν πέραν των 10 000 ατόμων που εισάχθηκαν σε 96 διαφορετικά θεραπευτικά προγράμματα σε 11 πόλεις. Όσον αφορά τα

ανοικτά θεραπευτικά προγράμματα στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 14 προγράμματα με 1839 άτομα.

Τα δεδομένα που αφορούσαν τη θεραπεία λήφθηκαν κατά τη διάρκεια της, ενώ τα δεδομένα της επανεξέτασης συλλέχτηκαν ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Το ποσοστό των συμμετεχόντων στην επανεξέταση ήταν 70%. Η συγκεκριμένη μελέτη εξέτασε τον βαθμό του θεραπευτικού αποτελέσματος σε σχέση με τα προσωπικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τον τύπο του θεραπευτικού προγράμματος, το είδος της προσφερόμενης θεραπείας και την μεταθεραπευτική φροντίδα.

Η έρευνα έδειξε μείωση της χρήσης των ουσιών ανάμεσα στις δύο χρονικές περιόδους σε όλα τα θεραπευτικά μοντέλα που εξετάστηκαν ενώ συγκεκριμένα για τα ανοικτά προγράμματα η χρήση ηρωίνης μειώθηκε από το 5,9% στο 3,3%, η χρήση της κοκαΐνης από το 41,7% στο 18,3% και η χρήση κάνναβης από το 25,4% στο 8,5%. Σημαντικά αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν για όλα τα μοντέλα μετά τη θεραπεία αφορούν τη βελτίωση της συμπεριφοράς και τη μείωση της παραβατικής δραστηριότητας. Στα ανοικτά προγράμματα τα άτομα που ανέφεραν παραβατική συμπεριφορά κατά την εισαγωγή στην θεραπεία ήταν 21,9%, ενώ κατά την επαναληπτική εξέταση το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 14%. Σε ότι αφορά την εργασιακή κατάσταση και απασχόληση, στα ανοικτά προγράμματα παρατηρήθηκε αύξηση των ποσοστών απασχόλησης ανάμεσα στις δυο χρονικές περιόδους από 18,2% σε 25% ενώ ο αυτοκτονικός ιδεασμός μειώθηκε από το 19,3% στην εισαγωγή στο 11,4%. Επιπλέον σημαντικές αλλαγές παρατηρούνται για όλους τους τύπους προγραμμάτων στους τομείς της ψυχικής υγείας αφού η αναφορά σχετικών προβλημάτων μειώνεται κατά 50% στην επανεξέταση ενώ παρόμοια μείωση καταγράφεται και για τις πρακτικές που αφορούν την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (Hubbard et al 1997).

Με βάση τα αρχικά δείγματα της DATOS οι Simpson, Joe & Broom (2002) μελέτησαν δείγμα 708 ατόμων από 45 διαφορετικά προγράμματα, που συμμετείχαν στην πρώτη έρευνα 5 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Το συγκεκριμένο δείγμα αφορούσε σε άτομα που κατά την εισαγωγή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα παρουσίαζαν προβλήματα εξάρτησης σχετιζόμενα με την κοκαΐνη. Τα αποτελέσματα 5 χρόνια μετά επιβεβαιώνουν τη διαφοροποίηση συμπεριφορών μετά τη θεραπευτική παρέμβαση αλλά με διαφοροποιήσεις ανάμεσα στην πρώτη επανεξέταση και τη δεύτερη 5 χρόνια αργότερα.

Αυτό που βασικά παρατηρήθηκε στα 5 χρόνια που μεσολάβησαν ήταν η μη διατήρηση των αλλαγών που διαπιστώθηκαν κατά την πρώτη επανεξέταση. Συγκεκριμένα, η χρήση κοκαΐνης αυξήθηκε από το 21% (το οποίο καταγράφηκε στο πρώτο έτος) στο 25% μετά από πέντε χρόνια ενώ η παραβατική συμπεριφορά από το 16% της επανεξέτασης αυξήθηκε επίσης στο 25% πέντε χρόνια μετά. Αυτό που διαπιστώνεται μέσα από τη συγκεκριμένη μελέτη είναι πως τα θεραπευτικά αποτελέσματα τείνουν να διατηρούνται και σε βάθος χρόνου παρά τις διαφοροποιήσεις που καταγράφηκαν πέντε χρόνια μετά.

Παρόμοια και οι Hubbard, Graddock & Anderson (2003) προχώρησαν σε επανεξέταση δείγματος που συμμετείχε στην DATOS πέντε χρόνια μετά την πρώτη επανεξέταση που πραγματοποιήθηκε στους δώδεκα μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Στην εν λόγω έρευνα συμμετείχαν 1393 άτομα που είχαν συμμετάσχει και στην προηγούμενη έρευνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η χρήση ουσιών παραμένει σε σαφώς χαμηλότερα επίπεδα από τα ποσοστά που καταγράφηκαν κατά την εισαγωγή αλλά παρουσιάζουν αύξηση σε σχέση με την επανεξέταση των πρώτων δώδεκα μηνών. Η αύξηση παρατηρείται σε όλους τους τύπους προγραμμάτων και για όλες σχεδόν τις ουσίες. Σε ότι αφορά τα ανοικτά προγράμματα η χρήση ηρωΐνης αυξήθηκε από 3,9% κατά την πρώτη επανεξέταση στο 5,5% πέντε χρόνια μετά, η χρήση κοκαΐνης από το 13,8% στο 17,3% και η χρήση κάνναβης από 11,6% στο 18,7%. Πέραν όμως από την παραπάνω αύξηση των ποσοστών χρήσης παρατηρήθηκε μείωση στην προβληματική χρήση αλκοόλ, μείωση στην παραβατική συμπεριφορά και μείωση στις σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου ενώ αυξήθηκαν και τα ποσοστά πλήρους απασχόλησης από το 33,2% κατά το πρώτο έτος στο 42,3%.

*Περισσότερα στοιχεία και δημοσιεύσεις που αφορούν τις τρεις πιο πάνω έρευνες παρουσιάζονται στην ιστοσελίδα <http://www.datos.org/>*

### **NTORS (National Treatment Outcome Research Study)**

Η Εθνική Μελέτη Έρευνας Θεραπευτικού Αποτελέσματος (National Treatment Outcome Research Study – NTORS) αποτελεί την πρώτη προοπτική μελέτη που αφορά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας προγραμμάτων σχετιζόμενα με ουσίες που πραγματοποιήθηκε στην Βρετανία και ίσως την πρώτη ευρεία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ευρώπη, βασιζόμενη στη μεθοδολογική προσέγγιση της επανεξέτασης στα πρότυπα ανάλογων ερευνών που είχαν πραγματοποιηθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το 1995 και συμπεριλάμβανε 45 διαφορετικά προγράμματα. Στην

έρευνα συμμετείχαν 1796 άτομα κατά την περίοδο της εισαγωγής σε θεραπευτικό πρόγραμμα ενώ 504 έλαβαν μέρος στην επαναληπτική εξέταση ένα χρόνο αργότερα. Τα αποτελέσματα που αφορούσαν τη χρήση ουσιών έδειξαν σημαντική μείωση σε όλες τις ουσίες. Η χρήση ηρωίνης παρουσίασε μείωση κατά 49%, του κρακ 61%, της κάνναβης κατά 45% ενώ η μείωση στη χρήση αλκοόλ ήταν στο 48%. Σημαντική μείωση κατά 63% παρουσίασε και η ενέσιμη χρήση ηρωίνης ενώ η κοινή χρήση σύριγγας αναφέρθηκε μόνο από ένα ποσοστό μικρότερο του 5%. Επιπλέον σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν και στην παραβατική συμπεριφορά και δραστηριότητα μειώθηκαν από το 40% στην φάση της εισαγωγής στο 16% κατά την επανεξέταση (Jones και συνεργάτες 2009).

## **Έρευνες εστιασμένες στον εφηβικό πληθυσμό**

### **DATOS-A (Drug Abuse Treatment Outcome Studies- Adolescents)**

Η DATOS-A αποτελεί ουσιαστικά μέρος της ευρύτερης μεγάλης κλίμακας έρευνα DATOS που αναφέρθηκε πιο πάνω με βασική διαφοροποίηση τον προσανατολισμό στα προγράμματα εφήβων χρηστών. Οι Hser, Grella, Hubbard et al., (2001) στα πλαίσια της DATOS-A διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα 23 προγραμμάτων διαφορετικού τύπου που απευθύνονται σε έφηβους σε τέσσερις πόλεις στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το δείγμα αποτέλεσαν 1167 έφηβοι ηλικίας 11 – 18 ετών, 68,5% άρρενες οι οποίοι εισάχθηκαν για θεραπεία τα έτη 1993 – 1996. Τα δεδομένα λήφθηκαν κατά την εισαγωγή στη θεραπεία και ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση της. Ως δείκτες καθορίστηκαν η αποχή από την χρήση, η απομάκρυνση από παράνομες δραστηριότητες η ψυχική κατάσταση και η σχολική επίδοση. Οι αλλαγές που εντοπίστηκαν αφορούσαν στη μείωση της βαριάς χρήσης αλκοόλ από το 33,8% στο 20,3%, της εβδομαδιαίας χρήσης κάνναβης από το 80,4% στο 43,8%, ενώ μείωση παρατηρείται και για όλες τις άλλες ουσίες πλην της κοκαΐνης, η οποία παρουσίασε γενική αύξηση από το 16,5% στο 19,2%.

Ειδικότερα, τα στοιχεία που αφορούν στα ανοικτά θεραπευτικά προγράμματα έδειξαν μείωση της βαριάς χρήσης αλκοόλ από το 24,4% στο 16,2%, της εβδομαδιαίας χρήσης κάνναβης από το 71,6% στο 42,1% ενώ αντίθετα, στην κοκαΐνη παρατηρήθηκε αύξηση από 9,2% σε 16%. Στις υπόλοιπες παραμέτρους που εξετάστηκαν παρατηρήθηκε συνολικά μείωση του αυτοκτονικού ιδεασμού από το 27,5% σε 14,6% (από 25,1% σε 13,7% για τα ανοικτά προγράμματα), μείωση της παράνομης δραστηριότητας από 75,6% σε 52,8% (66,4% σε 51,5% για τα ανοικτά προγράμματα) μείωση των συλλήψεων και αύξηση στη σχολική παρακολούθηση και τη βελτίωση της επίδοσης.

### **Cannabis Youth Treatment (CYT)**

Το CYT αποτελεί ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα βραχύχρονων παρεμβάσεων με διάρκεια μικρότερη από 90 μέρες το οποίο απευθύνεται ειδικά σε έφηβους χρήστες κάνναβης. Οι Dennis et al., (2004) μελέτησαν συγκριτικά την αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων παρεμβάσεων σε δείγμα 600 εφήβων ηλικίας 15 – 18 ετών ακολουθώντας τη μέθοδο της επανεξέτασης σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους μετά την ολοκλήρωση των προγραμμάτων. Οι συμμετέχοντες ήταν άρρενες σε ποσοστό 83% και μαθητές σε ποσοστό 87%. Οι αρχικές μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν κατά την εισαγωγή στα προγράμματα ενώ οι επαναληπτικές τρεις, έξι και δώδεκα μήνες μετά την ολοκλήρωση. Η αποτελεσματικότητα είχε καθοριστεί ως η πλήρης αποχή από τη χρήση και ο αριθμός των ημερών αποχής τις τελευταίες 90 μέρες πριν από την κάθε συνέντευξη. Τα ποσοστά συμμετοχής στις επαναληπτικές συνεντεύξεις ήταν 98% στους τρεις μήνες, 97% στους έξι και 94% στους δώδεκα. Τα αποτελέσματα έδειξαν αύξηση της πλήρους αποχής από την κάνναβη από 3% κατά την εισαγωγή στο 24%, δώδεκα μήνες μετά ενώ οι μέρες αποχής από την ουσία (τελευταίες 90 μέρες πριν από την κάθε συνέντευξη) αυξήθηκαν από τις 52 σε 65. Ένα σημαντικό στοιχείο είναι πως δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές των συγκεκριμένων ποσοστών ανάμεσα στις διαφορετικές χρονικές στιγμές των επανεξετάσεων.

Μια από τις βασικές έρευνες μεγάλης σχετικά κλίμακας διενεργήθηκε από την Jainchill και συνεργάτες (2000). Η μελέτη αφορούσε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας εφήβων σε θεραπευτικές κοινότητες. Η έρευνα ακολούθησε το πρότυπο της επανεξέτασης ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση ή τη διακοπή της θεραπείας. Το αρχικό δείγμα αποτέλεσαν 938 έφηβοι ηλικίας 13 – 19 ετών οι οποίοι εισήχθησαν για θεραπεία σε έξι διαφορετικές θεραπευτικές κοινότητες στις Ηνωμένες Πολιτείες. Κατά την επαναληπτική συνέντευξη το ποσοστό συμμετοχής ήταν 64%. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν άρρενες σε ποσοστό 71% ενώ ποσοστό 58% είχε παραπεμφθεί από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης.

Τα κριτήρια αποτελεσματικότητας καθορίστηκαν ως η αποχή ή μείωση της χρήσης ουσιών συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ και η αποχή από παράνομη δραστηριότητα. Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες που αφορούσαν όσους ολοκλήρωσαν την θεραπεία και σε όσους διέκοψαν ανεξαρτήτως λόγου. Τα αποτελέσματα έδειξαν καλύτερους δείκτες στην ομάδα η οποία είχε ολοκληρώσει την θεραπεία. Συγκεκριμένα, για όλες συνολικά τις ουσίες στην ομάδα που είχε ολοκληρώσει την θεραπεία τα αρχικά ποσοστά κατά την εισαγωγή ήταν στο 79.5% και

μειώθηκαν ένα χρόνο μετά την θεραπεία στο 60% ενώ για την ομάδα που δεν ολοκλήρωσε παρατηρήθηκε μια πολύ μικρή μείωση από το 83.1% στο 80%.

Πιο αναλυτικά, ανά ουσία στην ομάδα ολοκλήρωσης παρουσιάζεται μείωση στη χρήση κάνναβης από το 75,6% στο 58,4%, στη χρήση κοκαΐνης από το 36,9% στο 22,1%, στα εισπνεόμενα από 15,5% στο 3,8%, ενώ στην κατανάλωση αλκοόλ μέχρι σημείου μέθης από 67% στο 29,2%. Σημαντικές διαφοροποιήσεις καταγράφονται επίσης και στον τομέα της εμπλοκής σε παράνομες δραστηριότητες με την ομάδα που ολοκλήρωσε την θεραπεία να παρουσιάζει μειωμένη εμπλοκή σε παράνομες δραστηριότητες από ποσοστό 97,7% κατά την εισαγωγή σε 68,1% ένα χρόνο μετά την θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, καταγράφηκε μείωση στη διακίνηση και εμπορία ουσιών από 58,3% σε 17,4%, στην άσκηση βίας από 36,9% σε 10,9% και στις παραβάσεις που αφορούσαν ξένη περιουσία από 73,6% σε 24,9% ενώ οι ερευνητές αναφέρουν στη συσχέτιση των δύο παραγόντων αφού η εμπλοκή σε παράνομες δραστηριότητες μειώνεται παράλληλα με τη μείωση της χρήσης.

Οι Battjes et al., (2004) εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπευτικής παρέμβασης σε εξωτερική βάση σε 194 έφηβους χρήστες ουσιών μέσα από τη μέθοδο της επανεξέτασης έξι και δώδεκα μήνες μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 16 χρόνια και οι περισσότεροι (84,5%) ήταν άρρενες. Οι μεταβλητές που καθόριζαν την αποτελεσματικότητα ήταν οι μέρες χρήσης κάνναβης, οι μέρες τοξίκωσης (μέθης) από αλκοόλ και οι μέρες εμπλοκής σε παραβατικές συμπεριφορές τις τελευταίες 90 μέρες πριν από την κάθε συνέντευξη.

Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική βελτίωση ως προς τη χρήση μαριχουάνας αφού ο μέσος αριθμός ημερών χρήσης (τελευταίες 90 μέρες πριν από την ένταξη στο πρόγραμμα) ήταν 27,7 μέρες ενώ 6 μήνες μετά την ολοκλήρωση (τελευταίες 90 μέρες πριν από την επανεξέταση) ο μέσος αριθμός χρήσης ήταν 13,6 στους έξι και 18,4 στους δώδεκα μήνες. Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές που να αφορούσαν την χρήση αλκοόλ και την παραβατική συμπεριφορά στις 3 περιόδους. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται επίσης από τους Carison et al., (2005) οι οποίοι επίσης με τη μέθοδο της επανεξέτασης 6 μήνες μετά τη θεραπεία μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής εμπειρίας σε 200 έφηβους στο Όρεγκον και την Ουάσιγκτον στις ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ανεξάρτητα από τη διαφορά στις θεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιήθηκαν υπήρξε σημαντική μείωση (περίπου στο μισό) τόσο της χρήσης παράνομων ουσιών όσο και της χρήσης αλκοόλ.

## **Ελλάδα**

Η πρώτη συγκριτική μελέτη στην Ελλάδα που διερεύνησε τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης σε βάθος χρόνου παρουσιάστηκε το 1992 (Kokkevi, 1992). Στη μελέτη αυτή ελέγχεται ένα δείγμα 79 ατόμων που ήταν κρατούμενοι το 1984 και ένα δείγμα 140 εξαρτημένων που βρίσκονταν σε δομές απεξάρτησης. Οι συμμετέχοντες στα δύο δείγματα είχαν ανάλογα χαρακτηριστικά αναφορικά με τη χρήση και τη γενικότερη στάση απέναντι σε αυτήν. Η περίοδος επανεξέτασης για την πρώτη ομάδα έγινε περίπου στα 8 χρόνια μετά τον εγκλεισμό και τη δεύτερη στα 3-4 χρόνια μετά τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες. Τα άτομα που ανήκαν στην ομάδα η οποία βρισκόταν σε επαφή με θεραπευτικές υπηρεσίες παρουσίασαν σημαντικά καλύτερη πορεία σε όλους τους υπό εξέταση τομείς σε σχέση με τα άτομα που ανήκαν στην ομάδα των κρατουμένων. Περίπου τα δύο τρίτα των κρατουμένων βρέθηκαν πάλι στη φυλακή κατά την περίοδο της επανεξέτασης, ενώ το ίδιο συνέβη μόνο για 7,9% όσων προέρχονταν από προγράμματα θεραπείας. Αντιστοίχως 36,4% της πρώτης ομάδας βρέθηκαν στη διάρκεια επανεξέτασης να ζουν ελεύθεροι στην κοινωνία ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που συμμετείχαν σε θεραπευτική κοινότητα έφταναν στο 86,8%. Παράλληλα, 68,2% της ομάδας των κρατουμένων έναντι 21,1% της ομάδας των ατόμων που συμμετείχαν σε θεραπεία έκαναν χρήση κάποιας παράνομης ουσίας κατά τη διάρκεια της επανεξέτασης. Εργασιακή απασχόληση βρέθηκε να έχει το 40,9% της ομάδας που προερχόταν από τη φυλακή έναντι του 63,2% της ομάδας που προερχόταν από τις θεραπευτικές υπηρεσίες (Πουλόπουλος 2005).

Όπως αναφέρει ο Πουλόπουλος (2005) συχνά, αγνοείται το γεγονός ότι το κόστος για τη δίωξη, την εκδίκαση μιας υπόθεσης και τον εγκλεισμό είναι πολλαπλάσιο του κόστους συμμετοχής σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα, αλλά και ότι τα περισσότερα άτομα που αποφυλακίζονται επανέρχονται στη χρήση και στην εγκληματική συμπεριφορά. Επιπλέον, στη διάρκεια της φυλάκισης οι κίνδυνοι για την επιδείνωση της υγείας των εξαρτημένων ατόμων είναι αυξημένοι. Λόγω της παράνομης χρήσης, η οποία συχνά συμβαίνει μέσα στη φυλακή, αυξάνονται οι κίνδυνοι για τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών, όπως ο ιός του HIV/AIDS. Μετά την αποφυλάκιση υπάρχει ο κίνδυνος μετάδοσης των ασθενειών στο γενικό πληθυσμό καθώς και αυξημένη πιθανότητα επιστροφής σε εγκληματικές πράξεις που σχετίζονται με τη συνέχιση της χρήσης των ουσιών ή απορρέουν από αυτήν.

Παρόμοια αναδρομική μελέτη που να αφορά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας πραγματοποιήθηκε το 1993 από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και

αφορούσε όσους είχαν ενταχθεί 5 χρόνια πριν στις δύο τότε Θεραπευτικές Κοινότητες της Ελλάδος. Το ποσοστό ανταπόκρισης στην επαναληπτική έρευνα ήταν στο 72,6%. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως 5 χρόνια μετά, το 67% των ατόμων απείχαν από τη χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας ενώ παράλληλα, το ποσοστό των συλλήψεων μειώθηκε από το 72% στο 23,7%. Το ποσοστό αποχής από τη χρήση αυξανόταν από το 67% στο 78% όταν εξεταζόταν η χρονική περίοδος των τελευταίων τριάντα ημερών πριν από τη συνέντευξη. Επιπλέον, το ποσοστό απασχόλησης αυξήθηκε από το 20% στη φάση της εισαγωγής στο 63% κατά τη φάση της επανεξέτασης, στοιχεία τα οποία αποδίδονται στην θεραπευτική εμπειρία (Κοκκέβη και Ζαφειρίδης, 1996).

Πιο πρόσφατη έρευνα στον Ελλαδικό χώρο που να αφορά την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας θεραπευτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων πραγματοποιήθηκε το 2002 από το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 551 άτομα που επιλέχθηκαν με βάση την τυχαία αναλογική δειγματοληψία ανεξάρτητα από το χρόνο παραμονής σε θεραπεία. Τα δεδομένα λήφθηκαν μέσω συνεντεύξεων, τόσο κατά πρόσωπο όσο και τηλεφωνικώς. Η βασική προσέγγιση της έρευνας περιλάμβανε τη σύγκριση ποσοτικών δεδομένων σε δύο χρονικά σημεία, κατά την ένταξη στην θεραπεία και πέντε χρόνια μετά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, ανεξαρτήτως από το χρόνο που μεσολαβεί ανάμεσα στην περίοδο εισαγωγής και την περίοδο επανεξέτασης παρατηρείται μείωση των ποσοστών που αφορούν τη χρήση ηρωίνης (39,6%) , την ενέσιμη χρήση (41,1%) τις καταδίκες (54%), τη φυλάκιση (56,3%) και την ανεργία (43,8%). Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι ακόμη και όσοι εγκατέλειψαν το πρόγραμμα τις πρώτες 90 ημέρες ωφελήθηκαν από τη θεραπευτική εμπειρία. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ατόμων (76%) σχετικά σύντομα αναζήτησε θεραπεία σε κάποιο θεραπευτικό πλαίσιο. Παράλληλα, η μελέτη ανέδειξε ότι ο πληθυσμός που δε συμπλήρωσε τον απαιτούμενο χρόνο θεραπείας, παρουσίασε σημαντικά θετικά αποτελέσματα στους κύριους τομείς της χρήσης ουσιών, της παραβατικής συμπεριφοράς και της απασχόλησης (Αγραφιώτης και Καμπριάνη, 2002).

# Κεφάλαιο Τρίτο - Μεθοδολογία

## 3.1 Μεθοδολογία – Ερευνητικός σχεδιασμός

Η συγκεκριμένη έρευνα σχεδιάστηκε σύμφωνα με τη μέθοδο της επανεξέτασης των ατόμων που εντάχθηκαν στη θεραπευτική παρέμβαση, η οποία αποτελεί σύμφωνα με την ειδική βιβλιογραφία έναν από τους πιο έγκυρους μηχανισμούς επανελέγχου (WHO 2000, EMCDDA 1999, Onrevelt 1998), η οποία περιλαμβάνεται στα μεγαλύτερα, από πλευράς συμμετεχόντων, ατόμων και θεραπευτικών κέντρων, ερευνητικά πρωτόκολλα παγκοσμίως τα οποία είχαν ως βασικό στόχο την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων θεραπείας της χρήσης ουσιών.

Η προσέγγιση περιλάμβανε την συγκέντρωση συγκρίσιμων ποσοτικών στοιχείων σε δύο χρονικά σημεία, 1<sup>ο</sup> κατά την ένταξη στο θεραπευτικό πρόγραμμα και 2<sup>ο</sup> τη χρονική στιγμή της επανεξέτασης, 6 μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Περιλαμβάνεται στη νατουραλιστική (naturalistic) στρατηγική έρευνας που διεξάγεται στο φυσικό περιβάλλον και δίνει τη δυνατότητα συγκρίσεων ανάμεσα στην κατάσταση που παρουσιαζόταν πριν από τη θεραπευτική παρέμβαση και της κατάστασης μετά την παρέμβαση. Πρόκειται για προοπτική μελέτη (prospective design) αφού οι συμμετέχοντες εντάχθηκαν από την έναρξη της παρέμβασης, στοχευόμενη μελέτη αποτίμησης ενός προγράμματος (single site evaluation) που σε σχέση με το χρόνο της επανεξέτασης κατατάσσεται στην παρακολούθηση σύντομου χρονικού ορίζοντα (short term follow up).

### 3.1.1 Δείγμα

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλα τα άτομα τα οποία συμμετείχαν και ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα κατά το έτος 2012, σύνολο 75 άτομα. Το τελικό δείγμα κατά την επανεξέταση αποτέλεσαν 51 άτομα. Συγκεκριμένα, από όσους ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, 64 άτομα συγκατατέθηκαν για τη συμμετοχή τους σε επαναληπτική συνέντευξη ενώ οι υπόλοιποι 11 αρνήθηκαν. Κατά τις διαδικασίες εντοπισμού τους για σκοπούς επανεξέτασης, δυο άτομα αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους, 11 άτομα δεν ανευρέθηκαν περιορίζοντας τον τελικό αριθμό των συμμετεχόντων σε 51, ποσοστό δηλαδή 68% επί του αρχικού αριθμού. Από τα 11 άτομα που δεν έγινε δυνατό να εντοπιστούν το μεγαλύτερο ποσοστό [45,5% (n=5)] ήταν στρατιώτες κατά το χρόνο ολοκλήρωσης του προγράμματος, σχεδόν άλλοι τόσοι ήταν φοιτητές / μαθητές [36,4% (n=4)] και οι υπόλοιποι [18,2% (n=2)] εργαζόμενοι.

### **3.1.2 Εργαλεία συλλογής δεδομένων**

Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη εργασία λήφθηκαν από ένα αριθμό τριών διαφορετικών εργαλείων. Τα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα λήφθηκαν μέσα από το πρωτόκολλο του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας το οποίο συμπληρώνεται σε κάθε αίτημα θεραπείας ή βοήθειας σε σχέση με την χρήση παράνομων ουσιών. Η χρήση ουσιών καταγράφηκε μέσα από το αρχικό τυποποιημένο για όλες τις χώρες έντυπο (Intake Form) το οποίο σύμφωνα με το πρωτόκολλο του προγράμματος χρησιμοποιείται και συμπληρώνεται σε κάθε πρώτη συνάντηση ενώ η περιεκτική αξιολόγηση γίνεται με την χρήση του εργαλείου Adolescent Drug Abuse Diagnosis – ADAD. Τα στοιχεία που αφορούν την αξιολόγηση του προγράμματος από τους συμμετέχοντες λήφθηκαν από το επίσης τυποποιημένο για όλες τις χώρες έντυπο αξιολόγησης.

Τα δεδομένα που αφορούν τη δεύτερη συνέντευξη λήφθηκαν με το έντυπο επαναληπτικής συνέντευξης (Follow-up Form) και με το ADAD.

#### **Δείκτης Αίτησης Θεραπείας**

Πρόκειται για δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο σχεδιάστηκε από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA) και το οποίο χρησιμοποιείται από όλες τις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για καταγραφή των αιτημάτων βοήθειας και το οποίο συμπληρώνεται κατά την πρώτη επαφή του ενδιαφερόμενου με το Θεραπευτικό Πρόγραμμα. Αποτελείται από τριάντα ερωτήσεις και η συμπλήρωση του διαρκεί περίπου δεκαπέντε λεπτά. Τα στοιχεία αποστέλλονται ετήσια στο Ευρωπαϊκό Κέντρο μέσω του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.

#### **Adolescent Drug Abuse Diagnosis - ADAD**

Η βασική διερεύνηση πέραν της χρήσης ουσιών έγινε με το ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) – Διάγνωση για τη Χρήση Ουσιών σε Έφηβους στην ελληνική προσαρμογή. Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει αναπτυχθεί από το Belmont Center for Comprehensive Treatment στις Ηνωμένες Πολιτείες και έχει μεταφραστεί σε αρκετές γλώσσες (Borjesson, Armelius, & Ostgard-Ybrandt, 2007, Holzer, Tchamadjeu, Plancherel et al, 2007, Bolognini et al 2001). Η

ελληνική προσαρμογή έγινε από το Τμήμα Έρευνας, Αξιολόγησης και Τεκμηρίωσης του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) στην Ελλάδα.

Το ADAD χρησιμοποιείται για διαγνωστικούς και ερευνητικούς σκοπούς, όσο και για σκοπούς τεκμηρίωσης και αποτίμησης (Holzer, Tchemadjeu, Plancherel et al, 2007, Bolognini et al 2001, Friedman & Utada 1989). Πρόκειται για Δομημένη Συνέντευξη, ειδικά σχεδιασμένη για εφήβους, η οποία δίνει σφαιρική εικόνα για τη φύση και την σοβαρότητα προβλημάτων σε 9 λειτουργικούς άξονες. Το ADAD σχεδιάστηκε με βάση το Δείκτη Σοβαρότητα της Εξάρτησης (Addiction Severity Index – ASI) ως ένα περιεκτικό, κλινικό και ερευνητικό εργαλείο το οποίο να απευθύνεται ειδικά σε εφήβους και νέους μιας και το ASI ήταν σχεδιασμένο αποκλειστικά για ενήλικες και δεν μπορούσε να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες των εφήβων. Τα στοιχεία συλλέγονται μέσω δομημένης συνέντευξης η οποία διαρκεί από 45 μέχρι 60 λεπτά, μέσα από την οποία εμπλέκει τον εξεταζόμενο στην αξιολόγηση των δικών του αναγκών, αφού ο ίδιος εκτιμά τον βαθμό έντασης των προβλημάτων του για το σύνολο της ζωής του. Το ADAD θεωρείται ως ένα από τα πιο ολοκληρωμένα εργαλεία αξιολόγησης και όπως και το ASI βασίζεται στην παραδοχή πως η κάθε παρέμβαση/θεραπεία που αφορά τη χρήση ουσιών οφείλει να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα τα οποία προκλήθηκαν ή συνέβαλαν από την χρήση των ουσιών. Επιπλέον δεν επηρεάζεται από κοινωνικό – πολιτισμικούς παράγοντες και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για διεθνείς συγκρίσεις (Holzer, Tchemadjeu, Plancherel et al, 2007, Borjesson, Armelius, & Ostgard-Ybrandt, 2007, Bolognini et al 2001, Winters & Stinchfield 1995, Friedman & Utada 1989).

Οι περιοχές οι οποίες εξετάζει το ADAD είναι:

- i. Η Γενική Κατάσταση Υγείας
- ii. Σχολικό Ιστορικό
- iii. Εργασιακή Κατάσταση
- iv. Κοινωνικές Δραστηριότητες και Σχέσεις με μότετους
- v. Οικογενειακό Ιστορικό και Σχέσεις
- vi. Ψυχολογική Κατάσταση και Προβλήματα
- vii. Παραβατική – Εγκληματική συμπεριφορά
- viii. Χρήση Αλκοόλ
- ix. Χρήση άλλων ουσιών

### **Αξιοπιστία και Εγκυρότητα του Εργαλείου**

Το συγκεκριμένο εργαλείο παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία σε όλες τις εκδόσεις (Bolognini 2001, Friedman & Utada 1989). Η αξιοπιστία μελετήθηκε με τη χρήση του δείκτη Cronbach's  $\alpha$  ο οποίος ανήκει στο είδος «εσωτερικής συνέπειας», αξιοπιστίας. Η αξιοπιστία στο συγκεκριμένο εργαλείο δεν μετράται στο σύνολο του αλλά ανά τομέα (περιοχή) εξέτασης όπως αυτοί αναφέρθηκαν πιο πάνω. Τόσο η πρωτότυπη Αγγλική όσο η Γαλλική έκδοση παρουσιάζουν υψηλές τιμές στο συγκεκριμένο δείκτη, ( 0.64 η χαμηλότερη τιμή που αφορούσε τις κοινωνικές δραστηριότητες και 0.87 η υψηλότερη που αφορούσε τον οικογενειακό τομέα (Bolognini et al 2001, Friedman & Utada 1989).

## **3.2 Ηθικές προεκτάσεις**

Η παρούσα έρευνα έχει πάρει τις απαραίτητες εγκρίσεις από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και από το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Τα δεδομένα της έρευνας παραχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή και ανώνυμα από το Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου και το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.

Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν ενυπόγραφα δηλώσει την συγκατάθεση για την συμμετοχή τους.

# Κεφάλαιο Τέταρτο - Αποτελέσματα

## 4.1 Ποσοτικά στοιχεία 1ης φάσης

Πίνακας 3: Δημογραφικά στοιχεία

<b>Φύλο (N=75)</b>	<i>n</i>	%
Άνδρες	67	8,3
Γυναίκες	8	10,7
<b>Υπηκοότητα (N=75)</b>	<i>n</i>	%
Κυπριακή	66	88
Ελληνική	3	4
Βρετανική	5	6,7
Ιταλική	1	1,3
<b>Ηλικία (N=75)</b>		
Μικρότερη Ηλικία ( 15 ) Μεγαλύτερη Ηλικία ( 22 )	Μέση Ηλικία (18.45 έτη)	(τ.α. 1.63)
<b>Εκπαίδευση (N=75)</b>	<i>n</i>	%
Δημοτικό	2	2,7
Γυμνάσιο	7	9,3
Λύκειο	35	46,7
Συνεχίζουν στην Β'βάθμια εκπαίδευση	31	41,3
Φοιτητές (προσμετρήθηκαν ως απόφοιτοι λυκείου)	9	12
Ηλικία εγκατάλειψης του σχολείου		
Μικρότερη ηλικία ( 12 ) Μεγαλύτερη ηλικία ( 17 )	Μέση ηλικία (15.66)	(τ.α 1,5)
<b>Απασχόληση (N=75)</b>	<i>n</i>	%
Μαθητές/ Φοιτητές	40	53,3
Στρατιώτες	22	29,3
Σταθερή εργασία	7	9,4
Περιστασιακή εργασία	1	1,3
Άνεργοι	5	6,7
<b>Συνθήκες Διαβίωσης (N=75)</b>	<i>n</i>	%
Με τους 2 γονείς	49	65,4
Με μητέρα	13	17,3
Με μητέρα και πατριό	4	5,3
Με πατέρα	4	5,3
Με πατέρα και μητριά	2	2,7
Μόνος	1	1,3
Με σύντροφο	1	1,3
Με φίλους	1	1,3

Κατά την πρώτη φάση του προγράμματος συμμετείχαν 75 άτομα. Από αυτούς οι 67 ή ποσοστό 89,3% ήταν άντρες και οι 8 ή ποσοστό 10,7% γυναίκες. Οι πιο πολλοί (88%), ήταν Κύπριοι και οι υπόλοιποι ήταν υπήκοοι χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κυρίως κάτοχοι βρετανικής υπηκοότητας. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 18,45 έτη με τυπική απόκλιση τα 1,63 έτη. Η μικρότερη ηλικία ήταν τα 15 και η μεγαλύτερη τα 22. Όσο αφορά στην ηλικία παρατηρείται μια διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα με τα κορίτσια να παρουσιάζουν μικρότερο ηλικιακό εύρος, μικρότερη ηλικία τα 16 έτη και μεγαλύτερη τα 19, με μέση ηλικία τα 16,87 έτη και τυπική απόκλιση το ένα έτος. Σε ότι αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο, οι περισσότεροι (46,7%) είναι απόφοιτοι λυκείου ενώ κάπως λιγότεροι (41,3%) συνεχίζουν στο Γυμνάσιο και το Λύκειο. Ποσοστό 9,3% έχει εγκαταλείψει το σχολείο πριν την ολοκλήρωση του λυκείου ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό του 2,7% εγκατέλειψε πριν την ολοκλήρωση του γυμνασίου. Επίσης, ένα ποσοστό 12% του συνολικού δείγματος είναι ενταγμένο στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η μέση ηλικία εγκατάλειψης του σχολείου ήταν τα 15,66 έτη. Η πλειοψηφία των ατόμων ήταν μαθητές/φοιτητές, σε ποσοστό 53,3%, ενώ επίσης μεγάλη ομάδα αποτελούσαν και οι στρατιώτες σε ποσοστό 29,3%. Οι εργαζόμενοι αποτελούσαν το 10,7% του συνόλου και οι άνεργοι ήταν 6,7%. Όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα (96%) διέμεναν με τη γονική τους οικογένεια (με τους δύο ή ένα εκ των δύο γονέων). Οι περισσότεροι (65,4%) διέμεναν και με τους 2 γονείς ενώ πολύ λιγότεροι (17,3%) διέμεναν μόνο με την μητέρα.

Όσο αφορά στη χρήση ουσιών, η κάνναβη αποτελούσε για το σύνολο του πληθυσμού την ουσία έναρξης της παράνομης χρήσης και για τη συντριπτική πλειοψηφία τη μοναδική παράνομη ουσία χρήσης. Η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης τοποθετείται στα 17,64 έτη (τ.α. 1,91) με την μικρότερη ηλικία να βρίσκεται στα 11 έτη και τη μεγαλύτερη στα 22. Διαφοροποίηση παρατηρείται ως προς την μέση ηλικία έναρξης της χρήσης στα κορίτσια (16,5 και τ.α. 1,41) και με μικρότερη ηλικία έναρξης τα 14 έτη. Η χρήση κάνναβης παρουσιάζεται αυξημένη κατά το μήνα που προηγείται του εντοπισμού (σύλληψης) και μειώνεται σε σημαντικό βαθμό τις τελευταίες τριάντα μέρες πριν από την πρώτη επαφή με το θεραπευτικό πρόγραμμα. Το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν αποχή από την χρήση πριν από τον εντοπισμό είναι στο 10,7% και το ποσοστό αυτό να αυξάνεται στο 61,3% κατά το διάστημα που μεσολαβεί μέχρι την επαφή τους με το θεραπευτικό πρόγραμμα. Χαρακτηριστική είναι επίσης και η μείωση στην συστηματική και καθημερινή χρήση από 21,3% και 4% στο 1,3% και 0%, αντίστοιχα.

#### Πίνακας 4: Χρήση ουσιών

<i>Χρήση Ουσιών (N=75)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Χρήση Κάνναβης</i></b>		
<i>Χρήση Κάνναβης στην ζωή</i>	72	96
<i>Χρήση κάνναβης 30 μέρες πριν τον εντοπισμό</i>	67	89.3
<i>Καθημερινά</i>	3	4
<i>8-25 μέρες τον μήνα</i>	16	21.3
<i>2-7 μέρες τον μήνα</i>	23	30.7
<i>Μια μέρα</i>	25	33.3
<i>Καθόλου χρήση</i>	8	10.7
	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Χρήση κάνναβης 30 μέρες πριν την 1<sup>η</sup> συνέντευξη</i>	29	24
<i>Καθημερινά</i>	0	0
<i>8-25 μέρες τον μήνα</i>	1	1.3
<i>2-7 μέρες τον μήνα</i>	10	13.3
<i>Μια μέρα</i>	18	24
<i>Καθόλου χρήση</i>	46	61.3
<b><i>Ηλικία έναρξης χρήσης</i></b>		
<i>Μικρότερη ηλικία ( 11 ) Μεγαλύτερη ηλικία (22)</i>	<i>Μέση ηλικία (17.64)</i>	<i>τ.α (1.91)</i>
<b><i>Ηλικία έναρξης χρήσης αγόρια</i></b>		
<i>Μικρότερη ηλικία ( 11 ) Μεγαλύτερη ηλικία (22)</i>	<i>Μέση ηλικία (17.78)</i>	<i>τ.α (1.93)</i>
<b><i>Ηλικία έναρξης χρήσης κορίτσια</i></b>		
<i>Μικρότερη ηλικία ( 14 ) Μεγαλύτερη ηλικία (19)</i>	<i>Μέση ηλικία (16.5)</i>	<i>τ.α (1.41)</i>
<b><i>Χρήση κοκαΐνης</i></b>		
<i>Χρήση κοκαΐνης στην ζωή</i>	2	2.7
<i>Χρήση κοκαΐνης 30 μέρες πριν τον εντοπισμό</i>	0	0
<i>Χρήση κοκαΐνης 30 μέρες πριν την 1<sup>η</sup> συνέντευξη</i>	0	0
<b><i>Χρήση αμφεταμινών και άλλων διεγερτικών</i></b>		
<i>Χρήση αμφεταμινών στην ζωή</i>	4	5.3
<i>Χρήση αμφεταμινών πριν τον εντοπισμό</i>	0	0
<i>Χρήση αμφεταμινών πριν την 1<sup>η</sup> συνέντευξη</i>	1	1.3

## Πίνακας 5: Χρήση Αλκοόλ

<i>Χρήση Αλκοόλ (N=75)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Χρήση Αλκοόλ στην ζωή</i></b>	75	100
<b><i>Χρήση αλκοόλ 30 μέρες πριν τον εντοπισμό</i></b>		
<i>Καθημερινά</i>	1	1.3
<i>8-25 μέρες τον μήνα</i>	16	21.3
<i>2-7 μέρες τον μήνα</i>	45	60.0
<i>Μια μέρα</i>	8	10.7
<i>Καθόλου χρήση</i>	5	6.7
	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Χρήση αλκοόλ 30 μέρες πριν την 1<sup>η</sup> συνέντευξη</i></b>		
<i>Καθημερινά</i>	1	1.3
<i>8-25 μέρες τον μήνα</i>	13	18.7
<i>2-7 μέρες τον μήνα</i>	45	60.0
<i>Μια μέρα</i>	14	18.7
<i>Καθόλου χρήση</i>	2	2.7
	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Ποσότητα τον τελευταίο μήνα όταν πίνει αλκοόλ</i></b>		
<i>7 ή περισσότερα ποτά</i>	5	6.7
<i>4-6 ποτά</i>	21	28.0
<i>2-3 ποτά</i>	41	54.7
<i>1 ποτό</i>	6	8.0
<i>Καθόλου αλκοόλ</i>	2	2.7
	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Μέθη τον τελευταίο μήνα πριν την 1<sup>η</sup> συνέντευξη</i></b>		
<i>Καμία φορά</i>	48	64
<i>1 – 5 φορές</i>	27	36
	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Αγόρια (N = 67)</i></b>		
<i>Καμία φορά</i>	43	64.2
<i>1 – 5 φορές</i>	24	35.8
	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Κορίτσια (N=8)</i></b>		
<i>Καμία φορά</i>	5	62.5
<i>1 – 5 φορές</i>	3	37.5

Η χρήση του αλκοόλ στο συγκεκριμένο πληθυσμό αποτελεί επίσης μια βασική παράμετρο αφού όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν χρήση κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η κατανάλωση αλκοόλ δεν διαφοροποιείται ιδιαίτερα ανάμεσα στην περίοδο που μεσολαβεί από τον εντοπισμό έως την πρώτη επαφή με το θεραπευτικό πρόγραμμα. Η βασική συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ καταγράφεται σε 2-7 μέρες το μήνα (ποσοστό 60%) ενώ η πιο συστηματική χρήση, 8-25 μέρες σε ποσοστό 17,3% κατά τις τελευταίες τριάντα μέρες. Η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ περιορίζεται στο 1,3% ενώ η αποχή από τη συγκεκριμένη ουσία κατά τον τελευταίο μήνα επίσης περιορίζεται στο 2,7%. Η πλειοψηφία (54,7%) αναφέρει, για κάθε φορά χρήσης, ποσότητα κατανάλωσης τα 2-3 ποτά ενώ το ένα τρίτο αναφέρει ποσότητα κατανάλωσης 4-6 ποτά. Η ποσότητα 7 ή περισσότερα ποτά, ανά επεισόδιο πόσης, αναφέρεται από το 6,7% συμμετεχόντων. Επεισόδια μέθης μέσα στις τελευταίες τριάντα μέρες αναφέρονται από το ένα τρίτο των ατόμων, ενώ παράλληλα, δεν παρατηρείται διαφοροποίηση στα δύο φύλα.

Στον τομέα της ψυχολογικής – συναισθηματικής κατάστασης παρατηρείται πως κανένα από τα άτομα δεν παρουσίαζε ενεργή ή εμφανή ψυχοπαθολογία ή άλλα σημεία και συμπτώματα τα οποία να προσδίδουν δυσκολίες στην ψυχική λειτουργία και προσαρμογή.

#### **Πίνακας 6: Ψυχική κατάσταση**

	<i>Όχι %(n)</i>	<i>Ναι %(n)</i>
<i>Ψυχική Κατάσταση (N=75)</i>		
<i>Εμφανώς σε κατάθλιψη ή αποτραβηγμένος</i>	<i>100 (75)</i>	
<i>Εμφανώς εχθρικός</i>	<i>100 (75)</i>	
<i>Εμφανώς νευρικός ή αγχωμένος</i>	<i>100 (75)</i>	
<i>Έχοντας προβλήματα να καταλάβει, να συγκεντρωθεί ή να θυμηθεί</i>	<i>100 (75)</i>	
<i>Παρουσιάζει δείγματα ψυχικής σύγχυσης, ασυνάρτητος ή αποπροσανατολισμένος</i>	<i>100 (75)</i>	
<i>Έχοντας πρόβλημα στο κριτήριο εκτίμησης της πραγματικότητας με διαταραχές της σκέψης</i>	<i>100 (75)</i>	
<i>Έχοντας σκέψεις αυτοκτονίας</i>	<i>100 (75)</i>	
<i>Έχοντας πρόβλημα να ελέγξει τη βίαιη ή καταστροφική συμπεριφορά</i>	<i>100 (75)</i>	

Οι συχνότερα εμφανιζόμενες καταστάσεις δεν αφορούν ψυχικές διαταραχές αλλά ψυχικές εκδηλώσεις οι οποίες μπορούν να χαρακτηριστούν και ως φυσιολογικές αντιδράσεις της εφηβείας. Ένας στους τρεις αναφέρει ότι είναι πολύ ντροπαλός, ότι δεν μπορεί να εμπιστευτεί τους ανθρώπους, ότι έχει δυσκολία να εκφράσει τα συναισθήματα του, ότι πληγώνονται εύκολα τα αισθήματα του και ότι νιώθει ανήσυχος για το πώς οι υπόλοιποι εκλαμβάνουν τα λεγόμενα και τις πράξεις του. Ένας στους τέσσερις αναφέρει δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων και λήψη αποφάσεων, δεν έχει ενδιαφέρον για διάφορα και ότι νιώθει «πεσμένος». Σχεδόν οι μισοί αναφέρουν άγχος και αυξημένη ανησυχία.

### Πίνακας 7: Ψυχοσυναισθηματικές εκδηλώσεις

<i>Ψυχοσυναισθηματικές εκδηλώσεις (N=75)</i>	<i>Όχι %(n)</i>	<i>Ναι %(n)</i>
<i>Νιώθεις ότι σου λείπουν δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων η λήψης αποφάσεων</i>	<i>76(57)</i>	<i>24(18)</i>
<i>Νιώθεις ότι είσαι πολύ ντροπαλός</i>	<i>69,3(52)</i>	<i>30,7(23)</i>
<i>Νιώθεις πεσμένος ή νιώθεις κατάθλιψη</i>	<i>76(57)</i>	<i>24(18)</i>
<i>Νιώθεις αγχωμένος ή ανησυχείς πολύ</i>	<i>60(45)</i>	<i>40(30)</i>
<i>Νιώθεις ότι δεν έχεις ενδιαφέρον για διάφορα</i>	<i>76(24)</i>	<i>24(18)</i>
<i>Νιώθεις ότι δεν μπορείς να εμπιστευτείς τους ανθρώπους</i>	<i>65,3(49)</i>	<i>34,7(26)</i>
<i>Έχεις δυσκολία να εκφράσεις τα συναισθήματα σου</i>	<i>66,7(50)</i>	<i>33,3(25)</i>
<i>Πληγώνονται πολύ εύκολα τα αισθήματα σου</i>	<i>61,3(46)</i>	<i>38,7(29)</i>
<i>Νιώθεις ανήσυχος για το πώς οι άλλοι εκλαμβάνουν το τι λες ή τι κάνεις – δεν χαλαρώνεις</i>	<i>64,7(33)</i>	<i>33,3(17)</i>

Σε ότι αφορά στον κοινωνικό τομέα και κοινωνικές σχέσεις, ο ελεύθερος χρόνος με φίλους που δε χρησιμοποιούν οποιαδήποτε ψυχοδραστική ουσία, συγκεντρώνει τα ψηλότερα ποσοστά αφού ποσοστό 88% περνά αρκετό έως πολύ από τον ελεύθερο του χρόνο με φίλους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό με φίλους που κάνουν χρήση είναι στο 38,6%. Αρκετός έως πολύς χρόνος αφιερώνεται και στην οικογένεια 62% ενώ μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό, 2,7%, αναφέρει πως δεν περνά καθόλου χρόνο με φίλους που δεν κάνουν χρήση. Εννέα στους δέκα δηλώνουν πως είναι ευχαριστημένοι με την κοινωνική τους ζωή και με τον τρόπο που περνούν τον ελεύθερο τους

χρόνο ενώ περίπου οι μισοί αναφέρουν την ύπαρξη δεσμού μέσα στους τελευταίους τρεις μήνες. Το αντίστοιχο ποσοστό εμφανίζεται μεγαλύτερο στα κορίτσια. Εννέα στους δέκα δηλώνουν σεξουαλικά ενεργοί ενώ το ίδιο ποσοστό δηλώνει και τη λήψη μέτρων προστασίας και αντισύλληψης. Η χρήση ουσιών στους συντρόφους αναφέρεται σε ποσοστό 20,6% με μεγάλη όμως διαφοροποίηση ανάμεσα στα δυο φύλα αφού στα κορίτσια το ποσοστό ανέρχεται στο 60%.

### Πίνακας 8: Κοινωνική κατάσταση

<i>Κοινωνική κατάσταση (N=75)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
<i><b>Πόσο από τον ελεύθερο σου χρόνο περνάς</b></i>	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>
<i>Με την οικογένεια σου</i>	3(4)	33(44)	34(45,3)	5(6,7)
<i>Με φίλους που κάνουν χρήση</i>	13(17,3)	33(44)	22(29,3)	7(9,3)
<i>Με (ερωτικό) σύντροφο (n= 34)</i>	2(2,7)	10(29,4)	18(53)	6(17,6)
<i>Φίλους που δεν κάνουν χρήση</i>	7(9,3)	7(9,3)	34(45,3)	32(42,7)
<i>Μόνος</i>		39(52)	28(37,4)	1(1,3)
		<i>Όχι n (%)</i>		<i>Ναι n (%)</i>
<i>Ευχαριστημένος με την κοινωνική σου ζωή</i>		8(10,7)		67(8,3)
<i>Ευχαριστημένος με το πώς περνάς τον ελεύθερο σου χρόνο</i>		13(17,3)		62(82,7)
<i>Είχες ερωτικό σύντροφο (δεσμό) μέσα στους τελευταίους 3 μήνες</i>		41(57,4)		34(45,3)
<i>Αγόρια</i>		38(56,7)		29(43,3)
<i>Κορίτσια</i>		3(3,5)		5(62,5)
<i>Έχεις σεξουαλικές σχέσεις</i>		10(13,3)		65(86,7)
<i>Χρησιμοποιείς μέτρα αντισύλληψης, παίρνεις προφυλάξεις</i>		6(9,2)		59(90,8)
<i>Ο σύντροφός σου κάνει χρήση</i>				
<i>Αγόρια</i>		27(79,4)		7(20,6)
<i>Κορίτσια</i>		25(86,2)		4(13,8)
		2(40)		3(60)

## Πίνακας 9: Οικογενειακό σύστημα

	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
<b><i>Οικογενειακές σχέσεις (N=75)</i></b>	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>
<i>Πόσο καλά τα πας με την μητέρα σου</i>	2(2,7)	6(8,1)	20(27)	46(62,2)
<i>Πόσο δυσκολεύεσαι να μιλήσεις στην μητέρα σου για πράγματα που σε απασχολούν</i>	20(27)	27(36,5)	18(24,3)	9(12,2)
<i>Πόσο κοντά αισθάνεσαι στη μητέρα σου</i>	2(2,7)	9(12,2)	29(39,2)	34(45,9)
<i>Πόσο μπορείς να βασίζεσαι σε αυτά που σου λέει η μητέρα σου</i>	2(2,7)	12(16,2)	27(36,5)	33(44,6)
<i>Πόσο καλά τα πας με τον πατέρα σου</i>	5(5,5)	11(15,1)	24(32,9)	34(4,6)
<i>Πόσο δυσκολεύεσαι να μιλήσεις στον πατέρα σου για πράγματα που σε απασχολούν</i>	19(26)	26(35,6)	15(20,5)	13(17,8)
<i>Πόσο κοντά αισθάνεσαι στον πατέρα σου</i>	5(6,8)	10(13,7)	31(42,5)	27(37)
<i>Πόσο μπορείς να βασίζεσαι σε αυτά που σου λέει ο πατέρας σου</i>	3(4,1)	12(16,4)	25(34,2)	33(45,2)
<b><i>Οικογενειακό κλίμα</i></b>				
<i>Πόση σύγκρουση υπάρχει στην οικογένεια σου</i>	24(32)	38(50,7)	10(13,3)	3(4)
<i>Πόσο συχνά υπάρχουν συγκρούσεις για τα χρήματα ή τα οικονομικά</i>	35(46,2)	28(37,3)	10(13,3)	2(2,7)
<i>Πόσο καλά περνάς ή πόσο ευχάριστο είναι να ζει κάποιος με την οικογένεια σου</i>	4(5,3)	5(6,7)	34(45,3)	32(42,7)
<b><i>Χρήση στην οικογένεια</i></b>			<i>Πρόβλημα χρήσης n (%)</i>	<i>Πρόβλημα με αλκοόλ n (%)</i>
<i>Πατέρας</i>			2(2,7)	3(4)
<i>Αδελφός /η</i>			9(12)	2(2,7)

Στο οικογενειακό σύστημα δεν εντοπίζονται σοβαρά προβλήματα ή δυσκολίες. Οι σχέσεις με τη μητέρα εμφανίζονται να είναι σχετικά καλύτερες από ότι με τον πατέρα αλλά γενικά και για τους δύο γονείς χαρακτηρίζονται αρκετά καλές ως πολύ καλές από τους οκτώ στους δέκα. Εννέα στους δέκα αναφέρουν ότι αισθάνονται από αρκετά ως πολύ κοντά στην μητέρα τους κάτι που ισχύει για οκτώ στους 10 σε σχέση με τον πατέρα. Δυσκολία στο να μιλήσουν με τους γονείς τους πράγματα τα οποία τους απασχολούν αναφέρεται από το 40% χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερη διαφοροποίηση ως προς τον ποιον από τους γονείς. Δεν εντοπίζεται επίσης διαφοροποίηση στο πόσο μπορούν να βασίζονται σε όσα τους λέει ο πατέρας ή η μητέρα με οκτώ στους δέκα να

δηλώνουν πως μπορούν να βασίζονται από αρκετά ως πολύ σε όσα τους λένε οι γονείς τους. Σημαντικό οικογενειακό στοιχείο το οποίο αφορά τη χρήση ουσιών και τα προβλήματα από το αλκοόλ εμφανίζεται σε πολύ μικρά ποσοστά τα οποία αφορούν τον πατέρα και τα αδέρφια. Συγκεκριμένα αναφέρεται χρήση ουσιών από πατέρα σε ποσοστό 2,7% ενώ για τα αδέρφια το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 12%. Προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ αναφέρονται σε ποσοστό 4% για τον πατέρα και 2,7% για τα αδέρφια. Δεν αναφέρθηκαν προβλήματα χρήσης ουσιών ή αλκοόλ που να αφορούν τις μητέρες.

Η εμπλοκή των ατόμων με το ποινικό σύστημα δεν αποτελούσε σημαντικό πρόβλημα αφού πέραν των παραβάσεων οι οποίες ήταν άμεσα συσχετιζόμενες με τη χρήση ουσιών (κατοχή ή χρήση) τα στοιχεία κατέδειξαν αποσπασματικές και ελάχιστες μικροπαραβάσεις που αφορούσαν κυρίως τον κώδικα οδικής κυκλοφορίας. Οι βασικές παράμετροι της παραβατικής συμπεριφοράς, τους τελευταίους 3 μήνες, ήταν η σύλληψη για κατοχή ή χρήση ουσιών, όλων πλην ενός, των συμμετεχόντων και η υπό κράτηση για τον ίδιο λόγο για το ένα τρίτο από αυτούς.

#### **Πίνακας 10: Παραβατική συμπεριφορά**

*Παραβατική συμπεριφορά (N=75)*

	<i>Όχι n (%)</i>	<i>Ναι n (%)</i>
<i>Συλλήψεις</i>		
<i>Έχεις συλληφθεί ποτέ από την αστυνομία</i>	0	75(100)
<i>Έχεις τεθεί υπό κράτηση τους τελευταίους 3 μήνες</i>	50 (66.7)	25 (33.3)
<i>Αριθμός συλλήψεων</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>1 φορά</i>	59	78.7
<i>2 – 5 φορές</i>	13	17.3
<i>Πάνω από 5 φορές</i>	3	4

Το σχολικό και εργασιακό περιβάλλον σε συνδυασμό με τον αυξημένο αριθμό των στρατιωτών δεν αναλύθηκαν αφού οι διαφοροποιήσεις ήταν τέτοιες που οι περισσότερες μεταβλητές είχαν πολύ μικρό απαντήσεων ώστε να μην είναι εφικτό αφενός η εξαγωγή συμπερασμάτων –και αφετέρου ο καθορισμός ενός βασικού προφίλ που να αφορά τις συγκεκριμένες κατηγορίες. Επίσης, δεν αναλύθηκε ο τομέας της σωματικής υγείας αφού το σύνολο των απαντήσεων για σωματικά ενοχλήματα ή άλλου τύπου σωματικών προβλημάτων ήταν αρνητικές.

## 4.2 Ποσοτικά στοιχεία 2<sup>ης</sup> φάσης

Με βάση τα συγκριτικά στοιχεία που παρουσιάζονται στην συγκεκριμένη ενότητα εξετάζεται κατά πόσο υπήρξαν αλλαγές ανάμεσα στα δύο χρονικά σημεία για τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα. Στην προηγούμενη ενότητα που αφορούσαν τα στοιχεία κατά την πρώτη επαφή με το θεραπευτικό πρόγραμμα παρουσιάστηκαν τα δεδομένα στο σύνολο τους και όχι μόνο τα άτομα που συμμετείχαν στην επαναληπτική συνέντευξη. Ως εκ τούτου στους πίνακες που παρουσιάζουν τα στοιχεία της επαναληπτικής συνέντευξης γίνεται παράθεση των δεδομένων της πρώτης συνέντευξης και που αφορούν τα άτομα αυτά.

### Πίνακας 11: Χρήση ουσιών κατά τη επανεξέταση

*Χρήση Ουσιών (N=51)*

<i>Χρήση Κάνναβης</i>	<i>n (%) μετά το πρόγραμμα</i>	<i>n (%) πριν το πρόγραμμα</i>
<b><i>Χρήση Κάνναβης</i></b>	<b><i>18(35,3)</i></b>	<b><i>48(94,1)</i></b>
<b><i>Χρήση κάνναβης 30 μέρες πριν τον εντοπισμό</i></b>		
<i>Καθημερινά</i>		<i>3(5,9)</i>
<i>8-25 μέρες τον μήνα</i>		<i>11(21,6)</i>
<i>2-7 μέρες τον μήνα</i>		<i>18(35,3)</i>
<i>Μια μέρα</i>		<i>16(31,4)</i>
<i>Καθόλου χρήση</i>		<i>3(5,9)</i>
	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>
<b><i>Χρήση κάνναβης 30 μέρες πριν την συνέντευξη</i></b>		
<i>Καθημερινά</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>8-25 μέρες τον μήνα</i>	<i>1(2)</i>	<i>1(2)</i>
<i>2-7 μέρες τον μήνα</i>	<i>2(3,9)</i>	<i>8(15,7)</i>
<i>Μια μέρα</i>	<i>5(9,8)</i>	<i>13(25,5)</i>
<i>Καθόλου χρήση</i>	<i>43(84,3)</i>	<i>29(56,9)</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
<i>Χρήση κοκαΐνης</i>	<i>Καμία χρήση</i>	<i>2(3,9)</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
<i>Χρήση αμφεταμινών και άλλων διεγερτικών</i>	<i>Καμία χρήση</i>	<i>2(3,9)</i>
<i>Χρήση αμφεταμινών</i>		
<b><i>Συνοπτική εικόνα χρήσης</i></b>		
<i>Σε αποχή</i>	<i>33(64,7)</i>	<i>Σε αποχή μετά από ολίσθηση 10(19,6)</i>
		<i>Σε υποτροπή 8(15,7)</i>

Η χρήση κάνναβης έστω και μια φορά μειώνεται στο συγκεκριμένο δείγμα από το 94,1% στο 35,3%. Αν τα συγκεκριμένα ποσοστά τα προσαρμόσουμε με βάση την τρέχουσα χρήση, δηλαδή τη χρήση μέσα στις τελευταίες τριάντα μέρες τότε το ποσοστό χρήσης είναι κατά πολύ μικρότερο (15,7%). Σημαντικές μειώσεις παρατηρούνται επίσης και στα ποσοστά της συχνότητας της χρήσης. Συγκεκριμένα, διαπιστώνεται ότι τα ποσοστά της συστηματικής χρήσης μειώνονται από το 21,6% πριν από τον εντοπισμό σε 2% κατά την επανεξέταση ενώ δεν αναφέρεται πλέον καθημερινή χρήση η οποία βρισκόταν στο 5,9%. Όσον αφορά στις άλλες παράνομες ουσίες πέραν της κάνναβης παρατηρείται πως δεν υπάρχει καμία χρήση μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

Η χρήση αλκοόλ κατά τη δεύτερη συνέντευξη παρουσιάζει διαφοροποιήσεις σε σχέση με την ένταξη στο πρόγραμμα. Η κατανάλωση αλκοόλ συνεχίζει να αναφέρεται από όλους τους συμμετέχοντες στην επαναληπτική συνέντευξη ενώ οι βασικές διαφοροποιήσεις εντοπίζονται στη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ σε μέρες κατά τον τελευταίο μήνα. Η χρήση «μια φορά τον τελευταίο μήνα» είναι η παράμετρος που παρουσιάζει τις μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις όσο αφορά στα ποσοστά που καταγράφονται ανάμεσα στην πρώτη και δεύτερη συνέντευξη. Συγκεκριμένα, κατά την πρώτη συνέντευξη ποσοστό 18,7% του συνολικού δείγματος ανέφερε κατανάλωση αλκοόλ «μόνο μια φορά τον μήνα», ποσοστό που αν προσαρμοστεί μέσα στην ομάδα που συμμετείχε και στη δεύτερη συνέντευξη αυξάνεται στο 21,6% ενώ κατά την επαναληπτική συνέντευξη το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 3,9%. Αντίθετα, παρατηρούνται αυξήσεις στις παραμέτρους χρήση αλκοόλ «2-7 φορές τον μήνα» και «8-25» φορές τον μήνα. Η χρήση «2-7 φορές το μήνα» από 60% στο συνολικό δείγμα (60,8% στην επανεξεταζόμενη ομάδα) κατά την πρώτη συνέντευξη αυξάνεται στο 74,5% στη δεύτερη συνέντευξη, ενώ η χρήση «8-25» φορές το μήνα από το 18,7% συνολικά αλλά 13,7% ανάμεσα στην επανεξεταζόμενη ομάδα, αυξάνεται στο 19,6%. Η βασική δηλαδή αύξηση που παρατηρείται στη συγκεκριμένη παράμετρο αφορά την εντός της επανεξεταζόμενης ομάδας αύξηση από το 13,7% στο 19,6%. Η καθημερινή χρήση αλκοόλ παραμένει σταθερή 2% που μεταφράζεται σε ένα και μόνο άτομο ενώ η καμία χρήση τον τελευταίο μήνα κατά τη δεύτερη συνέντευξη δεν αναφέρεται ενώ είχε αναφερθεί από ένα άτομο της επανεξεταζόμενης ομάδας κατά την πρώτη συνέντευξη.

## Πίνακας 12: Χρήση αλκοόλ κατά την επανεξέταση

<i>Χρήση Αλκοόλ (N=51)</i>	<i>n(%) μετά το πρόγραμμα</i>	<i>n(%) πριν το πρόγραμμα</i>
<i>Χρήση Αλκοόλ στην ζωή</i>	<i>51(100)</i>	<i>51(100)</i>
<i>Χρήση αλκοόλ 30 μέρες πριν τον εντοπισμό</i>		
<i>Καθημερινά</i>		<i>1(2)</i>
<i>8-25 μέρες τον μήνα</i>		<i>8(15.7)</i>
<i>2-7 μέρες τον μήνα</i>		<i>33(64.7)</i>
<i>Μια μέρα</i>		<i>6(11.8)</i>
<i>Καθόλου χρήση</i>		<i>3(5.9)</i>
	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>
<i>Χρήση αλκοόλ 30 μέρες πριν την συνέντευξη</i>		
<i>Καθημερινά</i>	<i>1(2)</i>	<i>1(2)</i>
<i>8-25 μέρες τον μήνα</i>	<i>10(19.6)</i>	<i>7(13.7)</i>
<i>2-7 μέρες τον μήνα</i>	<i>38(74.5)</i>	<i>31(60.8)</i>
<i>Μια μέρα</i>	<i>2(3.9)</i>	<i>11(21.6)</i>
<i>Καθόλου χρήση</i>		<i>1(2)</i>
<b><i>Ποσότητα τον τελευταίο μήνα όταν πίνει αλκοόλ</i></b>	<b><i>n(%)</i></b>	<b><i>n(%)</i></b>
<i>7 ή περισσότερα ποτά</i>	<i>39(5.9)</i>	<i>2(3.9)</i>
<i>4-6 ποτά</i>	<i>12(23.5)</i>	<i>14(27.5)</i>
<i>2-3 ποτά</i>	<i>36(70.6)</i>	<i>29(56.9)</i>
<i>1 ποτό</i>		<i>5(9.8)</i>
<i>Καθόλου αλκοόλ</i>		<i>1(2)</i>
<b><i>Μέθη τον τελευταίο μήνα πριν την συνέντευξη</i></b>		
<i>Καμία φορά</i>	<i>32(62.7)</i>	<i>35(68.6)</i>
<i>1 – 5 φορές</i>	<i>16(31.4)</i>	<i>16(31.4)</i>
<i>6-10 φορές</i>	<i>3(5.9)</i>	

Διαφοροποιήσεις παρατηρούνται επίσης και ως προς την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται ανά επεισόδιο πόσης. Συγκρίνοντας τα συνολικά ποσοστά όσο αφορά στην παράμετρο «7 ποτά ή περισσότερα» ανά επεισόδιο πόσης παρατηρείται ελαφρά μείωση από το 6,7% κατά την εισαγωγή στο 5,9% κατά την επαναληπτική συνέντευξη, προσαρμόζοντας όμως τα ποσοστά εντός της επανεξεταζόμενης ομάδας, τα ποσοστά στην συγκεκριμένη παράμετρο κατά την εισαγωγή ήταν 3,9% στοιχείο που υποδεικνύει ουσιαστικά αύξηση κατά 2%. Το ποσοστό στην κατηγορία «4-6 ποτά» παρουσιάζει μείωση από το 28% κατά την εισαγωγή (δεν υπάρχει

διαφορά ποσοστών ανάμεσα στην επανεξεταζόμενη ομάδα) στο 23,5% κατά την επαναληπτική συνέντευξη ενώ καταγράφεται αύξηση στην παράμετρο «2-3 ποτά» από το 54,7% (56,9%) κατά την εισαγωγή στο 70,6% κατά την επαναληπτική συνέντευξη. Η «καθόλου χρήση» και το «1 ποτό» με ποσοστά 2% και 9,8% αντίστοιχα κατά την εισαγωγή δεν αναφέρονται κατά την επαναληπτική συνέντευξη.

Σε ότι αφορά το ψυχολογικό προφίλ παρατηρούνται διαφοροποιήσεις σε σχέση με την περίοδο εισαγωγής στο πρόγραμμα σε όλες τις βασικές παραμέτρους οι οποίες εξετάστηκαν.

### Πίνακας 13: Ψυχολογικές εκδηλώσεις κατά την επανεξέταση

Ψυχολογικές εκδηλώσεις (N=51)	Μετά το πρόγραμμα		Πριν το πρόγραμμα	
	Όχι (n)%	Ναι (n)%	Όχι (n)%	Ναι (n)%
Νιώθεις ότι σου λείπουν δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων ή λήψης αποφάσεων *	48(94,1)	3(5,9)	39(76,5)	12(23,5)
Νιώθεις ότι είσαι πολύ ντροπαλός	39(76,5)	12(23,5)	35(68,6)	16(31,4)
Νιώθεις πεσμένος ή νιώθεις κατάθλιψη **	48(94,1)	3(5,9)	36(70,6)	15(29,4)
Νιώθεις αγχωμένος ή ανησυχείς πολύ ***	45(88,2)	6(11,8)	31(60,8)	20(39,2)
Νιώθεις ότι δεν έχεις ενδιαφέρον για διάφορα	47(88,2)	4(7,8)	38(74,5)	13(25,5)
Νιώθεις ότι δεν μπορείς να εμπιστευτείς τους ανθρώπους*	42(82,4)	9(17,6)	33(64,7)	18(35,5)
Έχεις δυσκολία να εκφράσεις τα συναισθήματά σου	44(86,3)	7(13,7)	34(66,7)	17(33,3)
Πληγώνονται πολύ εύκολα τα αισθήματά σου****	34(66,7)	17(33,3)	29(56,9)	22(43,7)
Νιώθεις ανήσυχος για το πώς οι άλλοι εκλαμβάνουν το τι λες ή τι κάνεις – δεν χαλαρώνεις	36 (7,6)	15(29,4)	27(52,9)	24(47,1)

\*.004

\*\* .000

\*\*\*.001

\*\*\*\*.006

Binomial distribution used.

Συγκεκριμένα, παρατηρείται πως εντός της επανεξεταζόμενης ομάδας η δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων και λήψη αποφάσεων μειώνεται από το 23,5% στην εισαγωγή στο 5,9% κατά την επανεξέταση, το αίσθημα της κατάθλιψης από το 29,4% επίσης μειώνεται στο 5,9% και τα αισθήματα άγχους ή ανησυχίας από το 39,2% μειώνονται στο 11,8%. Η δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων μειώνεται από 33,3% στο 13,7%, όπως επίσης και το αίσθημα της απουσίας ενδιαφερόντων από το 25,5% στο μειώνεται 7,8%. Η ανησυχία για το πώς οι άλλοι εκλαμβάνουν τα λεγόμενα ή και τις πράξεις του μειώθηκε επίσης από 47,1% στο 29,4% ενώ η εμπιστοσύνη στους άλλους αυξήθηκε από το 64,7% στο 82,4%.

Η στατιστική σημαντικότητα των πιο πάνω παραμέτρων ελέγχτηκε με την μέθοδο McNemar που αφορά τον έλεγχο εξαρτημένων κατά ζεύγη δίτιμων μεταβλητών σε δείγματα συσχετιζόμενα κατά ζεύγη σε δυο διαφορετικές χρονικές στιγμές. Ο έλεγχος απέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις παραμέτρους «Νιώθεις ότι σου λείπουν δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων η λήψης αποφάσεων», «Νιώθεις πεσμένος ή νιώθεις κατάθλιψη», «Νιώθεις αγχωμένος ή ανησυχείς πολύ», «Νιώθεις ότι δεν μπορείς να εμπιστευτείς τους ανθρώπους» και «Πληγώνονται πολύ εύκολα τα αισθήματα σου» ενώ δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τις παραμέτρους «Νιώθεις ότι είσαι πολύ ντροπαλός», «Νιώθεις ότι δεν έχεις ενδιαφέρον για διάφορα», «Έχεις δυσκολία να εκφράσεις τα συναισθήματα σου» και «Νιώθεις ανήσυχος για το πώς οι άλλοι εκλαμβάνουν το τι λες ή τι κάνεις – δεν χαλαρώνεις».

Στον κοινωνικό τομέα δεν παρατηρούνται διαφορές σε σχέση με την ικανοποίηση όσο αφορά την κοινωνική ζωή και τον ελεύθερο χρόνο αφού όπως και κατά την εισαγωγή τα ποσοστά στις συγκεκριμένες παραμέτρους εγγίζουν το 90%. Οι βασικές διαφοροποιήσεις στον κοινωνικό τομέα αφορούν κυρίως τον ελεύθερο χρόνο με φίλους που κάνουν χρήση, στον οποίο καταγράφεται μείωση και συγκεκριμένα από το ποσοστό του 38,6% (35,3% στη επανεξεταζόμενη ομάδα) που δήλωνε ότι περνά από αρκετό έως πολύ χρόνο με φίλους που κάνουν χρήση, κατά την επανεξέταση το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 9,8%, ενώ αυξήθηκε παράλληλα το ποσοστό που περνά από αρκετό έως πολύ χρόνο με φίλους που δεν κάνουν χρήση από το 88% στο 94,1%. Τα ποσοστά χρόνου που αφιερώνονται στην οικογένεια παραμένουν περίπου τα ίδια μεταξύ εισαγωγής και επανεξέτασης.

**Πίνακας 14: Κοινωνική κατάσταση κατά την επανεξέταση**

<i>Κοινωνική κατάσταση (N=51)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
<i>Πόσο από τον ελεύθερο σου χρόνο περνάς</i>	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>
<i>Με την οικογένεια σου</i>		24(47,1) <b>*26(51)</b>	24(47,1) <b>20(39,2)</b>	3(5,8) <b>5(9,8)</b>
<i>Με φίλους που κάνουν χρήση</i>	28(54,9) <b>*11(21,6)</b>	18(35,5) <b>22(43,1)</b>	4(7,8) <b>15(29,4)</b>	1(2) <b>3(5,9)</b>
<i>Με (ερωτικό) σύντροφο (n= 30)</i>		11(36,7)	13(43,3)	6(20)
<i>Φίλους που δεν κάνουν χρήση</i>		3(5,9) <b>*1(2)</b>	13(25,5) <b>21(41,2)</b>	35(68,6) <b>24(47,1)</b>
<i>Μόνος</i>	4(7,8) <b>*6(11,8)</b>	37(72,5) <b>27(52,9)</b>	9(17,6) <b>17(33,3)</b>	1(2) <b>1(2)</b>
<b>*ποσοστό ανάμεσα στην επανεξεταζόμενη ομάδα κατά την εισαγωγή στο πρόγραμμα</b>				
	<i>Μετά το πρόγραμμα</i>		<i>Πριν το πρόγραμμα</i>	
	<i>Όχι n (%)</i>	<i>Ναι n (%)</i>	<i>Όχι n (%)</i>	<i>Ναι n (%)</i>
<i>Ευχαριστημένος με την κοινωνική σου ζωή</i>	4(7,8)	47(92,2)	5(9,8)	46(90,2)
<i>Ευχαριστημένος με το πώς περνάς τον ελεύθερο σου χρόνο</i>	4(7,8)	47(92,2)	9(17,6)	42(82,4)
<i>Είχες ερωτικό σύντροφο (δεσμό) μέσα στους τελευταίους 3 μήνες</i>	21(41,2)	30(58,8)	25(49)	26(51)
<i>Έχεις σεξουαλικές σχέσεις</i>	5(9,8)	46(90,2)	7(13,7)	44(86,3)
<i>Χρησιμοποιείς μέτρα αντισύλληψης, παίρνεις προφυλάξεις</i>		46(100)	3(6,8)	41(93,2)
<i>Ο σύντροφός σου κάνει χρήση</i>	30(100)		21(80,8)	5(19,2)

Η ύπαρξη ερωτικού συντρόφου και η ενεργή σεξουαλική ζωή παραμένουν στα ίδια περίπου επίπεδα με την πρώτη συνέντευξη, με διαφορά στο γεγονός πως όλοι συμμετέχοντες δηλώνουν τη λήψη μέτρων προστασίας και αντισύλληψης κατά τη δεύτερη συνέντευξη σε σχέση με ποσοστό 9,2% που δεν δήλωνε προφυλάξεις κατά την πρώτη συνέντευξη. Αξιοσημείωτο επίσης

είναι ότι κατά την επαναληπτική συνέντευξη κανένας από τους συμμετέχοντες δεν αναφέρει δεσμό με σύντροφο ο οποίος κάνει χρήση, ενώ κατά την πρώτη συνέντευξη κάτι τέτοιο ίσχυε για το ένα πέμπτο των όσων ανάφεραν την ύπαρξη δεσμού.

Σε ότι αφορά το οικογενειακό σύστημα παρατηρείται να υπάρχουν μικρές αλλαγές βελτίωσης της σχέσης τόσο με τη μητέρα όσο και με τον πατέρα, με τα περισσότερα όμως στοιχεία να παραμένουν σχεδόν σταθερά ανάμεσα στις 2 χρονικές περιόδους.

**Πίνακας 15: Οικογενειακές σχέσεις κατά την επανεξέταση**

	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
<b>Οικογενειακές σχέσεις</b>	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>
<i>Πόσο καλά τα πας με την μητέρα σου</i>		4(8)	10(20)	36(72)
<i>Πόσο δυσκολεύεσαι να μιλήσεις στην μητέρα σου για πράγματα που σε απασχολούν</i>	14(28)	24(48)	10(20)	7(14)
<i>Πόσο κοντά αισθάνεσαι στη μητέρα σου</i>	1(2)	3(6)	22(44)	24(48)
<i>Πόσο μπορείς να βασίζεσαι σε αυτά που σου λέει η μητέρα σου</i>	1(2)	5(10)	14(28)	30(60)
<i>Πόσο καλά τα πας με τον πατέρα σου</i>	1(2)	4(8,2)	13(26,5)	31(63,3)
<i>Πόσο δυσκολεύεσαι να μιλήσεις στον πατέρα σου για πράγματα που σε απασχολούν</i>	14(28,6)	18(37,6)	11(22,4)	10(20,4)
<i>Πόσο κοντά αισθάνεσαι στον πατέρα σου</i>	3(6,1)	5(10,2)	20(40,8)	21(42,9)
<i>Πόσο μπορείς να βασίζεσαι σε αυτά που σου λέει ο πατέρας σου</i>	2(4,1)	6(12,2)	11(22,4)	30(61,2)
<b>Οικογενειακό κλίμα</b>				
<i>Πόση σύγκρουση υπάρχει στην οικογένεια σου</i>	18(35,3)	28(54,9)	5(9,8)	
<i>Πόσο συχνά υπάρχουν συγκρούσεις για τα χρήματα ή τα οικονομικά</i>	19(37,3)	27(52,9)	5(9,8)	
<i>Πόσο καλά περνάς ή πόσο ευχάριστο είναι να ζει κάποιος με την οικογένεια σου</i>	1(2)	2(3,9)	22(43,1)	26(51)

Όσο αφορά την παραβατική συμπεριφορά δεν υπήρξαν επιπλέον συλλήψεις ή άλλη επαφή με το ποινικό σύστημα από κανένα συμμετέχοντα μετά τη ολοκλήρωση του προγράμματος. Οι μόνες παραβάσεις που αναφέρθηκαν αφορούσαν την χρήση ουσιών από όσους επέστρεψαν στη χρήση και άλλες μικροπαραβάσεις σχετιζόμενες με τον κώδικα οδικής κυκλοφορίας.

### 4. 3 Αξιολόγηση προγράμματος από τους συμμετέχοντες

Η αξιολόγηση του προγράμματος από τους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε μέσα από ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιείται πανευρωπαϊκά, από όλα τα προγράμματα που εφαρμόζουν τη συγκεκριμένη παρέμβαση. Όσον αφορά στη γενική ικανοποίηση από το πρόγραμμα το 50% παρουσιάζεται ως πολύ ικανοποιημένο 40% ως αρκετά ικανοποιημένο ενώ το υπόλοιπο 10% ως μερικώς ικανοποιημένο. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν παρουσιάζεται λίγο ή καθόλου ικανοποιημένος από το πρόγραμμα. Τα ποσοστά αυτά δεν παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις στο σύνολο των συμμετεχόντων και σε όσους συμμετείχαν στην επανεξέταση. Ποσοστό 88% των συμμετεχόντων (94,1% στην ομάδα επανεξέτασης) θα σύστηναν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα σε κάποιο φίλο τους ή σε κάποιον άλλον.

**Πίνακας 16: Ικανοποίηση από το πρόγραμμα**

	<i>Πολύ</i> <i>n(%)</i>	<i>Αρκετά</i> <i>n(%)</i>	<i>Μερικώς</i> <i>n(%)</i>	<i>Λίγο</i> <i>n(%)</i>	<i>Καθόλου</i> <i>n(%)</i>
<i>Ικανοποίηση από το πρόγραμμα</i>	38(50,7) *27(53)	29(38,7) *20(39,2)	8(10,7) *4(7,8)		
	<i>Ναι</i> <i>n(%)</i>	<i>Όχι</i> <i>n(%)</i>			
<i>Θα σύστηνες το „FreD goes net“ στους φίλους σου ή σε οποιονδήποτε άλλον;</i>	66(88) *48(94,1)	9(12) *3(5,9)			

*\*ποσοστά ανάμεσα σε όσους συμμετείχαν στην επαναληπτική συνέντευξη*

Σε σχέση με την κάρναβη και τις άλλες ουσίες, στο επίπεδο γνώσεων, το σύνολο σχεδόν των ατόμων συμφωνεί πως η συμμετοχή του στο πρόγραμμα έχει βελτιώσει το επίπεδο γνώσης τους για τις επιπτώσεις και τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, εκτός από ένα ποσοστό 2,7% το οποίο διαφωνεί ενώ επίσης στο σύνολο το ατόμων, ποσοστό 33,3% συμφωνεί και ποσοστό 48% συμφωνεί απόλυτα πως η συμμετοχή στο πρόγραμμα έχει αλλάξει τη στάση του έναντι στη χρήση ουσιών ενώ ποσοστό 10,7% δεν συμφωνεί και τόσο και ποσοστό 8% διαφωνεί. Ποσοστό 92% συμφωνεί πως με τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα διαθέτει καλύτερα εφόδια για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση ουσιών ενώ στο σύνολο των συμμετεχόντων, ποσοστό 96% συμφωνεί πως τώρα που έχω ολοκληρώσει το

πρόγραμμα σκοπεύει να καταναλώνει λιγότερες ή και καθόλου ουσίες, ποσοστό που αυξάνεται στο 98% στην ομάδα επανεξέτασης. Όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες (99%) συμφωνούν πως τώρα με την ολοκλήρωση του προγράμματος εάν τυχόν έχουν προβλήματα με τη χρήση ουσιών τώρα γνωρίζουν από πού να ζητήσουν επαγγελματική στήριξη ενώ 90% συμφωνούν πως τώρα που έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα σκοπεύουν να κάνουν μερικές αλλαγές στη ζωή τους σε σχέση με τη χρήση ουσιών.

**Πίνακας 17: Σημαντικότητα Προγράμματος σε σχέση με την χρήση ουσιών**

	<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	<i>Συμφωνώ εν μέρει</i>	<i>Δεν συμφωνώ και τόσο</i>	<i>Διαφωνώ</i>	<i>Δεν ισχύει</i>
<i>Χρήση ουσιών</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	
<i>Η συμμετοχή στο πρόγραμμα ήταν σημαντική για μένα προσωπικά</i>	45(60) *34(66,7)	16(21,3) *9(17,6)	10(13,3) *5(9,8)	4(5,3) *3(5,9)	
<i>Η συμμετοχή στο πρόγραμμα έχει βελτιώσει το επίπεδο γνώσης μου για τις επιπτώσεις και τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών</i>	61(81,3) *45(88,2)	12(16) *5(9,8)		2(2,7) *1(2)	
<i>Η συμμετοχή στο πρόγραμμα έχει αλλάξει τη στάση μου έναντι στη χρήση ουσιών</i>	36(48) *30(58,8)	25(33,3) *14(27,5)	8(10,7) *3(5,9)	6(8) *4(7,8)	
<i>Τώρα που έχω ολοκληρώσει το πρόγραμμα σκοπεύω να καταναλώνω λιγότερες ή και καθόλου ουσίες</i>	54(72) *42(82,4)	18(24) *8(15,7)	2(2,7) *1(2)	1(1,3)	
<i>Τώρα νιώθω ότι διαθέτω καλύτερα εφόδια για να αντιμετωπίσω τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση ουσιών</i>	48(64) *38(74,5)	21(28) *9(17,6)	4(5,3) *3(5,9)	2(2,7) *1(2)	
<i>Εάν τυχόν έχω προβλήματα με την χρήση ουσιών τώρα γνωρίζω από πού να ζητήσω επαγγελματική στήριξη</i>	63(84) *47(92,2)	11(14,7) *4(7,8)	1(1,3)		
<i>Τώρα που έχω ολοκληρώσει το πρόγραμμα σκοπεύω να κάνω μερικές αλλαγές στη ζωή μου</i>	45(60) *38(74,5)	22(29,3) *10(19,6)	4(5,3) *1(2)	4(5,3) *2(3,9)	

Διαφορετικά όμως καταγράφονται τα δεδομένα που αφορούν το αλκοόλ. Ποσοστό 44% συμφωνεί πως τώρα που έχω ολοκληρώσει το πρόγραμμα σκοπεύει να καταναλώνει λιγότερο ή και καθόλου αλκοόλ ενώ μόνο το 40% συμφωνεί πως η συμμετοχή στο πρόγραμμα έχει αλλάξει τη στάση του έναντι στο αλκοόλ. Ποσοστό όμως 90% συμφωνεί πως η συμμετοχή του στο πρόγραμμα έχει βελτιώσει το επίπεδο γνώσης τους για τις επιπτώσεις και τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ.

**Πίνακας 18: Σημαντικότητα Προγράμματος σε σχέση με την χρήση αλκοόλ**

	<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	<i>Συμφωνώ εν μέρει</i>	<i>Δεν συμφωνώ και τόσο</i>	<i>Διαφωνώ</i>	<i>Δεν Ισχύει</i>
<i>Χρήση αλκοόλ</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>
<i>Η συμμετοχή στο πρόγραμμα ήταν σημαντική για μένα προσωπικά</i>	29(38,7) *25(49)	17(22,7) *11(21,6)	10(13,3) *7(13,7)	11(14,7) *5(9,8)	8(10,7) *3(5,9)
<i>Η συμμετοχή στο πρόγραμμα έχει βελτιώσει το επίπεδο γνώσης μου για τις επιπτώσεις και τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ</i>	50(66,7) *39(76,5)	18(24) *9(17,6)		1(1,3) *1(2)	6(8) *2(3,9)
<i>Η συμμετοχή στο πρόγραμμα έχει αλλάξει τη στάση μου έναντι στη χρήση αλκοόλ</i>	7(9,3) *7(13,7)	23(30,7) *17(33,3)	20(26,7) *12(23,5)	16(21,3) *12(23,5)	9(12) *3(5,9)
<i>Τώρα που έχω ολοκληρώσει το πρόγραμμα σκοπεύω να καταναλώνω λιγότερο ή και καθόλου αλκοόλ</i>	12(16) *12(23,5)	21(28) *16(31,4)	17(22,7) *9(17,6)	15(20) *11(21,6)	10(13,3) *3(5,9)
<i>Τώρα νιώθω ότι διαθέτω καλύτερα εφόδια για να αντιμετωπίσω τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση αλκοόλ</i>	29(38,7) *24(41,1)	26(34,7) *17(33,3)	9(12) *6(11,8)	5(5,3) *2(3,9)	7(9,3) *2(3,9)
<i>Εάν τυχόν έχω προβλήματα με την χρήση αλκοόλ τώρα γνωρίζω από πού να ζητήσω επαγγελματική στήριξη</i>	52(69,3) *40(78,4)	14(18,7) *8(15,7)		1(1,3) *1(2)	8(10,7) *2(3,9)
<i>Τώρα που έχω ολοκληρώσει το πρόγραμμα σκοπεύω να κάνω μερικές αλλαγές στη ζωή μου σε σχέση με το αλκοόλ</i>	28(32,3) *25(49)	21(28) *13(25,5)	11(14,7) *5(9,8)	8(10,7) *6(11,8)	7(9,3) *2(3,9)

# Κεφάλαιο Πέμπτο - Συζήτηση –Συμπεράσματα – Εισηγήσεις

## 5.1 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα προγράμματος έγκαιρης παρέμβασης και θεραπείας που απευθύνεται σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες χρήστες ουσιών. Η αποτελεσματικότητα προσεγγίζεται κυρίως στον άξονα της αποχής από τη χρήση και δευτερευόντως στους υπόλοιπους τομείς όπως η μείωση της κατάχρησης αλκοόλ, η αποχή από παραβατικές συμπεριφορές, η βελτίωση και ανάπτυξη της ψυχικής υγείας, και η βελτίωση στην κοινωνική και οικογενειακή λειτουργικότητα.

Ένας από τους σοβαρότερους προβληματισμούς που σχετίζονται με την αξιοπιστία αυτού του είδους μελετών αφορά η εγκυρότητα των απαντήσεων των εφήβων. Η αξιοπιστία των απαντήσεων των εφήβων σε σχέση με επικίνδυνες, παραβατικές ή κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές όπως είναι και η χρήση ουσιών, είναι ένα από τα ζητήματα που απασχόλησαν τα προγράμματα εφήβων. Όπως αναφέρουν οι Brener, Billy, & Grady (2003) οι πληροφορίες και τα δεδομένα τα οποία συλλέγονται βασίζονται ως επί το πλείστο σε αυτοαναφορές για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο της ζωής του εφήβου ή ακόμα και για ολόκληρη τη ζωή του. Η εγκυρότητα των απαντήσεων είναι δύσκολο να εξακριβωθεί αφού οι έφηβοι, πολλές φορές, τείνουν να μειώνουν ή ακόμα σε κάποιες περιπτώσεις να υπερβάλλουν για τέτοιου είδους συμπεριφορές λαμβάνοντας υπόψη την κοινωνική αποδοχή και την εικόνα που επιθυμούν να παρουσιάσουν ανάλογα σε πιο πλαίσιο λαμβάνονται οι πληροφορίες (Brener, Billy, & Grady 2003, Shillington & Clapp 2000, Winters, Stinchfield, Henly et al 1991). Επιπλέον, πολλές φορές η ανάκληση πληροφοριών για συγκεκριμένες συμπεριφορές και ειδικά για τη χρήση ουσιών και αλκοόλ μπορεί να είναι δύσκολές όταν αφορούν χρονικό διάστημα αρκετό καιρό πριν (Johnson & Mott, 2001, Engels, Knibbe, & Drop, 1997, Gans & Brindis, 1995).

Η σχετική βιβλιογραφία αναφέρει ανακολουθία των απαντήσεων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών σε σχέση με τη βιολογική εξέταση για ανίχνευση ουσιών που πραγματοποιήθηκε μετά τη συνέντευξη (Delaney-Black, Chioto, Hannigan et al 2010, Harris et al 2008, Dennis, 2004, Fendric & Rosenbaum 2003). Μία από τις βασικές παραμέτρους που σχετίζονται με αυτή την ανακολουθία είναι το πλαίσιο μέσα στο οποίο εξετάστηκε αφού τα ποσοστά διαφοροποίησης παρουσιάζονται χαμηλότερα όταν τα δεδομένα λαμβάνονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα από ότι

στην κοινότητα ή στο σχολικό πλαίσιο (Delaney-Black et al 2010, Griffin, et al 2008, Dennis, 2000, Harris, Wish, Hoffam, & Nemes 1997). Τα ποσοστά διαφοροποίησης όσον αφορά στη χρήση κάνναβης μεταξύ αυτοαναφοράς και βιολογικής δοκιμασίας που πραγματοποιείται στα πλαίσια θεραπευτικού προγράμματος αναφέρονται από 5,6% (Harris, Griffin, et al 2008) μέχρι 22% (Dennis, 2000).

Τα βασικά στοιχεία τα οποία συμβάλλουν θετικά ως προς την αξιοπιστία των απαντήσεων αφορούν την εμπιστευτικότητα, την ανωνυμία καθώς και τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνονται οι συγκεκριμένες πληροφορίες (Harris, Griffin, et al 2008, Brener, Billy, & Grady 2003, Fendric & Rosenbaum 2003, Winters, Shillington & Clapp 2000). Τα πιο αναφερόμενα κριτήρια πληρούνται στη συγκεκριμένη εργασία αφού αποτελούν βασικά συστατικά στοιχεία του θεραπευτικού προγράμματος, έτσι ώστε οι απαντήσεις και τα δεδομένα που λήφθηκαν να θεωρούνται έγκυρα και αντιπροσωπευτικά.

Στην παρούσα εργασία, τα άτομα, που αποτελούν τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, βρίσκονται σε ένα στάδιο σημαντικών αλλαγών και ανακατατάξεων στη ζωή τους, αφού αρκετοί ολοκληρώνουν το σχολείο ή την Εθνική Φρουρά, μεταβαίνουν στο εξωτερικό για σπουδές, οπότε το μη σταθερό πλαίσιο διαμονής αποτελεί εμπόδιο στον εντοπισμό τους σε σχέση με την σταθερότητα των ενηλίκων κάτι που επηρεάζει και την ανταποκρισιμότητα της μελέτης.

Η γενική ανταποκρισιμότητα της μελέτης βρίσκεται περίπου στα ίδια ποσοστά με αντίστοιχες μελέτες του εξωτερικού και κρίνεται ως ικανοποιητική αφού το 68% του δείγματος συμμετείχε στην επαναληπτική αξιολόγηση. Σε αντίστοιχες μελέτες του εξωτερικού παρατηρείται ότι τα ποσοστά ανταποκρισιμότητας κυμαίνονται από 64% (Jainchill 2000), έως 67% (Hser και συνεργάτες 2001). Επισημαίνεται όμως ότι στην επαναξιολόγηση της Cannabis Youth Treatment (CYT) που χρησιμοποιήθηκε ειδική διαδικασία μεταθεραπευτικής παρακολούθησης, έξι μήνες μετά όσων, συμμετείχαν στο πρόγραμμα τα ποσοστά έφτασαν στο 97% (Dennis 2000). Όπως αναφέρουν οι Titus & Godley (1999) τα ποσοστά των εφήβων που εγκαταλείπουν ή δεν είναι συνεπείς σε ερευνητικά πρωτόκολλα κυμαίνεται από το 50 – 70%. Οι Kristiansen & Hubbard (2001) τονίζουν πως στην επαναληπτική αξιολόγηση του ερευνητικού πρωτοκόλλου για έφηβους χρήστες DATOS-A τα ποσοστά ανταποκρισιμότητας στις διάφορες πόλεις ήταν από 90% έως και 38% ενώ τα προγράμματα με ποσοστό, ανταποκρισιμότητας, κάτω από το 60% δεν συμπεριλήφθηκαν στη διαδικασία ανάλυσης των αποτελεσμάτων αφού ποσοστό κάτω του 60% δεν κρίνεται ως αποδεκτό και αντικειμενικό. Θεωρώντας ως έγκυρο το κριτήριο του

κατώτατου αποδεκτού ποσοστού ανταπόκρισης στο 60% όπως αυτό τέθηκε από την DATOS-A, το ποσοστό ανταπόκρισης του 68% στην παρούσα εργασία κρίνεται ως ικανοποιητικό.

Όπως εντοπίζεται στη βιβλιογραφία το φαινόμενο της χρήσης ουσιών αφορά κυρίως τον ανδρικό πληθυσμό αφού η πλειονότητα των χρηστών είναι άντρες (Greenfield et al 2008, Kandall 1998, Moras 1998) ενώ τα πιο πρόσφατα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA, 2012), αναφέρουν ότι ανάμεσα στους χρήστες κάνναβης που βρίσκονται σε θεραπεία πανευρωπαϊκά, το 84% είναι άντρες. Το ποσοστό της εκπροσώπησης των γυναικών στην παρούσα μελέτη είναι στο 10,7%, χαμηλότερο σχετικά από άλλες παρόμοιου τύπου έρευνες. Το ποσοστό των γυναικών που αναφέρεται από τον Battjes και συνεργάτες (2004) είναι 15,5%, από τον Dennis (2000) 17%, από την Jainchil (2000) 29%, ενώ το ψηλότερο ποσοστό (31,5%) εντοπίζεται στην DATOS-A (Hser et al 2001). Όσον αφορά στα ποσοστά εκπροσώπησης στα προγράμματα εφήβων και νεαρών ενηλίκων στην Ελλάδα αυτά κυμαίνονται σε παρόμοια επίπεδα. Συγκεκριμένα, στοιχεία που αφορούν στην κατανομή του φύλου από το 1996 μέχρι το 2006 η εκπροσώπηση των γυναικών ήταν στο 19% (ΚΕΘΕΑ – ΠΛΕΥΣΗ 2006), ενώ επίσης σε διαχρονική μελέτη 2001 – 2004 το ποσοστό των γυναικών σε αντίστοιχο θεραπευτικό πρόγραμμα εφήβων και νεαρών ενηλίκων ήταν 22% (Ζώτου & Κοπακάκη 2005).

Μια βασική παράμετρος η οποία πρέπει να ληφθεί υπόψη σχετικά με την υποεκπροσώπηση των γυναικών στην παρούσα εργασία αφορά την πηγή παραπομπής στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως το πρόγραμμα αποτελεί εναλλακτική επιλογή ως προς την προσαγωγή σε δίκη και οι παραπομπές προέρχονται μέσα από το ποινικό σύστημα και μετά από σύλληψη. Όπως αναφέρεται από τις Ζώτου & Κοπακάκη (2005), την Grella (2003), τους Jainchill και συνεργάτες (2000) και τις Grella & Joshi (1999), τα κορίτσια παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα με το νόμο και παρουσιάζουν λιγότερες πιθανότητες να έχουν συλληφθεί και να παραπεμφθούν για θεραπεία μέσα από το ποινικό σύστημα. Παρόμοια και στους Farabee και συνεργάτες (2001), το 81% που βρίσκονταν σε θεραπεία κάτω από την εποπτεία του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης ήταν άρρενες έφηβοι ενώ τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA 2005) δείχνουν ότι το 90% των παραπομπών από το νομικό σύστημα σε υπηρεσίες απεξάρτησης αφορούν άνδρες. Κατ' επέκταση, ο μικρός αριθμός των γυναικών στο πρόγραμμα δεν επιτρέπει ουσιαστικά την επεξεργασία των δεδομένων και την εξαγωγή συμπερασμάτων σε σχέση με το φύλο.

Η παραπομπή από το νομικό σύστημα μπορεί να θεωρηθεί ως «νομικός εξαναγκασμός» ή πίεση για εισαγωγή σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Η «πίεση» από το νομικό σύστημα έχει βρεθεί ότι αποτελεί ισχυρό και αποτελεσματικό παράγοντα ο οποίος ενισχύει την εισαγωγή στην θεραπεία (Perron & Bright, 2008, DeLeon et al 2001, Farabee et al 2001, Hser et al 1998) και παρόλο που φαίνεται ως εξωτερικός παράγοντας και όχι εσωτερικό κίνητρο (Perron & Bright, 2008, Handelsman, Stein & Grella 2005, Gregoire & Bruke, 2004) σε συνδυασμό με άλλες παραμέτρους μπορεί να αποτελέσει την αιτία για μια πιο ουσιαστική αλλαγή (Perron & Bright, 2008, Farabee et al 2001, Broome, Joe, & Simpson, 2001, Hser et al 1998,). Ειδικότερα για τους έφηβους όπως αναφέρεται στους Handelsman, Stein & Grella (2005) και Battjets και συνεργάτες (2003) η σύλληψη, η προσαγωγή και η υποκράτηση αποτελούσαν ισχυρούς παράγοντες για παραμονή και ολοκλήρωση της θεραπείας ενώ παρατηρείται και μεγαλύτερη μείωση στη χρήση κάνναβης μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας σε σχέση με έφηβους χωρίς τη νομική πίεση (Farabee et al 2001). Οι Battjets και συνεργάτες (2003) τονίζουν επίσης ότι σε αυτό το στάδιο της ζωής τους, οι έφηβοι και νεαροί ενήλικες χρήστες κάνναβης δεν αντιμετωπίζουν συνήθως άλλες αρνητικές συνέπειες ή αυτές είναι σε πολύ μικρό βαθμό οπότε η βασική αρνητική συνέπεια της χρήσης είναι η επαφή με το ποινικό σύστημα.

Όσον αφορά στην παρούσα μελέτη παρατηρείται πως ο εντοπισμός επιδρά ως προς τη μείωση των ποσοστών της χρήσης κάνναβης. Συγκεκριμένα, η χρήση κάνναβης πριν από τον εντοπισμό αναφερόταν από το 89,3% ενώ μετά τον εντοπισμό αλλά πριν την ένταξη στο πρόγραμμα μειώνεται στο 38,7%. Πιο αναλυτικά η καθημερινή χρήση δεν εμφανίζεται πλέον καθόλου ενώ σημαντική μείωση παρουσιάζει και η συστηματική χρήση από το 21,3% μειώθηκε στο 1,3%. Μειώσεις παρουσιάζουν επίσης ανάμεσα στον εντοπισμό και την πρώτη επαφή με το πρόγραμμα η περιστασιακή χρήση από το 30,7% στο 13,3% και η μια φορά χρήση μόνο από το 33,3% στο 24%.

Η αποχή από την χρήση οποιαδήποτε ουσίας αποτελεί το βασικότερο στόχο των προγραμμάτων (McLellan και συνεργάτες 2005, Πουλόπουλος 2005) και σε πολλές περιπτώσεις, όπως τονίζεται στην Merino (1999), αποτελεί και το μοναδικό δείκτη αποτελεσματικότητας μιας παρέμβασης. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, η αποχή αποτελεί το βασικότερο στόχο του προγράμματος και κατ'επέκταση το κυριότερο κριτήριο πάνω στο οποίο βασίζεται η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Σε συνέχεια των πιο πάνω διαπιστώσεων που σχετίζονται με την αποχή και την μείωση της χρήσης ως αποτέλεσμα του εντοπισμού, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην

κατάσταση των ατόμων σε σχέση με τη χρήση μετά τη διαμεσολάβηση του προγράμματος και συγκεκριμένα έξι μήνες μετά από την ολοκλήρωση του.

Εξετάζοντας λοιπόν τη βασικότερη από τις μεταβλητές καθορισμού της αποτελεσματικότητας διαπιστώνονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στα πρότυπα της χρήσης μεταξύ της πρώτης επαφής με το πρόγραμμα και της επανεξέτασης, έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Παρατηρείται λοιπόν ότι το ποσοστό 84,3% βρισκόταν σε αποχή τις τελευταίες τριάντα μέρες πριν από την πραγματοποίηση της επαναληπτικής συνέντευξης, ενώ το 9,8% ανέφερε χρήση κάνναβης μια φορά κατά τον τελευταίο μήνα. Η χρήση από 2-7 μέρες συγκέντρωνε ποσοστό 3,9% και η χρήση 8-25 μέρες ποσοστό 2%. Συγκρίνοντας τα παραπάνω αποτελέσματα με άλλες έρευνες που αφορούσαν έφηβους και νεαρούς ενήλικες παρατηρείται ότι συμφωνούν και σε ορισμένες περιπτώσεις υπερτερούν των σχετικών ερευνών αποτίμησης της αποτελεσματικότητας. Στο μεγαλύτερο πρόγραμμα αντιμετώπισης της χρήσης κάνναβης, που είναι το Cannabis Youth Treatment (CYT) στις ΗΠΑ, η επαναληπτική συνέντευξη έδειξε αύξηση της αποχής από την κάνναβη από το 4% κατά την εισαγωγή στο 34% έξι μήνες αργότερα ενώ η απουσία συμπτωμάτων που να υποδηλώνουν κατάχρηση ή εξάρτηση αυξήθηκε από το 19% στο 61% (Dennis 2000, Dennis και συνεργάτες 2004). Χαμηλότερα ποσοστά αποχής από την κάνναβη σε σχέση με την παρούσα μελέτη αναφέρονται και από τους Hser και συνεργάτες (2001) σε ανοικτά προγράμματα εφήβων. Συγκεκριμένα, η πλήρης αποχή δώδεκα μήνες μετά τη θεραπεία βρίσκεται στο 30,9% ενώ η συστηματική χρήση κάνναβης μειώθηκε από το 71,6% στο 42,1%. Παρόμοια χαμηλότερα ποσοστά στην αποχή από την κάνναβη παρατηρείται και στην έρευνα από τους Jainchill και συνεργάτες (2000) όπου η αποχή αυξήθηκε από το 24,4% στο 41,6% ένα χρόνο μετά από την ολοκλήρωση του προγράμματος. Οι Battjes et al. (2004) έξι μήνες μετά από την ολοκλήρωση του προγράμματος, αναφέρουν μείωση της χρήσης κάνναβης, κατά τις τελευταίες ενενήντα μέρες πριν την επαναληπτική συνέντευξη στις 13,6 μέρες από τις 27,7 μέρες κατά την ένταξη στο πρόγραμμα ενώ δεν γίνεται καμιά αναφορά για τα ποσοστά πλήρους αποχής. Σε πανομοιότυπο πρότυπο, οι Hendricks, van der Schee & Blanken (2011), αναφέρουν μείωση στο αριθμό ημερών χρήσης κάνναβης στους έφηβους στην επαναξιολόγηση, δώδεκα μήνες μετά από την ολοκλήρωση του προγράμματος από τις 63,1 αρχικά στις 43, αλλά το ποσοστό της πλήρους αποχής ήταν μόνο 10%.

Οι Farabee και συνεργάτες (2001) εξετάζοντας τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης δώδεκα μήνες μετά τη θεραπεία μέσα από τα δεδομένα της DATOS-A, αναφέρουν ότι η χρήση κάνναβης στους έφηβους που ήταν υπό την επίβλεψη του νομικού συστήματος μειώθηκε

από το 94% κατά την εισδοχή στο 66% κατά την επανεξέταση. Σημαντικό στοιχείο στην ερευνά των Farabee και συνεργατών είναι το ότι η σύγκριση μεταξύ των εφήβων υπό την επίβλεψη του νομικού συστήματος και σε αυτούς που δεν ήταν υπό επίβλεψη, έδειξε μεγαλύτερα ποσοστά μείωσης της χρήσης στην πρώτη ομάδα.

Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο το οποίο διαπιστώνεται από τους Jainchill και συνεργάτες (2000) είναι πως η μείωση στα ποσοστά χρήσης τόσο της κάνναβης αλλά και οποιασδήποτε άλλης ουσίας, σε όσους δεν ολοκλήρωσαν τη θεραπεία είναι σχεδόν μηδαμινή. Σε ότι αφορά την κάνναβη, η χρήση μειώθηκε από το 80,1% στο 74,5% ενώ η αναγωγή των ποσοστών για όλες τις ουσίες δείχνει μείωση από το 83,1% στο 80%, στοιχείο που όπως αναφέρουν οι ερευνητές αποδεικνύει τη σημαντικότητα της θεραπείας αφού η ολοκλήρωση της, διπλασιάζει τις πιθανότητες μείωσης της χρήσης παράνομων ουσιών αλλά και αλκοόλ στην περίοδο που ακολουθεί.

Επιχειρώντας τη σύγκριση των ποσοστών χρήσης μεταξύ των ευρημάτων της παρούσας μελέτης με τα ευρήματα των μελετών που αναφέρθηκαν πιο πάνω, παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ τους με σαφώς πιο θετικά αποτελέσματα στην παρούσα εργασία. Ακόμα και αν διευρυνθεί το εξεταζόμενο χρονικό πλαίσιο, από τις τελευταίες τριάντα μέρες στο σύνολο του χρόνου που μεσολάβησε από την ολοκλήρωση του προγράμματος μέχρι και την επανεξέταση, διαπιστώνεται πως το ποσοστό αποχής από τη χρήση παραμένει σημαντικό ψηλότερο στο 64,7%. Με εξαίρεση την έρευνα της Jainchill και συνεργατών (2000), η οποία πραγματοποιήθηκε σε σαφώς πιο επιβαρυνμένο ως προς τη χρήση ουσιών πληθυσμό αλλά και σε διαφορετικό θεραπευτικό πλαίσιο (θεραπευτική κοινότητα), οι υπόλοιπες και ειδικότερα ο πληθυσμός που συμμετείχε στην Cannabis Youth Treatment (CYT) παρουσιάζει πανομοιότυπο προφίλ χρήσης. Μελετώντας τα αποτελέσματα, πιθανόν, ένας από τους παράγοντες που ενισχύει την παραμονή των εφήβων σε αποχή, αποτελεί ο βαθμός ανεκτικότητας του ευρύτερου κοινωνικού συστήματος ως προς τη χρήση, που πιθανότατα στην Κύπρο η ανεκτικότητα αυτή να είναι σε χαμηλότερα επίπεδα, όπως επίσης και η αυστηρότητα του νομικού και ποινικού συστήματος ως προς την αντιμετώπιση των χρηστών κάνναβης σε σχέση με άλλες χώρες. Τα δύο πιο πάνω στοιχεία αποτελούν άξονες που θα ήταν χρήσιμο να εξεταστούν σε μελλοντικές έρευνες.

Επιπλέον συσχετίζοντας τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα όπως αυτές καταγράφηκαν στο έντυπο αξιολόγησης του προγράμματος (πίνακας 18) κατά την ολοκλήρωση του, διαπιστώνεται ότι υπάρχει ταύτιση των απαντήσεων ως προς τις προσδοκίες και τις στάσεις

των χρηστών έναντι της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών τόσο κατά την ολοκλήρωση, όσο και έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Η συνέπεια αυτή μεταξύ των απαντήσεων και της συμπεριφοράς έξι μήνες αργότερα, αποτελεί ένδειξη ότι οι συγκεκριμένες απαντήσεις αποτελούν, ένα προβλεπτικό παράγοντα του αποτελέσματος και της συμπεριφοράς για τη συνέχεια

Η εικόνα που αφορά στη χρήση αλκοόλ τόσο κατά την εισαγωγή αλλά και ειδικά για την περίοδο της επανεξέτασης, παρουσιάζει σημαντικές διαφορές συγκριτικά με τη χρήση της κάνναβης. Σημαντικό στοιχείο στη διαφοροποίηση των δύο ουσιών αποτελεί και το γεγονός ότι σε αντίθεση με την κάνναβη η οποία παρουσιάζει σημαντική μείωση μετά τον εντοπισμό και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος η κατανάλωση αλκοόλ παραμένει ουσιαστικά αναλλοίωτη. Η χρήση αλκοόλ συνεχίζει να αναφέρεται από όλους τους συμμετέχοντες στην επαναληπτική συνέντευξη ενώ οι βασικές διαφοροποιήσεις εντοπίζονται στη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ σε αριθμό ημερών κατά τον τελευταίο μήνα. Οι βασικές διαφοροποιήσεις εστιάζονται στην αύξηση των μέσων τιμών έναντι των χαμηλότερων. Παρατηρούμε δηλαδή πως η απάντηση «καθόλου χρήση» ή «χρήση μια μέρα κατά τον τελευταίο μήνα» δεν αναφέρονται κατά την επαναληπτική συνέντευξη ενώ αυξάνονται τα ποσοστά στις ενδιάμεσες παραμέτρους των «2-7 μέρες τον μήνα». Αύξηση των μέσων τιμών έναντι των χαμηλότερων παρατηρούνται επίσης και στην ποσότητα κατανάλωσης με την πλειονότητα (70,6%) να δηλώνει ως κατανάλωση 2-3 ποτά ανά επεισόδιο πόσης. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και από τους Galaif et al (2001) οι οποίοι στα ευρήματα τους μέσα από την έρευνα της DATOS-A αναφέρουν ότι η χρήση αλκοόλ παραμένει σχετικά σταθερή ανάμεσα στην πρώτη συνέντευξη και την επανεξέταση σε αντίθεση με τους Farabee και συνεργάτες (2001) στους οποίους εντοπίζεται μια μικρή μείωση στη χρήση αλκοόλ από το 88% στο 69% στους έφηβους που βρίσκονται σε επίβλεψη από το νομικό σύστημα και από το 89% στο 74% στους υπόλοιπους. Αδιαφοροποίητα ποσοστά μεταξύ της ένταξης και της επανεξέτασης στους έξι μήνες, σε σχέση με το αλκοόλ, αναφέρονται και από τους Battjes et al (2004), ενώ μια μικρή μείωση στα ποσοστά μέθης παρουσιάζονται στα κορίτσια χωρίς όμως να είναι στατιστικά σημαντικά. Τα περιστατικά μέθης τοποθετούνται στις 7,3 μέρες στις τελευταίες ενενήντα παράλληλα, και στους Hser et al (2001) παρουσιάζεται μείωση στη βαριά χρήση αλκοόλ (5 ή περισσότερα ποτά ανά επεισόδιο πόσης) από το 33,8% στο 20,3%. Μείωση στα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ σε σημείο μέθης αναφέρεται και από τους Jainchill και συνεργάτες (2000) ενώ στην ίδια εργασία

αναφέρεται και ποσοστό 36,4% πλήρους αποχής από το αλκοόλ μετά τη θεραπεία. Στην παρούσα εργασία, κατανάλωση 4-6 ποτών αναφέρεται από το 23,5%, το 5,9% αναφέρει 7 ποτά ή περισσότερα ενώ μέθη σε μια μέρα ή μέχρι 5 μέρες τις τελευταίες τριάντα μέρες, αναφέρεται από το 31,4% και από 6-10 φορές αναφέρεται από το 5,9%. Τα ποσοστά της βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ και της μέθης όπως καταγράφονται στην παρούσα εργασία μετά και την ολοκλήρωση του προγράμματος ταυτίζονται πλήρως με τα στοιχεία που αναφέρει Hibbel και συνεργάτες (2007) στα πλαίσια της έρευνας ESPAD όπου συχνότητα κατανάλωσης 5 ή περισσότερων ποτών για μία ή περισσότερες φορές μέσα στον τελευταίο μήνα, η λεγόμενη «ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση» («binge drinking») αλκοόλ, ανάμεσα στους μαθητές στην Κύπρο ανέρχεται στο 34%.

Αυτό που διαπιστώνεται σε σχέση με το αλκοόλ είναι ότι ουσιαστικά δεν υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις όπως στην περίπτωση της κάρναβης αλλά παράλληλα, παρατηρείται μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ από παρόμοιες έρευνες. Μια βασική διαφορά σε σύγκριση με τις άλλες έρευνες εντοπίζεται στο γεγονός ότι στην παρούσα μελέτη δεν παρουσιάζεται πλήρης αποχή σε οποιοδήποτε ποσοστό σε κανένα από τα χρονικά σημεία των μετρήσεων. Το γεγονός αυτό μπορεί ίσως να ερμηνευτεί γνωρίζοντας ότι οι υπόλοιπες μελέτες πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες όπου η χρήση αλκοόλ αλλά και η είσοδος σε χώρους διασκέδασης (Bars, Clubs κτλ) απαγορεύεται μέχρι την ηλικία των 21 ετών, σε αντίθεση με την Κύπρο όπου το όριο ηλικίας και για τις δύο περιπτώσεις είναι τα 17. Οι Battjes et al. (2004) αναφέρουν ότι η χρήση αλκοόλ δεν λαμβάνει τόση μεγάλη σημασία στα προγράμματα σε σχέση με τις άλλες ουσίες και η χρήση του δεν ελέγχεται εργαστηριακά κατά τη διάρκεια της θεραπείας, κάτι που συμβαίνει με τις άλλες ουσίες, στοιχεία που συμβάλλουν αρνητικά προς την αποχή. Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν επίσης ότι πολλοί νεαροί με δεδομένη την αποχή τους από άλλες ουσίες χρησιμοποιούν το αλκοόλ ως «υποκατάστατο».

Συσχετίζοντας τις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την αξιολόγηση της παρέμβασης από τους ίδιους τους συμμετέχοντες με την ολοκλήρωση του προγράμματος, μπορούμε να εντοπίσουμε μια ανακολουθία των απαντήσεων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με τη συμπεριφορά που αναφέρθηκε έξι μήνες αργότερα. Συγκεκριμένα, κατά την αξιολόγηση του προγράμματος ποσοστό 47,1% δήλωνε ότι συμφωνούσε πως η συμμετοχή του στο πρόγραμμα άλλαξε την στάση του έναντι της χρήσης αλκοόλ, 56% συμφωνούσε ότι θα καταλάωνε λιγότερο αλκοόλ και ποσοστό 11,8 ότι θα σταματούσε εντελώς το αλκοόλ, δηλώσεις που διαπιστώνεται όχι απλώς να μην ταυτίζονται αλλά ουσιαστικά να αναιρούνται εντελώς έξι μήνες

μετά. Το εύρημα αυτό μπορεί να θεωρηθεί πως καταρρίπτει, στην περίπτωση του αλκοόλ, την υπόθεση που διατυπώθηκε σε σχέση με την κάνναβη και την πιθανότητα των απαντήσεων της αξιολόγησης να αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα του αποτελέσματος και της συμπεριφοράς για την συνέχεια.

Η παραβατική συμπεριφορά αποτελεί επίσης σημαντική παράμετρο που σχετίζεται με τη χρήση ουσιών. Στην παρούσα μελέτη παρόλο που όλοι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα έχουν συλληφθεί και παραπεμφθεί από το ποινικό σύστημα δεν παρουσιάζουν βεβαρημένο προφίλ αφού δεν εμπλέκονται σε ιδιαίτερα σοβαρές παραβατικές συμπεριφορές πέραν από την κατοχή ή χρήση ουσιών. Αυτό που μπορεί να λεχθεί είναι πως κανένας δεν είχε επαφή με το ποινικό σύστημα, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Οι Hser και συνεργάτες (2001) αναφέρουν επίσης μείωση στις παραβατικές δραστηριότητες και μείωση στα ποσοστά των συλλήψεων, κάτι που επίσης αναφέρεται και από τους Battjes et al (2004). Στα αποτελέσματα από τους Farabee και συνεργάτες (2001) διαπιστώνεται πως τόσο για τους έφηβους που βρισκότουσαν υπό την επίβλεψη του ποινικού συστήματος όσο και για τους υπολοίπους, οι περισσότερες παράνομες πράξεις σχετίζονταν άμεσα με την χρήση ουσιών, συμπεριφορά η οποία μειώνεται με την παράλληλη μείωση της χρήσης. Επιπλέον με την ολοκλήρωση του προγράμματος, μείωση στα ποσοστά παρατηρήθηκε για όλους τους τομείς παραβατικών συμπεριφορών κάτι που τονίζεται επίσης και από τον Dennis (2000) και τους Hendricks, van der Schee & Blanken (2011). Σε πιο επιβαρυνμένο παραβατικό προφίλ εφήβων όπως αυτό που περιγράφεται από τους Hser και συνεργάτες (2001) επίσης παρατηρείται μείωση των ημερών εμπλοκής σε όλες τις παραβατικές συμπεριφορές και ειδικότερα σε όσες άμεσα σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, ενώ στη σύγκριση των όσων ολοκλήρωσαν τη θεραπεία με αυτούς που εγκατέλειψαν το πρόγραμμα, παρατηρείται μείωση εγκληματικών δραστηριοτήτων και στις δύο ομάδες με τα ποσοστά όμως σε όσους ολοκλήρωσαν θεραπεία να υπερτερούν σημαντικά σε όλους τους τομείς.

Η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση και η συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής με την χρήση ουσιών αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα ως προς την ολοκλήρωση της θεραπείας και της διατήρησης της αποχής από την χρήση ουσιών μετά από αυτή (Shane, Jasiukaitis, & Green, 2003, Goldsmith, Grella et al 2001, Stark 1992,). Στην παρούσα εργασία η υπό εξέταση ομάδα δεν παρουσίαζε ενεργή ή εμφανή ψυχοπαθολογία ή άλλα σημεία και συμπτώματα τα οποία να προσδίδουν δυσκολίες στην ψυχική λειτουργία και προσαρμογή. Οι ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες που αναφέρονται όπως πχ το αυξημένο άγχος ή ανησυχία, το καταθλιπτικό

συναίσθημα, η ασυγκινησία, η δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων ή ακόμα στοιχεία που υποδηλώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αποτελούν κυρίως συναισθηματικές εκφράσεις που φυσιολογικά εμφανίζονται κατά την περίοδο της εφηβείας και της μετάβασης στην ενήλική ζωή (Νομικού 2004, Τσιάντης 2002, Κουρκουτάς 2001, Vallejo-Nagera, 2001).

Τα δυο «συμπτώματα» τα οποία αναφέρονται συχνότερα από τους συμμετέχοντες είναι τα συμπτώματα κατάθλιψης και τα συμπτώματα άγχους και έντασης. Ανάμεσα στις μελέτες που διερεύνησαν την σχέση της χρήσης κάνναβης με την κατάθλιψη στον εφηβικό και νεανικό πληθυσμό είναι συγκρουόμενα και πολλές φορές αντιφατικά. Οι Field, Diego, & Sanders (2001) σε τελειόφοιτους διαπίστωσαν ψηλότερο επίπεδο ιδεών αυτοκτονίας στους χρήστες κάνναβης από τους μη χρήστες, ενώ και οι Troisi και συνεργάτες (1998) σε έρευνα στον στρατό διαπίστωσαν σχέση μεταξύ της αυξημένης χρήσης κάνναβης και τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης. Παρόμοια και από τους Milich και συνεργάτες (2000) οι οποίοι ανάμεσα σε δείγμα νεαρών ενηλίκων ηλικίας 20 ετών επίσης διαπίστωσαν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης ανάμεσα στους χρήστες κάνναβης όπως επίσης και από τους Rey και συνεργάτες (2002) οι οποίοι σε έρευνα ανάμεσα σε έφηβους διαπίστωσαν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη ανάμεσα τους χρήστες κάνναβης. Βασικό δίλημμα ανάμεσα στην σχετική βιβλιογραφία αποτελεί και εξήγηση του συσχετισμού της χρήσης κάνναβης και της κατάθλιψης ανάμεσα στο αν η κατάθλιψη προκαλεί την χρήση κάνναβης ή αν η χρήση κάνναβης προκαλεί την κατάθλιψη(, Fu et al 2002, Rutter et al 2001, Neale & Kendler 1995, Caron & Rutter 1991).

Σε αντίθεση με τα πιο πάνω ευρήματα σε έρευνα των Masty & Kabback (1995) ανάμεσα σε φοιτητές ηλικίας 20 -21 ετών δεν έδειξαν συσχετισμό της χρήσης κάνναβης και της κατάθλιψης όπως επίσης και έρευνα από Galaf και συνεργάτες (1998) ανάμεσα σε μαθητές δεν έδειξε συσχέτιση της κάνναβης ή του αλκοόλ με την κατάθλιψη. Παρόμοια ευρήματα ανάμεσα σε φοιτητές διαπιστώθηκαν και από τους Koufi και συνεργάτες (1995) ενώ και οι Kandel και συνεργάτες (1984) δεν διαπίστωσαν σχέση κατάθλιψης και χρήσης κάνναβης ανάμεσα στους έφηβους. Επίσης και ο McGee και συνεργάτες (2000) δεν διαπίστωσε σχέση μεταξύ της κάνναβης και της κατάθλιψης ή των διαταραχών άγχους.

Σε όλα τα πιο πάνω θα πρέπει να λάβουμε υπόψη το γεγονός ότι η πρώτη συνέντευξη πραγματοποιήθηκε σε ένα χρονικό σημείο στην ζωή των συγκεκριμένων εφήβων, το οποίο καθοριζόταν από έντονες «ψυχοσυμπίεστικές» καταστάσεις και γεγονότα όπως ο εντοπισμός, η σύλληψη, η παραπομπή στη θεραπεία και η πρώτη επαφή με το θεραπευτικό πλαίσιο. Τα γεγονότα αυτά μόνα τους αποτελούν παράγοντες αύξησης της ανησυχίας και της καταθλιπτικής

διάθεσης αφού όπως αναφέρουν οι Willund, Lindstrom & Lindholm (2006) ο χρήστης θα αντιμετωπίσει την εμπειρία της ενοχής αλλά και της ντροπής, που πιθανό να καταλήξουν σε συναισθήματα απαξίωσης για τον ίδιο του τον εαυτό (Wiklund 2008). Επιπλέον όπως αναφέρεται από τους Marlowe και συνεργάτες (2001) και DiClemente και συνεργάτες (2004) τα άτομα κατά την εισαγωγή τους σε θεραπεία υφίστανται μια σειρά «πιέσεων» ως προς την αλλαγή του υφιστάμενου τρόπου ζωής τους, ειδικότερα όταν το αίτημα για θεραπεία κατευθύνεται από εξωτερικούς παράγοντες, κάτι που ευνοεί την εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων (CSAT 1999).

Κατά τις δεύτερες μετρήσεις μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος παρατηρείται μείωση στην παρουσία αρνητικών συναισθημάτων ειδικότερα του άγχους και της καταθλιπτικής διάθεσης, ενώ η στατιστική επεξεργασία επέδειξε σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα στις δυο χρονικές περιόδους. Μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και βελτίωση στην ψυχική υγεία μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας αναφέρονται επίσης από τους Godley και συνεργάτες (2011), Battjes και συνεργάτες (2004), Jainchill και άλλοι (2000). Η Ravenna και συνεργάτες (2002) και οι Flora & Stalikas (2012) αναφέρουν πως η παραμονή στην θεραπεία και η επιτυχημένη ολοκλήρωση της, επιφέρουν την αύξηση των θετικών συναισθημάτων όπως την αυξημένη αυτοεκτίμηση, την αίσθηση δύναμης και ελευθερίας, την αύξηση της αυτονομίας και την παράλληλη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων όπως η αίσθηση της απώλειας και η αίσθηση της ανικανότητας.

Σε ότι αφορά τον τομέα των κοινωνικών δραστηριοτήτων οι σημαντικότερες αλλαγές εστιάζονται στην μείωση του χρόνου που δαπανάται με φίλους οι οποίοι είναι και οι ίδιοι χρήστες ουσιών. Η συναναστροφή με ομότιμους οι οποίοι κάνουν χρήση ουσιών, αποτελεί ένα από τους πιο ισχυρούς επιβαρυντικούς παράγοντες για κάποιο έφηβο ώστε να προχωρήσει και ο ίδιος στην χρήση (Καλλαρυτής 2004, Galaif et al 2001, Winters 1999, Muisener 1994). Όπως παρατηρούμε κατά την επανεξέταση ο χρόνος ο οποίος δαπανάται με φίλους που κάνουν χρήση μειώνεται σημαντικά. Εννέα στους δέκα δηλώνουν πως είναι ευχαριστημένοι με την κοινωνική τους ζωή και με τον τρόπο που περνούν τον ελεύθερο τους χρόνο ενώ περίπου οι μισοί αναφέρουν την ύπαρξη δεσμού μέσα στους τελευταίους τρεις μήνες. Το αντίστοιχο ποσοστό εμφανίζεται μεγαλύτερο στα κορίτσια αλλά αυτό ουσιαστικά οφείλεται στο μικρό αριθμό των κοριτσιών στο συνολικό δείγμα.

Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι κατά την επαναληπτική συνέντευξη κανένας από τους συμμετέχοντες δεν αναφέρει δεσμό με σύντροφο ο οποίος κάνει χρήση ενώ στην πρώτη

συνέντευξη η χρήση ουσιών στους συντρόφους αναφέρεται σε ποσοστό 20,6% με μεγάλη όμως διαφοροποίηση ανάμεσα στα δυο φύλα αφού στα κορίτσια το ποσοστό ανέρχεται στο 60%. Όπως αναφέρεται από τους Greenfield και συνεργάτες (2007), Στρατίκη (2006), τους Ashley και συνεργάτες (2003) αλλά και τους Hser et al (2003), οι γυναίκες προσελκύονται συνήθως στην χρήση από τους συντρόφους τους, σε μια προσπάθεια να μοιραστούν τις ίδιες εμπειρίες και συναισθήματα με τους συντρόφους τους, φτάνοντας πολλές φορές στο σημείο της διπλής εξάρτησης, τόσο δηλαδή από την ουσία όσο και από τον σύντροφο. Όπως τονίζεται από τους Zywiak, Longabaugh & Wirtz (2002) το υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο το οποίο να αποτελείται από άτομα που δεν είναι τα ίδια χρήστες θεωρείται ως ένας από τους πιο ισχυρούς παράγοντες για ολοκλήρωση και διατήρησης της θεραπευτικής διαδικασίας, σε αντίθεση με την συνέχιση των επαφών με χρήστες που όπως τονίζουν οι Galaif et al (2001) μετά την θεραπεία αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για επιστροφή στην χρήση ουσιών. Ειδικότερα στις γυναίκες ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης εμφανίζεται σημαντικότερος από ότι στους άντρες (Forcemimes & Tonigan, 2008).

Ένα άλλο στοιχείο το οποίο προσμετράτε στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αποτελεί και η ικανοποίηση από τη θεραπεία όπως αυτή εκτιμάται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες σε αυτή. Όπως αναφέρεται από τους McLellan, Chalk & Bartlett, 2008, Zhang, Gerstein & Fridmann 2008, McLellan & Hunkeler 1998, η ικανοποίηση είναι μια αλληλεπίδραση των προσδοκιών του θεραπευμένου και των εμπειριών του κατά την διάρκεια της θεραπείας. Ο ψηλός βαθμός ικανοποίησης έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερη συμμετοχή και καλύτερο αποτέλεσμα στην θεραπεία (Dearing και συνεργάτες 2005 Carlson & Gabriel 2001, Sanders et al, 1998) και διατήρηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας δώδεκα μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Zhang, Gerstein & Fridmann 2008, Hser και συνεργάτες 2004, McLellan & Hunkeler 1998). Στην παρούσα εργασία η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το πρόγραμμα παρουσιάζεται πολύ ψηλή αφού όσον αφορά στη γενική ικανοποίηση από το πρόγραμμα το 50% παρουσιάζεται ως πολύ ικανοποιημένο 40% ως αρκετά ικανοποιημένο ενώ το υπόλοιπο 10% ως μερικώς ικανοποιημένο ενώ κανένας από τους συμμετέχοντες δεν παρουσιάζεται λίγο ή καθόλου ικανοποιημένος από το πρόγραμμα.

## 5.2 Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει σημαντικούς περιορισμούς και αδυναμίες. Πριν όμως γίνει αναφορά στους περιορισμούς θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί το θετικό της στοιχείο, το οποίο είναι το γεγονός ότι αποτελεί την πρώτη ουσιαστικά προσπάθεια αποτίμησης της αποτελεσματικότητας προγράμματος όχι μόνο εφήβων και νεαρών ενηλίκων χρηστών, αλλά γενικότερα οποιουδήποτε τύπου προγράμματος απεξάρτησης από ουσίες στην Κύπρο, η οποία να βασίζεται στην μεθοδολογία που ακολουθείται σε μεγάλης κλίμακας έρευνες αποτελεσματικότητας στο εξωτερικό.

Όσο αφορά τους περιορισμούς, αρχικός και βασικός περιορισμός αποτελεί το γεγονός ότι εστιάζεται σε ένα και μόνο ημερολογιακό έτος, αυτό του 2012. Ο περιορισμός αυτός προκύπτει από το γεγονός ότι παρόλο που το συγκεκριμένο πρόγραμμα εφαρμόζεται στην παρούσα του μορφή από το 2010, οι διαδικασίες για επανέλεγχο μέσα από εξασφάλιση έγκρισης από τους συμμετέχοντες για συμμετοχή τους σε επαναληπτικές συνεντεύξεις εφαρμόστηκαν κατά το συγκεκριμένο έτος αναφοράς. Ο χρονικός αυτός περιορισμός έχει άμεση επίδραση στο χαμηλό αριθμό του δείγματος ο οποίος θεωρείται ως ακόμα ένας περιορισμός ή αδυναμία της μελέτης. Λαμβάνοντας υπόψη το δεδομένο ότι η διαδικασία αυτή θα συνεχιστεί παράλληλα με την εφαρμογή του προγράμματος, στα επόμενα χρόνια θα υπάρχουν επιπλέον διαθέσιμα στοιχεία που θα μειώσουν και δυνητικά θα εξαλείψουν τις συγκεκριμένες αδυναμίες.

Επιπλέον περιορισμός ή μειονέκτημα αποτελεί και η χαμηλή εκπροσώπηση των γυναικών στην μελέτη. Το γεγονός αυτό δεν επέτρεψε την επεξεργασία των δεδομένων σε σχέση με το φύλο, δεδομένου ότι οι διαδοχικές διαιρέσεις του δείγματος για την πραγματοποίηση ελέγχων των επιμέρους ομάδων του δείγματος κατέληγε σε πολύ μικρές ομάδες ή ακόμα και σε μονάδες, στοιχείο που δεν επιδέχονταν στατιστικούς ελέγχους. Το στοιχείο αυτό όμως δεν καθορίζεται από το πρόγραμμα ούτε και μπορούν να γίνουν βελτιωτικές διαφοροποιήσεις προς την συγκεκριμένη παράμετρο αφού βασίζεται αποκλειστικά σε εξωγενείς παράγοντες. Πρακτικά, αυξημένα δεδομένα που να αφορούν το γυναικείο φύλο αναμένεται να υπάρξουν όπως αναφέρθηκε και στην πιο πάνω παράγραφο με την επιπλέον συλλογή δεδομένων κατά τα επόμενα χρόνια.

Ένας άλλος περιορισμός αφορά τα ποσοστά ανταποκρισιμότητας στις επαναληπτικές μετρήσεις η οποία βρίσκεται στα χαμηλότερα επιτρεπτά όρια, τα οποία μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα και αντιπροσωπευτικά. Με βάση αυτή τη διαπίστωση, οι διαδικασίες επικοινωνίας με τους

συμμετέχοντες καθώς και η μη συμμετοχή της οικογένειας στις διαδικασίες εντοπισμού επιβάλλεται να αναθεωρηθούν.

Ως αδυναμία της μελέτης, η οποία σχετίζεται και με τον μικρό αριθμό του δείγματος, αποτελεί η «πολυπλοκότητα» του ερωτηματολογίου ADAD. Ενώ πρόκειται για ένα λεπτομερέστατο κλινικό εργαλείο, οι πολλές διαβαθμίσεις ανάμεσα στις απαντήσεις και οι διαφορετικές σε αρκετές περιπτώσεις υποκλίμακες ανάμεσα στους υπό εξέταση τομείς, σε συνδυασμό με τον μικρό αριθμό του δείγματος, κατέληγε σε πολύ μικρές ομάδες ή ακόμα και σε μονάδες, στοιχείο που δεν επέτρεπε στατιστικούς ελέγχους. Παρόμοιες δυσκολίες που σχετίζονται με πολύ μικρούς αριθμούς στις κατανομές εντός συγκεκριμένων ερωτήσεων εντοπίστηκαν και στη χρήση του αρχικού τυποποιημένου για όλες τις χώρες έντυπου (Intake Form). Θεωρητικά και αυτοί οι περιορισμοί αναμένεται να επιλυθούν με την αύξηση του δείγματος τα επόμενα χρόνια.

Περιορισμός μπορεί επίσης να θεωρηθεί, αν και η συγκεκριμένη παράμετρος επεξηγήθηκε στην αρχή της συζήτησης στο κεφάλαιο 5, το γεγονός ότι όλες οι απαντήσεις της επαναληπτικής συνέντευξης βασίζονται αποκλειστικά σε αυτοαναφορά. Η πιθανότητα και μόνο υποβάθμισης της χρήσης ή άλλων συμπεριφορών αποτελεί από μόνη της περιορισμό ως προς την αξιοπιστία κάθε μελέτης. Στην προκειμένη περίπτωση θα μπορούσαν στα πρότυπα της επαναξιολόγησης που εφαρμόζεται από την Cannabis Youth Treatment (CYT) να ενταχθούν και στα πλαίσια της επαναληπτικής συνέντευξης εργαστηριακές βιολογικές δοκιμασίες που να επιβεβαιώνουν την αποχή από την χρήση. Επίσης στα ίδια πρότυπα με το πιο πάνω πρόγραμμα θα μπορούσαν να εισαχθούν διαδικασίες εμπλοκής της οικογένειας και άλλων συστημάτων στην επαναληπτική διαδικασία και σύγκριση των δύο, στοιχείο που χρησιμοποιείται από την Cannabis Youth Treatment.

Συνοψίζοντας τα πιο πάνω θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι οι βασικές αδυναμίες της μελέτης εστιάζονται στο χαμηλό δείγμα και τη σχετικά χαμηλή ανταποκρισιμότητα κατά την επαναληπτική εξέταση, στοιχεία που σε συνδυασμό με τη δομή του ερωτηματολογίου επιδρούν αρνητικά στην διενέργεια στατιστικών δοκιμασιών, που έχει ως αποτέλεσμα την καθαρά περιγραφική παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

## 5.3 Συμπεράσματα

Η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων που απευθύνονται σε χρήστες ουσιών έχει απασχολήσει εδώ και αρκετές δεκαετίες όλους τους εμπλεκόμενους στον συγκεκριμένο τομέα, από τους χρηματοδότες και το κλινικό προσωπικό, μέχρι τους αποδέκτες των υπηρεσιών και την κοινωνία γενικότερα. Η έννοια της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων, η επιτυχημένη έκβαση δηλαδή της θεραπευτικής παρέμβασης και η διατήρηση των αποτελεσμάτων αυτών σε βάθος χρόνο, συνδέεται με τις προσδοκίες όλων των εμπλεκόμενων. Ωστόσο σε μια μελέτη αποτίμησης δεν είναι συνήθως εφικτό να απαντηθούν όλα τα ερωτήματα που σχετίζονται και συνδέονται με την αποτελεσματικότητα, την οργάνωση και την ποιότητα των παρεμβάσεων ενώ επιλογή των επιμέρους ερωτημάτων και στόχων μιας τέτοιας μελέτης σχετίζονται άμεσα με τα διαθέσιμα στοιχεία και πληροφορίες καθώς και με την αναμενόμενη χρήση των αποτελεσμάτων.

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα φαίνεται να επιτυχαίνει τον βασικό του στόχο ο οποίος είναι η διακοπή της χρήσης από οποιαδήποτε παράνομη ουσία και η διατήρηση της αποχής. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της επανεξέτασης ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα παραμένουν σε αποχή. Ασυμφωνία διαπιστώνεται μεταξύ των αποτελεσμάτων και του στόχου της μείωσης της χρήσης και της κατάχρησης αλκοόλ αφού δεν παρατηρήθηκε καμία ουσιαστική μεταβολή μεταξύ της πρώτης και δεύτερης συνέντευξης. Τα αποτελέσματα αυτά φέρνουν το πρόγραμμα ενώπιων σημαντικών προκλήσεων όσο αφορά τον επανασχεδιασμό των παρεμβάσεων οι οποίες αφορούν το αλκοόλ. Σημαντικές βελτιώσεις διαπιστώνονται επίσης στην παραβατική συμπεριφορά και στον τομέα της ψυχικής λειτουργίας ενώ δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις στους υπολοίπους τομείς.

Μέσα από τα πιο πάνω διαφαίνεται η ανάγκη για μια πιο συνθετική διερεύνηση κατά την επανεξέταση, με τον εμπλουτισμό των διαδικασιών με ποιοτικές μεθόδους έρευνας. Αυτό θα μπορούσε να γίνει μέσα από συγκεκριμένες ανοικτού τύπου ερωτήσεις σε μια μη δομημένη συνέντευξη ή με την πραγματοποίηση ομαδικού τύπου εστιασμένης συνέντευξης (Focus Group). Όπως τονίζεται και από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (1999) οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας αποτελούν σημαντικό εργαλείο στην αποτίμηση του αποτελέσματος των θεραπευτικών προγραμμάτων. Η ιδιαιτερότητα του φαινομένου της χρήσης ουσιών, ειδικά στον εφηβικό πληθυσμό, με τους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν αλλά

επηρεάζονται από την χρήση ουσιών, όπως η ένταξη και παραμονή στην θεραπεία, τα χαρακτηριστικά της θεραπείας που οι ίδιοι θεωρούν σημαντικά αλλά και συμβολή των παραγόντων που οι ίδιοι θεωρούν ως σημαντικούς στην συνεισφορά τους ως προς την διατήρηση ή όχι της αποχής, είναι στοιχεία τα οποία μπορούν να ληφθούν μόνο μέσα από την ποιοτική διερεύνηση. Επιπλέον στοιχείο που καθιστά αναγκαία την ένταξη της ποιοτικής έρευνας στο πεδίο της αποτίμησης του θεραπευτικού αποτελέσματος είναι και το ότι δεν χρειάζεται μεγάλο δείγμα για να προσεγγίσει και να κατανοήσει ένα φαινόμενο.

# Βιβλιογραφία

## Ελληνική

- Αρναο, G. (1982) *Κοκαΐνη* (μετάφραση Νίκος Αλιβιζάτος), Αθήνα: Εκδόσεις Νέα Σύνορα Λιβάνης
- Αγραφιώτης, Δ. (2003). *Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία: Τόποι και Τρόποι Σύμπλεξης*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Αγραφιώτης, Δ., & Καμπριάνη, Ε. (2002). Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Συνοπτική θεώρηση της ερευνητικής μελέτης. *Εξαρτήσεις*. 2:14 – 39.
- Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου (2004). *Μέσα Επικοινωνίας και Τοξικοεξαρτήσεις*. Λευκωσία: Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου.
- Angel, S., & Angel, P. (2010). *Οι τοξικοεξαρτημένοι και οι οικογένειες τους. Μια συστημική προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Γαζγαλίδης, Κ. (2003). *Ηρωίνη Υποκατάστατα και Ανταγωνιστές*. Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης.
- Γεωργάκας, Π. (2007). *Εξάρτηση, μια ατομική επιλογή, Απεξάρτηση, μια συλλογική διαδικασία*. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.
- Γεωργάκας, Π. (2002). *Εξαρτήσεις, η έκφραση μιας κοινωνικής, οικογενειακής και ατομικής δυσλειτουργίας*. Αθήνα: Παρατηρητής.
- Γρίβας, Κ. (1993). *Ψυχοτρόπες ουσίες: κάνναβη, μαριχουάνα, χασίς*. Αθήνα: Νέα σύνορα, Λιβάνη.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, Κύπρου (2008). *Το Κοινωνικό Κόστος των Παράνομων Εξαρτησιογόνων Ουσιών στην Κύπρο*. Λευκωσία: ΕΚΤΠΝ.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) & Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών – ΟΚΑΝΑ (2000). *Στοιχεία για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες*. Αθήνα: ΕΠΨΥ.
- Edwards, G. (2010). *Αποποινικοποίηση της χρήσης ουσιών. Σωστή απάντηση ή λάθος ερώτηση*; Αθήνα: Ερευνητές – ΚΕΘΕΑ.

- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2013). *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά: Τάσεις και εξελίξεις*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2011). *Ετήσια Έκθεση 2011: Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρώπη*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2005) *Ετήσια Έκθεση 2004: η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία*, Λισσαβόνα, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας
- Ζώτου, Σ., & Κοπακάκη, Μ. (2005). Χρήση ουσιών στην εφηβεία: Παράγοντας φύλο και οικογενειακό ιστορικό. Μια διαχρονική μελέτη στον πληθυσμό των εφήβων χρηστών που προσέγγισαν το Δ.Υ. Στροφή κατά τα έτη 2001 – 2004, *Εξαρτήσεις*, 8, 24 -39.
- Ιατρίδης, Δ. (2005). *Οργανισμοί Κοινωνικής Φροντίδας. Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής για ανάπτυξη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαρύτης, Γ. (2004). Χρήση ουσιών και Εφηβεία. Στο Λιάππας, Ι., Πομίни. Β.,(επιμέλεια), *Ουσιοεξάρτηση – Σύγχρονα Θέματα*, (σελ. 90 – 103). Αθήνα: Itaca.
- Κοκκέβη, Α. & Ζαφειρίδης, Φ. (1996). Έρευνα για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕΘΕΑ. *Κοινωνική Εργασία*, 42, Αθήνα.
- Κουρκουτάς, Ε.,Η. (2001). *Η ψυχολογία του εφήβου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λιάππας, Ι. (2004). Εξαρτησιογόνες ουσίες – Χρήσιμοι Ορισμοί. Στο Λιάππας, Ι., Πομίни. Β. (επιμέλεια), *Ουσιοεξάρτηση – Σύγχρονα Θέματα* (σελ. 43 – 48). Αθήνα: Itaca.
- Λιάππας, Ι. (1992). *Ναρκωτικά*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Lamour,C., Lamberetti, M.,R. (1986) *Όπιο, οι μεγάλες Διαδρομές* (μετάφραση Χρήστος Χρηστίδης) Αθήνα: Εκδόσεις Γνώση

- Μέλλος, Ε. (2004). Εξωτερικού τύπου θεραπευτική παρέμβαση απεξάρτησης χωρίς τη συνταγογράφηση υποκατάστατων ουσιών. Στο Λιάππας, Ι., Πομίνη, Β. (επιμέλεια), *Ουσιοεξάρτηση – Σύγχρονα Θέματα* (σελ. 155-166). Αθήνα: Itaca.
- Μαρσέλλος, Μ. (1997). *Ναρκοτικά: Φαρμακολογία και τοξικολογία των εξαρτησιογόνων ψυχοτρόπων ουσιών*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίτιο της τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Ναυρίδης, Κ. (2005). *Ψυχολογία των ομάδων. Κλινική Ψυχοδυναμική Προσέγγιση*. Αθήνα. Εκδόσεις Παπαζήση.
- Νομικού, Γ. Χ. (2004). *Εφηβεία, η ηλικία της επανάστασης*. Αθήνα Α.Α. Λιβάνη.
- O'Brien, C. (2012). Εθισμός και εξάρτηση στο DSM-V1. *Εξαρτήσεις*, 19, 51-54.
- Πουλόπουλος, Χ. (2005). *Εξαρτήσεις. Οι θεραπευτικές κοινότητες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Rudgley, R. (2000). *Ιερά Μέθη: Ψυχοτρόπες ουσίες και Πολιτισμική Αλχημεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ακτή.
- Στρατίκη, Λ. (2006). Γυναίκες χρήστριες τοξικών ουσιών με ιστορικό σωματικής ή/και σεξουαλικής κακοποίησης. *Εξαρτήσεις*, 10, 40-56.
- Shapiro, H., (2009). *Drugs: Ένας πλήρης οδηγός για τις νόμιμες και τις παράνομες ψυχαναγκαστικές ουσίες*. Αθήνα: Ερευνητές-ΚΕΘΕΑ.
- Τσαρούχας, Κ. (1997). *Η Διεθνής των Ναρκωτικών*. 4<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.
- Τσιάντης, Ι. (2002). *Εφηβεία*. Καστανιώτης.
- Foddy, B. (2012). Η εξάρτηση και οι σχετιζόμενες επιστήμες- Φιλοσοφία. *Εξαρτήσεις*, 19, 39-50.
- Vallejo-Nagera, A. (2001). *Εφηβεία η άγρια ηλικία*. Ενάλιος.
- Yalom, I. and Leszcz, M. (2006). *Η Θεωρία και Πράξη της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.

## Ξένη

- Ashley, O. S., Marsden, M. E. & Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 19-53.
- Battjes, R., Gordon, M., O'Grady, K., Kinlock, T., Katz, E. & Sears, E. (2004). Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 123-134.
- Battjes, R., Gordon, M., O'Grady, K., Kinlock, T., Melissa A. & Carswell (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 221–232.
- Borjesson, J., Armelius, BA., Ostard-Ybrandt, H., (2007) The psychometric properties of Swedish version of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis (Adad). *Nordic Journal of Psychiatry*, 61.3, 225 - 232
- Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Chinet, L., Rossier, V., Cascone, P., Stephan, P., & Halfon, O. (2001). Evaluation of Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. *Addiction*, 96, 1477-1484.
- Brener, N., Billy, J., & Grady, W. (2003). Assessment of Factors Affecting the Validity of Self-Reported Health-Risk Behavior among Adolescents: Evidence from the Scientific Literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 436-457.
- Brian E. Perron, B.E., & Charlotte L. Bright C. L. (2008), The influence of legal coercion on dropout from substance abuse treatment: Results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence* 92, 123–131.
- Broome, K.M., Joe, G.W., & Simpson, D.D., (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16, 608–623.
- Brown, J.M. & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.
- Carlson, M., Gabriel, R., Deck, D., Laws, K., & D'Ambrosio, R. (2005) The impact of managed care on publicly funded outpatient adolescent substance abuse treatment service use and six – month outcomes in Oregon and Washington. *Medical Care Research and Review*, 62, 320 – 336.

- Carlson, M., & Gabriel, M. (2001). Patient satisfaction, use of services, and one year outcomes in publicly funded substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 52, 1230 – 1236.
- Caron, C. & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1063-1080.
- Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Treatment of Adolescents with Substance Use Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 32*, Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US)
- Center for Substance Abuse Treatment (2012). *Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 31(revised)*, Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US)
- Checinski, K. & Ghodse, H. (2004). Types of treatment for types of patients. In Bean, P., & Nemitz, T. (Eds), *Drug treatment: what work* (pp. 31-56). London: Routledge.
- Connors, G. J., Walitzer, K. S. & Dermen, K. H. (2002). Preparing patients for alcoholism treatment: effects on treatment participation and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1161-1169.
- De Leon, G., Melnick, G., & Tims, F. M. (2001). The role of motivation and readiness in treatment and recovery. In F. M. Tims, C. G. Leukfield, & J. J. Platt (Eds.), *Relapse and recovery in addictions* (pp. 143–171). New Haven, CT: Yale University Press.
- Dearing, R. L., Barrick, C., Dermen, K.H. & Walitzer, K. S. (2005). Indicators of Client Engagement: Influences on Alcohol Treatment Satisfaction and Outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 71-78.
- Delaney – Black, V., Chiotto, L., Hannigan, M., Greenwald, M., et al (2010) Just Say "I Don't": Lack of Concordance Between Teen Report and Biological Measures of Drug Use, *Pediatrics*,126;887 – 894
- Dennis, M., (2000) *The Cannabis Youth Treatment (CYT) Experiment: Preliminary Findings*. Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services.
- Dennis, M., Godley, S., Diamond, G., Tims, F., Babor, T., Donaldson, J., et. all (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213.

- DiClemente, C.C., Schlundt, D. & Gemmell, L. (2004). 'Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *American Journal on Addiction*, 13 (2), 103 -119.
- Engels, R., Knibbe, R., & Drop, M.J. (1997). Inconsistencies in adolescents' self reports of initiation of alcohol and tobacco use. *Addictive Behavior*, 22, 613 – 23.
- Farabee, D., Shen, H., Hser, Y.I., Grella, C.E., & Anglin, M.D., (2001). The effect of drug treatment on criminal behavior among adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16, 679–696.
- Fendrich, M., & Rosenbaum, D. P. (2003). Recanting of substance use reports in a longitudinal prevention study. *Drug and Alcohol Dependence*, 70, 241–253.
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2001). Adolescent suicidal ideation. *Adolescence*, 36, 241-248.
- Flora, K., & Stalikas, A. (2012). Factors affecting substance abuse treatment in Greece and their course during therapy. *Addictive Behaviors*, 37 (12), 1358-1370.
- Forcehimes, A. & Tonigan, S. (2008). Self-Efficacy as a Factor in Abstinence from Alcohol/Other Drug Abuse: A Meta-Analysis. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(4), 480-489.
- Friedmsn, A. S. & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse - ADAD Instrument). *Journal of Drug Education*, 19, 285-312.
- Fu, Q., Health, A. C. Bucholz, K. K. et. al. (2002). Shared generic risk of major depression, alcohol dependence and marijuana dependence: The contribution from antisocial personality disorder in men. *Archives of General Psychiatry*, 59, 1125-1132.
- Galaif, E., Hser, Y., Grella, C., & Joshi, V., (2001). Prospective Risk Factor and Treatment Outcomes among Adolencents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16, 661-678.
- Galaif, E., Chou, C.-P., Sussman, S. & Dent, C. (1998). Depression, suicidal ideation, and substance use among continuation high school students. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 275-299.
- Gans, E., & Brindis, D.(1995). Choice of research setting in understanding adolescent health problems. *Journal of Adolescent Health*, 17, 306 -312.
- George, R., L. (1990). *Counselling the Chemically Dependent: Theory and Practice*. New Jersey.
- Goldsmith, J., (1999). Overview of psychiatric comorbidity. Practical and theoretic considerations. *Psychiatric Clinics of North America*, 22, 331 – 349

- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Adiction*, 85, 1403-1408.
- Greenfield, S. Brooks, A., Gordon, S., Green, C., Kropp, F., McHugh, K. et. all (2007). Substance abuse treatment entry, retention and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 1-21.
- Gregoire, T.K., & Burke, A.C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 337–343.
- Grella, C., (2003). Effects of gender and diagnosis on addiction history, treatment utilization and psychosocial functioning among dually diagnosed sample in drug treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1, 169 – 179.
- Grella, C., & Joshi, V. (2003). Treatment processes and outcomes among adolescents with a history of abuse who are in drug treatment. *Child Maltreatment*, 8, 7 – 18.
- Grella, C., Hser, I., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(6), 384 – 392.
- Handelsman, L., Stein, J., & Grella, C. (2005). Contrasting predictors of readiness for substance abuse treatment in adults and adolescents: A latent variable analysis of DATOS and DATOS-A participants. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 63–81.
- Harris, M., Griffin, BA., McCaffrey, .D., Morral, A (2008) Inconsistencies in self-reported drug use by adolescents in substance abuse treatment: Implications for outcome and performance measurements. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, 347– 355
- Hendricks, V., Van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*. 119, 64 -71.
- Hibbel, B., Guttormsson, U., Ahlstrom, S, Balakireva, O., et al (2009) The ESPAD report 2007:Alcohol and other drugs use among students in 35 European countries. Stockholm
- Holzer, L., Tchemadiou, I., Plancherel, B., Bolongini, M., Rossier, V., et al (2007) Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) vs. Health of Nation. Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA) in clinical outcome measurement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 5, 482–490

- Hser, Y. Huang, Y., Teruya, C & Anglin, M. (2004). Gender Differences in Treatment Outcomes over a Three-Year Period: A Path Model Analysis. *Journal of Drug Issues*, 34, 419-439 .
- Hser, Y., Grella, C., Hubbard, R., Hsieh, S., Fletcher, B., Brown, B. & Anglin, M. (2001). An Evaluation of Drug Treatments for Adolescents in 4 US Cities. *Archives General Psychiatry*, 58, 689-695.
- Hubbard, S., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 125-134.
- Jainchill, N., Hawke, J., DeLeon, G. & Yagelka, J. (2000). Adolescents in Therapeutic Communities: One-Year Post treatment Outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(1) 81-94.
- Johnson, P., & Mott, J. (2001). The reliability of self – reported age of onset of tobacco, alcohol, and illicit drug use. *Addiction*, 96, 1187-98.
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., (2009) *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*. Home Office
- Kandall, S.R. (1998). Women and addiction in the United States, 1920 to the present, In Wetherington, S.R. & Roman, A.B. (Eds), *Drug addiction research and the health of women* (pp. 98 – 4290). Rockville, MD: National institute on Drug Abuse.
- Kandel, D. B. (1984). Marijuana users in young adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 41, 200-209.
- Kymissis, P. (1993). Group Psychotherapy with Adolescents. In Kaplan, H. & Sadock, B. (editors), *Comprehensive Group Psychotherapy*, 3<sup>rd</sup> Edition, (pp.577-584). Williams & Williams, Baltimore.
- Kooyman, M. (1993). *The Therapeutic Community for Addicts*. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Kouri, E., Pope, H., Yurgelun-Todd, D. & Gruber, S. (1995). Attributes of heavy vs. occasional marijuana smokers in a college population. *Biological Psychiatry*, 38, 475-481.
- Larkin, M. & Griffiths, M. (2002). Experiences of addiction and recovery: case for subjective accounts. *Addiction Research & Theory*, 10(3), 281-311.
- Lennox, R., Dennis, M. L., Scott, C. K., & Funk, R. (2006). Combining psychometric and biometric measures of substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 95–103.

- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45-47.
- Marlowe, D.B., Merikle, E.P., Kirby, K.C., Festinger, D.S. & McLellan, A.T. (2001). Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. *Psychol Addict Behav*, 15, 97–108.
- McGee, R., Williams, S. Poulton, R. & Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95, 491-503.
- McLellan, A. T., Chalk, M. and Bartlett, J. (2007). Outcomes, Performance and quality- What's the difference? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 331-340.
- McLellan, A.T., McKay, J.R., Forman, R., Cacciola, J. & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), 447-458.
- McLellan, A. T., Hunkeler, E. (1998). Patient satisfaction and outcomes in alcohol and drug abuse treatment. *Psychiatric Services*, 49, 573-575.
- Merino, P. P., (1999). Treatment-evaluation Literature. In Baker, O. & Mounteney, J. (eds), *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union* (pp. 25-28). EMCDDA Scientific Monograph, Series No 3.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Milich, R., Lynam, D., Zimmerman, R. et al. (2000). Differences in young adult psychopathology among drug abstainers, experimenters, and frequent users. *Journal of Substance Abuse*, 11, 69-88.
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., Woolard, R. H. & Lewander, W. J. (1999). Brief intervention for harm-reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989-994.
- Moras, A.R. (1998). Psychological and Behavioral Treatment for Women. In Wetherington, C. L. and Roman, A. B. (eds), *Drug Addiction Research and the Health of Women* (pp. 4289). NIDA, NIH Publication No. 98, Rockville, MD.
- Muisener, P. (1994). *Understanding and Treating Adolescent Substance Abuse*. California: Sage Publications.
- Musty, R. E. & Kaback, L. (1995). Relationship between motivation and depression in chronic marijuana users. *Life Science*, 56, 2151-2158.

- Neal, M. C. & Kendler, K. S. (1995) Models of comorbidity for multifactorial disorders. *American Journal of Human Genetics*, 57, 935-53.
- Noshpitz, J., & King, R. (1991) *Pathways of Growth, Normal Development*, Essentials of Child Development. Volume 1. Willey - Interscience
- Nowinski, J. (1990). *Substance Abuse in Adolescents and Youth Adults: A Guide to Treatment*. New York: W.W. Norton & Company.
- Nsimba, S.(2007). Outpatient Treatment Programs: A Review Article on Substances of Abuse Outpatients Treatment Outcomes in the United States. *Lippincott Williams & Wilkins, Inc.* 6(3), 91-99.
- Ovretveit, J. (1998). *Evaluating Health Interventions*. Buckingham, Open University Press.
- Pham-Kenter, G. (2001). Substance abuse and dependence. In Longe, J.L., (ed), *The Gale Encyclopedia of Medicine* (2<sup>nd</sup> Edition). Farmington Hills, MI: Gale Group.
- Ravenna, M., Hölzl, D., Kirshler, D., Palmonari, A. & Costarelli, S. (2002). Drug addicts in therapy-Changes in life space in the course of one year. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 353–368.
- Rey, J., Sawyer, M., Raphael, B., Patton, G. & Lynskey, M. (2002). Mental health of teenagers who use cannabis: Results of an Australian survey. *British Journal of Psychiatry*, 180, 216-221.
- Rutter, M., Pickles, A., Murray, R. & Eaves, L. (2001) Testing hypotheses on specific environmental causal effects on behavior. *Psychological Bulletin*, 127, 291-324.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A., & Abrams, D. B. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6 and 12 months outcomes. *Addiction*, 96, 1161-1174.
- Sampl, S., & Kadden, R. (2001). *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions. CYT, Cannabis Youth Treatment Series, volume 1*. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment.
- Shane, P., Jasiukaitis, P., & Green, R. (2003). Treatment outcomes among adolescents with substance abuse problems: the relationship between comorbidities and post-treatment substance involvement. *Evaluation and Program Planning*, 26, 393 – 402.

- Shillington, A. M., & Clapp, J. D. (2000). Self-report stability of adolescent substance use: Are there differences for gender, ethnicity and age? *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 19– 27.
- Stark, J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93 – 116.
- Titus, J. C. & Godley, M. D. (1999). *What research tells us about the treatment of adolescent substance use disorders*. Paper presented at the Governor's Conference. Chicago, IL. [On line]. Available: <http://www.chestnut.org/li/cyt/findings/govsummit.pdf>.
- Troisi, A., Pasini, A., Saracco, M. & Spalletta G. (1998). Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction*, 93, 487-492.
- Walters, G.D. (1999). *The addiction concept: Working hypothesis or self-fulfilling prophesy?* Boston: Allyn & Bacon.
- Wiklund, L. (2008). Existential aspects of living with addiction – Part II: caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2435–2443.
- Wiklund, L., Lindstrom, U.A. & Lindholm, L. (2006). Suffering in addiction- a struggle with life. *Theoria-Journal of Nursing Theory*, 15, 7-16.
- Winters, K. (1999). Treating Adolescents with Substance Use Disorders: An Overview of Practice Issues and Treatment Outcome. *Substance Abuse*, 20(4) 203-225.
- Winters, K., Stinchfield, D., Henley, A., & Schwartz, R. (1991). Validity of Adolescent self-report of alcohol and other drug involvement. *International Journal of Addiction*, 22, 1379 – 95.
- Wish, E. D., Hoffman, J. A., & Nemes, S. (1997). *The validity of selfreports of drug use at treatment admission and at followup: Comparisons with urinalysis and hair assays*. NIDA Research Monograph. 167, 200– 226.
- World Health Organization (1999). Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, WHO/UNDCP.
- Zhang, Z., Gerstein, D. & Friedmann, P. (2008). Patients Satisfaction and Sustained Outcomes of Drug Abuse Treatment. *Journal of Health Psychology*, 13, 388-400.
- Zywiak, W.H., Longabaugh, R. & Wirtz, P.W. (2002). Decomposing the relationships between pre-treatment social network characteristics and alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 114–121.

# Παραρτήματα

# Παράρτημα 1: Άδεια Επιτρόπου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.94  
Αρ. Τηλ. : 22818303

20 Φεβρουαρίου 2013

Κύρια Βασιλή Χρυσάνθου  
Πομπηίας 14  
Καϊμακλή  
1022 Λευκωσία



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Γνωστοποίηση σύστασης και λειτουργίας Αρχείου / Έναρξης Επεξεργασίας μεταπτυχιακής έρευνας του ανώτερου νοσηλευτικού λειτουργού κ. Βασίλη Χρυσάνθου, φοιτητή στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου με θέμα «Αποτίμηση Αποτελεσματικότητας Προγραμμάτων Εφήβων Χρηστών Εξαρτησιογόνων Ουσίων».

Αναφέρομαι στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 18.2.2013, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012, στο εξής «ο Νόμος»), και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)  
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων  
Προσωπικού Χαρακτήρα

WPaH

## Παράρτημα 2: Άδεια Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2013.01.19  
Αρ. Τηλ.: 22809038/039  
Αρ. Φαξ: 22353878

11 Απριλίου 2013

Κύριο Βασίλη Χρυσάνθου  
Πομπηίας 14  
1022 Καίμακλι  
Λευκωσία

Αξιότιμε κύριε Χρυσάνθου,

**Θέμα: «Αποτίμηση αποτελεσματικότητας προγράμματος εφήβων και νεαρών ενηλίκων εξαρτησιογόνων ουσιών»**

Αναφέρομαι στην επιστολή σας ημερομηνίας 09 Απριλίου 2013 (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω τα ακόλουθα:

2. Από την μελέτη του περιχομένου των εγγράφων που έχετε κειμήσει (καλωσοική επιστολή, πρωτόκολλο, επιστολή του Ανταρκαϊστικού Συμβουλίου Κύπρου, ερωτηματολόγια και συμφωνία συμμετοχής στην επαναληπτική έρευνα), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας όν εμπέπει στη σφάρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Πρόσθετα όμως, θα ήθελα να επιστήσω την προσοχή σας στο γεγονός ότι θα πρέπει να τηρηθεί αυστηρή εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Ως εκ τούτου, εισηγομαι όπως λάβετε τη γνώμη του Επιτρόπου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων προτού προχωρήσετε στην λήψη και επεξεργασία των στοιχείων των συμμετεχόντων.

4. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση

Δρ. Μιχάλης Βουνιάτης  
Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Κέντρο Υγείας Έγκυμης, Νίκου Κρονιδιάτη, 2411 Λευκωσία,  
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: [enbe@bioethics.gov.cy](mailto:enbe@bioethics.gov.cy) Ιστοσελίδα: [www.bioethics.gov.cy](http://www.bioethics.gov.cy)

## Παράρτημα 3: Παραχώρηση Δεδομένων



Cyfield Tower, Λεωφόρος Λιμνασού 130  
City Home 81, 4ος όροφος,  
2025 Στρόβολος, Λευκωσία, Κύπρος  
Τηλ: +357 22 442 960/9  
Φαξ: +357 22 305 190  
E-mail: info@ask.org.cy  
www.ask.org.cy

Cyfield Tower, 130 Limassol Avenue  
City Home 81, 4th Floor  
2025 Strovolos, Nicosia, Cyprus  
Tel: +357 22 442 960/9  
Fax: +357 22 305 190  
E-mail: info@ask.org.cy  
www.ask.org.cy

22 Φεβρουαρίου 2013

κ. Βασίλη Χρυσάνθου

Πομπήας 14, 1022

Καμκελί, Λευκωσία

### Θέμα: Παραχώρηση στατιστικών στοιχείων

Αγαπητέ κ. Χρυσάνθου,

Με την παρούσα και σε συνέχεια δικής σας επιταλής, σας ενημερώνουμε ότι το Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου (ΑΣΚ) θα θέσει προς διάθεση σας, όπως ζητήσατε, τα δεδομένα που αφορούν στην ηλικιακή ομάδα 15-22 ετών για τα έτη 2011-2012 για σκοπούς εκπλήρωσης της διαιριβής σας με θέμα "Αποτίμηση αποτελεσματικότητας προγραμμάτων εφήβων χρηστών".

Επιτρέψτε μας να υπογραμμίσουμε τη σημασία επεξεργασίας των δεδομένων αυτών, με πλήρη σεβασμό προς τον περί επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (προστασία του ατόμου) Νόμο του 2001.

Παράλληλα, θεωρούμε αυτονόητη τη χρήση των οποιωνδήποτε συμπερασμάτων και εισηγήσεων εξαχθούν, αφού αυτά θεωρούνται σημαντικά για σκοπούς μελλοντικής χρήσης τους από το ΑΣΚ.

Παραμένω στη διάθεση σας.

Με εκτίμηση

Τόνια Παγιάτα

Εκτελεστική Γραμματέας

Αντιναρκωτικού Συμβουλίου Κύπρου

## Παράρτημα 4: Έντυπο Συγκατάθεσης



### ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «FREDgoesNet»

Όνοματεπώνυμο: .....

Ημερομηνία: .....

**Έχω πληροφορηθεί για την ανάγκη επαναληπτικής έρευνας στα πλαίσια του προγράμματος «FredgoesNet» που συμμετείχα από τις --/--/--- μέχρι τις --/--/---. Είχα σαφή και πλήρη εξήγηση του σκοπού της επαναληπτικής έρευνας αλλά και του τρόπου βάσει του οποίου θα επικοινωνήσουν ξανά μαζί μου τα άτομα του προγράμματος, σε περίπου 6 μήνες από σήμερα. Επίσης γνωρίζω ότι:**

1. Τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας με βάση τη νομοθεσία περί επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμος του 2001, αρ. 138(Ι)/2001.
2. Τα προσωπικά μου στοιχεία θα είναι κωδικοποιημένα και θα είναι γνωστά μόνον στα άτομα του προγράμματος.
3. Τα στοιχεία που θα προκύψουν από την έρευνα αυτή, θα αναλυθούν χωρίς το όνομά μου.
4. Τα στοιχεία επικοινωνίας μου, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για σκοπούς μελλοντικής επικοινωνίας του προγράμματος. Μετά τη λήξη της επαναληπτικής έρευνας, το παρόν έντυπο που περιέχει τα προσωπικά μου στοιχεία θα καταστραφεί.

**Συμφωνώ οικειοθελώς να συμμετάσχω στην έρευνα με βάση τις προϋποθέσεις που μου έχουν αναλυτικά εξηγηθεί από τα άτομα του προγράμματος γι' αυτό και παραχωρώ τα παρακάτω προσωπικά στοιχεία**

Τηλέφωνο επικοινωνίας (1): .....

Τηλέφωνο επικοινωνίας (2): .....

Δεσμεύομαι επίσης, σε περίπτωση όπου κάποια από τα στοιχεία επικοινωνίας μου αλλάζουν, να ενημερώσω εγκαίρως τα άτομα του προγράμματος στο τηλέφωνο .....

Υπογραφή: .....







[ ] [ ] Κωδικός αρ. χώρας	[ ] Αρ. Δομής	[ ] [ ] Αρ. Ομάδας	[ ] [ ] [ ] Αρ. Συμμετέχοντα
------------------------------	------------------	-----------------------	---------------------------------

**«FRED GOES NET»  
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ**

**ΠΡΟΣΒΑΣΗ**

1. Ημερ. αρχικής συνέντευξης \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
2. Παραπέμπων Φορέας

1. Αστυνομία	<input type="radio"/>
2. Δικαστικό σώμα (π.χ. κατηγορούσα αρχή, δικαστήριο)	<input type="radio"/>
3. Σχολείο	<input type="radio"/>
4. Χώρος εργασίας	<input type="radio"/>
5. Οικογένεια	<input type="radio"/>
6. Άλλο	<input type="radio"/>
7. Καμία παραπομπή, απ'ευθείας πρόσβαση	<input type="radio"/>

**ΑΤΟΜΟ**

3. Φύλο:      άνδρας                    γυναίκα
4. Ηλικία: .....ετών.
5. Συνθήκες διαμονής (παρακαλούμε όπως σημειώσετε μια μόνο απάντηση)

1. Διαμένει μόνος του	<input type="radio"/>
2. Διαμένει με τους γονείς του	<input type="radio"/>
3. Διαμένει με σύντροφο	<input type="radio"/>
4. Διαμένει με φίλους	<input type="radio"/>
5. Διαμένει σε ίδρυμα (π.χ. ξενώνα)	<input type="radio"/>
6. Άλλο	<input type="radio"/>

(Παρακαλούμε όπως για τις ερωτήσεις 6 και 7 επιλέξετε να απαντήσετε στη μια εκ των δυο, δίνοντας μια μόνο απάντηση)

6. Σημερινό καθεστώς εκπαίδευσης

1. Φοιτά σε σχολείο	<input type="radio"/>
2. Φοιτά σε πανεπιστήμιο / κολλέγιο	<input type="radio"/>
3. Εκπαιδευόμενος / μαθητευόμενος	<input type="radio"/>
4. Εγκατέλειψε πρόωρα το σχολείο	<input type="radio"/>
9. Δεν ισχύει	<input type="radio"/>

7. Επαγγελματική κατάσταση

1. Εργαζόμενος / υπάλληλος	<input type="radio"/>
2. Αυτοεργοδοτούμενος	<input type="radio"/>
3. Στρατιώτης	<input type="radio"/>
4. Άνεργος	<input type="radio"/>
5. Άλλο	<input type="radio"/>
9. Δεν ισχύει	<input type="radio"/>

**ΧΡΗΣΗ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ**

8. Χρήση παράνομων ουσιών (Παρακαλούμε όπως σημειώσετε τις σχετικές απαντήσεις για κάθε ουσία)

Ουσία	<u>Σε όλη τη διάρκεια της ζωής</u>		Συχνότητα χρήσης εντός των τελευταίων 30 ημερών				Συχνότητα χρήσης εντός των τελευταίων 30 ημερών πριν από την αρχική συνέντευξη			
	1. Καμία χρήση	2. Χρήση	1. Κάθε μέρα	2. Από 8 μέχρι 25 μέρες	3. Από 2 μέχρι 7 μέρες	4. Μια μέρα	1. Κάθε μέρα	2. Από 8 μέχρι 25 μέρες	3. Από 2 μέχρι 7 μέρες	4. Μια μέρα
Αλκοόλ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κάνναβη	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αμφεταμίνες / άλλες διεγερτικές ουσίες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Βενζοδιαζεπίνη / Άλλα ηρεμιστικά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD / άλλα παραισθησιογόνα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κοκαΐνη / κρακ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ηρωΐνη / άλλα σπυούχα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εισπνεόμενα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άλλες ναρκωτικές ουσίες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Προηγούμενη χρήση επαγγελματικών υπηρεσιών/ συμβουλευτικής σε σχέση με τη χρήση ουσιών ;
1. ναι  2. όχι

### ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

10. Αποτέλεσμα αρχικής συνέντευξης ( δυνατότητα πέραν της μίας επιλογής)

	<b>Ναι</b>
1. Συστήθηκε η συμμετοχή στο πρόγραμμα FRED	<input type="radio"/>
2. Συστήθηκε επαφή σε εντατικό θεραπευτικό πρόγραμμα	<input type="radio"/>
3. Συστήθηκε η παραπομπή σε άλλη δομή Όνομα.....	<input type="radio"/>

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

11. Έχει συμμετάσχει στο πρόγραμμα;
1. Ναι  2. Όχι

⚭

Αν ναι:

<b>Πρόοδος</b>	<b>Ναι</b>
1. Συμμετοχή σε όλες τις συνεδρίες του προγράμματος	<input type="radio"/>
2. Συμμετοχή σε μερικές συνεδρίες του προγράμματος	<input type="radio"/>
9. Δεν ισχύει	<input type="radio"/>
<b>Αποτέλεσμα</b>	
Ολοκλήρωση	<input type="radio"/>
Πρόωρος τερματισμός από το συμμετέχοντα	<input type="radio"/>
Πρόωρος τερματισμός από τον συντονιστή του προγράμματος	<input type="radio"/>
9. Δεν ισχύει	<input type="radio"/>

12. Ημερομηνία προγράμματος :

	<b>Ημερομηνία</b>
Έναρξη	
Λήξη	



**ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

Κωδικός αρ. χώρας	Αρ. Δομής	Αρ. Ομάδας (που συμμετείχε πριν ένα χρόνο)	Αρ. Συμμετέχοντα
-------------------	-----------	--	------------------

1. Ημερ. αρχικής συνέντευξης \_\_\_\_\_
2. Ημερ. Επαναληπτικής συνέντευξης \_\_\_\_\_

**ΧΡΗΣΗ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ**

3. Χρήση παράνομων ουσιών (Παρακαλούμε όπως σημειώσετε τις σχετικές απαντήσεις για κάθε ουσία)

Ουσία	Χρήση μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα		Συχνότητα χρήσης εντός των τελευταίων 30 ημερών			
	Καμία χρήση	Χρήση	Κάθε μέρα	Από 8 μέχρι 25 μέρες	Από 2 μέχρι 7 μέρες	Μια μέρα
Αλκοόλ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κάνναβη	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αμφεταμίνες / άλλες διεγερτικές ουσίες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Βενζοδιαζεπίνη / Άλλα ηρεμιστικά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD / άλλα παραισθησιογόνα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κοκαΐνη / κρακ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ηρωίνη / άλλα σπινούχα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εισπνεόμενα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άλλες ναρκωτικές ουσίες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ερωτηματολόγιο για τη Συνέντευξη

**ADAD**

**(Adoloscet Drug Abuse Diagnosis)**

property of:  
BELMONT CENTER FOR COMPREHENSIVE TREATMENT  
RESEARCH CENTER  
4081 FORD ROAD  
PHILADELPHIA, PA 19131

**Διάγνωση για τη Χρήση Ουσιών σε  
Εφήβους**  
(Η Δομημένη Συνέντευξη)

*Ελληνική Προσαρμογή*

Ελληνική προσαρμογή: **Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων**



Τμήμα Έρευνας Αξιολόγησης Τεκμηρίωσης – Τμήμα Εκπαίδευσης  
Σοφβόλου 24, 116 36 Αθήνα  
Τηλ.: 9241993-6, fax: 9241986-7  
e-mail: admin@kethea.gr





**I. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ** (συνέχεια)

Βαθμοί Εμπιστοσύνης

Είναι οι παραπάνω πληροφορίες σημαντικά διαστρεβλωμένες από:

16. Την κακή ερμηνεία που δίνει ο πελάτης  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ17. Την αδυναμία του πελάτη να καταλάβει  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ**II. ΣΧΟΛΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**18. Ποια ήταν η μεγαλύτερη τάξη που πέρασες  
(Βασική Εκπαίδευση=12 χρόνια· συμπλήρωση ενός χρόνου στο Πανεπιστήμιο=13 χρόνια κ.λ.π.)Τάξη  19. Έχεις μείνει ποτέ σε κάποια τάξη;  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

20. Πόσες φορές έχεις αποκλειστεί από το μάθημα;

Αποβολή από την τάξη  φορές

21. Πόσες φορές έχεις αποβληθεί από το σχολείο;

Αποβολή από το σχολείο  φορές

22. Ποιες από τις ακόλουθες καταστάσεις περιγράφει καλύτερα την παρουσία ή πιο πρόσφατη σχολική σου θέση;

(Οι έφηβοι πελάτες θεωρούνται ακόμα στο σχολείο κατά τη διάρκεια των θερινών διακοπών εφόσον βρίσκονται ακόμα γραμμένοι στο σχολείο)

- 1= Έχω διακόψει το σχολείο  
2= Έχω αποβληθεί από το σχολείο (δεν είμαι γραμμένος/η ούτε εκπέμπεται να παρακολουθήσω το σχολείο)  
3= Έχω αποκλειστεί από το μάθημα  
4= Είμαι ακόμα στο σχολείο (ή εργάζομαι με πλήρη απασχόληση ή παρακολουθώ μία τεχνική επαγγελματική σχολή από όπου θα πάρω δίπλωμα)  
5= Έχω απορριχθεί από το σχολείο ή έχω τη Βασική Εκπαίδευση

Κατά τις καλοκαιρινές διακοπές χρησιμοποιείτε τον τελευταίο μήνα της πιο πρόσφατης σχολικής χρονιάς  
(N= Δεν ισχύει εάν δεν έχει γραφτεί σε σχολείο κατά τη διάρκεια των 30 τελευταίων ημερών)23. Πόσες μέρες από τις τελευταίες 30 έχεις απουσιάσει από το σχολείο;  ημέρες24. Πόσες από αυτές τις απουσίες έγιναν επειδή ήσουν άρρωστος/η;  ημέρες25. Πόσες από αυτές τις απουσίες έγιναν επειδή έκανες κοπάνα;   ημέρες26. Έχεις συμμετάσχει σε σχολικές δραστηριότητες οι οποίες να μην αφορούν μαθήματα, κατά τη διάρκεια της περασμένης σχολικής χρονιάς;  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

27. Πόσες ήταν οι βαθμοί σου κατά τη διάρκεια της περασμένης σχολικής χρονιάς;

1=Κάτω από τη βάση 2=Στη βάση  
3=Πάνω από τη βάση 4= Πολύ καλοί 

28. Πόσο σε απασχολούσε ή πόσο ανησυχούσες για την πρόοδο σου στα μαθήματα κατά τη διάρκεια της περασμένης σχολικής χρονιάς;

0= Καθόλου 1= Λίγο 2= Αρκετά 3= Πολύ **ΓΙΑ ΠΕΛΑΤΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΓΡΑΦΤΕΙ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΑΞΕΙΣ 1 ΩΣ 12**

29. Πότε ήταν η τελευταία φορά που πήγες σχολείο (κωνικό σχολείο μέχρι την 3η λυκείου);

   
Μήνας Έτος

30. Παρακολουθείς (ή έχεις παρακολουθήσει) κάποιο από τα παρακάτω εκπαιδευτικά προγράμματα από τότε που διέκοψες το σχολείο;

(0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ)

- (1) Πρόγραμμα Βασικής Εκπαίδευσης  
(2) Τεχνική, επαγγελματική ή εμπορική σχολή  
(3) Κολέγιο  
(4) Άλλο (αναγνωρισμένο νόμιμο εκπαιδευτικό πρόγραμμα)

ΑΝ Ο ΠΕΛΑΤΗΣ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΟ ΔΥΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ, ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΤΟ ΠΙΟ ΕΠΙΚΑΙΡΟ Ή ΠΙΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΔΥΟ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

31. Πόσους μήνες έχεις (ή έχεις) περάσει σε αυτό το πρόγραμμα;

N=Δεν ισχύει  μήνες

32. Πόσες ώρες την εβδομάδα περνούσες σε αυτό το πρόγραμμα;

N=Δεν ισχύει  ώρες1= 1-4 ώρες  
2= 5-10 ώρες  
3= 11-19 ώρες  
4= 20 ώρες ή περισσότερες

**II. ΣΧΟΛΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (συνέχεια)**

33. ΕΔΩ ΕΙΝΑΙ ΚΑΠΟΙΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΥΧΝΑ ΟΙ ΝΕΟΙ. ΠΕΣ ΜΟΥ ΑΝ ΚΑΠΟΙΑ ΙΣΧΥΟΥΝ ΓΙΑ ΣΕΝΑ ΕΠΙΤΕ ΤΩΡΑ ΕΠΙΤΕ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΉΣΟΥΝΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.

(N= Δεν ισχύει για πελάτες από 19 χρονών και πάνω ΚΑΙ για όσους δεν έχουν πάει στο σχολείο για παραπάνω από ένα χρόνο)  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

1.  Απουσία στο σχολείο
2.  Κοπανά από πολλά μαθήματα
3.  Βαρύμεται το σχολείο
4.  Τα μαθήματα είναι πολύ δύσκολα
5.  Δεν έχω κίνητρα για να πάω καλά στο σχολείο
6.  Δεν το ευχαριστιέμαι το σχολείο
7.  Προβλήματα με τον καθηγητή/ές
8.  Με τιμωρεί ο διευθυντής
9.  Έχω πρόβλημα στο διάβασμα
10.  Χρησιμοποιού(ούσα) την αρρώστια για να φύγω από το σχολείο
11.  Νιώθω πολύ περιορισμένος/η στο σχολείο
12.  Κάνω φασαρία στη τάξη
13.  Δεν διαβάζω τα μαθήματά μου
14.  Μαθησιακές δυσκολίες (παρακολουθώ ειδικές τάξεις)

34. (α) Χρειάζεσαι βοήθεια με τη δουλειά του σχολείου ή με άλλα σχολικά προβλήματα που έχεις τώρα;  
N= Δεν ισχύει 0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

(β) Για πελάτες που δεν είναι στο σχολείο ή σε κάποιο είδος εκπαιδευτικό πρόγραμμα

Χρειάζεσαι βοήθεια για να ξαναπάς σχολείο ή να μπεις σε κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα;  
N= Δεν ισχύει 0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

35. Πόσα χρόνια σπουδών/εκπαίδευσης περιμένεις να συμπληρώσεις; (Λύκειο=12 χρόνια)

χρόνια

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΩΝ ΤΟΥ ΠΕΛΑΤΗ**

0=Καθόλου  
1= Λίγο  
2= Αρκετά  
3= Πολύ

36. Πόσο σε έχουν απασχολήσει, πόσο έχεις ανησυχήσει για σχολικά προβλήματα τις τελευταίες 30 ημέρες (ή από την απουσία εκπαίδευσης);

37. Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η συμβουλευτική για αυτά τα σχολικά προβλήματα;

**ΒΑΘΜΟΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ**

38. Πώς θα βαθμολογούσες την ανάγκη του πελάτη για σχολική συμβουλευτική;

**ΒΑΘΜΟΙ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ**

Είναι οι παραπάνω πληροφορίες σημαντικά διαστρεβλωμένες από:

39. Την κακή παρουσίαση του πελάτη   
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

40. Την αδυναμία του πελάτη να καταλάβει   
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

**III. ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

41. Πόσους μήνες δουλέψες με μερική απασχόληση τους τελευταίους 6 μήνες;  μήνες

42. Πόσους μήνες δουλέψες με πλήρη απασχόληση τους τελευταίους 6 μήνες;  μήνες

43. Για πόσες ημέρες πληρώθηκες για την εργασία σου κατά το τελευταίο μήνα;   ημέρες

44. Πόσο είναι το συνολικό χρηματικό ποσό που κέρδισες νόμιμα κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα;

.000 δρχ

45. Ποιο ήταν το μεγαλύτερο διάστημα που έμεινες σε μια δουλειά (συμπληρώστε ένα)

ημέρες  εβδομάδες  μήνες

46. Γνωρίζεις κάποια τέχνη, έχεις κάποια δεξιότητα, ή κάποιο επάγγελμα;   
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

**ΓΙΑ ΠΕΛΑΤΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΔΟΥΛΕΙΑ**

47. Θέλεις δουλειά;   
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

48. Έχεις ψάξει για δουλειά τις τελευταίες 30 ημέρες;   
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

Πόσο πρόβλημα είναι το ότι δεν έχεις δουλειά:

49. Για σένα

50. Για τους γονείς/ την οικογένειά σου

0=Κανένα/Καθόλου 2=Αρκετά 3=Λίγο 4=Πολύ

## III. ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (συνέχεια)

## ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΩΝ ΤΟΥ ΠΕΛΑΤΗ

0=Καθόλου 1=Λίγο 2=Αρκετά 3=Πολύ

51. Πόσο σε έχει απασχολήσει ή έχει ανησυχήσει για τα επαγγελματικά σου προβλήματα τις τελευταίες 30 ημέρες;
52. Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η επαγγελματική συμβουλευτική ή η βοήθεια για να προετοιμαστείς για μια δουλειά;

## ΒΑΘΜΟΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

53. Πώς θα βαθμολογούσατε την ανάγκη του πελάτη για επαγγελματική συμβουλευτική;

## ΒΑΘΜΟΙ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ

Είναι οι παραπάνω πληροφορίες σημαντικά διαστρεβλωμένες από:

54. Την κακή ερμηνεία του πελάτη   
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ
55. Την αδυναμία του πελάτη να καταλάβει   
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

## IV. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΜΟΤΙΜΟΥΣ

56. ΠΟΣΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΧΡΟΝΟ ΣΟΥ ΠΕΡΝΑΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΤΟΜΑ;

## ΚΩΔΙΚΟΣ

0=Καθόλου  
1=Λίγο  
2=Αρκετό  
3=Πολύ

- (1) Την οικογένειά σου
- (2) Φίλους που κάνουν χρήση
- (3) Με (ερωτικό) σύντροφο
- (4) Φίλους που δεν κάνουν χρήση
- (5) Μόνος/η
57. (α) Πόσους πραγματικά στενούς φίλους έχεις;
- (β) Όταν έχεις κάποιο πρόβλημα, έχεις κάποιο φίλο με τον οποίο να μπορείς να μιλήσεις για αυτό;   
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ
58. Από 5 φίλους που γνωρίζεις καλύτερα, πόσοι\*\*  
1. Είχαν προβλήματα με την αστυνομία λόγω χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών;

\*\*ΣΗΜΕΙΩΣΗ Αν ο πελάτης έχει λιγότερους από 5 φίλους, σημειώστε εδώ τον αριθμό ατόμων που θεωρεί φίλους 

2. Έχουν διακόψει ή σχεδιάζουν να διακόψουν το σχολείο;

3. Κάνουν πράγματα που μπορεί να τους δημιουργήσουν μπλεξίματα στο σχολείο;

4. Πόσους γνωρίζουν οι γονείς σου;

59. ΣΕ ΜΙΑ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΜΕΡΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ Ή ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ, ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΠΕΡΝΑΣ:

1. Ακούγοντας μουσική
2. Διαβάζοντας (εκτός των μαθημάτων)
3. Βλέποντας τηλεόραση
4. Διαβάζοντας τα μαθήματά σου
5. Να κοιμάσαι μέσα στη μέρα
6. Εργαζόμενος/η ή κάνοντας δουλειές μέσα στο σπίτι

7. Σε εξωσχολικές δραστηριότητες ή χόμπι
8. Να κάβεις έξω (στο δρόμο, στα μαγαζιά, στην αυλή του σχολείου)

9. Με θέματα που αφορούν τη χρήση

60. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΘΗΚΕΣ ΜΕ ΟΠΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ;

## ΚΩΔΙΚΟΣ

0=Παρά 1=Σπάνια 2=Μερικές φορές 3=Συχνά

- (1) Πηγαίνοντας σε πάρτι
- (2) Πηγαίνοντας σε κλαμπ, μπαρ, κλπ
- (3) Συμμετέχοντας σε αθλήματα
- (4) Σε δραστηριότητες συμμορίας

61. Είσαι ευχαριστημένος/η με την κοινωνική σου ζωή;   
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

62. Είσαι ευχαριστημένος/η με το πως περνάς τον ελεύθερο χρόνο σου;   
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

ΟΙ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΔΕΚΑ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΙΣΧΥΟΥΝ ΕΙΤΕ ΕΙΣΑΙ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΣ, ΕΤΕΡΟΦΥΛΟΣ, ΑΜΦΙΦΥΛΟΦΙΛΟΣ Ή ΔΕΝ ΕΙΣΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΙΚΕΣ ΣΟΥ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ

63. Είχες ερωτικό σύντροφο (άντρα ή γυναίκα) κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών;   
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

Ενολο ωρών




#### IV. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΜΟΤΙΜΟΥΣ (συνέχεια)

Χρησιμοποιήστε για τις ερωτήσεις 64-66

0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ N=ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ (Δεν έχει σχέση με κανένα)

64. Είσαι ή ήσουν ευχαριστημένος από αυτή τη σχέση;

65. Βλέπουν οι γονείς σου κάποια προβλήματα με αυτή τη σχέση, ή ανησυχούν γι' αυτή;

66. Ο/η φίλος/φίλη σου:

α. Πίνει

β. Κάνει χρήση ναρκωτικών (αν όχι)

γ. Ποια είναι η στάση του;

1=επιδοκμάζει 2=αδιάφορος 3=αποδοκιμάζει

67. Εάν αυτή τη στιγμή δεν έχεις φίλο ή φίλη πόσο πολύ σε απασχολεί αυτό;

N=Δεν ισχύει(έχω φίλο/φίλο) 0=Καθόλου 1=Λίγο 2=Αρκετά 3=Πολύ

68. Έχεις σεξουαλικές σχέσεις;

0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

(α) Χρησιμοποιείς κάποιο μέσο αντισύλληψης, ή παίρνεις κάποιες προφυλάξεις για να προλάβεις μια εγκυμοσύνη ή αφροδίσια νοσήματα;

N=Δεν ισχύει 0=Οχι 1=Ναι

(β) Βιώνεις κάποια προβλήματα με τη σεξουαλική σου σχέση;

N=Δεν ισχύει 0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

69. Έχεις μείνει ποτέ έγκυος; (ή έχεις αφήσει ποτέ καμία έγκυο);

0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

70. Αν δεν έχεις σεξουαλική σχέση/εις, είσαι δυστυχημένος/η για αυτό, ή σε ανησυχεί αυτή η κατάσταση;

N=Δεν ισχύει 0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

71. Θέλεις ή έχεις ανάγκη πληροφοριών σχετικά με το σεξ ή την αντισύλληψη;

0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

72. ΠΟΣΕΣ ΜΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ ΕΙΧΕΣ ΣΟΒΑΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ:

(N=Δεν ισχύει)

(1) Την φίλη ή τον φίλο σου   ημέρες

(2) Άλλους στενούς φίλους   ημέρες

(3) Άλλους νέους ανθρώπους (είτε στο σχολείο είτε στη γειτονιά)   ημέρες

#### ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΩΝ ΤΟΥ ΠΕΛΑΤΗ

0=Καθόλου 1=Λίγο 2=Αρκετά 3=Πολύ

73. Πόσο σε έχουν απασχολήσει ή έχεις ανησυχήσει για κοινωνικά προβλήματα τις τελευταίες 30 ημέρες; (Δηλαδή, είτε για προβλήματα με φίλους είτε για προβλήματα λόγω απουσίας φίλων);

74. Πόσο σημαντικό είναι για σένα τώρα να πάρεις βοήθεια ή συμβουλευτική για τα κοινωνικά προβλήματα;

#### ΒΑΘΜΟΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ

75. Πώς θα βαθμολογούσες την ανάγκη του πελάτη για συμβουλευτική για τα κοινωνικά προβλήματα; (Συμπεριλάβετε και προσαρμογή σε κοινωνικούς και κοινοτικούς κανόνες)

#### ΒΑΘΜΟΙ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ

Είναι οι παραπάνω πληροφορίες σημαντικά διαστρεβλωμένες από:

76. Την κακή παρουσίαση του πελάτη

0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

77. Την αδυναμία του πελάτη να καταλάβει

0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

#### V. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΣΧΕΣΕΙΣ

ΟΙ ΟΡΟΙ "ΜΗΤΕΡΑ" ΚΑΙ "ΠΑΤΕΡΑΣ" ΙΣΧΥΟΥΝ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΗ ΦΥΣΙΚΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ Ή ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΚΗΛΕΜΟΝΑ

78. Έχει κανείς στην άμεση οικογένειά σας:

N=Δεν ισχύει(Δεν έχει συγγενή) 0=Οχι 1=Ναι

Μητέρα Πατέρας Αδερφός/  
Αδερφή

(1) Πρόβλημα ναρκωτικών

(2) Πρόβλημα με το αλκοόλ

(3) Πρόβλημα Ψυχικής Διαταραχής

(4) Αρρώστια, Τραυματισμός, Αναπηρία

**V. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΣΧΕΣΕΙΣ**  
(συνέχεια)

Χρησιμοποίησε το για τις ερωτήσεις 79-83

**ΚΩΔΙΚΟΣ**  
N=Δεν ισχύει  
0=Καθόλου  
1=Λίγο  
2=Αρκετά  
3=Πολύ

79. Πόσο πολύ σύγκρουση υπάρχει στην οικογένειά σου;
80. Πόσο πολύ θα έλεγες ότι αντιδικούν και μαλώνουν οι γονείς σου;
81. Πόσο συχνά υπάρχουν συγκρούσεις στην οικογένειά σου για τα χρήματα ή τα οικονομικά;
82. Πόσες οικονομικές δυσκολίες θα έλεγες ότι έχει περάσει η οικογένειά σου τον τελευταίο χρόνο;
83. Πόσο καλά περνάς ή πόσο ευχάριστο είναι να ζει κανείς με την οικογένειά σου;

**84. ΕΧΕΙΣ ΚΑΝΕΙ ΚΑΠΟΙΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΟΥΛΕΙΕΣ Ή ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ:****ΚΩΔΙΚΟΣ**

0=Όχι, 1=Ναι, N=Δεν ισχύει/δεν μένω με την οικογένειά μου

- (1) Έπλυνες τα πιάτα, μάζεψες το τραπέζι μετά το φαγητό
- (2) Δουλειές σπιτιού (καθάρισμα, στρώσιμο κρεβατιών, πλύσιμο ρούχων, κ.τ.λ.)
- (3) Έκανες τα ψώνια της οικογένειας
- (4) Έχτισες ή επιδιόρθωσες πράγματα μέσα στο σπίτι
- (5) Βοήθησες σε κάποιες άλλες σημαντικές δουλειές του σπιτιού; (π.χ. Βάψιμο)
- (6) Έχεις εμπλακεί σε φιλονικίες και καυγάδες με άλλα μέλη της οικογένειας

- (7) Παραπλήνησες ή είπες ψέματα σε άλλα μέλη της οικογένειας
- (8) Αντιστάθηκες σε όσα επιθυμούν οι άλλοι μέσα στην οικογένεια, ή έχεις πάει ενάντια στις επιθυμίες τους
- (9) Ανακάτεψες το σπίτι ή έσπασες πράγματα
- (10) Έκλεψες ή πήρες πράγματα που ανήκουν σε άλλα μέλη της οικογένειας

**85. Πόσο καλά τα πας με τα μέλη της οικογένειάς σου;**

Χρησιμοποίησε το για τις ερωτήσεις 85-92

**ΚΩΔΙΚΟΣ**

N=Δεν ισχύει  
0=Καθόλου  
1=Λίγο  
2=Αρκετά  
3=Πολύ

- (1) Μητέρα
- (2) Πατέρας
- (3) Αδερφή (ες)
- (4) Αδερφός (οι)
- (5) Άλλα μέλη της οικογένειας ή συγγενείς

86. Πόσο ευχαριστημένος/η είσαι με το πόσο καλά τα πάς με την οικογένειά σου;
87. Πόσο δυσκολεύεσαι να μιλήσεις στη μητέρα σου για πράγματα που σε απασχολούν;
88. Πόσο δυσκολεύεσαι να μιλήσεις στον πατέρα σου για πράγματα που σε απασχολούν;
89. Πόσο κοντά αισθάνεσαι στη μητέρα σου;
90. Πόσο κοντά αισθάνεσαι στον πατέρα σου;
91. Πόσο νομίζεις ότι μπορείς να βασίσεις σε αυτά που σου λέει η μητέρα σου;
92. Πόσο νομίζεις ότι μπορείς να βασίσεις σε αυτά που σου λέει ο πατέρας σου;

## V. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΚΑΙ ΣΧΕΣΕΙΣ (συνέχεια)

93. ΠΑΡΑΤΙΘΕΝΤΑΙ ΕΔΩ ΚΑΠΟΙΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΟΛΛΟΙ ΝΕΟΙ ΣΥΧΝΑ ΒΙΩΝΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΟΝΙΟ(ΟΥΣ) ΤΟΥΣ. ΚΑΘΩΣ ΘΑ ΣΟΥ ΔΙΑΒΑΖΩ ΤΗ ΚΑΘΕ ΜΙΑ, ΠΕΣ ΜΟΥ ΠΟΙΑ ΙΣΧΥΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΣΟΥ (ΜΗΤΡΙΚΗ ΦΙΓΟΥΡΑ) ΚΑΙ ΠΟΙΑ ΙΣΧΥΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ ΣΟΥ (ΠΑΤΡΙΚΗ ΦΙΓΟΥΡΑ).

## ΚΩΔΙΚΟΣ

0=Όχι  
1=Ναι  
N=Δεν ισχύει

ΜΗΤΕΡΑ ΠΑΤΕΡΑΣ

- |      |  |                          |                          |
|------|--|--------------------------|--------------------------|
| (1)  | Είναι απαγοητευμένος/η από σένα                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)  | Σε κριτικάρει  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)  | Εισβάλλει πολύ στην προσωπική σου ζωή ή προσπαθεί να σε ελέγξει πολύ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)  | Έχει αδυναμία σε άλλους αδερφούς/ες                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)  | Είναι άδικος/η μαζί σου σχετικά με χρήματα ή οικονομικά ζητήματα     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6)  | Δεν ακούει ότι έχεις να του/της πείτε                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7)  | Είναι θυμωμένος/η μαζί σου   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8)  | Δεν είναι κοντά σου  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9)  | Δεν σου δίνει καλές συμβουλές όταν τις χρειάζεσαι                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) | Δεν δίνει το καλό παράδειγμα   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) | Σε απειλεί πολύ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) | Είναι πολύ αυστηρός/η  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) | Δεν είναι αρκετά αυστηρός/η  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) | Περμένει από σένα να κάνεις πολλές δουλειές στο σπίτι                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (15) | Δεν σε καταλαβαίνει  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (16) | Δεν σε εμπιστεύεται  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (17) | Δεν είναι ευχαριστημένος/η με όλη τη συμπεριφορά σου                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (18) | Δεν είναι ευχαριστημένος/η με το πώς κάνεις τις δουλειές του σπιτιού | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

94. Πόσο συχνά, εάν έγινε ποτέ, σε έχουν κακοποιήσει σωματικά (σε έδειραν, σε τραυμάτισαν, κ.τ.λ.) είτε γονιός είτε κηδεμόνας;

0=Ποτέ 1=Σπάνια 2=Αρκετά συχνά 3=Πολύ συχνά

Αν ναι, ποιος;

## ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΩΝ ΤΟΥ ΠΕΛΑΤΗ

0=Καθόλου  
1=Λίγο  
2=Αρκετά  
3=Πολύ

95. Πόσο σε έχουν απασχολήσει ή έχεις ανησυχήσει για οικογενειακά προβλήματα τις τελευταίες 30 ημέρες;

96. Πόσο σημαντικό είναι για σένα τώρα να πάρεις βοήθεια ή συμβουλευτική για τα οικογενειακά προβλήματα;

## ΒΑΘΜΟΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ

97. Πώς θα βαθμολογούσες την ανάγκη του πελάτη για συμβουλευτική για τα οικογενειακά προβλήματα;

## ΒΑΘΜΟΙ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ

Είναι οι παραπάνω πληροφορίες σημαντικά διαστρεβλωμένες από:

98. Την κακή παρουσίαση του πελάτη  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

99. Την αδυναμία του πελάτη να καταλάβει  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

## VI. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

100. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΕΙΣ ΛΑΒΕΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΣΥΝΔΕΣΘΗΜΑΤΙΚΑ Ή ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ;  
(Αριθμός των θεραπευτικών επεισοδίων- όχι τον αριθμό επισκέψεων/συνεδριών):

(α) ως εξωτερικός/η ασθενής ή ιδιωτικός πελάτης/ασθενής

(β) ως ασθενής σε νοσοκομείο

101. ΕΔΩ ΕΙΝΑΙ ΚΑΠΟΙΑ ΔΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΒΙΩΝΟΥΝ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΙ ΝΕΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ. ΠΕΣ ΜΟΥ ΑΝ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΙ ΓΙΑ ΣΕΝΑ.

0=Όχι 1=Ναι

- απουσία εμπιστοσύνης στον εαυτό σου
- νιώθεις ότι σου λείπουν δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων ή λήψης αποφάσεων
- απογοητευμένος από την εμφάνισή σου
- νιώθεις ότι είσαι πολύ ντροπαλός/η
- νιώθεις ότι δεν ανήκεις ή δεν κολλάς
- νιώθεις μόνος/η
- αποθαρρύνεσαι εύκολα
- νιώθεις ότι δεν είσαι τόσο έξυπνος όσο οι άλλοι
- ονειροπολείς πολύ
- νιώθεις πεσμένος ή νιώθεις κατάθλιψη

**VI. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ (συνέχεια)**

11.  νιώθεις αγχωμένος ή ανησυχής πολύ  
 12.  νιώθεις ότι δεν έχεις ενδιαφέρον για διάφορα  
 13.  βαριέσαι  
 14.  μπλέκονται σε καυγάδες ή αντιδικίες εύκολα  
 15.  δεν μπορείς να κοιμηθείς χωρίς φάρμακα ή αλκοόλ  
 16.  έχεις εφιάλτες  
 17.  νιώθεις ότι δεν μπορείς να εμπιστευτείς τους ανθρώπους  
 18.  νιώθεις ότι οι άλλοι σε παρακολουθούν ή σε συζητούν  
 19.  έχεις δυσκολία στο να εκφράσεις τα αισθήματά σου  
 20.  κάνεις θυμωμένα πράγματα που δεν μπορείς να ελέγξεις  
 21.  νιώθεις ότι θέλεις να τραυματίσεις ή να πληγώσεις τον εαυτό σου  
 22.  φοβάσαι ότι θα πληγώσεις κάποιον σωματικά  
 23.  λες συνέχεια ψέματα  
 24.  νιώθεις ότι θα ήσουν καλύτερα πεθαμένος/η  
 25.  νιώθεις ότι το κεφάλι σου είναι έτοιμο να εκραγεί  
 26.  σου έρχονται τρελές ιδέες στο μυαλό  
 27.  νιώθεις ότι κάτι μέσα σου αναγκάζει να κάνεις πράγματα που δεν θες  
 28.  νιώθεις μόνος ακόμα και όταν είσαι με άλλους  
 29.  νιώθεις ότι οι άλλοι είναι εναντίον σου ή θέλουν να σου κάνουν κακό  
 30.  νιώθεις ότι πρέπει να τιμωρηθείς για τις αμαρτίες σου  
 31.  νιώθεις ότι κάτι δεν πάει καλά με το μυαλό σου  
 32.  φοβάσαι ότι θα χάσεις τον έλεγχο της συμπεριφοράς ή των πράξεών σου  
 33.  νιώθεις ότι τα πράγματα δεν είναι αληθινά  
 34.  αντιδράς με το να κοπανάς πόρτες, κ.λ.π.  
 35.  σκέφτεσαι να δώσεις τέλος στη ζωή σου  
 36.  νιώθεις ότι δεν υπάρχει ελπίδα για το μέλλον  
 37.  πληγώνονται πολύ εύκολα τα αισθήματά σου  
 38.  νιώθεις ότι ο κόσμος δεν είναι φιλικός ή δεν σε συμπαθεί  
 39.  νιώθεις κατώτερος από τους άλλους  
 40.  έχεις αισθήματα ότι δεν αξίζεις  
 41.  νιώθεις ανήσυχος για το πώς οι άλλοι εκλαμβάνουν το τί λες ή τι κάνεις / δε χαλαρώνεις  
 42.  νιώθεις ότι θα ήθελες να σκοτώσεις κάποιον

102. (A) Υπήρξε ποτέ μία σημαντική περίοδος μιας βδομάδας ή παραπάνω (η οποία να μην ήταν άμεσο αποτέλεσμα χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών), κατά την οποία:

(B) Ήταν κάποια από αυτές τις περιόδους μέσα στις 30 τελευταίες μέρες;

0=Όχι 1=Ναι

- |   | (A)<br>Σε όλη σας τη ζωή | (B)<br>Τις προηγούμενες 30 μέρες |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| (1) Είχατε σοβαρή κατάθλιψη   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| (2) Είχατε σοβαρό άγχος ή ένταση  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| (3) Είχατε προβλήματα στο να καταλάβετε, να συγκεντρωθείτε ή να θυμηθείτε | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |

0=Όχι 1=Ναι

- |  | (A)<br>Σε όλη σας τη ζωή | (B)<br>Τις προηγούμενες 30 μέρες |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| (4) Είχατε προβλήματα στο να ελέγξετε τη βίαιη συμπεριφορά                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| (5) Έκανες σοβαρές σκέψεις αυτοκτονίας   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| (6) Αποπειράθηκες να αυτοκτονήσεις   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| (α) Αριθμός φορών  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| (7) Είχατε ψευδαισθήσεις (είδες ή άκουσες πράγματα τα οποία ίσως να μην ήταν εκεί)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| (8) Έχες πάρει φάρμακα με συνταγή για οποιοδήποτε ψυχολογικό/συναισθηματικό πρόβλημα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |

103. Πόσες μέρες στις τελευταίες 30 έχεις βιώσει οποιαδήποτε ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα;

ημέρες

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΩΝ ΤΟΥ ΠΕΛΑΤΗ**

0=Καθόλου  
 1=Λίγο  
 2=Αρκετά  
 3=Πολύ

104. Πόσο σε έχουν απασχολήσει ή έχεις ανησυχήσει για ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα τις τελευταίες 30 ημέρες;

105. Πόσο σημαντικό είναι για σένα τώρα η θεραπεία ή συμβουλευτική για προσωπικά, συναισθηματικά ή ψυχολογικά προβλήματα;

**ΟΙ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ**

0=Όχι 1=Ναι

106. Κατά την ώρα της συνέντευξης, ο πελάτης ήταν:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| (1) Εμφανώς σε κατάθλιψη ή αποτραβηγμένος/η   | <input type="checkbox"/> |
| (2) Εμφανώς εθρικός/η   | <input type="checkbox"/> |
| (3) Εμφανώς νευρικός/η ή αγχωμένος/η  | <input type="checkbox"/> |
| (4) Έχοντας πρόβλημα να καταλάβει, να συγκεντρωθεί, να θυμηθεί  | <input type="checkbox"/> |
| (5) Παρουσιάζει δείγματα ψυχικής σύγχυσης, είναι ασυνάρτητος ή αποπροσανατολισμένος                               | <input type="checkbox"/> |
| (6) Έχοντας πρόβλημα με το κριτήριο εκτίμησης της πραγματικότητας με διαταραχές της σκέψης, με παρανοϊκές σκέψεις | <input type="checkbox"/> |
| (7) Έχοντας σκέψεις αυτοκτονίας   | <input type="checkbox"/> |
| (8) Έχοντας πρόβλημα να ελέγξει τη βίαιη ή καταστροφική συμπεριφορά   | <input type="checkbox"/> |

### VI. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ (συνέχεια)

#### ΒΑΘΜΟΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ

107. Πώς θα βαθμολογούσες την ανάγκη του πελάτη για ψυχιατρική/ψυχολογική θεραπεία;

#### ΒΑΘΜΟΙ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ

Είναι οι παραπάνω πληροφορίες σημαντικά διαστρεβλωμένες από:

108. Την κακή παρουσίαση του πελάτη  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

109. Την αδυναμία του πελάτη να καταλάβει  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

### VII. ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗ/ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

110. Πόσες φορές στη ζωή σου σε έχει πιάσει η αστυνομία;

111. Είσαι υπό επιμέλεια ή με αναστολή;  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

112. Για ποιο πράγμα; (Γράψε το παράπτωμα ή τον κωδικό N=Δεν ισχύει)

113. Πόσες φορές, αν υπήρξαν, έχεις

α. παραβιάσει την επιμέλεια

β. παραβιάσει την αναστολή

114. Πόσες φορές τους τελευταίους 3 μήνες έχεις μπει φυλακή ή έχεις τεθεί υπό κράτηση;

115. Ποιο ήταν το μεγαλύτερο διάστημα που έμεινες στη φυλακή;

0= Ποτέ στη φυλακή  
1= Λιγότερο από 24 ώρες-για ένα βράδυ  
2= 2-14 ημέρες (μέχρι δύο εβδομάδες)  
3= 15-30 ημέρες (μέχρι ένα μήνα)  
4= Περισσότερο από 30 ημέρες

116. Για τι πράγμα; (Γράψε το παράπτωμα ή τον κωδικό N=Δεν ισχύει)

117. Αυτή τη στιγμή περιμένεις να σου απαγγελθούν κατηγορίες, να περάσεις από δίκη, ή να σου απαγγελθεί καταδίκη;  
0=Οχι 1=Ναι

118. Για τι πράγμα; (Γράψε το παράπτωμα ή τον κωδικό N=Δεν ισχύει)

119. (α) Τώρα θα σε ρωτήσω σχετικά με την εμπλοκή σου σε διάφορες δραστηριότητες. Παρακαλώ πες μου τον αριθμό των φορών που έκανες την κάθε μία από αυτές τους τελευταίους 3 μήνες.

(β) Πόσες φορές έχεις συλληφθεί για κάθε μία από τις ακόλουθες παραβάσεις στη ζωή σου;

	Παραβάσεις Τους τελευταίους 3μήνες	Συλλήψεις
1. Κατοχή/ χρήση ουσιών	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Γκράφιτι / αφισκόλληση	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Παραβίαση απαγορεύσεων σχετικά με την κυκλοφορία	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Κλοπές σε μαγαζιά	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Εμπορία ή διακίνηση ναρκωτικών	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Ανάμοστη συμπεριφορά	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Άλλες σοβαρές παραβάσεις του Κ.Ο.Κ.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Κλοπή μηχανοκίνητου	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Βανδαλισμό	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Διάρρηξη, κλοπή, αποδοχή κλεμμένων, παραβίαση του ιδιωτικού χώρου	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Ληστεία	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Επίθεση	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Κατοχή όπλου	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Διάρρηξη μηχανοκίνητου	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Βιασμό	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Εμπρησμός	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Ανθρωποκτονία εκ προθέσεως ή εξ αμελείας	<input type="text"/>	<input type="text"/>

120. Πόσα χρήματα έβγαλες από παράνομες δραστηριότητες, όπως εμπορία ναρκωτικών, κλοπές, κ.τ.λ. κατά τη διάρκεια της περασμένης χρονιάς;

0= Καθόλου 3= 101.000-500.000  
1= κάτω από 25.000 4= πάνω από 500.000  
2= 26.000-100.000

121. Πόσες ημέρες από τις προηγούμενες 30 έχεις εμπλακεί σε παράνομες δραστηριότητες;  ημέρες

### VII. ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗ/ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ (συνέχεια)

#### ΚΑΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΩΝ ΤΟΥ ΠΕΛΑΤΗ

0=Καθόλου  
1= Λίγο  
2= Αρκετά  
3= Πολύ

122. Πόσο σε έχει απασχολήσει ή έχεις ανησυχήσει για την παραβατική σου συμπεριφορά;

**VII. ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗ/ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ (συνέχεια)**

123. (α) Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η συμβουλευτική ή η θεραπεία για τα προβλήματα που έχεις με τη παραβατική σου συμπεριφορά;
- (β) Πόσο σοβαρά νιώθεις ότι είναι τα παρόντα νομικά σου προβλήματα (τα προβλήματα που έχεις με το νόμο);

**ΒΑΘΜΟΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ**

124. Πόσες θα βαθμολογούσες την ανάγκη του πελάτη για συμβουλευτική για την παράνομη, παραβατική και αντικοινωνική συμπεριφορά;

**ΒΑΘΜΟΙ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ**

Είναι οι παραπάνω πληροφορίες σημαντικά διαστρεβλωμένες από:

125. Την κακή παρουσίαση του πελάτη  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ
126. Την αδυναμία του πελάτη να καταλάβει  
0=ΟΧΙ 1=ΝΑΙ

**VIII. ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ**

Η ερώτηση 127 αποτελεί ένα σύνολο ερωτήσεων για τη χρήση ουσιών. Είναι αρκετά δύσκολες και χρειάζεται να κατανοηθεί η λογική τους και ο τρόπος που πραγματοποιούνται. Οι ερωτήσεις αυτές είναι χωρισμένες στη λογική τριών ενότητων και για την κάθε ουσία χωριστά: (Α) στην ενότητα που αφορά στη χρήση των τελευταίων 30 ημερών, (Β) στην ενότητα που αφορά στην περίοδο ενός μήνα κατά τον οποίο ο ερωτώμενος χρησιμοποίησε με τη μεγαλύτερη συχνότητα (ζενίθ της χρήσης) τη συγκεκριμένη ουσία και (Γ) την ενότητα που αφορά στο χρόνο που χρησιμοποιεί (διάστημα χρήσης) ανεξάρτητα από την ποσότητα που καταναλώνει. Στις δυο πρώτες ενότητες χρησιμοποιούνται κωδικοί που βρίσκονται στον πίνακα ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ. Στην τρίτη ενότητα χρησιμοποιούνται αριθμοί ετών και μηνών που αντιστοιχούν στην απάντηση του ερωτώμενου.

Υπόδειγμα ερωτήσεων για την πρώτη ουσία, το αλκοόλ.

(Α) Ενότητα  
(Από την απάντηση θα εξαρτηθεί αν θα συνεχισθούν οι ερωτήσεις και στις υπόλοιπες δύο ενότητες)

*«Έχεις κάνει ποτέ χρήση αλκοόλ»*

Αν η απάντηση είναι ΟΧΙ, δε ρωτάμε τίποτε άλλο, κωδικοποιούμε «0» (=Δεν έκανα ποτέ χρήση) από τον Πίνακα ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ στη στήλη (Α) που αφορά στην πρώτη ενότητα, «N» (=Δεν αφορά) στη στήλη (Β) για τη δεύτερη ενότητα και «NN» (=Δεν αφορά) στη στήλη (Γ) για την τρίτη ενότητα και περνάμε στην επόμενη ουσία (μαριχουάνα) κάνοντας την ίδια ερώτηση προφανώς αντικαθιστώντας την ουσία.

(Προσοχή ο κωδικός «0» σημαίνει ΔΕΝ ΕΚΑΝΑ ΠΟΤΕ ΧΡΗΣΗ ενώ ο κωδικός «N» σημαίνει ΔΕΝ ΚΑΝΩ ΧΡΗΣΗ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 30 ΗΜΕΡΕΣ. Μόνο στην περίπτωση που δεν έχει κάνει ΠΟΤΕ χρήση μπορούμε να κωδικοποιήσουμε «0» και να συνεχίσουμε στην επόμενη ουσία).

Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, τότε ρωτάμε:

*«Τις τελευταίες 30 ημέρες πόσο συχνά κατά μέσο όρο έκανες χρήση (ήτανες) αλκοόλ»*

Από τον Πίνακα ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ σημειώνουμε τον κωδικό που ανταποκρίνεται στην απάντηση και περνάμε στη δεύτερη ενότητα.

(Β) Ενότητα

*«Θέλω σε περαστικό με περίοδο ενός μήνα και πιο άσπαστη χρήση (ήτανες το περαστικό) αλκοόλ, πόσο συχνά κατά μέσο όρο έκανες χρήση αλκοόλ το μήνα»*

Από τον Πίνακα ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ σημειώνουμε τον κωδικό που ανταποκρίνεται στην απάντηση και περνάμε στην τρίτη ενότητα.

(Γ) Ενότητα

*«Ποσαυτά έτη/έχεις κάνει χρήση (ήτανες) αλκοόλ»*

Ανάλογα με την απάντηση σημειώνουμε σε αριθμό τα χρόνια και τους μήνες που κάνει χρήση.

Με τον ίδιο τρόπο γίνονται και οι ερωτήσεις για τις υπόλοιπες ουσίες ξεχωριστά.

127. (Α) Τώρα θα σε ρωτήσω για όλα τα ναρκωτικά και το αλκοόλ που έχεις χρησιμοποιήσει. Έχεις κάνει ποτέ χρήση αλκοόλ (μαριχουάνα κ.τ.λ.); (ΑΝ ΝΑΙ, ΡΩΤΑ). Κατά μέσο όρο πόσο συχνά πίνεις αλκοόλ (κάνεις χρήση μαριχουάνας, κ.τ.λ.); (ΑΝ ΟΧΙ» ΠΡΟΧΩΡΗΣΕ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΟΥΣΙΑ).
- (Β) Πόσο συχνά έκανες χρήση (της ουσίας), κατά τη διάρκεια του μήνα που έκανες τη μεγαλύτερη χρήση; (Χρησιμοποίησε τον κωδικό για το ζενίθ/μέγιστη συχνότητα χρήσης).
- (Γ) Πόσο καιρό κάνεις χρήση (της ουσίας); (ΒΑΛΕ ΑΡΙΘΜΟ ΧΡΟΝΩΝ ΚΑΙ/Η ΜΗΝΩΝ ΧΡΗΣΗΣ).

	A	B	Γ	
	Μέσος όρος συχνότητας περιλαμβανομένου μήνα	Μέγιστο συχνότητας για ένα μήνα	Διάρκεια χρήσης σε Χρόνια και μήνες	
			Χρόνια	Μήνες
1. Αλκοόλ				
2. Μαριχουάνα/Χασίς				
3. Αμφεταμίνες (Διεγερτικά Speed)				
4. Ηρεμιστικά/Καταπράυντικά				
5. Υπνωτικά (Valium, Librium, Dalmane)				
6. Βαρβιτουρικά (Tuinal, Seconal, Downs)				
7. Κοκαΐνη (Κόκα)				
8. Κοκαΐνη-Συμπαγής μορφή (Κρακ, Ροκ)				
9. Παραποθησιογόνα (LSD, Acid, Mushrooms)				
10. Phencyclidine (PCP, Angel Dust)				
11. Εισπνεύσιμα (Κόλλα, Βενζίνη)				
12. Ηρωίνη				
13. Άλλα Οπιοειδή/Ανάλγητικά (Pergon, Zactuss, Donavanin κτ)				
14. Χωρίς συνταγή/άλλο				
15. Καπνός				

**ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ**

0= Δεν έκανα ποτέ χρήση  
 1= Όχι πρόσφατη (περασμένο μήνα) χρήση  
 2= Μία φορά το μήνα  
 3= Μία φορά κάθε 2-3 εβδομάδες  
 4= Μία φορά την εβδομάδα  
 5= 2-3 φορές την εβδομάδα  
 6= 4-6 φορές την εβδομάδα  
 7= Μία φορά την ημέρα  
 8= Δύο φορές την ημέρα  
 9= Τρεις ή περισσότερες φορές την ημέρα

128. Έχεις ποτέ κάνει ενόσημη χρήση (mainline or shootup) κάποιου από τα ακόλουθα ναρκωτικά;  
0= Όχι 1= Ναι
- |                          |  |
|--------------------------|--|
| (1) Αμφεταμίνες          |  |
| (2) Βαρβιτουρικά         |  |
| (3) Κοκαΐνη              |  |
| (4) Ηρωΐνη               |  |
| (5) Οπιοειδή             |  |
| (6) PCP                  |  |
| (7) Άλλο ή άγνωστη ουσία |  |

**VIII. ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ (συνέχεια)**

129. Πόσο πίνεις συνήθως ανά ημέρα τον τελευταίο μήνα κατά τις μέρες που πίνεις αλκοόλ;  
Κωδικός Α

**ΚΩΔΙΚΟΣ Α**  
Ένα ποτό = είτε μια μπύρα, είτε ένα ποτήρι κρασί, ή ένα κοκτέιλ

0 = Όχι αλκοόλ	3 = 4-6 ποτά
1 = 1 ποτό	4 = 7 ποτά ή περισσότερα
2 = 2-3 ποτά	

130. Πόσες φορές έχεις μεθύσει τον περασμένο μήνα;  
Κωδικός Β

**ΚΩΔΙΚΟΣ Β**

0=0	2=6-10 φορές
1=1-5 φορές	3= πάνω από 10 φορές

131. Πόσες φορές έχεις χάσει τις αισθήσεις σου κάνοντας χρήση αλκοόλ;

132. Πόσες μέρες έχεις κάνει χρήση παραπάνω από μίας ουσίας;

**ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ (ΕΡΩΤΗΣΗ # 133):**

133. Ποια ουσία αποτελεί το κύριο πρόβλημα του πελάτη; (συμπλήρωσε την κύρια ουσία χρήσης/κατάχρησης). Όταν δεν είναι ξεκάθαρο, ρώτα τον πελάτη.

Κύρια ουσία

134. Σταμάτησες ποτέ να κάνεις χρήση της ουσίας (της κύριας ουσίας), για μία περίοδο 1 μήνα ή περισσότερο;  
0= Όχι 1= Ναι

135. Για πόσους μήνες σταμάτησες να κάνεις χρήση (της κύριας ουσίας), την τελευταία φορά που σταμάτησες να κάνεις χρήση; (N = δεν ισχύει/δεν σταμάτησα να κάνω χρήση)

136. Ανακάλυψες ποτέ ότι χρειάζονται όλο και μεγαλύτερη ποσότητα μιας συγκεκριμένης ουσίας για να ανέβεις;  
0= Όχι 1= Ναι

137. Προσπάθησες ποτέ να μειώσεις κάποια ουσία αλλά διαπίστωσης ότι δεν μπορείς;  
0= Όχι 1= Ναι

138. Πόσες φορές έχεις λάβει θεραπεία ή συμβουλευτική για προβλήματα σχετικά με την χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών (θεραπευτικά επεισόδια, όχι αριθμό συνεδριών/επισκέψεων):

- (1) Σε κλινική ή σε περιβάλλον εξωτερικής νοσηλείας;  
(2) Σε νοσοκομείο με εσωτερική νοσηλεία ή σε κέντρο αποτοξίνωσης;

139. Πόσα χρήματα θα έλεγες ότι έχεις ξοδέψει κατά τις τελευταίες 30 ημέρες;

Σε ναρκωτικά     000 Σε αλκοόλ       000

140. Έχεις κάνει χρήση ουσιών μέσα στο σχολείο ή κατά τη διάρκεια του σχολείου μέσα στον περασμένο μήνα;  
0= Όχι 1= Ναι N= Δεν ισχύει

141. Είχες μπλεξίματα στο σχολείο εξαιτίας του αλκοόλ ή των ναρκωτικών μέσα στον περασμένο μήνα;  
0= Όχι 1= Ναι N= Δεν ισχύει

142. Έχεις πουλήσει ναρκωτικά στο σχολείο μέσα στον περασμένο μήνα;  
0= Όχι 1= Ναι N= Δεν ισχύει

143. Από 5 φίλους που ξέρεις πιο καλά πόσοι κάνουν χρήση:

Αλκοόλ  Μαριχουάνα  Άλλων ουσιών

144. Είχες μπλεξίματα με τους γονείς σου για το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά μέσα στον περασμένο μήνα;  
0= Όχι 1= Ναι N= Δεν ισχύει

145. Πόσο πιστεύεις ότι θα σε βλάψει (τη σωματική σου υγεία, κλπ) αν συνεχίσεις να κάνεις χρήση ουσιών και αλκοόλ, όπως έκανες τους περασμένους μήνες;

0= Καθόλου 1= Λίγο 2= Αρκετά 3= Πολύ



