

ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ & ΕΦΗΒΕΙΑ

Γ. Καλαρρύτης

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβεία -όντας μία κρίσιμη φάση στην ανάπτυξη του ανθρώπου- είναι η περίοδος εκείνη κατά την οποία πολλές παθολογικές συμπεριφορές και προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν. Μεταξύ αυτών, τα τελευταία χρόνια με αυξανόμενο ρυθμό, κυρίαρχη θέση κατέχει η χρήση, κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες. Οι κοινωνίες σ' ολόκληρο τον κόσμο εκφράζουν αυξημένη ανησυχία για τις επιπτώσεις της χρήσης και της κατάχρησης ουσιών, στην ψυχική και σωματική υγεία και ακεραιότητα του νεανικού πληθυσμού. Οι επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας, αν και παλιότερα εστίαζαν κυρίως στους ενήλικες, σήμερα όλο και περισσότερο στρέφουν τα βλέμματά τους, ερευνητικά και θεραπευτικά, στη χρήση ουσιών από εφηβικούς πληθυσμούς.

Ο έφηβος χρήστης διαφέρει από τους ενήλικες σε αρκετούς τομείς, όπως οι τρόποι και η συχνότητα χρήσης, η εξαρτητική του πορεία, οι επιπτώσεις των ουσιών πάνω του, οι προστατευτικοί και επιβαρυντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του, με αποτέλεσμα την ανάγκη για ειδική αξιολόγηση και εξειδικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Στο κεφάλαιο αυτό θα εξετάσουμε την έκταση του προβλήματος της κατάχρησης παρανόμων κυρίως ουσιών από εφήβους στη χώρα μας και διεθνώς, θα επιχειρήσουμε μία προσέγγιση της αιτιολογίας του προβλήματος μέσω του μοντέλου των επιβαρυντικών και προστατευτικών παραγόντων και θα θίξουμε ζητήματα αξιολόγησης, θεραπείας καθώς και δράσεων πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Αξιολογώντας στοιχεία επιδημιολογικών ερευνών στο νεανικό πληθυσμό της χώρας μας, δεδομένα από κέντρα παροχής βοήθειας σε έφηβους χρήστες ουσιών, καθώς και στοιχεία συλλήψεων και θανάτων στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, γίνεται σαφές ότι όλο και περισσότεροι έφηβοι δοκιμάζουν ψυχότροπες

ουσίες, νόμιμες ή/και παράνομες και όλο και περισσότεροι από αυτούς προχωρούν στην κατάχρηση και την εξάρτηση.

Ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης δοκιμής τείνει συνεχώς μειούμενος και τουλάχιστον, όσον αφορά στους εφήβους που απευθύνονται σήμερα σε κέντρα θεραπείας όπως η ΣΤΡΟΦΗ, παρατηρείται μία μείωση της τάξης του ενός έτους σε σχέση με το 1996. Χαρακτηριστικό της μείωσης αυτής είναι ότι πλέον περίπου 9 στους 10 των προσερχομένων έκανε την πρώτη δοκιμή με ψυχότροπη ουσία πριν τα 15 του χρόνια και ποσοστό 25% των αγοριών στην ηλικία των 12 χρόνων. Τα παραπάνω στοιχεία ενισχύονται και από την τελευταία επιδημιολογική έρευνα του ΕΠΙΨΥ σε 15χρονους μαθητές, όπου όσοι δήλωσαν ότι έχουν εμπειρία χρήσης είχαν την πρώτη τους επαφή κατά μέσον όρο περίπου στην ηλικία των 12 χρόνων.

Κύρια ουσία χρήσης - κατάχρησης παραμένει η κάνναβη, ενώ οι συνθετικές ουσίες, η κοκαΐνη και οι πτητικές/εισπνεόμενες ουσίες εμφανίζουν ανοδική τάση. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η τελευταία μεγάλη επιδημιολογική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1999 σε μαθητές 15-16 ετών (ESPAD) έδειξε ότι η Ελλάδα δεν συγκαταλέγεται μεταξύ των «πρώτων» χωρών. Βρίσκεται στην 25η θέση ανάμεσα σε 29 χώρες όσον αφορά στην εμπειρία χρήσης.

Εμπειρία χρήσης οποιασδήποτε παράνομης ουσίας σ' ολόκληρη τη ζωή απάντησε ότι είχε ποσοστό 13% των αγοριών και 7% των κοριτσιών. Τα ποσοστά αυτά είναι τα χαμηλότερα μετά τη Σουηδία, τα Νησιά Φαρόε, τη Μάλτα και την Κύπρο.

Σε χώρες όπως στη Μ. Βρετανία, για παράδειγμα, τα ποσοστά ήταν της τάξης του 39% και 33% αντίστοιχα, στη Γαλλία 38% και 32%, στην Ιταλία 29% και 24%, στη Δανία 31% και 20%. Παρόμοια ήταν η θέση της χώρας μας όσον αφορά στην κάνναβη και τα ηρεμιστικά χάπια χωρίς συνταγή γιατρού.

Η Ελλάδα όμως ήταν σε σχετικά υψηλή θέση αναφορικά με τη χρήση πτητικών ουσιών, με ποσοστό 14% έναντι 9% του ευρωπαϊκού μέσου όρου.

3. ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Από την αρχή της εμφάνισης του φαινομένου της χρήσης και κατάχρησης ουσιών έχει αφιερωθεί πολύ ερευνητική και κλινική δουλειά στην προσπάθεια εντοπισμού των αιτιολογικών του παραγόντων.

Έχοντας να κάνουμε με μία συμπεριφορά ανοιχτών - ζωντανών συστημάτων είναι αυτονόητο ότι η αιτιολογία αυτή δεν μπορεί παρά να είναι πολυπαραγοντική, εξαιρετικά σύμπλοκη και διαφορετική για διαφορετικούς ανθρώπους και ομάδες.

Το μοντέλο «αιτιολόγησης» της χρήσης και κατάχρησης ουσιών που έχει επικρατήσει είναι αυτό των επιβαρυντικών και προστατευτικών παραγόντων.

Παράγων επικινδυνότητας (risk factor) θεωρείται μία κατάσταση, ένα χαρακτηριστικό

ή περιβαλλοντικό πλαίσιο που μπορεί ν' αυξήσει την πιθανότητα χρήσης ή/και κατάχρησης ουσιών, όπως για παράδειγμα η επιτρεπτική γονική στάση, ενώ προστατευτικός παράγων (protective factor) είναι εκείνος που μπορεί να μειώσει την πιθανότητα αυτή, όπως η θετική επικοινωνία γονιών-παιδιών. Ήδη από τη δεκαετία του 1970, αλλά πολύ συστηματικότερα και εντατικά τα τελευταία 20 χρόνια οι έρευνες επικεντρώθηκαν στη μελέτη τέτοιων παραγόντων, στην αλληλεπίδρασή τους, αλλά και στη δημιουργία μοντέλων διαδρομών προς τη χρήση ή μη ουσιών, αλλά και στην κλιμάκωση προς την κατάχρηση και εξάρτηση. Οι έρευνες αυτές μελέτησαν πληθυσμούς σχολείων, άτομα υψηλού κινδύνου και πληθυσμούς με προβλήματα χρήσης/κατάχρησης σε διάφορες θεραπευτικές μονάδες και υπηρεσίες. Η μελέτη κάθε μιας πληθυσμιακής ομάδας έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που δεν είναι του παρόντος να αναλυθούν αλλά η συνεκτίμηση των συμπερασμάτων τους μπορεί να είναι εξαιρετικά βοηθητική. Οι έρευνες έδειξαν ότι όσους περισσότερους προστατευτικούς παράγοντες έχει κάποιος τόσο πιο ανθεκτικός (resilient) είναι και όσο περισσότερους επιβαρυντικούς τόσο πιο ευάλωτος (vulnerable).

Μελέτες που εξέτασαν την επίδραση στρεσογόνων γεγονότων στη μετέπειτα ζωή κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ενώ δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ εκείνων που βίωσαν μέχρι δύο τέτοια γεγονότα και εκείνων που δεν βίωσαν κανένα, τα επιζήμια αποτελέσματα αυξάνονται με γεωμετρική πρόοδο για εκείνους που βίωσαν πάνω από δύο στρεσογόνα γεγονότα.

Σε μελέτη εφήβων υψηλής επικινδυνότητας βρέθηκε ότι ποσοστό 56% αυτών που είχαν 6 ή περισσότερους προστατευτικούς παράγοντες παρέμεναν μακριά από τη χρήση ουσιών για 3 χρόνια μετά, αλλά μόνο ποσοστό 20% εκείνων με 3 ή λιγότερους παράγοντες προστασίας είχε το ίδιο αποτέλεσμα.

Σε πρόσφατη έρευνα 9.000 μαθητών γυμνασίου και λυκείου δημοσίων σχολείων του Michigan βρέθηκε ότι η συμπεριφορά χρήσης ουσιών ήταν αντιστρόφως ανάλογη των προστατευτικών και ευθέως ανάλογη των επιβαρυντικών παραγόντων. Η δράση των προστατευτικών και επιβαρυντικών παραγόντων δεν μπορεί να κατανοηθεί με γραμμικό τρόπο. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να δρουν συνεργατικά, αθροιστικά, πολλαπλασιαστικά ή αλληλοαποκλειστικά. Μπορεί να διαφέρουν ποιοτικά και ποσοτικά από άτομο σε άτομο και από πληθυσμό σε πληθυσμό. Ο υψηλός δείκτης ευφυΐας, για παράδειγμα, μοιάζει να είναι προστατευτικός για κάποιες ομάδες και επιβαρυντικός για άλλες.

Διαφορετικοί παράγοντες έχουν διαφορετικές επιδράσεις σε διαφορετικές αναπτυξιακές περιόδους του ατόμου αλλά και σε διαφορετικά επίπεδα του συνεχούς της χρήσης - κατάχρησης - εξάρτησης. Δεν είναι σαφές αν αυτά λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο σε διαφορετικές ουσίες (αλκοόλ - ηρωίνη).

Το μοντέλο των επιβαρυντικών/προστατευτικών παραγόντων μάς βοηθά στην προσπάθεια πρόληψης, έγκαιρης παρέμβασης και θεραπείας που στόχο έχουν τη μείωση των επιβαρυντικών και την αύξηση των προστατευτικών παραγόντων. Από τις σχετικές έρευνες προέκυψε και η κατηγοριοποίηση αυτών των επιβαρυντικών και προστατευτικών παραγόντων. Έτσι, μιλάμε σήμερα για παράγοντες ατομικούς (βιοψυχικοί, ιδιοσυγκρασία, στάσεις, αξίες, γνώσεις, δεξιότητες, προβληματικές συμπεριφορές), ομοτίμων (δραστηριότητες, πρότυπα συμπεριφοράς, χρήση ουσιών), οικογενειακούς (λειτουργικότητα, γονικές δεξιότητες, σχέσεις, επικοινωνία), σχολικούς (εκπαιδευτική δέσμευση, απόδοση, κλίμα και πολιτικές σχολείου) και τέλος για κοινοτικούς/κοινωνικούς (σύνδεση με την κοινότητα, νόμοι, πηγές ενέργειας, πολιτικές, μέσα επικοινωνίας).

4. ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Γενετικοί και οργανικοί παράγοντες είναι πιθανό να επηρεάζουν τη συμπεριφορά χρήσης/κατάχρησης ουσιών. Τέτοιοι παράγοντες περιλαμβάνουν δυσλειτουργίες στο επίπεδο εγκεφαλικών νευροδιαβιβαστών και πιθανόν ένα συγκεκριμένο γενετικό προφίλ, που επηρεάζει επιβαρυντικά το άτομο αναφορικά με τη χρήση ουσιών. Είναι σήμερα αποδεκτό ότι η κληρονομικότητα αποτελεί παράγοντα αιτιολογίας, πάντοτε βέβαια σε συνάρτηση με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Παραδείγματα πιθανών γενετικών δεικτών για κατάχρηση ουσιών περιλαμβάνουν διαφοροποίηση σε βιοχημικούς παράγοντες, όπως πρωτεΐνες σχετιζόμενες με το μεταβολισμό ουσιών, καθώς και μεγαλύτερη ευαισθησία στα θετικά αποτελέσματα και μικρότερη στα αρνητικά της χρήσης/κατάχρησης.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες επικινδυνότητας/προστασίας περιλαμβάνουν τις διαστάσεις ιδιοσυγκρασίας, όπως δύσκολο ταμπεραμέντο, αδυναμία ελέγχου, παρόρμησης και συμπεριφορές αναζήτησης νέων εμπειριών με έντονη συναισθηματική αντίδραση σε νέα ερεθίσματα.

Τέλος, ψυχολογικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, εναντιωτική προκλητική διαταραχή, καθώς και μαθησιακές δυσκολίες είναι επιβαρυντικοί παράγοντες εκτός των άλλων και για κατάχρηση ουσιών.

5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΜΟΤΙΜΩΝ

Επηρεασμός από ομοτίμους, όπως η μίμηση συμπεριφορών χρήσης, στάσεις ανεκτικότητας και προαγωγής της χρήσης ουσιών, καθώς και πίεση για χρήση είναι ανάμεσα στους ισχυρούς παράγοντες επικινδυνότητας.

Η συναναστροφή με ομοτίμους που κάνουν χρήση έχει μεγάλη επίδραση τόσο στην εισαγωγή κάποιου στη χρήση αλλά και τη μεγαλύτερη εμπλοκή του σε επίπεδα κατάχρησης. Συγκεκριμένες μελέτες έδειξαν ότι σε μεγαλύτερους εφήβους ο παράγων των ομοτίμων ίσως είναι ισχυρότερος από οικογενειακούς και σχολικούς παράγοντες.

Αυτό που μοιάζει να ισχύει είναι ότι δημιουργούνται βρόγχοι ανάδρασης ανάμεσα στη χρήση του εφήβου και εκείνη των ομοτίμων με αποτέλεσμα το ένα να τροφοδοτεί το άλλο. Έφηβοι που κάνουν χρήση επιλέγουν παρέες που η χρήση αποτελεί αποδεκτή και φυσιολογική συμπεριφορά και αυτό με τη σειρά του αυξάνει την πιθανότητα διατήρησης ή επίτασης της αρχικής συμπεριφοράς.

6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το πεδίο των οικογενειακών προστατευτικών και επιβαρυντικών παραγόντων είναι ίσως το πλέον μελετημένο την τελευταία εικοσαετία.

Στους επιβαρυντικούς οικογενειακούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι κοινωνικές συνθήκες της οικογένειας, όπως φτώχεια, διαμονή σε τόπο με αναταραχή και βία, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου διευρυσμένης οικογένειας ή κοινότητας και απομόνωση της οικογένειας.

Η χρήση ουσιών από τους γονείς αυξάνει σημαντικά, εκτός της γενετικής διάστασης, τον κίνδυνο για χρήση/κατάχρηση ουσιών, για χρήση σε μικρότερη ηλικία καθώς και για βαρύτερη χρήση. Η χρήση από αδελφό/ή, ιδιαίτερα αν είναι μεγαλύτερος, συνιστά επίσης παράγοντα επικινδυνότητας, ίσως σημαντικότερο της γονικής χρήσης. Οι γονικές στάσεις έναντι της χρήσης ουσιών επηρεάζουν τη συμπεριφορά των παιδιών. Έρευνες έδειξαν ότι η αντίληψη του παιδιού για τη γονική επιτρεπτικότητα ως προς τη χρήση είναι πιο σημαντικός παράγων επικινδυνότητας από τη χρήση του γονιού αυτή καθαυτή.

Στην προαναφερθείσα έρευνα του Michigan οι μαθητές που είχαν τον παράγοντα επικινδυνότητας «γονική στάση θετική προς τη χρήση ουσιών» ήταν 7-8 φορές πιθανότερο να έχουν κάνει χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών τον τελευταίο μήνα από εκείνους που δεν είχαν τον παράγοντα αυτόν.

Η οικογενειακή δομή μοιάζει να παίζει σημαντικό ρόλο ως παράγων επικινδυνότητας /προστασίας. Σε ειδική μελέτη στις ΗΠΑ, σε δείγμα 22.000 ατόμων, βρέθηκε ότι νέοι που δεν ζουν με δύο βιολογικούς γονείς, ανεξαρτήτως γένους, ηλικίας, οικογενειακού εισοδήματος, φυλετικής ή εθνικής προέλευσης, έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να κάνουν χρήση ουσιών ή να αναφέρουν προβλήματα με τη χρήση τους που χρειάζονται θεραπεία συγκριτικά με εκείνους που ζουν με δύο βιολογικούς γονείς. Παρόμοια αποτελέσματα με εξαίρεση το Δουβλίνο

έδωσε έρευνα σε διάφορες ευρωπαϊκές πόλεις.

Αν ένα παιδί ζει σε μονογονική οικογένεια έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει χρήση αλκοόλ, μαριχουάνας, καπνού και άλλων ουσιών.

Τέλος, το μεγάλο μέγεθος της οικογένειας με ταυτόχρονη έλλειψη ικανού αριθμού ενηλίκων είναι παράγων επικινδυνότητας. Όσον αφορά στις πρακτικές οικογενειακής διαχείρισης, η έρευνα δείχνει ότι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η έλλειψη επίβλεψης και ελέγχου των παιδιών και η αναποτελεσματική πειθαρχία που περιλαμβάνει χαλαρή, αντιφατική ή πολύ αυστηρή πειθαρχία, μειωμένο έλεγχο της συμπεριφοράς του παιδιού, ψυχολογικό υπερέλεγχο, κυρίως μέσω ενοχοποίησης, σκληρή φυσική τιμωρία, υπερεμπλοκή του ενός γονιού με τον άλλον σε απόσταση ή με ακυρωτική στάση.

Οι οικογενειακές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις είναι ένας άλλος σημαντικός παράγων. Η έρευνα δείχνει ότι υπάρχει ανεξάρτητη επιρροή των οικογενειακών σχέσεων από εκείνη της γονικής χρήσης στην εφηβική χρήση ουσιών.

Ένας νέος με φτωχές σχέσεις και με έναν γονιό μη-χρήστη έχει τις ίδιες πιθανότητες να κάνει χρήση όσο και εκείνος με γονιό χρήστη. Κάποιοι ερευνητές βρήκαν ότι οι στενές και ζεστές σχέσεις μεταξύ πατέρα και παιδιού δρουν προστατευτικά ακόμη και όταν ο πατέρας είναι χρήστης. Το εύρημα αυτό ωστόσο ήταν αντίθετο με άλλα παρόμοια έρευνας.

Η ποιότητα της αλληλεπίδρασης μητέρων με πεντάχρονα παιδιά συσχετίζεται με τη συστηματική χρήση μαριχουάνας από το παιδί στα 18 του χρόνια. Η ανοικτή επικοινωνία μεταξύ γονιού-παιδιού είναι αρνητικά συσχετισμένη με τη χρήση ουσιών.

Η συζυγική δυσαρμονία και η οικογενειακή σύγκρουση συνιστά πιο σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της παραβατικότητας και της χρήσης ουσιών απ' ό,τι το διαζύγιο, που και αυτό αποτελεί σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας.

Τα στοιχεία των προγραμμάτων εφήβων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. «Στροφή» και «Πλεύση» δείχνουν ότι το ποσοστό των διαζευγμένων γονιών που τα προσεγγίζουν για βοήθεια είναι αρκετά υψηλότερο από το μέσο όρο του γενικού πληθυσμού.

Η ψυχική ασθένεια, οι διαταραχές προσωπικότητας και η εγκληματικότητα των γονέων συνιστούν παράγοντες επικινδυνότητας.

Τέλος, η παραμέληση και η φυσική/σεξουαλική κακοποίηση αποτελούν εξαιρετικά σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας για χρήση ουσιών και πολλά άλλα προβλήματα. Το ποσοστό συνύπαρξης διαταραχής χρήσης ουσιών και μετατραυματικού stress είναι υψηλό, ιδίως στις γυναίκες.

Ίσως ο πιο σημαντικός οικογενειακός παράγων προστασίας για ένα παιδί ή έναν έφηβο είναι να έχει μια ζεστή, θετική και μακρόχρονη σχέση μ' έναν ενήλικα που τον νοιάζεται και τον φροντίζει. Προστατευτικοί, τέλος, οικογενειακοί παράγοντες είναι το σταθερό και συνεκτικό οικογενειακό περιβάλλον, οι ρεαλιστικά υψηλές

γονικές προσδοκίες, η ύπαρξη ορίων, η καθοδήγηση και επίβλεψη, οι διαγενικοί οικογενειακοί δεσμοί, οι παραδόσεις και τελετουργίες, καθώς και η θρησκευτικότητα.

7. ΣΧΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Επισημαίνεται ισχυρή συνάφεια μεταξύ αποτυχίας στο σχολείο και της εφηβικής χρήσης ουσιών. Το ίδιο συμβαίνει και με την έλλειψη δέσμευσης στην εκπαιδευτική διαδικασία. Παράγοντες όπως απουσίες, υψηλός αριθμός αποβολών, φτωχές ακαδημαϊκές φιλοδοξίες, φτωχές σχέσεις με τους δασκάλους φαίνεται επίσης να έχουν υψηλή συσχέτιση με την εφηβική χρήση ουσιών.

8. ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΙ/ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σ' αυτή την ομάδα ανήκουν παράγοντες όπως η διαθεσιμότητα των ουσιών, η αντίληψη για την επιτρεπτικότητα ή μη της κοινότητας, όσον αφορά στη χρήση ουσιών, οι οικονομικές διαστάσεις της διακίνησης ουσιών σε μια δεδομένη κοινότητα, η νομοθεσία κ.λπ.

Οι έρευνες δείχνουν ότι η διαθεσιμότητα είναι ισχυρός επιβαρυντικός παράγων για την εφηβική και όχι μόνο χρήση ουσιών.

Όταν η διάθεση ουσιών και η πρόσβαση σ' αυτές είναι ευκολότερη, αυξάνεται η χρήση τους και αυτό ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες.

Η νομοθεσία, επιτρεπτική ή περιοριστική, επίσης επηρεάζει αντανakλώντας τις κοινωνικές νόρμες και την κοινωνική στάση έναντι της συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Η αντίληψη εκ μέρους των εφήβων για την ανεκτική στάση της κοινότητας απέναντι στη συμπεριφορά χρήσης έχειδειχθεί ότι αυξάνει τη χρήση, την κατάχρηση και την εξάρτηση.

9. ΠΡΟΛΗΨΗ

Από τη στιγμή που η εφηβική χρήση και κατάχρηση ουσιών γίνεται αντιληπτή σαν ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα όλων των κοινωνιών, οι προσπάθειες πρόληψης του προβλήματος ήταν και εξακολουθούν να είναι στο επίκεντρο της κοινωνικής πολιτικής κάθε κοινότητας/κοινωνίας. Οι προσπάθειες πρόληψης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε άμεσες και έμμεσες. Οι άμεσες συνήθως προσπαθούν να περιορίσουν την προσφορά και τη ζήτηση ουσιών μέσω αλλαγών πολιτικής, αστυνόμευσης για περιορισμό του εμπορίου, εκπαίδευσης γύρω από τους κινδύνους των ναρκωτικών και προγραμμάτων απόκτησης δεξιοτήτων αντίστασης στις πιέσεις για χρήση. Η αποτελεσματικότητα των παραπάνω προσπαθειών είναι αμφίβολη,

όπως δείχνουν οι έρευνες. Περισσότερο αποτελεσματικές αποδεικνύονται οι έμμεσες προσπάθειες έγκαιρης παρέμβασης σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, που επιδιώκουν να μειώσουν τους παράγοντες επικινδυνότητας (παραβατικότητα, σχολική αποτυχία, οικογενειακή σύγκρουση) και να αυξήσουν εκείνους που δρουν προστατευτικά με στόχο να ενισχύσουν την ανθεκτικότητα και την ψυχική υγεία κάποιου εφήβου. Τα προγράμματα αυτά που προσπαθούν να παρέμβουν από τη γέννηση κάποιου και καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξής του ή ακόμη στην έναρξη της εφηβικής χρήσης, δίνουν θετικά αποτελέσματα και σήμερα είναι στο επίκεντρο των προσπαθειών πρόληψης.

10. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η δημιουργία και στη συνέχεια η πετυχημένη εφαρμογή ενός σχεδίου θεραπείας προϋποθέτει την αναγνώριση των αναγκών που έχει ο συγκεκριμένος έφηβος τη δεδομένη στιγμή αλλά και σ' ένα βάθος χρόνου. Έτσι, το σχέδιο θεραπείας μπορεί να γίνει αναγνωρίζοντας συγκεκριμένα προβλήματα και σχεδιάζοντας απαντήσεις σ' αυτά τα προβλήματα.

Η αναγνώριση αυτών των προβλημάτων μάς θέτει ενώπιον του ζητήματος της αξιολόγησης της χρήσης, κατάχρησης και εξάρτησης στην εφηβεία, που σήμερα πλέον γίνεται με συγκεκριμένους τρόπους και εργαλεία που έχουν σχεδιαστεί και σταθμιστεί έτσι ώστε να είναι ευαίσθητα στα ειδικά προβλήματα αλλά και τις ανάγκες των εφήβων χρηστών ουσιών.

Σήμερα υπάρχουν εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται τόσο στη φάση εντοπισμού πιθανών περιπτώσεων που χρήζουν βοήθειας (screening) όσο και στην περαιτέρω αξιολόγηση (evaluation/diagnosis) για τον καθορισμό της έκτασης των προβλημάτων και της λήψης της απόφασης για συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Τέτοια εργαλεία που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι το Drug Use Screening Inventory (DUSI), το Teen Addiction Severity Index (T-ASI), το Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A), το Adolescent Assessment /Referral System (AARS), το Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD), το οποίο χρησιμοποιείται και στην Ελλάδα αφού έχει προσαρμοσθεί στην Ελληνική από το Τμήμα Έρευνας του ΚΕ.Θ.Ε.Α., κ.ά.

Ανεξαρτήτως εργαλείου και μοντέλου αξιολόγησης, οι τομείς που αξιολογούνται είναι συνήθως η χρήση απαγορευμένων αλλά και νόμιμων ουσιών, οι επιπτώσεις της χρήσης αυτής, το ιστορικό σωματικής και ψυχικής υγείας, το σχολικό, το επαγγελματικό, το δικαστικό, το σεξουαλικό ιστορικό, οι σχέσεις στην οικογένεια, οι σχέσεις με συνομηλίκους, η συμμετοχή σε συμμορίες ή βίαια επεισόδια,

οι διαπροσωπικές δεξιότητες, η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, το οικογενειακό περιβάλλον και εκείνο της γειτονιάς/κοινότητας. Λόγω της εμπλοκής της υπόλοιπης οικογένειας στη θεραπευτική αντιμετώπιση εφήβων χρηστών ουσιών, η αξιολόγηση προσανατολίζεται επιπλέον στην οικογενειακή λειτουργικότητα. Εργαλεία για την αξιολόγηση αυτή είναι το Family Adaptability and Cohesion Scales (FACES II και III), το Family Environment Scale (FES), το Family Assessment Device (FAD), το Self-Report Family Inventory (SFI) κ.ά.

Οι επιμέρους τομείς που αξιολογούν οι παραπάνω κλίμακες στην οικογένεια είναι η αρχηγία, τα όρια και οι κανόνες, το συναίσθημα και οι σχέσεις, η επικοινωνία και τα σταθερά σχήματα συνδιαλλαγής, η επίλυση προβλημάτων, οι συμμαχίες, οι ρόλοι, η συνοχή και προσαρμογή της οικογένειας, τα υποστηρικτικά προς την οικογένεια συστήματα και οι δυνάμεις της οικογένειας.

Η επόμενη φάση της αξιολόγησης είναι ο σχεδιασμός της θεραπευτικής παρέμβασης. Στο σχεδιασμό αυτό, που πάντοτε περιλαμβάνει τη μεταθεραπευτική φροντίδα, θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι οι απαντήσεις που θα επιχειρήσουμε, ανταποκρίνονται σε άμεσα - οξεία αλλά και συσσωρευμένα - χρόνια προβλήματα σε όλα τα επίπεδα, όπως το βιολογικό, το ψυχολογικό, το οικογενειακό, το επίπεδο των σχέσεων με τους συνομήλικους, την κοινότητα και την ευρύτερη κοινωνία. Κατ' ελάχιστον, ένα πλάνο θεραπείας πρέπει να αναγνωρίζει συγκεκριμένα προβλήματα, να θέτει θεραπευτικούς στόχους, να σχεδιάζει θεραπευτικές επιμέρους παρεμβάσεις και να καταρτίζει ένα χρονοδιάγραμμα υλοποίησής τους.

Το θεραπευτικό πλάνο έχει περισσότερη πιθανότητα επιτυχίας όταν δεν σχεδιάζεται μονομερώς από τον θεραπευτή αλλά σε συνεργασία με τον έφηβο και την οικογένειά του.

Αξιολογώντας τις ανάγκες του εφήβου και ολοκληρώνοντας το θεραπευτικό σχεδιασμό ερχόμαστε στο επόμενο στάδιο που είναι η τοποθέτηση στο συνεχές φροντίδας, όπου θα υλοποιηθεί ο σχεδιασμός αυτός.

Όπως υπάρχει ένα συνεχές της χρήσης - κατάχρησης - εξάρτησης, έτσι πρέπει να υπάρχει και ένα συνεχές παροχής φροντίδας στους εφήβους που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ουσιών. Είναι αυτονόητο ότι άλλου είδους παρεμβάσεις χρειάζεται ένας 15χρονος που βρίσκεται στα αρχικά επίπεδα χρήσης κάνναβης και άλλες ένας 18χρονος συστηματικός χρήστης ενέσιμης ηρωίνης. Άλλη κάποιος που έχει εγκαταλείψει το σχολείο και έχει σοβαρά οικογενειακά προβλήματα και άλλη ένας χωρίς τα παραπάνω χαρακτηριστικά.

Σήμερα, λιγότερο ή περισσότερο, η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί με την ανάγκη ύπαρξης τεσσάρων επιπέδων φροντίδας: τη φροντίδα σε εξωτερική βάση, όπου η παροχή υπηρεσιών μέχρι 9 ώρες την εβδομάδα ορίζεται ως μη εντατική και από 9-20 ώρες ως εντατική, τη φροντίδα σε κέντρο ημέρας με περισσότερη

των 20 ωρών εβδομαδιαίως παροχή υπηρεσιών, τη φροντίδα σε κέντρο διαμονής με 24ωρη φροντίδα και τέλος τη φροντίδα με ιατρική παρακολούθηση σε νοσοκομείο ή ειδικό κέντρο πάλι σε 24ωρη βάση.

Για να τοποθετήσουμε έναν έφηβο σε συγκεκριμένο επίπεδο φροντίδας λαμβάνουμε υπόψη μας μεταβλητές όπως την προτίμηση του προσερχομένου, την προθυμία για θεραπεία, την αξιολόγηση των προβλημάτων του, την πορεία της διαταραχής χρήσης ουσιών, την ανταπόκριση σε προηγούμενη θεραπεία, το οικογενειακό ιστορικό, τη διανοητική του κατάσταση, την ιατρική και ψυχολογική του κατάσταση, την ύπαρξη στερητικού συνδρόμου ή τοξίκωσης, την πιθανότητα υποτροπής, την ηλικία, το φύλο, το σεξουαλικό προσανατολισμό, την κουλτούρα, τη γλώσσα, τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών, τη δυνατότητα πρόσβασης και την ύπαρξη άλλων εξαρτώμενων ατόμων.

Κριτήρια τοποθέτησης ενός εφήβου σε Πρόγραμμα Εξωτερικής Φροντίδας είναι:

- 1) Η απουσία οξέων ή χρόνιων σοβαρών ιατρικών, ψυχολογικών ή συμπεριφορικών προβλημάτων,
- 2) Να μην έχει προηγούμενη θεραπεία για κατάχρηση ουσιών και να έχει ένα διαπροσωπικό περιβάλλον επαρκώς υποστηρικτικό για αποχή,
- 3) Να έχει προηγούμενη επιτυχή θεραπεία σε εξωτερική βάση και ένα διαπροσωπικό περιβάλλον επαρκώς υποστηρικτικό για αποχή και
- 4) Να αναμένουμε ωφέλεια από ένα περισσότερο δομημένο θεραπευτικό πρόγραμμα και να έχει όμως ένα διαπροσωπικό περιβάλλον ικανώς υποστηρικτικό για αποχή.

Τοποθετούμε κάποιον έφηβο σε πρόγραμμα Κέντρου Ημερήσιας Φροντίδας.

Ανοιχτή Θεραπευτική Κοινότητα:

- 1) Όταν έχει ανεπιτυχή προσπάθεια θεραπείας σε εξωτερικής βάσης πρόγραμμα και απουσία οξέων ή χρόνιων ιατρικών, ψυχολογικών ή συμπεριφορικών προβλημάτων,
- 2) Όταν έχει υποτροπιάσει κατά τη διάρκεια εξωτερικής μεταθεραπευτικής φροντίδας μετά από μία περίοδο επιτυχημένης εσωτερικής θεραπείας ή θεραπείας σε πρόγραμμα διαμονής και
- 3) Ως συνέχιση της θεραπείας του σε ένα λιγότερο δομημένο πλαίσιο ως επακόλουθο μιας πετυχημένης παρέμβασης σε ενδονοσοκομειακό ή επίπεδο διαμονής.

Κριτήρια τοποθέτησης σε πρόγραμμα Θεραπευτικής Κοινότητας Διαμονής ή άλλου Κέντρου Διαμονής είναι:

- 1) Η αποτυχημένη απόπειρα θεραπείας σε λιγότερο δομημένο πλαίσιο,
- 2) Η πιθανότητα αποτελεσματικότερης έκβασης της θεραπευτικής του πορείας σε λιγότερο δομημένο πλαίσιο, αλλά υψηλός κίνδυνος για υποτροπή λόγω ανεπαρκούς υποστηρικτικού περιβάλλοντος και
- 3) Η ύπαρξη οξέων ή χρόνιων ιατρικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και όχι μόνο.

Τέλος, τα κριτήρια τοποθέτησης σε Πρόγραμμα Εσωτερικής Νοσοκομειακής Φροντίδας είναι:

- 1) Αποτυχημένη απόπειρα θεραπείας σε λιγότερο δομημένο πλαίσιο και
- 2) Η ύπαρξη σοβαρών οξέων ή χρόνιων ιατρικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και όχι μόνο.

Στοχεύοντας στην όσο το δυνατόν καλύτερη και πληρέστερη παροχή υπηρεσιών θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι το πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνουν χώρα οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μας τις επηρεάζει καθοριστικά. Οι παρεμβάσεις μας πρέπει να είναι προσανατολισμένες προς τη δράση. Στη δουλειά με εφήβους γενικότερα αλλά και ειδικά με εφήβους χρήστες ενδείκνυνται άμεσες και με εμπλοκή παρεμβάσεις και όχι παθητικές και απόμακρες. Τέλος, οι παρεμβάσεις μας επηρεάζονται από μεταβλητές όπως το εξελικτικό υποστάδιο του εφήβου, το φύλο, το γενικό επίπεδο ψυχολογικής λειτουργικότητας και το στάδιο αποθεραπείας.

Μελετώντας τα προγράμματα θεραπείας για έφηβους με προβλήματα χρήσης ουσιών προκύπτουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, που σε διαφορετικό βαθμό τα συναντούμε σε όλα. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι:

- 1) Η ανάγκη αποχής από ουσίες κατά τη διάρκεια θεραπείας.
- 2) Η προσφορά υπηρεσιών εξελικτικά κατάλληλων για τις ανάγκες του εφήβου.
- 3) Η συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπεία.
- 4) Η εκπαίδευση των εφήβων όσον αφορά στα θετικά και τα αρνητικά της χρήσης ουσιών.
- 5) Οι παρεμβάσεις έχουν στόχο και τη διακοπή της χρήσης και την αντιμετώπιση υποβοσκομένων θεμάτων.
- 6) Η έμφαση σε εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς στόχους.
- 7) Η μεγάλη προσοχή σε θέματα υποτροπής.

Για να πετύχουν τους στόχους τους τα θεραπευτικά προγράμματα για εφήβους έχουν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό αναπτύξει ολοκληρωμένες παρεμβάσεις που ξεκινούν από την υποδοχή και καταλήγουν στη μεταθεραπευτική φροντίδα. Ένα ολοκληρωμένο τέτοιο πρόγραμμα περιλαμβάνει: διαδικασίες υποδοχής, αρχικές και περαιτέρω αξιολογήσεις, υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης για βοήθεια, σωματική αποτοξίνωση, ιατρική φροντίδα, υπηρεσίες διπλής ή πολλαπλής διάγνωσης, θεραπευτικά συμβόλαια, ατομικό πλάνο θεραπείας, πρωτόκολλα προόδου, συμμετοχή σε εργασίες, ομαδική, ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία, εξετάσεις για χρήση ουσιών, διδακτικές ομάδες και σεμινάρια, ακαδημαϊκή και όχι μόνο εκπαίδευση, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, ειδικές θεραπευτικές ομάδες, υπηρεσίες επανένταξης, μεταθεραπευτικής φροντίδας και πρόληψης υποτροπής, υπηρεσίες νομικής υποστήριξης, ομαδική οικογενειακή θεραπεία, εκπαίδευση γονέων σε γονικές δεξιότητες, ομάδες ζευγαριών, ομάδες αλληλοβοήθειας. Όλα τα προγράμματα θα πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή σχεδιάζοντας και υλοποιώντας παρεμβάσεις για να αντιμετωπίσουν θέματα ειδικών πληθυσμών εφήβων, όπως είναι οι έφηβοι χρήστες με σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές άγχους, συναισθήματος, διατροφής, προσωπικότητας, οι έφηβοι χρήστες με σχιζοφρένεια κ.λπ., οι έφηβοι που έχουν υποστεί φυσική ή/και σεξουαλική κακοποίηση και οι έφηβοι με γονείς χρήστες.

Παρόλο που υπάρχουν δυσκολίες και ελλείψεις στην έρευνα που αφορά στη θεραπεία εφήβων χρηστών, τη διαφορετική μεθοδολογία και τον ορισμό του προβλήματος που χρησιμοποιούν διάφοροι ερευνητές, τον ορισμό της αποτελεσματικότητας κ.ά., οι υπάρχουσες μελέτες υποστηρίζουν ότι η θεραπεία είναι καλύτερη από τη μη-θεραπεία, ότι για κάθε νομισματική μονάδα επένδυσης στη θεραπεία έχουμε όφελος 4-7, ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ διαφόρων τύπων θεραπευτικής παρέμβασης όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα και ότι η συμμετοχή σε θεραπεία, διάρκειας μικρότερης των 90 ημερών, μάλλον δεν είναι αποτελεσματική. Η έρευνα ταυτοποίησε και κάποιους παράγοντες που προβλέπουν θετική ή αρνητική έκβαση της θεραπείας. Η προθεραπευτική βαρύτητα χρήσης ουσιών, το ξεκίνημα της χρήσης σε μικρή ηλικία, το ιστορικό εγκληματικότητας, η σχολική αποτυχία, η σοβαρή ψυχοπαθολογία συσχετίζονται με φτωχή θεραπευτική εξέλιξη. Παράγοντες που βοηθούν σε θετική έκβαση της θεραπείας είναι το ισχυρό κίνητρο του εφήβου, η καλή σχέση με τους θεραπευτές, η ύπαρξη ειδικών υπηρεσιών στο πρόγραμμα και η συμμετοχή των γονέων στη θεραπευτική διαδικασία.

11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρήση και κατάχρηση ουσιών από εφήβους αποτελεί αναμφίβολα ένα σοβαρό πρόβλημα. Η ανησυχία των κοινωνιών σ' ολόκληρο τον πλανήτη οδήγησε σε ερευνητικές προσπάθειες ταυτοποίησης παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας, εντοπισμού διεργασιών και διαδρομών προς τη χρήση και την εξάρτηση, καθώς και μελέτης της αποτελεσματικότητας δράσεων πρόληψης και θεραπείας. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών αυτών έχει όμως επικεντρωθεί σε πληθυσμούς ενηλίκων.

Αν και οι σχετικές με την εφηβεία μελέτες μάς έχουν δώσει σημαντικά στοιχεία, χρειάζεται προσοχή στην αξιολόγηση των ευρημάτων τους και ιδιαιτέρως στην συγκρισιμότητά τους λόγω έλλειψης μιας γενικά αποδεκτής μεθοδολογίας, κυρίως στις έρευνες αποτελεσματικότητας.

Είναι ανάγκη πρώτης προτεραιότητας να συνεχισθούν και συστηματοποιηθούν οι έρευνες αυτές έτσι ώστε οι όποιες παρεμβάσεις μας να ανταποκρίνονται στη συμπλοκότητα και διαφορετικότητα των αναγκών της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας.

Η παρέμβαση στο πρόβλημα σ' αυτή την ηλικία μάς δίνει τη δυνατότητα να αποτρέψουμε περαιτέρω εμπλοκή του εφήβου στη χρήση και πιθανές ή σίγουρες συνέπειες που αργότερα ίσως είναι εξαιρετικά δύσκολο να ανατραπούν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγραφιώτης Δ., Καμπριάνη Ε., Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Συνοπτική θεώρηση της ερευνητικής μελέτης, *Εξαρτήσεις*, 2: 14-39, 2002.
2. Calkins R.F., Banks C.E., Greene J.M., Weiner B.J., *The Michigan Substance Abuse Risk and Protective Factors 2000/2001. Student Survey: Public School Results*, Michigan Dept. of Community Health, 2002.
3. ΕΚΤΕΠΝ. *Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα 2002*, Αθήνα, ΕΠΙΨΥ, 2003.
4. Essau C.A., (ed). *Substance Abuse and Dependence in Adolescence*, Hove, Brunner - Rautledge, 2002.
5. Gartner L., Mee-Lee D., *The Role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance use disorders TIP 13*, Rockville M.D., DHHS, 1995.
6. Hawkins J.D., Gatalano R.F., Miller J.Y., Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention, *Psychological Bulletin*, 112 (1): 64-105, 1992.

7. Hibell B., Andersson B., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnasan T., Kokkevi A., Morgan M., *The 1999 ESPAD Report: alcohol and other drug use among students in 30 European Countries*, Στοκχόλμη, CAN, 2000.
8. Hser, Grella C.E., Hubbard R.L., Hsieh S., Fletcher B.W., Brown B.S., Anglin D., An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 U.S. cities, *Archives of General Psychiatry*, 58(8): 689-695, 2001.
9. Johnson R.A., Hoffmann J.P., Gerstein D.R., *The Relationship Between Family Structure and Adolescent Substance Use*, Rockville M.D., SAMHSA, OAS, 1996.
10. Καλαρρύτης Γ., Ρήγος Η., Ανδρουλάκη Δ., Ζώτου Σ., Ζερβού Χ., *Χαρακτηριστικά των εφήβων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών που προσέγγισαν τη "Στροφή" και την "Πλεύση" το 2000*, Αθήνα, ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Στροφή - Πλεύση), 2001.
11. Kaminer Y., Tarter R.E., Adolescent Substance Abuse in M. Galanter and H.D. Kleber (eds) *Textbook of Substance Abuse Treatment*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999.
12. McLellan T., Dembo R., *Screening and Assessment of Alcohol and Other Drug-Abusing Adolescents TIP 3*, Rockville M.D., DHHS, 1993.
13. NIDA. *Preventing drug use among children and adolescents*, Rockville, DHHS, 2003.
14. Ρήγος Η., Ζώτου Σ., Κοπακάκη Μ., *Χαρακτηριστικά των εφήβων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών που προσέγγισαν τη "Στροφή" το 2002*, Αθήνα, ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Στροφή), 2003.
15. Rounds - Bryant J.L., Kristiansen P.L., Hubbard R.L., Drug Abuse Treatment Outcome Study of Adolescents. A Comparison of Client Characteristics and Pretreatment Behavior in Three Treatment Modalities, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(4): 573-591, 1999.
16. Sanjuan P.M., Langenbucher J.W., *Age-Limited Populations: Youth, Adolescents, and Older Adults*, in BS McCrady and EE Epstein (eds). *Addiction. A Comprehensive Guidebook*. New York, Oxford University Press, 1999.
17. Smith C., Lizotte A.J., Thoruberry T.P., Krohn M.D., *Resilient youth: Identifying factors that prevent high - risk youth from engaging in delinquency and drug use*, In: Hagan J. (ed) *Delinquency and Disrepute in the Life Course*, Greenwich, C.T., JAI Press, 1995.
18. Winters K.C., *Treatment of Adolescents with Substance Use Disorders TIP 32*, Rockville M.D., DHHS, 1999.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Ι. Α. ΛΙΑΠΠΑΣ

Β. ΠΟΜΙΝΙ

ουσιοεξάρτηση

ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

*