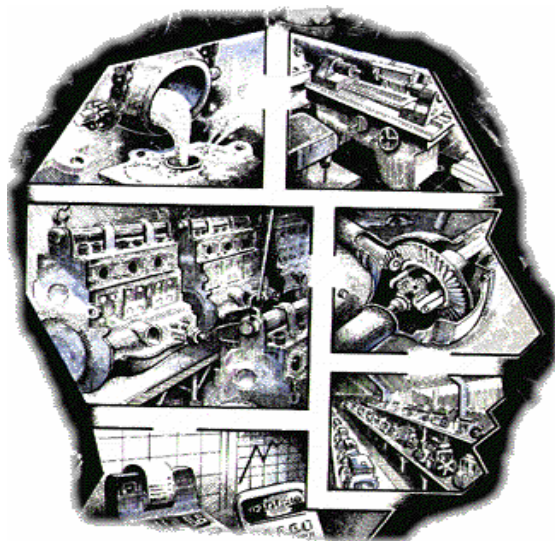


ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ & ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ & ΜΜΕ
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: κα Παυλοπούλου Ι.**

Διπλωματική Εργασία με θέμα:

«ΜΗΝΥΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ»



**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Ιωακειμίδου Αγγελική
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 6204M006**

ΑΘΗΝΑ 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	σελ. 3
------------------------------	--------

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αγωγή Υγείας

• Προσεγγίσεις σε θέματα υγείας και αρρώστιας.....	σελ. 4
• Στόχοι αγωγής υγείας.....	σελ. 7
• Συμπεριφορές πρόληψης και προγράμματα αγωγής υγείας...	σελ. 9
• Προσεγγίσεις στην αγωγή υγείας.....	σελ. 11
• Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.....	σελ. 23
• Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.....	σελ. 30
• Κοινωνική νοηματοδότηση του χρήστη.....	σελ. 33

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Σημειολογία των μηνυμάτων αγωγής υγείας

• Πλαισιώνοντας τη σημειολογία των μηνυμάτων αγωγής υγείας.....	σελ.37
• Σχεδιασμός-Εφαρμογή-Αξιολόγηση Προγράμματος Αγωγής Υγείας.....	σελ. 40
• Δόμηση μηνυμάτων αγωγής υγείας:.....	σελ. 48

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Πρόσληψη/επεξεργασία μηνυμάτων: από το κοινό στις δυνητικές επιδράσεις

• Ακροατήρια και ανάλυση της λήψης (<i>reception analysis</i>).....	σελ. 50
• Επιδράσεις.....	σελ. 56
• Εντυπωσιασμός στα Μέσα.....	σελ. 60

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

Έρευνες

- Εκτίμηση κινδύνου..... σελ. 70
- Ανασταλτικοί και διευκολυντικοί παράγοντες..... σελ. 74
- Οι Κανόνες Παρέμβασης..... σελ. 103

ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ

- Σύνοψη..... σελ. 106
- Συμπεράσματα..... σελ. 112
- Βιβλιογραφία..... σελ. 114

ΜΕΡΟΣ ΕΚΤΟ

Παράρτημα.....σελ. 118

- Έρευνα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. για τα κοινωνικογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. τα έτη 1995-2002
- Η νέα Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά 2005 - 2012
- Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2005: Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οικογενειακών στην Ελλάδα:
 - κεφάλαιο 1: Εθνική Στρατηγική και Νομοθεσία για τα Ναρκωτικά
 - κεφάλαιο 2: Η Έκταση της Χρήσης στον Πληθυσμό
 - κεφάλαιο 3: Πρόληψη – Εξελίξεις και Παρεμβάσεις

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης υπό το πρίσμα των μηνυμάτων αγωγής υγείας. Πιο συγκεκριμένα στην εν λόγω εργασία παραθέτουμε στοιχεία που αφορούν τη δόμηση των μηνυμάτων υγείας πλαισιωμένα με τις κατάλληλες έρευνες που αναφέρονται στους διευκολυντικούς και ανασταλτικούς παράγοντες που οδηγούν στη χρήση τοξικών ουσιών καθώς και σε κάποιες άλλες έρευνες γενικότερου περιεχομένου που υποβοηθούν όμως εξίσου σημαντικά στην άντληση στοιχείων για την δόμηση των υπό ανάλυση μηνυμάτων.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι η παρακάτω: Αρχικά αποσαφηνίζεται και αναλύεται η έννοια της **«αγωγής υγείας»** με τις διάφορες παραμέτρους της καθώς και η δράση και συμβολή του **Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας**. Στο δεύτερο μέρος παρατίθεται η μεθοδολογία και η **σημειολογία των μηνυμάτων αγωγής υγείας**, πράγμα που βοηθάει να αντιληφθούμε πιο ολιστικά την έννοια την χρησιμότητα των εν λόγω μηνυμάτων. Οι **επιδράσεις** των μηνυμάτων γενικότερα καθώς και η **επιρροή** των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας μέσω **τεχνικών εντυπωσιασμού** αναλύονται στο τρίτο μέρος, ενώ όλα τα παραπάνω συμπληρώνονται από **έρευνες** επιστημονικών οργανισμών όπως του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., NIDA, NHSDA, Ινστιτούτο Ερευνών Νεότητας ALBERTA, Ινστιτούτο Ερευνών Triangle, IREFREA, ΚΕ.Θ.Ε.Α. και πολλών άλλων.

Η σύνοψη και τα συμπεράσματα παρατίθενται στο πέμπτο μέρος της εργασίας, ενώ υπάρχει και ένα τελευταίο μέρος με παράρτημα που αφορά κάποιες ενδιαφέρουσες έρευνες και επίκαιρες εξελίξεις / πληροφορίες από το χώρο της τοξικοεξάρτησης.

Σημειώνεται ότι στο τέλος κάθε ενότητας ακολουθεί μια συνοπτική παράγραφος με τις σημαντικότερες αναφορές.

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ

Η *υγεία* σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Η *δημόσια υγεία* στοχεύει στην πρόληψη μεταδιδόμενων ασθενειών. Η *αγωγή υγείας* ως κλάδος της δημόσιας υγείας αποτελεί μια δυναμική δραστηριότητα που έχει στόχο την αντικατάσταση συμπεριφορών που θίγουν τη δημόσια υγεία με αυτές που την προάγουν. Η ανάγκη που έρχεται να καλύψει η Αγωγή Υγείας θα μπορούσε να οριστεί ως:

«τη διαδικασία εκείνη που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας τους».

Ο ορισμός της Αγωγής Υγείας επιδέχεται μια ευρύτερη και μια αυστηρότερη ερμηνεία. Σύμφωνα με την ευρύτερη ερμηνεία, η Αγωγή Υγείας αφορά όλες εκείνες τις εμπειρίες ενός ατόμου, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας, που επιδρούν και επηρεάζουν τις αξίες, τις στάσεις, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Αυτή η ευρύτερη ερμηνεία αναγνωρίζει ότι πολλές εμπειρίες, θετικές και αρνητικές, επιδρούν στη σκέψη, στα αισθήματα και στην πράξη των ανθρώπων. Γι' αυτό και δεν περιορίζει το εύρος της δράσης της Αγωγής Υγείας μόνο σε σχεδιασμένες και οργανωμένες δραστηριότητες.

Σύμφωνα με την αυστηρότερη ερμηνεία, ο όρος «Αγωγή Υγείας» κατά κανόνα σημαίνει τις προγραμματισμένες προσπάθειες που αποσκοπούν στην προώθηση των βασικών στόχων της Αγωγής Υγείας στα πλαίσια της Προαγωγής Υγείας. Η δεύτερη αυτή ερμηνεία είναι και αυτή που χρησιμοποιείται περισσότερο στον ακαδημαϊκό χώρο.

Με βάση το συγκεκριμένο αυτό περιεχόμενο, η Αγωγή Υγείας αποτελεί αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι της Προαγωγής Υγείας, αλλά και ουσιαστική συνιστώσα της Θεραπευτικής διαδικασίας και της σωστής χρήσης και αξιοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Σχετικά με το ρόλο της Αγωγής Υγείας στη θεραπευτική αγωγή των αρρώστων, είναι φανερό η συμβολή της σωστής ενημέρωσης και της ενεργού συμμετοχής του ασθενή στην επιτυχία κάθε Θεραπευτικού σχήματος. Η γνώση της σημασίας κάθε Θεραπευτικού μέτρου, η επίγνωση των πιθανών κινδύνων και η προσαρμογή στις απαιτήσεις ενός Θεραπευτικού σχήματος, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική καταπολέμηση της αρρώστιας.

Η ίδια ανάγκη ενημέρωσης και συμμετοχής, ισχύει και στον τομέα της χρήσης των υπηρεσιών που προσφέρει ένα σύστημα υγείας. Χωρίς τη σωστή ενημέρωση του κοινού για τις υπάρχουσες υπηρεσίες, τη λειτουργία τους, την κατανομή τους κτλ. και χωρίς την υιοθέτηση από το κοινό, στάσεων και συμπεριφορών που να διευκολύνουν την αξιοποίηση των υπηρεσιών, είναι αναπόφευκτο να δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα που μπορεί άλλοτε να οδηγούν στη μη αξιοποίηση των υπηρεσιών, άλλοτε στην υπερβολική ζήτησή τους, άλλοτε στη λαθεμένη χρήση τους και όχι σπάνια ακόμα και στην επικίνδυνη κατανάλωσή τους (π.χ. φάρμακα, ακτινογραφίες κ.λ.π.).

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι στα πλαίσια της αναζήτησης πλουραλιστικών και δημοκρατικών μορφών κοινωνικής οργάνωσης, οι αντιλήψεις για την υγεία δεν μπορεί να είναι ούτε ενιαίες ούτε μονολιθικές. Υπάρχουν σίγουρα περισσότερες από μια μορφές θεραπείας για κάθε πρόβλημα και πολλαπλοί τρόποι κατάκτησης της επιθυμητής σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Στα πλαίσια αυτού του προβληματισμού, η Αγωγή Υγείας επιδιώκει τη δυνατότητα ελεύθερων επιλογών, μέσα από τη γνώση και την υπευθυνότητα και όχι την επιβολή ή την προπαγάνδισή κάποιας αλήθειας όσο και αν αυτή τεκμηριώνεται επιστημονικά.

Ο ορισμός της υγείας εξαρτάται κυρίως από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου.¹ Στη σύγχρονη εποχή κυριαρχούν δύο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και αρρώστιας. Το «βιοϊατρικό» μοντέλο υγείας, στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας και το «βιοψυχοκοινωνικό» μοντέλο υγείας που αποτελεί μια πρόσφατη προσέγγιση.

¹ Παγκόσμια έρευνα για την υγεία στο μαθητικό πληθυσμό, Μαρίνα Τερζίδου, Άννα Κοκκέβη, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα Ιούνιος 2001.

Πιο συγκεκριμένα η σύγχρονη δυτική ιατρική βασίζεται στο «βιοϊατρικό μοντέλο» το οποίο στηρίζεται στη θεώρηση του Καρτέσιου, ο οποίος παραλλήλιζε το ανθρώπινο σώμα με «μηχανή» που μπορεί να γίνει κατανοητή όταν αναλυθούν τα τμήματα που την αποτελούν. Όταν αυτή η οργανική μηχανή δεν λειτουργεί φυσιολογικά τότε το άτομο θεωρείται άρρωστο και ο ρόλος του προσωπικού υγείας περιορίζεται στην επιδιόρθωση της δυσλειτουργίας του τμήματος που πάσχει. Αναλυτικότερα το «βιοϊατρικό μοντέλο» στηρίζεται στις εξής παραδοχές:

- Στο διψισμό πνεύματος-σώματος, πράγμα που σημαίνει όπως προαναφέραμε ότι το πνεύμα και το σώμα αποτελούν ξεχωριστές οντότητες.
- Δεδομένου ότι το σώμα αντιμετωπίζεται ως μηχανή που χρειάζεται επισκευή, έτσι και οι γιατροί μπορούν να δράσουν ως «μηχανικοί».
- Δίνεται έμφαση στην επιτακτική αναγκαιότητα της τεχνολογίας.
- Η βιοϊατρική είναι αναγωγική (reductionist), με την έννοια ότι εστιάζει την προσοχή στα βιολογικά αίτια των ασθενειών, παραβλέποντας κοινωνικούς ή ψυχολογικούς νοσογόνους παράγοντες.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες το υπό ανάλυση μοντέλο έχει επανειλημμένα δεχτεί κριτική, τόσο από το ευρύ κοινό όσο και από τον ακαδημαϊκό χώρο. Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας δεν μπορεί να εξηγήσει φαινόμενα όπως οι ψυχοσωματικές αρρώστιες και οι ατομικές διαφορές μεταξύ ασθενών ως προς τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας τους. Επιπλέον απαξιεί να τοποθετήσει το ανθρώπινο σώμα στο γενικό κοινωνικο-περιβαλλοντικό του πλαίσιο, αφού παραγνωρίζονται οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην επανεμφάνιση μια νέας οργανικής ή ψυχικής διαταραχής.²

Στις αρχές του 20ου αιώνα ορισμένοι ψυχίατροι και ψυχολόγοι επιδίωξαν να εντάξουν ψυχολογικές συνιστώσες στην προσέγγιση σε θέματα υγείας. Το ενδιαφέρον αυτό συνέβαλε στη διαμόρφωση του «βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου». Αναλυτικότερα το υπό συζήτηση μοντέλο αντιλαμβάνεται την υγεία και την αρρώστια ως δύο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός ενιαίου συστήματος. Εδώ η υγεία εξαρτάται από το φυσικό και το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, το οποίο διαρκώς μεταβάλλεται. Έτσι η υγεία αντιμετωπίζεται ολοκληρωτικά τόσο σε σωματικό όσο και σε διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, ενώ η αρρώστια γίνεται αντιληπτή ως μια ύπαρξη ανισορροπίας η οποία δεν οφείλεται μόνο σε μια συγκεκριμένη αιτία αλλά σε ένα σύνολο οργανικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το άτομο με βασικότερο από όλους το

² Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, Sarah Nettleton, Νοέμβριος 2002.

ψυχολογικό στρες. Στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου όλες οι ασθένειες θεωρούνται «ψυχοσωματικές» καθώς η ψυχή και το σώμα αλληλεπιδρούν.³

Στόχοι αγωγής υγείας

Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας, σύμφωνα , με τον Τούντα⁴ συγκεκριμενοποιούνται στους εξής βασικούς στόχους:

1. Ευαισθητοποίηση
2. Παροχή γνώσεων
3. Ιεράρχηση αξιών
4. Αλλαγή απόψεων
5. Λήψη αποφάσεων
6. Αλλαγή συμπεριφοράς
7. Αλλαγή περιβάλλοντος

1. Ευαισθητοποίηση

Ο πρώτος στόχος ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, αφορά τη συνειδητοποίηση του κοινού ή του εκπαιδευόμενου σχετικά με την ύπαρξη ενός προβλήματος. Πολλές φορές, προκειμένου να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση - συνειδητοποίηση, πρέπει να δοθούν ορισμένες βασικές πληροφορίες ώστε να γίνει αντιληπτό το μέγεθος και η σημασία του προβλήματος, π.χ. πληροφορώντας το κοινό ότι κάθε τσιγάρο αφαιρεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή, δίνεται μια πρώτη διάσταση του μεγέθους του προβλήματος.

2. Παροχή γνώσεων

Ο στόχος αυτός, αφορά την παροχή των απαραίτητων γνώσεων, σε θέματα όπου έχει προηγηθεί μια πρώτη ευαισθητοποίηση. Το να γνωρίζει κανείς ότι κάποια

³ Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Δαναή Παπαδάτου, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, εκδ. ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999.

καθημερινή συνήθεια είναι βλαβερή, δεν αρκεί για να πεισθεί για την ανάγκη καταπολέμησής της. Όταν μάλιστα απαιτούνται ιδιαίτερες προσπάθειες, το κοινό ή το άτομο πρέπει να είναι εξοπλισμένο με τις γνώσεις εκείνες που θα του ενισχύσουν τη βούληση για δράση και που θα κατευθύνουν τη δράση αυτή προς τη σωστή κατεύθυνση.

3. Ιεράρχηση αξιών

Οι αξίες του καθένα, οι βασικές πεποιθήσεις του και η γενικότερη ιδεολογία του, αποτελούν σημαντικά κομμάτι του πολύπλοκου ανθρώπινου ψυχολογικού κόσμου και συμβάλλουν καθοριστικά στις εκάστοτε απόψεις που διαμορφώνει, στις αποφάσεις που παίρνει και στις πράξεις που προβαίνει. Ο στόχος λοιπόν της ιεράρχησης αξιών, αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία. Πολλές φορές τα άτομα αγνοούν, παραγνωρίζουν ή υποτιμούν το τι είναι σημαντικό ή όχι για την υγεία τους, ή ακόμα την ίδια την μεγάλη αξία που έχει η υγεία τους για την ζωή τους.

4. Αλλαγή απόψεων

Ο στόχος αυτός, όπως και ο προηγούμενος, αφορά την τροποποίηση ορισμένων βασικών πεποιθήσεων. Η μόνη διαφορά είναι ότι οι απόψεις αφορούν πλέον συγκεκριμένα ζητήματα της καθημερινής ζωής, που εξαρτώνται βέβαια από τις γενικότερες αξίες που έχουν υιοθετηθεί. Επειδή όμως πρόκειται για πιο συγκεκριμένες τοποθετήσεις, οι απόψεις που υπάρχουν για ένα ζήτημα, καθορίζονται εκτός από τις αξίες και από τις πληροφορίες που παρέχονται και από την εκάστοτε συναισθηματική φόρτιση.

5. Λήψη αποφάσεων

Από τη στιγμή που το κοινό ή ένα άτομο, ευαισθητοποιηθεί γύρω από ένα θέμα υγείας, εξοπλιστεί με τις απαραίτητες γνώσεις, ιεραρχήσει σωστά την αξία του και υιοθετήσει τις σωστές απόψεις, το επόμενο βήμα είναι να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση ή βελτίωση του προβλήματος. Η σημαντική αυτή διαδικασία στηρίζεται τόσο στην παροχή των απαραίτητων γνώσεων όσο και στη διαμόρφωση των κατάλληλων αξιών και απόψεων.

6. Αλλαγή συμπεριφοράς

⁴ www.panacea.med.uoa.gr

Η λήψη της κατάλληλης απόφασης, δεν οδηγεί πάντα και στην εκτέλεσή της. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα που η υλοποίηση μιας απόφασης συναντά εμπόδια και δυσκολίες, παρατηρείται συχνά εγκατάλειψη της προσπάθειας ή αποφυγή εκτέλεσής της. Γι' αυτό και η Αγωγή Υγείας παρέχει τη βοήθεια που χρειάζεται το κοινό ή ένα άτομο, προκειμένου να επιτύχει την υλοποίηση μιας αλλαγής. Άλλωστε η αλλαγή συμπεριφοράς, δηλαδή η επιτυχής εφαρμογή μιας ενεργητικής προσπάθειας, αποτελεί αναμφισβήτητα και το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

7. Αλλαγή περιβάλλοντος

Ο τελευταίος αυτός στόχος, αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού ή και κοινωνικού περιβάλλοντος προκειμένου να μειωθούν οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι. και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση των υγιεινών συμπεριφορών. Ο στόχος αυτός, περιλαμβάνει από αλλαγές μέσα στο σπίτι μέχρι και αλλαγές σ' όλη την κοινωνία. Οι γνώσεις, οι αξίες, οι απόψεις και οι πράξεις καθορίζονται σημαντικά από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Αν για παράδειγμα κάποιος περιβάλλεται συνέχεια από καπνιστές και βομβαρδίζεται με διαφημίσεις τσιγάρων, δύσκολα θα καταφέρει να μην υποκύψει στη συνήθεια του καπνίσματος.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι συμπεριφορές πρόληψης διακρίνονται σε τρία επίπεδα:

- **Πρωτογενής πρόληψη:** που έχει ως σκοπό την αποφυγή έναρξης παθογενετικών διαδικασιών που μπορεί να οδηγήσουν σε εκδήλωση κλινικών συμπτωμάτων.
- **Δευτερογενής πρόληψη:** τα μέτρα της οποίας αποσκοπούν στην προσυμπτωτική διάγνωση των ασθενειών σε πρώιμο στάδιο, ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή πρόγνωση και έγκαιρη παρέμβαση για την αποτροπή της εκδήλωσης μια σοβαρής ψυχοκοινωνικής λειτουργίας.
- **Τριτογενής πρόληψη:** εδώ επικεντρωνόμαστε στο άτομο που πάσχει και στόχος είναι η μείωση των βιοψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της αρρώστιας και η αποκατάσταση της υγείας του.⁵

Τα **προγράμματα αγωγής υγείας** στα οποία και θα επικεντρωθούμε στη παρούσα ανάλυση, έχουν να κάνουν με το **πρώτο επίπεδο πρόληψης**.

⁵ Ναρκωτικά: Τάσεις και εγκληματολογικές διαστάσεις στη σύγχρονη Ελληνική πραγματικότητα, επιμέλεια: Χριστινά Ζαραφωνίτου – Ιωάννα Τσιγκάνου, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2002

Αναλυτικότερα η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει *την ενημέρωση του μαθητικού πληθυσμού* και γενικότερα της νεολαίας, για τα ναρκωτικά και την εξάρτηση από αυτά, την *αγωγή σε θέματα υγείας και υγιεινής*, όπως επίσης και την *παρέμβαση σε χώρους ψυχαγωγίας και εργασίας των νέων*.

Στην Ελλάδα, βασικοί τύποι προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης είναι τα σχολικά, τα προγράμματα γονέων και τα πολυδιάστατα / κοινοτικά. Τα σχολικά προγράμματα απευθύνονται πρωτίστως στους μαθητές και δευτερευόντως στους γονείς τους και τους εκπαιδευτικούς. Τα προγράμματα γονέων περιλαμβάνουν ομάδες, σχολές και σεμινάρια γονέων με παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Τα πολυδιάστατα / κοινοτικά προγράμματα απευθύνονται στον ευρύτερο πληθυσμό της κοινότητας μέσω συντονισμένων επιμέρους παρεμβάσεων από τοπικούς φορείς και συλλόγους, σε ομάδες επαγγελματιών, σε γονείς, σε εκπαιδευτικούς, σε στρατευμένους και γενικότερα σε νέους. Συστατικό στοιχείο τους είναι η πληροφόρηση των ομάδων σε θέματα υγείας και υγιεινής.

Όπως έδειξε και η ελληνική **έρευνα του ΕΚΤΕΠΝ 2000** μεγάλο ποσοστό των ναρκωτικών καταναλώνεται από νέους σε χώρους διασκέδασης και ψυχαγωγίας. Γι' αυτό και τα προγράμματα επιδιώκουν, αφενός, να περιορίσουν τη χρήση και, αφετέρου, να αποτρέψουν την κλιμάκωση της κατανάλωσης από περιστασιακούς χρήστες. Ιδιωτικές γιορτές, συναυλίες, κλαμπ, μπαρ, γήπεδα είναι κυρίως οι χώροι κατανάλωσης ουσιών. Η παροχή πληροφοριών είναι η πιο διαδεδομένη μορφή πρόληψης. Το προσωπικό των νυκτερινών κέντρων διασκέδασης και ψυχαγωγίας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο σ' αυτήν. Είναι ενδιαφέρον ότι στη Μεγάλη Βρετανία, την Ιρλανδία και την Ολλανδία λειτουργούν προγράμματα ενημέρωσης του προσωπικού κλαμπ και ντισκοτέκ για την αντιμετώπιση θεμάτων που έχουν σχέση με ναρκωτικά στους συγκεκριμένους χώρους.

Ακόμη λειτουργούν προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης για ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως εθνικές μειονότητες, άστεγοι, κρατούμενοι φυλακών, νεαροί παραβάτες και εκδιδόμενα άτομα. Συμβουλευτικά κέντρα, κινητές μονάδες βοήθειας και υποστήριξης είναι οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν πολλές χώρες.

Η **αγωγή υγείας** αποτελεί μια προσέγγιση που αποφεύγει να επικεντρωθεί στις αρνητικές συνέπειες της μίας ή της άλλης συμπεριφοράς. Αντιθέτως αποσκοπεί στην τόνωση των ικανοτήτων του ατόμου και στην υιοθέτηση ενός ποιοτικότερου και υπευθυνότερου τρόπου ζωής. Οι σύγχρονες στρατηγικές πρόληψης επικεντρώνονται στην ικανότητα αφομοίωσης των μηνυμάτων από το κοινό στόχο που απευθύνονται. Για το σχεδιασμό τους λαμβάνουν υπόψη τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και τις αξίες του ατόμου. Γενικότερος στόχος είναι η καλλιέργεια ικανοτήτων και η παροχή γνώσεων μέσω των οποίων το άτομο θα μπορεί να αντιστέκεται σε πιέσεις

προτροπής υιοθέτησης ανθυγιεινών συμπεριφορών. Καθοριστική είναι και η σημασία και των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που έχουν σχεδιαστεί για δασκάλους και καθηγητές, ώστε να μεταφέρουν και να εφαρμόσουν προγράμματα αγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Γενικότερα η προσέγγιση των μηνυμάτων υγείας στηρίζεται στην ενεργό συμμετοχή του ατόμου στα πλαίσια των προγραμμάτων αγωγής υγείας και στη συνειδητή επιλογή ενός τρόπου ζωής που προάγει την υγεία.

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

1. Εξελικτική προσέγγιση

Η εξελικτική ψυχολογία είναι ο επιστημονικός κλάδος που εξετάζει τις μεταβολές που συμβαίνουν στη ζωή του ανθρώπου με την πάροδο της ηλικίας από τη σύλληψη ως το θάνατο. Η εξέλιξη διέρχεται τρεις φάσεις: την ανάπτυξη, την ωριμότητα και την ενέλιξη (Παρασκευόπουλος, 1983). Οι ψυχολογικές θεωρίες περί νοημοσύνης καταχωρούνται στη γενικότερη κατηγορία της εξελικτικής προσέγγισης.

Οι θεωρίες της βιολογικής και γνωστικής εξέλιξης ερμηνεύουν τη νοημοσύνη ως μια δραστηριότητα του οργανισμού, ενώ τα αντικείμενα στα οποία προσαρμόζεται αποτελούν έναν ιδιόμορφο τομέα του περιβάλλοντος. Ο Ελβετός γενετικός ψυχολόγος *Jean Piaget* επιχείρησε να περιγράψει την ανάπτυξη της λογικής και της σκέψης από τη βρεφική ως την εφηβική ηλικία σύμφωνα με τις γνωστικές διαδικασίες που χρησιμοποιεί το παιδί. Διερεύνησε λοιπόν την πορεία που ακολουθεί η νοητική ανάπτυξη στα παιδιά και τη χώρισε σε τέσσερις βασικές περιόδους (Παρασκευόπουλος, 1983):

- **Αισθησιοκινητική περίοδος** (από τη γέννηση ως το 2^ο έτος). Η γνωστική λειτουργία είναι πραξιακή και στηρίζεται αποκλειστικά σε απλές αισθητηριακές και κινητικές δραστηριότητες. Το βρέφος δεν έχει ακόμη την ικανότητα ν' αναπαριστά τον εξωτερικό κόσμο, αλλά χρησιμοποιεί μια υποτυπώδη αναγνωριστική μνήμη.
- **Προσυλλογιστική περίοδος** (από το 3^ο έως το 6^ο έτος). Αρχίζει να εμφανίζεται - με τη βοήθεια της γλώσσας - η συμβολική λειτουργία, δηλαδή η αναπαράσταση του εξωτερικού κόσμου εσωτερικώς και να δραστηριοποιείται η ανακλητική μνήμη. Ο εσωτερικός χειρισμός των πνευματικών εικόνων δεν πραγματοποιείται

ακόμα με σταθερότητα και συνέπεια. Η προσυλλογιστική περίοδος χωρίζεται σε δύο επιμέρους φάσεις: **α) την προεγνωστική σκέψη** (3 έως 4 ετών) και χαρακτηρίζεται από τη δυνατότητα ανάπλασης του πραγματικού με τη βοήθεια των σημαινόντων. Η αντίληψη της αρρώστιας ερμηνεύεται ως κάτι έξω από τον άνθρωπο και η μετάδοσή της με τρόπο μαγικό και **β) τη διαισθητική σκέψη** (5^ο έως 6^ο έτος), κατά τη διάρκεια της οποίας συγκροτούνται διαρθρωμένες διαισθήσεις, οι οποίες αναπτύσσουν την ικανότητα συνδυασμού, σύνθεσης και τη συνειρμικότητα του παιδιού, προετοιμάζοντας τη νοητική διεργασία.

- **Περίοδος της συγκεκριμένης σκέψης** (7^ο έως 11^ο έτος). Η γνωστική λειτουργία στηρίζεται σε νοητικές πράξεις και συλλογισμούς που ανταποκρίνονται στους κανόνες της καθαρής λογικής. Οι συγκεκριμένες διεργασίες και οι ομαδοποιήσεις της σκέψης οργανώνονται. Ωστόσο, η σκέψη παραμένει προσκολλημένη στο άμεσο και συγκεκριμένο χωρίς ακόμα να προσεγγίζει την καθαρή αφαίρεση. Τα παιδιά είναι πλέον σε θέση να συνδυάσουν την αρρώστια με διάφορες ηθικές δραστηριότητες.
- **Περίοδος της τυπικής ή αφαιρετικής σκέψης**. Η τελευταία φάση ξεκινάει από τα 12 έτη και διαρκεί σε όλη την περίοδο της εφηβείας. Σ' αυτό το στάδιο, οι ομαδοποιήσεις της σκέψης χαρακτηρίζουν την αντανάκλαστική ολοκληρωμένη νοημοσύνη. Η νόηση στηρίζεται σε προτάσεις, η αλήθεια των οποίων κρίνεται με βάση την καθαρά λογική τους δομή. Η αντίληψη των εφήβων αναφορικά με την υγεία χαρακτηρίζεται από υπεραισιοδοξία. Οι νέοι διαθέτουν πλήρη επίγνωση των οργάνων, αλλά ταυτόχρονα θεωρούν ότι έχουν τον έλεγχο της ασθένειας και της θεραπείας (Παρασκευόπουλος, 1983).⁶

2. Συμπεριφορική προσέγγιση

Οι συμπεριφορικές θεωρίες επικεντρώνονται στην κατανόηση της επίδρασης που ασκούν στη συμπεριφορά των ατόμων διάφοροι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες. Οι άνθρωποι υιοθετούν πολλές φορές σύνθετες απόψεις για τη διατήρηση της υγείας και την αντιμετώπιση της αρρώστιας. Η συμπεριφορά τους κρίνεται από την υποκειμενική τους αντίληψη για τα οφέλη και τα κόστη που προκύπτουν από την τήρηση μιας προληπτικής για την υγεία ή μη συμπεριφοράς. Τα σημαντικότερα θεωρητικά μοντέλα που επιχειρούν να περιγράψουν τις πεπαιθώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των ατόμων σε θέματα υγείας είναι: το κέντρο για τον έλεγχο της υγείας, το μοντέλο πεπαιθώσεων για την υγεία, η θεωρία της κοινωνικής

⁶ Παρασκευόπουλος, Ι., Ν., Εξελικτική Ψυχολογία, τομ. 1, Αθήνα: 1983

μάθησης, η θεωρία της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας, η θεωρία της έλλογης δράσης, η θεωρία της σύγκρουσης και το μοντέλο των γνωστικών σταδίων.⁷

- **Το μοντέλο του κέντρου για τον έλεγχο της υγείας**

Τα άτομα τείνουν να πιστεύουν ότι έχουν κάποιο βαθμό ελέγχου πάνω στη ζωή τους ή το αντίστροφο σύμφωνα με το μοντέλο του κέντρου για τον έλεγχο της υγείας (health as a locus of control). Οι άνθρωποι που υιοθετούν μια μοιρολατρική αντίληψη ονομάζονται «εξωτερικοί» (externals), ενώ όσοι θεωρούν ότι η συμπεριφορά τους επηρεάζει την υγεία τους καλούνται «εσωτερικοί» (internals).⁸

- **Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία**

Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία (health belief model) εξετάζει τις απόψεις του πληθυσμού για την υγεία και τη συμπεριφορά του σε θέματα πρόληψης. Το πεδίο μελέτης του συγκεκριμένου μοντέλου περιλαμβάνει αντιλήψεις για το κόστος και τα πλεονεκτήματα που σχετίζονται με την υιοθέτηση συμπεριφορών προαγωγής της υγείας, για την ευπάθεια στις ασθένειες και βάσει αυτών το άτομο καλείται να τροποποιήσει τη στάση ή συμπεριφορά του σε θέματα υγείας (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999). Η ετοιμότητα στη λήψη μέτρων για θέματα υγείας εξαρτάται από:

1. την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με την πιθανότητα προσβολής του από μία ασθένεια. Αν θεωρεί τον εαυτό του τρωτό απέναντι στην αρρώστια, τότε αυξάνονται και οι πιθανότητες να λάβει προληπτικά μέτρα,
2. την αντίληψη που έχει το άτομο για τη σοβαρότητα της ασθένειας και των συνεπειών της. Και σ' αυτή την περίπτωση είναι πιθανότερο κάποιος να πάρει προληπτικά μέτρα, όσο πιο σοβαρές θεωρεί τις συνέπειες του προβλήματος υγείας (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Αυτοί οι παράγοντες συνιστούν την υποκειμενική αντίληψη για την απειλή από τη νόσο. Τρεις επιπλέον παράμετροι επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη του

⁷ Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα: 1999

⁸ Nettleton, S. , *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα: 2002

ατόμου και διαμορφώνουν έμμεσα την εμφάνιση της προληπτικής συμπεριφοράς: οι *δημογραφικές μεταβλητές* (ηλικία, φύλο, εθνικότητα), οι *κοινωνιοψυχολογικές μεταβλητές* (τύπος προσωπικότητας, κοινωνική τάξη) και οι *δομικές μεταβλητές* (γνώσεις για ένα πρόβλημα υγείας, ιστορικό) (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999). Η συμπεριφορά που εμφανίζει ένα άτομο γύρω από τα ζητήματα υγείας επηρεάζονται από την υποκειμενική του αντίληψη με αποτέλεσμα να συνυπολογίζει τα οφέλη από την προληπτική δράση και τα κόστη της αντίθετης συμπεριφοράς. Ορισμένα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα, όπως η ενημέρωση από τα Μ.Μ.Ε., οι συμβουλές του ειδικού ή κάποιου κοντινού προσώπου ή τα ίδια τα συμπτώματα της ασθένειας είναι στοιχεία που ενισχύουν την υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς. Γενικότερα, όμως, η λήψη ή μη προληπτικών μέτρων έγκειται στην υποκειμενική αντίληψη κάθε ατόμου.⁹

- **Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης**

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης (social learning theory), που διατυπώθηκε αρχικά από τον *A. Bandura*, ασχολείται με τους τρόπους απόκτησης και διαφοροποίησης της κοινωνικής συμπεριφοράς ατόμων ή ομάδων, όπως αυτή εκδηλώνεται στο κοινωνικό περιβάλλον. Μέσω της παρατήρησης και της μίμησης, το άτομο διαμορφώνει μέρος της συμπεριφοράς του. Επιπλέον, η επιδοκιμασία ή αποδοκιμασία των άλλων ενθαρρύνει ή αποτρέπει την επανάληψη μιας συμπεριφοράς (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999). Ένα άτομο είναι πιο πιθανό να υιοθετήσει μια προληπτική συμπεριφορά για την υγεία του όταν:

1. περιμένει ότι η προληπτική συμπεριφορά θα επιφέρει ένα βελτιωμένο επίπεδο υγείας.
2. θέτει ως προτεραιότητα τη διατήρηση της υγείας του και την αίσθηση της ευεξίας.
3. απορρίπτει τη μοιρολατρική αντίληψη ζωής και υποστηρίζει την άποψη ότι το ίδιο το άτομο ευθύνεται για τη διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας του (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).¹⁰

⁹ Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα: 1999

¹⁰ Ibid

- **Η θεωρία της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας**

Οι προσδοκίες του ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να ακολουθεί μια συμπεριφορά επηρεάζουν την πρόθεση εκδήλωσής της. Επίσης, επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου και την πιθανότητα να παρουσιαστεί το πρόβλημα υγείας. Γι' αυτό το άτομο όταν έρχεται αντιμέτωπο με κάποιο φοβικό μήνυμα επιλέγει ορισμένες στρατηγικές λήψης αποφάσεων: τη στρατηγική της προφύλαξης ή τη στρατηγική της υπεράμυνας (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

- **Η θεωρία της έλλογης δράσης**

Η πρόβλεψη μιας συμπεριφοράς βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την πρόθεση του ατόμου να ακολουθήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, σύμφωνα με τη θεωρία της έλλογης δράσης. Η πρόθεση εξαρτάται από τη στάση του απέναντι στην ενδεχόμενη συμπεριφορά και τους υποκειμενικούς κανόνες (norms), που σχετίζονται με τη συμπεριφορά. Η στάση του ατόμου εξαρτάται από την υποκειμενική αντίληψη των συνεπειών της ενδεχόμενης συμπεριφοράς και από την πιθανότητα η υιοθέτησή της να προκαλέσει αυτές τις συνέπειες. Οι υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς εξαρτώνται από τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τις προσδοκίες των άλλων ανθρώπων και από τα κίνητρα και την επιθυμία του ατόμου να συμμορφωθεί στις προσδοκίες τους (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).¹¹

- **Η θεωρία της σύγκρουσης**

Η θεωρία της σύγκρουσης αναλύει τα στάδια που περνούν οι άνθρωποι όταν πρόκειται να πάρουν σημαντικές αποφάσεις και υπογραμμίζει την επίδραση του στρες στη λήψη τους. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων αρχίζει όταν ένα γεγονός θέτει υπό αμφισβήτηση τον ισχύοντα τρόπο ζωής του ατόμου. Η απόφαση όσον αφορά τα θέματα υγείας προκύπτει μέσα από τα ακόλουθα πέντε στάδια:

- 1) την αξιολόγηση της κατάστασης,
- 2) τη διερεύνηση των εναλλακτικών λύσεων,
- 3) τη στάθμισή τους,
- 4) την επισταμένη μελέτη και δέσμευση για την τελική επιλογή και

¹¹ Ibid

- 5) την επιλογή στην εφαρμογή της καλύτερης εναλλακτικής λύσης.

Παρόλα αυτά, η παραπάνω διαδικασία προκαλεί στρες στο άτομο καθώς βρίσκεται σε σύγκρουση για το τι θα πράξει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ελλιπή εφαρμογή ή ακόμη και την αθέτηση της απόφασής του. Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπίσει τη σύγκρουση καθορίζεται από τις πεποιθήσεις του για τους κινδύνους στους οποίους εκτίθεται, τις ελπίδες που έχει για την αντιμετώπισή τους και τα χρονικά περιθώρια που διαθέτει (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).¹²

- **Το μοντέλο των γνωστικών σταδίων**

Το θεωρητικό πλαίσιο του μοντέλου εξετάζει μια σειρά γνωστικών σταδίων προληπτικής συμπεριφοράς κατά τη διαδικασία λήψης μέτρων προφύλαξης. Ο Weinstein μελέτησε τη διαδικασία που ωθεί τα άτομα να υιοθετήσουν νέες προληπτικές συμπεριφορές για ζητήματα υγείας και πρότεινε τα παρακάτω πέντε γνωστικά στάδια: στο **πρώτο στάδιο** το άτομο πρέπει να συνειδητοποιήσει αόριστα ότι υφίσταται κίνδυνος. Στο **δεύτερο στάδιο** το άτομο πιστεύει ότι υπάρχει σημαντική πιθανότητα να εμφανίσουν οι άλλοι ένα πρόβλημα υγείας, άποψη που οφείλεται σε επιπρόσθετα μηνύματα για τον κίνδυνο (M.M.E., γνωστοί). Στο **τρίτο**, το άτομο αναγνωρίζει ότι είναι προσωπικά δεκτικό στον κίνδυνο. Στο **τέταρτο**, σχεδιάζει να πάρει μέτρα προφύλαξης. Στο **τελευταίο στάδιο**, εκτελεί ορισμένες προφυλακτικές ενέργειες (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).¹³

3. Κοινωνικο-αναπαραστασιακή προσέγγιση

Η ιδιαιτερότητα της Κοινωνικής Ψυχολογίας έγκειται σύμφωνα με τον Παπαστάμου (1989) στο γεγονός ότι συνυπάρχουν και διαρθρώνονται μεταξύ τους ψυχικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Ωστόσο, οι ερμηνείες των κοινωνιοψυχολογικών φαινομένων δεν πρέπει να εμμένουν μονομερώς στους προηγούμενους παράγοντες.¹⁴

Ο Doise (1982) διέκρινε τέσσερα επίπεδα ανάλυσης στις κοινωνιοψυχολογικές μελέτες: το *ενδοατομικό*, το *διατομικό*, το *διομαδικό* και το *ιδεολογικό ή αναπαραστασιακό*. Η διάρθρωση των τεσσάρων επιπέδων ανάλυσης

¹² Ibid

¹³ Ibid

¹⁴ Βοσνιάδου, Σ., Εισαγωγή στην Ψυχολογία, Gutenberg, Αθήνα: 2000.

πρέπει να είναι πολυδιάστατη και να πραγματοποιείται σε όλο το φάσμα της κοινωνιοψυχολογικής διαδικασίας, δηλαδή σε θεωρητικό, επιστημολογικό και μεθοδολογικό επίπεδο.¹⁵

- **Η έννοια της κοινωνικής αναπαράστασης**

Η έννοια της συλλογικής αναπαράστασης διατυπώθηκε αρχικά από τον Durkheim (1898) με σκοπό να τονίσει την ιδιομορφία και την προτεραιότητα της κοινωνικής σκέψης σε σχέση με την ατομική. Μάλιστα, χαρακτήρισε τις συλλογικές αναπαραστάσεις ως «το νήμα της κοινωνικής ζωής». Τη δεκαετία του '60, ο Serge Moscovici (1961) με τη μελέτη του για την αναπαράσταση της Ψυχανάλυσης επαναφέρει τον παραπάνω όρο, αντικαθιστώντας όμως τη λέξη «συλλογικές» με τον όρο «κοινωνικές» αναπαραστάσεις. Αυτό το γεγονός αποσκοπούσε στη μετακίνηση του θεωρητικού ενδιαφέροντος από το πεδίο της κοινωνικής διαμόρφωσης και έκφρασης των αναπαραστάσεων, στο πεδίο εγγραφής και καταχώρησής τους.¹⁶

Ο όρος «κοινωνικό» συνδέει στην ουσία το «συλλογικό» με το ατομικό. Μέσω των κοινωνικών αναπαραστάσεων, το ενδοπροσωπικό εισβάλλει στο διαπροσωπικό και το συλλογικό, αλλά και αντίστροφα. Επομένως, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι τρόποι με τους οποίους εμηνεύουμε και σκεπτόμαστε την καθημερινή πραγματικότητα. Στην ουσία, αποτελούν μια μορφή κοινωνικής γνώσης, που συνήθως την ονομάζουμε «κοινό νου», σε αντιδιαστολή με τον επιστημονικό τρόπο σκέψης (Ναυρίδης, 1994). Σύμφωνα με το Moscovici, μια αναπαράσταση χαρακτηρίζεται ως κοινωνική πληρώντας τρία κριτήρια:

1. **Το ποσοτικό κριτήριο**, ανάλογα με τη διάδοση, που μπορεί να έχει μια αναπαράσταση μέσα σε μια κοινότητα.
2. **Το κριτήριο παραγωγής**, κατά το οποίο μια αναπαράσταση μπορεί να θεωρηθεί ως «προϊόν» και ως έκφραση μιας συγκεκριμένης κοινωνικής οργάνωσης.
3. **Το λειτουργικό κριτήριο**, που αποτελεί την ανάλυση της συμβολής μιας αναπαράστασης στη διαμόρφωση και κατεύθυνση των συμπεριφορών και της κοινωνικής επικοινωνίας (Ναυρίδης, 1994).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της αναπαράστασης συνοψίζονται στα εξής:

¹⁵ Παπαστάμου, Σ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα: 2001.

¹⁶ Ναυρίδης, Κ., *Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία*, Παπαζήση, Αθήνα: 1994

- Πρόκειται πάντα για αναπαράσταση ενός αντικειμένου (με την ευρεία έννοια), αλλά κι ενός υποκειμένου. Κατά συνέπεια, η αναπαράσταση, ως δημιουργήμα αυτού του υποκειμένου, έχει:
- Έναν κατασκευαστικό, αυτόνομο και δημιουργικό χαρακτήρα.
- Έναν φανταστικό χαρακτήρα και την ιδιότητα να συνδέει το αισθητό και το εικονικό, το αντιληπτό και την έννοια.
- Παρουσιάζει επίσης ένα συμβολικό και σημαίνοντα χαρακτήρα.
- Τέλος, διαθέτει πάντα μια θεμελιώδη, συστατική κοινωνική ουσία. Πρόκειται για τις γλωσσικές κατηγορίες, που την την οικοδομούν και την εκφράζουν και που προέρχονται από ένα κοινό πολιτισμικό πλαίσιο. (Ναυρίδης, 1994)

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις δημιουργούνται, σύμφωνα με το Moscovici, στη βάση δύο διαδικασιών:

- της **αντικειμενοποίησης** (objectivation)
- και της **αγκυροβόλησης** (ancrage) (Ναυρίδης, 1994).

Ο Moscovici (1976) ορίζει την αντικειμενοποίηση ως την *αναρρόφηση και υλοποίηση ενός πλεονάσματος σημασιών*. Η έννοια της αντικειμενοποίησης συνίσταται σ' εκείνη τη διαδικασία της αναπαραστατικής δραστηριότητας, που αναφέρεται στο γεγονός ότι κάτι που αρχικά ήταν αφηρημένο, γίνεται συγκεκριμένο. Η αναπαράσταση δημιουργείται από μια επιλογή συναφών πληροφοριών, σύμφωνα με κοινωνικούς και πολιτισμικούς, αλλά και ατομικούς και αντιληπτικούς κανόνες. Οι γνώσεις του υποκειμένου αποκρυσταλλώνονται γύρω από έναν παραστατικό πυρήνα, που στη συνέχεια γίνεται *ένα εργαλείο κατηγοριοποίησης προσώπων και συμπεριφορών, ενώ η κοινωνική ομάδα το εκλαμβάνει στο εξής ως μια αντικειμενική πραγματικότητα ανεξάρτητη από τη δραστηριότητά της* (Moscovici) (Ναυρίδης, 1994).

Ο Moscovici διέκρινε δύο φάσεις στη διαδικασία της αντικειμενοποίησης αναφορικά με την αναπαράσταση της ψυχανάλυσης. Η πρώτη ονομάζεται φάση της *επιλεκτικής κατακράτησης* (retention selective), όπου το υποκείμενο επιλέγει ορισμένες μόνο πληροφορίες για την ψυχανάλυση, τις οποίες αποκόβει από το θεωρητικό και πρακτικό τους πλαίσιο (decontextualisation). Στη συνέχεια, συνθέτει ένα νέο σύνολο, που διαθέτει έναν αποσπασματικό, σχηματικό, αλλά και συγκεκριμένο και συνεκτικό χαρακτήρα. Η δεύτερη φάση είναι η *προσοικείωση* (naturalisation), όπου το νέο σύνολο πληροφοριών αποβάλλει τον αφηρημένο χαρακτήρα και μετατρέπεται σ' ένα σύστημα ταξινομικών κατηγοριών, που του είναι πιο οικείες (Ναυρίδης, 1994).

Η αγκυροβόληση αναφέρεται στη συμβολική πλευρά της αναπαραστατικής διαδικασίας. Εκφράζει το γεγονός ότι κάθε καινούρια αναπαράσταση εδραιώνεται μέσα στο σημασιολογικό πεδίο άλλων προγενέστερων αναπαραστάσεων. Ο όρος αγκυροβόληση περιγράφει την κατασκευή ενός δικτύου σημασιών γύρω από τον παραστατικό πυρήνα της αναπαράστασης, μέσα από το οποίο ερμηνεύεται η πραγματικότητα και κατευθύνονται οι συμπεριφορές των μελών μιας κοινωνικής ομάδας (Ναυρίδης, 1994).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις παρεμβάλλονται στην επικοινωνία μ' ένα διπλό χαρακτήρα. Από τη μια, διευκολύνουν την επικοινωνιακή διαδικασία κωδικοποιώντας την πραγματικότητα με αποτέλεσμα τα υποκείμενα να συγκεκριμενοποιούν τη γνώση και να αντιλαμβάνονται με παρόμοιο τρόπο τα ίδια πράγματα (διαδικασία της αντικειμενοποίησης). Απ' την άλλη, όμως, οι αναπαραστάσεις ενδέχεται να εμποδίσουν τη γνωριμία του ατόμου με κάτι καινούριο, καθώς εξυπηρετούν τις ασυνείδητες προσπάθειες του υποκειμένου να προστατευτεί από τον κίνδυνο του απροσδόκητου (διαδικασία της αγκυροβόλησης) (Ναυρίδης, 1994).

Αντίληψη και ερμηνεία των συμπτωμάτων

Η αντίληψη, ερμηνεία και σημασία που αποδίδουν τα άτομα στα συμπτώματα είναι παράμετροι που διαμορφώνουν τη γνωστική αναπαράσταση γύρω από την ασθένεια. Ο τρόπος με τον οποίο κάποιος αντιλαμβάνεται και βιώνει ένα σύμπτωμα επηρεάζεται από τη διέγερση των σωματικών του αισθήσεων.¹⁷

Οι σωματικές αισθήσεις διακρίνονται στις: α) μηχανοδεκτικές, που διεγείρονται από τη μηχανική μετατόπιση των ιστών του σώματος, όπως η αφή, η πίεση, η θέση του σώματος, β) θερμοδεκτικές, που ανιχνεύουν το θερμό και το ψυχρό και γ) στην αίσθηση του πόνου, που ενεργοποιείται από παράγοντες που προκαλούν βλάβη των ιστών. Ωστόσο, κάποιος μπορεί να μην αντιλαμβάνεται ένα έντονο σύμπτωμα ακόμη κι αν εκείνο συνοδεύεται από σωματικό ερεθισμό (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη των συμπτωμάτων είναι:

1. **Ατομικές διαφορές.** Μερικοί άνθρωποι συνειδητοποιούν πιο εύκολα τις σωματικές αισθήσεις ή είναι πιο ευαίσθητοι σ' αυτές καθώς τα όρια ανεκτικότητας ποικίλουν από άτομο σε άτομο.
2. **Ανταγωνιζόμενα περιβαλλοντικά ερεθίσματα.** Ο βαθμός προσοχής που δίνει το άτομο στις εσωτερικές αισθήσεις εξαρτάται από και από

¹⁷ Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα: 1999

την ένταση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, που εντοπίζονται τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

3. **Μάθηση.** Ο ρόλος της μάθησης είναι καθοριστικός στην αντίληψη των συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, η ανησυχία των γονιών, αποτελεί ισχυρή ένδειξη για το παιδί ότι το σύμπτωμα θεωρείται σοβαρό.
4. **Ψυχοκοινωνικές επιδράσεις.** Η αντίληψη των σωματικών αισθήσεων διαμορφώνεται από συναισθηματικούς, γνωστικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως τα αυξημένα επίπεδα στρες (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου σχετικές με προβλήματα υγείας του προσφέρουν γνώση για τον τρόπο ερμηνείας και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων. Επιπλέον, τον κατευθύνουν στην απόφαση να αναζητήσει ή όχι ιατρική διάγνωση και θεραπεία. Παρόλα αυτά, η ήδη υπάρχουσα γνώση ενδέχεται να οδηγήσει σε εσφαλμένη ερμηνεία των συμπτωμάτων με συνέπεια να υποτιμηθούν. Οι συμβουλές των συγγενικών και φιλικών προσώπων επηρεάζουν την αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Προτού το άτομο αποφασίσει να ζητήσει ιατρική βοήθεια, απευθύνεται στους κοντινούς του ανθρώπους. Οι πληροφορίες, απόψεις, ερμηνείες και οδηγίες που συγκεντρώνει το άτομο καθορίζουν σε μεγάλο ποσοστό την απόφαση που θα λάβει. Απ' τη μια πλευρά οι προτεινόμενες απ' τους άλλους ενέργειες μπορεί να είναι οι κατάλληλες, ενώ απ' την άλλη να καθυστερήσουν την εφαρμογή της απαραίτητης θεραπευτικής αγωγής (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

- **Γνωστική αναπαράσταση της αρρώστιας**

Οι πληροφορίες, οι οδηγίες και οι ερμηνείες που συλλέγει το άτομο από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, οι προσωπικές του εμπειρίες, αλλά κι όσα μαθαίνει από τους ειδικούς στον τομέα της υγείας, συμβάλλουν στη διαμόρφωση της αντίληψής του γύρω από τα θέματα υγείας. Οι παραπάνω διάχυτες πληροφορίες χρησιμεύουν στην κατασκευή γνωστικών αναπαραστάσεων και στη δημιουργία μοντέλων κοινής λογικής ή «κοινού νου» (common sense) σχετικά με τις ασθένειες.¹⁸

Τα μοντέλα κοινής λογικής επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου σε ζητήματα υγείας. Οι παράμετροι των γνωστικών αναπαραστάσεων είναι σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές:

- α) η σοβαρότητα της νόσου,

¹⁸ Ibid

β) η προσωπική ευθύνη του ασθενή στην πρόκληση της αρρώστιας και τη θεραπεία της,

γ) η ικανότητα ελέγχου της κατάστασης από τον πάσχοντα ή κάποιον ειδικό,

δ) η δυνατότητα επηρεασμού της πορείας της νόσου.

Κάποιοι άλλοι ερευνητές διακρίνουν τις συνιστώσες των γνωστικών μοντέλων ως εξής:

- 1) η ταυτότητα της νόσου, δηλαδή η ονομασία και τα συμπτώματά της,
- 2) τα αίτιά της,
- 3) οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειές της,
- 4) η εξέλιξη της νόσου και
- 5) η ίαση και οι ενέργειες του ίδιου του ατόμου προκειμένου ν' αναρρώσει (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Το άτομο δεν επεξεργάζεται μεμονωμένα τα συμπτώματά του και τις πληροφορίες γύρω από μια ασθένεια. Αναπτύσσει νοητικές παραστάσεις των σωματικών παθήσεων και συγκροτεί τα δεδομένα σε «σχήματα». Αυτά είναι υποθετικές και αφηρημένες γνωστικές δομές, που αναπαριστούν γενική γνώση για αντικείμενα, γεγονότα, καταστάσεις. Τα σχήματα βοηθούν το άτομο να ερμηνεύσει τα δεδομένα που εισέρχονται από τον εξωτερικό κόσμο και σε ορισμένες περιπτώσεις να τροποποιήσουν τη μνημονική αναπαράσταση (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η υγεία σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Η δημόσια υγεία στοχεύει στην πρόληψη μεταδιδόμενων ασθενειών. Η αγωγή υγείας ως κλάδος της δημόσιας υγείας αποτελεί μια δυναμική δραστηριότητα που έχει στόχο την αντικατάσταση συμπεριφορών που θίγουν τη δημόσια υγεία με αυτές που την προάγουν. Στη σύγχρονη εποχή κυριαρχούν δύο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και αρρώστιας. Το «βιοϊατρικό» μοντέλο υγείας, στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας και το «βιοψυχοκοινωνικό» μοντέλο υγείας που αποτελεί μια πρόσφατη προσέγγιση. Πιο συγκεκριμένα η σύγχρονη δυτική ιατρική βασίζεται στο «βιοϊατρικό μοντέλο» το οποίο στηρίζεται στη θεώρηση του Καρτέσιου, ο οποίος παραλλήλιζε το ανθρώπινο σώμα με «μηχανή». Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας δεν μπορεί να εξηγήσει φαινόμενα όπως οι ψυχοσωματικές αρρώστιες και οι ατομικές διαφορές μεταξύ ασθενών ως προς τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας τους. Στις αρχές του 20ου αιώνα ορισμένοι

ψυχίατροι και ψυχολόγοι επιδίωξαν να εντάξουν ψυχολογικές συνιστώσες στην προσέγγιση σε θέματα υγείας και διαμορφώθηκε το «βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο». Εδώ η υγεία αντιμετωπίζεται ολοκληρωτικά τόσο σε σωματικό όσο και σε διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, ενώ η αρρώστια γίνεται αντιληπτή ως μια ύπαρξη ανισορροπίας η οποία δεν οφείλεται μόνο σε μια συγκεκριμένη αιτία αλλά σε ένα σύνολο οργανικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας συγκεκριμενοποιούνται στην *ευαισθητοποίηση*, στην *παροχή γνώσεων*, την *ιεράρχηση αξιών*, την *αλλαγή απόψεων*, την *λήψη αποφάσεων*, την *αλλαγή περιβάλλοντος* και την *αλλαγή συμπεριφοράς*.

Οι συμπεριφορές πρόληψης διακρίνονται σε τρία επίπεδα:

- *Πρωτογενής πρόληψη*: που έχει ως σκοπό την αποφυγή έναρξης παθογενετικών διαδικασιών.
- *Δευτερογενής πρόληψη*: τα μέτρα της οποίας αποσκοπούν στην προσυμπτωτική διάγνωση των ασθενειών σε πρώιμο στάδιο.
- *Τριτογενής πρόληψη*: εδώ επικεντρωνόμαστε στο άτομο που πάσχει και στόχος είναι η αποκατάσταση της υγείας.

Τα προγράμματα αγωγής υγείας, έχουν να κάνουν με το πρώτο επίπεδο πρόληψης.

Αναλυτικότερα η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει *την ενημέρωση του μαθητικού πληθυσμού* και γενικότερα της νεολαίας, για τα ναρκωτικά και την εξάρτηση από αυτά, την *αγωγή σε θέματα υγείας και υγιεινής*, όπως επίσης και την *παρέμβαση σε χώρους ψυχαγωγίας και εργασίας των νέων*.

Στη αγωγή υγείας υπάρχουν οι παρακάτω τρεις προσεγγίσεις:

- *Εξελικτική προσέγγιση*: που ασχολείται με τα στάδια ανάπτυξης των ανθρώπων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, από τη βρεφική ηλικία ως την τρίτη ηλικία.
- *Συμπεριφορική προσέγγιση*: που βασίζεται στη θεωρία της *κοινωνικής μάθησης (social learning theory)*, σύμφωνα με την οποία το άτομο διαμορφώνει ένα μεγάλο μέρος της συμπεριφοράς του μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς των άλλων και των επιπτώσεων τους σε αυτούς.
- *Κοινωνικοαναπαραστατική προσέγγιση*: που βασίζεται στην κοινωνική γνώση που έχει προκύψει μέσα από την κοινωνικοποίηση.

ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Είναι γνωστό ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας¹⁹ και οι δραστηριότητες των μελών του επηρεάζουν άμεσα την ζωή χιλιάδων ανθρώπων του πλανήτη κάθε μέρα, μιας και αυτή έχει αλλάξει ριζικά. Κανένας άνθρωπος πλέον σήμερα δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει μια υγιεινή διατροφή για τον ίδιο και για τα παιδιά του καθώς τα αποθέματα σε νερό όλο και λιγοστεύουν, το φαγητό γίνεται ολοένα και πιο συνθετικό με χημικά και με άλλες επιβλαβείς ουσίες, η ασφάλεια ζωής διακυβεύεται ολοένα και περισσότερο λόγω των συχνών αναταραχών μεταξύ φιλοπόλεμων λαών που υποκινούνται από οικονομικά και από άλλου είδους συμφέροντα, ενώ η πρόληψη και η αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών και άλλων επιδημιών γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη, κυρίως στις τριτοκοσμικές χώρες, όπου η ενημέρωση είναι πιο περιορισμένη. Καμία χώρα από μόνη της όσο οικονομικά ισχυρή και αν είναι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει την συνεχώς αυξανόμενη λίστα με τις «προκλήσεις» σε επίπεδο υγείας και ιατρικής που παρουσιάζονται παγκοσμίως σήμερα. Μεταδιδόμενες ασθένειες όπως το SARS είναι δυνατόν να «κάνουν τον κύκλο του πλανήτη» μέσα σε μερικές εβδομάδες με ταχύτητα σχεδόν ισοδύναμη με αυτήν που ταξιδεύει ένα αεροπλάνο. Εξάλλου, οι κρίσεις σε επίπεδο υγείας σε μακρινές και σχεδόν τριτοκοσμικές χώρες θα πρέπει να είναι μέλημα όλων των ανθρώπων παγκοσμίως εφόσον αυτές ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την φτώχεια και για τις παγκόσμιες συγκρούσεις. Αυτό, βέβαια, δεν παύει να ενισχύεται και από την παγκοσμιοποίηση που αυξάνει διαρκώς «το κενό» στην επικοινωνία μεταξύ των

¹⁹ www.who.int

ανθρώπων και κυρίως ανάμεσα σε αυτούς που έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας και σε αυτούς που δεν έχουν.

Για όλους, λοιπόν, αυτούς τους λόγους, ο Dr. Lee Jong-Wook, διευθύνων σύμβουλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υποστηρίζει ότι όλες οι χώρες θα πρέπει να συνεργαστούν προκειμένου να βρουν λύσεις σε όλα τα παραπάνω προβλήματα-προκλήσεις. Εδώ, εξάλλου, φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο οποίος θέτει τέσσερις βασικές προτεραιότητες, όπως αυτές αναλύονται παρακάτω:

1. Η πρώτη αφορά την ενίσχυση της παγκόσμιας υγείας, εξαλείφοντας, αν είναι δυνατόν, κινδύνους που ανακύπτουν στο επίπεδο της υγείας και αντιμετωπίζοντας τους το συντομότερο δυνατόν προς όφελος της ανθρωπότητας. Αυτό επιτυγχάνεται, κατά τον ο Dr. Lee Jong-Wook μέσω της κατασκευής ενός παγκόσμιου δικτύου που βοηθάει στην ανεύρεση και γρηγορότερη αντιμετώπιση αλλά και περιορισμό ενός πιθανού ξεσπάσματος μιας επικίνδυνης για την ανθρωπότητα ασθένειας. Αυτή η ανάγκη φαίνεται να είναι ακόμα πιο επιτακτική σε περιόδους ειρήνης και όταν οι ζωές των ανθρώπων κινδυνεύουν από μια φυσική καταστροφή.
2. Η δεύτερη προτεραιότητα περιλαμβάνει την μείωση κατανάλωσης τσιγάρων και την προώθηση υγιεινής διατροφής προκειμένου για την αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών, όπως είναι ο καρκίνος, ο διαβήτης, τα εγκεφαλικά επεισόδια και οι πάσης φύσεως ασθένειες της καρδιάς.
3. Η τρίτη αναφέρεται στην διαμόρφωση μιας σειράς προσπαθειών προκειμένου για την επίτευξη των «Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας» μέσω προγραμμάτων υποστήριξης των χωρών ενάντια στην εξάπλωση σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, όπως είναι για παράδειγμα το AIDS καθώς και άλλων θανατηφόρων ασθενειών όπως είναι η ελονοσία και η φυματίωση. Ακόμα, στα πλαίσια αυτού του σκοπού περιλαμβάνεται και η βελτίωση των συνθηκών ζωής και διατροφής τόσο των γυναικών όσο και των παιδιών τους καθώς και η αύξηση της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται προς τις δύο αυτές ευαίσθητες ομάδες ανθρώπων.
4. Τέλος, η τέταρτη και τελευταία προτεραιότητα αφορά στην αναζήτηση βελτιώσεων στο σύστημα υγείας καθώς και στην πιο δίκαιη πρόσβαση όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως της οικονομικής και εκπαιδευτικής τους κατάστασης αλλά και καταγωγής τους, στο σύστημα υγείας και στις θεραπείες που αυτό προσφέρει, ώστε να αποφευχθούν

φαινόμενα σαν τα σημερινά, όπου ο μέσος όρος ζωής στην Ιαπωνία έχει φτάσει τα 85 χρόνια σε πλήρη αντίθεση με την Σιέρα Λεόν όπου ο μέσος όρος ζωής είναι απογοητευτικά χαμηλός και συχνά δεν ξεπερνάει τα 36 χρόνια.

Αλλά ποιός είναι ακριβώς ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας; Ουσιαστικά πρόκειται για έναν διεθνή φορέα των Ηνωμένων Εθνών που είναι υπεύθυνο για θέματα υγείας. Με άλλα λόγια, πρόκειται για έναν οργανισμό τα μέλη του οποίου παρέχουν βοήθεια, οικονομική, εκπαιδευτική αλλά και ψυχολογική, οδηγίες αλλά και ορισμένα standards προκειμένου να προφυλάξουν τους οικονομικά ασθενείς, των τριτοκοσμικών αλλά και των ανεπτυγμένων χωρών στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας του πληθυσμού τους. Ταυτόχρονα, επιδιώκουν μέσω των οικονομικών κονδυλίων που παρέχουν να ενισχύσουν με κάθε τρόπο την ιατρική έρευνα, προκειμένου για την ταχύτερη αλλά και ικανοποιητικότερη αντιμετώπιση επικίνδυνων, μεταδιδόμενων αλλά και μη, ασθενειών που μαστίζουν τον πλανήτη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας απαρτίζεται από 192 χώρες, 8000 μέλη και πραγματοποιεί συναντήσεις στην Γενεύη προκειμένου να θέσει την πολιτική του Οργανισμού, να θέσει τις βάσεις για τις περαιτέρω τις ενέργειές του, να διευθετήσει τα θέματα του budget και να επιλέξει Διευθύνων Σύμβουλο, μια διαδικασία που γίνεται κάθε πέντε χρόνια, στην οποία συμμετέχουν με την ψήφο τους και τα 34 μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, τα οποία στην πλειοψηφία τους είναι επιστήμονες, όπως επιδημιολόγοι, γιατροί αλλά και οικονομικοί μάνατζερ.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Όταν διπλωμάτες από όλο τον κόσμο συγκεντρώθηκαν στο San Francisco το 1945 για την δημιουργία των Ηνωμένων Εθνών, ένα από τα ζητήματα που έθεσαν προς συζήτηση ήταν και η διαμόρφωση ενός παγκόσμιου οργανισμού υγείας. Η ίδρυση του προαναφερθέντος οργανισμού δεν άργησε να έρθει και έτσι στις 7 Απριλίου του 1948 ξεκίνησε επίσημα η λειτουργία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, μια ημερομηνία που έκτοτε γιορτάζεται και ως Παγκόσμια Ημέρα Υγείας. Οι προτεραιότητες, δε, που τέθηκαν από τους ιδρυτές του οργανισμού αυτού ήταν η αντιμετώπιση της ελονοσίας, της φυματίωσης και άλλων σοβαρών ασθενειών που οδηγούσαν στον θάνατο μέχρι τότε δεκάδες χιλιάδες, κυρίως, παιδιά αλλά και γυναίκες. Ταυτόχρονα, στόχος των μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έγινε και η έρευνα προκειμένου για την αντιμετώπιση άλλων επικίνδυνων ασθενειών που μέχρι το 1948 δεν ήταν γνωστές στον κόσμο, όπως για παράδειγμα το AIDS.

Αναλυτικά οι βασικές χρονολογίες-σταθμοί στην εξέλιξη και συνεισφορά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην ανθρωπότητα υπήρξαν οι ακόλουθες:

- Το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εισάγει ένα νέο σύστημα καταχώρησης και κατάταξης ασθενειών, ανάλογα με την σπουδαιότητά τους, το οποίο είναι γνωστό ως ICD (“International Classification of Disease”). Το σύστημα αυτό δεν άργησε να γίνει ένα παγκόσμιο standard που χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα προκειμένου για κλινικούς αλλά και για επιδημιολογικούς σκοπούς.
- Το 1958 ο Dr. Jonas Salk από την Αμερική κατασκευάζει το πρώτο επιτυχημένο εμβόλιο για την αντιμετώπιση της πολιομυελίτιδας.
- Από το 1952-1964 διαμορφώθηκε ένα πολύ επιτυχημένο πρόγραμμα για την αντιμετώπιση μιας πολύ δύσκολης ασθένειας που μέχρι το 1950 είχε οδηγήσει στον θάνατο 50 εκατομμύρια ανθρώπους από όλο τον πλανήτη, την επονομαζόμενη ως τροπική μόρωση (Yaws). Ο σκοπός του προγράμματος αυτού υπήρξε η χορήγηση πενικιλίνης μέσω ενέσιμης μορφής. Η πολύ σημαντική συμβολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του προγράμματος του ήταν η εξέταση πάνω από 300 εκατομμύρια ανθρώπους από 46 χώρες από όλο τον κόσμο, με αποτελέσματα μείωσης του φαινομένου μέχρι και 95%.
- Το 1974 ξεκινάει και μια νέα πρωτοβουλία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αφορούσε την παραγωγή αλλά και εισαγωγή όσο το δυνατόν περισσότερων εμβολίων προκειμένου για την θεραπεία των παιδιών όλου του κόσμου.
- Το 1977 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εισήγαγε την «πολιτική χρήσης ναρκωτικών για συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών» αλλά και την «εθνική πολιτική ναρκωτικών» μέσω των οποίων 156 χώρες σήμερα έχουν διαμορφώσει μια λίστα με “αναγκαία ναρκωτικά”.
- Το 1978 διεξάγεται το πρώτο “Διεθνές Συνέδριο για την Πρώιμη Φροντίδα Υγείας” στην Alma-Ata στο Καζακστάν, όπου και τίθεται ο ιστορικός στόχος «Υγεία για Όλους», μια αντίληψη που συνεχίζει να εμπνέει όλα τα μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας μέχρι και σήμερα.
- Το 1979 αρχίζουν να φαίνονται τα πρώτα ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της ραδιενεργούς ακτινοβολίας, που οδήγησε στον θάνατο εκατομμύρια ανθρώπους από όλο τον κόσμο και κυρίως από

τις τριτοκοσμικές χώρες, όπου οι συνθήκες διαβίωσης υπήρξαν έτσι και αλλιώς προβληματικές.

- Το 1983 γίνεται ταυτοποίηση του ιού HIV από το Ινστιτούτο του Παστέρ στην Γαλλία.
- Το 1988 τα θεραπευμένα παιδιά από την πολυομελίτιδα έφτασαν τις 350.000 χιλιάδες τον χρόνο, χάρη στην βοήθεια 20 εκατομμυρίων εθελοντών γιατρών αλλά και άλλων απλών ανθρώπων από όλο τον κόσμο. Αποτέλεσμα όλης αυτής της συντονισμένης προσπάθειας υπήρξε το γεγονός ότι περισσότερα από 5 εκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως μπορούν σήμερα να περπατούν και τα οποία μπορεί υπό διαφορετικές συνθήκες να είχαν μείνει παράλυτα.
- Το 2003 το σύνδρομο SARS αναγνωρίζεται και ταυτοποιείται.
- Το 2005 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεσπίζει κάποιους Παγκόσμιους Κανόνες Υγείας.

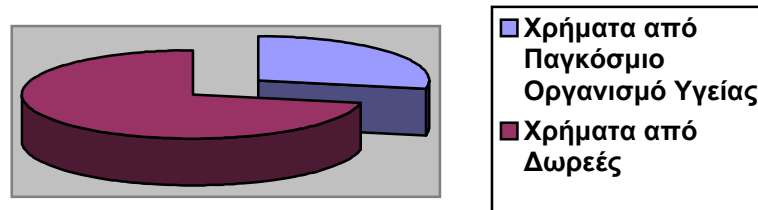
ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

ΥΓΕΙΑΣ

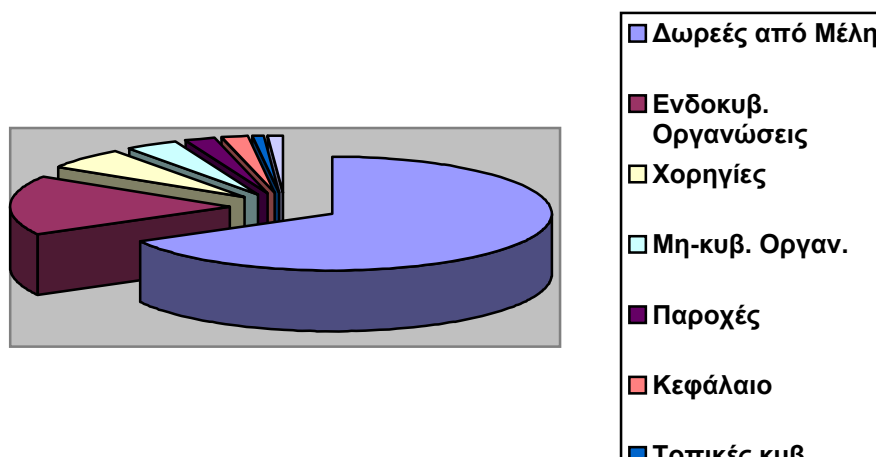
1. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι χρόνιες ασθένειες δεν επηρεάζουν μόνο τους οικονομικά ευκατάστατους, μιας και οι 4 από τους 5 ανθρώπους που πάσχουν από τέτοιου είδους ασθένειες προέρχονται από τις χαμηλές αλλά και μεσαίες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.
2. Άλλος ένας μύθος κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι ότι οι χρόνιες ασθένειες επιδρούν μόνο στους μεγαλύτερους ανθρώπους. Η πραγματικότητα διαφέρει σε μεγάλο βαθμό, αφού το 1/4 των ανδρών και των γυναικών που πεθαίνουν κάθε χρόνο είναι κάτω των 60 ετών. Βέβαια, τα τελευταία 10-15 χρόνια υπάρχει μεγάλη πιθανότητα πρόληψης αλλά και αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών μέσω του περιορισμού τριών βασικών κινδύνων, του καπνίσματος, της απουσίας φυσικής άσκησης και της πραγματοποίησης ανθυγιεινής δίαιτας με περιορισμένες ή καθόλου βιταμίνες αναγκαίες για την ανάπτυξη του οργανισμού.

ΟΙ ΠΟΡΟΙ, ΤΑ ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΞΟΔΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Να σημειωθεί κάπου εδώ ότι το συνολικό budget του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που υπολογίζεται να διατεθεί το 2006-2007 για την αντιμετώπιση και την πρόληψη ποικίλων ασθενειών παγκοσμίως ανέρχεται στα 3.3 δισεκατομμύρια δολάρια. Από αυτά τα χρήματα μόλις το 1/4 προέρχεται από τα τακτικά έσοδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ενώ τα υπόλοιπα είναι αποτέλεσμα, κυρίως, των δωρεών όλων των χωρών του κόσμου, των συνεργατών αλλά και επιχειρηματιών που χρηματοδοτούν τις προσπάθειες αυτές. Κάτι τέτοιο μπορεί να παρουσιαστεί και με την μορφή ενός διαγράμματος σε μορφή «πίτας», όπως φαίνεται και παρακάτω:



Ταυτόχρονα, είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί εδώ το γεγονός ότι παραδοσιακά η βασική πηγή δωρεών προς τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας προέρχεται από τα μέλη του, που όπως ειπώθηκε και πριν είναι γιατροί και επιχειρηματίες. Οι υπόλοιπες δωρεές προέρχονται από μη κυβερνητικές οργανώσεις, από τοπικές κυβερνήσεις και ινστιτούτα, από τον ιδιωτικό τομέα, από χορηγίες, από παροχές κτλ. Όλα αυτά παρουσιάζονται μέσα από το ακόλουθο διάγραμμα «πίτας»:



Φυσικά, τα χρήματα που χρησιμοποιεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για την αντιμετώπιση όλων των ασθενειών, κυρίως στις τριτοκοσμικές χώρες, αλλά και παγκοσμίως, είναι αποτέλεσμα μιας διετούς μελέτης των αναγκών όλων αυτών των χωρών. Συγκεκριμένα, το 75% των πόρων που συλλέγονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας διατίθεται για την αντιμετώπιση θανατηφόρων ασθενειών, όπως είναι το AIDS, η ελονοσία, η φυματίωση, ο καρκίνος κ.α. Το υπόλοιπο ποσοστό 25% χρησιμοποιείται για την πρόληψη αλλά και θεραπεία άλλων λιγότερων «επικίνδυνων ασθενειών», όπως είναι η μείωση του καπνίσματος, η υγιεινή διατροφή, η καταπολέμηση της βίας, η προστασία του περιβάλλοντος, η επικοινωνία προς τον κόσμο των μέτρων που θα πρέπει να λαμβάνει προκειμένου για την προστασία του.

Η υγεία είναι ένα καθημερινό διακύβευμα για χιλιάδες ανθρώπους σε όλο τον πλανήτη λόγω του γεγονότος ότι κανένας άνθρωπος δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει μια υγιεινή διατροφή για τον ίδιο και για τα παιδιά του καθώς τα αποθέματα σε νερό όλο και λιγοστεύουν, το φαγητό γίνεται ολοένα και πιο συνθετικό με χημικά και με άλλες επιβλαβείς ουσίες, η ασφάλεια ζωής τίθεται σε κίνδυνο ολοένα και περισσότερο λόγω των συχνών αναταραχών μεταξύ φιλοπόλεμων λαών που υποκινούνται από οικονομικά και από άλλου είδους συμφέροντα, ενώ η πρόληψη και η αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών και άλλων επιδημιών γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη, κυρίως στις τριτοκοσμικές χώρες, όπου η ενημέρωση είναι περιορισμένη. Ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υπήρξε ιστορικά αλλά και σήμερα ιδιαίτερα σημαντικός για την πρόληψη αλλά και εξάλειψη επικίνδυνων και πολύ συχνά θανατηφόρων ασθενειών. Η συμβολή του είναι ακόμα και σήμερα πολύ σημαντική στην αντιμετώπιση της ελονοσίας, της ηπατίτιδας, του AIDS, του κίτρινου πυρετού, του καρκίνου αλλά και των ναρκωτικών. Ταυτόχρονα, η μέριμνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εστιάζεται και σε άλλες λιγότερο

«επικίνδυνες» συμπεριφορές όπως είναι το κάπνισμα, η υγιεινή διατροφή, η καταπολέμηση της βίας, η προστασία του περιβάλλοντος, η επικοινωνία προς τον κόσμο των μέτρων που θα πρέπει να λαμβάνει προκειμένου για την προστασία του. Όλα τα παραπάνω έχουν ήδη βοηθήσει και έχουν ήδη βελτιώσει την ποιότητα ζωής των περισσότερων χωρών του κόσμου και κυρίως των τριτοκοσμικών λαών που έχουν και την μεγαλύτερη ανάγκη για κάτι τέτοιο.

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Ως «αυτοκαταστροφικές» συμπεριφορές ορίζονται εθελούσιες συμπεριφορές που υποσκάπτουν την ψυχοκοινωνική ευεξία του ατόμου και την προσαρμογή του στο κοινωνικό περιβάλλον. Η αυτοκαταστροφικότητα θεωρείται προσωπική απόφαση – επιλογή η οποία παραβιάζει τις νόρμες που συντηρούν τη συνοχή και τον αυτοπροσδιορισμό της ομάδας και εντέλει απειλούν την ίδια λειτουργία της κοινωνικής ταυτότητας, χάρη στην οποία υποτίθεται ότι οικοδομεί τον αυτοσεβασμό του το αυτοκαταστροφικό άτομο αλλά και τα μέλη της ομάδας του. Για τους λόγους αυτούς η ομάδα πρέπει να παρέμβει προληπτικά, επαναρρυθμίζοντας τη διαταραγμένη τάξη με άνωθεν οδηγίες και με την άσκηση έμμεσης ή άμεσης κοινωνικής επιρροής, προκειμένου να εμποδίσει ασύμβατες με τις νόρμες επιλογές ή να ενθαρρύνει την επιλογή άλλων εναλλακτικών και συμβατών.²⁰

Οι επιδημιολογικές διαστάσεις και η αιτιοπαθογένεια της γενικής ψυχοπαθολογίας αλλά και συγκεκριμένων διαταραχών και συνδρομών, όπως η

²⁰ Η κοινωνική ψυχολογία στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα: η ελληνική πραγματικότητα. εκδ. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2000

αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και η χρήση ουσιών κατά την εφηβεία, έχουν απολέσει το αντικείμενο πολλών ερευνών (Kienhorst et al., 1992, Johnston et al., 1989, Rutter, 1990, και άλλοι). Είναι τέτοια η πληθώρα των ερευνών, ώστε σε πολλές περιπτώσεις τα πορίσματα να είναι αντικρουόμενα και αντιφατικά, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την κατάθλιψη και τις διαταραχές της συναισθηματικής διάθεσης, σχετικά το χαρακτήρα, την ένταση και το βάθος των συμπτωμάτων (Μαδιανός, 1998).

Σχετικά με τη μελέτη, αιτιολόγηση, αντιμετώπιση και πρόληψη των διαταραχών της εφηβείας, ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε η συμβολή της εξελικτικής ψυχοπαθολογίας, η οποία προσέφερε καταρχάς ένα πλαίσιο για την κατανόηση της παρέκκλισης και της δυσπροσαρμοστικότητας σε σχέση με τη φυσιολογική και παθολογική εξέλιξη.

Η **Masten** (1985) θεωρεί πως, από τη στιγμή που η ψυχοπαθολογία είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται σε έναν εξελισσόμενο οργανισμό, ή έννοια της ανάπτυξης είναι βασική για την περιγραφή, την κατανόηση, την αιτιολόγηση και την αντιμετώπιση οποιασδήποτε διαταραχής. Σημειώνει επιπλέον πως οι μεταβατικές περίοδοι της εξέλιξης όπου αναδιαρθρώνονται πολλές από τις παραμέτρους της προσωπικότητας αλλά και της σχέσης με το περιβάλλον, μία από τις οποίες - η κυριότερη ίσως - είναι η εφηβεία, ελκύουν ιδιαίτερα το ενδιαφέρον της εξελικτικής ψυχοπαθολογίας.

Οι **Offer** και **Schonert - Reichi** (1992) πιστεύουν πως η βαρύτητα και οι διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας κατά την εφηβεία έχουν υπερεκτιμηθεί καθώς η πεποίθηση ότι η εφηβεία είναι μία περίοδος «θυελλώδους αναταραχής» αναπαράγεται ακόμα και από τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας αλλά και τους παιδίατρους και θεωρούν ότι αυτό το γεγονός είχε επηρεάσει αρνητικά και την πρόοδο της έρευνας για τις διαταραχές της εφηβείας.

Αναγνωρίζουν ωστόσο ότι υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό ανάμεσα στους εφήβους που αντιμετωπίζει δυσκολίες στην προσαρμογή του και έχει ανάγκη από ψυχολογική ή ψυχιατρική βοήθεια. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται περίπου στο 20% των εφήβων του γενικού πληθυσμού (Whitaker et al., 1990, Bird et al., 1988). Οι **Rutter** και οι συνεργάτες του, στη γνωστή έρευνά τους στη νήσο **Wight** (1976) θεώρησαν ότι το ποσοστό των διαταραγμένων εφήβων ηλικίας 14-15 ετών ανέρχεται στο 13% βάσει των συνεντεύξεων με τους γονείς και στο 21% βάσει των συνεντεύξεων με τους ίδιους τους εφήβους. Ο **Whitaker** (1990) εξέτασε ένα μεγάλο αριθμό εφήβων από το αστικό περιβάλλον της Νέας Υόρκης και διαπίστωσε ότι το 18,7% από αυτούς υπέφερε από κάποια ψυχική διαταραχή.

Ο **Μοδιανός** (1998) αναφέρει ότι σε πληθυσμό 1.325 Ελλήνων εφήβων, η γενική ψυχική κατάσταση των οποίων αξιολογήθηκε με βάση την κλίμακα Langner

(1962), διαπιστώθηκε ότι το 14,6% από αυτούς παρουσίαζαν σοβαρή έκπτωση της ψυχικής τους υγείας και υπέφεραν από έξι τουλάχιστον ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Ενδιαφέρον είναι το εύρημα ότι οι έφηβοι από την περιοχή των Αθηνών χαρακτηρίστηκαν καταθλιπτικοί σε μεγαλύτερο βαθμό από τους αυτούς των μικρότερων πόλεων και των αγροτικών περιοχών της χώρας. Φαίνεται πως η διαβίωση μέσα στα μεγάλα αστικά κέντρα δημιουργεί αρνητικές συνθήκες για την εξέλιξη και την ανάπτυξη της επάρκειας στους εφήβους (Madianos & Madianou, 1991, Ierodiascou, 1988). Ο **Offord** και οι συνεργάτες του (1987) θεώρησαν πως είναι ιδιαίτερα σημαντικά να εξεταστούν οι διαφορετικές επιδράσεις του φαινομένου της ήβης στα αγόρια και στα κορίτσια και ειδικότερα ό,τι αφορά τη φύση των κυριότερων ψυχοπαθολογικών διαταραχών που παρουσιάζονται στα δύο φύλα.

Η **Petersen** (1991) διαπίστωσε πως κατά την παιδική ηλικία τα κορίτσια παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχικής υγείας και κοινωνικής προσαρμογής σε σχέση με τα αγόρια, ενώ μετά την εφηβεία παρατηρείται ακριβώς το αντίθετο. Ο **Rutter** (1989) θεωρεί πως αυτή η αντιστροφή μπορεί να οφείλεται στην αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που παρατηρείται κατά την μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία. Το ποσοστό εφήβων κοριτσιών στα οποία έχει διαγνωσθεί κατάθλιψη είναι σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των αγοριών (Garrison, 1990). Αυτή η αναλογία διατηρείται και κατά την ενήλικη ζωή (Weissman & Klerman, 1979).

Οι **Sternlieb** και **Munan** (1972) εξετάζοντας 1408 εφήβους ηλικίας 15 έως 21 ετών διαπίστωσαν πως τα κυριότερα προβλήματα που απασχολούσαν τα κορίτσια ήταν σχετικά με την νευρικότητα που αισθάνονταν, τις σωματικές μεταβολές και τις σεξουαλικές σχέσεις, ενώ τα αγόρια ενδιαφέρονταν κυρίως για επαγγελματικά ζητήματα και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ.

Πολλές κοπέλες εκφράζουν επίσης ανησυχία για την υγεία τους, αισθάνονται ευάλωτες στις εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις που υφίστανται και φοβούνται ότι κάτι θα τους συμβεί. Υπάρχουν όμως και πολλά αγόρια που θεωρούν ότι εμπλέκονται σε δραστηριότητες επικίνδυνες για την ακεραιότητά τους (Radius et al., 1980).

Τα κορίτσια αναφέρουν επίσης και περισσότερα σωματικά προβλήματα σε σχέση με τα αγόρια. Ο **Dubow** και οι συνεργάτες του (1990) βρήκαν πως πολλά κορίτσια παρουσιάζουν πονοκεφάλους, πόνους στο στομάχι και στο στήθος, ονυχοφαγία, αϋπνίες, οπτικά προβλήματα, ζαλάδες και έμετους. Επίσης, υπερέχουν από τα αγόρια και σε σχέση με διάφορα ψυχολογικά προβλήματα, όπως αρνητική διάθεση, αυτοϋποτίμηση, άγχος, ευερεθιστικότητα, κατάθλιψη, διαταραχές διατροφής και αυτοκτονικός ιδεασμός. Ο **Alexander** (1989) διαπίστωσε πως τα κορίτσια κατά

την εφηβεία παρουσιάζουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα σε συνδυασμό με περισσότερα προβλήματα υγείας. Τα κυριότερα προβλήματα που αναφέρουν αφορούν τις κοινωνικές σχέσεις και την εικόνα του σώματος.

Οι **Offer** και **Schonert-Reichl** (1992) υποστηρίζουν ότι τα αγόρια έχουν διαφορετικές ανησυχίες από τα κορίτσια κατά την εφηβεία, οι οποίες συνδέονται και με την ψυχική τους υγεία. Τα κορίτσια προβληματίζονται με την εμφάνισή τους, το βάρος τους, τη σχέση τους με τους γονείς, με τη συναισθηματική τους ένταση και τη σεξουαλική δραστηριότητα. Τα αγόρια εκφράζουν λιγότερες ανησυχίες σχετικά με τα προσωπικά τους προβλήματα, ενώ συνήθως εκδραματίζουν τις εντάσεις τους μέσα από επικίνδυνες συμπεριφορές όπως είναι για παράδειγμα η χρήση ουσιών ή η σύγκρουση με τους φορείς της εξουσίας.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ

Η χρήση ναρκωτικών χαρακτηρίζεται ως παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και δεδομένου ότι η παρέκκλιση δεν είναι ιδιότητα της πράξης, αλλά αποτέλεσμα του χαρακτηρισμού και παρεκκλίνων είναι εκείνος στον οποίο εφαρμόστηκε επιτυχώς αυτός ο χαρακτηρισμός, η έννοια της παρέκκλισης δομείται ως κοινωνική κατασκευή και είναι στενά συνδεδεμένη με την παραβατικότητα την εγκληματική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τον Η. Δασκαλάκη,²¹ ο παράγοντας που συντελεί στη διαμόρφωση μιας «εγκληματικής» εικόνας στηρίζεται κυρίως στην ποινική αντίδραση της Πολιτείας, η οποία με τον τρόπο αυτό θεσπίζει «εγκληματική» τη χρήση των ναρκωτικών. Έτσι πλάθεται και η σχέση μεταξύ ναρκωτικών και εγκλήματος.

Από τα παραπάνω είναι εμφανές ότι η διαδικασία εγκληματοποίησης προηγείται της εγκληματικής συμπεριφοράς και εδώ ο νόμος έχει ένα δημιουργικό ρόλο καθώς έγκλημα είναι αυτό που ορίζεται από τον ποινικό νόμο. Έτσι ενώ η κατάχρηση αλκοόλ συνιστά παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, η χρήση κάνναβης είναι ποινικό αδίκημα. Επομένως η πράξη ενδοφλέβιας χορήγησης ηρωίνης δεν είναι παρεκκλίνουσα λόγω της ιδιοσυστασίας της. Είναι απολύτως σύμφωνη με τους κανόνες, αν τη χορηγήσει μια νοσοκόμα σ' ένα ασθενή με συνταγή ιατρού. Η πράξη καθίσταται παρεκκλίνουσα μόνο όταν αυτή τελείται με τρόπο που δεν έχει ορισθεί δημόσια ως πρόπων. Ο παρεκκλίνων χαρακτήρας μιας πράξης εδράζεται στον

τρόπο με τον οποίο αυτή χαρακτηρίζεται δημόσια. Αμφισβητείται με άλλα λόγια, η υπόθεση ότι τα κίνητρα απορρέουν από μια ιδιαίτερη συγκρότηση της προσωπικότητας του χρήστη ή από ένα προβληματικό κοινωνικό υπόστρωμα.

Ως συνάρτηση των παραπάνω προσδίδεται ένα συγκεκριμένο κοινωνικό νόημα στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών το οποίο παράγει και τα αντίστοιχα στερεότυπα. Τα τρία βασικά είναι τα εξής:

- Το *ιατρικό στερεότυπο*: όπου η χρήση των ναρκωτικών αποτελεί ασθένεια, διότι συνδέεται με την εκδήλωση σωματικών και ψυχικών διαταραχών.
- Το *ηθικό στερεότυπο*: όπου η χρήση των ναρκωτικών είναι καταδικαστέα, όχι γιατί οδηγεί στη διάπραξη αντικοινωνικών πράξεων, αλλά επειδή δημιουργεί μια σχέση εξάρτησης του ατόμου από την ουσία, που έχει ως αποτέλεσμα την απόσυρση του από την κοινωνική (και κυρίως παραγωγική) πραγματικότητα.
- Το *πολιτισμικό στερεότυπο*: όπου η χρήση ναρκωτικών συνιστά μία ιδεολογική παρέκκλιση, διότι εκφράζει την αμφισβήτηση συμβατικών αξιών και συνδέεται με ένα ιδιαίτερο τρόπο ζωής.

Άξιον αναφοράς είναι ότι τις τελευταίες δεκαετίες αυτά που ορίσαμε ως ηθικό και πολιτισμικό στερεότυπο μοιάζει να υποχωρούν έναντι του ιατρικού, γεγονός που αντικατροπτίζει και την έμφαση στην ιατρική μεταχείριση. Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι τα στερεότυπα καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό το είδος όσο και την ένταση της κοινωνικής αντίδρασης απέναντι στη χρήση ναρκωτικών. Αποτελούν απλουστευτικές εικόνες σε σχέση με τη φύση της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς και ανταποκρίνονται σε κάποια προκατασκευασμένα θεωρητικά σχήματα. Τα εν λόγω στερεότυπα τα συναντάμε στις διάφορες εκστρατείες ενημέρωσης γύρω από τα ναρκωτικά και στο τρόπο που προβάλλεται το θέμα από το τύπο. Πιο συγκεκριμένα τα στερεότυπα που διαχέονται από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας συγκροτούνται από *φορείς του επίσημου κοινωνικού ελέγχου* του εγκλήματος, στο πλαίσιο δηλαδή του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης όπου παράγεται αυτό που θα προσληφθεί κοινωνικά ως έγκλημα και εγκληματίας καθώς επίσης και μέσα από τον *επιστημονικό λόγο των ειδικών* οι οποίοι ασχολούνται με το έγκλημα σε θεωρητικό, εμπειρικό και εφαρμοσμένο επίπεδο εντός και εκτός των θεσμών του επίσημου κοινωνικού ελέγχου της παρέκκλισης και του εγκλήματος. Καθώς ο επιστημονικός λόγος εμφανίζεται στερεότυπος, ηθικοπλαστικός και συντηρητικός, ο ιδεολογικός κύκλος

²¹ Δασκαλάκης Ηλίας, (Αθήνα 1985) Η εγκληματολογία της κοινωνικής αντίδρασης, εκδόσεις Σάκκουλα

κλείνει χωρίς να υπονομεύονται ή να παραπτοούνται οι κυρίαρχες αντιλήψεις για το έγκλημα και την ποινή.²²

Η άποψη ότι η χρήση ναρκωτικών συνδέεται με την εγκληματικότητα είναι πολύ διαδεδομένη και αποτελεί το βασικό επιχείρημα για τη θέσπιση νόμων που απαγορεύουν τη χρήση. Η σχέση αυτή έχει προκύψει από διάφορες συγκριτικές εμπειρικές έρευνες, που αποδεικνύουν ότι τα ποσοστά εγκληματικότητας είναι μεγαλύτερα στους χρήστες. Όμως οι εν λόγω έρευνες αγνοούν το ότι η χρήση ναρκωτικών προηγείται της εγκληματικότητας, έτσι ώστε να μπορεί να θεωρηθεί ότι η εγκληματικότητα αποτελεί συνέπεια της χρήσης ναρκωτικών. Σύμφωνα με τον Η. Δασκαλάκη²³ ο χρήστης ναρκωτικών θεωρείται ήδη, σύμφωνα με το νόμο εγκληματίας, δεδομένου ότι η χρήση ναρκωτικών συνιστά ποινικό αδίκημα. Το γεγονός αυτό ταυτίζει το χρήστη με εγκληματικές συμπεριφορές, πράγμα που ευνοεί την υιοθέτηση εγκληματικών προτύπων από τον χρήστη ναρκωτικών, αλλά και τον εθισμό στα ναρκωτικά των λοιπών εγκληματιών. Αυτή η διαδικασία οδηγεί σε φαύλο κύκλο καθώς οι έννοιες του «εξαρτημένου χρήστη» και του «παραβάτη» γίνονται συνώνυμες.

Τα ανωτέρω οδηγούν στην περιθωριοποίηση των χρηστών αλλά και των απεξαρτημένων ατόμων. Και οι δυο κατηγορίες φαίνονται αδύναμες να ενταχθούν στη δομημένη κοινωνία πράγμα που οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό τους. Στην παραπάνω έννοια ομαδοποιούνται όλα τα κοινωνικά προβλήματα ανεξάρτητα της φύσης τους και της επιστημονικής τους θεμελίωσης με βάση το κοινό γεγονός ότι αποτελούν προβλήματα για την κοινωνία.

Οι «αποκλεισμένοι» αναγνωρίζονται ως ετερογενής ομάδες, οι οποίες μαστίζονται από μεγάλη περιθωριοποίηση τόσο όσον αφορά στην εργασία όσο και τα δικαιώματα έναντι του κράτους. Η έννοια του «κοινωνικού αποκλεισμού» παραπέμπει σε μία κοινωνία διχοτομημένη στη βάση του «εντός» και του «εκτός». Με αυτόν τον τρόπο όμως αποσυνδέονται τα κοινωνικά προβλήματα από τις κοινωνικές δομές που τα προκαλούν, πράγμα που οδηγεί στην προσωποποίηση των προβλημάτων και στο στιγματισμό των ατόμων.

Η χρήση ναρκωτικών χαρακτηρίζεται ως παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και δεδομένου ότι η παρέκκλιση δεν είναι ιδιότητα της πράξης, αλλά αποτέλεσμα του χαρακτηρισμού και παρεκκλίνων είναι εκείνος στον οποίον εφαρμόστηκε

²² Κουκουτσάκη Αφροδίτη, (Αθήνα 2000) Οι συμπεριφορές μη συμμόρφωσης μεταξύ ποινικού και ιατρικού ελέγχου: Χρήση ναρκωτικών – ομοφυλοφιλία εκδόσεις, Ελληνικά Γράμματα.

²³ Δασκαλάκης Ηλίας, (Αθήνα 1985) Η εγκληματολογία της κοινωνικής αντίδρασης, εκδόσεις Σάκκουλα

επιτυχώς αυτός ο χαρακτηρισμός, η έννοια της παρέκκλισης δομείται ως κοινωνική κατασκευή και είναι στενά συνδεδεμένη με την παραβατικότητα την εγκληματική συμπεριφορά. Ο παρεκκλίνων χαρακτήρας μιας πράξης εδράζεται στον τρόπο με τον οποίο αυτή χαρακτηρίζεται δημόσια.

- Το *ιατρικό στερεότυπο*: όπου η χρήση των ναρκωτικών αποτελεί ασθένεια.
- Το *ηθικό στερεότυπο*: όπου η χρήση των ναρκωτικών είναι καταδικαστέα, όχι γιατί οδηγεί στη διάπραξη αντικοινωνικών πράξεων, αλλά επειδή δημιουργεί μια σχέση εξάρτησης του ατόμου από την ουσία, που έχει ως αποτέλεσμα την απόσυρση του από την κοινωνική (και κυρίως παραγωγική) πραγματικότητα.
- Το *πολιτισμικό στερεότυπο*: όπου η χρήση ναρκωτικών συνιστά μία ιδεολογική παρέκκλιση, διότι εκφράζει την αμφισβήτηση συμβατικών αξιών και συνδέεται με ένα ιδιαίτερο τρόπο ζωής.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι τα στερεότυπα καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό το είδος όσο και την ένταση της κοινωνικής αντίδρασης απέναντι στη χρήση ναρκωτικών. Η άποψη ότι η χρήση ναρκωτικών συνδέεται με την εγκληματικότητα είναι πολύ διαδεδομένη και αποτελεί το βασικό επιχείρημα για τη θέσπιση νόμων που απαγορεύουν τη χρήση. Η σχέση αυτή έχει προκύψει από διάφορες συγκριτικές εμπειρικές έρευνες, που αποδεικνύουν ότι τα ποσοστά εγκληματικότητας είναι μεγαλύτερα στους χρήστες. Όμως οι εν λόγω έρευνες αγνοούν το ότι η χρήση ναρκωτικών προηγείται της εγκληματικότητας, έτσι ώστε να μπορεί να θεωρηθεί ότι η εγκληματικότητα αποτελεί συνέπεια της χρήσης ναρκωτικών. Τα ανωτέρω οδηγούν στην περιθωριοποίηση των χρηστών αλλά και των απεξαρτημένων ατόμων. Και οι δυο κατηγορίες φαίνονται αδύναμες να ενταχθούν στη δομημένη κοινωνία πράγμα που οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό τους.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΜΗΝΥΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο σημείο αυτό της εργασίας μας θα επιχειρήσουμε, να σκιαγραφήσουμε τα γενικά τυπολογικά χαρακτηριστικά της *σχεδιασμένης επικοινωνίας*, στο πλαίσιο της οποίας εντάσσονται, μεταξύ άλλων²⁴, οι επικοινωνιακές εκστρατείες του κλάδου της αγωγής υγείας και η σημειολογία των μηνυμάτων της.

Πλαισιώνοντας τη σημειολογία των μηνυμάτων αγωγής υγείας²⁵

Η κατανόηση των βασικών προκείμενων αλλά και των περιορισμών που διέπουν τη *σχεδιασμένη επικοινωνία* εν γένει είναι κεφαλαιώδους σημασίας για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό και τη βέλτιστη δυνατή υλοποίηση μίας οιασδήποτε επικοινωνιακής εκστρατείας.

Η σχεδιασμένη επικοινωνία συνιστά τη μορφή (μαζικής) επικοινωνίας η οποία χρησιμοποιείται συνειδητά για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων και η οποία διαφοροποιείται σε κλίμακα (και σε πολυπλοκότητα) αναλόγως των αναγκών τις οποίες καλείται να εξυπηρετήσει.

²⁴ Εννοείται πως στο πλαίσιο της *σχεδιασμένης επικοινωνίας* εντάσσονται επίσης οι καμπάνιες πολιτικού χαρακτήρα, ο κλάδος των δημοσίων σχέσεων και το κοινωνικό μάρκετινγκ.

²⁵ Τις πληροφορίες που αναφέρονται στο συγκεκριμένο τμήμα αντλήσαμε από: McQuail, D. & Windahl, S., *Σύγχρονα μοντέλα επικοινωνίας*, κεφ. 7, σ. 236-246.

Τα βασικά χαρακτηριστικά των επικοινωνιακών εκστρατειών μπορούν να συνοψιστούν στα εξής:

- Η *πηγή/πομπός* των μηνυμάτων είναι *συλλογική* και *οργανωμένη*.
- Οι εκστρατείες έχουν, κατά το δυνατόν, *σαφή και συγκεκριμένη σκοποθεσία*.
- Στο πλαίσιο της ίδιας καμπάνιας μπορεί να επιχειρηθεί η *επίτευξη πολλαπλών στόχων* — για παράδειγμα, η *επιρροή στο επίπεδο των στάσεων/απόψεων/συμπεριφορών*.
- Οι εκστρατείες είναι *δημόσιες* στο χαρακτήρα τους και *ευθύνονται για τους σκοπούς, τις μεθόδους και τα αποτελέσματά τους*.
- Είθισται να μετέρχονται *περισσότερα από ένα κανάλια* και *περισσότερα από ένα μηνύματα*, ενώ η μαζική επικοινωνία μπορεί να συμπληρώνεται από *διαπροσωπικές και άμεσες μορφές επικοινωνίας*.
- Αναλόγως των προδιαγεγραμμένων στόχων της, μία εκστρατεία μπορεί να απευθύνεται είτε σε *ορισμένες κατηγορίες του κοινού* είτε στο *κοινό στο σύνολό του*.
- Μία επικοινωνιακή εκστρατεία συνιστά *θεσμοποιημένη δραστηριότητα* και πρέπει να *νομιμοποιείται στα μάτια της κοινής γνώμης, να συμμορφώνεται με τους νόμους και να μην προκαλεί πολλές αμφισβητήσεις*.

Βάσει του μοντέλου της επικοινωνιακής εκστρατείας των **Nowak** και **Wärneryd** (1985), μία καμπάνια εστιάζει συνήθως σε ένα *θέμα ή αντικείμενο*. Αναμφισβήτητα, η πραγμάτευση διαφορετικών αντικειμένων, που αφορούν ενδεχομένως ποικίλα κοινά-στόχους, απαιτούν *διαφορετικές επικοινωνιακές μεθόδους*. Ο *πληθυσμός-στόχος*, στο πλαίσιο του ιδίου μοντέλου, ορίζεται ως ο πληθυσμός εκείνος του οποίου η γνώση, οι στάσεις ή η συμπεριφορά αναμένεται να αλλάξουν λόγω της εκστρατείας. Είναι δυνατόν, μάλιστα, ο πομπός να επιλέξει να μην απευθυνθεί στο σύνολο των μελών του κοινού-στόχου, αλλά στους «καθοδηγητές γνώμης» των μελών του εν λόγω κοινού. Η ομάδα των δεκτών κατηγοριοποιείται συχνά βάσει του *βαθμού ευκολίας προσέγγισής* της: είναι προφανές ότι ανάμεσα στις οι δυσκολότερες κατηγορίες βρίσκονται αυτές που δεν αντιλαμβάνονται την ανάγκη/χρησιμότητα του μηνύματος που τους απευθύνονται και δεν εκτίθενται στα κανάλια επικοινωνίας.²⁶ Σε ό,τι αφορά το ίδιο το κεντρικό μήνυμα που επιχειρείται να προωθηθεί, αυτό μπορεί να παραμένει σταθερό ή να μεταβάλλεται ανάλογα με το στάδιο μίας εκστρατείας. Επί παραδείγματι, μία εκστρατεία μπορεί αρχικά να στοχεύει στην ενημέρωση του κοινού, κατόπιν να

²⁶ Το ζήτημα αυτό εμπίπτει βεβαίως στη λεγόμενη *εκτίμηση κινδύνου* την οποία θα πραγματευτούμε αναλυτικότερα πιο κάτω.

προσπαθεί να πείσει ή να επηρεάσει τη συμπεριφορά και, τέλος, να επιβεβαιώσει αυτούς που ενέδωσαν στα μηνύματα για το ορθόν των επιλογών τους.

Κατά τους **Nowak** και **Wärneryd**, ένα σύνηθες πρόβλημα στον σχεδιασμό μίας επικοινωνιακής εκστρατείας έγκειται στον ασαφή/ανεπαρκή προσδιορισμό των στόχων της, σε συνδυασμό με την υπερεκτίμηση των πιθανών της αποτελεσμάτων. Επίσης, προβληματική κρίνεται η έλλειψη ενημέρωσης της πηγής ως προς τα ανταγωνιστικά (για τους στόχους της εκστρατείας) μηνύματα στα οποία μπορεί να έχει ήδη εκτεθεί ή να εκτίθεται ο δέκτης: ο υπεύθυνος της εκστρατείας είναι απαραίτητο να λαμβάνει υπόψη του τέτοιου είδους μηνύματα ώστε το δικό του να λειτουργεί, κατά το δυνατόν, αποτελεσματικότερα.

Μία σχεδιασμένη επικοινωνιακή εκστρατεία περιλαμβάνει, επομένως, ποικίλες διαστάσεις οι οποίες αλληλοδιασταυρώνονται, οπότε και η μεταβολή ενός στοιχείου μπορεί να επιφέρει αλλαγές στη διαμόρφωση των υπολοίπων στοιχείων. Το γεγονός αυτό της αλληλοδιασύνδεσης καθίσταται φανερό και στην τρίπτυχη τυπολογία που προτείνουν οι **Rogers** και **Storey** (1987): θεωρείται ότι η πρώτη διάσταση μίας εκστρατείας περιλαμβάνει τους *στόχους*, η δεύτερη αφορά στην *επιδιωκόμενη αλλαγή* και η τρίτη στη *θέση οφέλους*, δηλαδή στην ισορροπία ανάμεσα στο όφελος του πομπού και στο όφελος του δέκτη. Ως προς το επίπεδο των στόχων, οι δύο συγγραφείς υποστηρίζουν ότι είναι δυνατές δύο επιλογές ταξινόμησης: η ιεραρχική ή η διαδοχική ταξινόμηση. Τα *αποτελέσματα* που τελικά διαμορφώνονται βάσει των στόχων που τέθηκαν, δηλαδή η *ακριβής θέση της αλλαγής*, εντοπίζονται σε διάφορα επίπεδα και μάλιστα ταυτόχρονα. Για παράδειγμα, οι αλλαγές που επιδιώκονται σε *κοινωνικό επίπεδο* προϋποθέτουν συχνά αλλαγές στο επίπεδο της *ατομικής συμπεριφοράς*. Από την αντίστροφη πλευρά, μία καμπάνια μπορεί να επιδιώξει τη μεταβολή των ομαδικών στάσεων με απώτερο στόχο τις αλλαγές στο ατομικό επίπεδο. Αναφορικά με τη θέση του *οφέλους*, θεωρείται ότι οι περισσότερες εκστρατείες είναι δυνητικά ωφέλιμες σε περισσότερα από ένα εμπλεκόμενα μέρη. Μολαταύτα, πρέπει να καταστήσουμε σαφές εδώ ότι οι καμπάνιες κοινωφελούς χαρακτήρα διαφέρουν ριζικά από άλλου είδους καμπάνιες (π.χ. διαφημιστικές) καθώς έχουν ως βασικό στόχο να ωφελήσουν τον δέκτη και όχι τον πομπό, δηλαδή τον χρηματοδότη της καμπάνιας, όπως στην περίπτωση των διαφημιστικών εκστρατειών.

Συνοψίζοντας,²⁷ λοιπόν, μία καμπάνια είναι μορφή σχεδιασμένης επικοινωνίας κατά την οποία ποικίλα μέσα ενημέρωσης χρησιμοποιούνται

²⁷ Η περιεκτική σύνοψη που ακολουθεί παρατίθεται στο: McQuail, *Η θεωρία της μαζικής επικοινωνίας για τον 21ο αιώνα*, σ. 488.

—με οργανωμένο τρόπο και για ορισμένο χρονικό διάστημα— για να επιτευχθεί ένας ενημερωτικός στόχος σε έναν επιλεγμένο πληθυσμό. Όπως είδαμε και πιο πάνω, οι καμπάνιες έχουν *συγκεκριμένους και φανερούς στόχους*, είναι *ανοικτές σε εκτιμήσεις και σε αποτελεσματικότητα*, έχουν *νόμιμη χορηγία*, οι σκοποί τους *τείνουν να μην αντιβαίνουν στις κοινά αποδεκτές αξίες και τους στόχους των θεμελιωμένων θεσμών*, ο πληθυσμός-στόχος είναι *συνήθως ευρύς και διασκορπισμένος*.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ – ΕΦΑΡΜΟΓΗ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Τούντα²⁸ Πριν από την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, είναι απαραίτητος ο *λεπτομερής και προσεκτικός σχεδιασμός* τους. Κάθε σχεδιασμός περιλαμβάνει ορισμένους βασικούς τομείς, που ο καθένας απ' αυτούς πρέπει να αναλύεται και να καταγράφεται ξεχωριστά σαν ιδιαίτερο κεφάλαιο του σχεδιασμού πριν από την εφαρμογή του προγράμματος.

Η *εφαρμογή του προγράμματος* που αποτελεί το δεύτερο και σημαντικότερο βήμα στην υλοποίηση της Αγωγής Υγείας, αποτελεί πιστή μεταφορά στην πράξη όσων έχουν διατυπωθεί γραπτά στα πλαίσια του σχεδιασμού.

Το τρίτο και τελευταίο βήμα, είναι η *αξιολόγηση κάθε προγράμματος* Αγωγής Υγείας, που αφορά όλα τα στάδια σχεδιασμού και εφαρμογής του και κυρίως την αποτίμηση των αποτελεσμάτων του. Ο τρόπος αξιολόγησης αποτελεί επίσης αντικείμενο του σχεδιασμού.

Στάδια σχεδιασμού

Ο σχεδιασμός προγραμμάτων Αγωγής Υγείας περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. Ανάλυση της κοινότητας
2. Επισήμανση των αναγκών
3. Καθορισμός των στόχων
4. Αποτίμηση των πόρων
5. Περιγραφή της μεθοδολογίας
6. Σχεδιασμός της αξιολόγησης.

1. Ανάλυση της κοινότητας

Ως κοινότητα μπορεί να θεωρηθούν ομάδες ατόμων που δεν καθορίζονται μόνο γεωγραφικά, αλλά και από χαρακτηριστικά που έχουν σχέση με το επάγγελμα, τη θρησκεία, τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, τις κοινές ανάγκες κτλ. Οι κοινότητες αυτές ονομάζονται «Λειτουργικές Κοινότητες». Αντίθετα, οι «Δομικές Κοινότητες» καθορίζονται από συγκεκριμένα γεωγραφικά σύνορα. Αποτελούνται δηλαδή, από ομάδες ατόμων που ζουν σε μια οργανωμένη περιοχή, π.χ. οικισμούς, γειτονιές, ενορίες, χωριά, πόλεις, κράτη. Στις κοινότητες υπάρχουν ποικίλες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων που τις αποτελούν, αλλά και επιδράσεις από εξωγενείς παράγοντες μόνιμους ή παροδικούς.

Μια ολοκληρωμένη περιγραφή του πληθυσμού της κοινότητας πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

- **Ποσοτικά χαρακτηριστικά:** Εάν δηλαδή πρόκειται για μεμονωμένα άτομα, για οικογένειες, πληθυσμό ενός χωριού ή μιας πύλης, εργαζόμενους ενός κλάδου κλπ. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να καταγράφεται ο ακριβής αριθμός του πληθυσμού - στόχου.
- **Ηλικία και φύλο:** Ποια είναι η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού, πόσοι άντρες και πόσες γυναίκες; Είναι αυτονόητο, πως αλλιώς θα αντιμετωπιστούν οι μαθητές ενός σχολείου και αλλιώς οι ηλικιωμένοι ενός χωριού. Άλλα προβλήματα είναι πιο σημαντικά να θιγούν σ' ένα γυναικείο ακροατήριο και άλλα σ' ένα αντρικό.
- **Πολιτιστικά και γλωσσολογικά χαρακτηριστικά:** Κάθε χώρα έχει τα ιδιαίτερα πολιτιστικά και γλωσσολογικά χαρακτηριστικά της, αλλά και πολλές φορές στην ίδια χώρα υπάρχουν πληθυσμοί με διαφορετικά πολιτιστικά χαρακτηριστικά και διαφορετικές γλώσσες ή διαλέκτους. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι γνωστά τα βασικά ήθη και έθιμα του πληθυσμού - στόχου, καθώς και οι γλωσσολογικές του ιδιαιτερότητες, ώστε να προσαρμόζεται ανάλογα η μεθοδολογία του προγράμματος.
- **Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά:** Η μόρφωση, το επάγγελμα, το εισόδημα, ο χώρος κατοικίας και όλα τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την κοινωνική προέλευση του πληθυσμού - στόχου, είναι σημαντικά στοιχεία για το σχεδιασμό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.
- **Σχετικές γνώσεις και πείρα:** Σπάνια ένας πληθυσμός τελεί σε πλήρη άγνοια σχετικά με το αντικείμενο του εκάστοτε προγράμματος. Άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο, υπάρχει μια σχετική γνώση και εμπειρία γύρω από κάθε θέμα, που αφορά την υγεία. Πολλές φορές η γνώση αυτή στηρίζεται σε προκαταλήψεις

ή ελλιπή στοιχεία. Γι ' αυτό και είναι σκόπιμο να αξιολογούνται κάθε φορά οι γνώσεις και οι εμπειρίες που υπάρχουν.

- **Υπάρχουσες στάσεις - συμπεριφορές:** Οι στάσεις - συμπεριφορές του πληθυσμού που σχετίζονται με το αντικείμενο του προγράμματος, είναι πολύ βασικά δεδομένα για το σωστό σχεδιασμό του. Υπάρχουν πληθυσμοί που ανταποκρίνονται με ενθουσιασμό σε προγράμματα Αγωγής Υγείας, όπως είναι τα παιδιά στις μικρότερες ηλικίες, σε αντίθεση με τους εφήβους που είναι πιο επιφυλακτικοί.
- **Στάσεις σε εκπαιδευτικά ζητήματα:** Άλλοι πληθυσμοί είναι πιο εξοικειωμένοι με ορισμένες εκπαιδευτικές μεθόδους και άλλοι με άλλες. Υπάρχουν άτομα που λόγω ιδιοσυγκρασίας δεν θέλουν να συμμετέχουν σε ομαδικές - συλλογικές διαδικασίες και προτιμούν μια απρόσωπη ενημέρωση ή επαφή με μεθόδους που δεν προϋποθέτουν τη συμμετοχή τους.
- **Εκπαιδευτικό - πνευματικό επίπεδο:** Το επίπεδο μόρφωσης του πληθυσμού - στόχου είναι καθοριστικής σημασίας για τον τρόπο σχεδιασμού της μεθοδολογίας. Ανάλογα με το εκάστοτε επίπεδο και τις εκπαιδευτικές ικανότητες πρέπει να σχεδιαστούν και οι ιδιαίτερες μέθοδοι του προγράμματος.
- **Γενικά χαρακτηριστικά υγείας:** Πολλές φορές τα προβλήματα υγείας ενός πληθυσμού καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δυνατότητά του να ανταποκριθεί στις μεθόδους ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας. Ηλικιωμένοι με δυσκολία στη μετακίνηση ή ανάπηροι, δεν μπορούν να παρακολουθήσουν μια δραστηριότητα που απαιτεί τη μετακίνησή τους εκτός της οικίας τους. Μειωμένη όραση εμποδίζει το διάβασμα κειμένων, μειωμένη ακοή την παρακολούθηση μιας ομιλίας κλπ.

2. Επισήμανση των αναγκών

Ο δεύτερος τομέας σχεδιασμού ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, είναι η επισήμανση των αναγκών του πληθυσμού, που καλείται το πρόγραμμα να ικανοποιήσει. Η επισήμανση των αναγκών, περιλαμβάνει μια πρώτη εκτίμηση των ειδικών προβλημάτων υγείας που υπάρχουν καθώς και το σχεδιασμό ειδικών ερευνών ή μεθόδων για τη συλλογή επιπρόσθετων στοιχείων και πληροφοριών.

Για να σχεδιαστεί π.χ. ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για τη μείωση των εργατικών ατυχημάτων, είναι απαραίτητο να εκτιμηθεί η πραγματική έκταση του προβλήματος. Πόσο εργατικά ατυχήματα συμβαίνουν, ποια συχνότητα παρουσιάζουν σε διάφορες κατηγορίες εργαζομένων ή σε διάφορες ηλικίες εργαζομένων, ποιες είναι οι βασικές τους αιτίες, ποιες είναι οι επιπτώσεις τους κλπ.

Απαντήσεις σ' αυτά τα ερωτήματα μπορούν να δοθούν από διαφορετικές κάθε- φορά πηγές. Οι πιο σημαντικές απ' αυτές είναι:

- Οι τακτικές στατιστικές σειρές της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.
- Οι κοινωνικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν κάθε πληθυσμό.
- Οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν το χώρο που κινείται, ζει και εργάζεται ο κάθε πληθυσμός.
- Οι σχετικές απόψεις των ειδικών για κάθε ιδιαίτερο θέμα.
- Οι σχετικές απόψεις του κοινού για το πρόβλημα που το αφορά.
- Οι ειδικές επιδημιολογικές έρευνες.

Σχετικά με τις **επιδημιολογικές έρευνες**, η σημασία τους είναι ιδιαίτερα σημαντική σ' ότι αφορά τη συλλογή νέων στοιχείων. Τόσο η *περιγραφική επιδημιολογία* με διάφορες μεθόδους, όπως τα ερωτηματολόγια, η επιτόπια έρευνα κλπ., όσο και η *αναλυτική επιδημιολογία* με τις πιο σύνθετες έρευνες (αναδρομικές, προοπτικές μελέτες και μελέτες παρέμβασης) δίνουν την επιστημονική δυνατότητα για την αξιολόγηση κάθε συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.

Τέλος, για να υπάρξει μια ολοκληρωμένη αντίληψη των αναγκών θα πρέπει να απαντηθούν τα ακόλουθα 4 ερωτήματα:

- Τι είδους ανάγκη είναι;
- Ποιος αποφασίζει ότι υπάρχει ανάγκη;
- Που βασίζεται αυτή η απόφαση;
- Αποτελεί το πρόγραμμα απάντηση σ' αυτήν την ανάγκη;

Τα ερωτήματα αυτά είναι βασικά γιατί όλες οι ανάγκες υγείας δεν είναι ίδιες. Επίσης ο χαρακτήρας των αναγκών, πολλές φορές καθορίζεται διαφορετικά, ανάλογα με το ποιοί αποφασίζουν και με το πού στηρίζουν την απόφασή τους. Αλλιώς αντιλαμβάνονται το πρόβλημα της υπέρτασης οι γιατροί που γνωρίζουν τις επιπτώσεις της, και αλλιώς ο πληθυσμός που όσο δεν έχει συμπτώματα συχνά αδιαφορεί. Το τελευταίο ερώτημα, είναι επίσης σημαντικό, γιατί πολλές φορές ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας αποτυγχάνει, επειδή ακριβώς δεν σχεδιάστηκε προσεκτικά σε αντιστοιχία με την πραγματική φύση και το μέγεθος των προβλημάτων που επεδίωκε να επιλύσει.

3. Καθορισμός των στόχων

Στο εν λόγω στάδιο, θα πρέπει να *καταγράφονται οι στόχοι* που θα περιλαμβάνει το πρόγραμμα καθώς και μια σύντομη *περιγραφή* του κάθε στόχου. Όπως ήδη τονίστηκε, δεν είναι απαραίτητο κάθε πρόγραμμα να περιλαμβάνει όλους

τους στόχους ούτε οι στόχοι να έχουν την ίδια σειρά ακολουθίας. Ποιοί στόχοι λοιπόν επιλέγονται και με ποια σειρά, είναι μια βασική επιλογή του σχεδιασμού.

Στη συνέχεια θα πρέπει να περιγραφεί όσο γίνεται πιο συγκεκριμένα τι ακριβώς θα πρέπει:

- να γνωρίζει ο πληθυσμός - στόχος
- να αισθανθεί ο πληθυσμός - στόχος
- να πράξει ο πληθυσμός - στόχος

Εάν για παράδειγμα, σ' ένα αντικαπνιστικό πρόγραμμα, έχει συμπεριληφθεί ο στόχος της παροχής γνώσεων, θα πρέπει στο στάδιο αυτό του σχεδιασμού, να καταγραφεί συγκεκριμένα ποια νοσήματα θα αναφερθούν ότι σχετίζονται με το κάπνισμα, σε τι βάθος θα προχωρήσει η παρουσίαση των παθολογο-φυσιολογικών μηχανισμών, τι έκταση θα δοθεί στην παρουσίαση στατιστικών και επιδημιολογικών στοιχείων κτλ..

4. Αποτίμηση των πόρων

Για τη διεξαγωγή του προγράμματος Αγωγής Υγείας Θα πρέπει να αποτιμηθούν οι ειδικοί πόροι που διαθέτει η κοινότητα ή ο ίδιος ο πληθυσμός - στόχος, καθώς και οι πόροι που προέρχονται από εξωτερικές πηγές. Οι πόροι χωρίζονται σε υλικούς και ανθρώπινους. Οι υλικοί πόροι περιλαμβάνουν χρήματα, εξοπλισμό, κτιριακές ευκολίες κτλ.

Στους **ανθρώπινους πόρους** συμπεριλαμβάνονται συνήθως οι εξής κατηγορίες:

- Εκπαιδευτές Υγείας: Πρέπει ο σχεδιασμός να αναφέρει συγκεκριμένα πόσοι εκπαιδευτές υγείας Θα χρησιμοποιηθούν καθώς και την πείρα, τις γνώσεις, τις ικανότητες, το διαθέσιμο χρόνο κλπ., που Θα πρέπει να διαθέτουν.
- Άλλα στελέχη: Κάθε πρόγραμμα εκτός από τους εκπαιδευτές υγείας, που φέρνουν την κύρια ευθύνη, στηρίζεται συχνά και σε άλλους επιστήμονες (γενικούς γιατρούς, επιδημιολόγους, ψυχολόγους κλπ.) καθώς και σε γραμματειακό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό.
- Πληθυσμός - στόχος: Πολλές φορές είναι χρήσιμο, για την εκτέλεση ενός προγράμματος να αξιοποιούνται και τα άτομα από τον πληθυσμό - στόχο. Η διαδικασία αυτή, που μπορεί να είναι είτε εθελοντική είτε επ' αμοιβή, είναι σκόπιμη γιατί η συμμετοχή του κοινού πολλές φορές καλύπτει κενά και ανάγκες οργανωτικές και πρακτικές που δύσκολα θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν διαφορετικά.
- Άτομα που επηρεάζουν τον πληθυσμό: Στο σχεδιασμό των ανθρώπινων πόρων πρέπει να περιλαμβάνονται και όσα άτομα επηρεάζουν τον πληθυσμό - στόχο σε ότι αφορά το αντικείμενο του προγράμματος. Θα ήταν μεγάλη παράλειψη αν, για

παράδειγμα, ένα πρόγραμμα διατροφής για τα παιδιά, δεν επιστράτευε τους γονείς ή τους δασκάλους, προκειμένου να περάσει τα απαραίτητα μηνύματα ή να ενισχύσει τις επιθυμητές συμπεριφορές.

Επιπρόσθετα, στο στάδιο αυτό του σχεδιασμού, Θα πρέπει να καταγραφούν και οι ανασταλτικές δυνάμεις ή τα διάφορα εμπόδια που υπάρχουν ή που πιθανόν να προκύψουν. Η έλλειψη χρημάτων, η ανεπάρκεια του προσωπικού ή η αρνητική στάση ορισμένων φορέων κτλ. εάν εκτιμηθούν στα πλαίσια του σχεδιασμού, θα διευκολυνθεί η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους.

5. Περιγραφή μεθοδολογίας

Το υπό ανάλυση στάδιο αποτελεί ίσως το σημαντικότερο τμήμα του σχεδιασμού, γιατί από τις μεθόδους που θα επιλεγούν και από τον τρόπο που θα εφαρμοστούν, κρίνεται σε μεγάλο βαθμό η επιτυχία του προγράμματος.

Η επιλογή της μεθοδολογίας πρέπει να είναι απόρροια των απαντήσεων στα 3 ακόλουθα ερωτήματα:

- Ποια είναι τα ενδεικνυόμενα μέσα;
- Ποια είναι τα πιο αποδεκτά μέσα;
- Ποια είναι τα πιο οικεία μέσα;

Η απάντηση στην πρώτη ερώτηση, δίνεται από τη θεωρία της Αγωγής Υγείας, όπου για κάθε στόχο, υπάρχουν ορισμένα μέσα που ενδείκνυται. Πολλές φορές, οι ιδιαιτερότητες του πληθυσμού (ηλικία, φύλλο, μορφωτικά επίπεδο κτλ.), μπορεί να καθιστούν ορισμένα από τα μέσα που προτείνει η θεωρία τελείως ακατάλληλα. Σε παιδιά που δεν ξέρουν να διαβάζουν ακόμα, δεν έχει νόημα να μοιραστούν γραπτά κείμενα, όσο και αν η θεωρία τα προτείνει σαν κατάλληλα μέσα για την παροχή γνώσεων. Ακόμα, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην επιλογή των μέσων και η απάντηση στο τρίτο ερώτημα. Με ποιά δηλαδή μέσα και μεθόδους, οι εκπαιδευτές υγείας, είναι πιο εξοικειωμένοι, ώστε να μπορούν να τα εφαρμόσουν με επιτυχία.

6. Σχεδιασμός της αξιολόγησης

Ο σχεδιασμός της αξιολόγησης ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας αποτελεί το τελευταίο στάδιο του σχεδιασμού. Η υπόθεση της αξιολόγησης αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό κεφάλαιο στη σωστή εφαρμογή κάθε προγράμματος και υπηρεσίας υγείας, γιατί είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο δίνεται η δυνατότητα να επισημανθούν τα λάθη ή οι παραλείψεις, να πραγματοποιηθούν οι αναγκαίες τροποποιήσεις και βελτιώσεις και κυρίως να εκτιμηθεί κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι αρχικές επιδιώξεις και κατά πόσα επήλθαν τα προσδοκώμενα οφέλη. Σε ό,τι αφορά

τον τρόπο αξιολόγησης, η αξιολόγηση δεν μετρά μόνο τα αποτελέσματα, που είναι το τελικό προϊόν ενός προγράμματος, αλλά και τη διαδικασία του προγράμματος καθώς και κάθε ενδιάμεσο στόχο κατά την πορεία εφαρμογής του.

- **Στην αξιολόγηση της διαδικασίας**, αξιολογούνται οι πόροι και οι υπάρχουσες δυνατότητες, σ' ότι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, την υλικοτεχνική υποδομή κλπ., καθώς και οι διαδικασίες που επιλέγονται για την εφαρμογή του προγράμματος. Αν δηλαδή υπήρχαν επαρκή εποπτικά μέσα, αν τα φυλλάδια ήταν καλοτυπωμένα, εάν οι ομιλητές κράτησαν το ενδιαφέρον του ακροατηρίου κλπ.
- **Στην αξιολόγηση του αποτελέσματος** ενός προγράμματος, ο απώτερος στόχος είναι η μέτρηση της μείωσης του προβλήματος και η βελτίωση της υγείας. Στην αξιολόγηση π.χ. ενός προγράμματος πρόληψης των τροχαίων ατυχημάτων, μετράται ο βαθμός μείωσης των τροχαίων ατυχημάτων μετά την εφαρμογή του προγράμματος ή το ποσοστά μείωσης των θανάτων από τροχαία. Η επιτυχία του προγράμματος δεν κρίνεται όμως από το αν επήλθε ή όχι μείωση του προβλήματος, αλλά αν η μείωση που επήλθε ήταν του μεγέθους που αναμένονταν και που είχε προγραμματιστεί. Γι' αυτό, είναι απαραίτητο για τη σωστή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, να υπάρχουν προκαθορισμένοι και συγκεκριμένοι στόχοι και με βάση το βαθμό επίτευξής τους να αποτιμάται: η επιτυχία του κάθε προγράμματος.

Εκτός όμως από την αξιολόγηση της μείωσης του προβλήματος, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων περιλαμβάνει και τη μέτρηση του βαθμού επίτευξης και όλων των ενδιάμεσων στόχων κάθε προγράμματος. Εάν π.χ. υπάρχει ο στόχος της παροχής γνώσεων, θα πρέπει να αξιολογηθεί σε ποιο βαθμό επιτεύχθηκε ο στόχος αυτός, μετρώντας πόσο αυξήθηκαν οι γνώσεις του πληθυσμού - στόχου μετά την εφαρμογή του προγράμματος. Το ίδιο ισχύει και για τους υπόλοιπους στόχους Της Αγωγής Υγείας.

Η αξιολόγηση τόσο της διαδικασίας όσο και των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί:

- Από τους ίδιους τους εκπαιδευτές υγείας (αυτο-αξιολόγηση).
- Από επιστήμονες ειδικευμένους στο αντικείμενο του προγράμματος (αξιολόγηση ειδικών).
- Από τον ίδιο τον πληθυσμό (γνώμη και αντιδράσεις) που απευθύνεται το πρόγραμμα (αξιολόγηση κοινού).

Όσον αφορά τη **μεθοδολογία της αξιολόγησης**, υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τρόποι που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα μεθόδων. Οι πιο συνηθισμένες και βασικές προσεγγίσεις έχουν να κάνουν με δύο κατηγορίες συγκρίσεων:

- Με μετρήσεις πριν την εφαρμογή του προγράμματος που συγκρίνονται με μετρήσεις μετά την εφαρμογή.
- Με μετρήσεις σε μια περιοχή ή σ' έναν πληθυσμό όπου δεν εφαρμόζεται το πρόγραμμα, που συγκρίνονται με μετρήσεις σε μια αντίστοιχη περιοχή ή πληθυσμό όπου εφαρμόζεται το υπό αξιολόγηση πρόγραμμα.

Ο συνδυασμός αυτών των δύο προσεγγίσεων είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αξιολόγησης.

Οι **μετρήσεις** και στις δύο περιπτώσεις συνήθως πραγματοποιούνται με τους εξής τρόπους:

- Άμεση επιτόπια παρατήρηση και καταγραφή
- Ειδικά ερωτηματολόγια
- Ειδικές προφορικές συνεντεύξεις
- Διάφορα ειδικά τεστ
- Τακτικοί δείκτες (αρχεία, στατιστικές σειρές κλπ.)
- Επιδημιολογικές έρευνες
- Κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να επιλέγεται εκείνος ο τρόπος αξιολόγησης ή εκείνος ο συνδυασμός διαφόρων τρόπων που να ανταποκρίνεται καλύτερα σ' αυτό που πρέπει να μετρηθεί και στα μέσα και στις δυνατότητες του εκάστοτε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

Για την υλοποίηση ενός προγράμματος πρωτογενούς πρόληψης πρέπει σε πρώτη φάση να ξεκαθαρίσουμε τους στόχους μας και να το εντάξουμε σε μια_συνολική πολιτική. Πριν από κάθε πράξη πρόληψης πρέπει να λάβουμε υπόψη τις φιλοσοφικές και ηθικές αρχές που διέπουν το σύνολο της προσπάθειας. Ιδιαίτερα μπορούμε να αναφέρουμε:

- τον ανθρωπιστικό χαρακτήρα
- τον σεβασμό των προσώπων και των πολιτιστικών, θρησκευτικών επιλογών τους κλπ.
- Την αλληλεγγύη και την συλλογικότητα

Οι γενικοί στόχοι της πρόληψης μπορεί να είναι η καλύτερευση:

- Της υγείας του ατόμου
- Της διάθεσης
- Των υλικών όρων της ύπαρξης του

Ενδιάμεσοι στόχοι μπορεί να είναι:

- Ανάπτυξη των επιπέδων γνώσης και ικανοτήτων
- Προώθηση των ατομικών υπευθυνοτήτων
- Ανάπτυξη κοινωνικών δεσμών

Για να ορίσουμε συγκεκριμένες πρακτικές θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τις συνθήκες του περιβάλλοντος που θέλουμε να δράσουμε, τα άτομα που θέλουμε να επηρεάσουμε και τους στόχους που έχουμε θέσει. Πρέπει επίσης να υιοθετήσουμε μια μεθοδολογία και να επιλέξουμε μια ή περισσότερες στρατηγικές, οι οποίες θα αποτελέσουν ουσιαστικούς οδηγούς δράσης. Ακόμα και η πιο φτωχή δράση θα πρέπει να εντάσσεται σε ένα πλαίσιο ειδικό και σε μια συνολική πολιτική, διότι αυτή η σχέση διασφαλίζει επεκτάσεις και μια ένταξη σε άλλες συμπληρωματικές και επαναλαμβανόμενες παρεμβάσεις. Αυτή η πολιτική θα πρέπει να είναι επαρκώς αξιόπιστη σε σχέση με τις κοινωνικές πραγματικότητες. αυτό προϋποθέτει πως τα διάφορα επίπεδα διακυβέρνησης (τοπική, περιφερειακή, εθνική κλπ.) εμπλέκονται με συντονισμένο τρόπο.²⁹

Δόμηση μηνυμάτων αγωγής υγείας:

Τρία επίπεδα δόμησης των μηνυμάτων αγωγής υγείας:

1. Ερμηνευτικό – σημασιολογικό επίπεδο.

Τα μηνύματα αγωγής υγείας θα πρέπει να ακολουθούν μερικούς από τους κανόνες των διαφημιστικών μηνυμάτων προκειμένου να είναι αποτελεσματικά. Ένας σημαντικός παράγοντας στην εκτέλεση του μηνύματος είναι η απλότητα. Το **απλό μήνυμα** είναι εκείνο που προσλαμβάνεται εύκολα από τον αποδέκτη και αξιοποιεί όλα τα επιμέρους στοιχεία. Αντίθετα, το πολύπλοκο μήνυμα συνήθως δεν κατανοείται σε όλη την έκτασή του. Επίσης, η **επανάληψη** του εκπεμπόμενου μηνύματος αυξάνει την αποτελεσματικότητά του. Το **μονόπλευρο μήνυμα** είναι εκείνο που προβάλλει τα χαρακτηριστικά, τις ιδιότητες και τα συγκριτικά πλεονεκτήματα του προϊόντος, υπηρεσίας ή ιδέας καθώς επικεντρώνεται στα θετικά στοιχεία. Το **αμφίπλευρο μήνυμα**, ενώ τονίζει τα θετικά και ισχυρά στοιχεία, κάνει και μια αναφορά σε κάποιο αδύνατο σημείο. Η αποτελεσματικότητα του τελευταίου οφείλεται

²⁹ Τα χρώματα της πρόληψης, τεύχος 34, τρίμηνη έκδοση του Ε.Σ.Υ.Ν. σελ.4

στο γεγονός ότι: α) αυξάνει το ενδιαφέρον του κοινού και προσελκύει την προσοχή τους στο μήνυμα, β) η διατύπωση ενός αδύνατου στοιχείου κάνει το μήνυμα πιο «αντικειμενικό» και «πειστικό», γ) μειώνει από τη μεριά του δέκτη την πιθανότητα ανάπτυξης αντεπιχειρημάτων. Όταν απευθυνόμαστε σε έφηβους είναι προτιμώτερο να χρησιμοποιούμε ρεαλιστικά, αμφίπλευρα μηνύματα με σαφές περιεχόμενο.

2. Περιγραφικό – πληροφοριακό επίπεδο.

Το **ύφος** του μηνύματος θα πρέπει να είναι προτεπτικό και να παραπέμπει σε μια ώριμη στάση ζωής. Η **γλώσσα** που χρησιμοποιείται πρέπει να προσεγγίζει τη γλώσσα του συγκεκριμένου πληθυσμού – στόχου. Το μήνυμα πρέπει να είναι απλό και κατανοητό. Επίσης, πρέπει να λειτουργεί, όπως το διαφημιστικό **σλόγκαν**, δηλαδή να έχει φρεσκάδα, ν' ανταποκρίνεται στο στόχο και ν' αποτυπώνεται σε ελάχιστες λέξεις προκειμένου να είναι επιτυχημένο και διαχρονικό. Σ' αυτό το επίπεδο δίνεται έμφαση στην αποσαφήνιση του **στόχου** του μηνύματος αγωγής υγείας. Η προσέγγιση νεανικού κοινού μπορεί να γίνει πιο αποτελεσματική με την αξιοποίηση του **χιούμορ**, γιατί διεγείρει το ενδιαφέρον και την περιέργεια (Ζώτος, 2000).

3. Τεχνικό επίπεδο

Ο ειδικός Αγωγής Υγείας οφείλει να δημιουργεί ελκυστικά μηνύματα για να προσεγγίσει το επιθυμητό κοινό. Τα τεχνικά χαρακτηριστικά του μηνύματος θα πρέπει να αντιστοιχούν στην εκάστοτε ηλικιακή ομάδα. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται χρωματικοί συνδυασμοί και γραμματοσειρές που να επιτρέπουν την κατανόηση των πληροφοριών. Το **χρώμα** είναι ένα επικοινωνιακό στοιχείο που μπορεί να αξιοποιηθεί ως ένας καθοριστικός παράγοντας στο σχεδιασμό ενός μηνύματος. Ο συμβολισμός των χρωμάτων αναπτύσσει έννοιες και διαμορφώνει σημαινόμενα που ανάγονται σε συγκεκριμένο πλαίσιο αναφοράς (Ζώτος, 2000). Τέλος, η **μουσική** ως στοιχείο του μηνύματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για να προσελκύσει το ενδιαφέρον του εφηβικού κοινού.³⁰

³⁰ Ζώτος, Γ. Χ., Διαφήμιση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη: 2000

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Πρόσληψη/επεξεργασία μηνυμάτων: από το κοινό στις δυνητικές επιδράσεις.

Κάθε απόπειρα ανάλυσης των τρόπων πρόσληψης και επεξεργασίας των μηνυμάτων των μέσων πρέπει, κατά την άποψή μας, να εκκινεί από μία *διπλή αφετηρία*: τόσο από το *κοινό* (audience), ως λιγότερο ή περισσότερο *ενεργητικό* αποδέκτη της επικοινωνίας, όσο και από τις *επιδράσεις* που θεωρείται ότι δύναται να επιφέρει μία επικοινωνία άμεσα ή έμμεσα (τουτέστιν, *βραχυπρόθεσμα* ή *μακροπρόθεσμα*). Πιστεύουμε ότι εξετάζοντας και τις δύο αυτές διαστάσεις γίνεται πιο εύκολο να αποφύγουμε να ταυτιστούμε με την επιλογή μίας εκ των δύο ακραίων θεωρητικών τοποθετήσεων και να πορευθούμε σε μία μέση οδό. Έτσι, από τη μία πλευρά, είναι απαραίτητο να τηρήσουμε τις απαραίτητες αποστάσεις από τη θέση που θέλει το κοινό *εξατομικευμένο* και *απόλυτα ενεργό* κατά την πρόσληψη των μηνυμάτων και, ως εκ τούτου, *φέρων την κύρια ευθύνη* για το πώς επιλέγει να νοηματοδοτήσει τα μηνύματα που του απευθύνονται. Από την άλλη, θεωρούμε αντιδραστική και διόλου γόνιμη τη θέση που αντιμετωπίζει το κοινό ως μία απροσδιόριστη μάζα που απλώς αφομοιώνει οτιδήποτε της απευθύνεται από τα μέσα. Η πρώτη θέση, αυτή του *ενεργητικού κοινού*, είναι προσφιλής στις θεωρήσεις των πολιτισμικών σπουδών των μέσων και συνήθως εκφέρεται συνδυασμένη με μία υπέρμετρη αισιοδοξία. Ο όρος *ενεργητικό* τείνει να εκλαμβάνεται ως ένδειξη *κριτικής*

σκέψης και άρα ως *θετική* αξία, σε αντιδιαστολή με την *αρνητική/αντιδραστική* θεώρηση του κοινού ως απολύτως *παθητικού δέκτη*, όπως τη συναντάμε στις πρώιμες *θεωρήσεις των επιδράσεων των μέσων*.

Η περίπτωση της σχεδιασμένης επικοινωνίας μας βοηθά να συνειδητοποιήσουμε ακριβώς ότι είναι δυνατόν οι αντιστοιχίες των όρων και των προσήμων να αντιστρέφονται πλήρως, ανάλογα με τη χρησιμότητα/αναγκαιότητα μίας επικοινωνίας στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο: σε ορισμένες περιστάσεις ³¹, συνιστά βεβαίως *a priori* αξία η ικανότητα *αντίστασης* του ενεργητικού κοινού. Όμως, για τα μηνύματα της αγωγής υγείας και των κοινωφελών επικοινωνιακών εκστρατειών γενικότερα, δεν συμβαίνει το ίδιο. Εδώ, η ίδια επίδειξη *αντίστασης* του ενεργητικού κοινού έναντι των μηνυμάτων είναι η *αρνητική αξία*, καθότι λειτουργεί σαφώς προβληματικά και ανασταλτικά για την επίτευξη των στόχων της εκστρατείας.

Η μέση οδός που τελικά επιλέγουμε συντάσσεται με τις διαπιστώσεις των θεωρητικών των μέσων που υποστηρίζουν ότι το κοινό είναι μεν ενεργητικό όχι όμως και παντοδύναμο — η παλέτα των πιθανών επιδράσεων στα μέλη του προκαθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο εκφοράς και το περιεχόμενο ενός μηνύματος.

Ακροατήρια³² και ανάλυση της λήψης (*reception analysis*)

Ο όρος *ακροατήριο* ή *κοινό* ταυτίζεται με τους *αποδέκτες/παραλήπτες* στο απλό διαδοχικό μοντέλο της μαζικής επικοινωνίας (πηγή, κανάλι, μήνυμα, δέκτης, επίδραση). Ο συγκεκριμένος όρος, σε πρώτο επίπεδο, μοιάζει *ευλογοφανής* και βιώνεται ως *οικείος*, τόσο από τους επαγγελματίες και τους θεωρητικούς των μέσων όσο και από τα ίδια τα μέλη του κοινού που αυτοπροσδιορίζονται ως τέτοια. Στην πραγματικότητα, όμως, είναι αναντίλεκτο πλέον ότι ο όρος *κοινό* καλύπτει μία *πολυδιάστατη και σύνθετη πραγματικότητα και επιδέχεται πολλούς εναλλακτικούς και ανταγωνιστικούς ορισμούς*. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζεται άλλωστε και στην τάση πολλών θεωρητικών να προτιμούν τη χρήση του όρου στον πληθυντικό — ολοένα και συχνότερα γίνεται λοιπόν λόγος για *ακροατήρια* (*audiences*) ώστε να καταδεικνύεται ακριβώς η αυξημένη διαφοροποίηση και ποικιλότητα του κοινού.

Ένα κοινό μπορεί, επομένως, να προσδιοριστεί με διαφορετικούς και δυνάμει αλληλοεπικαλυπτόμενους τρόπους: από την *περιοχή* (π.χ. τοπικά μέσα)· από τα *άτομα-κοινωνικά υποκείμενα* (π.χ. ηλικία, φύλο, πολιτικές πεποιθήσεις, οικονομικό επίπεδο)· από το συγκεκριμένο *μέσο ή δίαυλο* (οργάνωση και τεχνολογία του μέσου)·

³¹ Για παράδειγμα στην περίπτωση της προπαγάνδας.

³² Την ανάλυσή μας ως προς τα ακροατήρια αντλήσαμε από: McQuail, *Η θεωρία της μαζικής επικοινωνίας*, κεφ. 5, σ. 415-474.

από το *περιεχόμενο* το οποίο του απευθύνεται (είδη/genres, ύφος, στυλ)· από τη διάσταση του *χρόνου* (π.χ. «πρωινό» ακροατήριο ή ακροατήριο «αιχμής»).

Ο **βαθμός της κάλυψης του ακροατηρίου** συνιστά βεβαίως καίριο ζήτημα στη θεώρηση και τις πρακτικές των μέσων. Ένα ευνόητο σχήμα για τη διαφορική κάλυψη του ακροατηρίου πρότεινε το 1968 ο βέλγος ερευνητής **Roger Clausse**. Το μοντέλο του Clausse αποτελείται από πέντε επίπεδα τα οποία αντιστοιχούν στις δυνητικές μορφές λήψης των προσφερόμενων μηνυμάτων των μέσων. Έτσι, συναντούμε διαδοχικά: το *προσφερόμενο μήνυμα*, το *μήνυμα που μπορεί να παραληφθεί*, το *παραληφθέν μήνυμα*, το *καταγραφμένο μήνυμα* και το *εσωτερικευμένο μήνυμα*. Η **πρώτη τυπολογία**, το *προσφερόμενο μήνυμα*, αντιπροσωπεύει την απεριόριστη —και, γι' αυτό δύσκολα προσδιορίσιμη από πλευράς επικοινωνητή— δυναμική της λήψης του μηνύματος. Η **δεύτερη τυπολογία**, το *μήνυμα που μπορεί να παραληφθεί* υποδεικνύει τα πραγματικά όρια της λήψης και αναπαριστά το δυνάμει κοινό του μηνύματος: στο πλαίσιο αυτό αφορούν παράγοντες όπως η κατοχή της υλικοτεχνικής υποδομής για τη λήψη του μεταδιδόμενου μηνύματος ή ο βαθμός αλφαριθμητισμού του ακροατηρίου. Επίσης, στο ίδιο πλαίσιο εμπίπτουν οι παράγοντες της *διαθεσιμότητας* ή *καταλληλότητας του μηνύματος*.³³ Το **τρίτο πλαίσιο του μοντέλου**, δηλαδή το *παραληφθέν μήνυμα*, αφορά στο *πραγματικό* ακροατήριο το οποίο μπορεί και να καταμετρηθεί από τις έρευνες (π.χ. έρευνες αναγνωσιμότητας στα έντυπα μέσα ή μετρήσεις τηλεθέασης στην τηλεόραση). Τα **δύο επόμενα πλαίσια**, τα οποία αντιστοιχούν στο *καταγραφμένο* και στο *εσωτερικευμένο* μήνυμα, αφορούν στο *βαθμό προσοχής* του κοινού καθώς και στις δυνητικές *επιδράσεις* και *αποτελέσματα* της επικοινωνίας. Οι τρεις τελευταίες μεταβλητές μπορούν εν μέρει να καταμετρηθούν, στο βαθμό που ένα ακροατήριο δύναται να αναγνωρίζει και να ανακαλεί ένα μήνυμα και στο βαθμό που αφιερώνει κάποιο χρόνο για την επικοινωνία (π.χ. για παρακολουθήσει κάποια εκπομπή ή να διαβάσει ένα καθημερινό έντυπο). Μολαταύτα, ακόμη και η συμπεριφορά του πραγματικού ακροατηρίου είναι δύσκολο να προσδιοριστεί επακριβώς στην πράξη, με αποτέλεσμα ο επικοινωνητής να καταφεύγει σε μία σύνθεση αντικειμενικών μετρήσεων, εκτιμήσεων, υποθέσεων εργασίας και εκ των υστέρων εξαγόμενων συμπερασμάτων.

Σε ό,τι αφορά τη **νοηματοδότηση** και τις διαστάσεις της *δραστηριότητας του κοινού*, μία ενδιαφέρουσα ανασκόπηση των διαθέσιμων τυπολογιών

³³ Επί παραδείγματι, ορισμένες κατηγορίες τηλεθεατών ή ακροατών, όπως τα παιδιά (τις βραδινές ώρες εκπομπής), οι εργαζόμενοι (τις πρωινές ώρες), οι αλλοδαποί (λόγω της γλώσσας), μπορεί εκ των πραγμάτων να αποκλείονται από το μεταδιδόμενο μήνυμα.

πραγματοποίησε ο **Biocca** (1988).³⁴ Ο ερευνητής διέκρινε πέντε διαφορετικές εκδοχές, τις εξής:

1. *Επιλεκτικότητα*: Βάσει αυτής της έννοιας, το ακροατήριο εμφανίζεται ως ενεργό όταν επιλέγει και διακρίνει τα μέσα, τόσο σε κανονιστικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο του περιεχομένου τους. Η επιλεκτικότητα του ακροατηρίου μπορεί να προσδιορισθεί ως σύστοιχη του *βαθμού προσοχής* που δίνεται σε ένα περιεχόμενο των μέσων και, ως εκ τούτου, η έντονη χρήση των μέσων χαρακτηρίζεται συχνά ως «μη επιλεκτική» και άρα ανενεργή.
2. *Τελετουργική/εργαλειακή χρήση*: Το συγκεκριμένο δίπολο αφορά κυρίως στην τηλεθέαση, μπορεί όμως να εφαρμοστεί και στα υπόλοιπα μέσα. Η τελετουργική χρήση προσδιορίζει τις συνήθεις πρακτικές των ατόμων που βλέπουν συχνά τηλεόραση και έχουν μία ισχυρή σχέση με το μέσο. Αντίστροφα, η εργαλειακή χρήση είναι επιδιωκόμενη και επιλεκτική, οπότε και θεωρείται συνήθως περισσότερο ενεργός. Στη συγκεκριμένη σχηματοποίηση του κοινού υπονοείται, επομένως, ότι όσο πιο ενεργοί είναι οι χρήστες τόσο καλύτερα διαχειρίζονται τον χρόνο τους.³⁵
3. *Ωφελισμισμός*: Στις ωφελιμιστικές προσεγγίσεις θεωρείται ότι το ακροατήριο επιλέγει ορισμένα κείμενα των μέσων για να ικανοποιήσει αντίστοιχες —λιγότερο ή περισσότερο συνειδητές— ανάγκες του. Πρόκειται λοιπόν για ένα *κοινό-καταναλωτή*, το οποίο στρέφεται σε συγκεκριμένα σχήματα έκθεσης των μέσων και κατ' αυτόν τον τρόπο στην απόκτηση ορισμένων (άυλων) «αγαθών» διαμέσου των ΜΜΕ, τα οποία ικανοποιούν τις όποιες ανάγκες του.³⁶
4. *Πρόθεση*: Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεώρηση, *ενεργό* είναι το ακροατήριο το οποίο *δεσμεύεται στη γνωστική διαδικασία της εισερχόμενης πληροφορίας και στην πραγμάτωση συνειδητών επιλογών*.
5. *Αντίσταση στην επιρροή*: Εδώ εντάσσεται η θεωρία του «επίμονου κοινού» (Bauer, 1964), όπου το ενεργό ακροατήριο προσδιορίζεται βάσει της ικανότητας των μελών του *να οριοθετούν την ανεπιθύμητη επιρροή ή μάθηση*, έτσι ώστε να διατηρούν τον έλεγχο της επικοινωνιακής πράξης και να παραμένουν ανεπηρέαστοι.

³⁴ Παρατίθεται στο: McQuail, σ. 438-441.

³⁵ Παραδοχή που, όπως σημειώνεται, επιδέχεται αντιρρήσεων καθώς ως παράδειγμα ενεργητικής χρήσης στο εν λόγω σχήμα μπορεί να θεωρηθεί και το *zapping*, το οποίο όμως μπορεί στην πραγματικότητα να οφείλεται σε αναποφασιστικότητα και σε έλλειψη προσοχής.

³⁶ Για τον λόγο αυτό θεωρούμε ότι μοντέλα που αφορούν σε αυτή τη διάσταση, όπως αυτό των «χρήσεων και ικανοποιήσεων», προσφέρονται για εφαρμογή στους *προγραμματικούς τομείς* των μέσων (π.χ. ειδήσεις/ρεπορτάζ ή ψυχαγωγικές εκπομπές) και όχι στα μηνύματα της αγωγής υγείας. Δεδομένου

6. *Συμμετοχή*: Η διάσταση και το νόημα της συμμετοχής του κοινού στα κείμενα των μέσων ποικίλλει και επομένως επιδέχεται διαφόρων ορισμών. Ως γενικό κριτήριο διατυπώνεται εδώ η υπόθεση της *συγκινησιακής πρόκλησης*, δηλαδή ότι *όσο περισσότερο ένα μέλος του κοινού «προσανατολίζεται» με κριτήριο την εμπειρία που έχει από τα μέσα τόσο πιο πολύ συμμετέχει*.

Όπως επισημαίνεται από τον McQuail,³⁷ η γενική έννοια της *δραστηριότητας του ακροατηρίου* είναι γόνιμη μόνο σε ειδικές περιπτώσεις και για συγκεκριμένους ερευνητικούς στόχους. Πρόκειται, λοιπόν, για μία θεώρηση η οποία είναι μεν ευέλικτη —εφόσον μπορεί να προσδιοριστεί με διάφορους τρόπους και να σημαίνει διαφορετικά πράγματα ανάλογα με το πλαίσιο (*context*) στο οποίο χρησιμοποιείται— η ευελιξία αυτή, όμως, μπορεί επίσης να επιτείνει τη θεωρητική σύγχυση.³⁸ Σε ό,τι αφορά την η έννοια του *ενεργού κοινού* ο Biocca κατέληξε μάλιστα στο συμπέρασμα ότι αυτή ουσιαστικά στερείται νοήματος εφόσον *είναι εξ ορισμού αδύνατο για το ακροατήριο να είναι ανενεργό*.

Ο προβληματικός χαρακτήρας της έννοιας του ενεργού κοινού καθιστά απαραίτητη τη διευκρίνιση της *συμβολής του κοινού στη συγκρότηση του νοήματος* των μηνυμάτων των μέσων. Το συγκεκριμένο ζήτημα πραγματεύεται η εναλλακτική προσέγγιση της *ανάλυσης της λήψης* (*reception analysis*),³⁹ η οποία αντλεί από την κριτική θεωρία, τη σημειολογία και την ανάλυση της αφήγησης και τοποθετείται στο παράδειγμα των πολιτισμικών σπουδών. Σύμφωνα με τους μελετητές Jensen και Rosengren (1990), η ανάλυση της λήψης *μπορεί να λεχθεί ότι επιτελεί μία συγκριτική ανάγνωση στις αφηγήσεις των μέσων και στις αφηγήσεις των μελών του κοινού με στόχο να κατανοήσει τις διαδικασίες της λήψης*. Θεμελιώδης παραδοχή της θεωρίας της λήψης είναι ότι τα μηνύματα των μέσων διακρίνονται πάντοτε από πολυσημία και ερμηνεύονται στο πλαίσιο διακριτών «ερμηνευτικών κοινοτήτων» των δεκτών της επικοινωνίας.

Το μοντέλο κωδικοποίησης και αποκωδικοποίησης του θεωρητικού Stuart Hall (1980), το οποίο τοποθετείται εντός της συγκεκριμένης προσέγγισης, εστιάζει ακριβώς στις διαδοχικές φάσεις που χαρακτηρίζουν ένα μήνυμα των μέσων, από τη στιγμή εκπομπής έως αυτήν της λήψης και αποκωδικοποίησής του. Ο Hall

βεβαίως ότι η έκθεση του κοινού στα τελευταία, όπως συμβαίνει και με τις διαφημίσεις, δεν γίνεται κατ' επιλογήν, με δική του πρωτοβουλία.

³⁷ McQuail, σ. 440.

³⁸ Ένα παράδειγμα τέτοιου είδους σύγχυσης ως προς το πλαίσιο αναφοράς συνιστά το γεγονός ότι η δραστηριότητα του ακροατηρίου μπορεί να αναφέρεται στο επίπεδο συμπεριφοράς (που είναι ενδεχομένως μετρήσιμο), αλλά μπορεί επίσης να δηλώνει το επίπεδο των αναπαραστάσεων (το οποίο δύσκολα καθίσταται παρατηρήσιμο).

³⁹ Βλ. Σύγχρονα μοντέλα επικοινωνίας, σ. 190-5.

αποδέχθηκε εν μέρει τις θεωρίες του δορισμού και της σημειολογίας, αμφισβητώντας μολαταύτα δύο βασικά τους σημεία: καταρχήν, θεώρησε ότι η βασική δυναμική των μηνυμάτων δεν λανθάνει μόνο στα *κείμενα* τα οποία καταστούν γνωστά. Αντιθέτως, υφίσταται, κατά την άποψή του, μία «προτιμητέα ανάγνωση» των μηνυμάτων των μέσων η οποία συμπυκνώνεται στην έννοια των «κατασκευασμένων νοημάτων». Κατά δεύτερον, δεν θεώρησε ότι οι αποδέκτες της επικοινωνίας είναι απαραίτητα δεκτικοί στην ιδεολογική επιρροή των μηνυμάτων που τους αποστέλλονται — κατά την άποψή του, οι δέκτες αντλούν από τα προσωπικά τους βιώματα και τις απόψεις τους για να επεξεργαστούν τα διάφορα μηνύματα, ενίοτε αντιστεκόμενοι στην επιρροή τους. Σύμφωνα με το μοντέλο, τα μέσα παράγουν επικοινωνία χρησιμοποιώντας νοηματικές σχηματοποιήσεις (*νοηματικές δομές I*) οι οποίες τείνουν να μην προκαλούν τις κυρίαρχες δομές. Τα διάφορα μηνύματα κωδικοποιούνται, δηλαδή, σε τυπολογίες προκαθορισμένων περιεχομένων, οι οποίες λειτουργούν σε δύο επίπεδα: αφενός, μεταδίδουν κάποιο νόημα και, αφετέρου, εμπεριέχουν τους τρόπους ερμηνείας τους από το κοινό. Τα μέλη του κοινού λαμβάνουν τα μηνύματα, τα αποκωδικοποιούν ανάλογα με τις ιδέες και τις εμπειρίες τους και, ως εκ τούτου, καταλήγουν επίσης να (ανα-)παράγουν νοηματικά σχήματα (*νοηματικές δομές II*). Η αποκωδικοποίηση, λοιπόν, παραμένει μία διαδικασία ανοικτή ως προς την τροπή της και δύναται μάλιστα να ανατρέψει την προκαθορισμένη κατεύθυνση του μηνύματος.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και ο Fiske (1987) όταν διατυπώνει την άποψη ότι: « τα κείμενα [των μέσων] είναι το προϊόν των αναγνωστών τους. (...) [ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα] γίνεται κείμενο κατά τη διάρκεια της ανάγνωσής του, δηλαδή όταν η αλληλεπίδρασή του με ένα από τα πολλά ακροατήρια ενεργοποιεί μερικά νοήματα ή ικανοποιήσεις που μπορεί να προκαλέσει». Στο επίκεντρο της διαδικασίας λήψης τοποθετείται εδώ η έννοια του «λόγου» η οποία αντιστοιχεί στην έννοια της «νοηματικής δομής» που συναντήσαμε στην θεώρηση του Hall. Ως λόγος ορίζεται «η γλώσσα ή το σύστημα της αντιπροσώπευσης που έχει αναπτυχθεί κοινωνικά με στόχο να δίνει και να διακινεί ένα συγκροτημένο σύνολο νοημάτων για ένα σημαντικό θέμα». Κατά την άποψη του Fiske, η νοηματική πολυσημία συνιστά βασικό χαρακτηριστικό των μέσων, στο βαθμό που τα τελευταία επιθυμούν να προσεγγίζουν ποικίλους ανθρώπους διαφορετικής κοινωνικο-πολιτισμικού υπόβαθρου. Στο *μοντέλο του λόγου* των μέσων, ένα κείμενο τοποθετείται ακριβώς στη συμβολή δύο κόσμων: από τη μία, του αφηγηματικού κόσμου του κοινού· από την άλλη, του λόγου που εμπεριέχεται στα κείμενα των μέσων. Στον κόσμο του κοινού, το νόημα συγκροτείται με γνώμονα πρότερες εμπειρίες και προδιαθέσεις. Στον κόσμο των κειμένων των μέσων, σημαντικός παράγοντας είναι ο βαθμός ρεαλισμού ή πολυσημίας: όσο ρεαλιστικότερο ένα μήνυμα τόσο περιορίζεται το εύρος

των δυνητικών νοημάτων. Αντιθέτως, όσο πιο πολυσημικό ένα μήνυμα τόσο πιο ανοικτό παραμένει το κείμενό του, εφόσον δεν προκαθορίζει ένα προτιμητέο νόημα αλλά είναι πιθανό να οδηγήσει σε εναλλακτικές αποκωδικοποιήσεις.⁴⁰

Επιδράσεις

Η έννοια των επιδράσεων των μέσων αναφέρεται στις ηθελημένες ή αθέλητες επιπτώσεις που επιφέρει η λειτουργία τους στο κοινωνικό πλαίσιο και στα κοινωνικά υποκείμενα. Προφανώς οι θεωρίες των επιδράσεων⁴¹ αφορούν και στο επίπεδο της επεξεργασίας των μηνυμάτων, στο βαθμό που υποστηρίζεται ότι τα μέσα δύνανται, και συχνά επιδιώκουν, να προκαλέσουν αλλαγές στο ατομικό, το κοινωνικό, το θεσμικό ή το πολιτιστικό επίπεδο. Ήδη το 1960, ο ερευνητής **Klapper** διέκρινε **τρία είδη επιδράσεων**: τη μεταστροφή· τη δευτερεύουσα αλλαγή· την ενίσχυση. Ως μεταστροφή, ορίζεται η αλλαγή της γνώμης ή της πεποίθησης που πραγματοποιείται σύμφωνα με την πρόθεση του επικοινωνητή· ως δευτερεύουσα αλλαγή, η αλλαγή στη μορφή ή την ένταση της αντίληψης με βάση την πεποίθηση ή τη συμπεριφορά και, τέλος, ως ενίσχυση, η επιβεβαίωση από τον αποδέκτη μίας υπάρχουσας πεποίθησης, γνώμης ή τρόπου συμπεριφοράς. Το τρίπτυχο του Klapper έχει στο μεταξύ συμπληρωθεί με ορισμένες νέες πιθανότητες, τις οποίες και συνοψίζει ο **McQuail**. Έτσι, λοιπόν, τα μέσα μπορούν:

- να προκαλέσουν σκόπιμη αλλαγή (μεταστροφή)
- να προκαλέσουν μη σκόπιμη αλλαγή
- να προκαλέσουν δευτερεύουσα αλλαγή (ως προς τον τρόπο ή ως προς την ένταση)
- να διευκολύνουν μια αλλαγή (σκόπιμη ή μη)
- να ενισχύσουν ό,τι ήδη υφίσταται (καμία αλλαγή)
- να εμποδίσουν την αλλαγή.

⁴⁰ Πιστεύουμε ότι στην περίπτωση των μηνυμάτων αγωγής υγείας το έργο του επικοινωνητή καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολο, ακριβώς επειδή πρέπει να γεφυρώσει την απαίτηση για ένα ρεαλιστικό και σαφές μήνυμα με την ανάγκη για πολυσημία (ώστε να απευθύνεται όσο το δυνατόν πιο ευέλικτα στον αποδέκτη και να ενεργοποιεί την προσωπική εμπλοκή του).

⁴¹ Βλ. McQuail, σ. 485-491.

Πρέπει να επισημανθεί στο σημείο αυτό ότι στην περίπτωση της μηδενικής αλλαγής δεν υπονοείται ότι είναι μηδενική και η επίδραση των μέσων. Η απουσία πρόκλησης αλλαγών από τα μέσα απαιτεί προσεκτικό και μακροπρόθεσμο ερευνητικό χειρισμό αναφορικά με τις δυνητικές της επιπτώσεις: επί παραδείγματι, η μη αλλαγή μπορεί να σημαίνει τη μη διάδοση καινοτομιών, οπότε και να αποτελεί μορφή αρνητικής παρέμβασης στην κοινωνική επικοινωνία από την πλευρά των μέσων.

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 σημειώθηκαν ορισμένα ακόμη είδη επιδράσεων των μέσων από τους **Lang και Lang**, πιο συγκεκριμένα, η *αμοιβαία επίδραση*, η επίδραση της *αναστροφής* (boomerang effect) και η επίδραση της *τρίτης πλευράς*. Η αμοιβαία επίδραση αναφέρεται στις επιπτώσεις που επιφέρει αυτό καθαυτό το γεγονός της δημοσιότητας που προσδίδεται σε ένα άτομο (ή συμβάν ή θεσμό), και δηλώνει την αλληλεπίδραση που υφίσταται μεταξύ των μέσων και των ατόμων. Η επίδραση της αναστροφής υποδεικνύει το γνωστό φαινόμενο να εκτραπεί η κατεύθυνση της αλλαγής σε απόλυτη αντιστροφή κατά την επεξεργασία της από τους δέκτες. Τέλος, η επίδραση της «τρίτης πλευράς» αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία ο δέκτης πιστεύει ότι ο ίδιος δεν επηρεάστηκε αλλά ότι οι άλλοι (δέκτες) πρόκειται να επηρεαστούν.

Στην ειδική περίπτωση των επικοινωνιακών εκστρατειών, έχει θεωρηθεί ότι τα μηνύματα επηρεάζουν καταρχήν την ενημέρωση, μετά τις κοινωνικές στάσεις και, σε μεταγενέστερα στάδια και σε μικρότερο βαθμό, την κοινωνική συμπεριφορά. Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, υφίστανται τρεις ιεραρχίες επιδράσεων οι οποίες διαμορφώνονται ανάλογα με την επικοινωνιακή κατάσταση στην οποία οδηγούν τον δέκτη. Αυτές είναι η *μαθησιακή ιεραρχία*, η *ιεραρχία διαφωνίας-απόδοσης* και η *ιεραρχία χαμηλής εμπλοκής*. Στην περίπτωση της μαθησιακής ιεραρχίας, ο δέκτης εκτίθεται σε μία κλασική καμπάνια πειθούς η οποία παρουσιάζει μία σαφή θέση ή προκρίνει μία επιλογή ανάμεσα σε δύο εναλλακτικές. Η γνώση, λοιπόν, για μία ιδέα ή καινοτομία υποτίθεται εδώ ότι θα επηρεάσει τον δέκτη στην εκδήλωση (ευνοϊκής) στάσης ή στην προσαρμογή της συμπεριφοράς του. Στην ιεραρχία διαφωνίας-απόδοσης, ο δέκτης εκτίθεται σε ένα πολύ ισχυρό μήνυμα το οποίο οδηγεί καταρχήν στην αλλαγή στάσης και κατόπιν στη μάθηση, ούτως ώστε το άτομο να παρακινηθεί να μεταστρέψει συνειδητά τη συμπεριφορά του. Τέλος, η ιεραρχία χαμηλής εμπλοκής αφορά στην περίπτωση όπου το μήνυμα προσφέρει ελάχιστη σαφή κατεύθυνση και, αντίστοιχα, ο δέκτης προσέχει ελάχιστα ή ενδιαφέρεται ελάχιστα για το περιεχόμενό του. Η τελευταία συμπεριφορά θεωρείται ότι προσιδιάζει στην τηλεθέαση όπου η προσοχή είναι ευκαιριακή και κατακερματισμένη ενώ οι επιδράσεις μπορεί να

λειτουργούν ασυνείδητα. Ορισμένοι μελετητές⁴² θεωρούν ότι η τυπική διαδικασία μιας επικοινωνιακής επίδρασης στον τρόπο που ο δέκτης επεξεργάζεται ένα μήνυμα είναι συνεχής, σωρευτική και εξαρτάται από το βαθμό αυξανόμενης εμπλοκής του δέκτη. Γι' αυτούς, η χαμηλή εμπλοκή αποτελεί ένα αρχικό στάδιο κατά το οποίο, όμως, ο δέκτης αποκτά έναν ελάχιστο αριθμό πληροφοριών που ευνοούν την αλλαγή της συμπεριφοράς και, άρα, οδηγούν σε μεγαλύτερη εμπλοκή. Σε δεύτερο στάδιο εμφανίζεται η διάσταση της διαφωνίας, οπότε το άτομο αναζητά περισσότερη πληροφόρηση και ενδέχεται να εισέλθει σε ένα τρίτο στάδιο, αυτό της μάθησης. Στο μοντέλο αυτό θεωρείται, λοιπόν, ότι οι δύο βασικοί παράγοντες για τη διαδοχική αλλαγή στη γνώση και στις στάσεις είναι, από τη μία πλευρά, η συνεχιζόμενη έκθεση στην ενημέρωση και, από την άλλη, η αυξανόμενη εμπλοκή του δέκτη που προσδίδει συνοχή στο πλέγμα των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών.

Κάθε απόπειρα ανάλυσης των τρόπων πρόσληψης και επεξεργασίας των μηνυμάτων των μέσων πρέπει, να εκκινεί από μία διπλή αφηρησία: τόσο από το κοινό (audience), ως λιγότερο ή περισσότερο ενεργητικό αποδέκτη της επικοινωνίας, όσο και από τις επιδράσεις που θεωρείται ότι δύναται να επιφέρει μία επικοινωνία άμεσα ή έμμεσα

Η πρώτη θέση, αυτή του *ενεργητικού κοινού*, είναι προσφιλής στις θεωρήσεις των πολιτισμικών σπουδών των μέσων και συνήθως εκφέρεται συνδυασμένη με μία υπέρμετρη αισιοδοξία. Ο όρος *ενεργητικό* τείνει να εκλαμβάνεται ως ένδειξη *κριτικής σκέψης* και άρα ως *θετική* αξία, σε αντιδιαστολή με την *αρνητική/αντιδραστική* θεώρηση του κοινού ως απολύτως *παθητικού δέκτη*, όπως τη συναντάμε στις πρώιμες *θεωρήσεις των επιδράσεων* των μέσων. Η μέση οδός που τελικά επιλέγουμε συντάσσεται με τις διαπιστώσεις των θεωρητικών των μέσων που υποστηρίζουν ότι το κοινό είναι μεν ενεργητικό όχι όμως και παντοδύναμο.

Ο όρος *ακροατήριο* ή *κοινό* ταυτίζεται με τους *αποδέκτες/παραλήπτες* στο απλό διαδοχικό μοντέλο της μαζικής επικοινωνίας (πηγή, κανάλι, μήνυμα, δέκτης, επίδραση). Στην πραγματικότητα, όμως, είναι αναντίλεκτο πλέον ότι ο όρος *κοινό* καλύπτει μία *πολυδιάστατη και σύνθετη πραγματικότητα και επιδέχεται πολλούς εναλλακτικούς και ανταγωνιστικούς ορισμούς*. Ο βαθμός της *κάλυψης* του ακροατηρίου συνιστά βεβαίως καίριο ζήτημα στη θεώρηση και τις πρακτικές των μέσων. Ένα ευνόητο σχήμα για τη διαφορική κάλυψη του ακροατηρίου πρότεινε το 1968 ο βέλγος ερευνητής Roger Clausse. Το

⁴² Συγκεκριμένα, οι Chaffee και Roser (1986), βλ. *Σύγχρονα μοντέλα επικοινωνίας*, σ. 245-6.

μοντέλο του Clausse αποτελείται από πέντε επίπεδα τα οποία αντιστοιχούν στις δυνητικές μορφές λήψης των προσφερόμενων μηνυμάτων των μέσων. Έτσι, συναντούμε διαδοχικά: το *προσφερόμενο μήνυμα*, το *μήνυμα που μπορεί να παραληφθεί*, το *παραληφθέν μήνυμα*, το *καταγραφμένο μήνυμα* και το *εσωτερικευμένο μήνυμα*.

Σε ό,τι αφορά τη νοηματοδότηση και τις διαστάσεις της *δραστηριότητας του κοινού*, μία ενδιαφέρουσα ανασκόπηση των διαθέσιμων τυπολογιών πραγματοποίησε ο Biocca (1988). Ο ερευνητής διέκρινε πέντε διαφορετικές εκδοχές, τις εξής: την *επιλεκτικότητα*, την *τελετουργική/εργαλειακή χρήση*, τον *ωφελισμισμό*, την *πρόθεση*, την *συμμετοχή* και την *αντίσταση στην επιρροή*.

Η έννοια των επιδράσεων των μέσων αναφέρεται στις ηθελημένες ή αθέλητες επιπτώσεις που επιφέρει η λειτουργία τους στο κοινωνικό πλαίσιο και στα κοινωνικά υποκείμενα. Ορισμένοι μελετητές θεωρούν ότι η τυπική διαδικασία μιας επικοινωνιακής επίδρασης στον τρόπο που ο δέκτης επεξεργάζεται ένα μήνυμα είναι συνεχής, σωρευτική και εξαρτάται από το βαθμό αυξανόμενης εμπλοκής του δέκτη.

Εντυπωσιασμός και Μέσα

Βάσει της συστημικής-κονστρουκτιβιστικής θεώρησης του Niklas Luhmann, το σύστημα των μέσων είναι ένα κλειστό σύστημα το οποίο δεν επικοινωνεί με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον σε επίπεδο τελεστικών (operational) επαφών. Αυτό βεβαίως δεν σημαίνει ότι τα media δεν επηρεάζονται από το περιβάλλον, κάθε άλλο. Οι επιρροές εντοπίζονται όμως στο επίπεδο των *δομικών αλλαγών* στις οποίες προβαίνει το σύστημα των μέσων για να *εφαρμόσει* στο περιβάλλον του με τρόπο που να εξυπηρετεί την ίδια του την επιβίωση και αναπαραγωγή. Το σύστημα των μέσων, σύμφωνα με την εν λόγω προσέγγιση, διακρίνεται σε τρεις προγραμματικούς τομείς: ειδήσεις/ρεπορτάζ, διαφήμιση, ψυχαγωγία. Οι διαστάσεις που λαμβάνει η τεχνική του εντυπωσιασμού στα προϊόντα των μέσων ποικίλλουν αναλόγως του τομέα του προγράμματος στον οποίο αυτή χρησιμοποιείται.

Ο εντυπωσιασμός, υπό αυτό το πρίσμα, μπορεί να θεωρηθεί, λοιπόν, αποτέλεσμα της θεμελιώδους κωδικοποίησης του συστήματος των μέσων, δηλαδή της διάκρισης *πληροφορία/μη πληροφορία*, που είναι σύστοιχη με τη διάκριση *νέο/παλιό*. Με τις εκροές τους τα μαζικά μέσα δημιουργούν το νέο, την είδηση, και το διαχέουν σε τέτοιο βαθμό που συχνά φτάνει να θεωρείται σε όλους *ήδη γνωστό*. Όμως αυτό σημαίνει, εκ του αντιστρόφου, ότι από τη στιγμή που καθετί το καινούριο αναδύεται, καθίσταται αυτομάτως *ήδη παλιό*: η είδηση θεωρείται ότι χάνει την

πληροφοριακή της αξία από τη στιγμή που μεταδίδεται. Από αυτό το σημείο, ο μόνος λόγος μίας εκ νέου αναφοράς των μέσων στην ήδη δημοσιευμένη είδηση θα είναι το γεγονός ότι αυτή εξελίχθηκε συν τω χρόνω, δηλαδή το ότι εξελίχθηκε σε *άλλη είδηση*. Επομένως, τα μέσα δημιουργούν την πληροφορία, το νέο, και την ίδια στιγμή το απαξιώνουν: το πεδίο της δημοσιότητας μετατρέπεται έτσι σε ένα πεδίο αυτοπαραγόμενης αβεβαιότητας που, μεταξύ άλλων, διασφαλίζει τη θεώρηση των μέσων ως *αναγκαίων* και *λειτουργικών* για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Με αυτά τα δεδομένα —και όπως προκύπτει από εμπειρικές έρευνες για τον προγραμματικό τομέα των ειδήσεων— η πληροφορία μπορεί, αφενός, να λάβει μόνο τη μορφή της *έκπληξης* και πρέπει, αφετέρου, να εκλαμβάνεται από τον δέκτη ως συστατικό στοιχείο της επικοινωνίας. Τα μέσα *επιλέγουν* τα θέματά τους με τρόπο που ενισχύει αυτή τη διπλή στόχευση, ενώ παράλληλα καταβάλουν ιδιαίτερη προσπάθεια ούτως ώστε το *εκπληκτικό/εντυπωσιακό* να καθίσταται ευκολονόητο για το ευρύ κοινό.

Το στοιχείο του εντυπωσιασμού δεν συνιστά, επομένως, απλώς ένα στοιχείο των περιεχομένων των μέσων, αλλά και στοιχείο που αφορά στη δομή του συστήματος των μέσων. Αυτό φαίνεται άλλωστε από τον τρόπο που έχουν διαμορφωθεί και παγιωθεί από τα μέσα μία σειρά από διαρθρωτικές, δομικές συνθήκες παραγωγής πληροφοριών. Μεταξύ άλλων, το εντυπωσιακό στοιχείο, αυτό που εδώ ορίζεται ως *έκπληξη*, εντείνεται από διακριτές ασυνέχειες: η καινούρια πληροφορία πρέπει να μην είναι ίδια με καμία άλλη, αλλά να είναι ή έστω να φαντάζει *μοναδική*. Ακριβώς όμως λόγω του μελήματος για το ευκολονόητο της πληροφορίας, η εκάστοτε νέα είδηση γίνεται γνωστή μέσω οικείων συμφραζομένων, όπως για παράδειγμα τα στερεότυπα. Έτσι, παρατηρούμε πως η έκπληξη χρειάζεται να στηριχθεί στο στοιχείο του συνήθους, του *κανονικού* για να κατορθώσει να εντυπωσιάσει με αποτελεσματικότερο τρόπο.

Στο ίδιο πλαίσιο εγγράφεται και μία άλλη προτίμηση των μέσων στην επιλογή των ειδήσεων που μεταδίδουν: η προτίμηση για τις *σύγκρουσεις*. Το στοιχείο της σύγκρουσης προσφέρει τα μέγιστα στα μέσα γιατί συνιστά μία πληροφορία που εξ ορισμού παραπέμπει στο μέλλον, εφόσον βεβαίως προκαλεί την προσδοκία κάποιας *επίλυσης* της σύγκρουσης. Οπότε, πέρα από τα άμεσα οφέλη της προσέλκυσης της προσοχής, επιτυγχάνεται μία πιο μακροπρόθεσμη καθήλωση του δέκτη — ο τελευταίος αναζητά, από τη μία, τις «νεώτερες» πληροφορίες για να άρει την ένταση της αβεβαιότητάς του ενώ, από την άλλη, μπορεί να εμπλακεί και σε κατασκευή εικασιών και σεναρίων (εσωτερικεύοντας πλήρως, επομένως, ορισμένες παραμέτρους της σύγκρουσης όπως αυτές μεταδόθηκαν από τα μέσα).

Αποτελεσματικό μέσο εντυπωσιασμού αποτελούν, επίσης, οι αναφορές σε *ποσότητες* και οι *τοπικές αναφορές*. Οι ποσότητες έχουν το πλεονέκτημα ότι εμφανίζονται να έχουν πάντα καθαρά πληροφοριακό χαρακτήρα και να είναι αντικειμενικές, μολονότι μπορεί να μην κατανοείται τόσο ξεκάθαρα το αντικειμενικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσονται. Χρησιμοποιώντας απλές ή περισσότερο περίπλοκες ποσοτικοποιήσεις, τα μέσα μπορούν να δημιουργήσουν επιδράσεις εντυπωσιασμού άνευ ουσίας και ταυτοχρόνως να διευρύνουν το εύρος πληροφόρησης όσων ενδιαφέρονται για ειδικές γνώσεις. Οι τοπικές αναφορές, από μόνες τους, φαίνεται μάλλον να περιορίζουν το φάσμα επιδράσεων μίας πληροφορίας. Συνήθως, όμως, η αναφορά σε μία εσωτερική, τοπική είδηση αντισταθμίζεται από τη βαρύτητα της πληροφορίας και από τη σπανιότητά της.⁴³

Ιδιαίτερα αποτελεσματική μεταξύ των πρακτικών που συμβάλλουν στον εντυπωσιασμό του δέκτη αποδεικνύεται, επίσης, η συχνή προβολή *παραβατικής συμπεριφοράς* ποικίλων μορφών. Οι παραβιάσεις των κανόνων —είτε πρόκειται για παραβιάσεις δικαίου είτε ηθικής είτε ακόμη του «πολιτικά ορθού»— εμφανίζονται συνήθως από τα μέσα ως «σκάνδαλα». Τα «σκάνδαλα» προκαλούν την προσοχή μέσω της ανάγλυφης αναπαράστασής τους από τα μέσα: είναι ζωντανά, βάλλουν απευθείας στο προσωπικό αίσθημα του «δικαίου» (ή του «φυσιολογικού» ή του «αποδεκτού») κι έχουν επίσης το πλεονέκτημα ότι συσκοτίζουν την ορθολογική, αποστασιοποιημένη εκτίμηση μίας κατάστασης. Με αυτή τους τη συμπεριφορά, δηλαδή με την εκτεταμένη προβολή των παραβιάσεων των κανόνων, τα μέσα επιτελούν και μία πρόσθετη (κοινωνική) λειτουργία: παράγουν σε πραγματικό επίπεδο τον κανόνα. Όπως το διατυπώνει ο Luhmann, αυτό συμβαίνει «... διότι μόνο με την παραβίαση παράγεται στην πραγματικότητα ο κανόνας, ο οποίος προηγουμένως απλώς “ίσχυε” μες στο πλήθος των ισχυόντων κανόνων». Εν συντομία, στην περίπτωση του εντυπωσιασμού στα μέσα ισχύει πράγματι το ότι η εξαίρεση κάνει τον κανόνα!

Αξίζει να σημειωθεί, άλλωστε, ότι η συγκεκριμένη τάση των μέσων για υπερτονισμό των όποιων παραβατικών συμπεριφορών συνδυάζεται συχνά με την προσφυγή σε *ηθικές αξιολογήσεις*. Οι ηθικές αξιολογήσεις αναπαράγουν ακριβώς ένα σχήμα ηθικής που στηρίζεται στο δίπολο καλού/κακού και δημιουργεί τεχνηέντως ένταση στην πλευρά του δέκτη ως προς την προσωπική του στάση. Ωστόσο, είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσει κανείς τον βαθμό στον οποίο οι ηθικοί κανόνες

⁴³ Όπως χαρακτηριστικά λέει ο Luhmann, πρόκειται για «(...) την *εσωτερικότητα*, που ταυτόχρονα μεταδίδει την πληροφορία ότι *εδώ σε μας δύσκολα θα μπορούσε να συμβεί κάτι τέτοιο*» (τα πλάγια δικά μας).

γίνονται αντιληπτοί και αναπαράγονται διαμέσου των μέσων μονάχα σε *θεαματικές περιπτώσεις*. Αυτού του είδους ο εντυπωσιασμός, από τη μία, μπορεί να καθηλώσει την προσοχή και να επιτρέψει τη συναισθηματική εμπλοκή του δέκτη. Από την άλλη, όμως, το *θεαματικό* δεν παύει να βιώνεται και ως κάτι *αλλότριο*, ως δείγμα συμπεριφοράς μίας τάδε ή δείνα τάξης «επωνύμων» που λίγη σχέση έχουν με τα της καθημερινής ρουτίνας του δέκτη. Ο τελευταίος, επομένως, καταλήγει να εμπλέκεται συναισθηματικά, παραμένοντας όμως ουσιαστικά παρατηρητής.

Μία άλλη, ιδιαίτερα ευνοημένη πρακτική εντυπωσιασμού από τα μέσα αφορά στον τρόπο που αυτά προτιμούν να αποδίδουν καταστάσεις στη δράση προσώπων, παρά να αναλύσουν το σύνθετο ιστορικό ενός γεγονότος. Η τεχνική αυτή των μέσων μπορεί να οριστεί ως αποτελεσματική χρήση της *επιφάνειας* ή *επίφασης* με τρόπο που να παραπέμπει σε ένα *βάθος* το οποίο όμως αποφεύγεται να αναλυθεί περεταίρω. Πρόκειται δηλαδή για μία τεχνική που βολεύει ιδιαίτερα τα media ακριβώς επειδή μπορούν να εκπέμπουν περιεχόμενο που μοιάζει προφανές, μέσω της προσωποποίησης, ενώ στην πραγματικότητα δεν αφήνουν να διαφανούν οι βαθύτερες κοινωνικές δομές στο πλαίσιο των οποίων ένα πρόσωπο πράττει όπως πράττει. Στην περίπτωση ενός προβληματικού συμβάντος, όπως π.χ. μίας περίπτωσης διαπλοκής, το να παρουσιάζεται ένα πρόσωπο ως αιτία ενός προβλήματος είναι σίγουρα ανακουφιστικό: σημαίνει ότι οι όποιες ευθύνες βαρύνουν και σπιλώνουν κυρίως το πρόσωπο και όχι τον οργανισμό στο πλαίσιο του οποίου αυτό λειτουργεί. Ταυτόχρονα, μέσω της επίκλησης του αισθήματος του δικαίου του θεατή, η προσοχή του τελευταίου αγκιστρώνεται εύκολα: οι ένοχοι είναι αυτοί, οι συγκεκριμένοι και απτοί άνθρωποι και όχι κάποιο «σύστημα» που για να προσπελαστεί πρέπει να διερευνηθεί κοπιωδώς σε βάθος. Αντίστροφα, στην περίπτωση ενός συμβάντος που προσλαμβάνεται ως ευχάριστο, επί παραδείγματι της εγκαινίασης ενός σημαντικού έργου υποδομής από τον τάδε υπουργό, και πάλι η προσοχή του δέκτη εστιάζει σε αυτόν ατομικά και όχι στο συνολικό έργο της κυβέρνησης την οποία εκπροσωπεί ή στο γεγονός ότι η περαίωση του εν λόγω έργου υπερέβη τελικά κατά πολύ σε χρόνο και χρήμα τον αρχικό του προϋπολογισμό. Δεν είναι τυχαίο, λοιπόν, που η πρακτική της προσωποποίησης χρησιμοποιείται κατά κόρον και στην απεικόνιση χρηστών ναρκωτικών ουσιών: ο νεαρός χρήστης που παρουσιάζεται επωνύμως από τα μέσα είναι συχνά το παιδί *διάσημων* γονιών και το τελευταίο είναι που προκαλεί εντύπωση στο δέκτη, υποσκελίζοντας σε δεύτερη θέση το γενικότερο πρόβλημα της ευρείας χρήσης ουσιών από τους νέους...

Παράλληλα με την εστίαση στα πρόσωπα, ένα ακόμη προσφιλές μέσω εντυπωσιασμού είναι οι μετάδοση *γνωμών*. Οι γνώμες έχουν καταρχήν το πλεονέκτημα να είναι αυθαίρετες, τόσο στο επίπεδο οπτικής γωνίας αυτού που τις εκφέρει όσο και στο επίπεδο της πραγματικής τους αναγκαιότητας. Σε ότι αφορά το πρώτο σκέλος, το να εμφανίζεται κανείς με τρόπο πειστικό ως «ειδικός» για ένα θέμα αρκεί για να προκαλέσει εντύπωση. Όσο για το δεύτερο σκέλος, οι γνώμες έχουν το πλεονέκτημα του αυθύπαρκτου και, επομένως, μπορούν —ιδίως αν είναι αρκετά ασυνήθεις ή ακραίες— να συστήσουν είδηση χωρίς να έχει συμβεί κατά τα άλλα κάτι, σε πραγματικό επίπεδο, που να δικαιολογούσε την εκφορά της γνώμης. Όχι όμως μόνον οι γνώμες των ειδικών, αλλά και οι γνώμες των «απλών πολιτών» έρχονται όλο και συχνότερα στο προσκήνιο. Από ορισμένους, η συγκεκριμένη πρακτική εκλαμβάνεται θετικά, τρόπον τινά ως εκδημοκρατικοποίηση των μέσων. Κατά την άποψή μας αυτό αληθεύει μονάχα εάν η δημοσίευση γνωμών, σε ένα ελεύθερο ρεπορτάζ λόγου χάρη, δεν σημαίνει έκπτωση στην έρευνα επί του θέματος του ρεπορτάζ ή έλλειψη προσεκτικού σχεδιασμού της εκπομπής.

Τέλος, μία πηγή τεχνητού εντυπωσιασμού αρκετά συγκαλυμμένη είναι η διαρκής *απαίτηση της επικαιρότητας*, σε συνδυασμό με την οργάνωσή της διαμέσου των μέσων σε *θεματικές* και *γεγονότα-κλειδιά*. Με αυτόν τρόπο, η ειδησεογραφία επικεντρώνεται σε επιμέρους περιπτώσεις, τις οποίες όμως και επικοινωνεί στηριζόμενη σε σχήματα που καταλήγουν να οργανώνουν τις προσλαμβανουσες του δέκτη. Έτσι προκύπτει, πλάι στην απαίτηση της επικαιρότητας που εμφανίζει ως αδιαμφισβήτητη την αναγκαιότητα της ύπαρξης των μέσων, και η *απαίτηση της αναδρομικότητας*. Η τελευταία οργανώνει την (κοινωνική) μνήμη σε σχήματα σύστοιχα με τα σχήματα της οργάνωσης και του περιεχομένου των μέσων — τα τελευταία αποκτούν έτσι τη δυνατότητα να λειτουργούν με τρόπο αδιαφανή ακόμη κι αν τα σχήματά τους είναι αξιολογικά ουδέτερα. Κι αυτό γιατί η ρύθμιση της διαμόρφωσης και προσφοράς σχημάτων με τρόπο που τουλάχιστον δεν βλάπτει —αν δεν ωφελεί καταφανώς— τα media, είναι από μόνη της χειριστική ενέργεια. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συνιστά η κινδυνολογία των μέσων σε ζητήματα που αφορούν τη *συλλογική ταυτότητα* μίας κοινωνίας. Από τη μία, τα μέσα, όπως είδαμε, δομούν μέσω των σχημάτων τη συλλογική μνήμη και από την άλλη, η σχέση μεταξύ μνήμης και ταυτότητας είναι αδιαμφισβήτητη και άρρηκτη. Στην εξίσωση έρχεται, λοιπόν, να προστεθεί η απαίτηση της αναδρομικότητας σε προϋποτιθέμενα σχήματα, ούτως ώστε ο «κίνδυνος» που εμφανίζεται να απειλεί τη συλλογική ταυτότητα να εντυπωσιάσει τον δέκτη. Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει ο Luhmann μετά από όλα αυτά ως προς τον ρόλο των μέσων στην αναπαράσταση της συλλογικής ταυτότητας είναι εύλογο: «ταυτότητα είναι τελικά αυτό στο οποίο επιστρέφει κανείς»!

Τα ΜΜΕ αναμφίβολα διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων, επηρεάζοντας όλες τις πτυχές της. Πολύ σωστά λοιπόν, ο Marshal Mc Luhan παρομοιάζει τα ΜΜΕ με μια χειρουργική επέμβαση χωρίς αντισηπτικά⁴⁴. Πράγματι, τα ΜΜΕ καταφέρνουν να επηρεάσουν το κοινό, προβάλλοντας γνώμες, ιδέες, συναισθήματα και αντιλήψεις.

Η παρουσίαση θεμάτων όπως πόλεμος και καταστροφές (σεισμοί, πλημμύρες) και γενικότερα ο ανθρώπινος πόνος έχει επιπτώσεις στην συνείδηση του κοινού. Τα γεγονότα αυτά που προβάλλονται μέσα από εικόνες δημιουργούν ένα ασφαλές περιβάλλον στον τηλεθεατή, ο οποίος βιώνει μια διαμεσολαβημένη εμπειρία, που απαιτεί ελάχιστη διανοητική προσπάθεια και που διεγείρει αποκλειστικά και μόνο τις αισθήσεις του. Η εικόνα δημιουργεί απόσταση από το γεγονός και λείπει την δική της αλήθεια για την πραγματικότητα. Για άλλη μια φορά το εφησυχασμένο κοινό καταναλώνει εικόνες, θέαμα με ψυχαγωγικό περίβλημα.

Εδώ όμως πρέπει να προσδιορίσει κανείς και το ρόλο των μέσων μαζικής επικοινωνίας στην διάδοση και δραματοποίηση του εγκληματικού στερεοτύπου. Πράγματι η πλατειά κοινωνική μάζα δεν έχει άμεση εμπειρία σχετικά με την εγκληματικότητα και τον εγκληματία. Διαμορφώνει τις παραστάσεις της σύμφωνα με τα μηνύματα που δέχεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Έτσι οι εικόνες που δημιουργεί σχετικά με την έκταση της εγκληματικότητας, με την μορφολογία και με τα χαρακτηριστικά του εγκληματία είναι αντανάκλαση των παραστάσεων που διοχετεύει η τηλεόραση, το ραδιόφωνο και κυρίως ο τύπος. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι κατηγορίες πληθυσμού που αισθάνονται εντονότερο φόβο να πέσουν θύματα εγκληματικής πράξης είναι περισσότερο εκτεθειμένες στα μηνύματα τύπου σχετικά με το έγκλημα, γιατί λόγω του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, επιλέγουν, μέσα στις εφημερίδες, τα άρθρα που είναι εύκολα αφομοιώσιμα όπως οι περιγραφές εγκλημάτων και ποινικών δικών. Επίσης οι εντυπωσιακοί τίτλοι και οι περιγραφές με έντονα φορτισμένο συναισθηματικά περιεχόμενο δραματοποιούν την πραγματικότητα και οξύνουν την εχθρότητα και την αποστροφή που προκαλεί το εγκληματικό στερεότυπο.

Πέρα όμως από την έκταση που προκαλεί ο τύπος στην άτυπη κοινωνική αντίδραση, έχει και τη δύναμη να κατευθύνει προς ορισμένες κατηγορίες εγκληματιών με αποτέλεσμα το εγκληματικό στερεότυπο να στοιχειοθετείται μόνο με χαρακτηριστικά αυτών των κατηγοριών. Πράγματι ο τύπος στην προσπάθεια του να προσελκύσει αναγνώστες επιδιώκει το εντυπωσιακό. Έτσι δίνει ιδιαίτερη έμφαση σε εγκλήματα βίας και κατά δεύτερο λόγο στις κλοπές, που προκαλούν συγκινήσεις

⁴⁴ M. Mc Luhan, Media: οι προεκτάσεις του ανθρώπου, Αθήνα: Κάλβος, σελ. 91

στην ευρύτερη κοινωνική μάζα, ενώ δείχνεται ιδιαίτερα διακριτικός στα εγκλήματα οικονομικής εγκληματικότητας, εκτός αν η προβολή ενός τέτοιου εγκλήματος εξυπηρετεί στην συγκεκριμένη περίπτωση τις πολιτικές σκοπιμότητες της εφημερίδας.⁴⁵

Ο Μπένετ στο βιβλίο του « *Ειδήσεις: η πολιτική των ψευδαισθήσεων*» αναλύει εκτενώς τα χαρακτηριστικά των σύγχρονων δελτίων ειδήσεων. Αρχικά, αναφέρει ότι οι ειδήσεις έχουν προσωποποιημένο χαρακτήρα, πράγμα που σημαίνει ότι *παρουσιάζεται η ανθρώπινη πλευρά ενός στόρι, αντί να αναλύονται τα βαθύτερα αίτια και τα αποτελέσματά του* (Μπένετ, 1999). Παρατηρείται, λοιπόν, μια μετατόπιση από την δημόσια σφαίρα στην ιδιωτική, όπου τα άτομα αποκτούν μια εγωκεντρική αντίληψη απέναντι στα γεγονότα, καθώς η προσωποποιημένη δημοσιογραφία απευθύνεται κατά κύριο λόγο στο εγώ και στα συναισθήματα. Με αυτόν τον τρόπο, δίνοντας έμφαση στο εγώ, παραμερίζεται η κοινωνική σκέψη και ανάλυση, τη στιγμή που οι κοινωνικές πρακτικές μοιάζουν μακρινές και διαφορετικές. Θα μπορούσαμε, επομένως, να υποστηρίξουμε ότι οι ειδήσεις δεν αποσκοπούν να ενημερώσουν για τα κοινωνικά ή πολιτικά προβλήματα και δεν αποτελούν αφορμή για κριτική σκέψη ή ενεργοποίηση του πολίτη. Με λίγα λόγια, η ενημέρωση αποκτά επιφανειακό και εφήμερο χαρακτήρα.

Επίσης, οι δραματοποιημένες ειδήσεις *μετατοπίζουν το επίκεντρο της ενημέρωσης από τους θεσμούς στις προσωπικότητες και από την πολιτική ανάλυση στο μελόδραμα* (Μπένετ, 1999). Σύμφωνα με τον Μπένετ, οι επιπτώσεις που πηγάζουν από την δραματοποίηση των ειδήσεων είναι οι παρακάτω. Αρχικά, αποσπάται η προσοχή από τις σημαντικές αιτίες των προβλημάτων. Επιπλέον, δημιουργείται μια λανθασμένη αίσθηση κατανόησης και, τέλος, προωθούνται ικανοποιητικές από πλευράς δράματος αλλά πρακτικά ανέφικτες λύσεις.

Επιπρόσθετα, οι ειδήσεις παρουσιάζονται αποσπασματικά, δηλαδή η ενημέρωση κομματιάζεται και τα γεγονότα μετατρέπονται σε αυτάρκη και μεμονωμένα συμβάντα, ενώ προσφέρονται κανονιστικές λύσεις που πείθουν τους ανθρώπους ότι «το σύστημα λειτούργησε». Αποτέλεσμα των προσωποποιημένων, δραματοποιημένων, αποσπασματικών και κανονικοποιημένων ειδήσεων είναι να *προκαλούν τη σύγχυση και τον αποπροσανατολισμό, να καθιστούν τους ανθρώπους ευάλωτους στις οικείες και καθησυχαστικές εικόνες για το πώς λειτουργεί ο κόσμος-εικόνες που διώχνουν τις ενοχλητικές λεπτομέρειες από τη σκέψη* (Μπένετ, 1999). Η τηλεόραση παίζει έναν ηγετικό ρόλο στον καθορισμό της πολιτικής θεματολογίας. Αυτό συμβαίνει επειδή έχει το μεγαλύτερο βαθμό πρόσβασης στα μέλη του

⁴⁵ Η εγκληματολογία της κοινωνικής αντίδρασης, Ηλίας Δασκαλάκης, σελ 151, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα

κοινωνικού συνόλου. Η τηλεόραση έχει τη δυνατότητα να κάνει μερικά γεγονότα περισσότερο προσιτά από άλλα. Έχει κατορθώσει να γίνει κυρίαρχος φορέας της ενημέρωσής μας, όχι μόνο με την επιμήκυνση των δελτίων ειδήσεων, αλλά και με την αύξηση των ενημερωτικών εκπομπών με πολιτικό ή συναφές περιεχόμενο.

Οι διακρίσεις ανάμεσα στον δημόσιο και τον ιδιωτικό χώρο, στο αξιόπιστο και στο αναξιόπιστο, όλα αυτά μαζί λειτουργούν προς όφελος της τέρψης και της διασκέδασης. Σε τελική ανάλυση αποτελούν ένα μείγμα ενημέρωσης, ψυχαγωγίας και διαφήμισης. Τα πρόσωπα που προσκαλούνται στις ενημερωτικές εκπομπές, είναι συχνά αναρμόδια να μιλήσουν και αποφεύγουν την επιχειρηματολογία και καταφεύγουν στον εντυπωσιασμό και στη στιγμιαία αποτύπωση. Η επαναλαμβανόμενη χρήση στερεοτύπων, η μανία για «εντυπωσιογόνα» θέματα και η αποσπασματική κάλυψή τους είναι στοιχεία που επιβεβαιώνουν την ψυχαγωγική διάσταση της τηλεόρασης. Σύμφωνα με τον Πόστμαν: *«το πρόβλημα δεν είναι ότι η τηλεόραση μας παρουσιάζει ψυχαγωγικά προγράμματα, αλλά ότι ενδύει όλη τη θεματολογία της με ένα ψυχαγωγικό περίβλημα»*.

Η τηλεόραση δεν αποτελεί μόνο το κυρίαρχο μέσο ψυχαγωγίας, αλλά και το κυριότερο μέσο ενημέρωσης. Η τηλεόραση είναι αυτή που καθορίζει τη σπουδαιότητα ή μη των γεγονότων, τον τρόπο προβολής των πραγμάτων και τα θέματα της ημερήσιας διάταξης. Ο Ν. Δεμερτζής σημειώνει χαρακτηριστικά πως «τα μαζικά μέσα ενημέρωσης δεν καθορίζουν... το ακριβές περιεχόμενο των απόψεών μας, αλλά... σε ποια θέματα θα στρέψουμε την προσοχή μας και πόσο⁴⁶».

Στο σημείο αυτό, πρέπει να αναφερθεί και η εμμονή της τηλεόρασης στα θέματα με έριδες, αίμα, βία ή θανάτους. Σκοπός της είναι να εντυπωσιάσει, με αποτέλεσμα η πολιτική να επικεντρώνεται στις προσωπικές ή κομματικές έριδες, παρά στα προβλήματα των πολιτών. Χωρίς υπερβολή, καθημερινά οι πολίτες γίνονται μάρτυρες ενός ανελέητου πολέμου αρνητικών δηλώσεων μεταξύ των πολιτικών.

Ο Tomas Meyer εντοπίζει έξι κανόνες σκηνοθεσίας στην τηλεοπτική σκηνή⁴⁷:

1. Η χρησιμοποίηση κανόνων αξιολόγησης των ειδήσεων, οι οποίοι καθορίζουν και τα πολιτικά θέματα που προβάλλονται.
2. Η χρήση των θεατρικών κανόνων παρουσίασης στην παρουσίαση των πολιτικών θεμάτων.

– Κομοτηνή 1985

⁴⁶ Ν. Δεμερτζής, «Πολιτική δημοσιότητα, πρόσωπα και τηλεόραση», στο Όρια και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού, Αθήνα: Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 1996, σελ. 542

⁴⁷ T. Meyer, Η πολιτική ως θέατρο, Αθήνα: Καστανιώτης, 2000, σελ. 85- 86

3. Η ενσάρκωση των θεμάτων, είτε με τη δημιουργία «γεγονότων», είτε με την παρουσίασή τους από ζωντανά σώματα.
4. Η συντομία και ο γρήγορος ρυθμός.
5. Η γνώση της εναλλαγής των σκηνών και των εικόνων.
6. Η δυνατότητα παρουσίας των εμπλεκόμενων ή των συντελεστών των γεγονότων στην τηλεόραση.

Η σκηνοθεσία στο βήμα της τηλεόρασης περιλαμβάνει αρχικά την επιλογή των θεμάτων που θα παρουσιαστούν. Κριτήρια επιλογής αποτελούν συνήθως η συντομία στο χρόνο εξέλιξης του θέματος, η εγγύτητα, η ικανότητα του θέματος να συγκλονίσει το κοινό, η ύπαρξη συγκρούσεων και η προσωποποίηση. Στη συνέχεια της σκηνοθεσίας γίνεται η κατασκευή των θεμάτων, η επιλογή δηλαδή εικόνων, ήχου και ομιλητών.

Βάσει των συλλογισμών που προηγήθηκαν, η χρήση του εντυπωσιασμού συνιστά κατεξοχήν εργαλείο στην προσπάθεια της βραχυπρόθεσμης αγκίστρωσης της προσοχής του δέκτη. Με δεδομένο ότι οι καμπάνιες αγωγής υγείας χρησιμοποιούν τα μέσα για να απευθυνθούν στον εκάστοτε πληθυσμό-στόχο, γίνεται ευκολότερα κατανοητό γιατί τα μηνύματα (αγωγής υγείας) συχνά εκφέρονται με όρους φοβικού περιεχομένου. Για τους λόγους που παραθέσαμε παραπάνω πιστεύουμε, όμως, ότι μία χρήση του εντυπωσιασμού μέσω της επαύξησης της συνείδησης της διακινδύνευσης δεν οδηγεί απαραίτητα στην επαύξηση της αποτελεσματικότητας της εκστρατείας, τουλάχιστον μακροπρόθεσμα.

Τα MME αναμφίβολα διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων, επηρεάζοντας όλες τις πτυχές της. Πολύ σωστά λοιπόν, ο Marshal Mc Luhan παρομοιάζει τα MME με μια χειρουργική επέμβαση χωρίς αντισηπτικά⁴⁸. Πράγματι, τα MME καταφέρνουν να επηρεάσουν το κοινό, προβάλλοντας γνώμες, ιδέες, συναισθήματα και αντιλήψεις. Βάσει της συστημικής-κονστрукτιβιστικής θεώρησης του Niklas Luhmann, το σύστημα των μέσων είναι ένα κλειστό σύστημα το οποίο δεν επικοινωνεί με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον σε επίπεδο τελεστικών (operational) επαφών. Αυτό βεβαίως δεν σημαίνει ότι τα media δεν επηρεάζονται από το περιβάλλον καθώς και από τις δομικές αλλαγές στις οποίες προβαίνει το σύστημα των μέσων για να εφαρμόσει στο περιβάλλον του με τρόπο που να εξυπηρετεί την ίδια του την επιβίωση και αναπαραγωγή. Ο εντυπωσιασμός, υπό αυτό το πρίσμα, μπορεί να θεωρηθεί, λοιπόν, αποτέλεσμα της θεμελιώδους κωδικοποίησης του συστήματος των μέσων, δηλαδή της διάκρισης

⁴⁸ M. Mc Luhan, Media: οι προεκτάσεις του ανθρώπου, Αθήνα: Κάλβος, σελ. 91.

πληροφορία/μη πληροφορία, που είναι σύστοιχη με τη διάκριση νέο/παλιό. Η, δε, πληροφορία μπορεί, αφενός, να λάβει μόνο τη μορφή της έκπληξης και πρέπει, αφετέρου, να εκλαμβάνεται από τον δέκτη ως συστατικό στοιχείο της επικοινωνίας. Τα μέσα επιλέγουν τα θέματά τους με τρόπο που ενισχύει αυτή τη διπλή στόχευση, ενώ παράλληλα καταβάλουν ιδιαίτερη προσπάθεια ούτως ώστε το εκπληκτικό/εντυπωσιακό να καθίσταται ευκολονόητο για το ευρύ κοινό. Το στοιχείο του εντυπωσιασμού δεν συνιστά, επομένως, απλώς ένα στοιχείο των περιεχομένων των μέσων, αλλά και στοιχείο που αφορά στη δομή του συστήματος των μέσων. Αυτό φαίνεται άλλωστε από τον τρόπο που έχουν διαμορφωθεί και παγιωθεί από τα μέσα μία σειρά από διαρθρωτικές, δομικές συνθήκες παραγωγής πληροφοριών.

Στο ίδιο πλαίσιο εγγράφεται και μία άλλη προτίμηση των μέσων στην επιλογή των ειδήσεων που μεταδίδουν: η προτίμηση για τις συγκρούσεις. Αποτελεσματικό μέσο εντυπωσιασμού αποτελούν, επίσης, οι αναφορές σε ποσότητες και οι τοπικές αναφορές. Οι ποσότητες έχουν το πλεονέκτημα ότι εμφανίζονται να έχουν πάντα καθαρά πληροφοριακό χαρακτήρα και να είναι αντικειμενικές, μολονότι μπορεί να μην κατανοείται τόσο ξεκάθαρα το αντικειμενικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσονται. Ιδιαίτερα αποτελεσματική μεταξύ των πρακτικών που συμβάλλουν στον εντυπωσιασμό του δέκτη αποδεικνύεται, επίσης, η συχνή προβολή παραβατικής συμπεριφοράς ποικίλων μορφών. Οι παραβιάσεις των κανόνων —είτε πρόκειται για παραβιάσεις δικαίου είτε ηθικής είτε ακόμη του «πολιτικά ορθού»— εμφανίζονται συνήθως από τα μέσα ως «σκάνδαλα». Τα «σκάνδαλα» προκαλούν την προσοχή μέσω της ανάγλυφης αναπαράστασής τους από τα μέσα: είναι ζωντανά, βάλλουν απευθείας στο προσωπικό αίσθημα του «δικαίου» (ή του «φυσιολογικού» ή του «αποδεκτού») κι έχουν επίσης το πλεονέκτημα ότι συσκοτίζουν την ορθολογική, αποστασιοποιημένη εκτίμηση μίας κατάστασης.

Μία άλλη, ιδιαίτερα ευνοημένη πρακτική εντυπωσιασμού από τα μέσα αφορά στον τρόπο που αυτά προτιμούν να αποδίδουν καταστάσεις στη δράση προσώπων, παρά να αναλύσουν το σύνθετο ιστορικό ενός γεγονότος. Η τεχνική αυτή των μέσων μπορεί να οριστεί ως αποτελεσματική χρήση της επιφάνειας ή επίφασης με τρόπο που να παραπέμπει σε ένα βάθος το οποίο όμως αποφεύγεται να αναλυθεί περεταίρω. Παράλληλα με την εστίαση στα πρόσωπα, ένα ακόμη προσφιλές μέσο εντυπωσιασμού είναι οι μετάδοση γνώμων. Οι γνώμες έχουν καταρχήν το πλεονέκτημα να είναι αυθαίρετες, τόσο στο επίπεδο οπτικής γωνίας αυτού που τις εκφέρει όσο και στο επίπεδο της

πραγματικής τους αναγκαιότητας. Τέλος, μία πηγή τεχνητού εντυπωσιασμού αρκετά συγκαλυμμένη είναι η διαρκής απαίτηση της επικαιρότητας, σε συνδυασμό με την οργάνωσή της διαμέσου των μέσων σε θεματικές και γεγονότα-κλειδιά. Με αυτόν τρόπο, η ειδησεογραφία επικεντρώνεται σε επιμέρους περιπτώσεις, τις οποίες όμως και επικοινωνεί στηριζόμενη σε σχήματα που καταλήγουν να οργανώνουν τις προσλαμβάνουσες του δέκτη.

Βέβαια, ο ρόλος των μέσων μαζικής επικοινωνίας στην διάδοση και δραματοποίηση του εγκληματικού στερεοτύπου είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Πράγματι η πλατιά κοινωνική μάζα δεν έχει άμεση εμπειρία σχετικά με την εγκληματικότητα και τον εγκληματία. Διαμορφώνει τις παραστάσεις της σύμφωνα με τα μηνύματα που δέχεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Πέρα όμως από την έκταση που προκαλεί ο τύπος στην άτυπη κοινωνική αντίδραση, έχει και τη δύναμη να κατευθύνει προς ορισμένες κατηγορίες εγκληματιών με αποτέλεσμα το εγκληματικό στερεότυπο να στοιχειοθετείται μόνο με χαρακτηριστικά αυτών των κατηγοριών. Επιπρόσθετα, οι ειδήσεις παρουσιάζονται αποσπασματικά, δηλαδή η ενημέρωση κομματιάζεται και τα γεγονότα μετατρέπονται σε αυτάρκη και μεμονωμένα συμβάντα, ενώ προσφέρονται κανονιστικές λύσεις που πείθουν τους ανθρώπους ότι «το σύστημα λειτούργησε». Η τηλεόραση δεν αποτελεί μόνο το κυρίαρχο μέσο ψυχαγωγίας, αλλά και το κυριότερο μέσο ενημέρωσης. Η τηλεόραση είναι αυτή που καθορίζει τη σπουδαιότητα ή μη των γεγονότων, τον τρόπο προβολής των πραγμάτων και τα θέματα της ημερήσιας διάταξης.

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΕΡΕΥΝΕΣ

Εκτίμηση κινδύνου⁴⁹ - Έρευνες

Η έννοια του *κινδύνου* στη χρήση ουσιών είναι δισυπόστατη: από τη μία πλευρά, ο κίνδυνος αφορά στην πιθανότητα επιβλαβών συνεπειών της χρήσης και, από την άλλη, χρησιμοποιείται για να αποτυπώσει το βαθμό σοβαρότητας της επελθούσας ζημίας ή βλάβης. Αντίστοιχα, ο όρος *εκτίμηση κινδύνου* καταδηλώνει, καταρχήν την πιθανότητα το άτομο να αντιλαμβάνεται σε κάποιο βαθμό τους κινδύνους που δύναται να επιφέρει η κατανάλωση μίας ουσίας (επί παραδείγματι, συνειδητοποιεί ότι η λήψη της ουσίας καθιστά επικίνδυνη την οδήγηση). Από την άλλη, ο όρος αναφέρεται στους κινδύνους που αποδίδουμε σε μία ουσία *per se* (υπό αυτή την έννοια, θεωρείται περισσότερο επικίνδυνη η χρήση ηρωίνης από τη χρήση κάνναβης).

Σε μία συνολική θεώρηση **58 μακροπρόθεσμων ερευνών** αναφορικά με τη χρήση ναρκωτικών (**Petratis, 1998**), οκτώ από τις έρευνες είχαν ως αντικείμενο την επιρροή ορισμένων «στάσεων» στην ακόλουθη χρήση απαγορευμένων ουσιών. Οι στάσεις αυτές αφορούσαν, αφενός, στην υποκειμενική αντίληψη του κόστους αλλά και των «πλεονεκτημάτων» της χρήσης της ουσίας σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Αφετέρου, συνδέονταν με αναπαραστάσεις για το νόμιμο ή όχι της συμπεριφοράς. Επτά από αυτές τις μελέτες διαπίστωσαν ότι υπήρχε αναμφισβήτητη σύνδεση μεταξύ του βαθμού εκτίμησης κινδύνου και της χρήσης. Οι **Levy και Pierce** (1990) βρήκαν ότι οι νεαροί έφηβοι (ηλικίας 12 ετών) που δεν είχαν κάνει ποτέ χρήση, αλλά που είχαν θετικές απόψεις σχετικά, είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να ξεκινήσουν τη χρήση μαριχουάνας στην ηλικία των 15 ετών. Στο ίδιο μοτίβο κινούνται και τα αποτελέσματα της έρευνας των Bailey κ.ά. (1992): οι έφηβοι που ήταν πιο

επιρρεπείς στη χρήση μαριχουάνας ήταν αυτοί που (δύο χρόνια πριν) εμφανίζονταν να διάκινονται θετικά απέναντι στην ουσία.

Μία σημαντική έρευνα στο πεδίο της εκτίμησης κινδύνου είναι αυτή του **Johnston (1998)**, για τις διακυμάνσεις της χρήσης ποικίλων ναρκωτικών ουσιών στη Β. Αμερική, στο χρονικό διάστημα μεταξύ 1976 και 1996. Σύμφωνα με τον ερευνητή, ορισμένοι παράγοντες —όπως η συνέχιση ή μη των σπουδών, η εμπλοκή σε αντικοινωνικές δραστηριότητες και η συχνότητα των νυχτερινών εξόδων— ήταν ικανοί να προδιαγράψουν τη χρήση. Ο μοναδικός, όμως, παράγοντας που πραγματικά εξηγούσε τις ιστορικές αλλαγές για καθεμία από της ουσίες, χρόνο με το χρόνο, ήταν η εκτίμηση του κινδύνου και η ισχυροποίηση ή αποδυνάμωση της αποδοκιμασίας για μία ουσία.

Σε μία πρόσφατη έρευνα του **Irefrea (1998)**, διερευνήθηκαν οι κοινωνικές αναπαραστάσεις του *ecstasy* σε μία ομάδα 801 χρηστών και συγκρίθηκαν με αυτές της ομάδας ελέγχου, δηλαδή 826 μη χρηστών (οι οποίοι, όμως, μπορεί να χρησιμοποιούσαν περιστασιακά κάποια άλλη ουσία, όπως η μαριχουάνα). Το ιδιαίτερα ενδιαφέρον αποτέλεσμα ήταν ότι και οι δύο ομάδες ανέλυαν τη χρήση της ουσίας κατά τον ίδιο τρόπο. Με διαφορά, όμως, ότι οι μεν χρήστες εκλάμβαναν ως θετικές τις επιδράσεις της εν λόγω ουσίας και έτειναν να απαξιώνουν τους ενδεχόμενους κινδύνους, ενώ οι μη χρήστες έκαναν το αντίστροφο.

Ο **Fountain (1999)** πραγματοποίησε επίσης μία έρευνα με αντικείμενο τους λόγους για τους οποίους ορισμένοι νέοι δεν χρησιμοποιούν ναρκωτικά. Το δείγμα αποτελούνταν από 100 υποκείμενα και διαμοιραζόταν στους χρήστες και σε εκείνους που δεν είχαν δοκιμάσει ποτέ οποιαδήποτε παράνομη ουσία. Τα δύο σημαντικότερα κίνητρα των μη χρηστών ήταν, με σειρά προτεραιότητας, η *αδιαφορία* για το ενδεχόμενο αποτέλεσμα (της ουσίας) και ο *φόβος* για τους κινδύνους που εγκυμονεί η εν λόγω ουσία. Ο μελετητής κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πεποίθηση πως μία ουσία είναι εθιστική και ελλοχεύει κινδύνους, ακόμη κι αν δεν είναι ορθολογική ή βάσιμη, επιτελεί αποτρεπτικό ρόλο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μίας ποιοτικής έρευνας του **Irefrea** αναφορικά με τη χρήση συνθετικών ουσιών στη νυχτερινή ζωή, σε πολλές περιπτώσεις οι νέοι έχουν συχνά είτε μηδενική είτε μειωμένη είτε λανθασμένη εκτίμηση του κινδύνου. Σε πολλές περιπτώσεις, η εκτίμηση κινδύνου για τις παράνομες ουσίες τείνει να ενδυναμώνεται ή να αποδυναμώνεται ανάλογα με τη στάση του ατόμου έναντι νόμιμων ουσιών. Επί παραδείγματι, υποκείμενα που θεωρούσαν επικίνδυνη την ουσία *ecstasy* εξέφραζαν συγχρόνως τη συγκριτική άποψη ότι η βαριά κατανάλωση

⁴⁹ Για την ανάλυσή μας βασιστήκαμε στην έρευνα του Irefrea, Risk and Control in Recreational Drug

αλκοόλ δεν βλάπτει τόσο. Αντίστροφα, οι χρήστες ecstasy έτειναν να αναφέρονται πιο emphatic στα αρνητικά της χρήσης αλκοόλ παρά σε αυτά της προτιμώμενης ουσίας. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι οι πληροφορίες για την εκτίμηση του κινδύνου μίας ουσίας μπορεί να χειραγωγούνται από τις προκαταλήψεις του (μη) χρήστη, έτσι ώστε να αντλείται τελικά νομιμοποίηση για την πρακτική που αυτός επιλέγει να ακολουθήσει.

Στην ίδια έρευνα, μία από τις όψεις στη σχέση της εκτίμησης κινδύνου με την κατανάλωση ουσιών αφορά στη *συχνότητα* της χρήσης. Για παράδειγμα, ορισμένα άτομα επιλέγουν να διακινδυνεύουν λιγότερο από άλλα, με περιστασιακή χρήση ελάχιστων ποσοτήτων αλκοόλ και κάνναβης, μόνο και μόνο «για την παρέα» όπως παραδέχονται. Στον αντίποδα, υπάρχουν εκείνοι για τους οποίους η λήψη πολλών χαπιών εν μία νυκτί αποτελεί σχεδόν αυτοσκοπό. Έχει λοιπόν ύψιστη σημασία η συνειδητοποίηση ότι οι χρήστες διαφοροποιούνται σημαντικά στην επιθυμία τους να εμπλακούν σε μία επικίνδυνη συμπεριφορά. Για ορισμένους, μάλιστα, η διακινδύνευση συνιστά βασική αιτία χρήσης: «Ο κίνδυνος με κάνει πιο ενεργητική», εξομολογείται μία γυναίκα 22 ετών από την Αθήνα... Υπάρχουν ακόμη εκείνοι που χαρακτηρίζονται ως «έξυπνοι χρήστες» (*intelligent users*), οι οποίοι τηρούν κατά κανόνα μία ενδιάμεση στάση και έχουν ως κίνητρο την ισορροπία μεταξύ της διακινδύνευσης με ουσίες και της διασκέδασης/ευχαρίστησης μέσω αυτών.

Μία επιπρόσθετη διάσταση που αναδείχθηκε από την ποιοτική αυτή μελέτη ήταν η αμφίπλευρη σύνδεση των διαδικασιών μάθησης με την εκτίμηση κινδύνου. Καθώς οι νέοι προβαίνουν σε πειραματισμό και συνεχίζουν να ακροβατούν μεταξύ χρήσης και κατάχρησης, συνυπάρχουν με τους κινδύνους της ουσίας και, μέχρι ενός σημείου τουλάχιστον, κατορθώνουν να τους αντιμετωπίζουν/αποφεύγουν. Οι μαθησιακές διεργασίες που εμπλέκονται για αυτόν τον σκοπό είναι δυνατόν να ακολουθήσουν ποικίλα μονοπάτια. Αφενός, μπορεί να σημαίνει ότι το άτομο αποκτά καλύτερο έλεγχο των ορίων τα οποία επιθυμεί να προσεγγίσει μέσω της χρήσης και χειρίζεται ως έναν βαθμό τις αρνητικές επιδράσεις της ουσίας. Αφετέρου, υπάρχει περίπτωση το αίσθημα του ελέγχου να ενδυναμώνει την επιθυμία πειραματισμού με νέες ή πιο «ενδιαφέρουσες» επικίνδυνες ουσίες. Επίσης, πρέπει να υπερτονιστεί ότι μεγάλο κομμάτι του είδους γνώσεων που επενεργούν στην περαιτέρω εκτίμηση του κινδύνου αντλούνται σε μεγάλο ποσοστό από τις εμπειρίες κοντινών στον χρήστη ατόμων. Τα άτομα που απαρτίζουν μία ομάδα χρηστών μαθαίνουν συχνά ο ένας από τις εμπειρίες του άλλου, καταλήγοντας να διαμορφώνουν μία συλλογική άρρητη γνώση που επηρεάζει την προσωπική εκτίμηση κινδύνου του καθενός.

Εν κατακλείδι, οι ερευνητές υπογράμμισαν τον ρόλο που δύνανται να παίξουν τα media στη διαμόρφωση της εκτίμησης κινδύνου. Στο σύγχρονο (δυτικό) πολιτισμικό τοπίο, η πρόσβαση των νέων σε κάθε είδους περιεχόμενα των μέσων είναι διευρυμένη και πολυδιάστατη. Βεβαίως, η δαιμονοποίηση των μέσων και για το πρόβλημα των ναρκωτικών θα είχε, αν μη τι άλλο, ελάχιστη ευρετική αξία λόγω του κατακερματισμού και των πολλαπλών παράλληλων τάσεων των μέσων. Μολαταύτα, η εξοικείωση με τα μέσα δύναται να επηρεάζει το βαθμό οικειότητας με συμπεριφορές που σε άλλες εποχές ήταν απολύτως περιθωριοποιημένες και, ως εκ τούτου, αφανείς.

Ανασταλτικοί και Διευκολυντικοί Παράγοντες στη χρήση ουσιών–Έρευνες **Μέρος Πρώτο: Sensation Seeking Scale**

Ο προσδιορισμός των παραγόντων κινδύνου αποτελούν σε μεγάλο βαθμό τα αίτια για τη χρήση παρανόμων εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι παράγοντες κινδύνου αφορούν τη σύνδεση μερικών χαρακτηριστικών ή ιδιοτήτων ενός ατόμου, της ομάδας, ή του περιβάλλοντος και μιας αυξανόμενης πιθανότητας ορισμένων αναταραχών ή φαινομένων σχετικών με την ασθένεια σε κάποιο χρονικό σημείο.

Για την παράνομη χρήση ουσιών, υπάρχει μια σειρά κοινωνικών, ατομικών και περιβαλλοντικών *ανασταλτικών παραγόντων* που αυξάνουν συλλογικά τον κίνδυνο της έκφρασης προβληματικής συμπεριφοράς νεαρού ατόμου, συμπεριλαμβανομένης αυτής της χρήσης ναρκωτικών. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου έχουν προσδιοριστεί στην κοινότητα, στην οικογένεια, στα σχολεία και στα άτομα.

Συγχρόνως, έχουν προσδιοριστεί ορισμένοι *προστατευτικοί παράγοντες* που ελαττώνουν τον κίνδυνο ή την πιθανότητα συμμετοχής σε προβληματική συμπεριφορά. Οι προστατευτικοί παράγοντες «εμβολιάζουν» ή προστατεύουν τα άτομα και μπορούν να ενισχύσουν την αποφασιστικότητά τους να απορρίψουν ή να αποφύγουν την επιλογή της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Επίσης υποστηρίζεται ότι μπορούν να εμποδίσουν τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και τις καταστάσεις που προωθούν την κατάχρηση ουσιών. Έχει περιγραφεί ότι οι προστατευτικοί παράγοντες αφορούν ορισμένα ατομικά χαρακτηριστικά όπως το γένος, την ανθεκτική ιδιοσυγκρασία, τον θετικό κοινωνικό προσανατολισμό, και τη νοημοσύνη.

Σημαντική είναι η έννοια του «δεσίματος». Οι υποστηρικτές των προστατευτικών παραγόντων αναφέρουν ότι το «δέσιμο» με θετικά οικογενειακά μέλη, δασκάλους ή άλλους σημαντικούς ενήλικες και φίλους μειώνουν στα παιδιά τον κίνδυνο της έκφρασης προβλημάτων συμπεριφοράς. Επίσης υποστηρίζεται ότι οι

υγιείς πεπιοιθήσεις και τα σαφή πρότυπα για τη θετική συμπεριφορά έχουν μια παρόμοια προστατευτική επίδραση. Για παράδειγμα τα παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν υψηλές προσδοκίες για τη σχολικά επιτυχία τους και τα επιτεύγματα τους είναι λιγότερο πιθανό να εγκαταλείψουν το σχολείο.

Οι έννοιες του κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων αποτελούν τη βάση του προτύπου κοινωνικής ανάπτυξης και της επικεντρωμένης στον κίνδυνο πρόληψης.

Σύμφωνα με τα κλασικά μοντέλα ανάλυσης της ουσιοεξάρτησης, υφίστανται τρεις βασικοί παράγοντες που, μέσω της διαντίδρασής τους, ενδέχεται να οδηγήσουν στον εθισμό. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν στο ίδιο το (κοινωνικό) υποκείμενο, στην ουσία και, βεβαίως, στο περιβάλλον. Καθότι θα υπερέβαινε τις αρμοδιότητές μας η εξέταση των βιοχημικών ιδιοτήτων των ουσιών, θα αναφερθούμε μονάχα συνοπτικά σε ορισμένα βασικά τους χαρακτηριστικά. Κατά κύριο λόγο, θα εστιάσουμε στο σημείο αυτό στο υποκείμενο/(ενδοατομικό επίπεδο) και στο περιβάλλον (/διατομικό,/ενδο- και δια-ομαδικό επίπεδο).

Το ενδιαφέρον για την ανάλυση της *προσωπικότητας* του χρήστη και την πιθανή ανίχνευση αιτιωδών σχέσεων μεταξύ ορισμένων τύπων προσωπικότητας και της χρήσης ουσιών είναι αρκετά παλιό και αμφιλεγόμενο.⁵⁰ Μπορούμε άραγε να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα όταν πρόκειται για την πολυδιάστατη σύνθεση που συνιστά μία προσωπικότητα και που εκφράζεται μέσω δυνάμει απρόβλεπτων συμπεριφορών; Η δυσκολία της απάντησης σε ένα τέτοιο ερώτημα εξηγεί ενδεχομένως γιατί μεγάλο μέρος της αντίστοιχης έρευνας καταλήγει στο εξής, μάλλον αφηρημένο, συμπέρασμα: η χρήση ουσιών συνδέεται με την προσωπικότητα στο βαθμό που οι δυνάμει χρήστες εμπίπτουν σε κάποια κατηγορία ψυχοπαθολογίας. Αλλά και οι νεώτερες έρευνες, που έχουν συχνά καταλήξει σε πιο συγκεκριμένα αποτελέσματα, αντιμετωπίζουν δύο προβλήματα: καταρχήν είναι πολύ δύσκολο να διαχωρίσει κανείς μεταξύ των κυρίαρχων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας πριν από τη χρήση και των τάσεων που εμφανίζονται κατόπιν. Κατά δεύτερον, οι έρευνες πεδίου με χρήστες είναι δυνατόν να καταλήξουν σε μη ασφαλή συμπεράσματα: τα πορίσματα καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τις φαρμακολογικές παρενέργειες, τις κοινωνικές συνέπειες της χρήσης και τον χρόνο διάρκειας της έρευνας.

⁵⁰ Για την πραγμάτευση του ζητήματος της προσωπικότητας βλ. την έρευνα του ινστιτούτου Irefrea, Women and Opiate addiction, κεφ. 6, από όπου και αντλήσαμε ερευνητικά και βιβλιογραφικά στοιχεία που ακολουθούν.

Μολαταύτα, μία χρήσιμη γενική παραδοχή στην οποία έχουν καταλήξει αρκετοί ερευνητές είναι ότι όσο νωρίτερα, από άποψης ηλικίας, πραγματοποιείται η πρώτη δοκιμή ουσιών τόσο πιθανότερο είναι ο χρήστης να οδηγηθεί αργότερα σε πρακτικές κατάχρησης. Σύμφωνα με τους **Pons** και **Berjano (1997)**, αυτή η πρώτη επαφή προσιδιάζει περισσότερο στον τύπο της αποφασιστικής μεν αλλά ανώριμης συναισθηματικά προσωπικότητας, παρά σε μία συναισθηματικά ασταθή προσωπικότητα.

Είναι βεβαίως γενικά διαδεδομένη η άποψη που θεωρεί ότι ο πειραματισμός με τις ουσίες στην εφηβική ηλικία είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος εξαιτίας των έντονων φυσιολογικών και συναισθηματικών αλλαγών τις οποίες υφίσταται το άτομο. Οι **Calafat** και **Amengual (1991)** είναι εν προκειμένω της άποψης ότι όσο λιγότερο οργανωμένη είναι μία προσωπικότητα τόσο πιο πολύ βαρύνει η επίδραση των ναρκωτικών σε βιολογικό και ψυχολογικό επίπεδο. Τα ευρήματα των **Nesse** και **Berridge (1997)** υποστηρίζουν επίσης ότι οι συναισθηματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία επενεργούν σε σημαντικό βαθμό στη μετέπειτα ροπή προς τη χρήση ουσιών, όπως φανερώνει η συχνή συμπαρουσία του εθισμού με το σύνδρομο μετατραυματικού στρες. Επίσης, άλλοι θεωρητικοί έχουν εκφράσει την άποψη ότι η χρήση ναρκωτικών στους εφήβους συνδέεται με την ανάγκη ανακούφισης από προηγούμενες αγχογόνες εμπειρίες: η συμπεριφορά αυτή μπορεί να παραλληλιστεί με προσπάθεια αυτό-ίασης από μέρους του εφήβου μέσω των ουσιών και εμφανίζεται στενά συνδεδεμένη με προσωπικά προβλήματα, δυσκολίες κοινωνικοποίησης και συμπτώματα κατάθλιψης. Το πρόβλημα σε αυτή την περίπτωση έγκειται ακριβώς στο ότι, με την πάροδο του χρόνου, η ουσία μπορεί να εκλαμβάνεται πλέον από τον έφηβο ως το μοναδικό μέσο που μπορεί να τον κάνει να αισθανθεί καλύτερα. Κατά αυτόν τον τρόπο, οι ουσίες που προκαλούν ευφορία ακυρώνουν τη σωματική και συναισθηματική δυσφορία και ενεργοποιούν μηχανισμούς ευχαρίστησης που μπορεί να οδηγήσουν σε συνέχιση της χρήσης. Εξ ου, άλλωστε, και η επιλογή μίας συγκεκριμένης ουσίας και η αποφυγή κάποιας άλλης, ή ο συνδυασμός ουσιών από τον χρήστη. Γενικά, η μνήμη προηγούμενων εμπειριών μπορεί να λειτουργήσει προτρεπτικά ή αποτρεπτικά για την επιλογή της ουσίας. Από τη μία, ουσίες όπως το αλκοόλ, η κάνναβη ή τα οπιούχα θεωρείται συνήθως ότι καταπραΰνουν τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Τα διεγερτικά, από την άλλη, καταπολεμούν την καταθλιπτική διάθεση και αυξάνουν την ενεργητικότητα.

Μία προσέγγιση που αφορά ακριβώς στην αλληλεπίδραση των προσωπικών κινήτρων με την διευκόλυνση ή την αναστολή της χρήσης ουσιών είναι αυτή που

προσφέρει η κλίμακα **Sensation Seeking Scale** (στο εξής, *SSS*).⁵¹ Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε από τον **Zuckerman** για να ποσοτικοποιήσει ακριβώς την έννοια του *βέλτιστου επιπέδου διέγερσης* (optimum stimulation level) των **Hebb και Thomson**. Σύμφωνα με τη βασική αρχή της εν λόγω θεωρίας, ένα ερέθισμα μικρής έντασης οδηγεί τον οργανισμό σε αναζήτηση περισσότερης διέγερσης ενώ, αντιστρόφως, η πρόκληση υπερβολικής διέγερσης οδηγεί στην ανάπτυξη συμπεριφοράς που μειώνει τη διέγερση. Σε έμμεση πλην σαφή υπόθεση της εν λόγω θεωρίας, λοιπόν, αναδεικνύεται το γεγονός ότι κάθε οργανισμός έχει το δικό του βέλτιστο επίπεδο διέγερσης. Έτσι, λοιπόν, η συγκεκριμένη κλίμακα διακρίνει ατομικές διαφοροποιήσεις ως προς το βέλτιστο επίπεδο διέγερσης, εκκινώντας από την εξής υπόθεση: η ανάγκη για αλλαγή, διαφοροποίηση και επαύξηση ή μείωση της έντασης του ερεθίσματος αντικατοπτρίζεται αντίστοιχα σε διαφορετικά συμπεριφορικά χαρακτηριστικά μεταξύ των υποκειμένων, όπως ο βαθμός αναζήτησης του περιπετειώδους στοιχείου στις καθημερινές εμπειρίες ή η επιλογή συγκεκριμένων κοινωνικών δραστηριοτήτων. Η πιο διαδεδομένη εκδοχή της κλίμακας είναι η εκδοχή *V (version V)*, που περιλαμβάνει τέσσερις επιμέρους κλίμακες.

Η πρώτη επιμέρους κλίμακα αναφέρεται στο υποκείμενο που αναζητεί συγκίνηση και περιπέτεια (*Thrill and Adventure seeker* — στο εξής, *TAS*) και εκφράζει την επιθυμία του ατόμου να εμπλακεί σε δραστηριότητες που συνδέονται με διακινδύνευση και οι οποίες προσφέρουν ασυνήθιστα αισθήματα.

Η δεύτερη επιμέρους κλίμακα (*Experience Seeking* — στο εξής, *ES*) υποδηλώνει την ανάγκη αλλαγής των συναισθηματικών εμπειριών, η οποία μπορεί να ικανοποιηθεί με ποικίλα μέσα, όπως ταξίδια, μουσική, τέχνη, ναρκωτικά, επιλογή τρόπου ζωής που κρίνεται μη συμβατικός.

Η τρίτη υπο-κλίμακα (*Disinhibition* — στο εξής, *DIS*) περιγράφει την επιθυμία να νιώθει κανείς ελεύθερος μέσω της χρήσης αλκοόλ, της διασκέδασης (*fun*) και του σεξ.

Τέλος, η τέταρτη υπο-κλίμακα (*Boredom Susceptibility* — *BS*) αφορά στην τάση απόρριψης εμπειριών που επαναλαμβάνονται, ανθρώπων που θεωρούνται πληκτικοί και γενικότερα της μονοτονίας και της ρουτίνας.

Η στενή σχέση μεταξύ της κλίμακας *SSS* και της χρήσης ουσιών έχει αναγνωριστεί από πληθώρα ερευνών. Ο **Zuckerman** (1983), κατόπιν αναθεώρησης τέτοιου είδους ερευνών, αποτιμά ότι η εν λόγω κλίμακα και ειδικά οι επιμέρους

⁵¹ Αποφεύγουμε εδώ για λόγους ευκολίας να μεταφράσουμε τον όρο, στη συνέχεια όμως θα μεταφράσουμε το *sensation seeking* ως αναζήτηση αίσθησης. Ως προς τα στοιχεία της ανάλυσης που έπεται, βλ. το ομώνυμο κεφάλαιο της έρευνας του **Irefrea** για τη χρήση του *ecstasy*, κεφ. 6.

κλίμακες DIS και ES, εξηγούν την πλειοψηφία των περιπτώσεων χρήσης. Επίσης, ο **Jaffe** (1987) θεωρεί ότι η SSS είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος πρόβλεψης σε σχέση με άλλες μεταβλητές της προσωπικότητας ή άλλες κλίμακες. Αλλά και κατά την άποψη του **Teichmann** (1989), ο βαθμός αναζήτησης εμπειριών που προκαλούν αίσθηση προβλέπει με μεγαλύτερη επιτυχία την ενδεχόμενη χρήση έναντι προβλέψεων που βασίζονται σε ιστορικά κατάθλιψης ή άγχους. Ο ερευνητής συμπληρώνει ακόμη ότι ένα σημαντικό πλεονέκτημα της SSS είναι ότι δύναται να ταυτοποιήσει μεγαλύτερη γκάμα χρηστών, μεταξύ άλλων τους *εγκρατείς* ή τους *πειραματιστές*.

Υπάρχουν δύο τρόποι να αναδειχθεί η σχέση της SSS με την τοξικοεξάρτηση. Καταρχήν, όπως προέκυψε σε μία από τις έρευνες του Zuckerman σε δείγμα 80 χρηστών, η αναζήτηση αίσθησης διαπλέκεται με την χρήση διεγερτικών ή παραισθησιογόνων ενώ έχει αρνητική σύνδεση με τη χρήση καταθλιπτικών ουσιών.

Κατά δεύτερο, και σύμφωνα με νεώτερα στοιχεία, το υποκείμενο που ταυτοποιείται ως *sensation seeker* τρέφει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις αλλαγές που προκαλούν τα ναρκωτικά στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά ενώ θεωρεί τις ποιότητες των ουσιών δευτερεύον στοιχείο. Οι τάσεις της σύγχρονης (δυτικής) κουλτούρας, τα λεγόμενα *lifestyles* ή *trends*, και η υφιστάμενη παράνομη αγορά ουσιών τείνουν προς την κατεύθυνση του *πολύ-καταναλωτή ουσιών* (poly-consumer) παρά επιτρέπουν στο υποκείμενο να επιλέξει μία συγκεκριμένη ουσία που θεωρεί ότι «του/της ταιριάζει». Πρόκειται δηλαδή περισσότερο για την περίπτωση όπου τα άτομα αναζητούν στις ουσίες την (όποια) αλλαγή της συναισθηματικής τους κατάστασης και όχι συγκεκριμένα ψυχοσωματικά αποτελέσματα

Ο ερευνητής **Luengo** πραγματοποίησε μία έρευνα επί δύο συναπτά έτη σε δείγμα 1.226 εφήβων, μεταξύ των οποίων 583 άτομα ήταν αρσενικού φύλου και 643 θηλυκού. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν γενικά ότι ο βαθμός σύνδεσης της χρήσης με την κλίμακα SSS διαφοροποιείται αναλόγως με τους παράγοντες της κλίμακας που μελετώνται και των ουσιών που λαμβάνονται υπόψη. Έτσι, η σχέση μεταξύ της αναζήτησης αίσθησης και της κατανάλωσης ουσιών εμφανίζεται γενικά εντονότερη στην περίπτωση των νομίμων ουσιών, όπως το αλκοόλ και η νικοτίνη. Η σύνδεση με την κάνναβη είναι ασθενέστερη και με τα υπόλοιπα ναρκωτικά αποδυναμώνεται εμφανώς. Μεταξύ των επιμέρους κλιμάκων, αυτή που συνδέεται περισσότερο με κάθε είδους χρήση και κυρίως με τις διεγερτικές ουσίες είναι η DIS (*Disinhibition*). Η σε σειρά δεύτερη κλίμακα είναι η ES (*Experience Seeking*), ενώ λιγότερο σημαντική είναι η TAS (*Thrill and Adventure Seeker*). Ο τρόπος που οι κατηγορίες της κλίμακας διαμορφώνονται σε ανασταλτικούς ή διευκολυντικούς παράγοντες για τη χρήση διαφέρει, μολαταύτα, από άτομο σε άτομο και, κυρίως, ανάμεσα στα δύο φύλα. Για το

δείγμα των ανδρών η σύνδεση μεταξύ της αναζήτησης αίσθησης και του αλκοόλ εμφανίστηκε επαυξημένη σε σχέση με το δείγμα των γυναικών. Αντίθετα, στο δείγμα των γυναικών η αντίστοιχη σύνδεση ήταν ισχυρότερη στην περίπτωση των ουσιών της νικοτίνης, της κάνναβης και κυρίως της κοκαΐνης. Εν συντόμω, σύμφωνα με τα ευρήματα, η επιμέρους κλίμακα DIS χαρακτηρίζει περισσότερο τις πρακτικές των ανδρών, ενώ στις γυναίκες απαντάται περισσότερο το μοτίβο της ES. Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα αφορά στη διαφοροποίηση του δείγματος σε μη χρήστες και σε χρήστες οι οποίοι, επιπροσθέτως, κατά τον δεύτερο χρόνο της διεξαγωγής της έρευνας αύξησαν τη χρήση της ουσίας ή των ουσιών. Η μέση αναζήτηση αίσθησης, λοιπόν, ήταν υψηλότερη στα άτομα που αύξησαν προοδευτικά τη χρήση. Μεταξύ των τελευταίων, τα υποκείμενα που στράφηκαν από το αλκοόλ στη μαριχουάνα είχαν το υψηλότερο σκορ στην κλίμακα. Όπως υποδεικνύουν τα αποτελέσματα, ενώ για το ξεκίνημα της χρήσης — δηλαδή η στροφή από τη μηδενική χρήση ουσιών στη χρήση νόμιμων ουσιών— αφορά περισσότερο στην κλίμακα DIS (*Disinhibition*), για τη μετάβαση στην κάνναβη ισχυροποιείται και η επίδοση στην κλίμακα ES (*Experience Seeking*).

Σε άλλη έρευνα, ο Zuckerman κατέληξε σε παρόμοια αλλά όχι απολύτως ταυτόσημα αποτελέσματα όταν εξέτασε τη σχέση μεταξύ της SSS και της χρήσης ναρκωτικών, του σεξ, του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ και καφεΐνης. Όπως καταδείχθηκε, στο δείγμα των ανδρών η χρήση ναρκωτικών αφορούσε σημαντικά σε όλες τις υπο-κλίμακες αναζήτησης αίσθησης και λιγότερο στην DIS (*Disinhibition*), ενώ για τις γυναίκες λειτουργούσαν ως διευκολυντικοί παράγοντες χρήσης όλες ανεξαιρέτως οι υπο-κλίμακες. Σε ότι αφορά και τα δύο φύλα, η εντονότερη διασύνδεση εμφανίστηκε με τους παράγοντες της κατηγορίας ES (*Experience Seeking*).

Μία ακόμη ενδιαφέρουσα έρευνα εστίασε στη σχέση των παραγόντων *sensation seeking* με τη σεξουαλική συμπεριφορά και τη χρήση ουσιών. Διαπιστώθηκε ότι οι εμπειρίες του δείγματος που αφορούσαν, από τη μία, στο σεξουαλικό επίπεδο και, από την άλλη, στο επίπεδο της χρήσης εμφάνιζαν στενή σύνδεση τόσο μεταξύ τους όσο και με την κλίμακα ES (*Experience Seeking*). Μία ιδιαιτερότητα που εντοπίστηκε ήταν ότι η κατανάλωση αλκοόλ συνδεόταν με τη λήψη άλλων ναρκωτικών και τη σεξουαλική εμπειρία μόνο στις γυναίκες. Επίσης, το εν λόγω δείγμα διαφοροποιούνταν εσωτερικά σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ: το ποσοστό των γυναικών που έδειχναν προτίμηση στο αλκοόλ ήταν αυτό που αντιστοιχούσε στην ομάδα των λιγότερο δραστήριων *sensation seekers*. Αντίθετα, οι γυναίκες με τις υψηλότερες επιδόσεις στην κλίμακα προτιμούσαν τις παράνομες ουσίες. Σύμφωνα με τους ερευνητές αυτό εξηγείται εν μέρει από το γεγονός ότι οι

sensation seekers γενικότερα προτιμούν τα διεγερτικά ναρκωτικά και αναζητούν εξορισμού καινούριες εμπειρίες.

Η μοναδική μελέτη που συνδέει ειδικά την κλίμακα SSS και το ναρκωτικό *ecstasy* πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία στα μέσα της δεκαετίας του '90, με πληθυσμό-δείγμα μία ομάδα 17 χρηστών της ουσίας, που εντάσσονταν στην υποκοουλτούρα "after-hours". Τα άτομα στο σύνολό τους χαρακτηρίζονταν από τις τυπολογίες της κλίμακας στην οποία το 82,4% είχε επιδόσεις υψηλότερες από αυτές του γενικού πληθυσμού. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η επιμέρους κλίμακα με την υψηλότερη συγκέντρωση ήταν η BS (*Boredom Susceptibility*). Ειδικότερα, όλες οι γυναίκες του δείγματος σκόραραν υψηλότερα από τον γενικό μέσο όρο στις κλίμακες DIS (*Disinhibition*) και BS, ενώ οι άνδρες στις ES (*Experience Seeking*) και BS.

Όπως προκύπτει και από τα παραπάνω, μία σημαντική διάσταση που αφορά στο πεδίο των ανασταλτικών και διευκολυντικών παραγόντων είναι οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων. Σύμφωνα με έρευνα του εθνικού οργανισμού **NHSDA** για την Ευρωπαϊκή Ένωση, ένα ποσοστό 8,5% των ανδρών και 4,5% των γυναικών, πάνω από 12 ετών, έχουν κάνει χρήση παράνομων ουσιών. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι και τα δύο φύλα είχαν τις ίδιες πιθανότητες έναρξης της χρήσης, παρότι οι ευκαιρίες πρόσβασης των ανδρών στην ουσία ήταν διπλάσιες έναντι των γυναικών. Τα στοιχεία αυτά είναι ενδιαφέροντα διότι εκφράζουν ακριβώς μία άλλη πραγματικότητα από αυτή των κέντρων αποκατάστασης: στα τελευταία οι άνδρες ασθενείς είναι τέσσερις έως έξι φορές περισσότεροι από τις γυναίκες, γεγονός που εύλογα εγείρει απορίες.

Μία πρόσφατη έρευνα του **Navarro κ.ά. (2000)** είχε ως αντικείμενο την τοξικοεξάρτηση στις γυναίκες στην Ισπανία. Ο ερευνητής διέκρινε τους διευκολυντικούς παράγοντες σε τέσσερις ομάδες, υποδεικνύοντας στη συνέχεια εκείνους τους παράγοντες που, κατά την άποψή του, θα μπορούσαν να προβλέψουν τη χρήση στο 78% των ενήλικων γυναικών και στο 81,6% των ανήλικων μαθητριών του δείγματος. Στην κατηγορία των οικογενειακών παραγόντων (*family factors*), σε κύριους διευκολυντικούς παράγοντες αναδείχθηκαν το ιστορικό των γονέων σε κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών και το στρες που προκαλούν οι αναπόφευκτες δουλειές του νοικοκυριού μετά από μία κουραστική μέρα εργασίας. Επίσης, σημαντικός ήταν και ο παράγοντας της μη ικανοποιητικής σχέσης με τον σύντροφο. Μεταξύ των προσωπικών παραγόντων (*personal factors*), διευκολυντική ήταν η αυξημένη πιθανότητα να βιώνονται αρνητικά συναισθήματα, όπως η αίσθηση της καταπίεσης και η συνεχής ένταση, ή η προσωπική απογοήτευση. Αναφορικά με τους κοινωνικούς παράγοντες, ξεχώρισαν δύο όψεις: από τη μία πλευρά, η χρήση ουσιών σε ενδο-

ομαδικό πλαίσιο και για λόγους διασκέδασης· από την άλλη, η έλλειψη κοινωνικοποίησης και αλληλεγγύης. Τέλος, στην κατηγορία των παραγόντων που εντάσσονται στην εργασιακή σφαίρα, κυριάρχησε η δυσφορία για την εργασία και η αίσθηση ανασφάλειας για το μέλλον, αλλά και το έντονο στρες και η κούραση, που παρατείνονται στο τέλος της ημέρας με το νοικοκυριό. Σύμφωνα με τα γενικά αποτελέσματα της έρευνας, η χρήση στις ανήλικες μαθήτριες μπορεί να διευκολυνθεί κυρίως εξαιτίας κοινωνικών παραγόντων, ενώ στις ενήλικες γυναίκες σημαντικότερο ρόλο διαδραματίζουν η οικογένεια και το προσωπικό/ψυχολογικό περιβάλλον.

Η σύνδεση του γυναικείου φύλου με συνήθειες τοξικοεξάρτησης υποστηρίζεται και ισχυροποιείται, επίσης, από το ενδεχόμενο εμπειριών θυματοποίησης. Σε αντίθεση με τις γυναίκες μη χρήστες, το ιστορικό των γυναικών χρηστών περιλαμβάνει συχνά περιπτώσεις σεξουαλικής εκμετάλλευσης, βιασμών και κακομεταχείρισης. Αλλά και σε σχέση με τους άνδρες χρήστες, η πιθανότητα εκκίνησης της χρήσης στις γυναίκες συνδέεται συχνότερα με καταστάσεις που προκαλούν άγχος. Σε μία πρόσφατη μελέτη της **NIDA**, οι γυναίκες οι οποίες καταναλώνουν συχνά ουσίες που προκαλούν εθισμό έχουν υπάρξει θύματα σωματικής ή σεξουαλικής κακομεταχείρισης σε ποσοστό 70%. Σε γενικές γραμμές, εμφανίζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση και νιώθουν συχνά ανίσχυρες να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις. Εάν, μάλιστα, πρόκειται για γυναίκες που ανήκουν σε κάποια εθνική μειονότητα, οι πολιτισμικοί και γλωσσικοί φραγμοί κάνουν τα πράγματα χειρότερα και δυσχεραίνουν την πρόγνωση της ανάπτυξης εθισμού.

Τέλος, ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη ή μη κάποιας εξάρτησης στις γυναίκες φαίνεται να είναι οι διαταραχές στη διατροφική συμπεριφορά. Αρκετοί μελετητές έχουν εντοπίσει αυτή τη σύνδεση, μεταξύ αυτών και η ομάδα του **Katzman** που στις αρχές του '90 πραγματοποίησαν αντίστοιχη έρευνα σε ένα κέντρο αποτοξίνωσης για χρήστες οπιούχων στη Νέα Υόρκη. Το ένα τέταρτο των γυναικών που είχαν νοσηλευθεί στο κέντρο υπέφερε από νευρική βουλιμία *πριν* από τη χρήση, η οποία, επιπλέον, είχε την τάση να επανεμφανίζεται κατά την περίοδο αποτοξίνωσης. Οι ερευνητές, σκιαγράφησαν μία διαδοχή βιωμάτων που αφορούσε τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών: οι γυναίκες αυτές ήταν κατά κανόνα πολύ ενεργητικές στην εφηβεία με σποραδικές εξάρσεις βουλιμικής συμπεριφοράς, κατόπιν έκαναν χρήση κάνναβης, έπαιρναν βάρος και βούλιαζαν σε μία περίοδο πλήρους αδράνειας. Από το σημείο αυτό, η συμπεριφορά τους επικεντρωνόταν στην απώλεια βάρους, συχνά μέσω της πρόκλησης εμετού και της κατάχρησης καθαρτικών. Εν συνεχεία, προχωρούσαν στη χρήση οπιούχων, αναπτύσσοντας γρήγορα έξη, μειώνοντας τελικά το βάρος τους και παράλληλα την ανησυχία τους γι' αυτό.

Σημαντικό πλαίσιο διαμόρφωσης ανασταλτικών ή διευκολυντικών παραγόντων συνιστά επίσης η οικογένεια, όπως είδαμε και πιο πάνω. Αφήσαμε τελευταία στην ανάλυσή μας την ειδικότερη πραγμάτευση των παραγόντων που αφορούν στην οικογένεια όχι διότι τους αποδίδουμε λιγότερη σημασία, αλλά ακριβώς επειδή τους θεωρούμε σχεδόν αυτονόητους. Σύμφωνα με τους **Merikangas** κ.ά. υφίστανται δύο είδη παραγόντων που επιδρούν θετικά ή αρνητικά στην ουσιοεξάρτηση των παιδιών σε μία οικογένεια, οι άμεσοι και οι έμμεσοι παράγοντες. Οι άμεσοι παράγοντες είναι οι εξής: έκθεση των παιδιών στη χρήση ουσιών, τυποποίηση (*modeling*) της χρήσης, γονική συγκατάθεση στη χρήση. Οι τρεις αυτές κατηγορίες σχετίζονται προφανώς με τη διαμόρφωση (και κανονικοποίηση/αποενοχοποίηση) αρνητικών προτύπων για τα παιδιά. Όσο για τους έμμεσους παράγοντες, αυτοί είναι πολυπληθέστεροι: αποδιαρθρωμένοι οικογενειακοί δεσμοί, διάσταση των γονέων, απουσία του ενός γονέα, έκθεση σε υψηλά επίπεδα έντονου και μακροπρόθεσμου στρες, οικογενειακές ψυχοπαθολογίες, γονεϊκή αδιαφορία, εκμετάλλευση σε ψυχοσωματικό ή σεξουαλικό επίπεδο και, τέλος, επιβολή στέρησης κοινωνικών συναναστροφών.

Τα πορίσματα άλλων ερευνών καταδεικνύουν ότι το ρόλο των αρνητικών προτύπων μπορεί να παίξουν, εκτός των γονέων, και τα αδέρφια μεγαλύτερης ηλικίας. Σύμφωνα με έρευνα των **Brooks** κ.ά., η χρήση ουσιών από μεγαλύτερα αδέρφια είχε πολύ πιο σημαντική διευκολυντική επίδραση από αυτή των γονέων. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές υπογράμμισαν επίσης τη σημασία των μη ικανοποιητικών επιδόσεων των γονέων και των συχνών συγκρουσιακών καταστάσεων εντός της οικογένειας.

Τέλος, όσον αφορά κατεξοχήν ανασταλτικούς/προστατευτικούς παράγοντες, αυτοί έχουν βρεθεί να είναι η στενή σχέση γονιών και παιδιού, η οποία στηρίζεται στην επίδειξη εμπιστοσύνης, ήπιων πρακτικών και ενδιαφέροντος από την πλευρά των γονέων.

Για την παράνομη χρήση ουσιών, υπάρχει μια σειρά κοινωνικών, ατομικών και περιβαλλοντικών ανασταλτικών παραγόντων που αυξάνουν συλλογικά τον κίνδυνο της έκφρασης προβληματικής συμπεριφοράς νεαρού ατόμου, συμπεριλαμβανομένης αυτής της χρήσης ναρκωτικών. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου έχουν προσδιοριστεί στην κοινότητα, στην οικογένεια, στα σχολεία και στα άτομα. Συγχρόνως, έχουν προσδιοριστεί ορισμένοι προστατευτικοί παράγοντες που ελαττώνουν τον κίνδυνο ή την πιθανότητα συμμετοχής σε προβληματική συμπεριφορά. Οι προστατευτικοί παράγοντες «εμβολιάζουν» ή προστατεύουν τα άτομα και μπορούν να ενισχύσουν την αποφασιστικότητά τους να απορρίψουν ή να αποφύγουν την επιλογή της

χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Επίσης υποστηρίζεται ότι μπορούν να εμποδίσουν τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και τις καταστάσεις που προωθούν την κατάχρηση ουσιών. Έχει περιγραφεί ότι οι προστατευτικοί παράγοντες αφορούν ορισμένα ατομικά χαρακτηριστικά όπως το γένος, την ανθεκτική ιδιοσυγκρασία, τον θετικό κοινωνικό προσανατολισμό, και τη νοημοσύνη. Το ενδιαφέρον για την ανάλυση της *προσωπικότητας* του χρήστη και την πιθανή ανίχνευση αιτιωδών σχέσεων μεταξύ ορισμένων τύπων προσωπικότητας και της χρήσης ουσιών είναι αρκετά παλιό και αμφιλεγόμενο. Μπορούμε άραγε να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα όταν πρόκειται για την πολυδιάστατη σύνθεση που συνιστά μία προσωπικότητα και που εκφράζεται μέσω δυνάμει απρόβλεπτων συμπεριφορών;

Σύμφωνα με τους Pons και Berjano (1997), αυτή η πρώτη επαφή προσιδιάζει περισσότερο στον τύπο της αποφασιστικής μεν αλλά ανώριμης συναισθηματικά προσωπικότητας, παρά σε μία συναισθηματικά ασταθή προσωπικότητα. Οι Calafat και Amengual (1991) είναι εν προκειμένω της άποψης ότι όσο λιγότερο οργανωμένη είναι μία προσωπικότητα τόσο πιο πολύ βαρύνει η επίδραση των ναρκωτικών σε βιολογικό και ψυχολογικό επίπεδο. Τα ευρήματα των Nesse και Berridge (1997) υποστηρίζουν επίσης ότι οι συναισθηματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία επενεργούν σε σημαντικό βαθμό στη μετέπειτα ροπή προς τη χρήση ουσιών, όπως φανερώνει η συχνή συμπαρουσία του εθισμού με το σύνδρομο μετατραυματικού στρες. Μία προσέγγιση που αφορά ακριβώς στην αλληλεπίδραση των προσωπικών κινήτρων με την διευκόλυνση ή την αναστολή της χρήσης ουσιών είναι αυτή που προσφέρει η κλίμακα *Sensation Seeking Scale* (στο εξής, SSS). Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε από τον Zuckerman για να ποσοτικοποιήσει ακριβώς την έννοια του *βέλτιστου επιπέδου διέγερσης* (optimum stimulation level) των Hebb και Thomson. Επίσης, ο Jaffe (1987) θεωρεί ότι η SSS είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος πρόβλεψης σε σχέση με άλλες μεταβλητές της προσωπικότητας ή άλλες κλίμακες. Αλλά και κατά την άποψη του Teichmann (1989), ο βαθμός αναζήτησης εμπειριών που προκαλούν αίσθηση προβλέπει με μεγαλύτερη επιτυχία την ενδεχόμενη χρήση έναντι προβλέψεων που βασίζονται σε ιστορικά κατάθλιψης ή άγχους. Ο ερευνητής συμπληρώνει ακόμη ότι ένα σημαντικό πλεονέκτημα της SSS είναι ότι δύναται να ταυτοποιήσει μεγαλύτερη γκάμα χρηστών, μεταξύ άλλων τους *εγκρατείς* ή τους *πειραματιστές*. Υπάρχουν δύο τρόποι να αναδειχθεί η σχέση της SSS με την τοξικοεξάρτηση. Καταρχήν, όπως προέκυψε σε μία από τις έρευνες του Zuckerman σε δείγμα

80 χρηστών, η αναζήτηση αίσθησης διαπλέκεται με την χρήση διεγερτικών ή παραισθησιογόνων ενώ έχει αρνητική σύνδεση με τη χρήση καταθλιπτικών ουσιών. Κατά δεύτερο, και σύμφωνα με νεότερα στοιχεία, το υποκείμενο που ταυτοποιείται ως *sensation seeker* τρέφει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις αλλαγές που προκαλούν τα ναρκωτικά στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά ενώ θεωρεί τις ποιότητες των ουσιών δευτερεύον στοιχείο. Η σύνδεση του γυναικείου φύλου με συνήθειες τοξικοεξάρτησης υποστηρίζεται και ισχυροποιείται, επίσης, από το ενδεχόμενο εμπειριών θυματοποίησης. Σε αντίθεση με τις γυναίκες μη χρήστες, το ιστορικό των γυναικών χρηστών περιλαμβάνει συχνά περιπτώσεις σεξουαλικής εκμετάλλευσης, βιασμών και κακομεταχείρισης. Αλλά και σε σχέση με τους άνδρες χρήστες, η πιθανότητα εκκίνησης της χρήσης στις γυναίκες συνδέεται συχνότερα με καταστάσεις που προκαλούν άγχος. Τέλος, όσον αφορά κατεξοχήν ανασταλτικούς/προστατευτικούς παράγοντες, αυτοί έχουν βρεθεί να είναι η στενή σχέση γονιών και παιδιού, η οποία στηρίζεται στην επίδειξη εμπιστοσύνης, ήπιων πρακτικών και ενδιαφέροντος από την πλευρά των γονέων.

Ανασταλτικοί και Διευκολυντικοί Παράγοντες στη χρήση ουσιών–

Έρευνες Μέρος Δεύτερο

Η χρήση τοξικών ουσιών είναι ένα συχνό φαινόμενο στην Αμερική και εμφανίζεται τόσο στις πόλεις όσο και στην ύπαιθρο. Τα αίτια και οι παράγοντες που οδηγούν, κυρίως τους νέους, σε μια τέτοια συμπεριφορά είναι διαφορετικοί και μπορεί να οφείλονται άλλοτε στις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν σε καθένα από τα παραπάνω μέρη, άλλοτε στο κοινωνικό status των κατοίκων τους και άλλοτε σε γενικότερους παράγοντες, όπως είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους και ο τρόπος ανατροφής τους. Αυτά ήταν μερικά από τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε **μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νέους σε 9 επαρχιακές πόλεις των ΗΠΑ**, με πληθυσμό γύρω στους 100.000 κατοίκους).

Συγκεκριμένα, οι ερευνητές βασίστηκαν σε ένα ερωτηματολόγιο που κατασκεύασαν προκειμένου για την συλλογή όσο το δυνατόν πιο έγκυρων και αξιόπιστων αποτελεσμάτων. Το προαναφερθέν αποτελούνταν από μικρές κλίμακες (συνήθως τύπου Likert), οι οποίες, όμως, μετρούσαν ένα μεγάλο εύρος χαρακτηριστικών που συνδέονταν με την χρήση τοξικών ουσιών από έφηβους. Η μέθοδος που εφαρμόστηκε ήταν η ακόλουθη:

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στα σχολεία και οι οδηγίες τους τόνιζαν όχι μόνο την μη υποχρεωτική συμπλήρωσή τους αλλά και το δικαίωμα

των συμμετεχόντων ως προς την διατήρηση της ανωνυμίας τους. Παρά τον μη υποχρεωτικό χαρακτήρα της έρευνας το ποσοστό των νέων που συμμετείχαν σε αυτήν ξεπέρασε το 98,4%. Η παρούσα έρευνα αποτελούνταν από 40 κουτάκια που καλούνταν να τσεκάρουν οι συμμετέχοντες, προκειμένου όχι μόνο για την έκφραση των απόψεων τους αλλά και για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των απαντήσεών τους μέσω ορισμένων ερωτήσεων ελέγχου. Έτσι, όπου οι ερωτήσεις ελέγχου έδειχναν μη συνέπεια στις απαντήσεις των εφήβων, τα ερωτηματολόγια απορρίπτονταν.

Η ανάλυση, δε, των ερωτηματολογίων έδειξε τρεις κατηγορίες νέων ως προς την σχέση τους με τα ναρκωτικά. Η πρώτη αφορούσε αυτούς που είχαν μια στενή σχέση με τις τοξικές ουσίες. Με άλλα λόγια, ήταν έφηβοι οι οποίοι είχαν κάνει χρήση πολλών και διαφορετικών ειδών ή έκαναν χρήση μιας μορφής τοξικής ουσίας πολλές φορές μέσα στην διάρκεια μιας εβδομάδας σε συνδυασμό με αλκοόλ. Η δεύτερη περιλάμβανε αυτούς τους νέους οι οποίοι είχαν μια πιο χαλαρή σχέση με τις τοξικές ουσίες ή το αλκοόλ, δηλαδή, έκαναν χρήση αυτών ή έπιναν μια φορά τον μήνα ή και περισσότερες φορές, αλλά όχι καθημερινά (όπως συνέβαινε με την πρώτη κατηγορία εφήβων). Τέλος, η τρίτη σχετιζόταν με εφήβους οι οποίοι δεν είχαν οποιαδήποτε ανάμιξη με τοξικές ουσίες ή με αλκοόλ, τουλάχιστον 30 μέρες πριν την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας. Αυτό, βέβαια, δεν αποκλείει την πιθανότητα να είχαν κάποτε «πειραματιστεί» με τις προαναφερθείσες ουσίες.

Να σημειωθεί, εδώ, ότι στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η θεωρία “Peer Cluster” των Oetting & Beauvais προκειμένου για την ερμηνεία της ισχυρής σχέσης μεταξύ της χρήσης τοξικών ουσιών και του βαθμού ανάμιξης των νέων με αυτές, από όπου προέκυψαν και οι 3 παραπάνω κατηγορίες. Η θεωρία αυτή, όπως φαίνεται και από το όνομά της βασίζεται στην «ομαδοποίηση συνομιλήκων», δηλαδή στους φίλους, στα ζευγάρια, στις ομάδες των εφήβων που συνδέονται μεταξύ τους εξαιτίας κάποιων κοινών εμπειριών τους ή λόγων κοινών νορμών και αντιλήψεων τους.⁵² Επιπλέον, η προαναφερθείσα εξετάζει την βαρύτητα τόσο των ψυχολογικών όσο και των κοινωνικών παραγόντων που **ωθούν ή αποτρέπουν** από την χρήση τοξικών ουσιών, ένα στοιχείο στο οποίο εστίασαν πολλές κοινωνιολογικές έρευνες, τα συμπεράσματα των οποίων εξετάζονται παρακάτω.

1. Έτσι, **η οικογένεια και το σχολείο** που αποτελούν τους πρώτους φορείς κοινωνικοποίησης του ατόμου, φαίνεται, κατά τους **Carlini το 1988, DeBarona & Simpson το 1984, Kauffman το 1973 και Oetting το 1988**, να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την στάση και την

συμπεριφορά των νέων και να επιδρούν σημαντικά στην πιθανότητα ανάμειξής τους με τοξικές ουσίες. Από έρευνες, δε, που πραγματοποίησαν σε **εφήβους ηλικίας 14-17 ετών** διαπίστωσαν ότι οι περισσότεροι από αυτούς (**ποσοστό 50%-60%**) που κατέφευγαν στα ναρκωτικά προέρχονταν από **«διαλυμένες» οικογένειες** (οικογένειες όπου κάποιος από τους γονείς ήταν απών ή οικογένειες στις οποίες υπήρχε αδιαφορία ως προς την ανατροφή των παιδιών) ή από οικογένειες στις οποίες οι γονείς ήταν πολύ αγχωμένοι και απόμακροι.⁵³ Αντίθετα, ο διάλογος και η δυνατότητα επικοινωνίας των νέων με τους γονείς τους παρουσιάζεται να **αποτρέπει** σημαντικά τους πρώτους **από την χρήση ναρκωτικών ουσιών** και να εξασφαλίζει την πιθανότητα διαβίωσης μιας υγιούς και ισορροπημένης ζωής. Μάλιστα, όσο περισσότερο η οικογένεια διαπαιδαγωγεί τους νέους και τους μιλάει ανοικτά για τους κινδύνους χρήσης των τοξικών ουσιών, τόσο μεγαλώνουν και οι πιθανότητες στο μέλλον οι πρώτοι να μην καταφύγουν σε μια τέτοια «επικίνδυνη» για την ζωή τους συμπεριφορά. Έτσι σε μια έρευνα που έγινε σε **228 μαθητές της τελευταίας τάξης του γυμνασίου φάνηκε πόσο σημαντική είναι η επιρροή της οικογένειας στα παιδιά. Στην έρευνα αυτή η πρώτη υπόθεση που έκαναν οι ερευνητές ήταν ότι τα ποσοστά εκδήλωσης μιας παραβατικής συμπεριφοράς, επιθετικότητας και χρήσης τοξικών ουσιών θα ήταν υψηλότερα στην ομάδα των νέων “υψηλής επικινδυνότητας”, δηλαδή των εφήβων εκείνων που προέρχονταν από μονογονεϊκές οικογένειες. Τα ποσοστά των νέων που έλαβαν μέρος σε αυτήν την έρευνα ήταν 88% έγχρωμοι, 2% ισπανόφωνοι, 2 % Ασιάτες, 1% λευκοί και 7% από άλλες εθνικότητες. Πάνω, δε, από το 57%, δηλαδή περισσότεροι από τους μισούς ζούσαν και με τους δυο τους γονείς, το 43% από αυτούς προέρχονταν από μονογονεϊκές οικογένειες ή από οικογένειες με “χαλαρές δομές” και ελλιπή πρότυπα συμπεριφοράς. Ακόμη, το ετήσιο εισόδημα για περισσότερα από τα 2/3 των οικογενειών που έλαβαν μέρος στην έρευνα αυτή δεν ξεπερνούσε τις 30.000 \$, ιδιαίτερα χαμηλό σε σχέση με τα δεδομένα της αμερικανικής κοινωνίας. Επιπλέον, η μέθοδος που**

⁵² Oetting, E. R., Edwards, R. W., Kelly, K. & Beauvais, F. “Risk and Protective Factors for Drug Use Among Rural American Youth”, NIDA, U.S. Department of Health and Human Services.

χρησιμοποιήθηκε ήταν η συμπλήρωση ερωτηματολογίων, οι απαντήσεις των οποίων στηρίζονταν σε μια 9βάθμια κλίμακα τύπου Likert. Συγκεκριμένα τα βασικά συμπεράσματα που ανέκυψαν από αυτήν ήταν ότι τα αγόρια και κυρίως αυτά που προέρχονταν από μονογονεϊκές οικογένειες παρουσίαζαν πιο έντονες παραβατικές συμπεριφορές και έκαναν πιο συχνά χρήση τοξικών ουσιών αλλά και αλκοόλ. Αντίθετα όσα από τα παιδιά έτρωγαν μαζί με τους γονείς τους στο σπίτι και περνούσαν αρκετές ώρες υπό την επίβλεψή τους, εμφάνιζαν λιγότερο παρεκκλίνουσες συμπεριφορές και είχαν πιο υγιή πρότυπα συμπεριφοράς.⁵⁴ Αντίστροφα, όσο πιο δύσκολη και αργή είναι η διαδικασία προσαρμογής του νεαρού ατόμου στο σχολείο, στις υποχρεώσεις αλλά και στους άτυπους κανόνες συμπεριφοράς που αυτό θέτει, τόσο πιο εύκολη είναι και η «μετάβαση» ενός εφήβου στα ναρκωτικά, σύμφωνα με έρευνες του Nylander το 1962. Ο, δε, Gottfredson το 1981 διαπίστωσε ότι η αποτυχία των εφήβων στο σχολείο μπορεί να λειτουργήσει ενθαρρυντικά στην χρήση ναρκωτικών ουσιών από αυτούς. Αλλά και ο Brook και οι συνεργάτες του το 1990 κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα σε ότι αφορά την μεταβλητή της οικογένειας σε έρευνες που πραγματοποίησαν σε νέους ηλικίας 14-17 ετών σε αρκετές αμερικανικές πολιτείες. Συγκεκριμένα διαπίστωσαν ότι η ανάπτυξη στρατηγικών που βασίζονται στην καλλιέργεια επικοινωνίας μεταξύ γονέα και παιδιού και στον έλεγχο και την ισορροπία της μεταξύ τους σχέσης είναι βασικά στοιχεία για την αποφυγή χρήσης τοξικών ουσιών από νέους.⁵⁵ Με άλλα λόγια, επιβεβαίωσαν τις απόψεις των Baumrind, Penning & Barnes και Robins οι οποίοι, ήδη, από το 1980-1983 είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει συσχετισμός ανάμεσα στους «χαλαρούς οικογενειακούς δεσμούς» και στην χρήση τοξικών

⁵³ McDonald Lynn (2002) "Risk and Protective Factors for Drug Abuse Prevention Addresses in FAST", NIDA, U.S. Department of Health and Human Services.

⁵⁴ Kenneth W. Griffin, Gilbert J. Bptvin, Lawrence M. Scheier, Tracy Diaz & Nicole L. Miller (2000) "Parenting Practices as Predictors of Substance Use, Delinquency and Aggression Among Urban Minority Youth: Moderating Effects of Family Structure and Gender", Psychology of Addictive Behaviours, Vol. 14, No. 2, pages 174-184.

⁵⁵ Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M. & Cohen, P. (1990) "The psychological etiology of adolescent drug use: A family interactional approach". Genet Soc Psycho. Monogram. 116(2): 11-267.

ουσιών από τους νέους.⁵⁶ Στην προηγούμενη κατηγορία προβληματικών οικογενειών ανήκουν και εκείνες στις οποίες υφίσταται έντονο το φαινόμενο της βίας. Έρευνες των Oetting, Edwards και Beauvais το 1989 απέδειξαν ότι η ενδοοικογενειακή βία είναι ένας πολύ βασικός παράγοντας που μπορεί να ωθήσει τους νέους στην χρήση τοξικών ουσιών, μιας και αυτά αποτελούν μια έξοδο διαφυγής από τα προβλήματά τους. Με άλλα λόγια, τους δίνουν την ψευδαίσθηση της αλλαγής και της απελευθέρωσης από τα δεσμά ενός «προβληματικού περιβάλλοντος»⁵⁷. Η αντίληψη αυτή είναι κοινή, δε, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, σύμφωνα με έρευνα των Miller, Downs, Gondoli και Kelly το 1987.⁵⁸

2. Άλλος ένας παράγοντας που μπορεί, είτε να αποτρέψει, είτε να διευκολύνει τους νέους στην χρήση ναρκωτικών είναι οι συνθήκες διαβίωσής τους σύμφωνα με έρευνα του Cressey το 1970. Οι προαναφερθείσες μπορεί να σχετίζονται με την φτώχεια, την ύπαρξη της κακόφημης γειτονιάς καθώς και με την έλλειψη ενημέρωσης αναφορικά με τους κινδύνους που ελλοχεύουν σε μια δύσκολη ηλικία, όπως είναι αυτή της εφηβείας. Αν και κανείς θα μπορούσε να θεωρήσει ότι αυτοί είναι έμμεσοι παράγοντες, εντούτοις, δεν παύουν να επιδρούν σημαντικά στην διαμόρφωση της προσωπικότητας και της ισορροπίας στην ζωή των νέων. Δεν είναι, εξάλλου, λίγες οι έρευνες αυτές που έχουν υποστηρίξει μια τέτοιου είδους σύνδεση, θεωρώντας ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μπορεί να προκαλέσει κοινωνικό αποκλεισμό και συνακόλουθο ανάπτυξη αποκκλινουσών αλλά και παραβατικών συμπεριφορών.⁵⁹ Εδώ ανήκει και μια μεγάλη έρευνα που διεξήχθη το 2005 από το Ινστιτούτο Υγείας της Αγγλίας, όπως αυτή παρουσιάζεται από τους ερευνητές Cynthia Manson-Siddle και Shola Bolaji. Η αρχική έρευνα διεξήχθη το 2003 και είχε ως στόχο να εξετάσει τις απόψεις των χρηστών τοξικών ουσιών, των εμπόρων καθώς και των διάφορων κοινωνικών ομάδων σε σχέση με τις κοινωνικές τους ανάγκες αλλά

⁵⁶ Hawkins, David J., Catalano, Richard E. & Miller, Janet Y. (1992) "Risk and Protective Factors for Alcohol and other Drug in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention", Psychological Bulletin, Vol. 112, No. 1, pp. 64-105.

⁵⁷ Oetting, E. R., Edwards, R. W., & Beauvais, F. "Risk and Protective Factors for Drug Use Among Rural American Youth", NIDA, U.S. Department of Health and Human Services.

⁵⁸ Miller, B.A., Downs, W.R., Gondoli, D.M. & Kelly, A. (1987) "The role of childhood sexual abuse in the development of alcoholism in women". Violence and Victims, 2, pp. 157-172.

και τον ρόλο που διαδραματίζει η διαβίωση μιας υγιούς ζωής στον τόπο τους. Πολλές από τις ποιοτικές πληροφορίες που συλλέχθηκαν προήλθαν από την διεξαγωγή ημιδομημένων συνεντεύξεων, δηλαδή συνεντεύξεων που περιείχαν ανοικτές αλλά και κλειστές ερωτήσεις, η διάρκεια των οποίων ήταν από 60'-90'. Από την έρευνα αυτή προέκυψε ένα εύρος θεμάτων προς συζήτηση, τα οποία φαίνονται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την χρήση τοξικών ουσιών, κυρίως από νέους διαφόρων επαρχιακών πόλεων. **Το δείγμα που εξετάστηκε αποτελούνταν από έγχρωμους και από μειοψηφικές εθνικές ομάδες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, ηλικίας 17-37 ετών από αγγλικές επαρχιακές πόλεις. Ο στόχος της έρευνας ήταν να προσεγγίσει τις ομάδες των χρηστών τοξικών ουσιών που σε άλλη περίπτωση θα ήταν δύσκολο να μελετήσει αλλά και να διερευνήσει τις αντιλήψεις τους περί υγείας και κοινωνικών συνθηκών. Για την επίτευξη αυτού του στόχου διαμορφώθηκαν 4 ομάδες των 6-8 ατόμων, ώστε η κάθε κατηγορία προς μελέτη να αποτελείται από 24-32 άτομα. Οι κατηγορίες αυτές προσανατολίζονταν προς την μελέτη ζητημάτων στέγης, σεξουαλικότητας, εντοπιότητας αλλά και εθνικότητας. Τα αποτελέσματα σε κάθε μία από τις προαναφερθείσες κατηγορίες έδειξαν τα ακόλουθα: 1) ως προς το θέμα της οικίας φάνηκε ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων αυτών που δεν είχαν μια σταθερή στέγη αλλά που σε κάποιες περιόδους της ζωής τους ζούσαν σε φίλους τους, σε συγγενείς ή σε γνωστούς τους είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να στραφούν στην χρήση τοξικών ουσιών. 2) Ως προς το ζήτημα της σεξουαλικότητας αποδείχθηκε ότι όσα άτομα στρέφονται προς την πορνεία έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να κάνουν χρήση τοξικών ουσιών αλλά και να διευκολύνουν το εμπόριο ναρκωτικών. Τρομακτική είναι η εκτίμηση στην οποία καταλήγουν γνωστοί ερευνητές⁶⁰ σύμφωνα με την οποία κοντά στους 80.000 ανθρώπους είναι πιθανόν να εμπλέκονται σε πορνεία στην Αγγλία ότι το 80%-95% από αυτούς κάνουν χρήση ή διευκολύνουν με κάποιο τρόπο το εμπόριό τους. Ακόμα, πιο συνταρακτικό είναι το ποσοστό που αναφέρεται από άλλους**

⁵⁹ Dr. Patrick Mc Crystal (2003) "Social Exclusion: A holistic approach to understanding adolescent drug use", Radical Statistics, Issue 85, Queen's University Belfast, UK.

Βρετανούς ερευνητές σύμφωνα με το οποίο από τις 97 γυναίκες που εκδίδονται οι 64 έχουν έστω μια φορά δοκιμάσει ναρκωτικά, ενώ οι 58 κάνουν συστηματική χρήση.⁶¹ 3) Ως προς το ζήτημα της εντοπιότητας φάνηκε ότι όσοι κατοικούν στην επαρχία αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα φτώχειας και αναγκάζονται συχνά να κάνουν 2 ή και 3 δουλειές (με ημιαπασχόληση) προκειμένου να εξασφαλίσουν τα προς το ζην. Διαπιστώθηκε, δε, από έρευνες ότι ο αριθμός των χρηστών στις επαρχίες είναι σχεδόν διπλάσιος από εκείνον στις πόλεις.⁶² 4) Τέλος, ως προς το θέμα της εθνικότητας έρευνες έδειξαν ότι οι έγχρωμοι και οι μειονοτικές ομάδες έχουν συνήθως κοινή ιστορία, χαρακτηριστικά, γλώσσα, θρησκεία, κοινωνικές αλλά και οικογενειακές αξίες και ότι λόγω δύσκολων συνθηκών διαβίωσης στρέφονται ευκολότερα στην χρήση τοξικών ουσιών, προσπαθώντας έτσι, είτε να ανελιχθούν κοινωνικά, είτε να ξεχάσουν την δυσάρεστη κατάσταση στην οποία βρίσκονται.⁶³

3. Η θρησκεία, επίσης, φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της προσωπικότητας ενός νεαρού ατόμου και κατ' επέκταση στην εμπλοκή του με τις τοξικές ουσίες. Εξάλλου, οι **Oetting & Beauvieux** δεν παύουν να τονίζουν ότι και η θρησκεία αποτελεί έναν από τους πρώτους φορείς κοινωνικοποίησης του ατόμου, μαζί με το σχολείο και την οικογένεια, αφού και εκείνη **συμβάλλει στην ομαλή προσαρμογή του ατόμου στην γειτονιά, στο σχολείο και στην οικογένεια αυξάνοντας τους δεσμούς του με τους συνομιλήκους αλλά και με τους μεγαλύτερους του.**
4. Άλλος ένας παράγοντας που μπορεί να αποτρέψει ή να διευκολύνει έναν έφηβο να στραφεί προς τα ναρκωτικά είναι η γειτονιά, η οποία έμμεσα αναφέρθηκε σε όλα τα παραπάνω σημεία. Εδώ η συμβολή του **Sutherland** είναι καθοριστική. Σύμφωνα με την **θεωρία του περί κοινωνικού συγχρωτισμού**, οι νέοι μπορεί να αναπτύξουν μια αποκλίνουσα συμπεριφορά λόγω της επαφής τους με άλλους

⁶⁰ Jean N. & Salisbury C. (2004) "A health needs assessment of street-based prostitutes: a cross-sectional survey". Journal of Public Health, 26(2), pp. 147-151.

⁶¹ May T., Edmunds, M. & Hough, M. (1999) "Street Business: The link between sex and drug markets". Police Research Series, Paper 118.

⁶² Henderson, S. (2005) "Drugs Prevention in Rural Areas: An evaluation Report. Final Report of the Home Office Drugs Prevention Initiative". Journal of Public Health, 35(1), pp. 37-60.

συνομιλήκους τους. Είναι, εξάλλου, ευρέως γνωστό στον χώρο των κοινωνικών επιστημών **το εύρημα του Becker, ο οποίος ήδη από το 1953** είχε ανακαλύψει από έρευνα ότι οι νέοι που έκαναν χρήση μαριχουάνας είχαν φίλους που είχαν τις ίδιες συνήθειες. **Τα επόμενα 40 χρόνια στον τομέα των κοινωνικών ερευνών ήταν καθοριστικά προκειμένου για την παγίωση της αντίληψης ότι οι συνομήλικοι αποτελούν έναν από τους πιο σημαντικούς, ίσως, διευκολυντικούς παράγοντες στην χρήση τοξικών ουσιών.** Η έννοια, δε, της παρέας μελετήθηκε και από τους Dinges και Oetting το 1993. Οι προηγούμενοι διαπίστωσαν ότι το 90% περίπου των νέων που έκαναν χρήση τοξικών ουσιών είχαν φίλους που λειτουργούσαν κατά ανάλογο τρόπο (κάτι το οποίο είχε παρατηρήσει όπως αναφέρθηκε και παραπάνω από τον Sutherland). Να σημειωθεί, εδώ, το γεγονός ότι σε έρευνα των Kandel το 1978 και Milles & Noyes το 1984, κανένα από τα «εθισμένα» αυτά παιδιά δεν παραδεχόταν την επιρροή των φίλων στην ζωή τους, αλλά αντίθετα υποστήριζαν ότι οτιδήποτε και αν έκαναν ήταν ζήτημα προσωπικής επιλογής.

5. Επίσης, η εκπαίδευση και γενικότερα η παιδεία ενός ατόμου **μπορεί να αποτρέψει σημαντικά τους νέους από την χρήση τοξικών ουσιών** αλλά και από την εκδήλωση κάθε είδους “επικίνδυνων συμπεριφορών” που τους στιγματίζει για το υπόλοιπο της ζωής τους. Έτσι, από έρευνες που πραγματοποίησαν οι Joung και Buchanan το 2000 διαπίστωσαν ότι το 47% από τους εφήβους που έκαναν χρήση, είχαν διακόψει τις σπουδές τους από την ηλικία των 15 χρόνων και ταυτόχρονα είχαν εμπλακεί με συμμορίες ανηλίκων. Ήταν, με άλλα λόγια, αποκλεισμένοι από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο, είχαν έναν δικό τους κώδικα επικοινωνίας και τρόπο συμπεριφοράς. Διαπίστωσαν, ακόμη, ότι ο κοινωνικός τους αποκλεισμός προηγούνταν χρονικά της χρήσης τοξικών ουσιών και ότι η πλειοψηφία τους (78%) ήταν άνεργοι για περισσότερα από 5 χρόνια, ενώ λίγοι από αυτούς (περίπου το 14%) δεν είχε

⁶³ Lloyd C. (1998) “Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups”. Drugs: Education, Prevention and Policy, 5(3), pp. 217-231.

δουλέψει ποτέ ξανά στο παρελθόν και ότι συντηρούνταν από μικροκλοπές και βανδαλισμούς.⁶⁴

6. Επιπλέον, ένας «επικίνδυνος» και ταυτόχρονα **διευκολυντικός παράγοντας** που ωθεί τους νέους να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι **η στροφή τους προς άλλες «λιγότερο επικίνδυνες» συμπεριφορές αλλά και συνήθειες**, όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ και η χρήση ελαφριών τοξικών ουσιών, όπως είναι η μαριχουάνα. Αυτό διαπίστωσαν από **έρευνα την οποία πραγματοποίησαν οι Dupont το 1984, ο O'Donnell και ο Clayton το 1982.**
7. Ακόμη, **η ύπαρξη και κατοχή ενός μεταφορικού μέσου** από κάποιον έφηβο θεωρείται **κατά τον Edwards ένας διευκολυντικός παράγοντας** για την ανάπτυξη μιας αποκλίνουσας συμπεριφοράς, όπως είναι αυτή της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. **Σε έρευνα**, δε, που πραγματοποίησε **το 1995** κατέληξε στο συμπέρασμα ότι περισσότερο από το 40% των εφήβων διαφόρων επαρχιακών πόλεων πίνει αλκοόλ όταν οδηγεί, κάτι το οποίο οφείλεται, εν μέρει και στον περιορισμένο έλεγχο των μη κεντρικών οδών.
8. Αντίθετα, **ένας αποτρεπτικός παράγοντας στην χρήση τοξικών ουσιών μπορεί να θεωρηθεί η ηλικία.** Σε έρευνα που πραγματοποίησαν **ο Chavez το 1989 και οι Fagan & Pabon το 1990** διαπίστωσαν ότι οι διαφορές στην σχολική προσαρμογή ανάμεσα σε χρήστες αλλά και σε μη τοξικών ουσιών είναι πολύ μικρότερες καθώς οι έφηβοι μεγαλώνουν ηλικιακά και διαμορφώνουν τον δικό τους χαρακτήρα.
9. Ένας, ακόμη, **αποτρεπτικός παράγοντας** μπορεί να θεωρηθεί **η συνεχής παρακολούθηση των εφήβων** καθόλη την διάρκεια της ημέρας (πέραν των ωρών διδασκαλίας) μέσα από **ειδικά διαμορφωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα.** Έρευνες που έγιναν απέδειξαν ότι όσο περισσότερο οι μαθητές συμμετέχουν σε εξωσχολικές και δημιουργικές δραστηριότητες, όπως είναι σε θεατρικές παραστάσεις αλλά και σε αθλητικές διοργανώσεις, όπου υφίσταται τόσο επίβλεψη όσο και καθοδήγηση, τόσο περισσότερο

⁶⁴ Buchanan, J. & Joung, L. (2000a), "Examining the relationship between material conditions, long-term problematic drug misuse and social exclusion: A new strategy for social inclusion". In EMCDDA Scientific Monograph Series No.4. Understanding and responding to drug use: the relevance of qualitative research. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities (Chapter 7).

ελαχιστοποιούν τις πιθανότητες να καταφύγουν σε «επικίνδυνες συνήθειες», όπως είναι ο «πειραματισμός» τους με τις τοξικές ουσίες.

10. Επίσης, **η ύπαρξη υψηλών προσδοκιών από τους γονείς, το σχολείο και το κοινωνικό περιβάλλον** μπορεί να λειτουργήσει διευκολυντικά στην «στροφή» των νέων προς τα ναρκωτικά. Σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξε **ο Mills το 1990 από έρευνες που πραγματοποίησε σε σχολεία της Νότιας Καλιφόρνια**. Συγκεκριμένα υποστήριξε ότι οι οικογένειες που πιέζουν ψυχολογικά τα παιδιά τους να πετύχουν τους δικούς τους ουσιαστικά στόχους τα ωθούν στο να δυσκολεύονται να ξεπεράσουν τυχόν αποτυχίες τους και να στραφούν σε εκείνους για κάθε είδους υποστήριξη. Απόρροια αυτού είναι να απομονώνονται και να στρέφονται σε «άλλους» προκειμένου να ξεπεράσουν τους φόβους τους και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους.⁶⁵
11. Επιπλέον, **η διαθεσιμότητα των τοξικών ουσιών μπορεί να ενισχύσει την χρήση τους από τους νέους**. Βέβαια, το προηγούμενο είναι συνάρτηση του **νομικού πλαισίου** που επικρατεί σε κάθε χώρα, δηλαδή του κατά πόσο νομιμοποιημένα είναι κάποια ναρκωτικά σε αυτές. Αυτό ήταν ένα βασικό συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι **Maddahian, Newcomb και Bentler το 1988 σε νέους ηλικίας 14-17 ετών, μη λαμβάνοντας, όμως υπόψη ένα βασικό στοιχείο, την προσωπικότητα των ατόμων (στοιχείο που παρατίθενται παρακάτω)**.
12. Εξίσου **σημαντικός παράγοντας στην προτροπή ή αποτροπή των νέων** -ανάλογα με τον τρόπο που λειτουργεί σε κάθε περίπτωση- **ως προς την χρήση τοξικών ουσιών είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους**. Ο **Hawkins και οι συνεργάτες του** κάνοντας το **1986** μια **ανασκόπηση** όλων των μέχρι τότε καταγεγραμμένων **ερευνών** διαπίστωσαν ότι **οι νέοι εκείνοι που εμφάνιζαν διάφορες μορφές προβληματικής συμπεριφοράς, όπως αντικοινωνική συμπεριφορά, επιθετικότητα, ανικανότητα ελέγχου των συναισθημάτων τους, αρνητική διάθεση αλλά και ποικίλες ψυχικές διαταραχές, είχαν με κάποιο τρόπο εμπλακεί με τα ναρκωτικά** και τους ήταν πιο δύσκολο να φτιάξουν υγιείς σχέσεις με την οικογένεια αλλά και με άλλους ανθρώπους του συγγενικού και

σχολικού τους περιβάλλοντος. Σε αυτήν την κατηγορία μπορούν να τοποθετηθούν και οι έρευνες του Swaim το 1989 σύμφωνα με τις οποίες τα νεαρά εκείνα άτομα που είχαν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, είχαν περισσότερες πιθανότητες να «αντισταθούν» στις αποκλίνουσες συνήθειες από ότι ορισμένοι άλλοι συνομήλικοί τους που είχαν λιγότερη πίστη στον εαυτό τους. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και ο Zuckerman, ο οποίος το 1994 μελέτησε μια ομάδα παιδιών ως προς την διάσταση της αναζήτησης του κινδύνου στην ζωή τους. Συγκεκριμένα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι έφηβοι επιδιώκουν την δράση και επιθυμούν να ξεφύγουν από την ρουτίνα της καθημερινότητας, αναζητώντας νέες και συγκλονιστικές εμπειρίες είναι περισσότερο πιθανόν να οδηγηθούν στην χρήση τοξικών ουσιών.

13. Ένας τελευταίος παράγοντας που μπορεί να ωθήσει τους νέους στην χρήση τοξικών ουσιών είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός τους. Στην μελέτη της έννοιας της περιθωριοποίησης πολύ σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε η διεξαγωγή μιας έρευνας από τους March, Oviedo-Joekes και Romeo που πραγματοποίησαν στις αρχές του χρόνου. Σκοπός της έρευνάς τους αυτής ήταν να περιγράψουν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των περιθωριοποιημένων χρηστών από 10 πόλεις 9 Ευρωπαϊκών χωρών και να ανακαλύψουν ποιες από τις μεταβλητές του κοινωνικού αποκλεισμού (π.χ. η απουσία στέγης, εργασίας ή και μόρφωσης) είναι περισσότερο συνδεδεμένες με την χρήση ναρκωτικών. Για αυτό τον λόγο έγιναν αρκετές συνεντεύξεις σε χώρους συγκέντρωσης ενός μεγάλου αριθμού ατόμων, όπως είναι για παράδειγμα το δημαρχείο, οι κοινωνικές υπηρεσίες, τα εμπορικά κέντρα, οι δρόμοι κτλ. Με αυτόν τον τρόπο θα εξασφαλιζονταν η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και η αξιοπιστία των συνεντεύξεων. Συγκεκριμένα, το δείγμα απαρτιζονταν από 92,3% από άτομα που είχαν κάνει χρήση ηρωίνης, κοκαΐνης και άλλων διεγερτικών τοξικών ουσιών τον τελευταίο χρόνο. Το 69,7% του δείγματος ήταν άντρες με μέσο όρο ηλικίας 30,9 ετών, ενώ οι Ευρωπαϊκές χώρες από τις οποίες προέρχονταν ήταν η Ισπανία, η Γερμανία, η Αυστρία, το Βέλγιο, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η

⁶⁵ Bonnie, Benard (1991) "Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School and

Αγγλία, η Πορτογαλία και η Ιταλία. Η, δε, μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε εδώ ήταν οι κατά πρόσωπο συνεντεύξεις με την χρήση δομημένων ερωτηματολογίων από ερευνητές που είχαν αποκρύψει την πραγματική τους ταυτότητα. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από αυτήν ήταν ότι η κοκαΐνη, η ηρωίνη και η κάνναβη είναι οι περισσότερο διαδεδομένες ουσίες. Έτσι, στο σύνολο των συμμετεχόντων το 60,2% είχε κάνει χρήση αυτών τον τελευταίο χρόνο, το 45,9% ανέφερε ότι είχε ηπατίτιδα C, το 54,9% είχε φυλακιστεί τουλάχιστον μια φορά στην ζωή του, το 14,2% ότι ήταν άστεγο και το 35,2% ότι είχε εμπλακεί σε παράνομες δραστηριότητες. Ως στατιστική μέθοδος συλλογής αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η ιεραρχική παλινδρόμηση, η οποία και έδειξε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες στην έρευνα αυτή είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα χρήσης των παραπάνω τοξικών ουσιών από ότι οι μικρότεροι σε ηλικία και ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός και των δύο παραπάνω ηλικιακών κατηγοριών είναι συνάρτηση της απουσίας στέγης, εργασίας, μόρφωσης αλλά και «ήρεμης» ζωής (μη εμπλοκή με την αστυνομία). Οι, δε, χρήστες που είχαν αποκλειστεί από κάποιο πρόγραμμα αποτοξίνωσης είχαν και περισσότερες πιθανότητες να ξαναρχίσουν τα ναρκωτικά σε σχέση με εκείνους που, είτε δεν είχαν συμμετάσχει ποτέ σε κάποιο πρόγραμμα αποτοξίνωσης, είτε βρίσκονται τώρα υπό παρακολούθηση. Εν συντομία, τα βασικά συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτήν την πρόσφατη έρευνα είναι ότι οι κοινωνικές, προσωπικές και οικονομικές συνθήκες διαβίωσης ενός ανθρώπου συνδέονται άμεσα με τον κοινωνικό του αποκλεισμό, πράγμα το οποίο σχετίζεται άμεσα με την χρήση τοξικών ουσιών. Όπως συμβαίνει και σε άλλες έρευνες, έτσι και εδώ, προτείνεται από τους συγγραφείς να υπάρξουν συγκεκριμένα προγράμματα αποκατάστασης τα οποία να στοχεύουν σε ειδικές κατηγορίες χρηστών με βάση το προφίλ τους και τις ανάγκες τους.⁶⁶

Όλοι οι προαναφερθέντες παράγοντες, ανασταλτικοί αλλά και διευκολυντικοί της χρήσης τοξικών ουσιών, μελετήθηκαν επί σειρά ετών και από το **NHSDA**, το

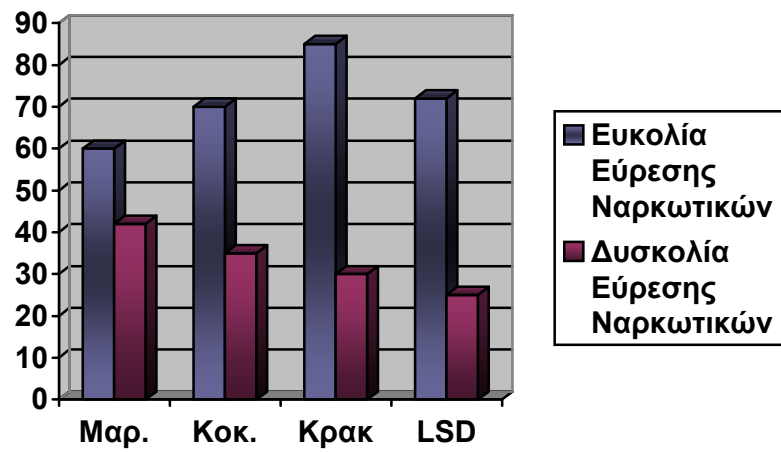
Community”, NIDA, Research Monograph 47, U.S. Department of Health and Human Services.

⁶⁶ March, Joan-Charles, Oviedo-Joekes, Eugenia & Romero, Manuel (2006) “Drugs and Social Exclusion in Ten European Cities”, European Addiction Research, Vol. 12, No. 1.

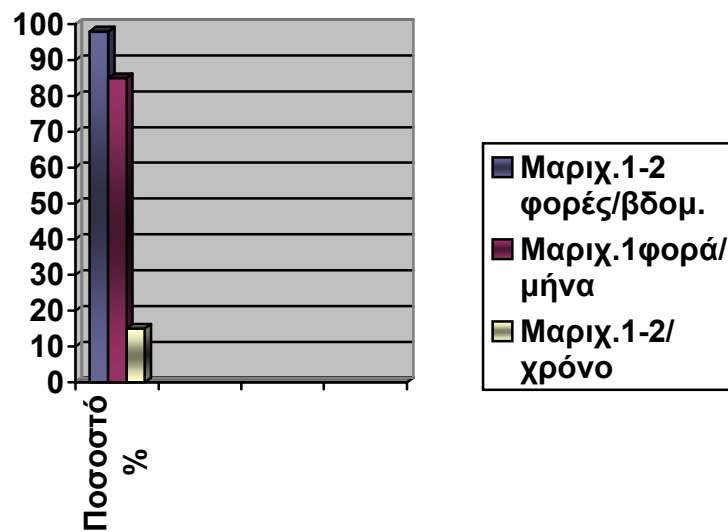
Αμερικανικό Ινστιτούτο Ερευνών για την Χρήση Ναρκωτικών από Νέους. Τα **target groups** που αυτό εξέταζε ήταν ηλικίας από 12-17 ετών και η μέθοδος που χρησιμοποιούσε στηρίζονταν, κατά κύριο λόγο, στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Να υπενθυμίσουμε ότι ο ρόλος των ανασταλτικών και των διευκολυντικών παραγόντων χρήσης ουσιών στην κοινωνική αλληλεπίδραση είχε αρχίσει, ήδη, να μελετάται από τους Hawkins, Catalano, Miller το 1992, τους Petraitis, Flay, Miller, Torpy και Greiner το 1998 και τους Botvin και Ruchlin το 1997. Ο πληθυσμός που μετείχε στην μεγάλη αυτή έρευνα του NHSDA απαρτιζόταν από άτομα τα οποία ανήκαν σε ομάδες, όπως σε αυτήν του στρατού, του σχολείου, της πόλης αλλά και της κοινότητας. Δεν μετείχαν, όμως, Αμερικανοί πολίτες που ζούσαν σε άλλες χώρες ή που είχαν φυλακιστεί για κάποιο αδίκημα ή που είχαν νοσηλευτεί σε νοσοκομεία της χώρας λόγω κάποιου προβλήματος υγείας που αντιμετώπιζαν την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Μέσα από την έρευνα αυτή καταγράφηκαν και σημαντικά δημογραφικά στοιχεία αναφορικά με την κατάσταση εργασίας των συμμετεχόντων, την ηλικία τους, την εθνικότητά τους, την εκπαίδευσή τους, την οικογενειακή τους κατάσταση, την υγεία τους, την νοσοκομειακή τους ασφάλιση, την ψυχολογία τους αλλά και της σχέσης τους με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Η συγκεκριμένη έρευνα είχε σχεδιαστεί και για έναν ακόμη λόγο, μιας και στόχευε στην μελέτη της σύνθεσης του πληθυσμού ανά χρονικές περιόδους. Από τους 24.505 ανθρώπους που μετείχαν σε αυτή, οι 7.844 ήταν ηλικίας από 12-17 ετών. Τα βασικά, βέβαια, συμπεράσματα στα οποία κατέληξε η έρευνα αυτή ήταν παρόμοια με όλες τις άλλες επιβεβαιώνοντας έτσι πόσο αρνητικά λειτουργεί η ύπαρξη μιας «διαλυμένης» οικογένειας, μιας παρέας συνομιλήκων ή ενός σχολείου με έλλειψη προτύπων ή και με υπερβολική χρήση βίας, με αδιαφορία, με άσκηση ψυχολογικής πίεσης, με έλλειψη καθοδήγησης, με ευκολία στην εξασφάλιση ναρκωτικών, κ.τ.λ.⁶⁷ Όλα τα παραπάνω συμπεράσματα της μεγάλης αυτής έρευνας αποτυπώθηκαν και διαγραμματικά, όπως φαίνεται από τα ακόλουθα γραφήματα:

ΓΡΑΦΗΜΑ 1

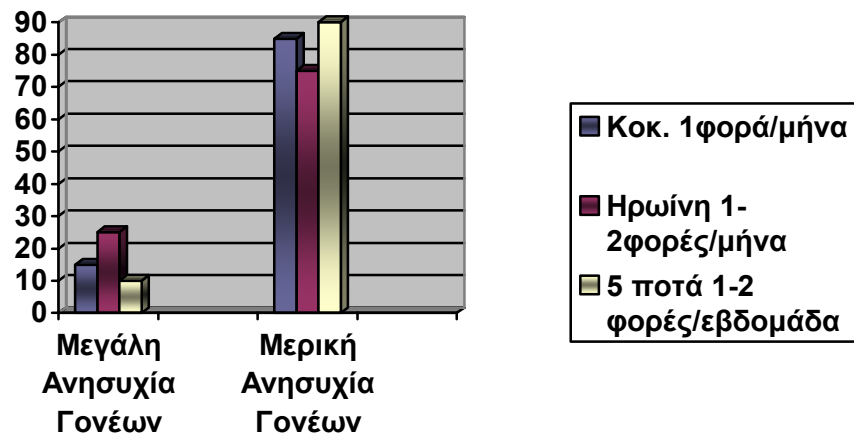
⁶⁷ NHSDA, “Risk and Protective Factors for Adolescent Drug Use, Findings from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse”, Office of Applied Studies, USA.



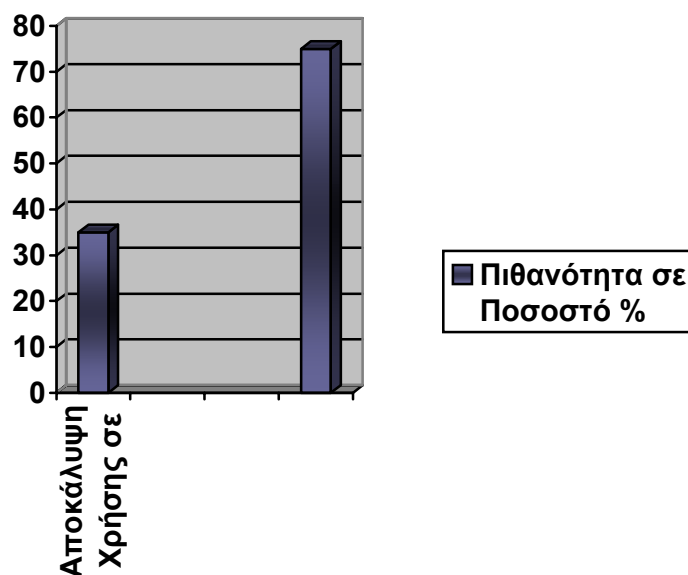
ΓΡΑΦΗΜΑ 2



ΓΡΑΦΗΜΑ 3



ΓΡΑΦΗΜΑ 4



Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να υπενθυμίσουμε τις έννοιες ανασταλτικοί και διευκολυντικοί παράγοντες χρήσης τοξικών ουσιών. Οι δεύτεροι αναφέρονται σε εμπειρίες ή γεγονότα της ζωής που ενισχύουν την εκδήλωση προβληματικών

συμπεριφορών από μέρους των ατόμων, όπως είναι η χρήση ναρκωτικών ή ο αλκοολισμός. Οι, δε, παράγοντες που ευνοούν τις προαναφερθείσες “επικίνδυνες” συνήθειες είναι η ηλικία του ατόμου, ο συγχρωτισμός με συνομηλίκους με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, οι χαλαροί δεσμοί με το σχολείο και τα πρότυπα συμπεριφοράς που επικρατούν σε αυτό, η κακοποίηση στα πλαίσια της οικογένειας και οι ασταθείς, “αδύναμοι” δεσμοί με τα μέλη της. Αντίθετα, οι πρώτοι περιλαμβάνουν τις ανθρώπινες εμπειρίες ή τα γεγονότα ζωής ενός ατόμου που είναι πιθανόν να το αποτρέψουν από κάθε είδους “επικίνδυνες” συμπεριφορές και να συγκροτήσουν την προσωπικότητά του.⁶⁸ Τέτοιες συνιστάμενες αποτροπής από την χρήση τοξικών ουσιών είναι, όπως παρουσιάστηκαν και παραπάνω, το άτομο και η προσωπικότητά του, η οικογένεια, οι συνομηλικοί, το σχολείο και γενικά η κοινωνία. **Όλα τα παραπάνω υπήρξαν συμπεράσματα μιας σειράς ερευνών που πραγματοποιήθηκαν από το Ινστιτούτο Ερευνών της Νεότητας “Alberta” το 2002.**⁶⁹ Αρκετά, βέβαια, από αυτά παρουσιάστηκαν και παραπάνω, αλλά αξίζει να παρατηρηθούν συνοπτικά μέσα από τους ακόλουθους πίνακες:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Σημαντικές Περιοχές της Ζωής ενός Ατόμου	Διευκολυντικοί Παράγοντες Χρήσης Τοξικών Ουσιών	Ανασταλτικοί Παράγοντες Χρήσης Τοξικών Ουσιών
Άτομο	Ανικανότητα στην ανάπτυξη κοινωνικής συμπεριφοράς	Κατανόηση
	Έκθεση σε κινδύνους από μικρή ηλικία	Συναισθηματική σταθερότητα
	Θετική στάση απέναντι στην χρήση	Θετική στάση απέναντι στον εαυτό
	Παρορμητισμός	Ικανότητα επίλυσης προσωπικών προβλημάτων
	Αντιδραστικότητα	Ευελιξία
	Αποξένωση	Προσαρμοστικότητα στις αλλαγές
	Επαναστατικότητα	Αυτοπεποίθηση
	Προσαρμογή σε παρεκκλίνουσες συμπεριφορές	
	Προβλήματα συμπεριφοράς	
	Ψυχισμός/Τεμπεραμέντο	
	Φυσικά τραύματα	
	“Εισβολή” σε νεαρή ηλικία	

⁶⁸ Pandina, Robert (1998) “Risk and Protective Factor Models in Adolescent Drug Use: Putting Them to Work for Prevention”, NIDA, U.S. Department of Health and Human Services.

⁶⁹ Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, (2003) “Youth Risk and Protective Factors”, AADAC Research Services (780).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Σημαντικές Περιοχές της Ζωής ενός Ατόμου	Διευκολυντικοί Παράγοντες Χρήσης Τοξικών Ουσιών	Ανασταλτικοί Παράγοντες Χρήσης Τοξικών Ουσιών
Οικογένεια ⁷⁰	Κατάχρηση τοξικών ουσιών αλκοόλ και τζόγος από γονείς	Στενοί δεσμοί
	Διαβίωση σε “προβληματική” οικογένεια	Ψυχολογική υποστήριξη και απουσία επικριτικής στάσης απέναντι στους νέους
	Περιορισμένη οικογενειακή υποστήριξη	Αίσθημα εμπιστοσύνης
	Περιορισμένη οικογενειακή καθοδήγηση	Υψηλές προσδοκίες γονέων
	Απουσία πειθαρχίας στο οικογενειακό περιβάλλον	Καθορισμός και διάκριση των ρόλων μέσα στην οικογένεια
	Θετική στάση γονέων στην νεανική εγκληματικότητα, την χρήση ουσιών και τον τζόγο	Παρακολούθηση των νέων από τους γονείς τους
	Ψυχική ασθένεια γονέων	
	Ανεπαρκείς ικανότητες γονέων για επίλυση των προβλημάτων των παιδιών τους	

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Σημαντικές Περιοχές της Ζωής ενός	Διευκολυντικοί Παράγοντες Χρήσης Τοξικών Ουσιών	Ανασταλτικοί Παράγοντες Χρήσης Τοξικών
-----------------------------------	---	--

⁷⁰ Mathias, Robert (1996) “Protective Factors Can Buffer High-Risk Youths From Drug Use”, NIDA, U.S. Department of Health and Human Services.

Ατόμου		Ουσιών
Σχολείο	Σχολική αποτυχία	Υποστηρικτικό σχολικό περιβάλλον
	Αρνητικό και ανασφαλές σχολικό κλίμα	Υψηλές προσδοκίες καθηγητών
	Χαμηλές προσδοκίες καθηγητών	Σαφείς κανόνες για αξιοπρεπή σχολική συμπεριφορά
	Απουσία απαγορευτικών κανόνων συμπεριφοράς σε σχέση με τα ναρκωτικά στο σχολείο	Συμμετοχή των νέων σε δραστηριότητες σχολείου
	Απουσία δέσμευσης στο σχολείο και στα πρότυπα συμπεριφοράς του	Συμμετοχή σε αποφάσεις του σχολείου
	“Απόσυρση” και απειθαρχία	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Σημαντικές Περιοχές της Ζωής ενός Ατόμου	Διευκολυντικοί Παράγοντες Χρήσης Τοξικών Ουσιών	Ανασταλτικοί Παράγοντες Χρήσης Τοξικών Ουσιών
Συνομήληκοι	Ανάπτυξη φιλικών δεσμών με νέους που κάνουν χρήση, πίνουν ή τζογάρουν	Εμπλοκή με ομάδες νέων που έχουν αναπτύξει θετικές νόρμες και συμπεριφορές
	Ανάπτυξη φιλικών δεσμών με νέους που παρουσιάζουν “προβληματικές συμπεριφορές”	Κοινωνική Προσαρμοστικότητα
	Απόρριψη νέων από άλλους συνομηλίκους τους	Ικανότητα επικοινωνίας
	Περιορισμένη Ικανότητα ανάπτυξης κοινωνικών συμπεριφορών	Ικανότητα λήψης αποφάσεων

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

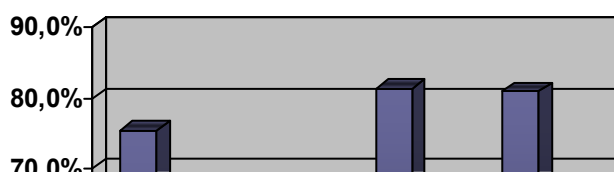
Σημαντικές	Διευκολυντικοί Παράγοντες	Ανασταλτικοί
-------------------	----------------------------------	---------------------

Περιοχές της Ζωής ενός Ατόμου	Χρήσης Τοξικών Ουσιών	Παράγοντες Χρήσης Τοξικών Ουσιών
Κοινωνία	Κοινωνικές νόρμες που επιτρέπουν και ενισχύουν την χρήση τοξικών ουσιών	Υποστηρικτική κοινωνία
	Διαβίωση σε περιοχές με υψηλή εγκληματικότητα και αποξένωση	Υψηλές προσδοκίες από νέους
	Περιοχές με υψηλή κινητικότητα/ μετακίνηση κατοίκων	Διοργάνωση δραστηριοτήτων για τους νέους από την κοινωνία
	Περιοχές με κοινωνική διαφοροποίηση	Ανάπτυξη θρησκευτικών δραστηριοτήτων

Ειδικά ως προς τις διαστάσεις σχολείο και οικογένεια, οι έρευνες που έχουν γίνει είναι πάρα πολλές (κάποιες από τις οποίες έχουν παρουσιαστεί παραπάνω) και όλες τους κάνουν λόγο για **“χαοτικά οικογενειακά περιβάλλοντα”** και για **“ελλιπή πρότυπα συμπεριφοράς στο σχολείο”**. Συγκεκριμένα σε έρευνα που έγινε σε **432 άστεγα νεαρά άτομα, ηλικίας 12-21 ετών, στο Λος Άντζελες το 71% υποστήριξε ότι είχε κάνει, τουλάχιστον μια φορά στην ζωή του, χρήση τοξικών ουσιών ή ότι είχε κάποια, έστω και “χαλαρή” σχέση με το ποτό**. Πιο ανησυχητικά, όμως, είναι τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας σύμφωνα με την οποία **από τους 600 έφηβους που ζουν στους δρόμους το 50% αυτών έχουν προσπαθήσει να αυτοκτονήσουν**, εξαιτίας όχι μόνο των συνθηκών διαβίωσής τους, αλλά λόγω της υπερβολικής χρήσης ναρκωτικών ή αλκοόλ. Υπεύθυνος και για τις δύο προαναφερθείσες έρευνες υπήρξε ο γιατρός **Dr. Christopher Ringwalt και οι συνεργάτες του από το Ινστιτούτο Ερευνών Triangle** και τα συνοπτικά συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν ήταν:

1. Οι νέοι που είναι άστεγοι παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά χρήσης τοξικών ουσιών από εκείνους που ζουν στα σπίτια τους και μάλιστα ότι τα ποσοστά της χρήσης μαριχουάνας, αλκοόλ, τσιγάρων και κοκαΐνης στους πρώτους είναι σχεδόν διπλάσια από ότι στους δευτέρους. Αυτό φαίνεται και από το ακόλουθο γράφημα:

ΓΡΑΦΗΜΑ 5



2. Οι νέοι που ζουν στους δρόμους έχουν δοκιμάσει “πιο σκληρά ναρκωτικά”, όπως είναι η ηρωίνη, το κρακ κ.α. σε σχέση με εκείνους που ζουν στο σπίτι τους.
3. Τέλος, τα ποσοστά αυτά φαίνεται να είναι υψηλότερα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια καθώς και στους Καυκάσιους και στους Αφροαμερικάνους από ότι σε άλλες κατηγορίες Αμερικανών.

Εδώ αξίζει να αναφερθεί και μια ακόμη **έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ένα μικρό προάστιο της Ιρλανδίας στο οποίο συμμετείχαν νέοι ηλικίας 15-25 ετών**. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου με ερωτήσεις που αφορούσαν την χρήση τοξικών ουσιών κατά το παρελθόν από τους συμμετέχοντες. Να τονιστεί εδώ ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και ότι η συμμετοχή των ατόμων ήταν προαιρετική και εθελοντική. Η πλειοψηφία τους φαίνεται να αντιμετωπίζει κάποια από τα προαναφερθέντα προβλήματα που τους διευκόλυνε στην χρήση τοξικών ουσιών. Είναι σημαντικό να τονιστεί και το γεγονός ότι αρκετοί από αυτούς παρουσίασαν συναισθήματα αποξένωσης από το οικογενειακό τους περιβάλλον, φόβου προς τους άλλους, εσωστρέφεια, άγχος για το μέλλον τους, άστατο ύπνο και σε ακραίες καταστάσεις, χαοτισμό αλλά και ψυχωτισμό⁷¹.

Πάντως, ο γιατρός Dr. Christopher Ringwalt και οι συνεργάτες του τονίζουν ξανά το γεγονός ότι τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά χρήσης τοξικών ουσιών από νέους

απαιτούν την παρέμβαση όλων των θεραπευτικών αρχών. (http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes) Αλλά και ο **Dr. Michele Kipke** κατέληξε σε παρόμοια συμπεράσματα σε έρευνα που πραγματοποίησε στο παιδικό νοσοκομείο της Καλιφόρνια. Οι νέοι που βρίσκονταν σε αυτό ήταν ηλικίας 13-23 ετών και είχαν συγκεντρωθεί από καταφύγια και από κλινικές απεξάρτησης.⁷² Σημαντικό ρόλο εδώ φαίνεται να διαδραματίζει και το φύλο των νεαρών ατόμων, αφού τα αγόρια παρουσιάζονται να κάνουν χρήση τοξικών ουσιών σε ποσοστά αρκετά υψηλότερα σε σχέση με τα συνομήλικά τους κορίτσια. Πάντως, η επίδραση όλων των παραπάνω προστατευτικών – ανασταλτικών παραγόντων από την χρήση τοξικών ουσιών μπορεί να αλλάζει με βάση την ηλικία των ατόμων, σύμφωνα με την άποψη του **Dr.Thornberr**. Ειδικότερα, ο τελευταίος θεωρεί ότι κυρίως οι νέοι αναπτύσσουν συνεχώς καινούριους μηχανισμούς εμπλοκής τους σε προκλήσεις, οι οποίοι μπορεί να τους παρασύρουν -ειδικά εκείνους που είναι περισσότερο κοινωνικά, ηθικά και οικονομικά ευάλωτοι- στην χρήση τοξικών ουσιών.⁷³ Τέλος, ο ίδιος υποστηρίζει ότι ο τρόπος που λειτουργούν οι ανασταλτικοί και οι διευκολυντικοί παράγοντες στην ζωή ενός ατόμου καθώς και η μεταξύ τους σχέση δεν είναι δυνατόν να καθοριστούν εύκολα, μιας και οι πρώτοι έχουν περισσότερο μακροχρόνια αποτελέσματα, ενώ οι δεύτεροι πιο βραχυχρόνια.

ΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Πολλές από τις έρευνες του **NIDA** (National Institute of Drug Abuse) εστίασαν στους κανόνες παρέμβασης προκειμένου για τον περιορισμό της χρήσης τοξικών ουσιών από νέους ανθρώπους. Οι παραπάνω κανόνες αφορούν περισσότερο συμβουλές συμπεριφοράς αλλά και οδηγίες προκειμένου οι γονείς, το σχολείο αλλά και η κοινωνία γενικότερα να μπορέσουν να αποτρέψουν τους νέους από την εκδήλωση τέτοιων συμπεριφορών από τους εφήβους. Έτσι:

1. Τα παρεμβατικά προγράμματα θα πρέπει να ενισχύσουν με οποιοδήποτε τρόπο τους ανασταλτικούς παράγοντες και να «αντιστρέψουν» ή να εκμηδενίσουν τους διευκολυντικούς παράγοντες χρήσης τοξικών ουσιών. Συγκεκριμένα, έχουν παρατηρηθεί τα ακόλουθα: α) ο κίνδυνος που έχει κάποιος ώστε να γίνει χρήστης

⁷¹ Parrott, A.C., Sisk, E. & Turner, J.J.D. (2000) “Psychobiological problems in heavy “ecstasy” (MDMA) polydrug users”, *Drug and Alcohol Dependence* 60, pp. 105-110.

⁷² Kipke, M.D., Montgomery, S.B., Simon, R.R. & Iverson, E.F. (1997) “Substance abuse disorders among runaway and homeless youth”, *Misuse* 32:965-982.

⁷³ Pandina, Robert (1998) “Risk and Protective Factor Models in Adolescent Drug Use: Putting Them to Work for Prevention”, NIDA, U.S. Department of Health and Human Services.

σχετίζεται με τον βαθμό που εκείνος εμπλέκεται με διευκολυντικούς παράγοντες, όπως είναι αποκλίνουσες συμπεριφορές καθώς και με ανασταλτικούς παράγοντες, όπως είναι η οικογενειακή υποστήριξη. β) Η πρώιμη εκδήλωση «μη-σωστών» προτύπων συμπεριφοράς από πλευράς ενός ατόμου, όπως για παράδειγμα η εκδήλωση μιας επιθετικής συμπεριφοράς ή η ύπαρξη ενός χαμηλού αυτοελέγχου μπορεί συχνά να αποτελέσει έναν καθοριστικό στοιχείο στην διαμόρφωση της προσωπικότητας ενός παιδιού και να καθορίσει την μετέπειτα πορεία του.

2. Τα παρεμβατικά προγράμματα ή συμπεριφορές είναι δυνατόν να επιδράσουν θετικά όχι μόνο στην χρήση τοξικών ουσιών αλλά και στην κατανάλωση αλκοόλ και τσιγάρου καθώς και στην χρήση άλλων παράνομων ουσιών, όπως είναι η μαριχουάνα , η ηρωίνη και οι αμφεταμίνες. Όλα αυτά, βέβαια, ποικίλουν ανάλογα με το περιβάλλον που ζει κάποιος, με την κουλτούρα του, την εθνικότητά του και την ηλικία και το φύλο του, συνισταμένες που έχουν ήδη αναφερθεί και οι οποίες πρέπει να αντιμετωπιστούν σε τοπικό επίπεδο, δηλαδή σύμφωνα με το μέρος που ζει κάποιος καθώς και τις τοπικές συνήθειες.

Η οικογένεια, το σχολείο αλλά και η κοινότητα οφείλουν να στηρίξουν τους νέους να αναπτύξουν δραστηριότητες, επικοινωνία, αυτοέλεγχο, δέσμευση σε αξίες και πιστεύω, ικανότητες αντίστασης απέναντι σε μιμητικές συμπεριφορές, δεξιότητες επίλυσης κοινωνικών αλλά και προσωπικών προβλημάτων, ώστε να είναι σε θέση να αντεπεξέλθουν σε όλα τα μικρά ή τα μεγάλα προβλήματα κυρίως στην περίοδο της εφηβείας τους που είναι και περισσότερο ευάλωτα

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι τοξικές ουσίες παραμένουν ένα πρόβλημα που «μαστίζει» την νέα γενιά, κυρίως, των δυτικοευρωπαϊκών αλλά και αμερικανικών χωρών, παρά τις προσπάθειες αντιμετώπισής τους με καμπάνιες ενημέρωσης και

εκστρατείας κατά της χρήσης, προγράμματα απεξάρτησης αλλά και χορήγησης υποκατάστατων ουσιών. Χιλιάδες έρευνες έχουν γίνει και εξακολουθούν να γίνονται, εκατοντάδες απόψεις έχουν διατυπωθεί, εκατομμύρια κόσμου έχει ενημερωθεί για τις επιβλαβείς αλλά και πολύ συχνά θανατηφόρες συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών, το πρόβλημα όμως, εξακολουθεί να εμφανίζεται. Όλοι οι ειδικοί, γιατροί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτές, κ.α. προσπαθούν να βρουν την «πηγή του κακού». Έτσι, θεωρούν ότι μεγάλο μερίδιο ευθύνης φέρουν οι γονείς, το σχολείο, οι παρέες των συνομηλίκων, οι συνθήκες διαβίωσης, η γειτονιά, η θρησκεία, η εκπαίδευση, η ηλικία, η μη παρακολούθηση και καθοδήγηση των εφήβων, η πίεση και οι υψηλές προσδοκίες των γονέων από τα παιδιά τους, τα μηνύματα που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, η διαθεσιμότητα των τοξικών ουσιών, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ο κοινωνικός αποκλεισμός κ.α.

Όλα τα παραπάνω μπορεί να λειτουργήσουν άλλοτε ενθαρρυντικά και άλλοτε αποτρεπτικά στην κατανάλωση ναρκωτικών και άλλων λιγότερο επικίνδυνων ουσιών, όπως είναι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών αλλά και τσιγάρων από νέους. Αυτό που τελικά καθορίζει τον τρόπο επίδρασής τους είναι η αντίληψη των ανθρώπων για τα πράγματα και η καθοδήγηση και διαμόρφωση της προσωπικότητας των νέων από μικρή ηλικία. Αν ένας γονιός αδιαφορεί, αν το σχολείο δεν δίνει τις κατάλληλες βάσεις, αν η γειτονιά είναι «απόμακρη» με τυπικές σχέσεις, χωρίς κατανόηση, παροχή ηθικής βοήθειας και στήριξης, αν οι εκπαιδευτές στο σχολείο αδιαφορούν για τα παιδιά και τα προβλήματά τους, αν δεν προσπαθούν να τα προσεγγίσουν, αν τα κρίνουν συνεχώς, αν δεν ενδιαφέρονται για το τι είναι αυτά πραγματικά και όχι για το πώς φαίνονται, αν οι φίλοι θεωρούν ότι για να είναι μοντερνισμένοι θα πρέπει να προβαίνουν σε ακραίες συμπεριφορές, αν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προβάλουν συνεχώς το πρότυπο του επιτυχημένου νέου με πολλά χρήματα, ακριβά σπίτια και αυτοκίνητα, που δουλεύει ελάχιστα και είναι ξεκούραστος, έχει την κοινωνική αναγνώριση και τον σεβασμό όλων των ανθρώπων γύρω του, αν η θρησκεία είναι κάθετη στις αντιλήψεις της, αν δεν μιλάει ανοιχτά για τα προβλήματα της κοινωνίας, αν δεν προσφέρει καθοδήγηση και δεν σέβεται τις ιδιαιτερότητες των ανθρώπων της και τέλος, αν είναι ευάλωτη και ευαίσθητη η προσωπικότητα και ο χαρακτήρας ενός νέου τότε είναι πολύ πιθανό ο τελευταίος να οδηγηθεί στην χρήση, μιας και αυτήν αντιμετωπίζει ως την μοναδική του σωτηρία προκειμένου να ξεφύγει από την σκληρότητα και την κριτική του κόσμου.

Δεν είναι καθόλου σπάνια η αναφορά πολλών ειδικών οι οποίοι τονίζουν ότι με αυτήν την συμπεριφορά τους οι νέοι «αποσύρονται» από την κοινωνική ζωή και αναζητούν την μοναξιά προκειμένου να «φτιάξουν έναν προστατευτικό τοίχο γύρω τους» που θα τους προστατέψει από τα περίεργα και επικριτικά βλέμματα των άλλων. Βέβαια, κάτι τέτοιο δεν σημαίνει ότι και οι ίδιοι οι έφηβοι δεν έχουν ευθύνη για ότι τους συμβαίνει, αφού η τάση τους για μιμητισμό συχνά τους παρασέρνει σε επικίνδυνες συνήθειες. Το μόνο ελαφρυντικό στην περίπτωση τους είναι η ανωριμότητά τους και η έλλειψη πονηριάς και εμπειρίας στην αντιμετώπιση των κινδύνων. Για όλους αυτούς, λοιπόν, τους λόγους η συμβολή, καθοδήγηση και υποστήριξη όλων των άμεσα αλλά και έμμεσα εμπλεκόμενων φορέων της κοινωνίας αλλά και του κοινωνικού περιβάλλοντος θα μπορέσει να βοηθήσει σημαντικά στην προστασία τους.

ΣΥΝΟΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η *υγεία* σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Η *δημόσια υγεία* στοχεύει στην πρόληψη μεταδιδόμενων ασθενειών. Η **αγωγή υγείας** ως κλάδος της δημόσιας υγείας αποτελεί μια δυναμική δραστηριότητα που έχει στόχο την αντικατάσταση συμπεριφορών που θίγουν τη δημόσια υγεία με αυτές που την προάγουν. Στη σύγχρονη εποχή κυριαρχούν δύο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και αρρώστιας. Το «*βιοϊατρικό*» μοντέλο υγείας, στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας και το «*βιοψυχοκοινωνικό*» μοντέλο υγείας που αποτελεί μια πρόσφατη προσέγγιση. Πιο συγκεκριμένα η σύγχρονη δυτική ιατρική βασίζεται στο «*βιοϊατρικό μοντέλο*» το οποίο στηρίζεται στη θεώρηση του Καρτέσιου, ο οποίος παραλλήλιζε το ανθρώπινο σώμα με «μηχανή». Το *βιοϊατρικό* μοντέλο υγείας δεν μπορεί να εξηγήσει φαινόμενα όπως οι ψυχοσωματικές αρρώστιες και οι ατομικές διαφορές μεταξύ ασθενών ως προς τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας τους.

Στις αρχές του 20ου αιώνα ορισμένοι ψυχίατροι και ψυχολόγοι επιδίωξαν να εντάξουν ψυχολογικές συνιστώσες στην προσέγγιση σε θέματα υγείας και διαμορφώθηκε το «*βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο*». Εδώ η υγεία αντιμετωπίζεται ολοκληρωτικά τόσο σε σωματικό όσο και σε διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, ενώ η αρρώστια γίνεται αντιληπτή ως μια ύπαρξη ανισορροπίας η οποία δεν

οφείλεται μόνο σε μια συγκεκριμένη αιτία αλλά σε ένα σύνολο οργανικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας συγκεκριμενοποιούνται στην ευαισθητοποίηση, στην παροχή γνώσεων, την ιεράρχηση αξιών, την αλλαγή απόψεων, την λήψη αποφάσεων, την αλλαγή περιβάλλοντος και την αλλαγή συμπεριφοράς.

Οι συμπεριφορές πρόληψης διακρίνονται σε τρία επίπεδα:

- **Πρωτογενής πρόληψη:** που έχει ως σκοπό την αποφυγή έναρξης παθογενετικών διαδικασιών.
- **Δευτερογενής πρόληψη:** τα μέτρα της οποίας αποσκοπούν στην προσυμπτωτική διάγνωση των ασθενειών σε πρώιμο στάδιο.
- **Τριτογενής πρόληψη:** εδώ επικεντρωνόμαστε στο άτομο που πάσχει και στόχος είναι η αποκατάσταση της υγείας.

Τα προγράμματα αγωγής υγείας, έχουν να κάνουν με το πρώτο επίπεδο πρόληψης.

Αναλυτικότερα η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει την ενημέρωση του μαθητικού πληθυσμού και γενικότερα της νεολαίας, για τα ναρκωτικά και την εξάρτηση από αυτά, την αγωγή σε θέματα υγείας και υγιεινής, όπως επίσης και την παρέμβαση σε χώρους ψυχαγωγίας και εργασίας των νέων.

Στη αγωγή υγείας υπάρχουν οι παρακάτω τρεις προσεγγίσεις:

- **Εξελικτική προσέγγιση:** που ασχολείται με τα στάδια ανάπτυξης των ανθρώπων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, από τη βρεφική ηλικία ως την τρίτη ηλικία.
- **Συμπεριφορική προσέγγιση:** που βασίζεται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης (*social learning theory*), σύμφωνα με την οποία το άτομο διαμορφώνει ένα μεγάλο μέρος της συμπεριφοράς του μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς των άλλων και των επιπτώσεων τους σε αυτούς.
- **Κοινωνικοαναστασιατική προσέγγιση:** που βασίζεται στην κοινωνική γνώση που έχει προκύψει μέσα από την κοινωνικοποίηση.

Η υγεία είναι ένα καθημερινό διακύβευμα για χιλιάδες ανθρώπους σε όλο τον πλανήτη λόγω του γεγονότος ότι κανένας άνθρωπος δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει μια υγιεινή διατροφή για τον ίδιο και για τα παιδιά του καθώς τα αποθέματα σε νερό όλο και λιγοστεύουν, το φαγητό γίνεται ολοένα και πιο συνθετικό με χημικά και με άλλες επιβλαβείς ουσίες, η ασφάλεια ζωής τίθεται σε κίνδυνο ολοένα και περισσότερο λόγω των συχνών αναταραχών μεταξύ φιλοπόλεμων λαών που υποκινούνται από οικονομικά και από άλλου είδους συμφέροντα, ενώ η πρόληψη και

η αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών και άλλων επιδημιών γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη, κυρίως στις τριτοκοσμικές χώρες, όπου η ενημέρωση είναι περιορισμένη. Ο ρόλος του **Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας** υπήρξε ιστορικά αλλά και σήμερα ιδιαίτερα σημαντικός για την πρόληψη αλλά και εξάλειψη επικίνδυνων και πολύ συχνά θανατηφόρων ασθενειών. Η συμβολή του είναι ακόμα και σήμερα πολύ σημαντική στην αντιμετώπιση της ελονοσίας, της ηπατίτιδας, του AIDS, του κίτρινου πυρετού, του καρκίνου αλλά και των ναρκωτικών. Ταυτόχρονα, η μέριμνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εστιάζεται και σε άλλες λιγότερο «επικίνδυνες» συμπεριφορές όπως είναι το κάπνισμα, η υγιεινή διατροφή, η καταπολέμηση της βίας, η προστασία του περιβάλλοντος, η επικοινωνία προς τον κόσμο των μέτρων που θα πρέπει να λαμβάνει προκειμένου για την προστασία του. Όλα τα παραπάνω έχουν ήδη βοηθήσει και έχουν ήδη βελτιώσει την ποιότητα ζωής των περισσότερων χωρών του κόσμου και κυρίως των τριτοκοσμικών λαών που έχουν και την μεγαλύτερη ανάγκη για κάτι τέτοιο.

Η **χρήση ναρκωτικών** χαρακτηρίζεται ως **παρεκκλίνουσα συμπεριφορά** και δεδομένου ότι η παρέκκλιση δεν είναι ιδιότητα της πράξης, αλλά αποτέλεσμα του χαρακτηρισμού και παρεκκλίνων είναι εκείνος στον οποίο εφαρμόστηκε επιτυχώς αυτός ο χαρακτηρισμός, η έννοια της παρέκκλισης δομείται ως κοινωνική κατασκευή και είναι στενά συνδεδεμένη με την παραβατικότητα την εγκληματική συμπεριφορά. Ο παρεκκλίνων χαρακτήρας μιας πράξης εδράζεται στον τρόπο με τον οποίο αυτή χαρακτηρίζεται δημόσια.

- Το *ιατρικό στερεότυπο*: όπου η χρήση των ναρκωτικών αποτελεί ασθένεια.
- Το *ηθικό στερεότυπο*: όπου η χρήση των ναρκωτικών είναι καταδικαστέα, όχι γιατί οδηγεί στη διάπραξη αντικοινωνικών πράξεων, αλλά επειδή δημιουργεί μια σχέση εξάρτησης του ατόμου από την ουσία, που έχει ως αποτέλεσμα την απόσυρση του από την κοινωνική (και κυρίως παραγωγική) πραγματικότητα.
- Το *πολιτισμικό στερεότυπο*: όπου η χρήση ναρκωτικών συνιστά μία ιδεολογική παρέκκλιση, διότι εκφράζει την αμφισβήτηση συμβατικών αξιών και συνδέεται με ένα ιδιαίτερο τρόπο ζωής.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι τα **στερεότυπα** καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό το είδος όσο και την ένταση της κοινωνικής αντίδρασης απέναντι στη χρήση ναρκωτικών. Η άποψη ότι η χρήση ναρκωτικών συνδέεται με την εγκληματικότητα είναι πολύ διαδεδομένη και αποτελεί το βασικό επιχείρημα για τη θέσπιση νόμων που απαγορεύουν τη χρήση. Η σχέση αυτή έχει προκύψει από διάφορες συγκριτικές εμπειρικές έρευνες, που αποδεικνύουν ότι τα ποσοστά εγκληματικότητας είναι μεγαλύτερα στους χρήστες. Όμως οι εν λόγω έρευνες αγνοούν το ότι η χρήση

ναρκωτικών προηγείται της εγκληματικότητας, έτσι ώστε να μπορεί να θεωρηθεί ότι η εγκληματικότητα αποτελεί συνέπεια της χρήσης ναρκωτικών. Τα ανωτέρω οδηγούν στην περιθωριοποίηση των χρηστών αλλά και των απεξαρτημένων ατόμων. Και οι δυο κατηγορίες φαίνονται αδύναμες να ενταχθούν στη δομημένη κοινωνία πράγμα που οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό τους.

Μία **καμπάνια** είναι μορφή σχεδιασμένης επικοινωνίας κατά την οποία ποικίλα μέσα ενημέρωσης χρησιμοποιούνται —με οργανωμένο τρόπο και για ορισμένο χρονικό διάστημα— για να επιτευχθεί ένας ενημερωτικός στόχος σε έναν επιλεγμένο πληθυσμό. Οι καμπάνιες έχουν *συγκεκριμένους και φανερούς στόχους*, είναι *ανοικτές σε εκτιμήσεις και σε αποτελεσματικότητα*, έχουν *νόμιμη χορηγία*, οι σκοποί τους *τείνουν να μην αντιβαίνουν στις κοινά αποδεκτές αξίες και τους στόχους των θεμελιωμένων θεσμών*, ο πληθυσμός-στόχος είναι συνήθως *ευρύς και διασκορπισμένος*.

Για την υλοποίηση ενός προγράμματος πρωτογενούς πρόληψης πρέπει σε πρώτη φάση να **ξεκαθαρίσουμε τους στόχους** μας και να το εντάξουμε σε μια συνολική πολιτική. Πριν από κάθε πράξη πρόληψης πρέπει να λάβουμε υπόψη τις φιλοσοφικές και ηθικές αρχές που διέπουν το σύνολο της προσπάθειας. Ιδιαίτερα μπορούμε να αναφέρουμε:

- τον ανθρωπιστικό χαρακτήρα
- τον σεβασμό των προσώπων και των πολιτιστικών, θρησκευτικών επιλογών τους κλπ.
- Την αλληλεγγύη και την συλλογικότητα

Οι **γενικοί στόχοι** της πρόληψης μπορεί να είναι η καλύτερευση:

- Της υγείας του ατόμου
- Της διάθεσης
- Των υλικών όρων της ύπαρξης του

Ενδιάμεσοι στόχοι μπορεί να είναι:

- Ανάπτυξη των επιπέδων γνώσης και ικανοτήτων
- Προώθηση των ατομικών υπευθυνοτήτων
- Ανάπτυξη κοινωνικών δεσμών

Για να ορίσουμε συγκεκριμένες πρακτικές θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τις συνθήκες του περιβάλλοντος που θέλουμε να δράσουμε, τα άτομα που θέλουμε να επηρεάσουμε και τους στόχους που έχουμε θέσει. Πρέπει επίσης να υιοθετήσουμε μια μεθοδολογία και να επιλέξουμε μια ή περισσότερες στρατηγικές, οι

οποίες θα αποτελέσουν ουσιαστικούς οδηγούς δράσης. Ακόμα και η πιο φτωχή δράση θα πρέπει να εντάσσεται σε ένα πλαίσιο ειδικό και σε μια συνολική πολιτική, διότι αυτή η σχέση διασφαλίζει επεκτάσεις και μια ένταξη σε άλλες συμπληρωματικές και επαναλαμβανόμενες παρεμβάσεις. Αυτή η πολιτική θα πρέπει να είναι επαρκώς αξιόπιστη σε σχέση με τις κοινωνικές πραγματικότητες. αυτό προϋποθέτει πως τα διάφορα επίπεδα διακυβέρνησης (τοπική, περιφερειακή, εθνική κλπ.) εμπλέκονται με συντονισμένο τρόπο.

Για την παράνομη χρήση ουσιών, υπάρχει μια σειρά κοινωνικών, ατομικών και περιβαλλοντικών **ανασταλτικών παραγόντων** που αυξάνουν συλλογικά τον κίνδυνο της έκφρασης προβληματικής συμπεριφοράς νεαρού ατόμου, συμπεριλαμβανομένης αυτής της χρήσης ναρκωτικών. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου έχουν προσδιοριστεί στην *κοινότητα*, στην *οικογένεια*, στα *σχολεία* και στα *άτομα*. Συγχρόνως, έχουν προσδιοριστεί ορισμένοι προστατευτικοί παράγοντες που ελαττώνουν τον κίνδυνο ή την πιθανότητα συμμετοχής σε προβληματική συμπεριφορά. Οι **προστατευτικοί παράγοντες** «εμβολιάζουν» ή προστατεύουν τα άτομα και μπορούν να ενισχύσουν την αποφασιστικότητά τους να απορρίψουν ή να αποφύγουν την επιλογή της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Επίσης υποστηρίζεται ότι μπορούν να εμποδίσουν τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και τις καταστάσεις που προωθούν την κατάχρηση ουσιών. Έχει περιγραφεί ότι οι προστατευτικοί παράγοντες αφορούν ορισμένα ατομικά χαρακτηριστικά όπως το *γένος*, την *ανθεκτική ιδιοσυγκρασία*, τον *θετικό κοινωνικό προσανατολισμό*, και τη *νοημοσύνη*. Το ενδιαφέρον για την ανάλυση της *προσωπικότητας* του χρήστη και την πιθανή ανίχνευση αιτιωδών σχέσεων μεταξύ ορισμένων τύπων προσωπικότητας και της χρήσης ουσιών είναι αρκετά παλιό και αμφιλεγόμενο. Μπορούμε άραγε να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα όταν πρόκειται για την πολυδιάστατη σύνθεση που συνιστά μία προσωπικότητα και που εκφράζεται μέσω δυνάμει απρόβλεπτων συμπεριφορών;

Σύμφωνα με τους **Pons** και **Berjano** (1997), αυτή η πρώτη επαφή προσιδιάζει περισσότερο στον τύπο της αποφασιστικής μεν αλλά ανώριμης συναισθηματικά προσωπικότητας, παρά σε μία συναισθηματικά ασταθή προσωπικότητα. Οι **Calafat** και **Amengual** (1991) είναι εν προκειμένω της άποψης ότι όσο λιγότερο οργανωμένη είναι μία προσωπικότητα τόσο πιο πολύ βαρύνει η επίδραση των ναρκωτικών σε βιολογικό και ψυχολογικό επίπεδο. Τα ευρήματα των **Nesse** και **Berridge** (1997) υποστηρίζουν επίσης ότι οι συναισθηματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία επενεργούν σε σημαντικό βαθμό στη μετέπειτα ροπή προς τη χρήση ουσιών, όπως φανερώνει η συχνή συμπαρουσία του εθισμού με το σύνδρομο μετα-τραυματικού στρες. Μία προσέγγιση που αφορά ακριβώς στην αλληλεπίδραση

των προσωπικών κινήτρων με την διευκόλυνση ή την αναστολή της χρήσης ουσιών είναι αυτή που προσφέρει η κλίμακα **Sensation Seeking Scale** (στο εξής, SSS). Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε από τον **Zuckerman** για να ποσοτικοποιήσει ακριβώς την έννοια του *βέλτιστου επιπέδου διέγερσης* (optimum stimulation level) των Hebb και Thomson. Επίσης, ο **Jaffe** (1987) θεωρεί ότι η SSS είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος πρόβλεψης σε σχέση με άλλες μεταβλητές της προσωπικότητας ή άλλες κλίμακες. Αλλά και κατά την άποψη του **Teichmann** (1989), ο βαθμός αναζήτησης εμπειριών που προκαλούν αίσθηση προβλέπει με μεγαλύτερη επιτυχία την ενδεχόμενη χρήση έναντι προβλέψεων που βασίζονται σε ιστορικά κατάθλιψης ή άγχους. Ο ερευνητής συμπληρώνει ακόμη ότι ένα σημαντικό πλεονέκτημα της SSS είναι ότι δύναται να ταυτοποιήσει μεγαλύτερη γκάμα χρηστών, μεταξύ άλλων τους *εγκρατείς* ή τους *πειραματιστές*. Υπάρχουν δύο τρόποι να αναδειχθεί η σχέση της SSS με την τοξικοεξάρτηση. Καταρχήν, όπως προέκυψε σε μία από τις έρευνες του **Zuckerman** σε δείγμα 80 χρηστών, η αναζήτηση αίσθησης διαπλέκεται με την χρήση διεγερτικών ή παραισθησιογόνων ενώ έχει αρνητική σύνδεση με τη χρήση καταθλιπτικών ουσιών. Κατά δεύτερο, και σύμφωνα με νεότερα στοιχεία, το υποκείμενο που ταυτοποιείται ως sensation seeker τρέφει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις αλλαγές που προκαλούν τα ναρκωτικά στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά ενώ θεωρεί τις ποιότητες των ουσιών δευτερεύον στοιχείο. Η σύνδεση του *γυναικείου φύλου* με συνήθειες τοξικοεξάρτησης υποστηρίζεται και ισχυροποιείται, επίσης, από το ενδεχόμενο εμπειριών *θυματοποίησης*. Σε αντίθεση με τις γυναίκες μη χρήστες, το ιστορικό των γυναικών χρηστών περιλαμβάνει συχνά περιπτώσεις σεξουαλικής εκμετάλλευσης, βιασμών και κακομεταχείρισης. Αλλά και σε σχέση με τους άνδρες χρήστες, η πιθανότητα εκκίνησης της χρήσης στις γυναίκες συνδέεται συχνότερα με καταστάσεις που προκαλούν άγχος.

Τέλος, όσον αφορά κατεξοχήν ανασταλτικούς/προστατευτικούς παράγοντες, αυτοί έχουν βρεθεί να είναι η στενή *σχέση γονιών και παιδιού*, η οποία στηρίζεται στην επίδειξη εμπιστοσύνης, ήπιων πρακτικών και ενδιαφέροντος από την πλευρά των γονέων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι τοξικές ουσίες παραμένουν ένα πρόβλημα που «απασχολεί» τη νέα γενιά, κυρίως, των δυτικοευρωπαϊκών αλλά και αμερικανικών χωρών, αφού παρά τις προσπάθειες αντιμετώπισής τους με καμπάνιες ενημέρωσης, εκστρατείας κατά της χρήσης, προγράμματα απεξάρτησης αλλά και χορήγησης υποκατάστατων ουσιών, το πρόβλημα παραμένει καίριο. Χιλιάδες έρευνες έχουν γίνει και εξακολουθούν να γίνονται, εκατοντάδες απόψεις έχουν διατυπωθεί, εκατομμύρια κόσμου έχει ενημερωθεί για τις επιβλαβείς αλλά και πολύ συχνά θανατηφόρες συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών, χωρίς όμως να έχει διατυπωθεί μια απάντηση για την καθολικότητα του φαινομένου. Όλοι οι ειδικοί, γιατροί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτές, κ.α. προσπαθούν να βρουν την «πηγή του κακού».

Έτσι, θεωρούν ότι μεγάλο μερίδιο ευθύνης φέρουν οι **γονείς**, το **σχολείο**, οι **παρέες** των συνομηλίκων, οι **συνθήκες διαβίωσης**, η **γειτονιά**, η **θρησκεία**, η **εκπαίδευση**, η **ηλικία**, η μη παρακολούθηση και καθοδήγηση των εφήβων, η **πίεση** και οι **υψηλές προσδοκίες των γονέων** από τα παιδιά τους, τα **μηνύματα** που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, η **διαθεσιμότητα** των τοξικών ουσιών, τα χαρακτηριστικά της **προσωπικότητας**, ο κοινωνικός αποκλεισμός κ.α. Όλα τα παραπάνω μπορεί να λειτουργήσουν άλλοτε *ενθαρρυντικά* και άλλοτε *αποτρεπτικά* στην κατανάλωση ναρκωτικών και άλλων λιγότερο επικίνδυνων ουσιών, όπως είναι η κατανάλωση οινόπνευματων ποτών αλλά και τσιγάρων από νέους.

Αυτό που τελικά καθορίζει τον **τρόπο επίδρασής** τους είναι η αντίληψη των ανθρώπων για τα πράγματα και η καθοδήγηση και διαμόρφωση της προσωπικότητας των νέων από μικρή ηλικία. Αν ένας γονιός αδιαφορεί, αν το σχολείο δεν δίνει τις κατάλληλες βάσεις, αν η γειτονιά είναι «απόμακρη» με τυπικές

σχέσεις, χωρίς κατανόηση, παροχή ηθικής βοήθειας και στήριξης, αν οι εκπαιδευτές στο σχολείο αδιαφορούν για τα παιδιά και τα προβλήματά τους, αν δεν προσπαθούν να τα προσεγγίσουν, αν τα κρίνουν συνεχώς, αν δεν ενδιαφέρονται για το τι είναι αυτά πραγματικά και όχι για το πώς φαίνονται, αν οι φίλοι θεωρούν ότι για να είναι μοντερνισμένοι θα πρέπει να προβαίνουν σε ακραίες συμπεριφορές, αν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προβάλουν συνεχώς το πρότυπο του επιτυχημένου νέου με πολλά χρήματα, ακριβά σπίτια και αυτοκίνητα, που δουλεύει ελάχιστα και είναι ξεκούραστος, έχει την κοινωνική αναγνώριση και τον σεβασμό όλων των ανθρώπων γύρω του, αν η θρησκεία είναι κάθετη στις αντιλήψεις της, αν δεν μιλάει ανοιχτά για τα προβλήματα της κοινωνίας, αν δεν προσφέρει καθοδήγηση και δεν σέβεται τις ιδιαιτερότητες των ανθρώπων της και τέλος, αν είναι ευάλωτη και ευαίσθητη η προσωπικότητα και ο χαρακτήρας ενός νέου τότε είναι πολύ πιθανό ο τελευταίος να οδηγηθεί στην χρήση.

Δεν είναι καθόλου σπάνια η αναφορά πολλών ειδικών, οι οποίοι τονίζουν ότι με αυτήν την συμπεριφορά οι νέοι «αποσύρονται» από την κοινωνική ζωή και αναζητούν την μοναξιά προκειμένου να «φτιάξουν έναν προστατευτικό τοίχο γύρω τους» που θα τους προστατέψει από τα περίεργα και επικριτικά βλέμματα των άλλων. Βέβαια, κάτι τέτοιο δεν σημαίνει ότι και οι ίδιοι οι έφηβοι δεν έχουν ευθύνη για ότι τους συμβαίνει, αφού η τάση τους για μιμητισμό συχνά τους παρασέρνει σε επικίνδυνες συνήθειες.

Για όλους αυτούς, λοιπόν, τους λόγους η συμβολή, καθοδήγηση και υποστήριξη όλων των άμεσα αλλά και έμμεσα εμπλεκόμενων φορέων της κοινωνίας αλλά και του κοινωνικού περιβάλλοντος θα μπορέσει να βοηθήσει σημαντικά στην προστασία τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Βοσνιάδου, Σ., Εισαγωγή στην Ψυχολογία, Gutenberg, Αθήνα: 2000
2. Δασκαλάκης Ηλίας, (Αθήνα 1985) Η εγκληματολογία της κοινωνικής αντίδρασης, εκδόσεις Σάκκουλα
3. Δεμερτζής Ν., (Αθήνα, 1996) Πολιτική δημοσιότητα, πρόσωπα και τηλεόραση, στο Όρια και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα.
4. Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2005 Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οικοπνευματωδών στην Ελλάδα.
5. Ζαραφωνίτου Χριστίνα & Τσιγκάνου Ιωάννα, (Αθήνα 2002) *Ναρκωτικά: Τάσεις και εγκληματολογικές διαστάσεις στη σύγχρονη Ελληνική πραγματικότητα*, Νομική Βιβλιοθήκη.
6. Ζώτος, Γ. Χ., *Διαφήμιση*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη: 2000.
7. Κουκουτσάκη Αφροδίτη, (Αθήνα 2000) *Οι συμπεριφορές μη συμμόρφωσης μεταξύ ποινικού και ιατρικού ελέγχου: Χρήση ναρκωτικών – ομοφυλοφιλία* εκδόσεις, Ελληνικά Γράμματα.
8. Κουκουτσάκη Αφροδίτη, (Αθήνα 2000) *Η κοινωνική ψυχολογία στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα: η ελληνική πραγματικότητα*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
9. Luhmann, N., (Αθήνα 2001) *Η πραγματικότητα των μέσων μαζικής επικοινωνίας*, Ζέρη Π. (μτφ.-εισ.), Καββαθάς Δ. (επιμ.), εκδ. Μετάιχμιο.
10. McQuail, D. & Windahl, S., (Αθήνα 2001) *Σύγχρονα μοντέλα επικοινωνίας*, Μεταξά Κ. (μτφ.) Παπαθανασόπουλος Στ. (επιμ.), εκδ. Καστανιώτη.
11. McQuail, (Αθήνα 2003) *Η θεωρία της μαζικής επικοινωνίας για τον 21ο αιώνα*, Μεταξά Κ. (μτφ.) Παπαθανασόπουλος Στ. (επιμ.), εκδ. Καστανιώτη.

12. Meyer T., (Αθήνα 2000) *Η πολιτική ως θέατρο*, εκδόσεις
13. Ναυρίδης, Κ., *Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία*, Παπαζήση, Αθήνα: 1994
14. Nettleton, S. , *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα: 2002
15. Παπαδάτου Δανάη & Αναγνωστόπουλος Φώτιος, (Αθήνα 1999) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
16. Παπαστάμου, Σ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα: 2001
17. Παρασκευόπουλος, Ι., Ν., *Εξελικτική Ψυχολογία*, τομ. 1, Αθήνα: 1983
18. Παρασκευόπουλος, Ι., Ν., *Εξελικτική Ψυχολογία*, τομ. 4, Αθήνα: 1983
19. Περαντζάκη – Καρατζόγλου Ιωάννα, (Αθήνα 2001) *Κοινωνική ανομία και ναρκωτικά: σύγχρονες κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της κοινωνικής πραγματικότητας*, εκδόσεις Καστανιώτη.
20. Τερζίδου Μαρίνα & Κοκκέβη Άννα, (Αθήνα Ιούνιος 2001) Παγκόσμια έρευνα για την υγεία στο μαθητικό πληθυσμό, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
21. Τούντα Γ. (1987) *Μεθοδολογία αγωγής υγείας: Μέθοδοι αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς*, *Materia Medica Greca*, 15(3), 197-201.
22. Τούντα Γ. (1988) *Μεθοδολογία αγωγής υγείας: Μέθοδοι επικοινωνίας*, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 5(2), 166-170.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Adams L. and Smithies J. (1990): *Community Participation and Health Promotion*. Health Education Authority, London.
2. Anderson D.C. (ed.) (1979): *Health Education in Practice*. Croom Helm, London.
3. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, (2003) "Youth Risk and Protective Factors", AADAC Research Services (780).
4. Baldwin J. and Williams H. (1988): *Active Learning: A Trainer's Guide*. Basil Blackwell, Oxford.
5. Bonnie, Benard (1991) "Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School and Community", NIDA, Research Monograph 47, U.S. Department of Health and Human Services.
6. Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M. & Cohen, P. (1990) "The psychological etiology of adolescent drug use: A family interactional approach". *Genet Soc Psycho. Monogram*. 116(2): 11-267.

7. Buchanan, J. & Joung, L. (2000a), "Examining the relationship between material conditions, long-term problematic drug misuse and social exclusion: A new strategy for social inclusion". In EMCDDA Scientific Monograph Series No.4. Understanding and responding to drug use: the relevance of qualitative research. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities (Chapter 7).
8. Capper S. (1989): Starting and Running a Voluntary Group. Bedford Square Press, London.
9. Catford J. and Nutbeam D. (1984): Towards a definition of health education and health promotion. *Health Education Journal*, 43: 38-45.
10. David K. and Williams T. (1987): *Health Education in Schools*. Harper & Row, London.
11. Doxiadis S. (1987): *Ethical Dilemmas in Health Promotion*. John Wiley & Sons, Chichester.
12. Ellington H. (1985): *Producing Teaching Materials*. Kogan Page, London.
13. Ewles L. and Simnett I. (1992): *Promoting Health: A Practical Guide*. Scutari Press, Harrow.
14. Green C. (1987): What can Patient Educators Learn from 10 years of Compliance Research? *Patient Education and Counselling*, 10: 167-174.
15. Green L.W., Kreuter M.W., Deeds S.E., Partridge K.B. (1980): *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Mayfield, Palo Alto. Nutbeam D., Smith C., Catford J. (1990): Evaluation in health education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44: 83-86.
16. Hawkins, David J., Catalano, Richard E. & Miller, Janet Y. (1992) "Risk and Protective Factors for Alcohol and other Drug in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention", *Psychological Bulletin*, Vol. 112, No. 1, pp. 64-105.
17. Henderson, S. (2005) "Drugs Prevention in Rural Areas: An evaluation Report. Final Report of the Home Office Drugs Prevention Initiative". *Journal of Public Health*, 35(1), pp. 37-60.
18. Jean N. & Salisbury C. (2004) "A health needs assessment of street-based prostitutes: a cross- sectional survey". *Journal of Public Health*, 26(2), pp. 147-151.
19. Kelly P.J. and Lewis J.L. (1987): *Education and Health*. Pergamon Press, Oxford.
20. Kenneth W. Griffin, Gilbert J. Bptvin, Lawrence M. Scheier, Tracy Diaz & Nicole L. Miller (2000) "Parenting Practices as Predictors of Substance Use, Delinquency and Aggression Among Urban Minority Youth: Moderating Effects of

- Family Structure and Gender“, *Psychology of Addictive Behaviours*, Vol. 14, No. 2, pages 174-184.
21. Kipke, M.D., Montgomery, S.B., Simon, R.R. & Iverson, E.F. (1997) “Substance abuse disorders among runaway and homeless youth”, *Misuse* 32:965-982.
 22. Leather D.S., Hastings G.B., Davies J.K. (1986): *Health Education and the Media*. Pergamon Press, Oxford.
 23. Ley P. (1988): *Communicating with Patients*. Croom Helm, London.
 24. Lloyd C. (1998) “Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups”. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 5(3), pp. 217-231.
 25. March, Joan-Charles, Oviedo-Joekes, Eugenia & Romero, Manuel (2006) “Drugs and Social Exclusion in Ten European Cities”, *European Addiction Research*, Vol. 12, No. 1.
 26. Mathias, Robert (1996) “Protective Factors Can Buffer High-Risk Youths From Drug Use”, NIDA, U.S. Department of Health and Human Services.
 27. May T., Edmunds, M. & Hough, M. (1999) “Street Business: The link between sex and drug markets”. *Police Research Series*, Paper 118.
 28. McCann R. (1988): *Graphics Handbook*. Health Education Authority, London.
 29. McPartland P.A. (1991): *Promoting Health in the Workplace*. Harwood Academic, Chur.
 30. McCrystal Patrick (2003) “Social Exclusion: A holistic approach to understanding adolescent drug use”, *Radical Statistics*, Issue 85, Queen’s University Belfast, UK.
 31. McPartland P.A. (1991): *Promoting Health in the Workplace*. Harwood Academic, Chur.
 32. McDonald Lynn (2002) “Risk and Protective Factors for Drug Abuse Prevention Addresses in FAST”, NIDA, U.S. Department of Health and Human Services.
 33. Miller, B.A., Downs, W.R., Gondoli, D.M. & Kelly, A. (1987) “The role of childhood sexual abuse in the development of alcoholism in women”. *Violence and Victims*, 2, pp. 157-172.
 34. NHSDA, “Risk and Protective Factors for Adolescent Drug Use, Findings from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse”, Office of Applied Studies, USA.
 35. Nutbeam D. (Ed) (1987): *Health Promotion: Concept and Principles in Action*. WHO, Copenhagen.

36. Oetting, E. R., Edwards, R. W., Kelly, K. & Beauviaus, F. "Risk and Protective Factors for Drug Use Among Rural American Youth", NIDA, U.S. Department of Health and Human Services.
37. Pandina, Robert (1998) "Risk and Protective Factor Models in Adolescent Drug Use: Putting Them to Work for Prevention", NIDA, U.S. Department of Health and Human Services.
38. Parrott, A.C., Sisk, E. & Turner, J.J.D. (2000) "Psychobiological problems in heavy "ecstasy" (MDMA) polydrug users", *Drug and Alcohol Dependence* 60, pp. 105-110.
39. Strehlow M.S. (1983): *Education for Health*. Harper & Row, London.
40. Tannahill A. (1985): *What is Health Promotion*. *Health Education Journal*, 44: 167-168.
41. Tones K, Tilford S., Robinson Y. (1990): *Health Education: Effectiveness and Efficiency*. Champan & Hall, London.
42. Tountas Y. (1990): *Health Education and Self Care*. In *Ethics in Health Education*. Doxiadis S. (ed). John Wiley & Sons, Chichester.
43. Tountas Y, Garanis T., Dalla-Vorgia P. (1993): *Health Promotion, Society and Health Care Ethics*. In *Principles of Health Care Ethics*, Gillon R. (Ed), John Willey & Sons, Chichester.
44. World Health Organization, (2006) *Management of Substance Use*.
45. World Health Organization, (2006) *Working for Health: An Introduction to the World Health Organization*.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. www.irefrea.com
2. http://www.dpfma.org/pdf/media_camp_eval.pdf
3. www.okana.gr/prolipsi
4. http://www.dpfma.org/pdf/media_camp_eval.pdf (Varshavsky, T., "Evaluating the National Youth Anti Drug Media Campaign")
5. http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes
6. <http://www.who.int>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έρευνα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. για τα κοινωνικογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. τα έτη 1995-2002

Η παρούσα έρευνα μελετά τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συμπεριφορά στη χρήση ουσιών των ατόμων που απευθύνθηκαν στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. στη διάρκεια οκτώ ετών, από το 1995 έως και το 2002. Στόχος της μελέτης είναι:

- η καταγραφή και η παρακολούθηση του αριθμού και των χαρακτηριστικών των ατόμων που ζητούν θεραπεία
- η συγκριτική ανάλυση των δεδομένων ανά έτος, με έμφαση τόσο στις μεταβολές που παρατηρούνται στις εξεταζόμενες μεταβλητές όσο και στις συσχετίσεις που αναπτύσσονται στη διάρκεια των ετών και
- η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, με γνώμονα την καλύτερη ανταπόκριση στα χαρακτηριστικά και στις ανάγκες των ατόμων.

Χρόνος Διεξαγωγής της Έρευνας

Η έρευνα για την εκτίμηση των προβλημάτων και των αναγκών για θεραπεία διεξάγεται συστηματικά σε όλη τη διάρκεια του έτους, σε όλα τα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν την περίοδο από 1 Ιανουαρίου 1995 μέχρι και 31 Δεκεμβρίου 2002.

Πληθυσμός

Ο πληθυσμός της έρευνας περιλαμβάνει το σύνολο των ατόμων που απευθύνθηκαν στα δεκατέσσερα (14) συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. από το 1995 έως και το 2002. Τα συμβουλευτικά κέντρα βρίσκονται στις περιοχές της Αθήνας, του Πειραιά, του Βόλου, της Λάρισας, της Θεσσαλονίκης, του Ηράκλειου Κρήτης, της Καβάλας και της Αλεξανδρούπολης.

Συλλογή και Επεξεργασία Δεδομένων

Τα δεδομένα των ετών 1995-2002 εμφανίζουν σταθερή αύξηση στον αριθμό των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα και ζητούν θεραπεία. Από το 2000, ωστόσο, παρατηρείται μείωση του αριθμού των χρηστών που απογράφονται στην έρευνα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη διάρκεια της οκταετίας 1995-2002, η αναλογία των φύλων στον πληθυσμό των ατόμων που προσέγγισαν τα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι περίπου 8 άντρες προς 2 γυναίκες και παρουσιάζεται σταθερή σε όλα τα έτη. Το 1995 οι άντρες αντιπροσωπεύουν το 84,8% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και οι γυναίκες το 15,2%. Το 2002 το 83,4% του δείγματος είναι άντρες και το 16,6% γυναίκες.

Το γεγονός ότι στη χώρα μας η ηρωίνη αποτελεί την επικρατέστερη κύρια ουσία κατάχρησης δικαιολογεί την υποεκπροσώπηση των γυναικών στον πληθυσμό των χρηστών και την αριθμητική υπεροχή των αντρών, στοιχείο που χαρακτηρίζει παγκοσμίως τον πληθυσμό που κάνει χρήση ηρωίνης και οπιοειδών. Η ίδια αναλογία στην κατανομή κατά φύλο εμφανίζεται και στον πληθυσμό των χρηστών που έκαναν αίτηση για θεραπεία το έτος 2001, στο σύνολο σχεδόν των θεραπευτικών δομών που λειτουργούν στην Ελλάδα, όπου το 84,6% είναι άντρες και το 15,2% γυναίκες (ΕΚΤΕΠΝ 2002).

Αντίθετα, μεγαλύτερη εκπροσώπηση των γυναικών παρατηρείται στον πληθυσμό των εφήβων, αν και η αναλογία των φύλων σε αυτή την ομάδα εμφανίζει μεγαλύτερες διακυμάνσεις ανά έτος, σε σύγκριση με τον πληθυσμό των ενηλίκων. Έτσι, το 1995 το 66% των ατόμων ηλικίας μέχρι 19 ετών ήταν άντρες και το 34% γυναίκες. Αντίστοιχα για το 2002 το 74,5% ήταν άντρες και το 25,5% γυναίκες.

Η εξέταση της **ηλικίας** των ατόμων που συμμετέχουν στη μελέτη φανερώνει σαφή μεταβολή στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού των χρηστών που έκαναν αίτηση για θεραπεία στη διάρκεια των οκτώ ετών. Η μέση ηλικία των ατόμων ήταν 26,7 έτη το 1995 και μειώνεται ανά έτος, για να φτάσει στα 24,7 έτη το

2002,συνιστώντας συστηματική τάση που χαρακτηρίζει όλη την περίοδο (ΚΕ.Θ.Ε.Α.2000).

Ειδικότερα, ενώ στην αρχή της εξεταζόμενης περιόδου η πλειονότητα των ατόμων ανήκει σε υψηλότερο ποσοστό στην ηλικιακή ομάδα των 25-29 ετών, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μεγαλύτερη προσέλευση ατόμων νεαρότερης ηλικίας. Έτσι, η επικρατέστερη ηλικιακή κατηγορία των χρηστών που προσεγγίζουν τα συμβουλευτικά κέντρα είναι μεταξύ 20 και 24 ετών (43,2%το 2002). Το ποσοστό των ατόμων αυτής της ηλικιακής ομάδας σχεδόν διπλασιάζεται το 2002 σε σχέση με την αντίστοιχη τιμή του 1995 (24,2%).

Όσον αφορά την **ηλικιακή κατανομή κατά φύλο**, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες απευθύνονται στα συμβουλευτικά κέντρα σε νεαρότερη ηλικία από τους άνδρες, τάση η οποία παραμένει σταθερή κατά την εξεταζόμενη περίοδο. Η διαφορά στη μέση ηλικία αντρών και γυναικών είναι περίπου δύομισι έτη, με ελαφρά μείωση τα τελευταία χρόνια. Έτσι, το 2002 η μέση ηλικία των γυναικών που έκαναν αίτηση για θεραπεία ήταν 22,8 έτη και των αντρών 25,1 έτη.

Η συντριπτική πλειονότητα των ατόμων που προσέρχονται σε θεραπεία έχει ελληνική **υπηκοότητα**, ενώ μικρό ποσοστό είναι αλλοδαποί, κατά κύριο λόγο άντρες. Το ποσοστό των ελλήνων υπηκόων παραμένει στο ίδιο επίπεδο από το 1995 (97,2%) έως και το 2002 (98,3%).

Η χαμηλή εκπροσώπηση των **αλλοδαπών** στο σύνολο των ατόμων που προσέγγισαν τα συμβουλευτικά κέντρα έρχεται σε αντίθεση με τον αυξανόμενο πληθυσμό των αλλοδαπών που βρίσκονται στις ελληνικές φυλακές για παραβάσεις του νόμου περί ναρκωτικών, καθώς και με το εκτιμώμενο ποσοστό των αλλοδαπών που εμπλέκονται στη χρήση ή στη διακίνηση ναρκωτικών (EMCDDA 2002). Οι δυσκολίες πρόσβασης αυτών των πληθυσμών στις υπηρεσίες απεξάρτησης ανάγονται στα ιδιαίτερα κοινωνικά χαρακτηριστικά, στα πολιτισμικά πρότυπα και στις αξίες των διαφορετικών εθνοτικών ομάδων, καθώς και στις επιπτώσεις της κοινωνικής απομόνωσής τους ως μεταναστών στη χώρα μας. Για το λόγο αυτό, είναι αναγκαία η εφαρμογή ερευνητικών προγραμμάτων για την καταγραφή των διαστάσεων της τοξικοεξάρτησης σε διαφορετικές εθνοτικές ομάδες, η ενίσχυση του συστήματος επιδημιολογικής παρακολούθησης της εξάρτησης σε αυτούς τους πληθυσμούς και η δημιουργία εξειδικευμένων παρεμβάσεων και υπηρεσιών που θα ανταποκρίνονται στις πολιτισμικές τους ιδιαιτερότητες και θα λαμβάνουν υπόψη τις συνέπειες της μετανάστευσης σε σχέση με την τοξικοεξάρτηση (EMCDDA 2002, Πουλόπουλος 2000).

Όσον αφορά την **περιοχή κατοικίας** των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, εμφανίζεται μεγαλύτερη εκπροσώπηση αυτών που κατοικούν στην ευρύτερη

περιοχή της πρωτεύουσας (59,6% το 2002). Αν και το ποσοστό αυτής της ομάδας μειώνεται ελαφρά μετά το 1999, παραμένει στο ίδιο υψηλό επίπεδο κατά τη διάρκεια των ετών (περίπου 6 στα 10 άτομα).

Παράλληλα, αύξηση σημειώνεται στον αριθμό των ατόμων που κατοικούν στις άλλες αστικές περιοχές της χώρας. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχούσε σε ποσοστό 19,5% του συνόλου των χρηστών το 1995 και ανέρχεται σε 28,7% για το έτος 2002. Αντίστοιχα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ για το δείκτη αίτησης θεραπευτικής βοήθειας σε χρήστες ναρκωτικών το 2000 και το 2001, από τους χρήστες που προσεγγίζουν τις υπηρεσίες απεξάρτησης (στην πλειονότητα των προγραμμάτων που λειτουργούν στη χώρα), οι 8 στους 10 είναι κάτοικοι του νομού Αττικής και του νομού Θεσσαλονίκης. Το 2000, μόλις το 8,6% κατοικεί σε άλλες αστικές περιοχές και το 6,1% σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (ΕΚΤΕΠΝ 2001, 2002). Η μεγάλη συγκέντρωση του πληθυσμού των χρηστών στην πρωτεύουσα και τη συμπρωτεύουσα σχετίζεται και με τη μακροχρόνια ύπαρξη προγραμμάτων απεξάρτησης σε αυτές τις περιοχές. Για το λόγο αυτό, οι μεταβολές στην κατανομή των ατόμων αναφορικά με την περιοχή κατοικίας χρειάζεται να εκτιμηθούν σε σχέση με την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, αυτή η εικόνα αποτελεί και ένδειξη της γεωγραφικής κατανομής του πληθυσμού των εξαρτημένων στη χώρα μας και παραπέμπει στη στρατηγική ανάπτυξης υπηρεσιών απεξάρτησης, ως ανταπόκριση σε τοπικά αιτήματα.

Το **μορφωτικό επίπεδο** των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα βελτιώνεται στη διάρκεια των εξεταζόμενων ετών. Το 1995 η πλειονότητα των ατόμων ήταν απόφοιτοι δημοτικού ή γυμνασίου, ενώ πολύ μικρό ποσοστό είχε κάνει ανώτερες σπουδές. Αντίθετα, το 2002 το 25,6% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 36,8% απόφοιτοι γυμνασίου, το 25,6% απόφοιτοι λυκείου και ποσοστό 12,1% έχει ολοκληρώσει τη φοίτηση στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου αποτελεί διαχρονική τάση που χαρακτηρίζει και τα δύο φύλα. Ωστόσο, οι γυναίκες φαίνεται να έχουν γενικά υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με τους άντρες. Το 1995 το ποσοστό των γυναικών που έχουν ολοκληρώσει το λύκειο είναι 44,8% σε σχέση με ποσοστό 29,3% για τους άνδρες. Αντίστοιχα, το 2002 τα ποσοστά είναι 51% για τις γυναίκες και 35,1% για τους άντρες. Ειδικά τα τελευταία χρόνια μετά το 1998, αυξάνεται σημαντικά το ποσοστό των γυναικών που έχουν ολοκληρώσει σπουδές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (17,3% το 2002), και ιδιαίτερα των γυναικών ηλικίας άνω των 30 ετών. Τα παραπάνω στοιχεία σχετίζονται με την παράλληλη τάση αύξησης της μέσης ηλικίας διακοπής του σχολείου στη διάρκεια αυτής της περιόδου. Σύμφωνα με τα στοιχεία, η μέση ηλικία των χρηστών που διακόπτουν το σχολείο είναι 15,22 έτη το 1995 και 15,44 έτη το 2002, ενώ η μέση

ηλικία των γυναικών, όταν απομακρύνονται από το σχολικό πλαίσιο, είναι μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή των ανδρών.

Αναφορικά με την **επαγγελματική κατάσταση** των ατόμων, παρατηρούμε ότι στη διάρκεια των ετών, περίπου οι 7 στους 10 είναι άνεργοι ή απασχολούνται σε περιστασιακή εργασία. Το 2002, το ποσοστό των ανέργων είναι 65,6%, το 8,1% έχει περιστασιακή εργασία, το 9,1% είναι φοιτητές/τριες ή σπουδαστές/στρίες και μόνο το 16% έχει σταθερή απασχόληση. Η σταθερή απασχόληση αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία και διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με το φύλο. Το ποσοστό των ανδρών που δηλώνουν σταθερή απασχόληση (17,7% το 2002) αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία και είναι συνολικά υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών (7%). Αντίστοιχα, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα ανεργίας από τους άντρες (68,9% το 2002), ενώ είναι σε υψηλότερο ποσοστό φοιτήτριες ή σπουδαστριες (18,4% το 2002), ειδικά στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 19 ετών. Για τους περισσότερους χρήστες το επάγγελμα που έχουν ασκήσει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη ζωή τους χωρίς διακοπή (συστηματικά με πλήρη απασχόληση) ήταν κάποιου είδους ανειδίκευτη εργασία. Το τελευταίο επάγγελμα που ασκούσαν πριν από την επαφή τους με τα συμβουλευτικά κέντρα ήταν επίσης ανειδίκευτη εργασία, περίπου για τους μισούς άντρες (51% το 2002) και σε υψηλότερα ποσοστά για τις γυναίκες (61%). Αυτό το στοιχείο αποτελεί σταθερό χαρακτηριστικό της επαγγελματικής κατάστασης των χρηστών σε όλα τα έτη της εξεταζόμενης περιόδου. Διαπιστώνουμε έτσι ότι, ενώ οι γυναίκες έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο από τους άντρες, εργάζονται σε τομείς που απαιτούν χαμηλότερη ή καθόλου ειδίκευση. Από αυτή την άποψη, ειδικά για τις γυναίκες φαίνεται ότι το είδος της εκπαιδευτικής τους κατάρτισης δεν συνδέεται με το είδος της επαγγελματικής τους απασχόλησης.

Κύρια ουσία κατάχρησης

Η επικρατέστερη κύρια ουσία κατάχρησης που αποτελεί πρόβλημα για τον πληθυσμό των χρηστών (ειδικά τους ενήλικες) και για την οποία ζητούν θεραπεία είναι η ηρωίνη. Η ηρωίνη διατηρεί την πρώτη θέση σε όλη τη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου ως η κύρια ουσία κατάχρησης, με μεγάλη απόσταση από όλες τις άλλες ουσίες. Παρά την υψηλή επικράτηση της ηρωίνης, τα ποσοστά κατάχρησης της ουσίας σημειώνουν διακυμάνσεις μεταξύ των ετών. Ειδικότερα, ενώ στα μέσα της εξεταζόμενης περιόδου υπήρξε μείωση στα ποσοστά κατάχρησης της ηρωίνης, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται νέα αύξηση που φέρνει τα ποσοστά σε τιμές ανάλογες με αυτές του 1995 (από 82,9% το 1995 στη χαμηλότερη τιμή της

οκταετίας με ποσοστό 72,3% το 1998, ενώ αυξάνεται για να φτάσει το 86,3% το 2001 και το 82% το έτος 2002).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της διαχρονικής μελέτης αναδεικνύουν στοιχεία μεταβολής στη συμπεριφορά, στα πρότυπα και στις συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνονται στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. στη διάρκεια της οκταετίας. Παρατηρούμε ότι σημειώνονται διακυμάνσεις στα ποσοστά χρήσης της ηρωίνης ως κύριας ουσίας και στη διάρκεια χρήσης, μειώνεται το ποσοστό ενδοφλέβιας χρήσης, αλλά αυξάνεται το ποσοστό κατάχρησης ηρωίνης στην εφηβεία, και η έναρξη της παράνομης χρήσης γίνεται σε μικρότερη ηλικία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ανάλογες τάσεις παρατηρούνται στο συνολικό πληθυσμό των εξαρτημένων στη χώρα μας (ΕΚΤΕΠΝ 2002), ενώ η κατάσταση σχετικά με τα ναρκωτικά στην Ελλάδα φαίνεται να ακολουθεί γενικά τάσεις και μεταβολές στο πεδίο της τοξικοεξάρτησης που σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες προηγήθηκαν (EMCDDA 2000,2002).

Η υψηλή επικράτηση της ηρωίνης, παρόλες τις διακυμάνσεις ανά έτος, αποτελεί μάλλον σταθερό χαρακτηριστικό των ελλήνων χρηστών, παρά τις ενδείξεις προηγούμενων ερευνών για τη μείωση της επικράτησης της ηρωίνης ή τη στροφή προς άλλες ουσίες (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2000).

Από την άλλη πλευρά, η παρατηρούμενη στροφή προς ασφαλέστερους τρόπους χρήσης επιδέχεται σειρά ερμηνειών: Η διαθεσιμότητα φτηνής ή καπνιστής ηρωίνης στην τοπική αγορά των ναρκωτικών επηρεάζει το βαθμό προτίμησης στην ουσία και στο συγκεκριμένο τρόπο χρήσης της. Επιπλέον, η υιοθέτηση λιγότερο επικίνδυνων συμπεριφορών ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα των παρεμβάσεων μείωσης της βλάβης και φροντίδας της υγείας των χρηστών. Η ευρωπαϊκή εμπειρία έχει καταδείξει ότι η μεγάλη ανάπτυξη, την τελευταία δεκαετία, στρατηγικής και δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, τόσο στο πεδίο της τοξικοεξάρτησης όσο και της δημόσιας υγείας γενικά (Weil et al 1999), έχει συμβάλει στην εκπαίδευση του πληθυσμού. Αυτό έχει επιφέρει αλλαγές στη στάση και στη συμπεριφορά τόσο όσον αφορά γενικά θέματα υγείας όσο και ως προς τη χρήση ουσιών ειδικότερα.

Ένα άλλο στοιχείο που προκύπτει αφορά την παράλληλη χρήση διαφορετικών ουσιών, η οποία απασχολεί τους επιστήμονες και τους επαγγελματίες στο χώρο της τοξικοεξάρτησης σε σχέση με τους κινδύνους που εγκυμονεί για τη δημόσια υγεία αλλά και λόγω της συνάρτησής της με φαινόμενα υπερβολικής δόσης και θανάτων από τα ναρκωτικά. Οι επιπτώσεις της παράλληλης χρήσης στον πληθυσμό των προβληματικών χρηστών αλλά και σε όσους κάνουν χρήση σε

ψυχαγωγικούς χώρους (σύμφωνα με τη διάκριση που κάνει το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα ναρκωτικά), αυξάνουν το ατομικό και το κοινωνικό κόστος της εξάρτησης και επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων (EMCDDA 2002).

Η νέα Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα ναρκωτικά 2005-2012

Καταγραφή Δεδομένων

I.Κρίσιμα Στοιχεία για το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση

- ο Διεθνής εκτός ορίων επέκταση παραγωγής, διακίνησης και διάθεσης
- ο Αύξηση διαθεσιμότητας
- ο Αύξηση καθαρότητας των ναρκωτικών ουσιών
- ο Πτώση των τιμών στην αγορά
- ο Η εμφάνιση νέων μορφών ναρκωτικών ουσιών π.χ. συνθετικά
- ο Πτώση της ηλικίας (12 – 13 ετών) των χρηστών
- ο Συνδυασμός και χρήση πολλών ουσιών (Πολυτοξικομανία – χαοτική πολυτοξικομανία)
- ο Η κοκαΐνη γίνεται το δημοφιλέστερο διεγερτικό για πολλούς νέους με αυξητική τάση της χρήσης αμφεταμινών και έκστασης
- ο Η κάνναβη παραμένει το πιο διαδεδομένο ναρκωτικό.
- ο Γύρο στα 2 εκατ. Υπολογίζονται οι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών, ενώ 850.000 έως 1,3 εκατ. υπολογίζονται αυτοί που κάνουν ενδοφλέβια χρήση.

II.Κρίσιμα Στοιχεία για το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση

- ο Η χρήση παράνομων ουσιών από τους Έλληνες μαθητές ανέρχεται στο 10%.
- ο Το ποσοστό των αγοριών είναι σχεδόν διπλάσιο από εκείνο των κοριτσιών,
- ο Η κάνναβη παραμένει διαχρονικός η πλέον διαδεδομένη παράνομη ουσία.
- ο Το 8,6% των ατόμων ,12 – 64 ετών, έχουν χρησιμοποιήσει μια ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη ουσία, (13,3% άνδρες και 3,9% γυναίκες) με επικρατέστερη πάντοτε την κάνναβη.

- ο Η επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή των άλλων παράνομων ουσιών κυμαίνεται σε ποσοστό κάτω του 1%.
- ο Ο αριθμός των προβληματικών χρηστών κυμαίνεται περισσότερο από 20.000 με τη μέθοδο των πολλαπλών εγγράφων.

Ευρωπαϊκή Στρατηγική

Η νέα Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα ναρκωτικά 2005-2012 που καταστρώθηκε για να αποτελέσει βάση για δύο διαδοχικά τετραετή σχέδια δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, βασίζεται κατά κύριο λόγο στις θεμελιώδεις αρχές του δικαίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και προασπίζει από κάθε άποψη τις ιδρυτικές αξίες της Ένωσης και συγκεκριμένα τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, την ελευθερία, τη δημοκρατία, την ισότητα, την αλληλεγγύη, το κράτος δικαίου και τα ανθρώπινα δικαιώματα.]

Έχει ως στόχο την προστασία και βελτίωση της ευημερίας της κοινωνίας και των ατόμων, την προστασία της δημόσιας υγείας, την παροχή ασφαλείας υψηλού επιπέδου για το ευρύ κοινό και την υιοθέτηση ισόρροπης, ολοκληρωμένης προσέγγισης του προβλήματος των ναρκωτικών.

Η ευρωπαϊκή στρατηγική βασίζεται επίσης στις σχετικές συμβάσεις των Ηνωμένων Εθνών του 1961, 1971, 1972 και 1988, οι οποίες αποτελούν σημαντικότερες νομικές πράξεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Πυλώνες, εξ άλλου της Στρατηγικής αποτελούν εκείνες που καθόρισε η Ειδική Σύνοδος της Γ.Σ. των Η.Ε. για τα ναρκωτικά το 1998, δηλαδή η μείωση της προσφοράς και της ζήτησης, ως αλληλοενισχυόμενα στοιχεία της πολιτικής στον τομέα των ναρκωτικών, πολιτικής που οδηγεί σε μια ολοκληρωμένη και ισόρροπη προσέγγιση του προβλήματος.

Προφανές είναι επίσης ότι η Ευρωπαϊκή Στρατηγική αντανάκλα και την Απόφαση της Λισσαβώνας για την "Οικονομία της Γνώσης" 2002-2010 και τους τρεις πυλώνες της:

- 1. Έρευνα**
- 2. Καινοτομία**
- 3. Διάχυση της πληροφορίας** (για την οποία θα διατεθούν 5-10 δισεκ. Ευρώ)

Διάχυτη είναι η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά και η επίδραση του Συμφώνου Σταθερότητας. Βασίζεται στο Ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο ενώ διαφαίνονται σ' αυτό οι αρχές της προσφοράς υπηρεσιών και της απελευθέρωσης της αγοράς, της συναίνεσης και του συμβιβασμού.

Αναμφίβολα, το παγκόσμιο πρόβλημα των ναρκωτικών αντιμετωπίζεται κατά πρώτο λόγο σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, αναγκαία όμως λόγω της παγκοσμιότητάς του και η διακρατική και ακόμα η οικουμενική του αντιμετώπιση.

Την Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά ακολουθεί αναποδράστως και η Ελληνική Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά, λαμβάνοντας πάντοτε υπ' όψη τις ιδιαίτερες παραμέτρους της χώρας μας.

Βασικός οδηγός της Εθνικής Στρατηγικής για την αντιμετώπιση του προβλήματος των εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί η **Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά (2005 – 2012)** που στηρίζεται σε δύο πυλώνες, τη Μείωση της Ζήτησης και τη Μείωση της Προσφοράς.

Προυποθέσεις αναγκαίες για την ανάπτυξη αυτής της Στρατηγικής η διεθνής συνεργασία , η έρευνα, η πληροφόρηση και η αξιολόγηση

Η Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά, όπως και η Ευρωπαϊκή Στρατηγική **στοχεύουν:**

- α.** Στην προστασία της υγείας των πολιτών και
- β.** Στην ευημερία των πολιτών, καθώς και
- γ.** Στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής

Για την επίτευξη των παραπάνω πρώτη αναγκαιότητα αποτελεί η πρόληψη της διάδοσης των ναρκωτικών, που διακρίνεται βασικά σε **Πρόληψη και Μείωση:**

- 1.** της χρήσης
- 2.** της εξάρτησης
- 3.** της βλάβης της υγείας
- 4.** της κοινωνικής βλάβης

Πρωταρχικές μέριμνες

- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μέτρων **μείωσης της ζήτησης** και της **πρόσβασης** στα ναρκωτικά.
- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων **πρόληψης στα σχολεία**, σε συνδυασμό με τη περαιτέρω ανάπτυξη της συμβουλευτικής για τους γονείς. Η ενίσχυση των προγραμμάτων εκπαίδευσης ομότιμων (peer education), ώστε οι ίδιοι οι νέοι να μάθουν να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα στους χώρους εκπαίδευσης, εργασίας και διασκέδασης.
- **Μνημόνιο συνεργασίας** του Υπουργείου μας με το **Υπουργείο Παιδείας** θα καθορίσει τις λεπτομέρειες αυτής της δράσης.
- Καθιέρωση, ανάπτυξη και βελτίωση επιλεγμένων **προγραμμάτων πρόληψης** και νέας τεχνικής για ειδικές ομάδες στόχου, με τη χρήση π.χ. διαφορετικών Μ.Μ.Ε. καθώς και νέων τεχνολογιών πληροφόρησης.
- **Ανάπτυξη** προγραμμάτων **πρόληψης και συμβουλευτικής για τους νέους** που έχουν για διάφορους λόγους εγκαταλείψει το σχολείο (και που ο αριθμός τους συνεχώς αυξάνεται), για τους εργαζόμενους και στρατευμένους νέους.
- Μνημόνιο Συνεργασίας με το ΥΠΕΘΑ θα καθορίσει σύντομα τις λεπτομέρειες μιας συστηματικής παρέμβασης πρόληψης στις Ε.Δ..
- Βελτίωση **μεθόδων έγκαιρης ανίχνευσης παραγόντων** επικινδυνότητας και η ανάπτυξη συστημάτων έγκαιρης παρέμβασης στις περιπτώσεις αυτές.
- Εξασφάλιση της διαθεσιμότητας και της πρόσβασης σε ποικίλου προσανατολισμού ψυχοκοινωνικών και φαρμακολογικών **προγραμμάτων θεραπείας** καθώς και **προγραμμάτων** αποκατάστασης βασισμένων στα σύγχρονα πορίσματα της επιστήμης και με συγκεκριμένους πάντοτε στόχους.
- Άμεση ανάπτυξη συστηματικής **αξιολόγησης των θεραπευτικών μονάδων** για εξασφάλιση της αποτελεσματικής διάδοσης των βέλτιστων πρακτικών.

- Σεβασμός στο **«δικαίωμα στη θεραπεία»** όλων των εξαρτημένων. Εξαφάνιση της παράνομης «λίστας» αναμονής. Θέσεις θεραπείας για όλους.
- Καθιέρωση στρατηγικής και οδηγίες για αυξημένη διαθεσιμότητα και πρόσβαση στις υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης **για εξαρτημένους που δεν καλύπτονται** από τις υπάρχουσες υπηρεσίες. Με τελικό πάντα στόχο την κάλυψη των αναγκών όλων των εξαρτημένων με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα.
- Επέκταση δράσεων **«εργασίας στο δρόμο» (street work)** από τους εξειδικευμένους θεραπευτές, ώστε να μπορούμε να πλησιάσουμε και τα πλέον περιθωριοποιημένα άτομα.
- Διαθεσιμότητα σε προσβάσιμες υπηρεσίες **«μείωσης της βλάβης»**, ώστε να επιτυγχάνεται έγκαιρα και αποτελεσματικά η πρόληψη των κινδύνων υγείας από τα ναρκωτικά, καθώς και των κοινωνικών κινδύνων.
- Προγράμματα για την **πρόληψη της διάδοσης HIV / AIDS, της ηπατίτιδας C** και άλλων αιματογενών λοιμώξεων και νόσων, σε συνεργασία με το ΚΕΕΛΠΝΟ.
- **Μείωση** του αριθμού των **θανάτων** που αμέσως ή εμμέσως συνδέονται με τα ναρκωτικά.
- Αντιμετώπιση του στιγματισμού με παράλληλη **μείωση της δημόσιας παρενόχλησης**.
- **Αποτύπωση** της υπάρχουσας κατάστασης σε σχέση με τις αναπαραστάσεις της κοινής γνώμης.
- Συνεργασία με τους φορείς και την κοινωνία των πολιτών, με **άμεση έναρξη διαλόγου** για ενίσχυση της συνεργασίας με το σύστημα.
- **Περαιτέρω ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων** για τους ουσιοεξαρτημένους, αντί του εγκλεισμού τους στις φυλακές και παροχή στους κρατούμενους θεραπειών απεξάρτησης. Πλήρης ανάπτυξη των

υπηρεσιών της Μονάδος Απεξάρτησης Κρατουμένων στον Ελαιώνα Θηβών.

➤ **Εκσυγχρονισμός της νομοθεσίας.**

Σχετικό μετά παραπάνω Μνημόνιο Συνεργασίας θα υπογραφεί με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.

Επιστημονική προσέγγιση

Η παρακολούθηση, αξιολόγηση και επιστημονική έρευνα αποτελούν μια ακόμα συμπληρωματική και απολύτως απαραίτητη στόχευση της Στρατηγικής μας, συγκεκριμένα:

- α. Παροχή αξιόπιστων και συγκρίσιμων δεδομένων σχετικά με τους βασικούς επιδημιολογικούς δείκτες στον τομέα των ναρκωτικών, καθώς και για τις νεοεμφανιζόμενες τάσεις και συνήθειες στη χρήση και τις αγορές.
- β. Προαγωγή της επιστημονικής έρευνας σχετικά με τους βιοιατρικούς, ψυχολογικούς και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την ουσιοεξάρτηση.
- γ. Προαγωγή της έρευνας για τον εντοπισμό των προστατευτικών συντελεστών όπου υπάρχει χαμηλός επιπολασμός HIV/AIDS μεταξύ των χρηστών.
- δ. Εκτίμηση των δημοσίων δαπανών στον τομέα των ναρκωτικών.

Οι εξελίξεις στον τομέα της ουσιοεξάρτησης απαιτούν τη δημιουργία εξειδικευμένων επαγγελματιών, όπως την άμεση εισαγωγή του θέματος των εξαρτήσεων στις προπτυχιακές και μεταπτυχιακές σχολές των επαγγελματιών υγείας, καθώς και των κοινωνικών επιστημών.

Στον τομέα της μείωσης της προσφοράς, η Στρατηγική για τα Ναρκωτικά θα αποφέρει μετρήσιμη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της

γνωστικής βάσης των παρεμβάσεων και δράσεων των διοικητικών αρχών και του Συντονιστικού Οργάνου Δίωξης, οι οποίες στρέφονται κατά της παραγωγής, της εμπορίας ναρκωτικών, της τυχόν χρηματοδότησης της τρομοκρατίας, του ξεπλύματος χρημάτων που συνδέεται με το έγκλημα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά.

Επίλογος

Η νέα Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά απαντά σε ένα φαινόμενο παγκόσμιας εμβέλειας, βασιζόμενη στις αρχές που έχει διατυπώσει η Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στην καρδιά της νέας στρατηγικής αντιμετώπισης βρίσκεται η επιδίωξη για ταυτόχρονη καταπολέμηση της ζήτησης και της προσφοράς των ναρκωτικών.

Η νέα πολιτική για τα ναρκωτικά συνίσταται στην:

- Κατοχύρωση του δικαιώματος στην ολιστική θεραπεία
- Θεμελίωση συντονισμένου πλαισίου δράσης με τα συναρμόδια υπουργεία
- Διεύρυνση της συμμετοχής της χώρας μας σε διεθνή προγράμματα για την καταπολέμηση της διακίνησης των ναρκωτικών
- Ενίσχυση της έρευνας και εμπλουτισμό των επιστημονικών δεδομένων για τα ναρκωτικά
- Συστηματική Αξιολόγηση των υπάρχουσών θεραπευτικών μονάδων
- Ενεργητική πολιτική πρόληψης και επικοινωνίας
- Συνεχή συνεργασία με την κοινωνία των πολιτών
- Επέκταση και ενίσχυση των προγραμμάτων εργασίας δρόμου

Η Νέα Στρατηγική για τα Ναρκωτικά αποτελεί τη βάση αρχών και αξιών για την κατάρτιση του ολοκληρωμένου Εθνικού Σχεδίου Δράσης. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης θα αναπτύξει τον επιχειρησιακό σχεδιασμό και τον αναγκαίο προγραμματισμό των δράσεων για την επιτυχή και στοχευμένη υλοποίηση των στόχων της Νέας Εθνικής Στρατηγικής.

