

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

“ΜΗΤΕΡΕΣ ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΤΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ”



Μετέχουσες σπουδάστριες : Δέδε Χριστίνα

Καμπούρη Γαριφαλιά

Ραφαηλίδου Μαρία

Υπεύθυνη Καθηγήτρια : Πανταζάκα Αθανασία

Πτυχιακή για την λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από
το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας
και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού
Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι) Πάτρας

Πάτρα, 2005

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

I. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε καταρχήν , την Υπεύθυνη Καθηγήτρια κα Πανταζάκα για την ανεξάντλητη υπομονή που έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια της προετοιμασίας και συγγραφής αυτής της πτυχιακής. Υπήρξε καθοδηγητική και πάντα πρόθυμη να ανταποκριθεί στις εκκλήσεις μας.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις δομές απεξάρτησης και το προσωπικό των βιβλιοθηκών (των περισσότερων τουλάχιστον) που μας βοήθησαν όχι μόνο με το υλικό , αλλά και με τις γνώσεις τους για την ευαίσθητη αυτή ομάδα των εξαρτημένων μητέρων. Ειδικότερα ευχαριστούμε τις κυρίες Μαίσογλου και Σιδεράκη (κοινωνικοί λειτουργοί) του προγράμματος “18 ΑΝΩ” τις κυρίες Καρασίμου(κοινωνική λειτουργός) και Αναστασιάδου (ψυχολόγος) του προγράμματος ΚΕΘΕΑ στην Θεσσαλονίκη και την κα Γιακαμόζη (κοινωνική λειτουργός) του προγράμματος ΟΚΑΝΑ. Τέλος ευχαριστούμε την Θεοδωρούλα Διαμαντή για την βοήθεια που προσέφερε στις μεταφράσεις και την δικηγόρο κα Γιώτα Παντελεάκη που μας μετέφερε την εμπειρία της από τα δικαστήρια της Αθήνας.

II. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή έχει σκοπό να παρουσιάσει το φαινόμενο της μητέρας εξαρτημένης από ουσίες που μάχεται ενάντια στην εξάρτησή της , τα κοινωνικά στερεότυπα που την εξαθλιώνουν και την στιγματίζουν όχι μόνο σαν γυναίκα τοξικομανή αλλά και σαν μητέρα. Ένας ρόλος τον οποίο λόγω της εξάρτησής της και των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών , δεν μπορεί να βιώσει.

Έγινε λοιπόν η αναζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας αλλά δυστυχώς το πεδίο της έρευνας στην Ελλάδα δεν έχει καλύψει αυτό το θέμα ακόμα οπότε η πλειοψηφία των θεμάτων της μελέτης αυτής ,αποτελούν μεταφρασμένα κείμενα από την ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Οι επισκέψεις σε δομές απεξάρτησης και οι συζητήσεις με ειδικούς στην ουσιοεξάρτηση ήταν απαραίτητη για την σωστή ενημέρωση και καθοδήγηση της ομάδας μελέτης. Για το νομικά ζητήματα αναζητήθηκε η βοήθεια γνωστής δικηγόρου με 25ετή πείρα σε υποθέσεις ουσιοεξάρτησης.

Αφού επισημαίνονται οι εξαρτησιογόνες ουσίες και η σχέση μερικών από αυτών με την γυναίκα τοξικομανή , γίνεται προσπάθεια εντοπισμού των αιτιών της τοξικοεξάρτησης στις γυναίκες όπου διαφαίνεται η διαφορά αναγκών σε σχέση με τους άνδρες χρήστες ουσιών. Οι αντιλήψεις της κοινωνίας για τον μητρικό ρόλο και η ανάδειξη της μητέρας σε ένα πανίσχυρο , αλάθητο ων , δημιουργούν αρνητικές προϋποθέσεις για την ανάληψη του ρόλου από μία τοξικομανή μητέρα. Οι ειδικές θεραπευτικές μονάδες και το δίκτυο υποστήριξης εξαρτημένων μητέρων που παρατίθενται, θα τις βοηθήσει να προετοιμαστούν για το ρόλο αυτό και στην αναζήτηση της δικής τους ταυτότητας σε μια κοινωνία που τις απορρίπτει.

Η βιβλιογραφία οδήγησε αναπόφευκτα και στην μελέτη της γονικής ικανότητας των εξαρτημένων μητέρων αλλά και των πατέρων να φροντίσουν τα παιδιά τους , τον ρόλο που έχει το παιδί στην οικογένεια και οι παράγοντες που θα επηρεάσουν την εξέλιξή του στο μέλλον. Επίσης μελετούνται και οι εμπειρίες των ιδίων τοξικομανών από τους δικούς τους γονείς.

Στη συνέχεια μελετάται το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα όσον αφορά τους τοξικομανείς γενικότερα και μέσα από μία έρευνα που εντοπίστηκε παρουσιάζεται η κατάσταση στις γυναικείες φυλακές Κορυδαλλού και τα προβλήματα που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Γίνεται αναφορά των δικαιωμάτων του εμβρύου στο Αστικό και Ποινικό Δίκαιο για μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα. Το πρόβλημα αύξησης των εξαρτημένων μητέρων στις Η.Π.Α έχει δημιουργήσει προβλήματα στους νομοθέτες καθώς τα Μ.Μ.Ε πιέζουν να παρθούν μέτρα για την καταπολέμηση του φαινομένου. Οι προσεγγίσεις που προτείνονται από τις πολιτείες ίσως να έχουν μακροπρόθεσμα ,πολύ θετικά αποτελέσματα.

Η μητέρα τοξικομανής είναι μια τραγική φιγούρα στην σημερινή κοινωνία και είναι διπλά στιγματισμένη ως γυναίκα τοξικομανής αλλά και ως μητέρα. Η ανάγκη δημιουργίας ειδικών θεραπευτικών δομών αντιμετώπισης του φαινομένου, η εκπαίδευση του προσωπικού των δομών αυτών και η συνεργασία αυτών είναι επιτακτική όχι μόνο για την δική τους σωματική και ψυχική υγεία, αλλά και για αυτήν των παιδιών τους. Επίσης το πεδίο της έρευνας είναι αρκετά περιορισμένο γεγονός που καθιστά αδύνατο την μελέτη αλλά και την στρατηγική αντιμετώπιση του προβλήματος όχι μόνο για τις

μητέρες χρήστριες αλλά και για τα παιδιά των χρηστών. Τα αίτια των προβλημάτων τους δεν μπορούν να εντοπιστούν μόνο στην παρουσία της χρήσης στο σπίτι. Υπάρχουν διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες που δεν έχουν εντοπιστεί ακόμα.

Στο τέλος της εργασίας παρατίθεται μία μικρή έρευνα που έγινε σε δέκα μητέρες τοξικομανείς και σχολιασμένη αρθρογραφία του εξωτερικού που αναφέρεται στο πρόβλημα και προτείνονται λύσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

I. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	III
II. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	IV
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	1
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Το Θέμα	3
Σκοπός της Μελέτης	4
Ορισμοί Όρων	5
Εξάρτηση	5
Τοξικομανία	6
Μητρότητα	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	7
1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΜΑΤΩΝ	7
Ιστορική Αναδρομή	7
Εξαρτησιογόνες Ουσίες	9
Κοκαΐνη	9
Κράκ	10
Ο εθισμός στο Κράκ διαφέρει από τον εθισμό σε άλλα Ναρκωτικά ή στο Αλκοόλ;	11
Οινοπνευματώδη (Αλκοόλ)	11
Ηρεμιστικά	12
Ινδική Κάνναβη (Μαριχουάνα – Χασίς)	12
Οπιούχα και Οπιοειδή	14
Οι Συνέπειες της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών κατά την κύηση στο έμβρυο και τη Μητέρα	14
Αίτια	16
Σεξουαλική Κακοποίηση και Τοξικομανία	17
Οικογενειακό Περιβάλλον	18
Η Διαθεσιμότητα των Ουσιών	19
Βιολογικά Αίτια Τοξικομανίας	19
Τοξικομανία και Θεραπεία, θέμα Φύλου;	20
Γυναίκα Τοξικομανής	24
Μητρότητα	26
Αντιλήψεις για τη Μητρότητα	26
Η Αντίληψη της Μητρότητας ως Έννοια φυσική, ενστικτώδης και Αυτοπραγμάτωσης.	27

<i>Η Αντίληψη της Μητρότητας σαν Εργασία</i>	27
<i>Αμφιθυμικές Μητέρες και Κοινωνικές Πιέσεις</i>	28
<i>Η Εξιδανίκευση των Μητέρων</i>	29
<i>Ο Ρόλος του Πατέρα χρήστη</i>	30
<i>Συμπεράσματα για τον Ρόλο της Μητρότητας</i>	31
Εξαρτημένοι Γονείς και Παιδιά	31
<i>Η θέση του Παιδιού στην Οικογένεια : Ιστορική Αναδρομή</i>	31
<i>Εξαρτημένοι γονείς και η ανάπτυξη του παιδιού</i>	34
<i>Εμπειρίες της παιδικής ηλικίας των γονέων</i>	34
<i>Γονεϊκή συμπεριφορά και χρήση ουσιών</i>	35
<i>Παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες και κακομεταχείριση. Οι επιπτώσεις στα παιδιά.</i>	36
<i>Ναρκωτικά και Γονεϊκή Ικανότητα</i>	36
<i>Το Παράδειγμα του Παιδικού χωριού S.O.S: Η σχέση του παιδιού που ζει στα παιδικά χωριά S.O.S με την εξαρτημένη μητέρα του.</i>	39
2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ	41
<i>Ψ.Ν.Α Μονάδα Απεξάρτησης ‘18 ΑΝΩ’</i>	41
<i>Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών</i>	43
<i>Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων</i>	46
3. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	50
<i>Το Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα</i>	50
<i>Δικαιώματα Εμβρύου</i>	52
<i>Τα δικαιώματα του εμβρύου στο Αστικό Δίκαιο</i>	52
<i>Τα δικαιώματα του εμβρύου στο Ποινικό Δίκαιο</i>	52
<i>Το Νομικό πλαίσιο στις Η.Π.Α</i>	55
<i>Προσεγγίσεις των Πολιτειών</i>	55
<i>Ποινικές Προσεγγίσεις</i>	55
<i>Πολιτικές Παρεμβάσεις</i>	56
<i>Drug Courts</i>	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	58
1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	59
1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	59
2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	60

<i>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</i>	62
<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</i>	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Προσπάθειες για να αντιμετωπισθεί η έκταση της χρήσης των ναρκωτικών συνάντησαν πολλές και ιδιαίτερες δυσκολίες. Όπως και σε κάθε άλλη περίπτωση παράνομης πράξης, τα μόνα ακριβή στοιχεία είναι εκείνα που μας δίνονται από τους εξαρτημένους που γίνονται γνωστοί στις υπηρεσίες. Παρόλα αυτά, όταν ο ορισμός μιας πράξης ως παράνομη δεν υποστηρίζεται ως τέτοια από όλο το κοινωνικό σύνολο, το μέγεθος των μη καταγεγραμμένων περιπτώσεων είναι ασυνήθιστα μεγάλο.

Ένας άλλος παράγοντας που εμποδίζει την ακριβή αναφορά της χρήσης των ναρκωτικών είναι η ραγδαία εξάπλωση των μη «σκληρών» ναρκωτικών στην μεταπολεμική περίοδο.

Τέλος, η ραγδαία εξάπλωση των νέων ναρκωτικών εμφανίστηκαν σε σημαντικό βαθμό στις μεσαίες και ανώτερες κοινωνικές τάξεις. Τα πολλά και ποικίλα ιδρύματα που εμφανίστηκαν για την αναγνώριση και τον έλεγχο της χρήσης των ναρκωτικών στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις, δεν ήταν καλά προσαρμοσμένα σε συνάρτηση με εκείνα τα ιδρύματα που αντιμετώπισαν την χρήση των ναρκωτικών στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Επιπλέον, οι χρήστες των μεσαίων και ανώτερων κοινωνικών τάξεων δεν είναι αναγκασμένοι να καταφύγουν στο έγκλημα για να διατηρήσουν την συνήθεια (της χρήσης) με την ίδια συχνότητα που παρουσιάζουν οι χρήστες των κατώτερων τάξεων. Είναι δηλαδή σε θέση να αποκρύπτουν το πρόβλημα του εθισμού για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Οι περίπλοκες κοινωνίες συντηρούν μια πολυπλοκότητα κοινωνικών προτύπων. Γι' αυτό το λόγο, κάποια αναγνώριση του ρόλου των κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων στην χρήση ναρκωτικών δίνεται από τη συχνότητα της πράξης σε διάφορα κοινωνικά στρώματα, κατηγορίες ηλικιών και φύλων, επαγγελματών και μορφωτικών επιπέδων.

Οι περισσότεροι από τους εξαρτημένους μνήθηκαν στην χρήση ναρκωτικών αρχικά από τους φίλους, γνωστούς ή ακόμα και από τους/ τις συζύγους. Συνήθως γίνεται για την «συγκίνηση» που προσφέρει και για να εκφράσουν την περιφρόνηση προς τους «οπισθοδρομικούς». Και βέβαια υπάρχουν διάφορα άλλα κίνητρα, όπως ανακούφιση του πόνου, πρόκληση ψυχικής ευφορίας, προσπάθεια να επιτύχεις την αποδοχή από την ομάδα στην οποία προσπαθείς να ενταχθείς. Η πίεση του να συμμετέχεις σε ομαδικές χρήσεις μπορεί να είναι πολύ ισχυρή.

Σύμφωνα με μια ποικιλία ερευνών του 19ου αιώνα οι χρήστες ναρκωτικών αριθμούσαν περίπου τα 2/3 των γυναικών, περισσότερες λευκές από τις έγχρωμες. Περισσότερες των ανώτερων κοινωνικών απ' ότι των μεσαίων τάξεων, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό γιατρών από αυτά των άλλων επαγγελματών και περισσότερες στην ηλικία των 40 ή και πιο πάνω παρά σε νεότερες ηλικίες.

Σήμερα αυτά τα πρότυπα δεν ισχύουν. Στον 19ο αι. το πρότυπο ενός εξαρτημένου ατόμου ίσως να οφειλόταν, τουλάχιστον εν μέρει, στο γεγονός ότι πολλά άτομα, ιδιαίτερος γυναίκες, εθίζονταν στα ναρκωτικά μέσα από τη χρήση φαρμάκων που τους χορηγούνταν για την ανακούφιση των πόνων της

ημικρανίας , της εμμηνόρροιας και για άλλες τυπικές «γυναικείες αδιαθεσίες». Εφόσον τα άτομα των ανωτέρων κοινωνικοοικονομικών τάξεων είχαν , ως γνωστόν , μεγαλύτερη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα , ήταν επακόλουθο ότι θα είχαν επίσης μεγαλύτερη πρόσβαση στα φάρμακα που προκαλούν εθισμό. Μεγάλες τάσεις προς τον «σύγχρονο» εθισμό ναρκωτικών συναντούνται έντονα σε μεγάλα αστικά κέντρα , στις φτωχές συνοικίες των πόλεων (παρόλο που καταγράφονται ως περιπτώσεις στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις) και αλλού.

Η αναλογία στον εθισμό ανά φύλο είναι περίπου εννέα άνδρες για κάθε γυναίκα. Οι γυναίκες τείνουν να εθίζονται στα ναρκωτικά σε κάποια μεγαλύτερη ηλικία από τους άνδρες. Περίπου το 1/3 των εθισμένων που περιθάλπονται στο ίδρυμα του Lexington έχουν τουλάχιστον μόρφωση δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης . Τα μορφωτικά επιτεύγματα των εθισμένων δεν ανταποκρίνονται σε εκείνα του γενικού πληθυσμού. Η συχνότητα με την οποία συναντάται η χρήση ναρκωτικών ανάμεσα στους γιατρούς , έχει υπολογιστεί περίπου ένας στους 100 γιατρούς , σε σύγκριση με την κλίμακα του ενός σε κάθε 3000 του γενικού πληθυσμού.(Martindale & Martindale, 1971:262-270).

Στον 21^ο αιώνα το πρόβλημα των ναρκωτικών καθώς φαίνεται δεν “βλέπει” φύλο , μορφωτικό επίπεδο , οικονομική κατάσταση και κοινωνικό status. Έχει καταφέρει να γίνει διαχρονικό και παρόλα τα επιτεύγματα της τεχνολογίας , τις ανακαλύψεις της βιολογίας και την άμεση διάδοση των πληροφοριών , υπάρχουν ακόμα θύματα και υπάρχουν ακόμα άνθρωποι που δεν ενδιαφέρονται δυστυχώς να τα βοηθήσουν...

Το Θέμα

Είναι πια ευρέως γνωστό ότι η χρήση ναρκωτικών αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο με παραμέτρους τόσο κοινωνικές όσο και ψυχολογικές, πολιτικές, πολιτιστικές, οικονομικές. Πιο συγκεκριμένα τα τελευταία 20 χρόνια έχει υπάρξει μια μεγάλη άνοδος στο ποσοστό των ατόμων που κάνουν χρήση ηρωίνης, κοκαΐνης, ψυχοτρόπων ουσιών και αλκοόλ. Μια έκθεση από την Επιτροπή του Συμβουλίου της Ευρώπης, σε σχέση με την μείωση της ζήτησης, υποστηρίζει ότι οι Ευρωπαίοι θεωρούν τα ναρκωτικά σαν ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα της Υγείας, μετά τον καρκίνο και το AIDS (Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.76:13, 2001). Όπως επίσης είναι γνωστό ότι τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης, διεθνώς, λειτουργούν κυρίως ανταποκρινόμενα στο αίτημα των αντρών εξαρτημένων. Οι περισσότερες έρευνες στο χώρο των εξαρτήσεων επικεντρώνονται σε άντρες χρήστες, με αποτέλεσμα οι γυναίκες είτε να υποβαθμίζονται, είτε να αγνοούνται, είτε να αντιμετωπίζονται ως οριακές. Η άποψη ότι η εμπειρία της εξάρτησης είναι παρόμοια μεταξύ των γυναικών και των αντρών έχει επικρατήσει, με αποτέλεσμα να μην θεωρείται σημαντικό να υπάρξει ειδικός σχεδιασμός και μελέτη αυτών ως ειδική ομάδα. Πρόσφατα όμως, η αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων γυναικών καθώς και η κατανόηση ότι τελικά οι άντρες και οι γυναίκες ουσιαστικά βιώνουν τις κοινωνικές καταστάσεις διαφορετικά έχουν διαφοροποιήσει την κατάσταση και έχει αρχίσει να δίνεται έμφαση σε αυτήν την υπό – ομάδα.

Η ομάδα όμως που δεν έχει ερευνηθεί καθόλου στην Ελλάδα, είναι αυτή των εξαρτημένων μητέρων (ως μητέρες εννοούμε τις εγκυμονούσες και αυτές που έχουν παιδιά σε παιδική ηλικία). Ενώ στο εξωτερικό έχουν αναπτυχθεί δομές και συνεχώς ανακύπτουν νέες έρευνες, στη χώρα μας η κατάσταση είναι σε πολύ αρχικό στάδιο (παράδειγμα μιας μικρής έρευνας που έχει διεξαχθεί παρατίθεται στο Παράρτημα). Έτσι η ομάδα εργασίας αποφάσισε να κάνει μία παρουσίαση της μητέρας ουσιοεξαρτημένης και των δομών που μπορεί να απευθυνθεί και να προσφερθεί στους συναδέλφους μία πρώτη γνωριμία μαζί τους.

Σκοπός της Μελέτης

Όπως ειπώθηκε και προηγούμενα , σκοπός της μελέτης είναι να αποτυπωθεί η εικόνα της τοξικομανούς μητέρας που μάχεται ενάντια στην εξάρτηση της από τα ναρκωτικά , τα κοινωνικά στερεότυπα και η αναζήτηση της ταυτότητά της στην σημερινή κοινωνία.

Επιμέρους Στόχοι της Μελέτης

- Να παρουσιαστούν οι εξαρτησιογόνες ουσίες και οι κλινικές επιδράσεις τους στην γυναίκα και το έμβρυο.
- Να παρουσιαστούν τα βασικά χαρακτηριστικά της γυναίκας τοξικομανούς
- Να παρουσιαστούν τα αίτια της χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών σε σχέση με το φύλο.
- Να παρουσιαστούν οι αντιλήψεις που υπάρχουν για την μητρότητα και πώς αυτές επηρεάζουν την μητέρα εξαρτημένη.
- Να παρουσιαστούν οι φορείς που δραστηριοποιούνται μέσω των προγραμμάτων τους, στην καταπολέμηση της ουσιοεξάρτησης ειδικά για τις εξαρτημένες μητέρες
- Να παρουσιαστεί το νομικό πλαίσιο που διέπει την παράνομη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα , καθώς και το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι νομοθέτες των Η.Π.Α σχετικά με την εξαρτημένη μητέρα.
- Να παρουσιαστεί το Δίκτυο Υποστήριξης Εξαρτημένων Μητέρων και των Παιδιών τους σε όλη τη χώρα.
- Να παρουσιαστούν οι επιπτώσεις που επιφέρει η εξάρτηση των γονέων (ειδικά της μητέρας) στην ψυχική και μετέπειτα εξέλιξη του παιδιού.

Ορισμοί Όρων

Εξάρτηση

Όταν είσαι εθισμένος, για παράδειγμα στη χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών, στο κάπνισμα, στο σεξ, στη χαρτοπαιξία, είσαι (σωματικά ή μη-σωματικά) εξαρτημένος σ' αυτή τη χρήση ή τη συμπεριφορά. Παρουσιάζεις συμπτώματα στερητικού συνδρόμου και/ή ανοχής όταν δεν κάνεις χρήση της ουσίας. Ανοχή σημαίνει ότι κάποιος χρειάζεται υψηλότερες ποσότητες μιας ουσίας κάθε φορά για να πλησιάσει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Τα συμπτώματα στερητικού συνδρόμου είναι δυσάρεστες σωματικές αντιδράσεις που λαμβάνουν χώρα όταν η χρήση των ουσιών είναι μειωμένη ή ασυνεχής. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι ναυτία, μυϊκοί πόνοι, προβλήματα συγκέντρωσης, αϋπνία, άγχος και εφιάλτες. Αλλά επίσης και άνθρωποι που δεν βιώνουν συμπτώματα ανοχής και/ή συμπτώματα στερητικού συνδρόμου, μπορεί να είναι εξαρτημένοι από την ουσία. Κάνουν επαναλαμβανόμενες και ανεπιτυχείς προσπάθειες να περιορίσουν ή να ελέγξουν τη χρήση της ουσίας, ή κάνουν χρήση της ουσίας για μεγαλύτερη χρονική διάρκεια ή σε μεγαλύτερη ποσότητα απ' ό,τι αρχικά είχαν σχεδιάσει. Για να προμηθευτούν την ουσία, να κάνουν χρήση της και να απαλλαγούν από τις συνέπειές της απαιτείται πολύς χρόνος. Έτσι, παραμελούν σημαντικές δραστηριότητες όπως την εργασία, το σχολείο, τις κοινωνικές επαφές ή σταματούν τελείως αυτές τις δραστηριότητες. Ένα χαρακτηριστικό της εξάρτησης αποτελεί το να μη μπορεί κανείς να ελέγξει τη χρήση της ουσίας ή να τη διακόψει. Υπάρχει μια συγκεκριμένη πίεση, μια σχεδόν ακαταμάχητη ανάγκη να κάνει χρήση της ουσίας.

Για να μπορεί να οριστεί εάν κάποιος είναι εξαρτημένος, το άτομο αυτό πρέπει να πληροί κάποια κριτήρια που έχουν οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μεταξύ άλλων.

Οι ακόλουθες είναι καταστάσεις που χαρακτηρίζουν την εξάρτηση. Για να θεωρηθεί κάποιος εξαρτημένος αρκεί να παρουσιάζει μόνο κάποια από τα ακόλουθα:

- Ανοχή (ανάγκη για περαιτέρω αίσθηση των αποτελεσμάτων)
- Ψυχολογική εξάρτηση (επιθυμία, που ποικίλει από πολύ μικρή μέχρι πολύ έντονη)
- Συμπτώματα στερητικού συνδρόμου (αποκτά όλους τους τύπους σωματικών αντιδράσεων μόλις σταματήσει τη χρήση)
- Χρήση της ουσίας ή υιοθέτηση συγκεκριμένης συμπεριφοράς για τον περιορισμό των στερητικών συμπτωμάτων
- Αποτυχημένες προσπάθειες για να ελέγξει τη χρήση ή τη συμπεριφορά.
- Σπατάλη χρόνου τόσο για την χρήση (ουσιών) ή την επανάληψη της συμπεριφοράς στην οποία είναι εθισμένος όσο και κατά την διαδικασία ανάρρωσης.
- Καταστροφικές συνέπειες εξαιτίας της χρήσης τόσο στους ίδιους τους εθισμένους όσο και στους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους (προβλήματα στη δουλειά ή το σχολείο, συγκρούσεις με τους ανθρώπους που βρίσκονται

στο κοντινό περιβάλλον, αφιέρωση λιγότερου χρόνου για χόμπι, ασθένειες κ.λ.π)

- Χρήση ουσιών πιο συχνή και σε μεγαλύτερες δόσεις απ' ότι σχεδιάζεται.
- Εξακολούθηση της χρήσης ακόμα κι αν το άτομο γνωρίζει ότι αυτό είναι καταστροφικό για τον εαυτό του. (<http://web4health.info/el/answers/add-gen.htm>)

Τοξικομανία

Μια άλλη έννοια που βρίσκεται στενά συνδεδεμένη με τις ουσίες είναι η τοξικομανία. Ο όρος αυτός από την πρώτη χρήση του το 1885 από τον Regnard (P.Regnard , 1887) μέχρι το 1990 όπου ο Goodman εισήγαγε τον όρο addiction και διευρύνθηκε η σημασία του , έχει υποστεί αρκετές διαφοροποιήσεις. Το 1950 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει ως τοξικομανία «την κατάσταση η οποία οφείλεται στην περιοδική ή χρόνια δηλητηρίαση που προκαλείται από την επαναλαμβανόμενη κατανάλωση ναρκωτικών , φυσικών ή συνθετικών». Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία ή ανάγκη κατανάλωσης ναρκωτικών ,από την τάση συνεχούς αύξησης των δόσεων , από την εξάρτηση , ψυχικής και σωματικής φύσης, και τέλος από τα καταστροφικά αποτελέσματα της χρήσης για το άτομο και την κοινωνία. Το 1964 μια επιτροπή ειδικών της Παγκόσμιας οργάνωσης Υγείας αποφασίζει να αντικαταστήσει τον όρο τοξικομανία με τον όρο ε ξ ά ρ τ η σ η.(Μάτσα , 2001:68).Οι λέξεις «τοξικομανής» και «τοξικομανία» έχουν αφαιρεθεί από τον νόμο 1729/87 διότι, κατά την εισηγητική έκθεση «σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αποδίδουν την πραγματικότητα και είναι φορτισμένες με αρνητικό περιεχόμενο». Γι'αυτό και προτάθηκε και εισήχθη αντί γι'αυτές «να γίνεται λόγος περιφραστικά» για «εθισμένους χρήστες που έχουν ανάγκη ειδικής μεταχείρισης» ή «χρήστες του άρθρου 13».(Λιάππας,1995:20)

Μητρότητα

Ως μητρότητα ορίζεται η κατάσταση ή η ιδιότητα της γυναίκας που είναι μητέρα, ιδίως μικρών παιδιών, και η επιθυμία της γυναίκας να αποκτήσει παιδιά καθώς και η αγάπη για τα παιδιά της. (Τεγόπουλος, Φυτράκη)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΜΑΤΩΝ

Ιστορική Αναδρομή

Μια ματιά στην ιστορία του πολιτισμού μας διδάσκει ότι μέχρι τη νεότερη εποχή οι γυναίκες δεν είχαν καθόλου δικαιώματα. Ακόμη και οι αρχαίοι Έλληνες, που ήταν ένας εξαιρετικά πολιτισμένος λαός, δεν αποτελούσαν εδώ καμιά εξαίρεση. Σε αντίθεση προς τους ανατολίτες οι αρχαίοι Έλληνες δεν είχαν τον θεσμό της πολυγαμίας, αλλά η συζυγική πίστη στην Αθήνα της κλασικής εποχής είχε μικρή ή καμία σημασία. Ο διάσημος ρήτορας Δημοσθένης είπε σε έναν λόγο του: «Έχομε τις εταίρες για την ευχαρίστηση του πνεύματος, τις παλλακίδες για την ευχαρίστηση των αισθήσεων, και τη σύζυγο για να μας χαρίζει τα παιδιά.» Πραγματικά η Ελληνίδα δεν είχε κοινωνικά δικαιώματα, όπως σήμερα ακόμη οι γυναίκες τις Ανατολής. Επίσης η κόρη βρισκόταν απέναντι στους γιους σε μειονεκτική θέση, γιατί μόνο αυτοί είχαν δικαιώματα κληρονομιάς. Τα λόγια του μεγάλου πολιτικού Περικλή μοιάζουν με αυτά του Απόστολου Παύλου: «Η καλύτερη γυναίκα είναι αυτή, για την οποία οι άνδρες μιλάνε λιγότερο!» Από αυτό συμπεραίνεται ότι η Ελληνίδα δεν είχε καμιά επίδραση στην πολιτική διαμόρφωση της κοινότητας. Γνωστή είναι μόνο μια περίπτωση, όπου οι Ελληνίδες επενέβησαν ενεργητικά στην ιστορία, αλλά πρόκειται απλώς για ένα μύθο: στη «Λυσιστράτη» του Αριστοφάνη παρουσιάζονται γυναίκες, κουρασμένες από την αιώνια απασχόληση των ανδρών με τον πόλεμο αρνούνται σε αυτούς τις χαρές του κρεβατιού, ώσπου αυτοί να αποφασίσουν την ειρήνη: μια απεργιακή μέθοδος, που θα είχε ακόμη και σήμερα νόημα και πιθανόν να ήταν επιτυχής.

Στον μεσαίωνα ο χριστιανισμός δεν ωφέλησε οπωσδήποτε τις γυναίκες, κυρίως στις αρχές του, που χαρακτηρίζονται ολοκληρωτικά από την περιφρόνηση απέναντι στη γυναίκα. Ο Απόστολος Παύλος προσπαθεί σε πολλούς λόγους του να παρουσιάσει τη γυναίκα σαν υποτελή του άνδρα: «Αλλά όπως η κοινότητα είναι τώρα υποτελής στο Χριστό, έτσι και οι γυναίκες στους άνδρες τους σε όλα τα πράγματα.» Πολλοί πατέρες της εκκλησίας ήταν συνεπέστατοι μισογύνηδες. Ο Τερτυλλιανός π.χ. γράφει: «Γυναίκα, είσαι η πύλη της κόλασης. Εσύ έπεισες αυτόν, στον οποίο ο διάβολος δεν μπορούσε να επιτεθεί από μπροστά. Εξαιτίας σου πέθανε ο υιός του Θεού. Σου αξίζει να περιπλανιέσαι θλιμμένη και ρακένδυτη.» Ο άγιος Ιωάννης ο Χρυσόστομος προσθέτει: «Ανάμεσα σε όλα τα άγρια ζώα δεν υπάρχει κανένα βλαβερότερο από τη γυναίκα.»

Δεν είναι απαραίτητο να αναφερθούν περισσότερα παραδείγματα από τη λογοτεχνία του μεσαίωνα. Αυτά τα λίγα πιστοποιούν την άποψη που επικρατούσε τότε ότι η γυναίκα είναι από τη φύση της πιο αμαρτωλή από τον άνδρα και ότι το προπατορικό αμάρτημα πρέπει στην πραγματικότητα να αποδίδεται μόνο σε αυτή. (Γιόζεφ Ράτνερ, 1970)

Στην ιεραρχία των ζευγαριών της προ-μοντέρνας εποχής η γυναίκα κατείχε μία θέση λίγο πιο πάνω από αυτή του παιδιού αλλά πολύ πιο κάτω από αυτή του άνδρα.

Η γυναίκα είχε κάποια αξία ,αλλά πολύ συχνά η αξία ενός αλόγου ήταν πολύ πιο πάνω από αυτή της γυναίκας. Δεν είχε καμία επίσημη αναγνώριση από την κοινωνία. Δεν μπορούσε να κατέχει περιουσία , ή να κάνει αγωγή σε δικαστήριο ή να αποφασίσει ποιόν θα παντρευτεί. Μέχρι και την Βικτοριανή Εποχή μιλώντας γενικά για τις κατώτερες και μεσαίες κοινωνικές τάξεις , η θέση της γυναίκας στο ζευγάρι περιλαμβάνεται και απεικονίζεται πολύ καθαρά στο ακόλουθο σχόλιο : «Οι γυναίκες είναι οι πρώτες υπηρέτριες στο νοικοκυριό , καλλιεργούν τη γη ,φροντίζουν το σπίτι , τρώνε αφού φάνε οι σύζυγοι τους ,οι οποίοι απευθύνονται σε αυτές γρήγορα , με κοφτό τόνο φωνής σχεδόν με περιφρόνηση». Εάν το άλογο και η γυναίκα του αρρωστήσουν την ίδια στιγμή , ο σύζυγος πηγαίνει γρήγορα στον πεταλωτή και φροντίζει το άλογο ενώ αφήνει τη φροντίδα της γυναίκας του στη φύση».

Άλλος ένας παράγοντας που δημιούργησε αυτές τις συνθήκες για τις γυναίκες , είναι η φύση των γαμήλιων συμβολαίων. Στην προ-μοντέρνα εποχή , ασχέτως με την κοινωνική τάξη , οι άντρες και οι γυναίκες δεν είχαν ανάμιξη στη δημιουργία του γάμου τους. Η απόφαση παίρνονταν από τους πατεράδες του ζευγαριού και βασίζονταν κυρίως στα περιουσιακά στοιχεία και την κοινωνική τάξη αυτών που επρόκειτο να παντρευτούν. Η αίσθηση ότι μπορεί και κάποιο συναίσθημα να αναπτυσσόταν στον αρραβώνα δεν λαμβανόταν υπόψη. Η αγάπη ή ο έρωτας ήταν μια πολυτέλεια που δεν μπορούσαν να έχουν αυτοί που πάλευαν για την επιβίωση(Gullotta,κ.ά,1998:6-9).

Στη σύγχρονη πατριαρχική κοινωνία , η γυναίκα κατέχει τον δεύτερο ρόλο σε σχέση με τον αντρικό πληθυσμό. Εσωτερικεύοντας αυτόν τον ρόλο διαμορφώνει ανάλογα και την προσωπικότητά της. Μια προσωπικότητα που εκφράζεται μέσα από ρόλους ανάλογους μιας κατώτερης ύπαρξης. Οι ρόλοι της μητέρας, της τροφού , της συζύγου, που εκτελούνται μέσα από ανάλογους θεσμούς (της οικογένειας, του σχολείου κ.λ.π) της εξασφαλίζουν μία θέση υποταγής σε μια ανδροκρατούμενη κοινωνία. Σε μια κοινωνία η οποία μέσα από ανάλογους μηχανισμούς (ψυχολογικούς , ιδεολογικούς κ.λ.π) την ωθεί σε στάση αποδοχής αυτού του ρόλου και του αποκλεισμού της από σημαντικές θέσεις ελέγχου και διαχείρισης της κοινωνικής ζωής. Όλα αυτά σε σχέση με τα ανάλογα κοινωνικά πρότυπα κάθε φορά, καλλιεργούν προκαταλήψεις σε βάρος της και ρατσιστικές συμπεριφορές. Δεν είναι τυχαίο ότι :

- Λίγες γυναίκες κατέχουν κυβερνητικές και γενικά υψηλόβαθμες θέσεις
- Το 70% του 1,5 δις. Φτωχών στον κόσμο, όπως και το 60% των αναλφάβητων, είναι γυναίκες
- Οι γυναίκες είναι τα μεγαλύτερα θύματα της ανεργίας. Το 1/3 του γυναικείου πληθυσμού είναι άνεργες. Είναι οι πρώτες που απολύονται και οι τελευταίες που προσλαμβάνονται.
- Το 80% των προσφύγων είναι γυναίκες

Όλα τα παραπάνω δημιουργούν προϋποθέσεις και όρους της συνάντησης της «γυναικείας κατάστασης» με την κατάσταση της εξάρτησης από ουσίες, της κακοποίησης και της περιθωριοποίησης της γυναίκας, οδηγώντας την γρήγορα σε πλήρη εξαθλίωση.(Οι γυναίκες αποτελούν το 30-40% περίπου του συνολικού πληθυσμού των τοξικομανών). Απέναντι λοιπόν σε αυτήν την πραγματικότητα, οικογενειακή και κοινωνική, που την καταπιέζει , την εκμεταλλεύεται και την καταδικάζει στην καθημερινή μιζέρια , επιλέγει σαν στάση ζωής της την εξάρτηση από τις ουσίες. Οι ψυχοτρόπες ουσίες,

χρησιμοποιούνται σαν μέσο αντιμετώπισης καταστάσεων στρες , πανικού , φοβίας , κατάθλιψης , έντασης , λειτουργούν δηλαδή σαν μια στρατηγική επιβίωσης.

Για όλους αυτούς τους λόγους η γυναίκα παίρνει πολύ πιο δύσκολα από τον άντρα την απόφαση να πλησιάσει ένα πρόγραμμα απεξάρτησης και να ενταχθεί σε αυτό. (Ευσταθίου,Ακριβού,Βιδάλη:www.eek.gr)

Εξαρτησιογόνες Ουσίες

Κατά την ιατρική και τη φαρμακολογία ναρκωτικά είναι ουσίες οι οποίες προκαλούν παράλυση στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Σύμφωνα με το νόμο 1729/7.8.1987 (Φ.Ε.Κ 144) «Ναρκωτικά κατά την έννοια του νόμου αυτού είναι ουσίες τεχνητές ή φυσικές που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και προκαλούν εξάρτηση του ατόμου από αυτές και που περιλαμβάνονται ιδίως στους τέσσερις πίνακες του άρθρου αυτού». Σύμφωνα με το DSM – IV ο όρος ουσία μπορεί να αναφέρεται είτε σε κάποια (ψυχοδραστική) ουσία της οποίας γίνεται κατάχρηση , είτε σε κάποιο φάρμακο είτε σε κάποια τοξίνη. Οι ουσίες κατάχρησης ομαδοποιούνται σε 11 τάξεις ουσιών : αλκοόλ , αμφεταμίνες ή παρόμοιας δράσης συμπαθητικομιμητικά ,καφεΐνη , κάνναβη , κοκαΐνη , ψευδαισθησιογόνα , εισπνεόμενες ουσίες , νικοτίνη , οπιοειδή ,φαινκυκλιδίνη (PCP) ή παρόμοιας δράσης αρυλκυκλοεξυλαμίνες και καταπραϋντικά , υπνωτικά ή αγχολυτικά.(Μάνος , 1997:505) Ο όρος «ναρκωτικά» βέβαια τόσο από ετυμολογική άποψη όσο και από επιστημονική είναι λανθασμένος , γιατί υποδηλώνει ουσίες που «ναρκώνουν» , που θέτουν το άτομα σε «λήθαργο». Οι ναρκωτικές ουσίες αποτελούν ένα μέρος μόνο των ουσιών που αναφέρονται στα νομοθετικά κείμενα και περιλαμβάνονται στον όρο «Ναρκωτικά». Λόγω όμως του ότι η βιβλιογραφία αναφέρει τους όρους παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες , ουσίες κατάχρησης όσο και ναρκωτικά ,σε αυτήν την εργασία δεν θα χρησιμοποιηθεί ένας συγκεκριμένος όρος.

Κοκαΐνη

Λεξιλόγιο “πιάτσας”: αναψυκτικό , κοκό , κόκα

Η κοκαΐνη, η ουσία την οποία το 1884 ο Σίγκμουντ Φρόιντ χαρακτήρισε "μεγαλειώδη", ήταν άγνωστη στην Ελλάδα έως το 1920. Προέρχεται από την πολτοποίηση των φύλλων του φυτού «ερυθρόξυλο κόκα» που φύεται στη Νότιο Αμερική.

Πρόκειται για ουσία με βραχεία διεργετική επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και με ιδιότητες τοπικού αναισθητικού. Η κοκαΐνη απορροφάτε από όλους τους βλεννογόνους του σώματος (στόμα, μύτη, έντερο, κόλπος).Η επεξεργασία των φύλλων της κόκας δίνει την υδροχλωρική κοκαΐνη, που παρασκευάζεται σε παράνομα εργαστήρια. Είναι μία άοσμη , λευκή , κρυσταλλική σκόνη που συνήθως εισπνέεται από τη μύτη , αλλά μπορεί να διαλυθεί και να γίνει εναίσιμη. Ένα άλλο παράγωγο είναι το free base , ουσία αρκετά διαδεδομένη στις Η.Π.Α , που είναι μια λευκή ή κιτρινόμαυρη σκόνη με γλυκιά μυρωδιά. Είναι αδιάλυτη στο νερό, και για αυτό τον λόγο μπορεί μόνο να καπνιστεί. Η υδροχλωρική κοκαΐνη μπορεί να αναμιχθεί με ηρωίνη , (Speedball), ένας συνδυασμός αρκετά επικίνδυνος ,

που ευθύνεται για πολλούς θανάτους μεταξύ των χρηστών κοκαΐνης. Η δράση της κοκαΐνης εξαρτάται από τη συναισθηματική φόρτιση του ατόμου και από τη δόση. Η διάρκεια και ο χρόνος δράσης εξαρτάται από τον τρόπο χορήγησης. Αν ο τρόπος χορήγησης είναι ενδοφλέβιος το άτομο καταλαμβάνεται αμέσως από μια αίσθηση έντονης ευχαρίστησης, στην αργκό "rush", η οποία διαρκεί από λίγα δευτερόλεπτα έως μερικά λεπτά και ακολουθείται από μια κατάσταση ελαφράς ευφορίας για περίπου 15 έως 30 λεπτά. Στην περίπτωση της λήψης από τη μύτη, απορροφάτε από τη βλεννογόνο και η επίδρασή της αρχίζει μετά από 3 περίπου λεπτά. Οι απανωτές «μυτιές» μπορούν να οδηγήσουν σε υπερεθισμό που με τη σειρά του – μπορεί να καταλήξει σε τοξική ψύχωση, σε παράνοια, σύγχυση, υπερευαισθησία και ψευδαισθήσεις.

Μπορείς να εξαρτηθείς από την κοκαΐνη ;

Η κοκαΐνη είναι μία ουσία με χαμηλή τοξικότητα. Η υπερβολική δόση είναι πολύ σπάνια. Θανατηφόρα περιστατικά χρήσης έχουν αναφερθεί, αλλά συνήθως οφείλονται σε συνδυασμό ουσιών (π.χ ηρωίνη – κοκαΐνη, κοκαΐνη – αλκοόλ, κ.α). Ο θάνατος προκαλείται από αναπνευστική ή καρδιακή ανακοπή. Δεν υπάρχουν πληροφορίες για σωματική εξάρτηση, αλλά είναι σίγουρο ότι η ουσία αυτή προκαλεί ισχυρή ψυχική εξάρτηση.

Σε χρόνια χρήση αναπτύσσεται το φαινόμενο της «αντίστροφης ανοχής»: πρόκειται για το φαινόμενο στο οποίο - αντίθετα από ότι συμβαίνει στην περίπτωση της ανοχής – ο οργανισμός καθίσταται ολοένα πιο ευαίσθητος στη δράση της ουσίας. Ακόμα και μια μικρή δόση, που υπό κανονικές συνθήκες θα προκαλούσε απλώς ευφορία, στην περίπτωση της «αντίστροφης ανοχής» μπορεί να προκαλέσει ψυχωσική αντίδραση. Η εισπνοή από τη μύτη προκαλεί χρόνια φλεγμονή, που μπορεί να προκαλέσει διάτρηση του ρινικού διαφράγματος.

Η κοκαΐνη έχει συνδεθεί με το γόητρο και την κοινωνική επιτυχία. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου οι χρήστες κοκαΐνης είναι συνήθως κοινωνικά ενσωματωμένοι νέοι ενήλικες (20-40 ετών) με ανώτερο του μέσου μορφωτικό ή και επαγγελματικό επίπεδο.

Κράκ

Το κρακ είναι μια μορφή free base κοκαΐνης που η διαδικασία παραγωγής του είναι σχετικά εύκολη. Αυτό κάνει την ουσία αρκετά φθηνή στην παράνομη αγορά, άρα και πιο προσιτή. Κυκλοφορεί σε μορφή κομματιών συμπυκνωμένης άσπρης σκόνης με ακαθόριστο σχήμα, που στην αργκό ονομάζονται βραχάκια (rocks). Το κρακ ονομάστηκε έτσι από το θόρυβο που κάνει το «βραχάκι» της ουσίας όταν ζεσταίνεται. Προκαλεί έντονη ευφορία αλλά διαρκεί πολύ λίγο και αυτό το καθιστά εξαιρετικά εθιστικό, εφόσον ο χρήστης αισθάνεται συνεχώς την ανάγκη για επανάληψη της δόσης. Η χρήση του δημιουργεί ταχύτατα ανοχή. Προκαλεί σχεδόν τα ίδια συμπτώματα με την κοκαΐνη, αλλά λόγω του τρόπου χρήσης μπορεί να προκαλέσει σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα. (ΟΚΑΝΑ, 2003)

Ο εθισμός στο Κράκ διαφέρει από τον εθισμό σε άλλα Ναρκωτικά ή στο Αλκοόλ;

Τα περισσότερα κέντρα θεραπείας της Αμερικής θεωρούν ότι μόνο μια μικρή διαφορά υπάρχει ανάμεσα στους χρήστες του κρακ από αυτούς που είναι χρήστες ηρωίνης ή τους αλκοολικούς. Οι αρχές της θεραπείας και οι προσδοκίες για ανάρρωση είναι ίδιες. Η αρρώστια του εθισμού είναι ίδια. Στην πραγματικότητα, η χρήση πολλών και διαφόρων ναρκωτικών είναι κάτι που θεωρείται νορμάλ σε αυτούς τους χρήστες.

Οι περισσότεροι ειδικοί για την Πρόνοια του Παιδιού ωστόσο θεωρούν ότι το κρακ είναι η πιο «δύσκολη» χρήση σε συνάρτηση με την βιωσιμότητα των παιδιών μέσα στο σπίτι δηλαδή προμήνυε δυσκολότερες καταστάσεις στο οικογενειακό περιβάλλον απ' ότι η αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι δεν θεωρούν σημαντικό τα χρόνια εξάρτησης ενός γονέα χρήστη αλκοόλ ή ναρκωτικών, μπορεί να αναζητήσουν την ανάθεση ενός παιδιού σε θετούς γονείς εάν κάποιος από τους γονείς τους αναφερθεί ότι έκανε έστω και μία φορά χρήση κρακ ή από την άλλη, μπορεί να επιδιώξουν την επανένωση μιας οικογένειας όπου ο γονιός που έχει μεγάλο ιστορικό σε χρήση ναρκωτικών αποφασίσει να σταματήσει τη χρήση παράνομων ναρκωτικών αλλά εξακολουθεί τη χρήση αλκοόλ.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί τοποθετούν τους κοινωνικούς παράγοντες ως προς το γιατί ο εθισμός στο κρακ είναι πιο επικίνδυνο για τα παιδιά των χρηστών. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι το κρακ είναι ακριβό και πιο δυσεύρετο από το αλκοόλ, καταναλώνοντας έτσι χρόνο, φροντίδα και αποθέματα ενέργειας των γονιών με αποτέλεσμα να απομακρύνονται από την ανατροφή των παιδιών τους.

Οι γυναίκες αναφέρεται, ότι τείνουν να κάνουν χρήση κρακ παρά ηρωίνης, εν μέρει επειδή καπνίζεται παρά γίνεται ενδοφλέβια χρήση και βεβαίως επειδή η εγκληματική δραστηριότητα που συχνά συνοδεύεται από το εμπόριο ναρκωτικών προσθέτει ένα επικίνδυνο παράγοντα στα παιδιά που δεν παρουσιάζεται γενικά στην κατάχρηση αλκοόλ.

Τουλάχιστον μερικά αποτελέσματα από μεγάλες μελέτες θεραπείας δείχνουν ίδια στατιστικά και μεθόδους ανάρρωσης από μια ποικιλία ουσιών συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ. Αυτές οι διαφορετικές όμως αντιλήψεις των κοινωνικών λειτουργών μπορεί να εξωθήσουν σε παρεξηγήσεις και αντιδικίες εφόσον οι ίδιοι άνθρωποι βλέπουν το ίδιο φαινόμενο από διαφορετικές οπτικές γωνίες. (Feig, 1998:80-81)

Οινοπνευματώδη (Αλκοόλ)

Το αλκοόλ προέρχεται από την ανάμιξη φρούτων, λαχανικών και δημητριακών με μαγιά και ζάχαρη. Τότε δημιουργείται μια διαδικασία που λέγεται ζύμωση. Τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά, όπως το ουίσκι, η βότκα κ.ά. διυλίζονται περισσότερο για να γίνουν ισχυρότερα. Ένα βαρύ οινοπνευματώδες ποτό έχει μεγάλη περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Σε περίπτωση κατάχρησης αλκοόλ, το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα σωματικά και ψυχολογικά γνωστά ως μέθη. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν επιθετικότητα, αδυναμία, κριτικής σκέψης, αδυναμία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα, ευφορία ή κατάθλιψη, συναισθηματική αστάθεια κ.α. Σωματικές ενδείξεις είναι το κόκκινο πρόσωπο, η συγκεχυμένη ομιλία, η αστάθεια στις κινήσεις ή η

αδυναμία συντονισμού των κινήσεων, κ.α. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της μέθης είναι η άρση των «αναστολών». Έτσι το άτομο μπορεί να εμφανιστεί πολύ έξυπνο, κοινωνικό, ικανοποιημένο και υπερκινητικό με οξυμένη ικανότητα σκέψης, αλλά όσο προχωρά η κατανάλωση γίνεται μελαγχολικό, αργό, εσωστρεφές και τελικά μπορεί ακόμα και να χάσει τις αισθήσεις του.

Ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον τα μισά από αυτά αφορούν έναν οδηγό ή έναν πεζό μεθυσμένο. Επίσης δεν είναι σπάνιες οι πτώσεις και τα ατυχήματα στο σπίτι ή στην εργασία που οφείλονται σε κατάχρηση αλκοόλ. Η μέθη είναι επίσης συχνά υπεύθυνη για εγκλήματα. Από σοβαρή κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να επέλθει και θάνατος του χρήστη, κυρίως από καταστολή των αναπνευστικών κέντρων ή από αναρρόφηση εμετού.

Ηρεμιστικά

Τα ηρεμιστικά είναι χημικές φαρμακευτικές ουσίες που χορηγούνται με ιατρική συνταγή σε άτομα που έχουν προβλήματα άγχους και αϋπνίας. Παλαιότερα χρησιμοποιούνταν τα λεγόμενα βαρβιτουρικά, αλλά λόγω των πολλών ανεπιθύμητων παρενεργειών που είχαν, αποσύρθηκαν και αντικαταστάθηκαν από τα ηρεμιστικά.

Τα ηρεμιστικά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- τα μείζονα ηρεμιστικά, που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση σοβαρών ψυχιατρικών περιπτώσεων, και
- τα ελάσσονα ηρεμιστικά, που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του άγχους και του στρες ή σε περιπτώσεις αϋπνίας. Η χρήση και κατάχρηση-με στόχο την αλλαγή της διάθεσης- αφορά τα ελάσσονα ηρεμιστικά. Μερικά από αυτά τα σκευάσματα που κυκλοφορούν στη χώρα μας είναι: Tavor, Lexotanil, Tranxene, Stedon, Hipnocedon, Halcion, Normison, Vulbegal, κ.α.

Τα άμεσα αποτελέσματα των ηρεμιστικών στον άνθρωπο είναι παρόμοια με αυτά που προκαλεί μια μικρή δόση αλκοόλ. Το άτομο αισθάνεται χαλαρό και κοινωνικό, σαν να είχε πει 1-2 ποτά. Οι ουσίες αυτές ελαττώνουν τη νοητική λειτουργία, χωρίς να την αναιρούν τελείως. Οι χρήστες μπορεί να παρουσιάσουν μικρές αμνησίες, ανικανότητα να εκτελέσουν πολύπλοκες εργασίες και αυξημένο χρόνο αντίδρασης. Γι' αυτούς τους λόγους καθίσταται επικίνδυνη η οδήγηση υπό την επήρεια ηρεμιστικών καθώς και ο χειρισμός μηχανημάτων. Η ταυτόχρονη χρήση οινόπνευματων επιτείνει τα συμπτώματα αυτά. Σε μεγαλύτερες δόσεις τα ηρεμιστικά προκαλούν υπνηλία. Σε πολύ μεγάλες δόσεις οδηγούν σε κώμα και στο θάνατο. Οι θανατηφόρες δόσεις είναι πάρα πολύ μεγάλες, αλλά ο συνδυασμός του ηρεμιστικού με αλκοόλ απαιτεί μικρότερη δόση για να προκληθεί ο θάνατος.

Ινδική Κάνναβη (Μαριχουάνα – Χασίς)

Λεξιλόγιο "πιάτσας": χόρτο, γκρας, μαύρο/η, φούντα, λιβάνι, κ.ά.

Η κάνναβη είναι ένα θαμνώδες φυτό που διακρίνεται για τη μεγάλη του ικανότητα προσαρμογής σε διαφορετικές κλιματολογικές συνθήκες. Η μαριχουάνα/χασίς επηρεάζει τη μνήμη, την κρίση και την αντίληψη.

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η συστηματική και χρόνια χρήση επιδρά σε διάφορες εγκεφαλικές λειτουργίες. Δημιουργεί παρόμοιες μεταβολές με αυτές της χρήσης ηρωΐνης, κοκαΐνης και οιοπνεύματος. Επίσης, διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η χρήση μαριχουάνας/χασίς ίσως σχετίζεται με κάποια είδη καρκίνου και με διαταραχές στο αναπνευστικό, ανοσοποιητικό και γεννητικό σύστημα. Έχει αποδειχθεί πως κάποιος που κάνει 5 τσιγάρα μαριχουάνα/χασίς την εβδομάδα προσλαμβάνει τόσα καρκινογόνα χημικά συστατικά όσα κάποιος που καπνίζει 20 τσιγάρα καπνού την ημέρα. Μελέτες σε ζώα έχουν δείξει πως η χρήση της κάνναβης καταστρέφει κύτταρα και ιστούς που σχετίζονται με την άμυνα του οργανισμού απέναντι στις διάφορες ασθένειες.

Είναι γεγονός ότι υπάρχει μια κίνηση αμφισβήτησης της επικινδυνότητας της κάνναβης (μαριχουάνα, χασίς). Μάλιστα αρκετοί υποστηρίζουν την υιοθέτηση αντιπαγορευτικής πολιτικής απέναντι στην ουσία αυτή. Ένα από τα βασικά επιχειρήματα αυτής της τοποθέτησης είναι ότι το αλκοόλ, που είναι νόμιμη και κοινωνικά αποδεκτή ουσία, είναι πιο επικίνδυνο και δημιουργεί περισσότερα προβλήματα στους χρήστες από ότι η κάνναβη. Η αντίληψη αυτή για την κάνναβη έχει διαδοθεί ευρέως στη νεολαία μέσω της άμεσης και έμμεσης διαφήμισης που γίνεται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, με αποτέλεσμα τη σημαντική εξάπλωση της χρήσης της, όπως τεκμηριώνεται από τις πανελλήνιες έρευνες στη χώρα μας.

Η πραγματικότητα είναι ότι η μαριχουάνα και το χασίς είναι ψυχοτρόπες ουσίες που παράγονται από το φυτό της ινδικής κάνναβης και επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Από την πλευρά της φαρμακολογικής τοξικότητας η κάνναβη είναι πράγματι λιγότερο τοξική ουσία από το αλκοόλ. Το κριτήριο της τοξικότητας δεν είναι όμως το μόνο κριτήριο βάση του οποίου η χρήση μιας ουσίας κρίνεται ως επικίνδυνη. Πρόσφατα υπάρχει αυξανόμενος αριθμός επιστημονικών μελετών που δείχνουν ότι η χρήση της κάνναβης δεν είναι ακίνδυνη, ιδιαίτερα σε άτομα εφηβικής ηλικίας. Αντίθετα μπορεί να δημιουργήσει, κάτω από ορισμένες συνθήκες και σε ορισμένα άτομα, σοβαρά προβλήματα. Για το λόγο αυτό άλλωστε όλες οι χώρες που ακολουθούσαν μια πιο ανεκτική πολιτική στο θέμα της χρήσης της κάνναβης, συμπεριλαμβανομένης και της Ολλανδίας, αναθεωρούν την πολιτική τους.

Ειδικές μελέτες δείχνουν ότι για ένα χρονικό διάστημα μιάμισης περίπου ώρας από τη λήψη της ουσίας παρατηρούνται σημαντικές επιπτώσεις στις λειτουργίες του ατόμου, όπως μείωση των ανατακλαστικών, διαταραχή στην αντίληψη του χρόνου, διαταραχή στην προσοχή και στη μνημονική λειτουργία. Αν και δεν υπάρχει σαφώς τεκμηριωμένη φυσική εξάρτηση από την ουσία, εντούτοις η χρήση της μαριχουάνας και του χασίς δημιουργεί ψυχολογική εξάρτηση, που σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί σε μια σχεδόν καταναγκαστικά επαναλαμβανόμενη συχνή χρήση. Αυτή με τη σειρά της οδηγεί το άτομο σε κατάσταση μειωμένης δραστηριότητας και κινήτρων για την επιδίωξη στόχων. Από την κλινική πείρα έχει φανεί ότι σε νεαρά άτομα με ιδιοσυστασιακή προδιάθεση στην ψυχική διαταραχή, η χρήση της κάνναβης μπορεί να αποτελέσει εκλυτικό παράγοντα στην εκδήλωση

ψυχωσικών επεισοδίων, καθώς και αυξημένο κίνδυνο υποτροπής της ψυχικής διαταραχής μετά την αποδρομή του επεισοδίου. Τέλος, η χρήση της κάνναβης φέρνει το νέο άτομο σε ευκολότερη επαφή και με άλλες παράνομες ουσίες, αυξάνοντας την πιθανότητα εμπλοκής με αυτές. (www.okana.gr)

Οπιούχα και Οπιοειδή

Υπάρχουν πολλές ουσίες που συνδέονται με το όπιο. Οπιούχα ονομάζονται τα φυσικά αλκαλοειδή του οπίου όπως είναι η μορφίνη και η κωδεΐνη. Εκτός από αυτά υπάρχουν ημισυνθετικά παράγωγα τους όπως η ηρωΐνη, η υδρομορφόνη και η οξυμορφόνη, καθώς και καθαρά συνθετικά οπιοειδή όπως η μεπεριδΐνη, η μεθαδόνη, η φεναζοκΐνη, η πενταζοκΐνη, η κυκλαζοκΐνη και η δεξτροπροποξυφένη. Καθώς κοινό χαρακτηριστικό όλων των ουσιών αυτών είναι ότι αποδεδειγμένα και εξασκούν τη δράση τους σε (σχετικά πρόσφατα ανακαλυφθέντες) υποδοχές στον εγκέφαλο, τους υποδοχές οπιοειδών, είναι ίσως προτιμότερο να αναφερόμαστε τόσο στα αλκαλοειδή όσο και στις ημισυνθετικές και συνθετικές ουσίες με το γενικό όρο οπιοειδή και όχι οπιούχα.

Όλα αυτά τα φάρμακα είναι κατευναστικά, αλλά το σημαντικότερο είναι ότι αποτελούν τα δυνατότερα παυσίπονα που υπάρχουν. Γι' αυτό και η σημασία τους για την ιατρική είναι ανυπολόγιστη. Δυστυχώς, όμως, προκαλούν και εξάρτηση. Τα οπιοειδή λαμβάνονται από το στόμα, ενδοφλέβια ή από τη μύτη. (Μάνος, 1997:531)

Μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών κάνουν χρήση διεγερτικών παρά οπιούχων. Προτιμούν συγκεκριμένα αμφεταμΐνη γιατί είναι σχετικά φθηνή, θεωρείται μη εθιστική και έτσι "στιγματίζει" λιγότερο. Επίσης έχει "χρήσιμες" επιπτώσεις: καταστολή της όρεξης, αύξηση της αυτοπεποίθησης και ενέργειας, κοινωνική υπέρ – αλληλεπίδραση και αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά. Όσον αφορά τα ηρεμιστικά υπάρχει μέλη προϊστορία σε σχέση με την χρήση τους από γυναίκες. Ξεκινά από την δεκαετία του '50 όταν οι συνταγές, πρώτα για ηρεμιστικά και μετά για διεργετικά, δίνονταν εύκολα από τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς αφού θεωρούσαν τις γυναίκες πιο "αδύναμα πλάσματα" που είχαν ανάγκη από βοήθεια. Ίσως οι αυξανόμενοι ρόλοι και ευθύνες της μητέρας και η άνεση να κάνει χρήση ουσιών που βρίσκονται στο σπίτι να την οδήγησαν στην τάση να κάνει αυτό – διάγνωση και να αυτό-θεραπεύεται. (Klee&Wright, 1998: 6&18)

Οι Συνέπειες της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών κατά την κύηση στο έμβρυο και τη Μητέρα

Κατά τη διάρκεια της κύησης είναι πολλοί οι εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι μπορεί να απειλούν τόσο τη μητέρα όσο και το έμβρυο. Ορισμένοι από αυτούς, μπορεί να είναι τόσο σημαντικοί και ο κίνδυνος πρόκλησης βλάβης στη μητέρα ή στο έμβρυο, εξαιτίας τους, να είναι τόσο πιθανός, ώστε η συγκεκριμένη κύηση να περιλαμβάνεται στις περιπτώσεις κυήσεων υψηλού κινδύνου. Ένας από τους σημαντικούς βλαπτικούς παράγοντες και οι κίνδυνοι που απορρέουν από αυτό, είναι τα ναρκωτικά.

Η χρήση ναρκωτικών, όπως η κοκαΐνη, τα παραισθησιογόνα και η μαριχουάνα είναι ιδιαίτερα βλαπτική για την εγκυμοσύνη. Τα ναρκωτικά κατά τη διάρκεια της κύησης αυξάνουν για τη μητέρα και τον κίνδυνο εμφάνισης

άλλων νοσημάτων ή επιπλοκών, κυρίως λόγω της πλημμελούς φροντίδας της προσωπικής της ζωής. Έτσι η εξαρτημένη γυναίκα μπορεί να εμφανίσει σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως σύφιλη, βλεννόρροια, AIDS, μπορεί να εμφανίσει λοιμώξεις του ουροποιητικού και αναιμία, εξαιτίας του υποσιτισμού της. Οι έγκυες δε που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών πρέπει να υποβάλλονται συχνά σε ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις για έλεγχο χλαμυδιακής και ερπητικής λοίμωξης, για προσδιορισμού του φυλλικού οξέος, της ουρίας, κρεατινίνης, αντισωμάτων ηπατίτιδας, ενώ απαιτείται διενέργεια καλλιέργειας ούρων ανά δίμηνο.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών παρουσιάζουν αμηνόρροια, γεγονός που καθιστά πολύ δύσκολο τον ακριβή προσδιορισμό της πραγματικής ηλικίας κύησης και για το λόγο αυτό συνιστάται συχνός και έγκαιρος υπερηχογραφικός έλεγχος.

Από άποψη δράσης προς το έμβρυο τα ναρκωτικά διέρχονται τον πλακούντα και ασκούν άμεση επίδραση σε αυτό. Οι περισσότερες από αυτές τις ουσίες προκαλούν αγγειοσύσπαση στα αγγεία της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας, γεγονός που συνεπάγεται την μειωμένη προσαγωγή θρεπτικών ουσιών και οξυγόνου. Η πορεία της κύησης και του τοκετού συνήθως παρουσιάζει πλήθος επιπλοκών όπως είναι ο οξύς ή ο πρόωρος τοκετός, η αυτόματη αποβολή, η πρόωρη ρήξη των υμένων, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, ακόμα και η ρήξη της μήτρας. Το δε έμβρυο συνήθως είναι υπολειπόμενου βάρους ενώ μετά τη γέννησή του κατά κανόνα εκδηλώνει συμπτώματα στερητικού συνδρόμου. Ιδιαίτερα καταστροφικές είναι οι συνέπειες της κοκαΐνης, ειδικά της κρυσταλλοειδούς μορφής της (crack). Λόγω της αγγειοσύσπασης που προκαλεί επιφέρει υπέρταση, ταχυκαρδία, στηθάγχη ή εμφράγματα μυοκαρδίου, εγκεφαλικές θρομβώσεις ακόμη και θάνατο. Είναι 3 φορές πιο θανατηφόρος από την ηρωίνη, η δε αποδόμησή της από έμβρυο δεν είναι εφικτή επειδή το ήπαρ του εμβρύου είναι ανώριμο. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι ενώ στο ενήλικα αποβάλλεται εντός 1-2 ημερών στο έμβρυο αποβάλλεται εντός 4-6 ημερών. Τα παιδιά που προέρχονται από μητέρες- χρήστριες κοκαΐνης μπορεί να παρουσιάσουν ψυχοκινητικές διαταραχές και σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου της παιδικής ηλικίας. Η θεραπευτική προσέγγιση αυτών των γυναικών απαιτεί μείωση της ψυχοσωματικής κόπωσης, ανάγκη κατανόησης της συχνής παρακολούθησης της κύησης και χρησιμοποίηση ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού.

Η προσπάθεια οξείας διακοπής των ναρκωτικών ουσιών δεν είναι δόκιμη καθώς ενεργοποιεί πλήθος επιπτώσεων όπως οξεία αποστέρηση μητέρας και εμβρύου, ενδομήτρια υπερδραστηριότητα του εμβρύου και εμβρυϊκούς σπασμούς, έξοδο μηκυνίου και ενδομήτριο ή νεογνικό θάνατο. Η θεραπευτική αντιμετώπιση απαιτεί κατ' αρχάς την αντικατάσταση των ναρκωτικών ουσιών από μεγάλες δόσεις μεθαδόνης, οι οποίες σταδιακά και βαθμιαία ελαττώνονται, με στόχο τη επίτευξη της μεγαλύτερης μείωσης έως τον τοκετό. Για το νεογνό η θεραπεία του στερητικού συνδρόμου πρέπει να αρχίσει το τρίτο 24ωρο από τη γέννησή του με χορήγηση μεθαδόνης ή διαζεπάμης. (www.care.gr)

Από αποτελέσματα έρευνας όμως που εντοπίστηκαν σε ελληνίδες μητέρες τοξικομανείς, φαίνεται να μην αντιμετώπισαν ιδιαίτερα προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τον τοκετό. Γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι δεν αποδεικνύεται άμεση αρνητική επίδραση της χρήσης ουσιών στην κύηση και στον τοκετό, αποδοχή που δεν συμφωνεί ιδιαίτερα με

την χρησιμοποιηθήσα πηγή, η οποία κυρίως αναφέρεται στους κινδύνους που διατρέχει το κύημα. Βρέθηκε υψηλός αριθμός εξαρτημένων μητέρων που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή κάτι όμως που δεν αποδεικνύεται – από τα ευρήματα αυτής της έρευνας τουλάχιστον – ότι είναι αποτέλεσμα χρήσης εθιστικών ουσιών από τη μητέρα.

Ένας μεγάλος αριθμός παιδιών εκτέθηκαν στη δράση εθιστικών ουσιών από τη στιγμή της σύλληψης και καθόλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εφόσον 14 μητέρες – χρήστριες δεν διέκοψαν τη χρήση. Το δίλλημα “ η υγεία του παιδιού μου ή η προσωπική μου ηδονή;” φαίνεται να αφήνει ανεπηρέαστη την εξαρτημένη μητέρα ή την οδηγεί στη δεύτερη επιλογή.

Επίσης 8 παιδιά εκτέθηκαν στον κίνδυνο επιμόλυνσης απο ηπατίτιδα Β και Ο, κατα την διάρκεια της ενδομήτριας ζωής. Εάν θα πρέπει να απαντηθεί το ερώτημα: “ η μητέρες αγνοούν τον κίνδυνο στον οποίο εκθέτουν το παιδί τους ή αν αδιαφορούν;” Η εκτίμηση είναι ότι αδιαφορούν.

Το βάρος γέννησης και τα σωματομετρικά στοιχεία των παιδιών της έρευνας, αποδεικνύουν ότι η εξάρτηση των γονέων και η δυσμενής οικογενειακές και οικονομικές συνθήκες, δεν τα επηρέασαν σωματικά. Αυτό οφείλεται σε μια σειρά παραγόντων όπως η θετική παρουσία της μη χρήστριας μητέρας σε κάποιες περιπτώσεις ή προστατευτική παρέμβαση άμεσων συγγενών των εξαρτημένων γονέων σε άλλες.(Τετράδια Ψυχιατρικής, 2003,τ.82: 24)

Αίτια

Υπάρχει συνεχής προβληματισμός για αίτια που οδηγούν ορισμένα άτομα στη εξάρτηση από ουσίες. Τα αίτια αυτά εντοπίζονται σε διάφορους παράγοντες , όπως προσωπικούς , ψυχολογικούς , κοινωνικούς , οικογενειακούς , οικονομικούς , συμπεριφοράς. Το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης είναι πολυπαραγοντικό και διαρκώς εξελισσόμενο στη σύγχρονη κοινωνία.

Σε ότι αφορά το θέμα του φύλου , οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι τα αίτια που οδηγούν τους άντρες και τις γυναίκες στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών διαφέρουν. Ένα μεγάλο μερίδιο για την διαφορά αυτή κρατά ο κοινωνικός ρόλος του κάθε φύλου. Έτσι οι άντρες είναι πιο πιθανό να εμπλακούν στη χρήση παράνομων ουσιών , κάτι που δεν αντιβαίνει πλήρως με το κοινωνικό πρότυπο που η κοινωνία μας έχει για τον άντρα. Οι γυναίκες πάλι είναι πιο πιθανό να περάσουν στην κατάχρηση νόμιμων φαρμακευτικών κι άλλων ουσιών από το αδιέξοδο στο οποίο φτάνουν , εξαιτίας των πολλών ρόλων , που καλούνται να παίξουν μέσα στα πλαίσια του κοινωνικού προτύπου για το φύλο τους.

Ο θεσμός της οικογένειας συνδέεται σε μεγάλο βαθμό σχεδόν με όλες τις πτυχές του προβλήματος των ναρκωτικών. Η μορφή και η δομική λειτουργία της οικογένειας συνδέονται με τα αίτια της χρήσης ουσιών και τη γονική επιτήρηση των παιδιών – πριν και μετά την εμπλοκή τους με τις ουσίες. Παράλληλα επισημαίνεται ότι το οικογενειακό περιβάλλον εμπλέκεται στη διαδικασία της θεραπείας κάποιου μέλους του.

Η τοξικομανία ως κοινωνικό φαινόμενο φαίνεται να κατασκευάζεται από το κοινωνικό κατεστημένο και τους φορείς που ασχολούνται με αυτήν. Μάλιστα η κατασκευή επιτυγχάνεται μέσα από την παραγωγή δημοσίου λόγου για το συγκεκριμένο ζήτημα. Ο λόγος για τα ναρκωτικά μετατράπηκε

από το 1980 και μετά σε πολιτική διαμάχη ορισμένων κοινωνικών ομάδων με πολιτικούς στόχους. Τα ναρκωτικά παρουσιάζονται ως μείζον πρόβλημα για την ελληνική κοινωνία και η κάθε ομάδα προσπαθεί να πείσει ότι η ίδια μπορεί να βρει την κατάλληλη λύση για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Ουσιαστικός στόχος όμως της κάθε ομάδας , που εμπλέκεται στον πολιτικό διάλογο , είναι να κερδίσει οπαδούς και την υποστήριξη της κοινής γνώμης ως προς το συγκεκριμένο θέμα κι άρα να ενδυναμώσει την κοινωνική της ισχύ.

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών θεωρείται ένα κοινωνικό φαινόμενο. Έτσι το άτομο που αποκτά σχέση εξάρτησης με κάποια νόμιμη ή παράνομη ουσία εμφανίζει μια συμπεριφορά κοινωνικής παρέκκλισης. Ψυχιατρικά αίτια ή ψυχολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας , περιγράφουν τα άτομα εκείνα που επιλέγουν να μη συντάσσουν τη συμπεριφορά τους με το κοινωνικά «ορθό / πρόπον». Ως προς τη σχέση των δύο φύλων με τις ουσίες αξίζει να σημειώσουμε ότι ο κοινωνικός ρόλος του άνδρα «δικαιολογεί» τη χρήση κυρίως παράνομων ουσιών , ενώ ο ρόλος της γυναίκας τη χρήση νόμιμων ουσιών.

Σεξουαλική Κακοποίηση και Τοξικομανία

Ο ορισμός που δίνεται για την παιδική σεξουαλική κακοποίηση έχει υπάρξει προβληματικός τόσο για τους ερευνητές όσο και για τους κλινικούς. Το Εθνικό Κέντρο Παιδικής Κακοποίησης και παραμέλησης δίνει τον παρακάτω ορισμό , που σύμφωνα με τον Finkelhor (1997) είναι ο πιο κατάλληλος : «επαφές ή αλληλεπιδράσεις μεταξύ ενός παιδιού και ενός ενήλικα , όταν το παιδί χρησιμοποιείται για την σεξουαλική διέγερση του δράστη ή άλλου ατόμου. Σεξουαλική κακοποίηση μπορεί επίσης να διαπραχθεί από ένα άτομο κάτω των 18 ετών , όταν το άτομο είναι σημαντικά μεγαλύτερο από το θύμα ή όταν ο δράστης είναι σε θέση δύναμης ή ελέγχου του άλλου παιδιού».

Η εμπειρία της σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία είναι τραυματική και συνήθως οδηγεί σε σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην ενήλικη ζωή , ακόμα και σε ψυχωτικού τύπου συμπτωματολογία. Τα παιδιά προκειμένου να αντέξουν την επίθεση που δέχθηκαν στο σώμα τους , στη συναισθηματική τους εξέλιξη , στην ψυχή τους αναπτύσσουν στρατηγικές επιβίωσης. Αυτές οι στρατηγικές , κάποια στιγμή , καταλήγουν να είναι αναποτελεσματικές και περιγράφονται ως «συμπτώματα» στην ενήλικη ζωή. Πιο συγκεκριμένα , πολλά άτομα που επιβίωσαν της εμπειρίας έχουν διαγνωσθεί λανθασμένα ως ψυχωτικά , υστερικά , οριακού τύπου ή αντικοινωνικά. Επίσης η διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής stress (PTSD) είναι συχνή σε αυτόν τον πληθυσμό. Το είδος όμως και ο βαθμός της «βλάβης» ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Έχει διαπιστωθεί ότι η ύπαρξη υποστηρικτικών ενηλίκων , η παρουσία προσαρμοστικών ικανοτήτων , η ύπαρξη άλλου τραύματος μπορεί να διευκολύνουν την ενσωμάτωση της συγκεκριμένης εμπειρίας στην ενήλικη ζωή και να μην παρατηρηθούν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές .

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι για γυναίκες που έχουν επιβιώσει από την εμπειρία της σεξουαλικής κακοποίησης , η χρήση και κατάχρηση ουσιών πιθανά να αποτελούν έναν τρόπο «ίσης του πόνου» , ένα μηχανισμό για να αντέξουν συναισθήματα «αναξιότητας , φόβου , αηδίας με τον εαυτό». Αποτελούν δηλαδή έναν τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισης αρνητικών

αντιλήψεων για τον εαυτό (negative self perceptions). Η αναγνώριση και η αποδοχή των απωθμένων συναισθημάτων (θυμός , ενοχή , ντροπή , αυτομομφή) που σχετίζονται με εκείνη την περίοδο ζωής του εξαρτημένου ατόμου είναι καθοριστική για την παραμονή και τη συναισθηματική εξέλιξη μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο , ώστε να ενισχυθεί η αυτό – εκτίμηση και να επικρατήσουν θετικά συναισθήματα . Ένας άλλος λόγος μπορεί να είναι η ανάγκη για εύρεση μιας ασπίδας στις επίπονες αναμνήσεις παλιών σεξουαλικών τραυμάτων. Έτσι , αν και η επιλογή της ουσίας μπορεί να δίνει την εντύπωση του τυχαίου , πάντοτε γίνεται για λόγους συνυφασμένους τόσο με την ατομική ψυχοπαθολογία όσο και με το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον.

Οικογενειακό Περιβάλλον

Η οικογένεια λοιπόν αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα σε αυτή τη διαδικασία. Ως πολυκυτταρική οντότητα απαρτίζεται από ζωντανούς οργανισμούς που ο καθένας έχει την προσωπική του εξέλιξη και τη δική του διαδρομή. Παράλληλα όμως υπάρχει δυναμική αλληλεπίδραση και η πορεία του καθένα επηρεάζει τόσο το κάθε μέλος του συστήματος όσο και το σύστημα ολόκληρο. Οι σχέσεις λοιπόν που αναπτύσσονται στο οικογενειακό σύστημα είναι καθοριστικές , και διαμορφώνονται τόσο από τις γονικές πρακτικές ανατροφής όσο και από τη συγκεκριμένη δομή προσωπικότητας του παιδιού. Είναι ενδιαφέρον όμως ότι δεν υπάρχει «ειδικό μοντέλο οικογένειας» στον τοξικομανή. Πιο συγκεκριμένα , σε αυτές τις οικογένειες υπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά που είτε παίρνουν ακραίες παθολογικές μορφές είτε συνδυάζονται δημιουργώντας μια συγκεκριμένη δυσλειτουργική δυναμική. Για παράδειγμα , μειωμένη συνοχή , έντονη ενδο-οικογενειακή σύγκρουση , διαταραγμένη συναισθηματική επικοινωνία , ασαφή όρια και ιεραρχία. Είναι λοιπόν σαφές ότι η δυσλειτουργία της οικογένειας και η ανεπάρκεια των γονιών στο ρόλο τους μπορεί να αποτελέσει το κατάλληλο έδαφος για την τέλεση σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης προς το παιδί και τη δημιουργία προβλημάτων στην ενήλικη ζωή (όπως την υιοθέτηση παρορμητικών συμπεριφορών , τη χρήση ουσιών κλπ.)

Ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που πρέπει να διερευνηθεί λοιπόν , είναι οι συνθήκες μέσα στις οποίες διεπράχθη η κακοποίηση , ώστε να μπορέσει να υπάρξει έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση. Η οικογενειακή ατμόσφαιρα αποτελεί ένα βασικό παράγοντα σε αυτή τη διαδικασία , από τη στιγμή που οι τοξικομανείς συχνότερα αναφέρουν εμπειρίες σεξουαλικής φύσεως με κοντινούς ανθρώπους (είτε με μέλη της οικογένειας τους ή με συγγενείς). Συγκεκριμένα , η σεξουαλική κακοποίηση από τον πατέρα προς την κόρη έχει θεωρηθεί πολύ πιο σημαντική λόγω της συναισθηματικής προδοσίας που το κορίτσι βιώνει. Η πράξη αυτή έχει ερμηνευθεί ως αντικατάσταση της μητέρας από την κόρη , σε μια προσπάθεια του πατέρα να ικανοποιήσει την ανάγκη του για αγάπη και στοργή. Στην έρευνά τους όμως οι Rudd & Herzberger (1999) συμπέραναν ότι και στην αδελφική αιμομιξία , τα κορίτσια αισθάνονται προδομένα και απροστάτευτα και από τους δύο γονείς. Συχνά μάλιστα σπάνε τη σιωπή , μιλώντας για την κακοποίηση , αλλά πάλι δεν υπάρχει η σωστή παρέμβαση από μεριά των γονιών. Και στις δύο περιπτώσεις λοιπόν το αίσθημα της αδυναμίας και της ματαιώσης είναι έντονο. Το συμπέρασμα λοιπόν που κανείς μπορεί να αποκομίσει είναι ότι η

κακοποίηση δεν γίνεται τυχαία και ότι προϋπάρχει οικογενειακή δυσλειτουργία. Μονάχα εάν διαφοροποιηθεί η δυναμική στο οικογενειακό σύστημα , η θεραπεία απεξάρτησης θα έχει επιτυχία. (Τετράδια Ψυχιατρικής.76 , 2001:8-11)

Η Διαθεσιμότητα των Ουσιών

Ο βαθμός διαθεσιμότητας της συγκεκριμένης ουσίας , ο βαθμός έκθεσης του ατόμου σε αυτή και οι κοινωνικές αντιδράσεις στη χρήση της αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην πιθανότητα να τη χρησιμοποιήσει το άτομο , καθώς και στο βαθμό διάδοσής της στο πληθυσμό. Έτσι , ουσίες κοινωνικά παραδεκτές στις δυτικές κοινωνίες , όπως ο καπνός και τα οινόπνευματώδη , είναι οι περισσότερο διαδεδομένες ψυχοτρόπες ουσίες σήμερα. Τα ψυχοφάρμακα (ιδιαίτερα τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά) έχουν , επίσης , μεγαλύτερη διάδοση από αυτή που θα δικαιολογούσαν οι ενδείξεις για θεραπευτική τους χρήση. Σε αυτό συντελεί η σχετικά εύκολη απόκτηση της ιατρικής συνταγής , αλλά και η καλλιεργημένη στον πληθυσμό αντίληψη πως πρόκειται για φάρμακα που δεν βλάπτουν. Μια παρόμοια διαμορφωμένη αντίληψη και στάση απέναντι στις ουσίες μπορεί να οδηγήσει το άτομο από τη δικαιολογημένη χρήση τους στην κατάχρηση , δηλαδή , τη χρήση χωρίς ιατρική σύσταση. Για τα ναρκωτικά , η κοινωνική στάση και αντίδραση είναι τελείως διαφορετική. Θεωρούνται εξαιρετικά επικίνδυνες ουσίες , καταδικάζεται κοινωνικά η χρήση τους και η διαθεσιμότητα τους είναι περιορισμένη , αφού η κυκλοφορία τους γίνεται μόνο παράνομα. (Κοκκέβη,1988:368)

Βιολογικά Αίτια Τοξικομανίας

Οι βιολογιστές χαρακτηρίζουν την τοξικομανία ως «χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο του εγκεφάλου», αποτέλεσμα της παρατεταμένης δράσης των ναρκωτικών σε ειδικούς εγκεφαλικούς νευρώνες και των αλλαγών που προκαλούνται εξαιτίας τους στη δομή και τη λειτουργία του. Υποστηρίζουν μάλιστα ότι «η έρευνα έχει αρχίσει να αποκαλύπτει μείζονες διαφορές μεταξύ των εγκεφάλων των εξαρτημένων και των μη εξαρτημένων ατόμων και ενδείξεις κοινών στοιχείων εξάρτησης , ανεξάρτητα από την ουσία». Γίνονται εκτεταμένες έρευνες για την «ταυτοποίηση ειδικών γονιδίων που συμβάλλουν στις ατομικές διαφορές ευαλωτότητας στην εξάρτηση». Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η εξάρτηση οφείλεται στο ότι όλες οι ουσίες , η αμφεταμίνη , η κοκαΐνη , η μορφίνη , η ηρωίνη , το αλκοόλ , αυξάνουν τη συγκέντρωση ντοπαμίνης στον ακουστικό πυρήνα του μεταιχμιακού συστήματος (nucleus accubens). Εξάλλου είναι ευρέως διαδεδομένη η άποψη ότι η τοξικομανία συνδέεται με την έλλειψη ενδορφινών στον εγκέφαλο. Ας μην ξεχνάμε ότι οι Dole και Nyswanger , οι πατέρες της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη στηρίχτηκαν στην υπόθεση ότι υπάρχει στον ηρωινομανή ένα μεταβολικό έλλειμμα ανάλογο με εκείνο της ινσουλίνης στον διαβητικό (Μάτσα,2001:28).

Αξιοσημείωτο πάντως είναι μια έρευνα που μελέτησε πόσο επιρρεπείς είναι τα 2 φύλα στην εξάρτηση από ουσίες. Αναφέρει ότι λόγω σωματικών διαφοροποιήσεων , το επίπεδο ασφάλειας της κατάχρησης ουσιών για τις γυναίκες είναι χαμηλότερο από αυτό των ανδρών. Το σώμα των γυναικών

περιέχει διαφορετικές ποσότητες λίπους και νερού , από αυτό των ανδρών , το οποίο επηρεάζει το βαθμό απορρόφησης και το συναθροιστικό αντίκτυπο αλκοόλ , κάνναβης και κάποιων βενζοδιαζεπινών. Η κατανομή του λιπώδους ιστού των γυναικών και η τάση τους να έχουν μικρότερες , λιγότερο εμφανείς φλέβες καθιστούν δύσκολη την ενέσιμη χρήση ουσιών. Επίσης οι ορμονικές αλλαγές που προκαλούνται από τον έμμηνο κύκλο , η εγκυμοσύνη και η εμμηνόπαυση αλλάζουν τις επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών για τις γυναίκες. Τέλος η κατάχρηση ουσιών από γυναίκες έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού και γυναικολογικές ανωμαλίες. (Wright , 2002:18)

Τοξικομανία και Θεραπεία, θέμα Φύλου;

Την τελευταία δεκαετία εμφανίζεται όλο και περισσότερο η θεωρητική προσέγγιση σύμφωνα με την οποία το κάθε φύλο εμπλέκεται διαφορετικά από το άλλο στη χρήση ουσιών κι ακολουθεί μια διαφορετική πορεία από την έναρξη της χρήσης ως την αναζήτηση της θεραπείας από την εξάρτηση. Η παρούσα θεωρία μπορούμε να πούμε πως υπήρξε το αποτέλεσμα ερευνητικών εκτιμήσεων των φορέων θεραπείας.

Οι διαφυλικές διαφορές εντοπίζονται σε ποικίλους τομείς , όπως τα αίτια της έναρξης της χρήσης , οι ουσίες εξάρτησης και ο τρόπος χρήσης τους , η αναζήτηση της θεραπείας και η θεραπευτική προσέγγιση , ο χρόνος που το κάθε φύλο χρειάζεται για να περάσει από το ένα στάδιο χρήσης στο άλλο , αλλά και η ηλικία στην οποία βρίσκεται το κάθε φύλο σε κάθε στάδιο της χρήσης.

Τα αίτια των παραπάνω διαφυλικών διαφορών συνοψίζονται στο γεγονός ότι , τα δύο φύλα διαφέρουν τόσο ως προς τον ψυχισμό τους , όσο κι ως προς την κοινωνική τους ταυτότητα.

Σε σχέση με τον άνδρα τοξικομανή , η γυναίκα έχει μεγαλύτερα προβλήματα υγείας , μεγαλύτερα ποσοστά συννοσηρότητας (ψυχογενή ανορεξία , βουλιμία , κατάθλιψη , διαταραχές πανικού κ.α) και είναι αυτή που αναλαμβάνει τη συντήρηση και τη φροντίδα του εξαρτημένου συντρόφου ή του παιδιού της.

Η εξαρτημένη από ουσίες γυναίκα είναι διπλά στιγματισμένη – ως γυναίκα με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και ως εξαρτημένη – κι έτσι διπλά καταπιεσμένη , διπλά αποκλεισμένη κοινωνικά. Αν είναι και μητέρα τότε η κατάσταση απλά χειροτερεύει. Δεν υπάρχει ιδιαίτερο προφίλ της ουσιοεξαρτημένης γυναίκας. Υπάρχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά που την διαφοροποιούν από τον αντίστοιχο ανδρικό πληθυσμό των εξαρτημένων :

1. Οι όροι της ζωής της (ανεργία , έλλειψη στέγης , ευκαιριών κ.λ.π) είναι δυσμενέστεροι από των αντίστοιχων ανδρών κατά σημαντικά ποσοστά.
2. Δέχεται μεγαλύτερη απόρριψη από την πατρική της οικογένεια και τον κοινωνικό της περίγυρο.
3. Υπάρχει συνήθως ιστορικό κακοποίησης (σεξουαλικής και άλλης) κατά την παιδική ηλικία , μέσα ή έξω από την οικογένεια.
4. Είναι πιο ευάλωτη στον ιό του AIDS
5. Γίνεται αντικείμενο βίας και εκμετάλλευσης από τον σεξουαλικό της σύντροφο.

6. Καταφεύγει ευκολότερα στην πορνεία για την εξασφάλιση της ουσίας.
7. Η εξάρτηση συνυπάρχει συχνότερα με κάποια ψυχική διαταραχή (κατάθλιψη , άγχος , ανορεξία , βουλιμία).
8. Η ηλικία της εγκατάστασης της εξάρτησης συμπίπτει με την ηλικία τεκνοποίησης , με αποτέλεσμα η εξαρτημένη γυναίκα να είναι συχνότερα η μόνη υπεύθυνη για την ανατροφή των παιδιών της.
9. Έχει συχνότερα την ευθύνη του σπιτικού στο οποίο ζει , με αποτέλεσμα ο περίγυρος να αντιτίθεται στην απομάκρυνσή όταν εκείνη αναζητήσει βοήθεια από ένα πρόγραμμα.
10. Ακόμα και όταν υπάρχει οικογένεια που θα μπορούσε να φροντίσει τα παιδιά της στη διάρκεια της θεραπείας της , αυτή η οικογένεια είναι συχνά επικίνδυνη για τα παιδιά μιας και συχνά αναπαράγει τις ίδιες συνθήκες που ώθησαν τη μητέρα στη χρήση.

Δύσκολα οι εξαρτημένες γυναίκες - πόσο μάλλον οι εξαρτημένες μητέρες – αποφασίζουν να ζητήσουν βοήθεια από τα θεραπευτικά προγράμματα. Αναβάλλουν την ένταξή τους στο πρόγραμμα από το φόβο του κοινωνικού στιγματισμού και της πιθανής απώλειας του παιδιού τους. Μολονότι τα τελευταία 6 χρόνια παρατηρείται αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων γυναικών που επισκέπτονται το συμβουλευτικό σταθμό και ζητούν βοήθεια, πολύ λίγες εντάσσονται σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα.

Στις διαφυλικές διαφορές των χρηστών , επικεντρώνεται και το ενδιαφέρον των θεραπευτικών κοινοτήτων. Σημειώνεται , ότι το ισχύον θεραπευτικό σύστημα ανδροκρατείται ως προς τον πληθυσμό των υπό θεραπεία ατόμων. Αυτή η διαπίστωση όμως για μερικούς σημαίνει ότι μέσα στα πλαίσια της θεραπείας , οι ιδιαίτερες ανάγκες των γυναικών παραγκωνίζονται ή καλύπτονται ελλιπώς , ενώ για άλλους ότι το τρέχον θεραπευτικό μοντέλο δεν έχει βρει ακόμα έναν αποτελεσματικό τρόπο προσέλκυσης του γυναικείου πληθυσμού προς την αναζήτηση της βοήθειας για την απεξάρτηση του.

Το ποσοστό των γυναικών - μελών στις θεραπευτικές κοινότητες , είναι το 20% του συνόλου των μελών. Από την εμπειρία των προγραμμάτων , επισημαίνεται , ότι οι γυναίκες μετά την έξοδό τους από το θεραπευτικό πρόγραμμα παρουσιάζουν πιο σταθερή πορεία σε σύγκριση με τους άνδρες. Η γυναικεία ταυτότητα μέσα στη θεραπευτική κοινότητα τις περισσότερες φορές περιθωριοποιείται ή μεταβάλλεται προκειμένου να ενσωματωθεί κυρίως ως μέλος στην ομάδα , όπου πλειοψηφούν οι άνδρες και στην οποία οι στόχοι έχουν καθοριστεί από άνδρες.

Η άνιση αντιμετώπιση των γυναικών εντοπίζεται :

- Στο εργασιακό περιβάλλον
- Στην καθημερινή συμπεριφορά
- Στα ζητήματα εμφάνισης

Ο άνδρας κρίνεται με βάση το «τι κάνει» , ενώ η γυναίκα με βάση το «τι είναι».

Τα θεραπευτικά προγράμματα βασίζονται σε τεχνικές που έχουν εστιαστεί στη θεραπεία και επανένταξη του άνδρα παραγνωρίζοντας συνεπώς τις

ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες των γυναικών. Μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον οι γυναίκες συχνά παραιτούνται από τη γυναικεία τους υπόσταση.

Σε ότι αφορά τη θεραπευτική διαδικασία :

- Οι γυναίκες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες ολοκληρώνουν το πρόγραμμα και επανεντάσσονται κοινωνικά με επιτυχία.
- Σε μικρότερο ποσοστό από τους άνδρες παρουσίασαν υποτροπή.
- Η εγκατάλειψη της θεραπείας σε κάποια φάση της είναι συχνότερη στις γυναίκες.

Στην ελληνική βιβλιογραφία εντοπίσαμε εμπειρικές έρευνες που στα πλαίσια τους καταγράφουν τη μεταβλητή φύλο. Αξίζει να σημειωθεί ότι έρευνες με αποκλειστικό τους αντικείμενο τη γυναίκα ή το φύλο είναι ελάχιστες και για τις μητέρες μηδαμινές.

Ακολουθούν συνοπτικά τα ερευνητικά πορίσματα που αφορούν στις διαφορές και ομοιότητες μεταξύ των δύο φύλων στην εμπλοκή τους με τις εξαρτησιογόνες ουσίες , ως προς την

Κατανάλωση ουσιών , τα πρότυπα , και τις μορφές χρήσης :

- Από ένα μεγάλο ποσοστό και των δύο φύλων η ηρωίνη αναφέρεται ως κύρια ουσία κατάχρησης.
- Οι γυναίκες δοκιμάζουν για πρώτη φορά ναρκωτικά σε μικρότερη ηλικία από τους άνδρες και παραμένουν στη χρήση περισσότερα χρόνια από αυτούς.
- Ως κύριες ουσίες κατάχρησης και για τα δύο φύλα εμφανίζονται κατά σειρά προτεραιότητας η κάνναβη , η ηρωίνη και τα κατασταλτικά χάπια.
- Οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα επικίνδυνη συμπεριφορά χρήσης. Εκείνες κάνουν συχνότερα εναίσιμη χρήση και χρησιμοποιούν συνηθέστερα κοινή σύριγγα.
- Έχουν εντοπιστεί σοβαρά προβλήματα με το κάπνισμα “crack” κυρίως στις γυναίκες που ασκούν επαγγέλματα σχετιζόμενα με το σεξ.

Ως προς τη θεραπεία :

- Οι γυναίκες που προσεγγίζουν τα θεραπευτικά προγράμματα είναι μικρότερης ηλικίας από τους άνδρες.
- Ως πηγή παραπομπής και τα δύο φύλα αναφέρουν το άμεσό τους περιβάλλον (εαυτός , οικογένεια , φίλοι)
- Ως κίνητρο έναρξης της θεραπείας σημειώνεται μία για τα δύο φύλα , η «πίεση από την οικογένεια» και η «προσωπική απόφαση». Στην κατηγορία όμως “πίεση από το νόμο» το ποσοστό των ανδρών είναι μεγαλύτερο από των γυναικών. Χαμηλό ποσοστό υπάρχει και για τα δύο φύλα στην κατηγορία «ανησυχία για την υγεία».
- Οι γυναίκες που ζητούν θεραπεία εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης από ηπατίτιδα σε σχέση με τους άνδρες.

Ως προς τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους :

- Οι γυναίκες έχουν ανώτερο μορφωτικό επίπεδο από τους άνδρες.
- Οι περισσότεροι άνδρες έχουν σταθερή ή περιστασιακή απασχόληση , ενώ περισσότερες γυναίκες παρά άνδρες είναι φοιτήτριες / σπουδάστριες. Η ανεργία λοιπόν φαίνεται ότι πλήττει περισσότερο τις γυναίκες , αν και είναι πιο μορφωμένες από τους άνδρες.
- Η πλειοψηφία και των δύο φύλων είναι ελληνικής υπηκοότητας και κατοικεί στην περιοχή της πρωτεύουσας.
- Οι περισσότεροι διαμένουν με τη γονική τους οικογένεια.
- Και τα δύο φύλα αρχίζουν τη χρήση στην ηλικία της εφηβείας (14 – 19 ετών). Οι γυναίκες όμως συνηθέστερα αρχίζουν σε μεγαλύτερη ηλικία (μετά τα 20 έτη).
- Οι περισσότεροι προέρχονται από οικογένειες με δύο γονείς.
- Οι περισσότεροι διακόπτουν το σχολείο σε ηλικία 13-18 ετών , ενώ οι γυναίκες το εγκαταλείπουν σε μικρότερη ηλικία από τους άνδρες.
- Και τα δύο φύλα (τα κορίτσια περισσότερο) αναφέρουν ότι έχουν ιστορικό χρήσης τα αδέρφια τους και κατάχρηση αλκοόλ από τον πατέρα τους. Τα κορίτσια συνήθως αναφέρουν ψυχολογικά προβλήματα της μητέρας τους.
- Οι γυναίκες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες συγκατοικούν με άλλους χρήστες.
- Η συντριπτική πλειοψηφία των καταδικασθέντων παραβατών του Νόμου περί Ναρκωτικών , είναι άνδρες.
- Ισχυρότερη προγνωστική αξία για την εμπλοκή με τις ουσίες για τα αγόρια έχουν παράγοντες που συνδέονται με την αντικοινωνική συμπεριφορά , ενώ για τα κορίτσια παράγοντες σχετικοί με καταστάσεις διάθεσης ή του συναισθήματος (παρορμητικότητα , ψυχοσωματικά συμπτώματα)

Είναι λοιπόν πια αποδεκτό ότι πράγματι υπάρχει διαφορά στις ανάγκες για θεραπεία μεταξύ των δύο φύλων , όσον αφορά την εξάρτηση. Για παράδειγμα , η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η παραμονή στην θεραπεία , για την γυναίκα εξαρτημένη , είναι συχνά συνδεδεμένη με παράγοντες που αφορούν το θεραπευτικό πλαίσιο και την αντίληψη που οι ίδιες έχουν ότι το πρόγραμμα αξιολογεί και ανταποκρίνεται στις προσωπικές του ανάγκες. Κάτι ανάλογο δεν έχει διαπιστωθεί δεν έχει διαπιστωθεί από τους άνδρες. Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών είτε αργοπορεί τη θεραπεία , είτε επιλέγει να μην τη ζητήσει εξαιτίας της κοινωνικής κατακραυγής και του στιγματισμού που αυτό θα φέρει. Ειδικότερα στην περίπτωση των εξαρτημένων μητέρων το άγχος αυξάνεται , λόγω και του φόβου τους ότι σε περίπτωση αποτυχίας υπάρχει κίνδυνος να χάσουν την κηδεμονία των παιδιών τους. Τέλος είναι γνωστό ότι οι γυναίκες έχουν κοινωνικοποιηθεί μέσα από την επικράτηση και διαιώνιση εξαρτητικών ρόλων (βομβαρδιζόμενες ουσιαστικά από την κοινωνική απαίτηση να αναλάβουν το ρόλο της μητέρας). Έτσι επικεντρώνονται στην ικανοποίηση των άλλων , μαθαίνουν ουσιαστικά να φροντίζουν το περιβάλλον τους και όχι τον εαυτό τους. Η αυτοεκτίμηση τους άρα εξαρτάται από την αποδοχή των άλλων. Η παραδοχή λοιπόν ότι είναι εξαρτημένες και χρήζουν θεραπευτικής βοήθειας , μπορεί να είναι φοβερά απειλητική , με αποτέλεσμα να αναβάλουν το αίτημα για απεξάρτηση (Τσιγκάνου, Τζωρτζοπούλου, Ζαραφωνίτου, 2001:30-77).

Γυναίκα Τοξικομανής

Η γυναίκα τοξικομανής είναι μια τραγική φιγούρα , η οποία πρέπει να προσεγγίζεται με σεβασμό. Αυτές οι γυναίκες , που σε μια κρίσιμη στιγμή της ζωής τους συναντήθηκαν με τα ναρκωτικά ,είχαν πίσω τους δραματικές εμπειρίες. Στερήθηκαν από πολύ νωρίς , συνήθως πριν τα 18 τους χρόνια έναν από τους δύο γονείς , λόγω χωρισμού , θανάτου , τοποθέτησης τους σε ίδρυμα ή υιοθεσία. Η ύπαρξή τους σφραγίστηκε , από πολύ νωρίς , από τις στερήσεις – συναισθηματικές και υλικές – την απουσία «σημαντικών άλλων» , συναισθηματικών στηριγμάτων προτύπων και σημείων αναφοράς. Βίωσαν με πόνο και απόγνωση τα βία που ασκήθηκε με πολλούς τρόπους πάνω τους.

Από την κλινική εμπειρία επιβεβαιώνεται ότι αυτές οι γυναίκες , στην πλειοψηφία τους, έχουν τραυματικά βιώματα , με συχνή σεξουαλική και άλλη κακοποίηση , μέσα και έξω από τους κόλπους της οικογένειας. Η βία που έχουν υποστεί λειτουργεί ως διαμεσολαβούσα μεταβλητή , καθοριστικής σημασίας για την εγκατάσταση της εξάρτησης. Μέσα τους υπάρχει ένα τεράστιο κενό , ανία , πίκρα , οδύνη , απελπισία , φόβος , ντροπή , ανασφάλεια , ενοχή , μοναξιά.

Αυτό το ψυχολογικό υπόβαθρο , τραγικά ελλειμματικό , που διαμορφώθηκε μέσα σε όρους ενός δυσλειτουργικού οικογενειακού περιβάλλοντος , τις έκανε πιο ευάλωτες στις πιέσεις της καθημερινής ζωής , την ανεργία , τη φτώχεια , την εκμετάλλευση , τις διακρίσεις , τη στρεσογόνα ψυχοτραυματική κατάσταση , την αφόρητη οικογενειακή ατμόσφαιρα.

Στα ναρκωτικά αναζήτησαν έναν τρόπο να ξεφύγουν από όλα αυτά , να ανακουφιστούν από τα αρνητικά συναισθήματα που κουβαλούν μέσα τους και δεν μπορούν να τα εκφράσουν. Όταν αυτή η γυναίκα βρίσκεται υπό την επήρεια των ουσιών , βρίσκει το κουράγιο να εκδηλώσει ανοιχτά όλα τα καταπιεσμένα συναισθήματα της. Η άρση των αναστολών φέρνει στην επιφάνεια την οργή της , που εκφράζεται με βίαιες εκρήξεις συχνά ανεξέλεγκτες. Ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται η γυναίκα τοξικομανής , όταν εγκατασταθεί πια η εξάρτηση της , καταλήγει να συγκεντρώνει τα χειρότερα στοιχεία της συμπεριφοράς που έχουν οι άλλοι απέναντί της : τον κυνισμό , τη χυδαιότητα , την πρόκληση , τη χειριστικότητα , τη βία. Το προσωπικό τους δράμα αποτυπώνεται , μέσα από πολλές διαμεσοποιήσεις , μια ολόκληρη κοινωνική παθολογία.

Απέναντι σε αυτές τις γυναίκες , ξεγραμμένες ακόμα κι από την οικογένεια τους , που βιώνουν με αφόρητη οδύνη την κατάσταση της εξάρτησης τους , έστω κι αν την καλύπτουν , άτεχνα και αντιαισθητικά , πίσω από τη μάσκα της εξαρτητικής συμπεριφοράς , τα ψέματα , την αγοραία γλώσσα , την πρόκληση , την κλοπή , την χαοτική σεξουαλική ζωή ,την πορνεία, η κοινωνία είναι διπλά καταπιεστική , σαδιστικά ωμή , κυνική και απορριπτική. Τις θεωρεί φορείς καταστροφής κοινωνικών αξιών και παραδόσεων , πηγή κοινωνικών δεινών , ανάξιες για το ρόλο της μητέρας , έστω κι αν αυτές έχουν επωμιστεί το βάρος της συντήρησης των παιδιών , που συνήθως αποκτούν με τοξικομανή ή άλλο πρόσωπο που τις εκμεταλλεύεται. Αλλά , παρόλο που ζει μέσα στον χλευασμό , την εκμετάλλευση , την περιφρόνηση , είναι αυτή που φροντίζει τον άνδρα τοξικομανή , στο ρόλο της συζύγου , της φίλης , της μητέρας , της αδελφής. Πολλές από αυτές τις γυναίκες έχουν στραφεί στα ναρκωτικά αφού πρώτα ,

επί χρόνια , έχουν συμβιώσει με κάποιο εξαρτημένο άτομο.(Ματσα,2001:282-284)

Η χρήση ηρωίνης κυρίως αλλά και άλλων ουσιών προκαλεί διαταραχές εμμήνου ρήσεως ή και αμηνόρροια όχι όμως απαραίτητα και απουσία ωορρηξίας. Η αδιαφορία που χαρακτηρίζει τις χρήστριες για την υγεία τους , την αντισύλληψη και τις επιπλοκές μιας εγκυμοσύνης , μαζί με ένα χαοτικό τρόπο ζωής και εμπλοκή στην βιομηχανία του σεξ , οδηγούν μαζί με την αίσθηση ασφάλειας που τους δίνει η αμηνόρροια σε πολλές ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες .18 -75% των γυναικών χρηστριών στην Ευρώπη (με πρώτη τη Μ. Βρετανία) έχουν παιδιά και συνήθως οι γυναίκες έχουν την πλήρη ευθύνη των παιδιών. Στην Ελλάδα αυτό αποτελεί ένα πρόβλημα μικρότερου βεληνεκούς απ ' ό τι στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες λόγω μιας μακροχρόνιας πολιτισμικά αποδεκτής διαθεσιμότητας προφυλακτικών και εύκολης πρόσβασης σε εκτρώσεις , καθώς επίσης τις παραδοσιακής συμμετοχής της γονεϊκής οικογένειας στην φροντίδα των παιδιών.

Οι έγκυες γυναίκες που κάνουν χρήση παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο γυναικολογικών και παθολογικών επιπλοκών λόγω κακής διατροφής και κακής γενικής σωματικής κατάστασης , αδιαφορία για γυναικολογική φροντίδα κατά την κύηση καθώς επίσης και τοξικότητα των ουσιών. Υπάρχει επίσης αυξημένος κίνδυνος εμβρυϊκών επιπλοκών : υπολειπόμενη ενδομητριακή ανάπτυξη του εμβρύου , πρόωρος τοκετός , ελλειποβαρή νεογνά, στερητικό σύνδρομο νεογνών , θάνατος νεογνών , κάθετη μετάδοση HIV και ηπατίτιδας Β και C (Τετράδια Ψυχιατρικής τ. 76 , 2001:5)

Μητρότητα

Η μητρότητα έχει θεωρηθεί από χιλιετηρίδες σαν το νόημα και το σύμβολο της γυναικείας ζωής. Όταν η γυναίκα αποκτούσε ένα παιδί, σήμαινε πως είχε εκπληρώσει το σκοπό της ζωής της. Σε πολλούς πρωτόγονους λαούς η γονιμότητα μιας γυναίκας ήταν προϋπόθεση για να την κρατήσει ο άνδρας για σύζυγο: γυναίκες που δεν αποχτούσαν παιδιά, μπορούσαν να αποπεμφθούν ή να ξαναδοθούν στους γονείς τους. Οι άνθρωποι απείχαν πολύ από το να θεωρούν τη γέννηση ενός παιδιού σαν δώρο και για τους δύο γονείς. Σε παλαιότερα βιβλία διαβάζουμε τη φράση ότι η γυναίκα «του χάριζε», δηλαδή του άνδρα, «παιδιά». Μόνο με αυτό αποκτούσε την κοινωνική της θέση, η οποία εξάλλου ήταν ακόμη πολύ περιορισμένη. Οι γλώσσες όλων των λαών εξυμνούν τη μητρότητα σαν κάτι ωραίο και μεγάλο. Επίσης και στη χριστιανική θρησκεία η γυναίκα με το παιδί είναι αντικείμενο γενικής λατρείας. Έτσι χαρακτήθηκε στους ανθρώπους η εντύπωση ότι γυναίκα και μητέρα πρέπει να είναι ταυτόσημο. Οι ίδιες οι γυναίκες οδηγούνται συχνά από το αίσθημα ότι μόνο με την απόκτηση παιδιών δικαιολογούν απόλυτα την ύπαρξη τους.

Αλλά είναι αυτό το αίσθημα σωστό ή είναι μόνο μια παράδοση; Δεν έχουν όλες οι γυναίκες τη δυνατότητα να γίνουν μητέρες. Η ανύπαντρη γυναίκα δεν επιτρέπεται να γίνει μητέρα αν θέλει να μην περιφρονηθεί από την κοινωνία. Επίσης πολλά ζευγάρια της εποχής μας παραιτούνται από την απόκτηση παιδιών, υποδείχνοντας τους κινδύνους της παγκόσμιας πολιτικής κατάστασης.

Θα μπορούσαμε να το πούμε έτσι: Η μητρότητα έχει μόνο νόημα στα πλαίσια ενός αρμονικού, ευτυχισμένου γάμου, όπου υπάρχουν και οι οικονομικές προϋποθέσεις για την ανατροφή του παιδιού. Αυτή η αρμονία της συζυγικής ζωής κατορθώνεται μόνο με την κοπιαστική προσαρμοστική διαδικασία των συζύγων μεταξύ τους. Είναι αυταπάτη να υποθέτουμε ότι η εξομοίωση δύο ανθρώπων, δύο χαρακτήρων, δύο αισθηματικών κόσμων έρχεται σχεδόν από μόνη της. Εδώ χρειάζεται όμως χρόνος, ευαισθησία, υπομονή και κυρίως ψυχολογική γνώση των προβλημάτων και των δυσκολιών της συμβίωσης. Γι' αυτό οι ψυχολόγοι και οι ειδικοί σύμβουλοι για προβλήματα του γάμου απαιτούν σχολεία γάμου, όπου οι μελλοντικοί σύζυγοι θα εισάγονται λεπτομερώς στα προβλήματα της συζυγικής ζωής. Στα πλαίσια μιας τέτοιας εκπαίδευσης η ψυχολογική προετοιμασία για τη μητρότητα θα έπαιζε έναν εξαιρετικό ρόλο. (Ρατνερ, 1970:71-76)

Αντιλήψεις για τη Μητρότητα

Εικόνες σχετικά με τη μητρότητα είναι παντού γύρω μας: στα ΜΜΕ, στα κείμενα ψυχολογίας και ιατρικής, εγχειρίδια φροντίδας παιδιών, φεμινιστικά κείμενα, βιογραφίες και αυτοβιογραφίες. Αυτές οι απεικονίσεις της μητρότητας συνδέουν ιδανικά και στερεότυπα. Μας παρουσιάζουν το πώς οι μητέρες πρέπει να αισθάνονται, να σκέφτονται και να δρουν. Αλλά αυτές οι εικόνες και οι αντιλήψεις της μητρότητας που τις υποστηρίζουν είναι γεμάτες αντιθέσεις. Οι μητέρες αυτομάτως ιδανικεύονται και κατηγορούνται όταν δεν ανταποκρίνονται στα ιδεώδη της κοινωνίας. Ο λόγος για τη μητρότητα, ότι πρόκειται για κάτι φυσικό και ενστικτώδες συνυπάρχει με το λόγο των ειδικών οι οποίοι διαλαλούν συμβουλές στο πώς να γίνεσαι καλή μητέρα. Οι

αντιλήψεις των ιδίων των μητέρων επίσης περιέχουν αντιθέσεις, αφού βλέπουν την μητρότητα σαν “παράδεισο και κόλαση μαζί”.

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται οι αλληλοσυμπληρώμενες και αντιθετικές αναπαραστάσεις τις μητρότητας που εντοπίστηκαν σε επιστημονικά συγγράμματα. Μέσα σε αυτές τις αντιθετικές και συχνά καταπιεστικές εκφάνσεις της μητρότητας καλούνται οι εξαρτημένες μητέρες να ανταπεξέλθουν.

Η Αντίληψη της Μητρότητας ως Έννοια φυσική, ενστικτώδης και Αυτοπραγμάτωσης.

Η μητρότητα συχνά θεωρείται σαν το πεπρωμένο της γυναίκας και τις υπέρτατης πραγμάτωσης, το αποκορύφωμα της γυναικείας ταυτότητας. Όλες οι γυναίκες αναμένεται να θέλουν να γίνουν μητέρες ή να πρέπει να δικαιολογούνται εάν δεν θέλουν να κάνουν παιδιά. Με αυτό το σκεπτικό οι γυναίκες αναμένεται να νιώθουν απεριόριστη αγάπη, να φροντίζουν και να αυτοθυσιάζονται ενστικτωδώς να παρέχουν το καλύτερο για τα παιδιά τους όπως κηρύττει και το ρητό που λέει “ η μαμά ξέρει καλύτερα ” ακόμη και με ελάχιστη υποστήριξη. Το να φροντίζουν τους άλλους υποτίθεται ότι είναι κάτι που όλες οι γυναίκες κάνουν. Είναι η ουσία του να είσαι γένους θηλυκού. Υπάρχει επίσης το στερεότυπο των μητέρων να είναι υπομονετικές και να συνδέονται συναισθηματικά με το μωρό τους μετά τη γέννα εντελώς φυσικά και να είναι αφοσιωμένες και προστατευτικές απέναντι σε αυτό στο εξής. Αυτό το στερεότυπο καταρρέει από μια σειρά αποδείξεων ότι ενώ η μητρότητα μπορεί πράγματι να ανταμείβει (συναισθηματικά), το να είσαι νέα στο ρόλο της μητέρας είναι μια δύσκολη εμπειρία για πολλές γυναίκες. Υπάρχει μεγάλο πεδίο έρευνας στην κλινική ψυχολογία όπου εξετάζονται ποικίλοι παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή στη μητρότητα. Αυτές οι έρευνες τείνουν να αποδώσουν στις γυναίκες, που δεν συμμορφώνονται μέσω της αποδεκτής σύνδεσης με το παιδί ή αποδοχής του ρόλου της μητρότητας, ένα είδος παθολογίας. Παράγοντες, που έχουν εξεταστεί σε συνάρτηση με τη μητρική συναισθηματική προσαρμογή, είναι: η προσωπικότητα της μητέρας , η ηλικία, η σχέσεις των γυναικών με τις δικές τους μητέρες, η ικανότητα για αποτελεσματικό μητρικό ρόλο και η ετοιμότητα των γυναικών για την αποδοχή της πραγματικής διάστασης του ρόλου τους ως μητέρες. Η έμφαση που έχει δοθεί σε αυτούς τους υποκιμενικούς παράγοντες έχει αποτρέψει την έρευνα για τις κοινωνικές και καθημερινές πιέσεις που πολλές μητέρες αντιμετωπίζουν.

Η Αντίληψη της Μητρότητας σαν Εργασία

Πέρα από τα ιδανικά πρότυπα της μητέρας, μελέτες παρουσιάζουν μια λιγότερο ειδυλλιακή εικόνα της μητρότητας αντιμετωπίζοντας τις σαν αυτόνομες προσωπικότητες και όχι σε σχέση με τα παιδιά τους: η μητρότητα είναι σκληρή δουλειά, στρεσογόνα, συχνά απομονώνει και αλλάζει τη ζωή της γυναίκας γεμίζοντας την ευθύνες. Υπάρχουν δύο μελέτες που παρουσιάζουν τα παραπάνω: Η πρώτη δίνει έμφαση στην υπερφόρτωση και το στρες, η δεύτερη τονίζει τη φύση και το εύρος εργασίας που οι μητέρες πραγματοποιούν. Η πρώτη προσέγγιση εξετάζει τις δυσκολίες των μητέρων, συγκεκριμένα την απομόνωση, την οικονομική εξάρτηση τους (όταν δεν

εργάζονται), την κούραση και συχνά κατάθλιψη. Αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι η μητρότητα ανταμείβει (συναισθηματικά) αυτή η έρευνα τονίζει επίσης την σωματικά δύσκολη εργασία της μητρότητας και τις συναισθηματικές δυσκολίες, συγκεκριμένα τις αγωνίες και την ενοχή, που ανακύπτουν από τα αισθήματα ανεπάρκειας σε συνάρτηση με το άφθαστο στερεότυπο της ιδανικής μητέρας (που απαιτεί να είσαι πρόθυμη και χωρίς στρες). Η μητρότητα φαίνεται να είναι στρεσογόνα και σε οικογένειες με δύο γονείς, ένας παράγοντας που συχνά παραβλέπεται όταν γίνεται κουβέντα για μονογονεϊκές οικογένειες που συχνά ορίζουν ότι οι μητέρες θα ήταν καλύτερα αν είχαν σύζυγο ή σύντροφο.

Η δεύτερη προσέγγιση για να γίνει αντιληπτή η μητρότητα σαν εργασία, επικεντρώνεται στο να γίνει αντιληπτή η δουλειά που κάνουν οι μητέρες, η οποία συχνά είναι υποτιμημένη. Επίσης , η έρευνα αυτή προκαλεί την κοινή λογική , την καθολική κατανόηση του τι αφορά η μητρότητα. Από το να ρωτά τι θα πρέπει να κάνουν οι μητέρες (προσπαθώντας να δώσουν ορισμό στην έννοια “σωστή” μητέρα) αυτή η προσέγγιση μελετά τις καθημερινές πρακτικές της μητρότητας και αντιπαραθέτει ότι ,όχι μόνο αυτές καθίστανται εργασία, αλλά είναι πολύτιμη και σημαντική εργασία , που δεν θα έπρεπε να εξευτελίζεται και να υποτιμάται. Σκοπός δεν είναι να προκληθεί σύγχυση και να θεωρηθεί ότι τέτοιου είδους εργασία είναι κάτι που μόνο οι μητέρες είναι ικανές να κάνουν. Και οι πατέρες μπορούν να αναλάβουν αυτήν την δουλειά...

Όλα τα παραπάνω κάνουν αντιληπτή την εργασία που απαιτεί η φροντίδα των παιδιών , συνήθως από μητέρες αλλά που μπορεί ισάξια να πραγματοποιηθεί από πατέρες ή άλλους. Έτσι γίνονται κατανοητές οι ανάγκες των μητέρων για υποστήριξη , πρακτική και συναισθηματική , για να τις καταστήσει ικανές να φέρουν τα καλύτερα αποτελέσματα για τα παιδιά τους αλλά και για τη δική τους ψυχική ηρεμία.

Αμφιθυμικές Μητέρες και Κοινωνικές Πιέσεις

Αισθήματα αμφιθυμίας θεωρούνται ως αποτυχία προσαρμογής στο ρόλο της μητέρας. Φεμινιστές συγγραφείς ψυχανάλυσης επικεντρωμένοι στην υποκειμενικότητα της μητρότητας, όχι μόνο θεωρούν την αμφιθυμία ως φυσική και διεισδυτική, αλλά και σαν το κλειδί για την κατανόηση των εμπειριών των μητέρων στην σύγχρονη κοινωνία. Αυτό που είναι αφύσικο, αντιπαραθέτουν, είναι η αποτυχία της κοινωνίας να αναγνωρίσει αυτή την αμφιθυμία ως φυσική. Αυτό δημιουργεί την ανάγκη των μητέρων να καταπιέζουν αυτά τα συναισθήματα παρά να είναι ικανές να τα αντιμετωπίσουν με έναν εποικοδομητικό τρόπο.

Η αμφιθυμία μπορεί να είναι μια επίπονη εμπειρία για τις μητέρες. Το να παραδέχεται κάποιος ότι μισεί το παιδί που αγαπά, το οποίο παιδί είναι απόλυτα εξαρτημένο από τη φροντίδα της μητέρας, μπορεί να είναι τρομακτικό. Γίνεται επίσης αναφορά στην διάκριση μεταξύ ευχάριστης και απείθαρχης αμφιθυμίας. Η ευχάριστη αμφιθυμία, δηλαδή συναισθήματα αμφιθυμίας που η μητέρα μπορεί να αποδεχθεί και να αισθάνεται άνετα με αυτά, είναι πηγή δημιουργικότητας και ενδοσκόπησης. Η απείθαρχη αμφιθυμία ωστόσο προκαλεί αόρητα συναισθήματα ενοχής και μίσους για τον εαυτό. Η ευχάριστη αμφιθυμία είναι δύσκολο να επιτευχθεί σε μια κοινωνία που αρνείται το δικαίωμα των μητέρων να νιώθουν οτιδήποτε άλλο εκτός από ανιδιοτελή αγάπη για τα παιδιά τους. Αυτή η προσέγγιση προτείνει

την ανάγκη εύρεσης τρόπων απόρριψης των ακατόρθωτων και αντιθετικών εντολών της κοινωνίας από τις μητέρες. Να αναγνωρίσουν τα ανάμεικτα συναισθήματα για τη μητρότητα ως κάτι φυσικό και να αναζητήσουν τρόπους διαχείρισης του ρόλου της μητέρας έτσι ώστε να ταιριάζει με τις δικές τους δυνατότητες και συνθήκες.

Η Εξιδανίκευση των Μητέρων

Τα στερεότυπα των μητέρων ως όντα που φυσικά, με φροντίδα, αυτοθυσία και σοφία περιθάλλουν τα παιδιά τους, και η άρνηση ότι μπορεί να νιώθουν κάποια αμφιθυμία για το ρόλο τους πηγάζουν από την εξιδανίκευση της μητρότητας. Είναι ιδιαίτερα επιβλαβής για τις μητέρες που παλεύουν σε φτωχές ή σε άλλες ακραίες συνθήκες και συχνά με ελάχιστη υποστήριξη. Είναι επίσης δύσκολο για αυτές που προσπαθούν να διατηρήσουν ή να ξεπεράσουν μια εξάρτηση από ουσίες.

Το πρότυπο της τέλει μητέρας περιέχει και την αντίληψη της μητέρας ως παντοδύναμη. Αυτή η δύναμη πηγάζει από την ικανότητα της να καθορίσει το πώς θα εξελιχθούν τα παιδιά. Η περίφημη διατύπωση σχετικά με τη σχέση μητέρας παιδιού τα πρώτα χρόνια, ότι είναι κρίσιμα για την μελλοντική ψυχολογική, συναισθηματική και κοινωνική εξέλιξη του παιδιού, πηγάζει αρχικά από την φροϋδική και μετα-φροϋδική θεωρία. Έχει ασκήσει μια δυνατή επιρροή στην εξελικτική ψυχολογία όπως επίσης έχει αναδειχθεί σε μια καθολικά αποδεκτή σοφία. Έτσι δίνεται μια εικόνα των μητέρων να έχουν την δυνατότητα να καθορίσουν πώς τα παιδιά θα εξελιχθούν, άσχετα από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ανατρέφουν τα παιδιά τους. Κατηγορούνται από την άλλη όμως εάν τα παιδιά καταλήξουν κάτι λιγότερο από τέλεια.

Μια άλλη όψη του στερεότυπου της ιδανικής μητέρας που αναπαρίσταται στα ΜΜΕ και στα ακαδημαϊκά κείμενα είναι όταν η μητέρες δεν είναι τέλειες, θεωρούνται σαν αφύσικες και παρεκκλίνουσες προσωπικότητες. Για παράδειγμα, λίγες μητέρες εγκαταλείπουν τα παιδιά τους, όσο δύσκολες και αν είναι οι συνθήκες, αλλά όσες τα εγκαταλείπουν στιγματίζονται κοινωνικά. Αντίθετα, οι πατέρες που εγκαταλείπουν τα παιδιά τους μπορεί να θεωρηθούν ανεύθυνοι, αλλά η συμπεριφορά τους παραμένει μέσα στα όρια της κοινωνικής αποδοχής, ειδικά αν συνεχίσουν να παρέχουν οικονομική ενίσχυση για το παιδί. Το να βλάψουν οι μητέρες τα παιδιά τους, είναι κάτι ασύλληπτο και κακολογούνται. Η βλάβη που προέρχεται από τους πατέρες φαίνεται να είναι ποιο εύκολα αποδεκτή ` δεν επικροτείται αλλά οι πατέρες δεν αναμένεται να είναι τέλειοι. Αυτή η πολιτική του κατηγορώ φαίνεται καθαρά στην περίπτωση των ανύπαντρων μητέρων. Είναι μια από παλιά στιγματισμένη ομάδα και ενώ υπάρχει σχετικά μεγαλύτερη ανεκτικότητα τώρα από ότι στο παρελθόν, ακόμα θεωρείται προβληματική. Κατηγορούνται για την αποστέρηση μιας μορφής πειθαρχίας στα παιδιά και ενός ανδρικού προτύπου για τα αγόρια.

Όσο ποιο πολύ οι μητέρες επιδεικνύουν μια μη κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά, τόσο προκαλούν το μύθο της υπεράνθρωπης μητρικής τελειότητας κάτι το οποίο εξηγεί και την αντίσταση αποδοχής της ιδέας ότι η εξαρτημένες γυναίκες μπορούν να είναι και καλές μητέρες. Οι εξαρτημένες μητέρες που μπορεί να είναι ανύπαντρες – μόνες ή να ανήκουν σε άλλες στιγματισμένες ομάδες, γνωρίζουν αρκετά καλά ότι δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στο ιδεώδες της τέλει μητέρας. Όπως αναρίθμητες άλλες

μητέρες πρέπει να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα ενοχής και ανεπάρκειας που οι μύθοι της τέλει μητρότητας τροφοδοτούν. Είναι δύσκολο να είσαι μια μητέρα με αυτοπεποίθηση κάτω από αυτές τις συνθήκες. (Lewis, 2002:32-41)

Ο Ρόλος του Πατέρα χρήστη

Άξιο παρατήρησης είναι το γεγονός της έλλειψης αναφοράς του ρόλου του πατέρα χρήστη στις διάφορες έρευνες που εντοπίστηκαν. Η έλλειψη προσοχής στις επιπτώσεις που έχει το αλκοόλ ή άλλες ουσίες στην πατρότητα μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Πρώτον η προσοχή στρέφεται προς τις εξαρτημένες μητέρες και ξεκινά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μόνο όταν το πρόβλημα εξάρτησης από αλκοόλ και άλλων ουσιών επηρεάζει το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Δεύτερον, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού των μονογονεϊκών οικογενειών, αν και όχι αποκλειστικό φαινόμενο που αφορά μόνο τις γυναίκες, η προσοχή μας τείνει να επικεντρώνεται στις μητέρες χρήτριες. Οι πατέρες φαίνεται να γίνονται αποδεκτοί από το κοινωνικό σύνολο ως “οι εκτός σπιτιού” · όταν τελικά γίνονται αντιληπτοί τότε αντιμετωπίζονται ως οι “κουρασμένοι πατέρες” και η δική τους ανάμιξη αφορά μόνο την παροχή οικονομικής υποστήριξης παρά φροντίδα. Τρίτον, η λήψη κάποιου είδους βοήθειας από την πολιτεία απαιτεί να είναι μονογονεϊκή οικογένεια και είναι ομολογουμένως κατανοητό ότι οι άνδρες που ζουν με οικογένειες που δέχονται τέτοιου είδους βοήθεια κρατούνται κρυμμένοι από το σύστημα γραφειοκρατίας για να μην ρισκάρουν το πλεονέκτημα αυτό. Επομένως το να αποκτήσουν οι ερευνητές ακριβή στατιστικά στοιχεία για τους εξαρτημένους πατέρες σε οικογένειες με οικονομικές δυσκολίες είναι πολύ δύσκολο. Έτσι η κατάσταση αυτή αποκλείει την ταυτοποίηση ενός πιθανώς σημαντικού πληθυσμού για να γίνει η παρέμβαση : το αντρικό πρότυπο παροχής φροντίδας σε παιδιά.

Όσον αφορά την θεραπεία απεξάρτησης, ο ρόλος του πατέρα τυπικά παραβλέπεται. Πράγματι προγράμματα που παρέχουν φροντίδα σε παιδιά, διδάσκουν μαθήματα γονεϊκής αγωγής και συνεργάζονται με την πρόνοια, θεωρείται ότι είναι ειδικά φτιαγμένα για τις γυναίκες. Παραβλέποντας τον εξαρτημένο πατέρα ως γονιό ή τουλάχιστον ως περιστασιακό μέλος μιας οικογένειας με μικρά παιδιά είναι μια χαμένη ευκαιρία, και είναι πιθανότατα επικίνδυνο για τα παιδιά. Δεδομένου ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στην κατάχρηση ουσιών και της αμέλειας – κακοποίησης δεν θα έπρεπε να περιορίζεται μόνο στις μητέρες, αλλά πρέπει να γίνουν προσπάθειες να εντοπιστεί το πρόβλημα και στους δύο γονείς.

Ίσως αυτή η οπτική γωνία της απεξάρτησης από τα ναρκωτικά θα έπρεπε να είναι ειδικά διαμορφωμένη και για τους δύο γονείς και όχι μόνο για τις μητέρες. Η κλινικοί βοηθοί θα πρέπει να προσεγγίζουν και τους πατέρες χρήστες και να τους βοηθούν με τα σχετικά οικογενειακά προβλήματα όπως και με τις μητέρες. Μεταγενέστερα αποτελέσματα από τους γονείς θα πρέπει να υπολογίζονται για τους άνδρες το ίδιο όπως και για τις γυναίκες, όταν αποδέχονται τελικά όλη τη διαδικασία της θεραπείας τους. Τέλος, οι επιπτώσεις του αλκοόλ και άλλων ουσιών στους άνδρες θα πρέπει να μελετηθούν έτσι ώστε να διασαφηνιστεί η φύση του προβλήματος και να ανανεωθεί η στρατηγική της θεραπείας που θα ακολουθηθεί. (Colby&Nurrell, 1998:202-203)

Συμπεράσματα για τον Ρόλο της Μητρότητας

Η μετάβαση από γυναίκα σε μητέρα μπορεί να είναι μια δύσκολη περίοδος για όλες τις μητέρες και ειδικά για μια γυναίκα με ιστορικό εξάρτησης από ουσιές. Για να πετύχουν την κοινωνική αποδοχή στα μάτια των υπολοίπων, απαιτείται μια εκτενής αλλαγή συμπεριφοράς που αρχίζει από τη στιγμή που γνωστοποιείται η εγκυμοσύνη. Οι προετοιμασίες της για το παιδί δεν ορίζουν αρχικά να αγοράσει ρούχα, πάρκο, παιχνίδια κ.λ.π όσο κοινότυπο και ευχάριστο είναι αυτό. Αυτά θα πρέπει να περιμένουν όσο η μητέρα προσπαθεί να φέρει εις πέρας ποιο δύσκολους άθλους όπως το να αντιμετωπίσει την εξάρτηση της και να αναζητήσει περίθαλψη και υποστήριξη.

Το επικείμενο γεγονός (η γέννηση του παιδιού δηλαδή) θα επηρεάσει τις προσωπικές και κοινωνικές τις σχέσεις και επισπεύδει μια ανεπιθύμητη περικοπή ενός βασικού στοιχείου στην στρατηγική διαχείρισης καταστάσεων: τα ναρκωτικά. Είναι πιθανό επίσης να την εκθέσει σε αρνητικές κριτικές ανθρώπων που είναι ικανοί να της απομακρύνουν το παιδί. Μπορεί να ξεκινήσει γεμάτη ενοχή για τα ναρκωτικά που πήρε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, άσχετα με το αν έγινε εκούσια ή ακούσια, και αυτή ενισχύεται εκτός και αν μπορεί να καθησυχαστεί από το γεγονός ότι κάνει ότι καλύτερο μπορεί για να αποφύγει βλάβη στο έμβρυο. Η υποστήριξη που τις παρέχεται σε αυτό το σημείο είναι κρίσιμη οι φορείς παροχής υπηρεσιών, ίσως χρειαστεί να αναλάβουν έναν πιο ενεργό και θετικό ρόλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της και τους πρώτους μήνες μετά τη γέννα εάν θέλουν να εξασφαλίσουν την υγεία της μητέρας και του μωρού.(Lewis,2002:41)

Εξαρτημένοι Γονείς και Παιδιά

Η θέση του Παιδιού στην Οικογένεια : Ιστορική Αναδρομή

Θυμηθείτε την ιστορία του μικρού Χριστού τυλιγμένο με φασκίες και ξαπλωμένο στη φάτνη. Ποια εικόνα σας έρχεται στο νου με αυτή την ιστορία; Σας έρχεται στο νου η εικόνα ενός νεογέννητου βρέφους τυλιγμένο σε καθαρά ρούχα και ζεστά όμως ικανό να κινείται άνετα μέσα στα ρούχα του; Και η εικόνα ενός στάβλου; είναι καθαρός με ζώα του στάβλου που βρίσκονται δίπλα – δίπλα παρέχοντας ζέστη στο βρέφος; Εάν αυτή είναι η εντύπωση σας , τότε λίγα βρέφη πριν τον 18ο αιώνα απολάμβαναν τέτοια πολυτέλεια. Για τα περισσότερα μωρά το να είναι «φασκιωμένα» σήμαινε ότι μια λωρίδα υφάσματος 2 ιντσών τυλίγονταν γύρω από τα πόδια , τα χέρια , τον κορμό και το κεφάλι του νεογέννητου βρέφους και μόνο ένα μικρό μέρος προσώπου του παρέμενε εκτεθειμένο. Έγκλειστο στο «κουκούλι» του , το ζωντανό «βρέφος – μούμια» κρεμόταν από μια κρεμάστρα , αφήνονταν στο τραπέζι ή στο πάτωμα κοντά στο τζάκι ενώ η μητέρα δουλεύει. Παρατημένο και λερωμένο για ώρες , το βρέφος ήταν τυχερό εάν η κρεμάστρα δεν έσπαζε ή δεν έπαιρναν φωτιά οι φασκίες από μια σπίθα που πετάγονταν από το τζάκι.

Μέχρι και πολύ πρόσφατα , τα παιδιά βρίσκονταν στον πάτο της ανθρώπινης ιεραρχίας. Χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ύπαρξή τους , πριν από την ηλικία των τεσσάρων ή και των επτά χρόνων , πολλά αντιμετωπίζονται όχι καλύτερα και πολύ χειρότερα από τα οικόσιτα ζώα.

Δύο εξηγήσεις δίνονται για αυτή την αντιμετώπιση των παιδιών σαν να μην υπάρχουν:

1. Η πρώτη εξήγηση είναι ότι η υψηλή θνησιμότητα απέτρεπε τους ενηλίκους να δώσουν πολλή σημασία στα παιδιά μέχρις ότου να είναι αρκετά μεγάλα , ώστε να έχουν σοβαρές πιθανότητες στην επιβίωση. Ήταν κοινή συνήθεια για παράδειγμα , να μην δίνουν όνομα σ'ένα παιδί μέχρι να κλείσει τα δύο του χρόνια , το οποίο εξηγεί γιατί πολλά παλαιά Ευρωπαϊκά , Αμερικάνικα και Αγγλικά νεκροταφεία (πριν το 1700) έχουν ανώνυμες ταφόπλακες των νεαρών παιδιών. Μέχρι και τα μέσα του 19ου αι. , με ανείπωτες συνθήκες υγιεινής και με φαρμακευτική περίθαλψη που περισσότερο επιτάχυναν το θάνατο παρά διέυρυναν τη ζωή , πολλά παιδιά έδιναν μια χαμένη μάχη με αρρώστιες όπως διφθερίτιδα , τύφο , ιλαρά , παρωτίτιδα.

2. Η δεύτερη εξήγηση είναι η αδιαφορία των ενηλίκων προς τα παιδιά , που άπτεται περισσότερο πέρα από φυσικά φαινόμενα, δείχνει την έλλειψη αξίας που θα έπρεπε να έχουν τα παιδιά στις αρχές του 18ου αι. Αυτή η άποψη προτείνει ότι οι ενήλικοι θεωρούσαν τα παιδιά ως λαίμαργα , αχόρταγα πλάσματα που ρουφούσαν όλες τις ουσίες από τις μητέρες τους. Αναφέρεται ότι οι γυναίκες και οι άνδρες έβλεπαν τα παιδιά (βρέφη) ως «αυτά που άκμαζαν σε βάρος των γυναικών , από τις οποίες έπαιρναν όλες τις πολύτιμες ουσίες που χρειαζόταν για να ζήσει». Σε μια κοινωνία που διατηρεί τις ίδιες απόψεις, δηλαδή ότι η είσοδος του σπέρματος στη γυναίκα αποδυναμώνει τον άνδρα , αυτόματα δημιουργούσε αποστροφή στην πράξη του έρωτα παρά την τρυφερή αγάπη που θα μπορούσε να αναπτυχθεί. Πράγματι , κατά τη διάρκεια του 1800 αναφέρετε ότι το απαθές μηχανικό σεξ με μια ιερόδουλη θεωρούνταν από πολλούς του ιατρικού επαγγέλματος ως λιγότερο «βλαβερό» στην υγεία του άνδρα , από το τρυφερό συναισθηματικό σεξ με τη γυναίκα του. Το σεξ με μια ιερόδουλη θεωρούνταν από τις ιατρικές αρχές ως λιγότερη καταπόνηση της ευαίσθητης ανδρικής υγείας.

Υπέρ της δεύτερης θέσης , ότι δηλαδή τα παιδιά αντιμετώπιζονταν με αδιαφορία , είναι η κατάσταση της γυναίκας εκείνη την εποχή. Η εγκυμοσύνη ήταν κάτι πολύ δύσκολο , αν λάβουμε υπόψη την πιθανότητα θανάτου της μητέρας ή ακόμα και του εμβρύου να παραδοκεί από λεπτό σε λεπτό. Ακόμα και στα τέλη του 1870 , όταν η γεννητικότητα είχε σημαντικά μειωθεί , οι αγγλικές μεσαίας τάξης οικογένειες είχαν κατά μέσο όρο 6 παιδιά με το ρίσκο θνησιμότητας στις γεννήσεις ή λίγο μετά τη γέννηση , στο 1 προς 10. Αυτό σημαίνει ότι με κάθε γέννα το ρίσκο θανάτου για την έγκυο φτάνει το 10%. Η φτώχεια και η πείνα ήταν συνεχείς «σύντροφοι» εκτός από τους πλούσιους , και γ'αυτό οι ευθύνες της δουλειάς δεν εξαφανίζονταν με την γέννηση του παιδιού. Μέχρι και αυτόν τον αιώνα , η γυναίκα αναμενόταν να επιστρέψει στη δουλειά όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Τα στοιχεία για ασυγχώρητη αδιαφορία είναι πάρα πολλά. Για παράδειγμα , το να χτυπάς ένα βρέφος για να κοιμάται για μέρες μπορεί να παρομοιαστεί περισσότερο με αγώνα πάλης – μποξ παρά με γλυκό νανούρισμα.

Πριν το 18ο αιώνα το χτύπημα , αναφέρεται , σήμαινε κυριολεκτικά να χτυπάς ένα παιδί τόσο ώστε να το αφήνεις αναίσθητο. Τα φτωχότερα παιδιά ήταν πιθανότερο να αντιμετωπίζονται με τη χειρότερη συμπεριφορά. Στον «Όλιβερ Τουίστ» ο Ντίκενς γράφει για τα παιδιά που βρίσκονται υπό τη προστασία της ενορίας τους τα οποία «αρρώστιασαν από τις ελλείψεις και το κρύο ή έπεφταν στη φωτιά από αμέλεια ή σχεδόν πνίγονταν από ατύχημα» ή ακόμα και παρέβλεπαν ότι δεν γύριζαν στο κρεβάτι τους , ή όταν από

απροσεξία καίγονταν όταν τύχαινε να πλένονται παρόλο που προσθέτει αστειευόμενος ο συγγραφέας ότι «το τελευταίο από τα ατυχήματα ήταν σπάνιο»..

Για μια περίοδο που διαρκούσε μέχρι και 2 χρόνια , το βρέφος αφήνονταν σε μια παραμύνα εκτός της προσοχής των γονιών του. Ο βαθμός θνησιμότητας όπως θα περίμενε κανείς , ήταν υψηλός. Τα παιδιά που μεγάλωναν με παραμύνα ήταν τουλάχιστον 2 φορές πιο πιθανό να πεθάνουν από εκείνα τα παιδιά που παρέμεναν με τους γονείς τους. Σε κάποια μέρη της Γαλλίας η θνησιμότητα έφτανε μέχρι και το 90% στα βρέφη που μεγάλωναν με παραμύνα.

Όμως ακόμα και έτσι , το βρέφος που μεγάλωνε με παραμύνα θα μπορούσε να θεωρηθεί καλύτερη κατάσταση από εκείνη των βρεφών που βρίσκονταν εγκαταλελειμμένα σε κάδους σκουπιδιών ή στο χαντάκι του δρόμου. Αυτό το τελευταίο παράδειγμα τις χυδαίες αδιαφορίας μπορεί να εξηγηθεί από την φτώχεια και την πείνα που περιοδικά σάρωνε την Ευρώπη. Το πόσα πολλά από τα περίπου 33,000 παιδιά στη Γαλλία κάθε χρόνο , μέχρι και τα μέσα του 19ου αιώνα , που εγκαταλείπονταν για λόγους αγάπης , αδιαφορίας ή αποστροφής , δεν μπορεί να καθοριστεί. Η φτώχεια , ο λοιμός , η πείνα και ο πόλεμος σίγουρα χώριζαν τα παιδιά από τους γονείς , τα οποία εάν οι συνθήκες ήταν διαφορετικές θα παρέμεναν μαζί τους. Όμως αυτές και μόνο οι συνθήκες δεν επαρκούσαν για να εξηγήσουν τη συμπεριφορά που αντιμετώπιζαν πολλά παιδιά στα χέρια των γονιών τους. Σαφώς , τα μικρά παιδιά θεωρούνταν μικρής σημασίας ή αξίας στην προ-μοντέρνα εποχή. (Hampton, κ.α 1998:3)

Τα παιδιά είναι τα πιο ευπρόσβλητα μέλη της κοινωνίας μας. Όλοι μας θα πρέπει να διασφαλίσουμε την σωματική και ψυχολογική τους υγεία. Έχοντας ανατραφεί σωστά , οι ικανότητες τους δεν γνωρίζουν όρια. Όμως , πάρα πολλά παιδιά δεν έχουν την ευκαιρία να μεγαλώσουν και να ανατραφούν σε τέτοιο περιβάλλον. Αντί αυτού η παραμέληση και η κακομεταχείριση αφήνουν βαθιά συναισθηματικά σημάδια τα οποία συχνά κρατούν για μια ζωή. Ένα από τα βασικά καθήκοντα των εκάστοτε κυβερνήσεων είναι να προστατεύουν τα παιδιά ή τους ανήλικους από τέτοιες κακομεταχειρίσεις.

Ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό και παρουσιάζεται πολύ συχνά στις οικογένειες που έχουν τέτοια προβλήματα είναι η χρήση ουσιών. Ενώ η εξάρτηση των ναρκωτικών ή του αλκοόλ μπορεί να έχει τραγικό αντίκτυπο στη ζωή ενός εξαρτημένου ενήλικα , μπορεί να έχει ακόμα πιο καταστροφικό αντίκτυπο στη ζωή ενός ανήλικου παιδιού που πιέζεται – αναγκάζεται να ζήσει με αυτόν τον ενήλικα.

Είναι εξαιρετικά δύσκολο να καταλάβει κανείς πως η κοινωνία έχει προχωρήσει τόσο χωρίς να αναγνωρίζει ότι παιδιά ή ανήλικα άτομα που βρίσκονται σε καταστάσεις κακομεταχείρισης ζουν σε οικογένειες όπου γίνεται χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών.

«Είναι ντροπή το γεγονός ότι τα πεδία της έρευνας έχουν αναπτυχθεί τόσο περιορισμένα ώστε δεν είναι σε θέση να γνωρίζουν τις καταστάσεις της ζωής όλων των μελών μιας οικογένειας. Είναι επίσης εντελώς αδικαιολόγητο το γεγονός ότι οι τομείς της χρήσης ουσιών και η κοινωνική πρόνοια του παιδιού δεν έχουν θέσει γέφυρες επικοινωνίας νωρίτερα από τα τελευταία χρόνια».(Hampton,Senatore,κ.α 1998)

Εξαρτημένοι γονείς και η ανάπτυξη του παιδιού

Συγκρίνοντας τα με τους συνομήλικους τους , τα παιδιά των χρηστών σχεδόν πάντα παρουσιάζουν φτωχότερα αναπτυξιακά αποτελέσματα. Γενικά υπάρχουν δύο μεγάλα ευρήματα που εμφανίζονται από διεξοδικές έρευνες. Το πρώτο είναι ότι τα παιδιά που ζουν με ένα γονιό που είναι χρήστης , βρίσκονται σε πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να υποπέσουν και αυτά νωρίς στη χρήση ναρκωτικών και παρόλο που οι ερευνητές μόλις άρχισαν να διερευνούν πώς και γιατί συμβαίνει αυτό , υπάρχει το αποδεικτικό στοιχείο ότι αυτή η διαρκής έκθεση του παιδιού στον γονέα χρήστη οδηγεί στην συνέχιση της χρήσης και στην επόμενη γενιά. Το δεύτερο είναι ότι υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι τα παιδιά επηρεάζονται από τους γονείς – χρήστες και επίσης αυτό θέτει σε κίνδυνο την φυσική , πνευματική , συναισθηματική και κοινωνική τους εξέλιξη. Αν και συχνά , μέσα σε φυσιολογικές κλίμακες , η ανάπτυξη των παιδιών που ζουν με τους εξαρτημένους γονείς τείνει να γίνεται φτωχότερη σε σύγκριση με αυτή των υπολοίπων παιδιών όπως επίσης έχουν υψηλότερα επίπεδα δυσκολίας στη ανάπτυξη. Όπως προαναφέρθηκε μερικά από αυτά τα μειονεκτήματα μπορεί να είναι ξεκάθαρα αποδοτέα στις επιρροές της χρήσης ναρκωτικών , αλλά αρκετά από αυτά είναι πιθανότατα η ασαφής , ακαθόριστη επίπτωση της έκθεσης τους σε ένα ευρύ φάσμα στο οποίο τυγχάνει να υπάρχει και η κατάχρηση ουσιών από τους γονείς.

Παρόλο που αρκετοί συγγραφείς έχουν παρουσιάσει κλινικές διαπιστώσεις (ψυχοκοινωνικές ανωμαλίες , δυσλειτουργίες κ.τ.λ) που είναι κοινές στα παιδιά των χρηστών, έρευνες δείχνουν ότι, ακόμα και σε ένα σχετικά ομοιογενή πληθυσμό, τα αποτελέσματα για το κάθε παιδί ξεχωριστά ποικίλει σημαντικά για λόγους που δεν κατανοούμε πολύ καλά. Επομένως ενώ είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε τους κινδύνους και τα υψηλά επίπεδα δυσκολίας, είναι εξίσου σημαντικό να κάνουμε γνωστό ότι δεν υπάρχει προκαθορισμένο αποτέλεσμα ακόμα και για τα παιδιά εκείνα που ζουν παρόμοιες καταστάσεις. Οι μηχανισμοί επιρροής φαίνεται να είναι περίπλοκοι, είναι ελάχιστα κατανοητοί και η έρευνα που προτίθεται να μας διευρύνει τη γνώση και κατανόηση της μόλις έχει αρχίσει. Είναι επίσης σημαντικό να σημειώσουμε ότι, έως εδώ, ήμασταν αρκετά απασχολημένοι με την καταγραφή του κινδύνου για τα λιγοστά αποτελέσματα των ερευνών και στην ουσία δεν γνωρίζουμε τίποτα για τους παράγοντες εκείνους που προωθούν την θετική εξέλιξη του παιδιού, παρόλη την παρουσία της κατάχρησης από τους γονείς. Δηλαδή παρόλο που γνωρίζουμε γιατί κάποια παιδιά δείχνουν να τα πηγαίνουν σχετικά καλά στην αντιμετώπιση άλλων αντιξοοτήτων, οι ερευνητές, μόλις άρχισαν να σκέφτονται γιατί κάποια παιδιά επηρεασμένα από τους γονείς – χρήστες, φαίνεται να τα πηγαίνουν καλύτερα από κάποια άλλα παιδιά. (MacMahon,Luthar , 1998:152,153)

Εμπειρίες της παιδικής ηλικίας των γονέων

Έρευνες που έχουν γίνει από πολλές και διαφορετικές πλευρές δείχνουν ότι όταν συγκρίνουμε τους ενήλικες που δεν έχουν ιστορικό εθισμού στα ναρκωτικά με αυτούς που έχουν ιστορικό , η αναφορά δείχνει ότι υπήρχε μεγάλη έκθεση σε παιδικά τραύματα και γονικές μεθόδους που διευρύνουν την φτωχή ανάπτυξη των παιδιών ως άτομα. Σε αυτές τις μελέτες , άνδρες και γυναίκες επιβεβαιώνουν εξαιρετικά υψηλά επίπεδα ψυχολογικής

κακομεταχείρισης , γονικής αμέλειας , οικονομικών δυσκολιών , σωματικής βίας , σεξουαλικής βίας και γενικά μιας χαοτικής οικογενειακής ζωής κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Ψυχιατρικές ανωμαλίες και χρήση ναρκωτικών ανάμεσα σε γονείς και λοιπούς συγγενείς είναι κοινό στοιχείο. Οι εθισμένοι γονείς συχνά συνδέουν την χαμηλή οικονομική κατάσταση με την κακή ποιότητα ζωής που ακολούθησαν. Από μια πιο προοδευτική άποψη όμως αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι ως ομάδα , οι χρήστες ναρκωτικών έχουν περάσει από την εφηβική ηλικία στην ενηλικίωση με την έλλειψη των εμπειριών που χρειάζεται ένα άτομο για να εξελιχθεί ως προσωπικότητα. Εμπειρίες που παρέχουν την βάση για ένα σωστό και αποτελεσματικό οικογενειακό πρότυπο για την επόμενη γενιά. Όταν το δούμε από την πλευρά της οικογένειας αυτή η ίδια φιλοσοφία επίσης προτείνει ότι η χρήση ναρκωτικών από τους γονείς αντανακλάται στα παιδιά αλλά επίσης θέτει τον κίνδυνο της επανάληψης – μίμησης από τα παιδιά ως προς τη σχέση τους με τους γονείς τους.(MacMahon&Luthar,1998:149-150)

Γονεϊκή συμπεριφορά και χρήση ουσιών

Για την κατάλληλη κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξή τους , τα παιδιά έχουν την ανάγκη μιας σταθερής και με συνέπεια φροντίδας. Χρειάζονται σταθερούς κανόνες στην καθημερινότητα τους , για να κατανοήσουν ποιες είναι οι προσδοκίες μας γι' αυτά .

Οι οικογένειες οι οποίες έχει διαπιστωθεί ότι κάνουν χρήση ουσιών τείνουν να είναι εξαιρετικά ανοργάνωτες και χαοτικές. Ένας γονιός μπορεί να αντιδρά με συγκεκριμένο τρόπο σε κάποια συμπεριφορά του παιδιού του όταν είναι νηφάλιος ή καθαρός και εντελώς διαφορετικά όταν βρίσκεται υπό την επήρεια των ναρκωτικών. Δεν υπάρχουν κανόνες ή τίθενται με πλήρη ασυνέπεια και υπάρχει ελάχιστη επιτήρηση. Χωρίς την συνέπεια στη ζωή τους , τα παιδιά δεν αναπτύσσουν το αίσθημα της αιτίας και του αποτελέσματος , δεν καταφέρνουν να επιβάλλουν ή να καθιερώσουν κατάλληλα πρότυπα συμπεριφοράς και φυσικά δεν θα είναι σε θέση να καταλάβουν πώς η δική τους συμπεριφορά θα επηρεάζει την συμπεριφορά των γύρω τους. Δεν μπορούν να αναπτύξουν το εσωτερικό αίσθημα του αυτοελέγχου το οποίο είναι και σημαντικό στο να ρυθμίζουν την συμπεριφορά τους. Ο Seilhamer (1991) αναφέρει τις παρατηρήσεις μιας μητέρας για την σχέση των παιδιών της με τον αλκοολικό πατέρα: «τους φωνάζει συνέχεια. Κάποιες φορές τα αφήνει ατιμώρητα για κάποιες πράξεις τους και τα τιμωρεί άλλη στιγμή χωρίς αφορμή. Τα παιδιά μου δεν ξέρουν πώς να του φερθούν».

Μεταξύ των χαρακτηριστικών της χρήσης ουσιών είναι ότι ο χρήστης/ρια επικεντρώνει το ενδιαφέρον του/ της στην απόκτηση των ουσιών , στην χρήση τους και στην ανάρρωσή του /της από τα αποτελέσματα της χρήσης. Όλο και περισσότερος χρόνος και ενέργεια σπαταλείται σε δραστηριότητες που σχετίζονται με τη χρήση παρά σε ενέργεια για την συμπεριφορά του /της ως γονιός. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα παιδιά τους να παραμελούνται ή να μην τυγχάνουν της οικογενειακής φροντίδας. Στην πραγματικότητα κάθε Οργανισμός για την Προστασία του Παιδιού σε κάθε χώρα λαμβάνουν αναφορές παιδιών που έχουν μείνει μόνα τους και απροστάτευτα ή εγκαταλελειμμένα στο σπίτι κάποιου γείτονα ενώ οι γονείς τους ψάχνουν να βρουν ναρκωτικά. Πράγματι , στις οικογένειες που γίνεται

χρήση ναρκωτικών από τους γονείς τα περιστατικά όπου τα παιδιά παραμελούνται ή εγκαταλείπονται είναι πολύ περισσότερα από αυτά που τα παιδιά υποφέρουν από βία και που αναφέρονται στις διάφορες υπηρεσίες. Μια έρευνα , για παράδειγμα , βρήκε ότι τα παιδιά που έχουν δοθεί σε ανάδοχες οικογένειες εξαιτίας χρήσης ναρκωτικών ή αλκοόλ των γονιών τους , σχεδόν το 70% ήταν λόγω αμέλειας ή εγκατάλειψης και μόνο το 15% ήταν λόγω βίας και κακομεταχείρισης από τους γονείς. Για τα παιδιά που δόθηκαν σε ανάδοχες οικογένειες , όπου στις οικογένειές τους δεν γινόταν χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ , το 37% των περιπτώσεων ήταν εξαιτίας αμέλειας ή εγκατάλειψης και το 33% ήταν εξαιτίας βίας και κακομεταχείρισης. Επειδή οι μητέρες όμως θεωρούνται ότι αυτές πρέπει να έχουν το βάρος της φροντίδας των παιδιών τους , οι περιπτώσεις της αμέλειας σχεδόν πάντα βαρύνουν τις μητέρες παρά τους πατέρες.

Το άτομο που κάνει χρήση ουσιών είναι επικεντρωμένο στις ανάγκες που έχει και μόνο στον εαυτό του / της. Μέσα σε μια οικογένεια , τα μέλη της προσπαθούν με κάθε τρόπο να εστιάζουν την προσοχή τους στις ανάγκες και τις επιθυμίες του εξαρτημένου ατόμου έτσι ώστε να αποφεύγουν τα ξεσπάσματα του ή τις ανάρμοστες αντιδράσεις του. Επιπλέον , το παιδί συχνά παίρνει το ρόλο των γονιών του και τις ευθύνες τους , το οποίο σημαίνει φροντίδα προς τυχόν νεότερα μέλη , μαγείρεμα , καθάρισμα.

Η απροθυμία μιας εξαρτημένης μητέρας (είτε είναι σωματική , είτε συναισθηματική ή και τα δύο) και οι απρόβλεπτες αντιδράσεις της προς το παιδί της , μπορεί κάλλιστα να διακόψει τη σχέση τους. Τα παιδιά που δεν νιώθουν ένα ασφαλές περιβάλλον αγάπης διατρέχουν τον κίνδυνο να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς και δυσκολιών που περιέχονται στις διαπροσωπικές σχέσεις. Έρευνες υπολογίζουν ότι το 70% με 80% των κακοποιημένων παιδιών δείχνουν στοιχεία αγχώδους αγάπης προς τον γονιό του (Feig,1998:66-67).

Παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες και κακομεταχείριση. Οι επιπτώσεις στα παιδιά.

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι παρόλο τους βασικούς κινδύνους ιατρικής φύσεως στο έμβρυο ή στο βρέφος είναι φανεροί ιδιαίτερος οι κίνδυνοι μιας πρόωρης γέννας ή απώλεια βάρους του εμβρύου , είναι λιγότερο εμφανείς όμως οι λόγοι της έκθεσης του εμβρύου στα ναρκωτικά οι οποίοι προκαλούν μακροχρόνια προβλήματα. Η έρευνα παρόλα αυτά έχει ξεκάθαρα δείξει ότι η κακοποίηση των παιδιών έχει εξελίξιμες συναισθηματικές συνέπειες όπως και επιπτώσεις στην συμπεριφορά τους που διαρκούν μέχρι την εφηβεία ακόμα και την ενηλικίωση. Για παράδειγμα μερικά παιδιά γίνονται προκλητικά και καχύποπτα προς τους ενήλικους , ενώ άλλα γίνονται ακοινωνήτα και φοβισμένα. Πολλά περιγράφονται ότι δεν έχουν αυθορμητισμό. Τα παιδιά των χρηστών υπόκεινται σε πολλές προκλήσεις της υγείας τους και προτού γεννηθούν και αφού γεννηθούν και πολλά από αυτά θα δείξουν τελικά τα ελλείμματα τους.(Feig,1998:67)

Ναρκωτικά και Γονεϊκή Ικανότητα

Με το πέρασμα των 20 τελευταίων χρόνων , υπάρχει μια αξιοσημείωτη άνοδος στον αριθμό των ανθρώπων άνω των 35 χρόνων που χρησιμοποιούν

παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες . Έρευνες επιδημιολογίας δείχνουν ότι ο πραγματικός εθισμός στα ναρκωτικά συμβαίνει πιο συχνά τα πρώτα και τα μέσα χρόνια της ενήλικης ζωής ,όταν ένα σημαντικό ποσοστό του γενικού πληθυσμού είναι γονείς με μικρά παιδιά

Πέρα από τα στοιχεία που μας δείχνουν τις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας των χρηστών, υπάρχουν στοιχεία που μας λένε ότι ένας αρκετά μεγάλος αριθμός των πελατών (η χρήση του όρου γίνεται από μετάφραση , στην Ελλάδα γίνεται η χρήση του όρου ασθενής ή θεραπευόμενος) που αναζητούν θεραπεία είναι πιθανό να είναι γονείς με μια μικρή έλλειψη ικανότητας στο να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε αυτό το ρόλο σε καθημερινή βάση. Σύμφωνα με αυτά , η έρευνα δείχνει ότι πιθανότατα οι εμπειρίες από την οικογενειακή ζωή των χρηστών και το πρότυπο γονικής φροντίδας που είχαν να επηρεάζουν αρνητικά την δική τους ικανότητα ως γονείς σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν ανάλογο οικογενειακό ιστορικό. Οπότε τα παιδιά των πρώτων τίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο λόγω των αρνητικών προτύπων που είχαν ουσιαστικά οι γονείς τους. Επιπλέον ακόμα κι αν ένα άτομο έχει τα ψυχολογικά αποθέματα για να λειτουργήσει ως γονιός , η χρόνια χρήση ναρκωτικών σχεδόν πάντα αποτρέπει κάτι τέτοιο και αρκετοί συγγραφείς έχουν περιγράψει την διαδικασία κατά την οποία οι εθισμένοι γονείς προσπαθούν , συνήθως ανεπιτυχώς , να ισορροπήσουν τον εθισμό τους και την ευθύνη να φροντίσουν τα παιδιά τους.

Ωστόσο , όσο σημαντικό είναι να αναγνωρίσουμε την αρνητική επίδραση των ναρκωτικών στην γονική ικανότητα , είναι εξίσου σημαντικό να σημειώσουμε ότι η χρήση ναρκωτικών και μόνο, δεν μπορεί να θεωρηθεί αποδεικτικό στοιχείο για την γονική ανικανότητα.

Παρόλο που δεν γνωρίζουμε τίποτα για τα ενδιαφέροντα που έχουν οι εξαρτημένοι πατέρες , η έρευνα δείχνει ότι περισσότερο οι εξαρτημένες μητέρες παρουσιάζουν το κατάλληλο ενδιαφέρον για την επίδραση που έχει η εξάρτησή τους στα παιδιά τους. Αντίθετα με την κοινή γνώμη , το να γίνονται γονείς είναι συχνά ο μόνος γνήσιος κοινωνικός ρόλος που αξιοποιούν. Τα παιδιά τους θεωρούνται ως την μόνη επιρροή για σταθερότητα στη ζωή τους και οι περισσότερες γυναίκες νιώθουν ένοχες , ντροπιασμένες και λειτουργούν σχετικά αμυντικά για τους τρόπους με τους οποίους έχουν παραμελήσει τα παιδιά τους για χάρη των ουσιών. Συνεπώς, ενώ μπορεί να υπάρχουν όρια στην ικανότητα τους να μεταφέρουν τις αξίες, τα πιστεύω και τις επιθυμίες τους ώστε η συμπεριφορά τους να έχει θετική επιρροή στην ανάπτυξη του παιδιού , οι περισσότερες εξαρτημένες μητέρες εισάγονται για θεραπεία με τις απαραίτητες προϋποθέσεις για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά σαν γονείς. Αυτό σημαίνει ότι οι περισσότερες έρχονται με κάποια στοιχειώδη συναισθηματική σύνδεση με τα παιδιά τους ,την επιθυμία να τα αναθρέψουν και την επίγνωση του γεγονότος ότι χρειάζονται βοήθεια.(MacMahon&Luthar,1998:151-152)

Οι Pugh και De'Ath (1984) υποστηρίζουν ότι οι γονείς χρειάζονται συγκεκριμένες ικανότητες εάν σχεδιάζουν να φροντίζουν επαρκώς τα παιδιά τους .

Αυτές οι δεξιότητες (ικανότητες) διαιρούνται στις εξής κατηγορίες :

- Η ικανότητα να αγαπούν και να εγγυώνται σχέσεις , να φροντίζουν , να υποστηρίζουν και να περιποιούνται τους άλλους ανθρώπους , να είναι ευαίσθητοι στις ανάγκες τους.

- Η ευελιξία του μυαλού και της σκέψης , η ικανότητα να ανταποκρίνονται και να προσαρμόζονται στις αλλαγές των αναγκών και των απαιτήσεων.
- Συνέπεια της στάσης και της συμπεριφοράς , μια σταθερή και αξιόπιστη συμπεριφορά εξασφαλίζει ένα σταθερό και ασφαλές περιβάλλον όπου αντιδράσεις μπορούν να προβλεφθούν και οι κανόνες να είναι σαφείς.
- Η ικανότητα να επικοινωνούν , μέσα από ένα ενεργητικό διάλογο και να δίνουν τα κατάλληλα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα , αντιδρώντας στα αισθήματα και στις διαπραγματεύσεις.
- Η ικανότητα να διαχειρίζονται το στρες και να αντιμετωπίζουν τη σύγκρουση.
- Η ικανότητα να παίρνουν αποφάσεις και να δέχονται την ευθύνη αυτών των αποφάσεων.
- Η ικανότητα να αναζητούν γνώση και πληροφορίες , μια θεωρία πάνω στο πώς να αντιμετωπίζουν με ψυχραιμία τις δύσκολες καταστάσεις θα ήταν άχρηστη εκτός και αν μπορεί αυτό να εφαρμοστεί στην πράξη.

Είναι μάλλον απίθανο το ότι μπορεί μια μέση οικογένεια να έχει αποκτήσει όλες αυτές τις δεξιότητες και τις ικανότητες από τον καιρό που το πρώτο παιδί έρχεται στον κόσμο. Παρόλα αυτά είναι πολύ πιθανό γι' αυτούς να βελτιώσουν τις γνώσεις με το να συζητήσουν με τους γείτονες , με τους φίλους , με τους ειδικούς και με το να διαβάζουν βιβλία και περιοδικά με θέμα το πώς να μεγαλώσεις ένα παιδί.

Έρευνες έχουν δείξει ότι ένας αριθμός χαρακτηριστικών που αποδίδονται σε ενηλίκους που πιθανώς να είναι ακατάλληλοι γονείς και / ή να παραμελούν και να κακοποιούν τα παιδιά τους. Αυτοί παρουσιάζονται (αναφορικά) παρακάτω :

- Γονείς που οι ίδιοι όταν ήταν παιδιά είχαν κακοποιηθεί.
 - Γονείς οι οποίοι δεν είχαν την κατάλληλη κηδεμόνευση.
 - Πολύ νέοι γονείς ή πρόσφατα παντρεμένοι νέοι γονείς.
 - Γονείς που έχουν παράλογες ιδέες πάνω στην συμπεριφορά του παιδιού τους.
 - Γονείς που είναι φτωχοί.
 - Γονείς που απαιτούν στοργή από τα παιδιά τους , αλλά οι ίδιοι είναι ανίκανοι να δείξουν στοργή στο παιδί.
 - Γονείς που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση.
 - Γονείς που είναι εθισμένοι στο αλκοόλ ή στα ναρκωτικά.
 - Γονείς που έχουν ψυχική ασθένεια.
- (O'Hagan & Smith ,1993:145-147)

Το Παράδειγμα του Παιδικού χωριού S.O.S: Η σχέση του παιδιού που ζει στα παιδικά χωριά S.O.S με την εξαρτημένη μητέρα του.

Είναι γνωστό ότι στα Παιδικά Χωριά SOS προστατεύονται και μεγαλώνουν τα παιδιά εκείνα που πολλοί και σοβαροί λόγοι τα υποχρεώνουν να στερηθούν την γονική και ιδιαίτερα τη μητρική φροντίδα , από τους βιολογικούς γονείς και τις βιολογικές μητέρες τους. Τα Παιδικά Χωριά SOS είναι , ως γνωστόν , ένα μοντέλο παιδικής προστασίας με στόχο την «αναπλήρωση» της απώλειας , προσωρινής ή μόνιμης , της μητρικής και οικογενειακής φροντίδας. Έτσι τα παιδιά θα ζήσουν και θα μεγαλώσουν κοντά σε μια μητέρα SOS , σε ένα σπίτι μαζί με άλλα παιδιά δημιουργώντας έτσι μία οικογένεια SOS ,με ότι σημαίνει αυτό συμβολικά ή πραγματικά. Τα παιδιά φεύγουν από ένα διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον και θα βρουν την ασφάλεια και την φροντίδα της Μητέρας SOS και του περιβάλλοντος του Παιδικού Χωριού.

Τα παιδιά που προέρχονται από εξαρτημένες μητέρες φτάνουν στα Παιδικά Χωριά είτε με αίτηση άλλων βιολογικών συγγενών του ευρύτερου περιβάλλοντος είτε με παραπομπές άλλων κοινωνικών υπηρεσιών ή ιδρυμάτων πρόνοιας. Οι εισαγγελικές παρεμβάσεις εδώ είναι ελάχιστες , στην πραγματικότητα δεν έχουν υπάρξει , ίσως και γιατί στον συνολικό αριθμό εισαγωγών παιδιών είναι πολύ λίγες , αφού προσπάθειά μας είναι να μην γίνονται παρά μόνο με την συναίνεση των γονέων. Από την άλλη , όμως είναι χαρακτηριστικό ότι όλα τα παιδιά που έχουν εισαχθεί , πλην μίας περίπτωσης , οι εξαρτημένες μητέρες τους δεν έχουν την επιμέλεια , η οποία τους έχει αφαιρεθεί και την έχουν αναλάβει άλλοι συγγενείς , κυρίως γιαγιάδες. Επίσης , συνήθως , οι μητέρες αυτές συναινούν στην εισαγωγή του παιδιού τους στα Παιδικά Χωριά , αφού πάντα ζητείται η σύμφωνη γνώμη τους ανεξάρτητα της επιμέλειας , αλλά μέσα σε μια συνθήκη απελπισίας και ενοχής , ενώ αργότερα , μετά από λίγο χρόνο , αυτό μεταβάλλεται σε επιφανειακή αδιαφορία.

Κατά την διάρκεια της κοινωνικής έρευνας για την εισαγωγή η μητέρα , παρά τις πολλές προσπάθειες των κοινωνικών λειτουργών , δύσκολα συμμετέχει στην όλη προσπάθεια προετοιμασίας του παιδιού και της οικογένειας , ενώ είναι ιδιαίτερα δύσκολο , λόγω της εξάρτησης της , να ακολουθήσει την διαδικασία και να κινητοποιηθεί ώστε να προετοιμασθεί η εισαγωγή του παιδιού. Π. χ. πολύ δύσκολα συμμετέχει στο να μεταφέρει στους κοινωνικούς λειτουργούς ουσιαστικές πληροφορίες για το παιδί ή να κινηθεί ώστε να μαζέψει όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά που χρειάζονται. Χωρίς την υποστήριξη του οικογενειακού της περιβάλλοντος και φυσικά του κοινωνικού λειτουργού , δε θα μπορούσε πολλές φορές να ασχοληθεί καθόλου με την διαδικασία αυτή. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που παρατηρείται , σε αντίθεση με μητέρες χωρίς το πρόβλημα της εξάρτησης , είναι η σχεδόν πλήρης έλλειψη επιθετικότητας προς την Μητέρα SOS και το Παιδικό Χωριό. Αντίθετα παρατηρείται μια ιδιαίτερη επιθετικότητα προς τον συγγενή που βοήθησε να έλθει το παιδί στο Παιδικό Χωριό ή ακόμα και στην οργάνωση που έπαιξε ρόλο «ενδιάμεσου» σε αυτήν την εισαγωγή. Κατά την διαδικασία της εισαγωγής και των επαφών του κοινωνικού λειτουργού μαζί της είναι πολύ συχνές οι υποσχέσεις ότι θα απεξαρτηθεί ώστε να πάρει πίσω το παιδί της σε σημείο που να πιστεύει κανείς ότι θα αποτελέσει κίνητρο για αυτήν το ότι το παιδί της θα είναι στο Παιδικό Χωριό.

Στις περισσότερες των περιπτώσεων μιας εξαρτημένης μητέρας , ο πατέρας των παιδιών είναι εξαρτημένος ή ήταν και έχει πεθάνει λόγω της εξάρτησης αυτής. Επίσης τόσο η μητέρα όσο και ο πατέρας είχαν παραβατική συμπεριφορά στο παρελθόν , ενώ στις μισές τουλάχιστον των περιπτώσεων η μητέρα βρίσκεται φυλακή λόγω παραβάσεων του ποινικού κώδικα που έχουν σχέση με ναρκωτικά. Καμία μητέρα των παιδιών που φροντίζουμε δεν ακολουθεί στεγνό πρόγραμμα , ενώ μία που ήταν σε πρόγραμμα μεθαδόνης έχει σταματήσει.

Πολλά από τα παιδιά έχουν γεννηθεί υπό πολύ δυσάρεστες συνθήκες και τις περισσότερες φορές οι μητέρες τους έκαναν χρήση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Οι μισές από αυτές είναι χρήστριες ηρωίνης , και από τις υπόλοιπες στο μεγαλύτερο ποσοστό παίρνουν χάπια ενώ λίγες είναι συστηματικές χρήστριες χασίς.

Τα παιδιά , που πρέπει να σημειώσουμε ότι στην πλειοψηφία τους είναι από 4 ετών και πάνω , έχουν σημαντικά ερωτήματα που αφορούν την ιστορία τους και κυρίως τον λόγο που είναι στα Παιδικά Χωριά. Συνήθως οι απαντήσεις δίνονται , μετά από συμβουλευτική διεργασία που γίνεται από την κοινωνική υπηρεσία , από τους ίδιους τους βιολογικούς γονείς ώστε να εισπράττουν τα παιδιά τη δική τους αλήθεια και όχι αυτή που θα τους μεταφέρει κάποιος άλλος. Στην περίπτωση της εξαρτημένης μητέρας αυτό είναι σχεδόν αδύνατο και δυστυχώς είναι πολύ δύσκολο να γίνει ακόμα και από τους κοντινούς συγγενείς του παιδιού , λόγω των συναισθημάτων που έχουν αυτοί απέναντι στην εξάρτηση. Έτσι ο συνεργάτης του Παιδικού Χωριού έχει να απαντήσει σε αυτά τα ερωτήματα χωρίς όμως πολλές φορές να απαντάει στο παιδί επί της ουσίας , δηλαδή στο «γιατί είμαι εδώ;». Το παιδί ζει κάτω από το άγχος του διαρκούς πένθους. Σε μία καθημερινή κατάσταση αποχωρισμού , που ήδη έχει βιώσει με πραγματικό θάνατο του πατέρα και την οριστική τις περισσότερες φορές απώλεια της βιολογικής οικογένειας. Πρέπει να αντιμετωπίσει την καθημερινότητα και να στηριχθεί στις προσπάθειες του προσωπικού των Παιδικών Χωριών να του παρέχουν φροντίδα και την αίσθηση της ασφάλειας. Πρέπει , στην πραγματικότητα να εμπλουτίσει αυτήν την καθημερινότητα με παραγωγικές και αισιόδοξες δραστηριότητες. Το σχολείο είναι ένα από αυτά αλλά όχι μόνο. Δραστηριότητες ομαδικές ή ατομικές , καθημερινές ή εβδομαδιαίες , πολιτιστικές ή αθλητικές είναι στην πρώτη γραμμή , κυρίως για τα παιδιά που αντιμετωπίζουν έντονα το πρόβλημα του σημερινού ή αυριανού αποχωρισμού. Παιδιά που έχουν την ανάγκη της ζωντανής δραστηριότητας που θα αναδείξει την αισιόδοξη πλευρά της καθημερινότητάς τους.

Πρέπει όμως να διαχειριστεί την ιστορία του και τα βιώματα του κάτι που δεν μπορεί να γίνει χωρίς θεραπευτική στήριξη. Η ένταξή του λοιπόν σε θεραπευτική διαδικασία , με όποια μορφή και αν είναι αυτή και μάλιστα σε μακροχρόνια βάση. Η δυνατότητα αυτή δίνεται στο παιδί που ζει στα Παιδικά Χωριά SOS , είτε μέσω του Κέντρου Πρόληψης του Οργανισμού μας είτε μέσω οποιουδήποτε άλλου φορέα. (Σίφνιος, http://clubs.pathfinder.gr/New_Life_Stop_Drugs/325345)

2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

Στην Ελλάδα το μοναδικό πρόγραμμα εσωτερικής διαμονής που δεχόταν αποκλειστικά μητέρες έως τον Μάρτιο του 2005, ήταν το Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες που λειτουργούσε στην Θεσσαλονίκη. Δεν ανταποκρινόταν όμως στις ανάγκες των θεραπευόμενων κι έτσι το Πρόγραμμα λειτουργεί πλέον σαν Ανοιχτό. Άμεσα θα λειτουργήσει το Κλειστό Πρόγραμμα του “18 ΑΝΩ” καλύπτοντας έτσι τις ανάγκες των μητέρων που δεν έχουν χώρο διαμονής την πρωτεύουσα και η τρίτη επιλογή είναι αυτή των Προγραμμάτων Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Επίσης παρατίθεται το δίκτυο υποστήριξης εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους που δημιουργήθηκε με την πρωτοβουλία της Μονάδας Απεξάρτησης “18 Άνω”, όπου η Ελλάδα το 2000 μαζί με άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες, συμμετείχαν στο πρόγραμμα “ΠΑΡΝΑΣΣΙΑ”. Στόχοι ήταν η ενημέρωση διαφόρων υπηρεσιών υγείας για τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους και τη δημιουργία ενός δικτύου υποστήριξης αυτών. Εδώ θα σας παρουσιάσουμε μόνο τις μονάδες απεξάρτησης (στο Παράρτημα παρατίθενται οι υπόλοιπες υπηρεσίες)

Ψ.Ν.Α Μονάδα Απεξάρτησης “18 ΑΝΩ”

Το “18 ΑΝΩ” λειτουργεί από το 1989 και είναι Ν.Π.Δ.Δ. Ευαισθητοποιημένο στα ιδιαίτερα προβλήματα της εξαρτημένης μητέρας και του παιδιού ,απαντά στα πολλαπλά της αιτήματα βοηθώντας την ένταξή της στο θεραπευτικό πρόγραμμα με κομβικό σημείο της σχέση της με το παιδί.

*Ειδικό Κέντρο Υποδοχής Εξαρτημένων Γυναικών
Αριστέιδου 10-12 τηλ:210-3215990*

Εδώ γίνεται η πρώτη επαφή της εξαρτημένης μητέρας με το θεραπευτικό πρόγραμμα. Στο Κέντρο :

Δίνονται πληροφορίες στις εξαρτημένες μητέρες για θέματα που τις αφορούν. Πραγματοποιείται η ευαισθητοποίηση της εξαρτημένης μητέρας στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης , η σταθεροποίηση της απόφασης της , η εμπλοκή της στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξή της στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα μέσα από ατομικές συνεδρίες, ομάδες ψυχοθεραπείας , ομάδες έκφρασης. Το προσωπικό έχει στελεχωθεί με παιδοψυχολόγο και παιδαγωγό. Διευθετούνται τα επείγοντα νομικά θέματα και γίνονται επικοινωνίες με την Πρόνοια για την παροχή επιδομάτων όπου είναι δυνατό (π.χ μονογονεϊκή οικογένεια).

Το 2004, 290 γυναίκες προσέγγισαν το Κέντρο από τις οποίες οι 17 ήταν μητέρες. Αναλυτικότερα υπήρχαν :

2 παντρεμένες

3 εκτός γάμου

8 χωρισμένες και 1 χήρα

Και τα παιδιά τους που είναι στην πλειοψηφία τους νηπιακής ηλικίας.

Στην συνέχεια αποφασίζετε η ένταξη της στο τμήμα ψυχικής απεξάρτησης τοξικομανών ή στο ειδικό πρόγραμμα γυναικών.

Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Τοξικομανών
Ειδικό Πρόγραμμα Γυναικών

Ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Μάρτη του 1997 και αποτελεί το μοναδικό πρόγραμμα στην Ελλάδα που δέχεται μόνο γυναίκες. Εδώ πραγματοποιείται η Β' φάση του προγράμματος, στην οποία η εξαρτημένη μητέρα μέσα από διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες (ατομική, ομαδική ψυχοθεραπεία, δραματοθεραπεία) προσπαθεί να συνειδητοποιήσει τους πραγματικούς λόγους που την οδήγησαν στην εξάρτηση και να αναζητήσει καινούργιους τρόπους ζωής. Δεν μπορούν να έχουν μαζί τα παιδιά τους αλλά έχουν δικαίωμα επισκέψεων συχνά.

Τμήμα Κοινωνικής Επανένταξης

Πρόκειται για την Γ' φάση του προγράμματος όπου προετοιμάζεται η επάνοδος και η ένταξη της εξαρτημένης μητέρας στο κοινωνικό σύνολο. Λειτουργούν, εκτός από την ομαδική και την ατομική ψυχοθεραπεία, ομάδες ραδιόφωνου, θεάτρου, μουσικής, τέχνης, φωτογραφίας κ.λ.π. Λειτουργεί επίσης κοινωνικός ξενώνας για όσα άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα διαμονής.

Τμήμα Οικογενειακής Συμβουλευτικής και Θεραπείας
Μάρνης 30, τηλ. 210 – 5234376 / 5234951 / 5234737

Οι εξαρτημένες μητέρες μπορούν επίσης να απευθυνθούν στο ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα του 18 ΑΝΩ, στο οποίο εντάσσονται άτομα αρκετά καλά δομημένα ψυχικά, των οποίων κάποιες από τις σχέσεις (κοινωνικές, εργασιακές, συναισθηματικές) δεν έχουν μεγάλη έκπτωση. Παρέχεται επίσης συμβουλευτική οικογενειών και ζευγαριών.

Ειδικό Κέντρο Υποδοχής για Μητέρες και Παιδιά
(πρόκειται να λειτουργήσει άμεσα)

Συμβουλευτικές υπηρεσίες στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν (στεγαστικά προβλήματα, εύρεση εργασίας, δυνατότητες σχετικά με τη φροντίδα και εκπαίδευση του παιδιού του παιδιού, ιατρικά προβλήματα και άλλα).

Ενημέρωση και συμβουλευτική όσον αφορά στην ανάπτυξη και εκπαίδευση του παιδιού. Ολιγόωρη απασχόληση του παιδιού που θα εξασφαλίζει τη συμμετοχή της μητέρας σε ατομικές ή ομαδικές ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες. Ψυχοεκπαιδευτικές δραστηριότητες εστιασμένες στη σχέση μητέρας – παιδιού.

Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών

Σταθμός Πρώτων Βοηθειών και Υποστήριξης, Κέντρο Βοήθειας, Τμήμα Υποδοχής. Διεύθυνση: Γ' Σεπτεμβρίου 21 Τηλ: 210-5224202

Πρόγραμμα Υποκατάστασης

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93 που ψηφίστηκε από το σύνολο του Κοινοβουλευτικού Σώματος και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ έχει ως κύριους σκοπούς:

- Το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων
- Τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού
- Την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης

Στα Προγράμματα Υποκατάστασης προσέρχονται για θεραπεία και εξαρτημένες γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Γνωρίζοντας ότι η κατάσταση εγκυμοσύνης σε μια εξαρτημένη γυναίκα είναι μια κατάσταση υψηλού κινδύνου όχι μόνο για την ίδια αλλά και για το έμβρυο που κυοφορεί, ο ΟΚΑΝΑ προσφέρει την δυνατότητα σε αυτές τις γυναίκες να εισαχθούν άμεσα στο Πρόγραμμα και κατ' εξαίρεση της σειράς προτεραιότητας τους. Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται μία όσο το δυνατόν καλύτερη έκβαση της περιόδου της εγκυμοσύνης αλλά και του τοκετού αφού προσφέρεται συστηματική ιατρική παρακολούθηση και ψυχολογική υποστήριξη στην έγκυο και στην λεχώδα. Πέραν της παραπάνω περίπτωσης τα Προγράμματα Υποκατάστασης δέχονται και μητέρες εξαρτημένες με παιδιά, οι ανάγκες των οποίων καλύπτονται λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες που έχουν οι εξαρτημένες μητέρες με μικρά παιδιά ή παιδιά στην εφηβεία. Σε όλες αυτές τις εξαρτημένες γυναίκες (εγκυμονούσες ή μητέρες με παιδιά) τα Προγράμματα Υποκατάστασης ανταποκρίνονται παρέχοντας τους, πέραν της εξατομικευμένης χορήγησης υποκατάστατου (μεθαδόνης ή άλλου) και τις εξής υπηρεσίες

Φροντίδα για την ψυχική υγεία με φαρμακευτική, οικογενειακή και ψυχολογική υποστήριξη.

Φροντίδα για τη σωματική υγεία με στόχο τη βελτίωση της μέσω της σωστής ενημέρωσης και της ιατρικής περίθαλψης.

Φροντίδα για την επαγγελματική αποκατάσταση με στόχο τον μη αποκλεισμό από την εργασία.

Φροντίδα για τις νομικές εκκρεμότητες με την βοήθεια της Νομικής Υπηρεσίας του ΟΚΑΝΑ.

Παραπομπή στις Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας ώστε να εκδοθεί βιβλιάριο υγείας ή οικονομικό βοήθημα.

Φροντίδα για την επανένταξη στην κοινωνία και την οριστική απομάκρυνση από το περιθώριο.

Σε εγκυμονούσες εξαρτημένες γυναίκες :

- Συστηματική ιατρική παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης , τοκετού και λοχείας.
- Στενή συνεργασία με τον θεράποντα – γυναικολόγο καθώς και με το Μαιευτήριο που πρόκειται να εισαχθεί η εγκυμονούσα.
- Εξατομικευμένη ψυχολογική , και όπου είναι αναγκαίο ψυχιατρική υποστήριξη , με έμφαση στην ιδιαίτερη φάση που βρίσκεται η εξαρτημένη εγκυμονούσα και λεχвіδα.
- Φροντίδα και παραπομπή , όπου αυτό είναι αναγκαίο , σε αρμόδιους φορείς για εύρεση στέγης.

Σε εγκυμονούσες μητέρες και τα παιδιά τους :

- Ατομική κι ομαδική συμβουλευτική με στόχο την απεξάρτηση και την στήριξη σε θέματα που αφορούν στην σχέση μητέρας – παιδιού.
- Ιατρική φροντίδα και εμβολιασμό των παιδιών των εξαρτημένων μητέρων που βρίσκονται στο Πρόγραμμα.
- Συμβουλευτική σε θέματα επικοινωνίας και διαπαιδαγώγησης των παιδιών. Όπου απαιτείται εξειδικευμένη παρέμβαση στα παιδιά , γίνεται παραπομπή στο Τμήμα Κοινωνικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού»

Χρήση Μεθαδόνης

Η χορήγηση δραστικής ποσότητας μεθαδόνης σε εγκύους που είναι εξαρτημένες από ναρκωτικές ουσίες δεν αυξάνει τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης μεταξύ των βρεφών μετά τη γέννησή τους, σύμφωνα με αμερικανική έρευνα που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Η μεθαδόνη είναι μια υποκατάστατη ουσία της ηρωίνης και άλλων οπιοειδών και χρησιμοποιείται για την απεξάρτηση των τοξικομανών. Όταν χορηγηθεί σε μεγάλη ποσότητα αποτρέπει τη δράση της ναρκωτικής ουσίας και ελαττώνει σημαντικά το σύνδρομο στέρησης.

Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η χορήγηση μεθαδόνης στις τοξικομανείς εγκύους δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 20 mgr ημερησίως, ωστόσο οι αποτελεσματικές δόσεις κυμαίνονται από τα 50 έως 200 mgr, παρότι θεωρούνταν επικίνδυνες.

Την άποψη αυτή αντικρούει επιστημονική ομάδα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Τόμας Τζέφερσον στις ΗΠΑ, η οποία έθεσε υπό μελέτη 100 τοξικομανείς μητέρες νεογνών, που είχαν λάβει μεθαδόνη πριν και μετά τον τοκετό.

Αυτό που διαπιστώθηκε ήταν ότι δεν υπήρχαν μεγάλες διαφορές, όσον αφορά το βάρος, τα συμπτώματα στέρησης αλλά και το χρόνο θεραπείας των βρεφών με μεθαδόνη, ακόμη και στην περίπτωση που αυτή χορηγήθηκε σε ποσότητες που άγγιζαν έως και τα 200 mgr.

"Δεν θα πρέπει να αρνούμαστε τη χορήγηση μεθαδόνης στις εγκύους τοξικομανείς, καθώς από τη μία πλευρά δεν υφίσταται κάποιος κίνδυνος για το έμβρυο και από την άλλη πλευρά δεν τις 'σπρώχνουμε' στην πορνεία, τις

κλοπές και την αναζήτηση εναλλακτικών ουσιών, που στην πλειονότητά τους κυκλοφορούν παράνομα", αναφέρει χαρακτηριστικά ένα από τα βασικά μέλη της επιστημονικής ομάδας. (www.health.in.gr)

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

Διεύθυνση : 574 Σίνδος , Θεσσαλονίκη
Τηλ : 2310-544939 FAX : 2310-723309

Ειδικό Πρόγραμμα για εξαρτημένες μητέρες (διατηρείται προς το παρόν η ονομασία αυτή. Γενικότερα ονομάζεται Ανοιχτό Πρόγραμμα Θεραπείας και Επανεκπαίδευσης Ειδικών Ομάδων Εξαρτημένων)

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και λειτουργεί από το 1983, με την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης ελληνικής θεραπευτικής κοινότητας (ειδική νομοθετική ρύθμιση με Ν.1729/1987). Εξυπηρετεί καθημερινά 2.800 περίπου άτομα, χρήστες και μέλη οικογενειών, χάρη σε ένα δίκτυο περισσότερων από 60 μονάδων σε διαφορετικές περιοχές της χώρας. Οι δραστηριότητές του αφορούν επίσης τους τομείς πρωτογενούς πρόληψης, εκπαίδευσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα τοξικοεξάρτησης και έρευνας. Είναι σύμβουλος οργανισμός του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου του ΟΗΕ (ECOSOC) σε θέματα ναρκωτικών

Οι πόροι του ΚΕ.Θ.Ε.Α. προέρχονται από την ετήσια χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας, προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και δραστηριότητες αυτοχρηματοδότησης (παραγωγικές μονάδες κατάρτισης, δωρεές κ.ά). Το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας εγκρίνει τον προϋπολογισμό του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και ελέγχει κατασταλτικά τη διαχείριση των οικονομικών του. Ετήσια έκθεση έλεγχου των οικονομικών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. συντάσσεται από ορκωτούς λογιστές και υποβάλλεται στο Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας και στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους.

Το μοναδικό Πρόγραμμα στην Ελλάδα που στόχευε στον ειδικό αυτό πληθυσμό δημιουργήθηκε από το θεραπευτικό πρόγραμμα ΙΘΑΚΗ το Νοέμβριο του 2001 και λειτουργούσε στο χώρο της Θεραπευτικής Κοινότητας ΙΘΑΚΗ στη Σίνδο σαν κλειστό πρόγραμμα μέχρι τον Μάρτιο του 2005. Πλέον όμως, λόγω των ιδιαιτέρων αναγκών των μητέρων ,το πρόγραμμα λειτουργεί σαν Ανοιχτό και απευθύνεται σε :

- § Πρώην φυλακισμένους χρήστες ουσιών
- § Χρήστες και χρήστριες με ανήλικα παιδιά
- § Άτομα που έχουν παρακολουθήσει άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης τουλάχιστον για 12 μήνες και έχουν κάνει υποτροπή στη χρήση

Παρέχοντας ένα πολυφασικό , ανοιχτό , μη ιεραρχημένο θεραπευτικό πρόγραμμα δίνεται στα θεραπευόμενα μέλη η ευκαιρία για απεξάρτηση αντιμετωπίζοντας παράλληλα τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της κάθε ομάδας χωριστά. Οι διαφορετικές ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είναι δυνατόν να δουλευτούν στις ομάδες προσπαθώντας να ενώσουν τα άτομα και όχι να τα απομακρύνουν και να τα απομονώσουν. Στόχος είναι η

απεξάρτηση και η κοινή θεραπευτική πορεία και Επανάταξη των μελών ουσιαστικά να ενσωματώσει τα θεραπευόμενα μέλη σε ένα πολύπλοκο σύστημα διαφορετικών αναγκών και προτεραιοτήτων , μα σαφώς κοινών στόχων και αξιών.

Το σημαντικό είναι ότι σε αυτό το Πρόγραμμα ,είναι ότι οι άνθρωποι δεν χρειάζεται να αφήσουν την καθημερινότητα της ζωής τους για να ενταχθούν στις ομάδες. Μπορούν να συνεχίσουν να εργάζονται , να μένουν με την οικογένειά τους και να προσπαθούν μέσα στην καθημερινότητα να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της εξάρτησης , με την ψυχολογική υποστήριξη του Προγράμματος. Επίσης για άτομα που μόλις αποφυλακίστηκαν , που έρχονται από άλλες πόλεις ή που οι οικογενειακές συνθήκες δεν το επιτρέπουν , υπάρχει Ξενώνας που παραχωρεί ο Δήμος όπου θα μπορούσαν να φιλοξενηθούν έως ότου να είναι πια έτοιμοι συναισθηματικά και οικονομικά να εγκατασταθούν στον δικό τους χώρο.

1^ο Στάδιο : Κέντρο Υποδοχής και Κινητοποίησης

Στόχος του Κέντρου είναι να ενσωματώσει τα ενδιαφερόμενα άτομα στις δομές του. Οι άνθρωποι έχουν καθημερινή παρουσία εφόσον το επιθυμούν προτρέποντας τους να γίνουν μέλη στις ομάδες αυτοβοήθειας με σκοπό :

- § Την απομάκρυνσή τους από τη χρήση , το περιβάλλον της πιάτσας , παραβατικές συμπεριφορές
- § Την φροντίδα του σώματος και της υγείας τους
- § Την αντίληψη της πραγματικής τους κατάστασης
- § Την ένταξή τους στην Θεραπεία

2^ο Στάδιο: *Κύρια Φάση Θεραπείας* Κέντρο Θεραπείας και Επανάταξης

Στόχοι εδώ είναι οι εξής :

- § Να ενσωματώσει τα μέλη στις ομάδες αυτοβοήθειας
- § Να στηρίξει τα μέλη ανάλογα με την ιδιαιτερότητα τους
- § Να βοηθήσει τα μέλη να αντιληφθούν και να εξερευνήσουν τους λόγους και τα αίτια της εξάρτησης τους
- § Να στηρίξει τα μέλη στην ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο

Τελική φάση είναι αυτή της Ολοκλήρωσης. Σε αυτό το στάδιο μπαίνουν τα άτομα μετά από αίτημα και αφού πληρούν προαπαιτούμενα κριτήρια. Ουσιαστικά έχει τελειώσει η Θεραπεία και η Επανάταξή τους και η σχέση τους με το Πρόγραμμα είναι πλέον απλά υποστηρικτική.

ΠΛΑΙΣΙΟ ΟΜΑΔΑΣ ΓΟΝΕΩΝ

Στόχος των ειδικών ομάδων για γονείς , είναι να δοθεί η δυνατότητα να εντοπιστούν και να εκφραστούν διάφοροι προβληματισμοί σχετικά με τον γονεϊκό ρόλο αλλά και να επαναπροσδιοριστεί η σχέση με το παιδί τους. Οι ομάδες γίνονται κάθε 15 μέρες και δυνατότητα συμμετοχής έχουν όλοι όσοι ανήκουν στην κύρια θεραπευτική φάση και είναι γονείς. Τα θέματα που θα απασχολήσουν τις ομάδες γονέων είναι τα εξής :

- Ø Να γνωρίσουν καλύτερα το παιδί τους , τις ξεχωριστές του ανάγκες και την μοναδικότητά του
- Ø Να δοθεί χώρος ώστε να μοιραστούν διαφορετικές εμπειρίες σε σχέση με το παιδί

- Ø Να πειραματιστούν με νέους τρόπους επικοινωνίας
- Ø Να εντοπιστούν και να εκφραστούν φόβοι σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού
- Ø Η ανάμειξη σημαντικών άλλων στον επαναπροσδιορισμό της σχέσης γονέα – παιδιού
- Ø Να ανακαλύψουν και να αξιοποιήσουν νέους τρόπους οριοθέτησης των παιδιών
- Ø Να εκφραστούν ενοχές και αρνητικά συναισθήματα σε σχέση με το παιδί
- Ø Να εκφράσουν και να διαπραγματευτούν το συναίσθημα της αμφιθυμίας σε σχέση με τον γονεϊκό ρόλο
- Ø Να επαναπροσδιορίσουν την εικόνα τους ως «καλός – κακός» γονέας
- Ø Αποκατάσταση της συναισθηματικής σχέσης με το παιδί που κατά τη διάρκεια της χρήσης ήταν χωρίς συνέπεια και δέσμευση
- Ø Να εκφραστούν αγωνίες σε σχέση με το τι λέω στο παιδί μου για την προσωπική μου ιστορία
- Ø Η εμπλοκή του παιδιού στην θεραπευτική μου πορεία
- Ø «Πώς μπορώ να είμαι γονιός , εργαζόμενος / η , και μέλος θεραπευτικού προγράμματος».

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ως προς τη μητέρα

- Ο μέσος όρος ηλικίας των μητέρων που έχουν προσεγγίσει το Πρόγραμμα είναι τα 25 έτη
- Κύρια ουσία χρήσης ήταν η ηρωίνη
- Οι νομικές τους εκκρεμότητες αφορούσαν κυρίως κατοχή και διακίνηση
- Διακρίνονται 2 κατηγορίες μητέρων : α) αυτές που είναι παντρεμένες και ο σύζυγος είναι επίσης χρήστης και β) οι μητέρες που είχαν σχέση στο παρελθόν με τον πατέρα του παιδιού αλλά τώρα δεν έχουν , είτε από επιλογή ή επειδή δεν γνωρίζουν ποιος είναι
- Ενθαρρύνεται από το κέντρο η επαφή με τον πατέρα (η αναζήτηση και η συμμετοχή του στην διαδικασία) διότι το παιδί έχει ανάγκη και το δικαίωμα να γνωρίζει το πατέρα του (όλα αυτά σε συνεργασία με την μητέρα)
- Οι μητέρες επαναπροσδιορίζουν τη σχέση με το σύντροφό τους μέσω ψυχοθεραπείας και ο πατέρας μπορεί να ενταχθεί στο Πρόγραμμα εφόσον το επιθυμεί

Ως προς το παιδί

- Λειτουργεί παιδικός σταθμός για την απασχόληση των παιδιών
- Για την διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας έχει δημιουργηθεί δίκτυο φορέων
- Συνήθως τα παιδιά των τοξικομανών αναλαμβάνουν τον ρόλο του προστάτη της οικογένειας

- Η ύπαρξη ανθρώπων για την φύλαξη των παιδιών εκτός των γονιών , μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα όσο και θετικό για την απεξάρτησή τους

3. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Σε αυτήν την ενότητα γίνεται αναφορά στην νομοθεσία που ισχύει στην Ελλάδα για τα ναρκωτικά γενικά αφού για την εξαρτημένη μητέρα δεν υπάρχει καμία ειδική νομοθετική ρύθμιση. Αυτό που συμβαίνει , είναι ότι απλά η έδρες είναι συνήθως πιο επιεικείς όσον αφορά τις γυναίκες και τις μητέρες. Στην περίπτωση που είναι έγκυες κατά την επιβολή της ποινής, αυτή αναστέλλεται μέχρι να γεννήσει. Μετά τη γέννα εκτίει την ποινή της κανονικά. Για την ενημέρωση των αναγνωστών γίνεται αναφορά των δικαιωμάτων του εμβρύου στο ποινικό και αστικό Δίκαιο.(Παρατίθεται έρευνα για τις γυναικείες φυλακές στο Παράρτημα)

Επίσης γίνεται μία αναφορά για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι νομοθέτες των Η.Π.Α όσον αφορά την εξαρτημένη μητέρα και το έμβρυο που κυοφορεί. Έχει δημιουργήσει έντονες αντιδράσεις και έχει γίνει συχνό φαινόμενο αναφοράς στα τηλεοπτικά δρώμενα όλης της χώρας εδώ και κάποια χρόνια η ποινικοποίηση ή όχι των περιπτώσεων που κυοφορεί η εξαρτημένη μητέρα , με το λόγο ότι προξενεί βλάβη στο έμβρυο (παρατίθεται και σχολιασμένη αρθρογραφία σχετικά με το θέμα αυτό στο Παράρτημα) καθώς και τις προσεγγίσεις που έχουν κάνει για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Το Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα

Το νομικό πλαίσιο στον ελληνικό χώρο για τα ναρκωτικά διαγράφεται μέσα από το νόμο 1729/87 για την «Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις» (που αντικατέστησε το Ν.Δ 743/1970) , το νόμο 1738/87 («Σύσταση συμβουλίου πρόληψης της εγκληματικότητας , τροποποίηση διατάξεων του ποινικού κώδικα , των κωδικών ποινικής και πολιτικής δικονομίας και άλλες διατάξεις») και το νόμο 2163/93 («Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του Ν.1729/87»). Ο νόμος 2163/93 είναι αυστηρότερος μεν απέναντι σε εκείνους που εμπορεύονται ή παρασκευάζουν τοξικές ουσίες , επιεικέστερος δε και περισσότερο συγκεκριμένος στις ρυθμίσεις του για το χρήστη. Συγκεκριμένα , με τον παραπάνω νόμο ενήλικο άτομο που κάνει απλώς χρήση , προμηθεύεται ή κατέχει ναρκωτικά σε ποσότητα που καλύπτει τις δικές του αποκλειστικά ανάγκες , είτε καλλιεργεί φυτά κάνναβης για δική του και μόνο χρήση , τιμωρείται με φυλάκιση. Η διαπίστωση της εξυπηρέτησης της αποκλειστικά δικής του ανάγκης για τη συγκεκριμένη ουσία γίνεται με συνεκτίμηση του είδους , της ποσότητας και της καθαρότητας της ουσίας σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του άρθρου 13 του Ν.1729/87. Η ποσότητα όμως της κάθε ναρκωτικής ουσίας , η οποία θεωρείται ότι καλύπτει τις ανάγκες ενός χρήστη ή εξαρτημένου ατόμου , προσδιορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Κατά την επιμέτρηση της ποινής λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός βλαπτικότητας της κάθε ναρκωτικής ουσίας και ιδιαίτερα η κατηγορία στην οποία ανήκει (άρθρο 12 παρ. 1 Ν.1729/87 , όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 14 του Ν.2161/93).

Στην περίπτωση που ο χρήστης δεν έχει στο παρελθόν τιμωρηθεί για έγκλημα του νόμου για τα ναρκωτικά , ούτε έχει κριθεί ότι δεν πρέπει να τιμωρηθεί (όταν το δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο , εκτιμώντας τις περιστάσεις κάτω από τις περιστάσεις κάτω από τις οποίες τελέστηκε η πράξη και την προσωπικότητα του δράστη , κρίνει ότι η αξιόποινη πράξη ήταν τελείως συμπτωματική και δεν είναι πιθανόν να επαναληφθεί αυτή ή κάποια άλλη του νόμου για τα ναρκωτικά) και δηλώσει ο ίδιος , μετά την άσκηση της ποινικής δίωξης ότι επιθυμεί την παρακολούθηση συμβουλευτικού θεραπευτικού προγράμματος , ο εισαγγελέας με αιτιολογημένη διάταξή του και έγκριση του εισαγγελέα εφετών , το δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να αναστείλει την πρόοδο της δίκης και να ορίσει το πρόγραμμα που οφείλει να παρακολουθήσει (άρθρο 12 παρ. 2 του Ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 14 του Ν. 2161/93). Αν στη συνέχεια ο κατηγορούμενος δεν παρακολουθήσει το πρόγραμμα , ή το παρακολουθεί πλημμελώς , ή γενικά δεν τηρεί τους όρους ,οι οποίοι του έχουν επιβληθεί σχετικά με αυτό ή αν επακολουθήσει καταδίκη του για παράβαση του νόμου για ναρκωτικά , το δικαστήριο ανακαλεί την απόφαση για αναστολή της δίκης και δικάζεται κατ' ουσία η υπόθεση. Στην περίπτωση που παρακολουθήσει με επιτυχία το πρόγραμμα τουλάχιστον για ένα εξάμηνο , μετά από έγγραφη βεβαίωση του διευθυντή του προγράμματος στον αρμόδιο ανακριτή ή εισαγγελέα και με την σύμφωνη γνώμη του για αποθεραπεία , αφού προηγηθεί ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακή εξέταση , το αρμόδιο δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να κρίνει το δράστη ατιμώρητο. Η πραγματογνωμοσύνη διεξάγεται από τα ειδικά δημόσια κέντρα απεξάρτησης , από τις ψυχιατρικές κλινικές και τα εργαστήρια Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Α.Ε.Ι της χώρας , τις Ιατροδικαστικές υπηρεσίες , εφόσον διαθέτουν ειδικά εργαστήρια ή από τα νομαρχιακά ή περιφερειακά νοσοκομεία (άρθρα 14 και 15 του Ν. 2161/93).

Στην περίπτωση που έχουμε εξαρτημένο άτομο και όχι απλώς χρήστη παράνομων ουσιών , ο εξαρτημένος υποβάλλεται σε ειδική μεταχείριση. Κατά το στάδιο της προδικασίας , αν μέσα σε 24 ώρες από τη σύλληψή του ή κατά την αρχική απολογία του δηλώσει ότι είναι τοξικομανής , εκείνος που ενεργεί την προανάκριση ή την κύρια ανάκριση διατάσσει υποχρεωτικά την διενέργεια πραγματογνωμοσύνης , το αργότερο μέσα σε 24 ώρες από τη σύλληψή του ή την αρχική απολογία. Οι πραγματογνώμονες εξετάζουν τον κατηγορούμενο αμέσως μόλις τους γνωστοποιηθεί η σχετική παραγγελία , το αργότερο μέσα σε 48 ώρες και ακολούθως συντάσσουν και υποβάλλουν την έκθεσή τους , όσο το δυνατό ταχύτερα. Στην περίπτωση που αποφανθούν ότι υπάρχει εξάρτηση , πρέπει να καθορίσουν και το είδος της (σωματική ή ψυχική) , το βαθμό της , την ουσία που χρησιμοποιήθηκε , την ημερήσια δόση και την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (άρθρο 15 του Ν. 2161/93). Αν το εξαρτημένο άτομο προμηθεύεται ή κατέχει ναρκωτικά σε ποσότητα που καλύπτει τις δικές του αποκλειστικά ανάγκες , είτε καλλιεργεί φυτά κάνναβης για δική του και μόνο χρήση , παραμένει ατιμώρητο. Αντίθετα , ο απλός χρήστης τιμωρείται με φυλάκιση. Η ευμενέστερη αυτή αντιμετώπιση του τοξικομανή σε σχέση με το χρήστη παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών γίνεται διότι ο τοξικομανής δεν είναι σε θέση πλέον να αποβάλλει την έξη με τις δικές του δυνάμεις και χρειάζεται ειδική μεταχείριση. Για το λόγο αυτό προβλέπεται , επίσης , στην περίπτωση που ο ίδιος ο τοξικομανής το επιθυμεί , να εισαχθεί με απόφαση του δικαστηρίου σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα για σωματική

απεξάρτηση. Αν μετά τη σωματική απεξάρτηση δηλώσει ότι επιθυμεί να συνεχίσει τη θεραπεία για ψυχική απεξάρτηση, μπορεί να ακολουθήσει πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα (Χαίδω, 1995:71)

Δικαιώματα Εμβρύου

Τα δικαιώματα του εμβρύου στο Αστικό Δίκαιο

Το άρθρο 35 του Αστικού Κώδικα (ΑΚ) δεν αφήνει περιθώρια για ασάφειες. Το πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει μόλις γεννηθεί ζωντανό και παύει να υπάρχει με το θάνατό του. Με άλλα λόγια, αν δεν αποχωριστεί το παιδί από το μητρικό σώμα με τον τοκετό, θεωρείται ανύπαρκτο από το νόμο. Σύμφωνα, δηλαδή, με το νόμο, στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει πρόσωπο. Έτσι, για να αποκτήσει το έμβρυο προσωπικότητα, πρέπει να βγει ολόκληρο από το σώμα της μητέρας του, άσχετα αν έχει κοπεί ο ομφάλιος λώρος ή αν είναι βιώσιμο ή όχι. Επιπλέον, πρέπει να έχει ανθρώπινη μορφή, δηλαδή να είναι σχηματισμένο, ανεξάρτητα από τυχόν σωματικά ελαττώματα. Αυτό ισχύει ως γενική αρχή, γιατί το άρθρο 36 του ΑΚ ορίζει ότι "ως προς τα δικαιώματα που επάγονται, το κυοφορούμενο θεωρείται γεννημένο, αν γεννηθεί ζωντανό". Αυτό σημαίνει ότι ο νόμος αναγνωρίζει δικαιώματα στο έμβρυο "υπό αίρεσιν", δηλαδή με την προϋπόθεση ότι θα γεννηθεί ζωντανό. Ποια είναι, όμως, αυτά τα δικαιώματα;

Τα δικαιώματα του εμβρύου στο Ποινικό Δίκαιο

Οι διατάξεις που ισχύουν σήμερα έχουν θεσπιστεί από το νόμο 1609/1986, ο οποίος έφερε μια καινούρια αντίληψη στο θέμα της τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης. Έτσι, και αν ακόμα υποτεθεί ότι ο νόμος έγινε πιο ανεκτικός στην άμβλωση, ο νομοθέτης βρήκε την ευκαιρία να δώσει μεγαλύτερη προσοχή στο έμβρυο, το οποίο αντιμετωπίζεται ως άνθρωπος. Όποιος προκαλέσει ζημιά στο πλασματάκι, το οποίο είναι ακόμα στην κοιλιά της μητέρας του, τιμωρείται ανάλογα με το βαθμό της ευθύνης του. Επιπλέον, η διακοπή της κύησης θεωρείται ποινικό αδίκημα, εκτός και αν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι που την επιβάλλουν και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί ανάλογα με την περίπτωση δώδεκα ή είκοσι τέσσερις εβδομάδες κύησης.

Η προστασία της σωματικής και διανοητικής ακεραιότητας του εμβρύου Η κύρια αναφορά γίνεται στο άρθρο 304Α του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ), το οποίο ορίζει ότι "όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο, με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διανοίας, τιμωρείται, σύμφωνα με το άρθρο 310 του ΠΚ". Με άλλα λόγια, αν ο δράστης έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή του εμβρύου ή προξένησε βαριά και μακροχρόνια ασθένεια ή σοβαρό ακρωτηριασμό, τιμωρείται με τουλάχιστον δύο ετών φυλάκιση. Αν ο υπαίτιος επιδίωξε τη βλάβη, την οποία προκάλεσε, η ποινή του μπορεί να είναι κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.

Η επικρατούσα αντίληψη για την προστασία του εμβρύου φαίνεται και από τη διάταξη του άρθρου 304 του ΠΚ για την τεχνητή διακοπή της

εγκυμοσύνης (άμβλωση κατά την παλαιότερη διατύπωση του νόμου), η οποία περιλαμβάνει τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Όποιος διακόπτει την εγκυμοσύνη χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, τιμωρείται με κάθειρξη πέντε έως είκοσι ετών. Πρόκειται, δηλαδή, για κακούργημα.
- Ο νόμος δεν ανέχεται την απώλεια του εμβρύου χωρίς δικαιολογία. Έτσι, όποιος διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της εγκύου ή προμηθεύει σε αυτή μέσα για τη διακοπή της, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών έως πέντε ετών. Αν αυτός, όμως, ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές (για παράδειγμα, ένας μαιευτήρας ή μία μαία, οι οποίοι "βοηθούν" στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες), τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών, που μπορεί να φτάσει και πάλι τα πέντε χρόνια. Αν, όμως, από την πράξη αυτή (δηλαδή την ηθελημένη από την έγκυο διακοπή της κύησης) προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.
- Η έγκυος, πάλι, η οποία διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους.
- Ωστόσο, ο νόμος κρίνει ότι δεν αποτελεί αδίκημα η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, η οποία ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

1. Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.
2. Έχουν διαπιστωθεί, με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού, και εφόσον η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.
3. Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.
4. Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

Αν η έγκυος είναι ανήλικη, για τη διακοπή της κύησης απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης. Στις διατάξεις που αναφέραμε γίνεται φανερό ότι:

- Το αντικείμενο της ποινικής προστασίας είναι απευθείας το έμβρυο και όχι η μητέρα.
- Ο νόμος δεν κάνει καμία απολύτως διάκριση αν το έμβρυο προέρχεται από νόμιμο γάμο ή από εξωσυζυγικές, ελεύθερες σχέσεις. Αν, όμως, το έμβρυο είναι νεκρό, από τα δικαστήρια έχει κριθεί ότι φυσικά δεν υπάρχει αδίκημα.
- Ο νομοθέτης δεν δέχεται την άποψη -η οποία προβάλλεται πολλές φορές- ότι η μητέρα έχει απόλυτο δικαίωμα στο σώμα της και λίγο

πολύ δικαίωμα ζωής και θανάτου στο έμβρυο. Γι' αυτό άλλωστε και η συναίνεσή της στη διακοπή της εγκυμοσύνης δεν εξασφαλίζει ατιμωρησία σε αυτόν που τη βοηθά στη διακοπή. Απλώς, οι ποινές που του επιβάλλονται είναι ελαφρότερες.

- Το έμβρυο διατηρεί τα δικαιώματά του και ιδιαίτερα αυτό της επιβίωσης. (www.health.in.gr)

Το Νομικό πλαίσιο στις Η.Π.Α

Κάθε χρόνο , εκατομμύρια γυναίκες στις Η.Π.Α κάνουν χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Ενώ δεν έχουν όλα τα παραπάνω περιστατικά επιπτώσεις στην υγεία , η κατάχρηση ουσιών από την μητέρα μπορεί να οδηγήσει σε λιποβαρή έμβρυα ή άλλες επιπλοκές και το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει σοβαρές γενετικές ανωμαλίες. Οι άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις αυτού του προβλήματος στις πολιτείες είναι σημαντικές.

Το θέμα των γυναικών που κάνουν χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει δημιουργήσει προβλήματα στις Η.Π.Α. Σε απάντηση προς τα Μ.Μ.Ε που ασχολούνται διακαώς με το θέμα αυτό , πολλές πολιτείες άρχισαν να εισάγουν σχετικές νομοθεσίες στα μέσα της δεκαετίας του '80. Νομοθετικά σχέδια “επιτέθηκαν” στο πρόβλημα από πολλά μέτωπα. Κάποια επηρέασαν τα επαγγέλματα υγείας και απαιτούσαν από τους γιατρούς να αναφέρουν περιστατικά κατάχρησης ουσιών από μητέρες στις τοπικές αρχές. Άλλες απαιτούσαν από τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας να έχουν πρόσβαση σε οικογένειες επηρεασμένες από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Ακόμα άλλες ρυθμίσεις όριζαν οι μικροπωλητές που πουλούν αλκοόλ και καπνό να αναρτούν προειδοποιήσεις για τις επιπτώσεις αυτών των ουσιών στις έγκυες γυναίκες. Κάποιες πολιτείες δημιούργησαν ειδικές επιτροπές για να παρακολουθούν και να μελετούν το πρόβλημα και να δίνουν αναφορά στον νομοθέτη με περαιτέρω προτάσεις.

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης δημιουργεί σθεναρές αντιδράσεις και δυνατά συναισθήματα σε πολλούς ανθρώπους. Ένα από τα πιο δυνατά μας ένστικτα είναι να προστατεύουμε τα παιδιά μας και αυτό είναι μια καθολικά αποδεκτή αλήθεια τόσο από έθνη και κράτη , όσο από ανθρώπους και οικογένειες. Σαν συνέπεια αυτού ,πολλές πολιτείες πήραν αρκετό χρόνο να σχεδιάσουν την στρατηγική αντιμετώπισης του καθώς νομοθέτες συζητούσαν έντονα για το πώς να προσεγγίσουν το θέμα.

Προσεγγίσεις των Πολιτειών

Οι πολιτείες έχουν χρησιμοποιήσει μια πληθώρα προσεγγίσεων για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν από την χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ στην εγκυμοσύνη. Αυτές περιλαμβάνουν ποινικές διώξεις για την βλάβη που προκαλούν ή την έκθεση σε κίνδυνο της ζωής του παιδιού , πολιτικές παρεμβάσεις από υπηρεσίες όπως Υπηρεσίες Προστασίας Παιδιών ,πρωτοβουλίες δημόσιων υπηρεσιών υγείας που παρέχουν θεραπεία ή υποστήριξη και ενημέρωση σχετικά με πρόληψη. Οι πολιτείες σε αυξανόμενους ρυθμούς συνδυάζουν στοιχεία ποινικών και θεραπευτικών επιλογών μέσω ιδρυμάτων όπως τα “drug courts” που προσφέρουν στους κατηγορούμενους την επιλογή να εξετίσουν ποινή ή να εισαχθούν για θεραπεία.

Ποινικές Προσεγγίσεις

Μέχρι την στιγμή που δημοσιεύτηκε αυτό το κείμενο κανένας νομοθέτης δεν έχει ποινικοποιήσει την εξάρτηση από ναρκωτικά κατά την

διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τέτοιου είδους νόμος θα ποινικοποιούσε την ταυτότητα και το status των γυναικών (δηλαδή την ταυτότητα της σαν γυναίκα που είναι έγκυος και σαν ένα άτομο που υποφέρει από τοξικομανία) αντί να τιμωρήσουν κάποια συγκεκριμένη εγκληματική πράξη. Αν και οι εισαγγελείς καμιά φορά εφαρμόζουν ποινικούς νόμους που αφορούν παιδική κακοποίηση, επίθεση, φόνο ή εμπόριο ναρκωτικών σε έγκυες, πολλοί είναι επιφυλακτικοί να “κυνηγήσουν” υποθέσεις στις οποίες πιστεύουν ότι οι ένορκοι θα δείξουν συμπάθεια στις εξαρτημένες μητέρες ή επειδή γνωρίζουν ότι είναι διαθέσιμοι άλλοι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος.

Σε μερικές πολιτείες εισαγγελείς έχουν προσπαθήσει να καταλογίσουν ευθύνες σε μητέρες που κάνουν κατάχρηση ουσιών υπό τους νόμους που απαγορεύουν την διακίνηση ναρκωτικών σε ανήλικο. Ωστόσο έχουν αντιμετωπίσει προβλήματα όταν εφαρμόζουν αυτούς τους νόμους καθώς δεν περιλαμβάνουν τον όρο “ έμβρυα ” ή να ορίσουν ότι η έννοια “ ανήλικος ” περιλαμβάνει και τα έμβρυα. Οι περισσότεροι δικαστές είναι απρόθυμοι να ερμηνεύσουν αυτούς τους νόμους ποιο γενικά ώστε να συμπεριλαμβάνει και τα έμβρυα καθώς πιστεύουν ότι είναι δουλειά των νομοθετών. Εισαγγελείς στη Φλώριδα και τη Νεβάδα, όπως και σε άλλες πολιτείες, έχουν αποφύγει αυτή τη δυσκολία αντιπαραθέτοντας ότι η λήψη ναρκωτικών γίνεται μέσω του ομφάλιου λώρου μετά τη γέννα του παιδιού, αλλά πριν ο λώρος κοπεί. Παρόλα αυτά, οι δικαστές είναι ενάντια στις νομικές βάσεις αυτών και κανένας εισαγγελέας δεν έχει ακόμα εφαρμόσει επιτυχώς αυτούς τους νόμους.

Πολιτικές Παρεμβάσεις

Όλες οι πολιτείες έχουν μηχανισμούς παρέμβασης όταν οι γονείς είναι ανίκανοι να φροντίζουν τα παιδιά τους. Δεκαέξι πολιτείες θεωρούν την λήψη αλκοόλ ή άλλων ουσιών κατά την εγκυμοσύνη σαν παιδική κακοποίηση ή αμέλεια, δίνοντας έναυσμα για τουλάχιστον μία έρευνα για την γονεϊκή ικανότητα. Σε αυτές τις πολιτείες η κατάχρηση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη πιστοποιείται μέσω τοξικολογικής εξέτασης για την παρουσία κοκαΐνης, οπιούχων, αλκοόλ ή υποκατάστατων στο σώμα του βρέφους μετά τη γέννα. Στις περιπτώσεις όπου η εξέταση υποδεικνύει χρήση ουσιών, το βρέφος μπορεί να τοποθετηθεί σε ανάδοχη οικογένεια και η μητέρα παραπέμπεται για θεραπεία. Αν υπάρχουν και άλλα παιδιά υπό την προστασία της μητέρας μπορούν επίσης να τοποθετηθούν σε ανάδοχη οικογένεια. Αν η μητέρα αποτύχει να ολοκληρώσει το πρόγραμμα θεραπείας, οι υπηρεσίες προστασίας του παιδιού μπορούν μόνιμα να απομακρύνουν τα παιδιά από το σπίτι.

Οι σύμβουλοι εξαρτήσεων προειδοποιούν ότι παρόλη την δημοφιλή αντίληψη των εξαρτημένων μητέρων ως αμέτοχοι γονείς που δεν έχουν καμία συναισθηματική σύνδεση με τα παιδιά τους, πολλές γυναίκες αναφέρουν ένα δισταγμό να αναζητήσουν θεραπεία και ενημέρωση επειδή φοβούνται ότι θα χάσουν τα παιδιά τους. Αν και ο πολιτικός στόχος σε πολιτείες που χρησιμοποιούν μεθόδους που προαναφέρθηκαν είναι να προστατέψουν τα παιδιά και όχι να τιμωρήσουν την μητέρα , πολλές γυναίκες φοβούνται ότι θα χάσουν την κηδεμονία ή τα γονικά δικαιώματα τους ποιο πολύ από τις ποινικές κυρώσεις. Ενώ οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι απαραίτητες για την προστασία των παιδιών, οι περισσότερες υπηρεσίες θεωρούν την

απομάκρυνση των παιδιών από τα σπίτια τους ως έσχατη λύση. Επίσης πολλά προγράμματα θεωρούν την επανένωση της οικογένειας ένα είδος επιτυχίας για το πρόγραμμά τους.

Drug Courts

Πολλές πολιτείες υιοθετούν την άποψη της εγκαθίδρυσης των λεγόμενων Drug Courts για υποθέσεις που αφορούν ναρκωτικά. Ένα τυπικό Drug Court προσφέρει στον πελάτη / υπεράσπιση την ευκαιρία να επικοινωνήσει με το δικαστήριο και να αναζητήσει θεραπεία αντί να λάβει ποινή φυλάκισης. Οι μετέχοντες παραπέμπονται σε αυτά τα δικαστήρια μέσω του τοπικού δικαστικού ιδρύματος, του Υπουργείου Υγείας, ή άλλης κυβερνητικής υπηρεσίας. Τα περισσότερα Drug Courts δέχονται μόνο κατηγορούμενους που έχουν διαπράξει μη βίαια, σχετικά με ναρκωτικά εγκλήματα όπως κλοπή ή κατοχή. Κάποια δικαστήρια δεν δέχονται έμπορους ναρκωτικών. Στους μετέχοντες προσφέρεται η ευκαιρία αναζήτησης μονάδων απεξάρτησης και στην περίπτωση εγκύων γυναικών, φαρμακευτική περίθαλψη για να αποφευχθεί η βλάβη στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της αποχής. Μετά την απεξάρτηση, οι μετέχοντες ξεκινούν μια διαδικασία ενός έως δύο χρόνων θεραπεία εξωτερικής διαμονής και παρακολούθησης, συνεργαζόμενοι με προγράμματα εκπαίδευσης και εύρεσης εργασίας. Κατά την διάρκεια όλης αυτής της διαδικασίας, οι μετέχοντες δίνουν το παρόν σε κοινωνικούς λειτουργούς σε τακτά διαστήματα αλλά και στο δικαστή του Drug Court. Οι μετέχοντες κάνουν τοξικολογικές εξετάσεις τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Κάποια δικαστήρια θα απορρίψουν ανθρώπους από το πρόγραμμα για οποιαδήποτε χρήση ναρκωτικών και τους επιβάλλεται ποινή φυλάκισης για το έγκλημα που είχαν αρχικά διαπράξει. Τα περισσότερα δικαστήρια θα φυλακίσουν αυτούς που ψεύδονται για τη χρήση τους ή άλλες πλευρές της πορείας τους.

Αυτή τη στιγμή, 195 Drug Courts σε 43 πολιτείες έχουν λειτουργήσει για τουλάχιστον δύο χρόνια. Το 50%-65% αυτών που επιλέγουν να συμμετάσχουν σε προγράμματα θεραπείας αντί να πάνε φυλακή, πληρούν τις προϋποθέσεις συμμετοχής και "αποφοιτούν". Αν και μακροχρόνιες μελέτες δεν είναι δυνατές ακόμα, πολλά Drug Courts παρακολουθούν την πορεία των αποφοίτων τους και τα πρώτα αποτελέσματα φαίνονται να είναι πολλά υποσχόμενα. (Steinberg&Gehshan,2002, www.ncsl.org/programs/health/forum/maternalabuse.htm)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η εργασία αυτή στηρίχτηκε στην μελέτη ενός μεγάλου μέρους της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας , που υπάρχει σήμερα στα θέματα ουσιοεξαρτήσεων. Υπάρχουν παραπομπές στο Διαδίκτυο καθώς πρόκειται για ένα θέμα στο οποίο παρουσιάζονται καθημερινά καινούργια δεδομένα. Δυστυχώς ειδικά για το θέμα των εξαρτημένων μητέρων δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία στην ελληνική βιβλιογραφία και έπρεπε να γίνουν εκτεταμένες μεταφράσεις από την ξενόγλωσση βιβλιογραφία και το Διαδίκτυο.

Επίσης έγιναν συζητήσεις με διάφορους ειδικούς που εργάζονται σε υπηρεσίες απεξάρτησης στην πόλη της Αθήνας καθώς και τηλεφωνικές συνομιλίες με ειδικούς στην Θεσσαλονίκη. Στα πλαίσια αυτά , έγιναν επισκέψεις στο Ειδικό Κέντρο Υποδοχής Εξαρτημένων Γυναικών της Μονάδας Απεξάρτησης “18 ΑΝΩ” και στην Δ’ Μονάδα Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Για τα νομικά ζητήματα ζητήθηκε η βοήθεια της δικηγόρου κα Γιώτα Παντελεάκη.

Για την συλλογή βιβλιογραφικού υλικού έγιναν αναζητήσεις στις παρακάτω βιβλιοθήκες:

- Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών
- Βιβλιοθήκη ΤΕΙ Πατρών
- Βιβλιοθήκη ΤΕΙ Αθηνών
- Βιβλιοθήκη ΚΕΘΕΑ
- Βιβλιοθήκη ΚΕΘΙ Αθήνας
- Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Αθηνών
- Βιβλιοθήκη Αιγινήτειου Νοσοκομείου
- Βιβλιοθήκη Αμερικάνικου Κολεγίου “DEREE”
- Βιβλιοθήκη Γυναικείων Θεμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε αυτήν την εργασία έγινε μια προσπάθεια να δοθεί η εικόνα της εξαρτημένης μητέρας. Ως μητέρα φαίνεται να καταπατά και να ακυρώνει προσδοκίες για τα χαρακτηριστικά του ρόλου της μητέρας. Η ταυτότητα της στιγματισμένης βιώνεται υποκειμενικά με δραματικό τρόπο. Το βίωμα της διαφορετικότητάς της ως μητέρας έχει ως κύριο περιεχόμενό του την πιο βαθιά ανθρωπινή οδύνη. Γιατί το στίγμα υποδηλώνει το χάσμα μέσα στην ταυτότητά της ανάμεσα στην τοξικομανία της , ως ακύρωση δυνατοτήτων. Στην καθημερινή της ζωή αυτό το χάσμα παίρνει τη μορφή ενός μεγάλου ελλείμματος (ευκαιριών , προσδοκιών , κοινωνικής αναγνώρισης και στηριγμάτων) που συνδυάζεται με ένα επίσης μεγάλο πλεόνασμα (ανέχειας , κακουχίας , ματαιώσεων , κατατρεγμού , ασθενειών και πόνου).Γιατί η άλλη όψη του στιγματισμού είναι ο αυτοστιγματισμός..

Η αύξηση εισαγωγών γυναικών στα θεραπευτικά προγράμματα και η διαφορά αναγκών των εξαρτημένων γυναικών και των μητέρων με τους άνδρες ,δίνει έναυσμα για συζήτηση. Για τις εξαρτημένες μητέρες δεν είναι πλέον μόνο πρόβλημα συμβίωσης με τους άνδρες αλλά και η ανάγκη για καθημερινή επαφή με τα παιδιά τους.

Τα παιδιά των τοξικομανών δεν υστερούν σε σχέση με άλλα παιδιά με την μοναδική αιτιολογία την παρουσία της χρήσης στο σπίτι τους. Το πρόβλημα εντοπίζεται σε πολλούς παράγοντες που δεν έχουν ακόμα διερευνηθεί.

Οι ελλείψεις όσον αφορά την βιβλιογραφία και την έρευνα στο θέμα των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους , δεν έδωσε περιθώρια για περαιτέρω ανάλυση του φαινομένου.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η Ελλάδα μόλις τα τελευταία χρόνια συνειδητοποίησε τις ιδιαίτερες ανάγκες των γυναικών χρηστών και πραγματοποιούνται τα πρώτα βήματα για την αντιμετώπισή τους. Οι ερευνητές λοιπόν πιστεύουν ότι κάθε κοινωνικό φαινόμενο όπως χρειάζεται χρόνο για να εξελιχθεί, έτσι χρειάζεται χρόνο και για να μελετηθεί. Ήδη έχουν γίνει στη χώρα μας οι πρώτες παρεμβάσεις αποκλειστικά στον πληθυσμό των γυναικών κι άρα μπορούμε να ασχοληθούμε πλέον με την αξιολόγησή τους. Επίσης το θέμα της ουσιοεξάρτησης βρίσκεται συχνά στο αντικείμενο ενδιαφέροντος πολλών φορέων από τη δεκαετία του 1980 και μετά. Ως κοινωνικό φαινόμενο όμως είναι πολυπαραγοντικό κι άρα υπάρχουν πολλές πτυχές προς διερεύνηση. Άλλωστε είναι κι ένα φαινόμενο διαρκώς εξελίξιμο, πράγμα που σημαίνει ότι θα συνεχίσει να κατέχει ένα σημαντικό πεδίο στο βλέμμα των κοινωνικών ερευνών.

2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Ως προς την πρόληψη

Να ενισχυθούν οι εκστρατείες πληροφόρησης στα σχολεία προκειμένου να φτάσουν και στην επαρχία, αλλά και σε όλες τις ηλικιακές ομάδες των εφήβων. Μέσα από την επαφή με τον πληθυσμό των μαθητών μπορούν να καταγραφούν οι ανάγκες τους για πληροφόρηση σε συγκεκριμένα θέματα, πράγμα που θα αποτελέσει ουσιαστική ανατροφοδότηση για την αποτελεσματική οργάνωση των προγραμμάτων πρόληψης. Να συγκεντρωθούν και να καταγραφούν οι τρόποι που οι διάφοροι δήμοι στα αστικά κέντρα αντιμετωπίζουν το ζήτημα της πρόληψης προκειμένου να αναπτυχθεί η μεταξύ τους συνεργασία, αλλά και να μεταφερθούν οι εφαρμογές τους και στην τοπική αυτοδιοίκηση της επαρχίας ή και άλλων αστικών περιοχών. Μια εθνογραφικού τύπου έρευνα θα διευκρίνιζε την πιθανότητα ύπαρξης μιας συγκαλυμμένης μορφής τοξικομανίας στις γυναίκες, που χρησιμοποιούν ψυχοδραστικά φάρμακα χωρίς ιατρική σύσταση. Θα συντελούσε στον εντοπισμό των παραγόντων, που συνδέονται με αυτή και θα προσέφερε σημαντικές πληροφορίες για την πρόληψη των ουσιοεξαρτήσεων.

Ως προς την θεραπεία

Όπως έχει διαπιστωθεί η θεραπεία στην Ελλάδα έχει επικεντρωθεί στον ανδρικό πληθυσμό, καθώς αυτός αποτελεί και το μεγαλύτερο μέρος του θεραπευόμενου πληθυσμού. Ο Χαράλαμπος Πουλόπουλος στη διδακτορική του διατριβή αναφέρει χαρακτηριστικά ότι ελάχιστες από τις έρευνες που έχουν δημοσιευτεί διεθνώς από το 1970 έως το 1984 αφορούν τον πληθυσμό των γυναικών (Πουλόπουλος, 1998). Παρόλα αυτά η πορεία των δύο φύλων στη χρήση δείχνει ότι διαφέρουν μεταξύ τους. Άρα υπάρχει ανάγκη για πολλαπλή θεραπευτική παρέμβαση, που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες και των δύο φύλων. Πιο συγκεκριμένα ενδείκνυται τόσο η επικέντρωση της προσοχής και στο γυναικείο πληθυσμό μέσα στα μεικτά θεραπευτικά προγράμματα, όσο και η εφαρμογή θεραπευτικών προσεγγίσεων αποκλειστικά για γυναίκες (π.χ. έγκυες, φυλακισμένες). Δεν έχουν πραγματοποιηθεί εμπειριστωμένες ποσοτικές και ποιοτικές έρευνες που να έχουν ως αντικείμενό τους αποκλειστικά τον πληθυσμό των γυναικών χρηστών. Έτσι δεν έχουν ακόμα διευκρινιστεί οι ουσιαστικές ιδιαίτερες ανάγκες του γυναικείου φύλου ως προς τη θεραπευτική του αντιμετώπιση. Χρειάζεται να δοθεί έμφαση στο ρόλο της γυναίκας και στην ξεχωριστή της ταυτότητα. Οι περισσότερες θεραπευτικές κοινότητες πραγματοποιούν τα τελευταία χρόνια μια αξιολόγηση του προγράμματός τους τόσο από πρόσωπα που εργάζονται στα πλαίσιά τους όσο κι από εξωτερικούς εκτιμητές-κοινωνικούς επιστήμονες. Όμως ουσιαστικά λείπει από την ελληνική βιβλιογραφία μια συνολική εκτίμηση του έργου των θεραπευτικών κοινοτήτων, η οποία να περιλαμβάνει τις κοινότητες όλων των ελληνικών φορέων. Η θεραπεία στην Ελλάδα άλλωστε παρουσιάζει δύο σημαντικά κενά σε σύγκριση με την Ευρώπη. Το ένα εντοπίζεται στην ανυπαρξία προγραμμάτων, που να απευθύνονται στα παιδιά των χρηστών με σκοπό τη

στήριξή τους. Το άλλο είναι η ανυπαρξία προγραμμάτων κατά των ναρκωτικών στο χώρο εργασίας, αλλά και σε συγκεκριμένες περιοχές ή πληθυσμούς, όπως εκείνος των μεταναστών και προσφύγων (δεδομένων των πολιτιστικών τους διαφορών).

Ως προς την κοινωνική επανένταξη

Δεν υπάρχει διαμορφωμένη εθνική πολιτική για τη στήριξη των απεξαρτημένων ατόμων και την κοινωνική τους επανένταξη. Οι προσπάθειες στήριξής τους μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους εντοπίζονται στους ίδιους τους θεραπευτικούς φορείς κρατικούς και μη. Ωστόσο ακόμη και οι ίδιοι οι φορείς δε συνεργάζονται μεταξύ τους με αποτέλεσμα οι δυνατότητές τους να είναι περιορισμένες τόσο πρακτικά όσο και χρονικά, καθώς δεν είναι εφικτό να προστατεύουν ένα άτομο, που έχει ολοκληρώσει το θεραπευτικό του πρόγραμμα, για μεγάλο χρονικό διάστημα. Έτσι λείπει στη χώρα μας ένας φορέας, ο οποίος θα απασχολείται αποκλειστικά με την υποστήριξη των ατόμων, που έχουν επιτυχώς ολοκληρώσει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα και επιθυμούν να οργανώσουν εκ νέου τη ζωή τους προκειμένου να διαβιώνουν συμμετοχικά προς το κοινωνικό σύνολο. Εξάλλου όσα προβλήματα έχουν θεωρητικά εντοπιστεί να αφορούν τη διαδικασία του κοινωνικού αποκλεισμού αυτών των ατόμων δεν έχουν διερευνηθεί ακόμα εμπειρικά.

Γενικότερα

Η ανάγκη για εκπαίδευση των επαγγελματιών που προσφέρουν υπηρεσίες στην εξαρτημένη μητέρα ή στο παιδί της, η δημιουργία ειδικών θεραπευτικών κέντρων στα οποία η εξαρτημένη μητέρα θα μπορεί να εντάσσεται στη θεραπευτική διαδικασία, χωρίς να είναι υποχρεωμένη να αποχωριστεί το παιδί της, η οργάνωση της φροντίδας των μητέρων και των παιδιών στις φυλακές, η δημιουργία ξενώνων που να φιλοξενούν τη μητέρα μαζί με το παιδί και η αύξηση των επιδομάτων για το παιδί και η συνεργασία όλων αυτών των φορέων, είναι μερικές από τις προτάσεις που όχι μόνο η ομάδα μελέτης καταθέτει αλλά και οι ειδικοί. Όπως αναφέρει και η κ. Μάτσα (ψυχίατρος, επιστημονικά υπεύθυνη της Μονάδας "18 ΑΝΩ"): « Η ενίσχυση της μητρικής σχέσης παράλληλα με την θεραπευτική διαδικασία και η αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση της μητέρας δημιουργεί θετικούς όρους ανάπτυξης του παιδιού της, αποτρέποντας τους κινδύνους εγκατάστασης τοξικομανίας και σε αυτό». Επίσης πρέπει να τονιστεί η επιτακτική ανάγκη διεξαγωγής ερευνών για να εντοπιστεί το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος στην Ελλάδα (για τις εξαρτημένες μητέρες αλλά και για τις επιπτώσεις της χρήσης στα παιδιά) και την ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα ουσιοεξάρτησης όχι μόνο την Ημέρα Κατά των Ναρκωτικών.

Με αυτόν τον τρόπο η παρέμβαση σε αυτό τον τόσο ευάλωτο πληθυσμό των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους έχει καθοριστική σημασία για την πρόληψη και τον περιορισμό του φαινομένου της τοξικομανίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γεωργάκας Π. (2003) «Εξαρτημένοι Γονείς και Παιδιά» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.82, Αθήνα :

Κοκκέβη Α. (1988) «Η πρόληψη της τοξικομανίας:μύθος ή πραγματικότητα», *Ψυχολογικά Θέματα*,τ.1,αρ.4,ΑΘΗΝΑ

Λιάππας Ι. (1995) «Ναρκωτικά,εθιστικές ουσίες , κλινικά προβλήματα,αντιμετώπιση», ,ΑΘΗΝΑ : ΠΑΤΑΚΗ

Μάνου Ν.(1997) «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Θεσσαλονίκη: University studio Press

Μάτσα Κ. (2001) «Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές...Το αίνιγμα της τοξικομανίας», ,ΑΘΗΝΑ: ΑΓΡΑ

Νικολαου Κ. (2001) «Γυναίκες χρήστριες τοξικών ουσιών:μια ομάδα με διαφορετικές ανάγκες που δεν καλύπτονται από το υπάρχον σύστημα» στο Τετράδια ψυχιατρικής,τ.76,Αθήνα

Πραπας Χ./Σφηνακη Μ.

Ματσα Κ. (2001) «Αίτημα θεραπείας και Συμβουλευτικός Σταθμός:Εξαρτημένη Γυναίκα»,στο *Τετράδια ψυχιατρικής*,τ.76,Αθήνα

Σφηκάκη Μ,(2001)«Σεξουαλική κακοποίηση:Η σχέση της με την τοξικομανία» στο *Τετράδια ψυχιατρικής*,τ.76,Αθήνα

Τεγόπουλος – Φυτράκη , «Μικρό ελληνικό λεξικό» , ΑΘΗΝΑ:ΑΡΜΟΝΙΑ Α.Ε

Δρ.Τσιγκάνου Ι.,Τζωρτζοπούλου Μ.,Δρ Ζαραφωνίτου Χ.,(2001) Μελέτη βιβλιογραφικής επισκόπησης «Φύλο και κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες» , *Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας*, ΑΘΗΝΑ

Πουλόπουλος Χ. ,(1998) “Dropout From Therapeutic Communities for Substance abusers in Greece” , University of Bradford

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Colby M.S./Murell W. , (1998), "Child Welfare and Substance Abuse Services: From Barriers to Collaboration" in *Substance Abuse , Family Violence and Child Welfare : Bridging Perspectives*" Vol.10 ,Thousand Oaks : Sage

Feig L. , (1998) , "Understanding the Problem: The gap Between Substance Abuse Programs and Child Welfare Services" in *Substance Abuse , Family Violence and Child Welfare : Bridging Perspectives*" Vol.10 ,Thousand Oaks : Sage

Hampton R. L./Senatore V./Gullotta P.T. ,eds,(1998), "Substance Abuse , Family Violence and Child Welfare : Bridging Perspectives" Series : *Issues in Children's and Families' Lives* ,Vol.10 ,Thousand Oaks : Sage

Klee H./Jackson M/ Lewis S./Wright ,(2002), "Drug Misuse and Motherhood", London and New York: ROUTLEDGE

MacMahon J.T/Luthar S.S, (1998), "Bridging the Gap for Children as their Parents Enter Substance Abuse Treatment" in *Substance Abuse , Family Violence and Child Welfare : Bridging Perspectives*" Vol.10 ,Thousand Oaks : Sage

Martinale D./Martinale E. ,(1971), "The Social Dimensions of Mental illness , Alcoholism , and Drug Dependence" , U.S.A : GREENWOOD PRESS ,Inc

O'Hagan M./Smith M. ,(1993), "Special Issues in Child Care", LONDON :Bailliere Tindall

Paley&M.S Raskin(eds)"Treating the chemically dependent and their families",Newbury Park,CA:SAGE

Seilhamar,R.A,(1991), "Effects of addiction on the family",In D.S,

Finkelhor D. ,(1997) ," Child sexual abuse",In O.W Barnett,C.L. Miller-Perrin and R.D Perrin(eds) *Family violence across the life span*,Thousand Oaks,C.A:Sage

Ραππινερ Γ. ,(1970),« Η ψυχολογία της γυναίκας» , μτφ. Γεώργιος Βαμβαλής
Αθήνα:ΜΠΟΥΚΟΥΜΑΝΗ

ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

Stemberg D.Gehshans S.“State Responses to Maternal Drug and Alcohol Use: An update”, 2000. Διαθέσιμο στο www.ncsl.org/programs/health/forum/maternalabuse.htm

Ευσταθίου Μ/Ακριβου Ε./Βιδαλη Σ.«Οι εξαρτημένες και κακοποιημένες γυναίκες στην Ελλάδα» διαθέσιμο στο: http://www.cek.gr/nea_prooptiki/321/ellada.htm

Randall R. V “*Maternal Drug Abuse on Society*” , *Pregnancy , Maternal & Fetal Rights , and the Effects of Maternal Drug Abuse on Society* . Annotated Bibliography Διαθέσιμο στο : <http://academic.udayton.edu/health/01status/98duke.htm>

Μιχάλης Γ.«Τι είναι εθισμός;», www.web4health.info/el/answers/add-gen.htm

Σιφνιος Σ.«Η σχέση του παιδιού που ζει στα παιδικά χωριά SOS με την εξαρτημένη μητέρα του». Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://clubs.pathfinder.g\New_life_stop_Drugs\325345

Επίσης : www.okana.gr
www.kethea.gr
www.care.gr
www.health.in.gr

Μηχανές Αναζήτησης: www.google.com
www.pathfinder.gr
www.in.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΓΝΩΡΙΜΙΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ – ΑΝΑΓΚΕΣ - ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

Από την Χρυσούλα Χαραμή, ψυχολόγο στο “18 Άνω”
Το παρόν άρθρο αποτελεί περίληψη εργασίας η οποία βρίσκεται στη Μονάδα “18 Άνω”. Το άρθρο είναι διαθέσιμο στα τετράδια ψυχιατρικής, τόμος 88, Σελ.69, Αθήνα 2004.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με πολλές μελέτες , οι εξαρτημένες μητέρες αντιμετωπίζουν συνήθως σοβαρά προβλήματα υγείας και ψυχικής υγείας καθώς και προβλήματα κοινωνικοοικονομικής προέλευσης. Η παιδική τους ηλικία ήταν συχνά πολύ δύσκολη. Η προσωπική τους ζωή είναι επίσης ένας τομέας στον οποίο φαίνεται να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα ενώ το οικογενειακό περιβάλλον συχνά εντείνει την ήδη επιφορτισμένη ψυχολογική τους κατάσταση. Το γεγονός επίσης ότι οι γονείς κάνουν χρήση ουσιών δημιουργεί συχνά σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στα παιδιά.

Η εξαρτημένη μητέρα δεν έχει συνήθως την δυνατότητα να είναι αυτόνομη. Δεν είναι συχνά σε θέση να καλύπτει τις δικές της ανάγκες και του παιδιού της. Αυτό καθιστά μητέρα και παιδί εν δυνάμει εκτεθειμένους σε κινδύνους που απειλούν την σωματική τους υγεία αλλά και την ψυχική. Η αδιαφορία , η λεκτική επιθετικότητα και η κριτική αποτελούν μορφές ψυχολογικής βίας. Είναι αντιληπτό ότι η εξαρτημένη μητέρα και το παιδί της αποτελούν έναν ευάλωτο πληθυσμό

Ένας από τους κύριους λόγους που οι εξαρτημένες μητέρες αρνούνται να ενταχθούν σε θεραπευτικό πρόγραμμα είναι ο φόβος ότι θα χάσουν την επιμέλεια του παιδιού τους. Επίσης αποθαρρύνονται από το γεγονός πως ο στιγματισμός είναι αισθητός μέσα στους χώρους των κοινωνικών υπηρεσιών. Η έλλειψη ευαισθητοποίησης από τους επαγγελματίες υγείας απέναντι στο πρόβλημά τους καθώς και το γεγονός ότι πολλά θεραπευτικά προγράμματα έχουν κριθεί από τις ίδιες ανεπαρκή να καλύψουν τις ανάγκες τους , συνιστούν δύο από τους παράγοντες που τις κρατούν μακριά από τις κοινωνικές υπηρεσίες με αποτέλεσμα να παραμελούν την υγεία τους και την υγεία των παιδιών τους

Ο πληθυσμός των εξαρτημένων γυναικών έχει περισσότερες ,διαφορετικές και περισσότερες σύνθετες δυσκολίες από ότι οι εξαρτημένοι άντρες. Το γεγονός αυτό και το γεγονός της σπανιότητας ολοκληρωμένων θεραπευτικών προγραμμάτων για μητέρες και τα παιδιά τους στην Ελλάδα , αλλά και διεθνώς οδήγησαν στο σχεδιασμό αυτής της έρευνας. Η έρευνα αυτή έχει στόχο να συλλάβει και να κατανοήσει τις ανάγκες και τα συναισθήματα 10 εξαρτημένων Ελληνίδων. Υπάρχει ένα πλαίσιο στήριξής τους και ποιο είναι αυτό:Τι είναι αυτό που πραγματικά χρειάζονται; Κάτω από ποιες συνθήκες ένα θεραπευτικό πρόγραμμα θα μπορούσε να καλύψει αποτελεσματικά τις ανάγκες της εξαρτημένης μητέρας και του παιδιού της;

Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος της έρευνας αυτής είναι να δισειθανθεί και να κατανοήσει τα συναισθήματα που βιώνει μια μητέρα στην πορεία της από τα διάφορα στάδια που περνά κατά τη διάρκεια της ζωής της , τις δυσκολίες, τις ανάγκες τις. Να συλλάβει και να μεταφέρει τις επιπλέον δυσκολίες που αντιμετωπίζει μια μητέρα που είναι εξαρτημένη από τις ουσίες(προβλήματα υγείας , οικονομικά προβλήματα, δυσκολία στη βίωση του ρόλου της μητρότητας και στη εγκαθίδρυση μιας σχέσης μητέρας – παιδιού. Αποτελεί μέρος μιας προσπάθειας που επιδιώκει να καλύψει άμεσα τις ανάγκες της εξαρτημένης μητέρας και του παιδιού της μέσα από τη συνεργασία των σχετικών φορέων για την εξάρτηση και των φορέων φροντίδας και προστασίας για το παιδί. Απώτερος στόχος είναι η δημιουργία ενός δικτύου στήριξης των μητέρων και των παιδιών τους που θα καλύπτει τις ανάγκες τους. Μέσα σε αυτό το δίκτυο θα εξασφαλίζονται οι όροι παραμονής του παιδιού κοντά στη μητέρα και η μητρική σχέση θα ενισχύεται.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μέθοδος

Η προσέγγιση με την οποία πραγματοποιήθηκα η συλλογή και ανάλυση του υλικού είναι η ποιοτική προσέγγιση. Η μέθοδος στην οποία στηρίχτηκε η προσπάθεια να προσεγγιστούν τα ερωτήματα της έρευνας είναι η βιογραφική μέθοδος. Πρόκειται για ιστορίες γύρω από τον εαυτό , “self stories”.

Το υλικό συγκεντρώθηκε μετά από συνέντευξη. Οι ερωτήσεις ήταν ανοιχτές και η συνέντευξη ημιδομημένη. Η συνέντευξη πήρε σκόπιμα περισσότερο τη μορφή της συζήτησης προκειμένου να αισθάνονται άνετα οι μητέρες. Οι πολλαπλές αναγνώσεις των διηγήσεων οδήγησαν σε ένα πρώτο σύστημα συσχετίσεων. Νέες συσχετίσεις δοκιμάστηκαν με βάση ήδη επεξεργασμένες διηγήσεις. Η διαδικασία αυτή επαναλήφθηκε έως ότου όλες οι διηγήσεις να εξεταστούν και όλες οι συσχετίσεις να δοκιμαστούν με βάση ολόκληρο το υλικό. Η διαδικασία αυτή οδήγησε στην εξαγωγή έξι κατηγοριών με βάση τις οποίες οργανώθηκε το υλικό.

Κάθε μητέρα αφηγείται με βάση τις ερωτήσεις που της απευθύνονται , την προσωπική της ιστορία. Ο εαυτός είναι το κέντρο της κάθε ιστορίας. Το σημείο αφετηρίας της ομάδας αυτής των γυναικών είναι η χρήση ουσιών. Από εκείνο το σημείο όμως και μετά κάθε μητέρα αφηγείται την προσωπική της ιστορία. Πολλές είναι οι κοινές δυσκολίες , ανάγκες και συναισθήματα. Ο τρόπος όμως που βιώνεται η πραγματικότητα από κάθε μητέρα είναι μοναδικός.

Οι ερωτήσεις

Οι ερωτήσεις αφορούσαν τα συναισθήματα και τις ανάγκες των μητέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης , της γέννας , τα συναισθήματα και τη στάση τους προς τα παιδιά καθώς και των παιδιών προς τις ίδιες (όπως οι ίδιες τα αντιλαμβάνονται). Επίσης την στήριξη από το οικογενειακό τους

περιβάλλον , θέματα επιμέλειας και κηδεμονίας των παιδιών καθώς και την οικονομική τους κατάσταση και την πηγή των οικονομικών.

Η επιλογή των ερωτήσεων βασίστηκε στην διεθνή βιβλιογραφία για τις ανάγκες και τα προβλήματα των εξαρτημένων μητέρων.

Οι συμμετέχουσες

Στην έρευνα αυτή πήραν μέρος 10 μητέρες. Έξι μητέρες είναι σε πρόγραμμα ψυχοθεραπείας. Δύο μητέρες είναι σε πρόγραμμα μεθαδόνης. Μία μητέρα ήταν φιλοξενούμενη με τα παιδιά της στο Κέντρο βρεφών μαιευτηρίου. Μια άλλη μητέρα ήταν για ένα μικρό διάστημα φιλοξενούμενη σε μαιευτήριο και έπειτα μπήκε σε πρόγραμμα μεθαδόνης για ένα μικρό διάστημα. Η ηλικία των μητέρων κυμαίνεται από 25 έως 37 ετών. Μία μητέρα δεν μπήκε ποτέ σε πρόγραμμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μερικά στοιχεία για το προφίλ των μητέρων

I. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΖΩΗ

Παντρεμένες /χωρισμένες /σε διάσταση /ανύπαντρες

Επτά μητέρες αναγκάζονται να μεγαλώνουν τα παιδιά τους χωρίς την στήριξη του πατέρα. Δύο από τις μητέρες είναι ανύπαντρες. Πέντε μητέρες είναι χωρισμένες ή σε διάσταση. Σε μία περίπτωση ο σύζυγος έχει πεθάνει. Μία μητέρα είναι παντρεμένη. Μία μητέρα είναι χωρισμένη αλλά σκοπεύει να παντρευτεί με τον τελευταίο της σύντροφο , ο οποίος είναι και ο πατέρας του παιδιού της.. Βρίσκεται όμως τώρα σε πρόγραμμα απεξάρτησης.

Ο πρώην σύζυγος έξι μητέρων ήταν εξαρτημένος (από ναρκωτικά στις 4 περιπτώσεις, από αλκοόλ στις δύο). Ο τωρινός σύντροφος των δύο από τις έξι αυτές μητέρες είναι επίσης εξαρτημένος. Ο σύζυγος μιας άλλης μητέρας είναι επίσης εξαρτημένος. Για μια μητέρα δεν έχουμε επαρκή στοιχεία. Δύο μητέρες φαίνεται να είχαν στη μία περίπτωση σύζυγο και στην άλλη σύντροφο αλλά πατέρα του παιδιού μη εξαρτημένο.

Κακοποίηση από σύντροφο ή σύζυγο

Πέντε γυναίκες έχουν κακοποιηθεί από τον πρώην σύζυγο τους.

II. ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μεγαλωμένες μακριά από την οικογένειά τους

Τέσσερις μητέρες έχουν μεγαλώσει μακριά από τους γονείς τους. Οι τρεις από αυτές έχουν μεγαλώσει με την γιαγιά και τον παππού και μία έχει μεγαλώσει σε ίδρυμα. Οι γονείς των τριών από αυτές είναι χωρισμένοι.

Ο πατέρας είναι απών στις τέσσερις αυτές περιπτώσεις. Στις δύο από αυτές τις περιπτώσεις ο πατέρας είναι άγνωστος στην μητέρα του δείγματος μας, ενώ στη μία από αυτές τις δύο η γυναίκα του δείγματος μας είναι ανεπιθύμητη και από τον πατριό. Στην Τρίτη περίπτωση όταν ο πατέρας είναι παρών , συχνά κακοποιεί την κόρη.

Η μητέρα είναι απύσχα σε πέντε περιπτώσεις (οι τέσσερις από αυτές είναι οι περιπτώσεις όπου και ο πατέρας είναι απών).

Κακοποίηση από το οικογενειακό περιβάλλον

Τέσσερις από τις δέκα μητέρες έχουν υποστεί κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία. Οι δύο από αυτές έχουν δεχθεί σωματική βία από τον πατέρα τους. Η Τρίτη υπέστη σωματική βία στο ίδρυμα μέσα στο οποίο μεγάλωσε. Η τέταρτη έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση από συγγενικό πρόσωπο.

Ιστορικό χρήσης

Ο πατέρας μίας από τις μητέρες παίζει σε ιπποδρομίες. Ο παππούς της ήταν χρήστης ουσιών. Ο θείος της πέθανε από ηρωίνη.

III. ΥΓΕΙΑ

Από τα στοιχεία που μπορέσαμε να συγκεντρώσουμε προκύπτει πως πέντε τουλάχιστον μητέρες έχουν προβλήματα υγείας. Τέσσερις από αυτές πάσχουν από ηπατίτιδα. Από τις γυναίκες που πάσχουν από ηπατίτιδα οι δύο πάσχουν και από τη Β και από τη C, ενώ μία έχει πρόβλημα και στα νεφρά.

1. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΓΕΝΝΑ

Ανάμεικτα συναισθήματα (χαρά , αυτοεπιβεβαίωση, φόβος, αγωνία, σύγχυση)

Όλες οι μητέρες εκτός από μία αναφέρουν το συναίσθημα της χαράς σαν ένα από τα κυρίαρχα συναισθήματα που αισθάνθηκαν την στιγμή που πληροφορήθηκαν την εγκυμοσύνη τους , καθώς και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης όπως και την ώρα της γέννας. Το γεγονός ότι θα φέρουν ένα παιδί στον κόσμο προκάλεσε ανάμεικτα συναισθήματα , δηλ. εκτός από χαρά προκάλεσε άγχος , αγωνία, φόβο, σύγχυση.

Αδιαφορία

Μία μητέρα η Κ.Ν φάνηκε σαν να μην βίωσε αυτόν τον ρόλο, ή πραγματικά σαν να μην την άγγιξε το γεγονός. Εκφράζει μία συνειδητή επιλογή να μην εμπλέκεται με κανέναν τρόπο στη ζωή της κόρης της , ούτε συναισθηματικά .ως μητέρα τουλάχιστον , ούτε πρακτικά. Γέννησε σε ηλικία 14 ετών. Παντρεύτηκε στα 12,5 για να ξεφύγει από το καταπιεστικό περιβάλλον της οικογένειάς της όπως διηγείται.

Κ: "Τελείως ,(έφυγε από πάνω μου η ευθύνη)...Με το παιδί...όχι δεν έμεινα. Το άφησα στους δικούς μου. Το έδωσα για υιοθεσία στους δικούς μου".

Η περίοδος της εγκυμοσύνης είναι μία περίοδος κρίσης στη ζωή μιας γυναίκας. Ο ρόλος της μητρότητας είναι δύσκολος. Συχνά είναι ένα πολύ βαρύ φορτίο για μια εξαρτημένη μητέρα. Είναι αναμενόμενο να βιώνουν τα συναισθήματα του φόβου, της αγωνίας ,της σύγχυσης σε ένα πολύ εντονότερο βαθμό. Ανησυχούν για το εάν είναι υγιείς , σε καλή φυσική και ψυχολογική κατάσταση , για το εάν θα μπορέσουν να φέρουν ένα υγιές παιδί στον κόσμο. Για το εάν θα μπορέσουν να διακόψουν τη χρήση και κάτω από ποιες συνθήκες. Η αγωνία τους είναι μεγάλη επίσης για το εάν θα μπορέσουν να ανταποκριθούν στον ρόλο της μητέρας.

2.ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ – ΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Όλες οι μητέρες φαίνεται να νιώθουν υπερηφάνεια και να εκδηλώνουν ενδιαφέρον για τα παιδιά τους. Βίωση του ρόλου της μητέρας –Εμπλοκή σε συναισθηματική σχέση με τα παιδιά.

Στην πράξη όμως δύο μόνο μητέρες φαίνεται να έχουν συνειδητοποιήσει τις ευθύνες τους και να είναι πραγματικά έτοιμες και ικανές να εμπλακούν σε μία συναισθηματική σχέση με τα παιδιά τους.

Μη βίωση του ρόλου της μητέρας

Έξι μητέρες αν και αποδίδουν πολύ θετικούς χαρακτηρισμούς στα παιδιά τους, στην ουσία δεν φαίνεται να έχουν πολλά για αυτά ή να ξέρουν αρκετά για τα παιδιά τους. Η συζήτηση παραμένει στους χαρακτηρισμούς. Διαφαίνεται μία αποστασιοποίηση. Η στάση τους μοιάζει με την στάση ενός συγγενικού ή φιλικού προς την οικογένεια προσώπου.

Μεταβατική φάση

Δύο μητέρες φαίνεται να μην ανήκουν καθαρά σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες. Δεν ανέλαβαν έως τώρα τις ευθύνες του ρόλου της μητέρας. Ωστόσο μπαίνοντας σε ένα πρόγραμμα φαίνονται περισσότερο συνειδητοποιημένες όσον αφορά τις ελλείψεις τους, τις αδυναμίες και τα λάθη τους. Δείχνουν επίσης μία μεγαλύτερη συνέπεια προς τα παιδιά τη στιγμή της συνέντευξης και αναφέρονται περισσότερο στη σχέση με τα παιδιά τους. Φαίνεται να έχουν συνειδητοποιήσει την αναγκαιότητα της δόμησης μιας ουσιαστικής σχέσης με τα παιδιά τους.

3.ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ – ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ

Τρυφερότητα –ανάγκη για την μητέρα

Έξι μητέρες περιγράφουν τη συμπεριφορά των παιδιών απέναντι τους τρυφερή, ζεστή. Αναφέρουν ότι τις αποζητούν και τις αποδέχονται. Σε δύο μόνο όμως περιπτώσεις η σχέση αυτή φαίνεται να είναι πραγματική, υγιής και ουσιαστική.

Επιθετικότητα

Σε δύο περιπτώσεις τα παιδιά είναι επιθετικά προς τις ίδιες.

Συγκεκριμένη – ασαφής εικόνα. Υπόνοια για πρόβλημα υγείας και ψυχολογικό πρόβλημα.

Στην περίπτωση των δύο μητέρων, η εικόνα που έχουμε δεν είναι πολύ σαφής. Ωστόσο στη μία περίπτωση ενδέχεται το παιδί να έχει γεννηθεί με σύνδρομο στέρησης και στη δεύτερη να πάσχει από βουλιμία.

4. ΠΗΓΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Οικογενειακό περιβάλλον

Για τις περισσότερες μητέρες η κυριότερη πηγή των οικονομικών είναι το οικογενειακό τους περιβάλλον. Σε μία περίπτωση από τις εννέα η στήριξη προέρχεται από θεία και όχι από το στενό οικογενειακό περιβάλλον.

Εργασία

Πέντε μητέρες έχουν εργαστεί. Δύο από αυτές περισσότερο συστηματικά και για μεγαλύτερο διάστημα. Για τη μία από αυτές η εργασία ήταν η μόνη πηγή των οικονομικών.

Πρόνοια

Τέσσερις μητέρες έχουν απευθυνθεί στην πρόνοια και παίρνουν τα δικαιώματα που δικαιούνται.

Πορνεία

Τρεις από τις μητέρες του δείγματος έχουν καταφύγει στη πορνεία λιγότερο ή περισσότερο συστηματικά.

5. ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ – ΚΗΔΕΜΟΝΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Κηδεμονία – επιμέλεια στη μητέρα

Επτά μητέρες (η μία από αυτές για το πρώτο παιδί) έχουν την κηδεμονία και την επιμέλεια των παιδιών τους οι ίδιες. Η μία από αυτές έχει την επιμέλεια του μεγάλου γιου που ανησυχεί όμως μήπως τη χάσει εάν ζητήσει διαζύγιο. Το παιδί μεγαλώνει με την οικογένεια του συζύγου.

Υιοθεσία

Τρεις μητέρες έχουν δώσει τα παιδιά τους για υιοθεσία. Δύο από αυτές έχουν υπογράψει ή πρόκειται να υπογράψουν για να υιοθετηθούν τα παιδιά από τους γονείς ή από κοντινό συγγενικό πρόσωπο αντίστοιχα.

Κηδεμονία στην οικογένεια της μητέρας

Μία μητέρα έδωσε την κηδεμονία της κόρης της στη μητέρα της από την ηλικία του ενός έτους από φόβο μήπως το παιδί καταλήξει σε ίδρυμα. Επιθυμεί να πάρει την κηδεμονία πίσω τώρα που το παιδί είναι 9 ετών. Ωστόσο η οικογένειά της δεν την στηρίζει σε αυτήν την επιθυμία και ανάγκη της.

6. ΣΤΗΡΙΞΗ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Οικογένεια της μητέρας

Εννέα μητέρες έχουν την στήριξη της οικογένειάς τους στο θέμα του παιδιού. Ωστόσο μιας μητέρας ο δεύτερος γιος είναι σε συγγενικό πρόσωπο το οποίο θέλει να τον υιοθετήσει. Επίσης η οικογένεια μιας μητέρας που έχει ήδη την κηδεμονία του παιδιού, αντιδρά στην διεκδίκηση της κηδεμονίας από την κόρη.

Οικογένεια του συζύγου

Δύο μητέρες έχουν την βοήθεια της οικογένειας του συζύγου στο θέμα του παιδιού. Η μία από αυτές έχει αφήσει τον μεγάλο της γιο στην οικογένεια του συζύγου. Ανησυχεί μήπως χάσει την επιμέλεια αν αποφασίσει να ζητήσει διαζύγιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις ταξινομούνται σε έξι κατηγορίες.

1. Συναισθήματα σχετικά με τη γέννα

Όλες οι μητέρες, εκτός από μία βιώνουν το γεγονός της γέννας όπως μία μη εξαρτημένη μητέρα, (με χαρά, αγωνία, σύγχυση) επιφορτισμένες όμως με περισσότερο άγχος και σύγχυση. Ο ρόλος της μητρότητας είναι ένα πολύ βαρύ φορτίο για μία εξαρτημένη μητέρα. Είναι αναμενόμενο να βιώνει τα συναισθήματα του φόβου, της αγωνίας, της σύγχυσης σε έναν πολύ εντονότερο βαθμό. Ο φόβος μήπως τους πάρουν το παιδί είναι υπαρκτός. Ο φόβος πιθανόν να συνοδεύεται και από ενοχή. Ανησυχούν για το εάν είναι υγιείς, σε καλή φυσική κατάσταση για το εάν το παιδί θα γεννηθεί υγιές. Για το

εάν θα μπορέσουν να διακόψουν τη χρήση και κάτω από ποιες συνθήκες. Η αγωνία τους είναι επίσης μεγάλη για το εάν θα μπορέσουν να ανταποκριθούν στο ρόλο της μητέρας.

Μία μητέρα φάνηκε να μην βίωσε το γεγονός της εγκυμοσύνης ή σαν να μην την άγγιξε. Η απάθεια αυτή μπορεί να οφείλεται στη χρήση. Ενδεχομένως όμως να αποτελεί μία εκδήλωση κατάθλιψης που προκλήθηκε ή ενισχύθηκε από το γεγονός της γέννας.

2. Συναισθήματα – στάση προς τα παιδιά

Ενώ όλες οι μητέρες εκδηλώνουν ενδιαφέρον και περηφάνια για τα παιδιά τους, στην πράξη φαίνεται να είναι μόνο δύο εκείνες που πραγματικά να βίωσαν τον ρόλο της μητρότητας, που συνειδητοποιούν και αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους και εμπλέκονται σε μία συναισθηματική σχέση με τα παιδιά τους. Έξι μητέρες αποδίδουν πολύ θετικούς χαρακτηρισμούς στα παιδιά τους αλλά από τη γενικότερη στάση τους (χειρισμός ζητημάτων κηδεμονίας – επιμέλειας, ανάληψη ευθυνών, γνώση της προσωπικότητας και των αναγκών των παιδιών τους, ενασχόληση με τα παιδιά τους) οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως δεν έχουν εμπλακεί σε μία σχέση μητέρας – παιδιού. Δύο μητέρες μπαίνοντας σε ένα πρόγραμμα θεραπείας, φαίνεται να βρίσκονται σε μία μεταβατική φάση όπου συνειδητοποιούν τις ελλείψεις, τα λάθη και τις αδυναμίες τους. Συνειδητοποιούν την αναγκαιότητα της δόμησης μιας ουσιαστικής σχέσης με τα παιδιά τους.

Η αδυναμία ή η άρνηση να εμπλακούν σε μία σχέση μητέρας – παιδιού είναι συχνά το αποτέλεσμα της χρήσης ουσιών. Ενδεχομένως όμως να είναι ενδεικτικό του φόβου της άγνοιας, της πιθανής ανεπάρκειας και ανικανότητας στον μητρικό ρόλο. Τουλάχιστον οι μισές από τις μητέρες του δείγματός μας έχουν μεγαλώσει μέσα σε δυσλειτουργικές οικογένειες με γονείς απόντες ως ουσιαστικές αλλά και ως φυσικές παρουσίες. Δύο μητέρες δεν γνωρίζουν τον πατέρα τους. Οι πέντε τουλάχιστον έχουν κακοποιηθεί στην παιδική τους ηλικία και στην προσωπική τους ζωή ως ενήλικες.

3. Συναισθήματα – στάση των παιδιών προς τις μητέρες

Επτά μητέρες περιγράφουν την συμπεριφορά των παιδιών απέναντί τους τρυφερή, ζεστή. Ωστόσο σε δύο μόνο περιπτώσεις η σχέση φαίνεται να είναι ουσιαστική, να είναι σχέση μητέρας – παιδιού. Οι μητέρες αυτές είναι εκείνες που συνειδητοποιούν τον ρόλο τους ως μητέρες. Αντίστοιχα τα παιδιά αυτών των μητέρων τις αντιμετωπίζουν πραγματικά ως μητέρες. Στις υπόλοιπες τέσσερις περιπτώσεις η εικόνα που λαμβάνεται παραπέμπει πιθανόν σε μια στάση αποδοχής ή ίσως και απλά δεκτικότητας και ανοχής με τρυφερά συναισθήματα προς εκείνες αλλά όχι μία στάση αναγνώρισης της μητέρας ως μητέρα και επένδυσης σε αυτή τη σχέση. Η σχέση μοιάζει περισσότερο «φιλική», τρυφερή ίσως αλλά όχι σχέση μητέρας – παιδιού. Τα παιδιά φαίνεται να μην περιμένουν από τη μητέρα να τα οριοθετήσει και να καλύψει την ανάγκη τους για σταθερότητα και συναισθηματική ασφάλεια.

Τα παιδιά δύο μητέρων φαίνεται να εκδηλώνουν επιθετικότητα προς τις ίδιες.

Η εικόνα που έχουμε για μία μητέρα δεν είναι σαφής λόγω της μικρής ηλικίας του παιδιού (5 μηνών) και των μη σαφών στοιχείων που μας έδωσε. Ωστόσο υπάρχει υπόνοια ότι το παιδί έχει γεννηθεί με σύνδρομο στέρησης.

4. Πηγή οικονομικών

Όλες οι μητέρες εκτός από μία φαίνεται να έχουν οικονομική στήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Πέντε μητέρες έχουν εργαστεί ενώ για μία από αυτές η εργασία αποτελούσε η μόνη πηγή εσόδων. Η εργασία στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι σταθερή και συστηματική λόγω των προβλημάτων που απορρέουν από τη χρήση. Τέσσερις μόνο μητέρες έχουν απευθυνθεί στην Πρόνοια και παίρνουν τα επιδόματά που δικαιούνται. Οι λόγοι που δεν έχουν απευθυνθεί στην Πρόνοια όπως αναφέρουν είναι ότι δεν το έχουν σκεφτεί , δεν γνωρίζουν ότι δικαιούνται επιδόματα και ποια είναι αυτά. Επίσης αναφέρθηκε ότι δεν πιστεύουν στην βοήθεια που μπορεί να έχουν από τις κοινωνικές υπηρεσίες ή αποθαρρύνονται από την γραφειοκρατία και πολυπλοκότητα των σχετικών διαδικασιών. Τρεις μητέρες έχουν καταφύγει επίσης στην πορνεία προκειμένου να ενισχύσουν την οικονομική τους κατάσταση προσπαθώντας ενδεχομένως να αντιδράσουν στην εξάρτηση από τους γονείς τους.

5. Επιμέλεια – Κηδεμονία των παιδιών

Επτά μητέρες έχουν την κηδεμονία και την επιμέλεια των παιδιών τους οι ίδιες. Ωστόσο η μία από αυτές έχει την κηδεμονία του μεγάλου παιδιού η ίδια και ανησυχεί μήπως τη χάσει εάν αποφασίσει να χωρίσει. Το παιδί μεγαλώνει με την οικογένειά του συζύγου. Τρεις μητέρες έχουν δώσει τα παιδιά τους για υιοθεσία (οι δύο από αυτές στο οικογενειακό περιβάλλον). Μία μητέρα έχει δώσει την κηδεμονία της κόρης της στη μητέρα της όταν η κόρη της ήταν 1 έτους. Την διεκδικεί τώρα που έχει μπει σε πρόγραμμα και η κόρη είναι 9 ετών αλλά η μητέρα της αντιδρά.

6. Στήριξη όσον αφορά το παιδί

Από την πρώτη εξέταση του υλικού φαίνεται πως όλες σχεδόν οι μητέρες (εννέα) έχουν την στήριξη της οικογένειάς τους στο θέμα του παιδιού. Ωστόσο μία δεύτερη εξέταση οδηγεί σε μία διαφορετική εικόνα σε τρεις τουλάχιστον περιπτώσεις :

Μιας μητέρας , από αυτές τις εννέα, ο δεύτερος γιος μένει με συγγενικό πρόσωπο το οποίο θέλει να τον υιοθετήσει. Επίσης η οικογένεια μιας από αυτές τις μητέρες που έχει την κηδεμονία του παιδιού , αντιδρά στην διεκδίκηση της κηδεμονίας από την κόρη. Η αίσθηση που έχουμε , για μία άλλη μητέρα από αυτές τις εννέα , είναι πως η μητέρα της δεν κατάφερε να την ενθαρρύνει και να την στηρίξει αποτελεσματικά να μπει σε κάποιο πρόγραμμα ώστε να μπορέσει να αναλάβει έπειτα τις ευθύνες τις απέναντι στα παιδιά της. Τελικώς ούτε η μία ούτε η άλλη κατάφεραν να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες των παιδιών , με αποτέλεσμα η εξαρτημένη μητέρα να δώσει τα παιδιά για υιοθεσία. Η εμπειρία αυτή ήταν πολύ τραυματική για την εξαρτημένη μητέρα.

Δύο μητέρες έχουν την βοήθεια της οικογένειας του συζύγου στο θέμα του παιδιού. Ωστόσο η μία από αυτές ανησυχεί μήπως χάσει την επιμέλεια αν αποφασίσει να πάρει διαζύγιο.

Συμπέρασμα από 5 και 6

Το συμπέρασμα που προκύπτει από τις κατηγορίες 5 και 6 είναι πως το οικογενειακό περιβάλλον της μητέρας είναι συνήθως υποστηρικτικό στο θέμα του παιδιού. Σε τρεις περιπτώσεις όμως δεν φαίνεται να λειτούργησε με τρόπο υποστηρικτικό απέναντι στην μητέρα. Στις δύο από αυτές τις

περιπτώσεις το οικογενειακό περιβάλλον αναλαμβάνει την φροντίδα του παιδιού , όχι όμως με στόχο να στηρίξει την εξαρτημένη μητέρα ώστε κάποια στιγμή να αναλάβει το ρόλο της. Η οικογένεια επιδιώκει να υιοθετήσει ή να κρατήσει την κηδεμονία του παιδιού. Να καλύψει δηλαδή προσωπικά συναισθηματικά ελλείμματα.

Το περιβάλλον του συζύγου προσφέρει στήριξη σε δύο από τις μητέρες του δείγματος μας. Στη μία από τις δύο όμως η στήριξη είναι σε πρακτικά θέματα. Δεν συνοδεύεται από ψυχολογική υποστήριξη.

Συζήτηση

Συζήτηση των αποτελεσμάτων και προτάσεις.

Τα αποτελέσματα αυτής της μικρής σε έκταση περιγραφικής έρευνας επιβεβαίωσαν τα συμπεράσματα από την διεθνή βιβλιογραφία. Οι περισσότερες μητέρες του δείγματος μας είχαν μια πολύ δύσκολη παιδική ηλικία. Οι γονείς (ο ένας ή και οι δύο) είναι απόντες ως φυσικές ή ως ουσιαστικές παρουσίες. Στις τραυματικές εμπειρίες από την παιδική ηλικία έρχεται να προστεθεί η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση που υπέστησαν τουλάχιστον τέσσερις από τις μητέρες της έρευνας μας, από το στενό οικογενειακό περιβάλλον αλλά και έξω από αυτό. Για μια από τις μητέρες η εξάρτηση ήταν παρούσα σε ολόκληρη την παιδική και εφηβική ηλικία θεωρούμενη μέσα στο οικογενειακό της περιβάλλον ως κάτι φυσιολογικό. Αναρωτιέται κανείς με ποιο τρόπο αυτές οι γυναίκες θα μπορούσαν να αναπτύξουν μια υγιή και συναισθηματικά ώριμη προσωπικότητα; Πως θα μπορούσαν να αποκτήσουν μια αίσθηση εμπιστοσύνης και σεβασμού προς τον εαυτό τους και να εγκαθιδρύνουν μια αίσθηση προσωπικής ικανότητας έχοντας μεγαλώσει μέσα στην πλήρη έλλειψη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Πέντε τουλάχιστον μητέρες αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ενώ όλες οι μητέρες αντιμετωπίζουν κοινωνικοοικονομικά προβλήματα.

Οι περισσότερες μητέρες (9) δεν βίωσαν το ρόλο της μητρότητας. Το γεγονός πως δεν έχουν εμπλακεί σε μια συναισθηματική σχέση με το παιδί τους συνειδητοποιώντας τις ευθύνες τους, δεν προκαλεί βεβαίως έκπληξη, ούτε απορία. Επιβεβαιώνεται η φράση πολλών που λένε πως το παιδί της εξαρτημένης μάνας δεν έχει "προϊστορία", εννοώντας ότι δεν βιώθηκε από την ίδια ως επιθυμία, ως φαντασίωση, ως προσδοκία, με αποτέλεσμα η γέννηση του να τη γεμίσει με το αίσθημα ανεπάρκειας καθώς και με τρομερό άγχος, ανασφάλεια, ενοχή, ντροπή, απελπισία.

Οι εξαρτημένες μητέρες διστάζουν να ζητήσουν βοήθεια. Το παιδί αποτελεί πολλές φορές το έναυσμα για να ξεκινήσουν την θεραπεία. Ωστόσο ο φόβος ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες θα τις κατακρίνουν και πολλοί περισσότερο ο φόβος ότι θα τους πάρουν την επιμέλεια του παιδιού της αποτρέπει από το να ζητήσουν βοήθεια. Από τις μητέρες αυτής της έρευνας, οι τρεις έχουν ήδη δώσει τα παιδιά τους για υιοθεσία μη μπορώντας να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους στο ρόλο της μητέρας. Εάν υπήρχε τότε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που θα παρείχε φιλοξενία, στις ίδιες και στα παιδιά τους, που θα εξασφάλιζε τους όρους παραμονής του παιδιού κοντά στην μητέρα και θα ενίσχυε την μητρική σχέση ακόμα και στην περίπτωση που την φροντίδα του θα αναλάμβαναν προσωρινά κάποιοι "σημαντικοί άλλοι", δεν θα είχαν καταφύγει σ'αυτήν την έσχατη λύση της υιοθεσίας.

Πολλοί ερευνητές, υποστηρίζουν πως στις θεραπευτικές δομές στις οποίες οι μητέρες τοξικομανής κρατούν τα παιδιά μαζί τους, οι μητέρες μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία κατορθώνουν να λειτουργήσουν με επάρκεια στο μητρικό τους ρόλο, συνάπτοντας ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς με τα παιδιά τους. Η αναγκαιότητα δημιουργίας ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων για μητέρες και τα παιδιά τους επισημαίνεται και από τους ειδικούς.

Μεθοδολογικές παρατηρήσεις

Πρωταρχικό μέλημα της ερευνήτριας ήταν να προσεγγίσει τις μητέρες με ευαισθησία και σεβασμό. Προκειμένου να τηρηθεί κάθε κανόνας ηθικής στην προσέγγιση αυτή, δεν εξασφαλίστηκε η απαραίτητη συνθήκη στην βιογραφική μέθοδο των πολύωρων και επαναλαμβανόμενων συναντήσεων με τις συμμετέχουσες. Η αδυναμία εξασφάλισης ίδιων συνθηκών κατά τη διάρκεια της συνέντευξης για όλες τις μητέρες που πήραν μέρος στην έρευνα (ίδιος χώρος, ίση διάρκεια συνέντευξης), επηρεάζει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της έρευνας. Η δυσκολία π.χ που αισθάνθηκαν κάποιες μητέρες στο να θυμηθούν ή να περιγράψουν καταστάσεις έγινε σεβαστή, οδηγώντας ακόμα και στη διακοπή της συνέντευξης, έστω και αν αυτό δημιούργησε ασάφειες και κενά στη διήγηση.

Ο κίνδυνος της υποκειμενικής εκτίμησης των δεδομένων μπορεί να αποφευχθεί με τη συμβολή ενός δεύτερου ερευνητή. Η αξιολόγηση των δεδομένων ή η επεξεργασία των συνεντεύξεων από έναν δεύτερο ερευνητή θα συμβάλλει στην αξιοπιστία της έρευνας.

Η αυστηρή τήρηση όλων των ηθικών επιταγών, τυπικών και άτυπων επηρέασε ενδεχομένως την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της έρευνας. Αυτό όμως δεν την εμποδίζει με κανέναν τρόπο να αποτελεί μια σοβαρή προσπάθεια προσέγγισης ενός μικρού δείγματος εξαρτημένων μητέρων που πραγματοποιήθηκε με πολύ σεβασμό και ευαισθησία απέναντι σε αυτές τις πολύ ευάλωτες αλλά και πολύ γενναίες ψυχές!

Έρευνα στις γυναικείες φυλακές: οι γυναικείες φυλακές Κορυδαλλού

Η έρευνα διεξήχθη στις γυναικείες φυλακές Κορυδαλλού μεταξύ 16/5/1995 και 7/6/1995 σε δείγμα 103 ημεδαπών κρατουμένων. Αναφέρεται στα ατομικά χαρακτηριστικά της γυναίκας κρατούμενης, στην ποινική ταυτότητα, στις συνθήκες κράτησης, στον τρόπο που οι ίδιες βιώνουν το χώρο του εγκλεισμού τους και στη γενικότερη λειτουργία του συγκεκριμένου καταστήματος. Βασικά πορίσματα της έρευνας είναι τα ακόλουθα: α) οι γυναίκες κρατούμενες είναι στην πλειοψηφία τους μητέρες και ο εγκλεισμός επηρεάζει τη ζωή των παιδιών τους, καθώς άλλοι είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα τους β) το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών κρατουμένων έχει εξαιρετικά μεγάλη διακύμανση γ) η εκπαίδευση τους καλύπτεται ευκαιριακά και περιστασιακά από χρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης δ) οι γυναίκες κρατούνται με καταδικαστική απόφαση κυρίως για ανθρωποκτονία από πρόθεση (25,2%), κλοπή (19,4%), παράβαση του νόμου για τα ναρκωτικά (13,5%), υπεξαίρεσεις (4,9%), απάτες σε βάρος του δημοσίου (2,9%), ακάλυπτες επιταγές (5,8%) ε) παρατηρήθηκε ευρεία χρήση ναρκωτικών ουσιών και ψυχοφαρμάκων από τις έγκλειστες.

Η κατάσταση στις ελληνικές φυλακές σύμφωνα με την Έκθεση της διακομματικής κοινοβουλευτικής επιτροπής για την εξέταση του σωφρονιστικού συστήματος της χώρας και των συνθηκών διαβίωσης των κρατουμένων καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η φυλακή κάθε άλλο παρά “σωφρονίζει” και “βελτιώνει” τους εγκλείστους. Η κοινωνική προσαρμογή, η επανακοινωνικοποίηση και η αποκατάσταση μέσω της μεταχείρισης-αγωγής προβάλλεται ως σκοπός και ιδεώδες της ποινής και ως δικαιολογία του εγκλεισμού. Η έννοια της μεταχείρισης καταδεικνύει περίτρανα ότι τα αίτια της εγκληματικής πράξης αναζητούνται σε ιδιότυπα χαρακτηριστικά του εγκληματία και όχι σε κοινωνικά αίτια. Τα κυριότερα προβλήματα στις ελληνικές φυλακές σύμφωνα με την προαναφερθείσα έρευνα εντοπίζονται κυρίως στη συγκέντρωση πολλών κρατουμένων σε ένα κελί, στην έλλειψη επαρκούς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού και έλλειψη προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης. Έντονα όμως τίθεται και το θέμα της παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όταν εξετάζονται οι συνθήκες κράτησης. Επιπρόσθετα προβλήματα ζωτικής σημασίας για τις γυναίκες κρατούμενες είναι τα ακόλουθα : α) η ύπαρξη μίας και μοναδικής φυλακής που συγκεντρώνει κρατούμενες από όλη την Ελλάδα, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνονται οι σχέσεις επικοινωνίας με το οικογενειακό, συγγενικό και φιλικό περιβάλλον, ιδιαίτερα για τις οικογένειες προερχόμενες από την επαρχία β) ο μη διαχωρισμός μεταξύ των κρατουμένων, με αποτέλεσμα στον ίδιο χώρο να συγκεντρώνονται γυναίκες τοξικομανείς και ψυχοπαθείς, οι οποίες χρήζουν διαφορετικής αντιμετώπισης και θεραπείας γ) απουσία θέσεων εργασίας για τις υπόδικες δ) ελλιπής ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ε) η αποσπασματική διενέργεια προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και επιμόρφωσης. (Τσιγκάνου , Τζωρτζοπούλου , Ζαραφωνίτου , 2001: 86)

ΣΧΟΛΙΑΣΜΕΝΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΜΗΤΕΡΕΣ ΣΤΙΣ Η.Π.Α

Vernelia R. Randall / Professor of law and Web Editor
Melissa Duke Jones / 3rd Year Law Student, University of Dayton School of Law 1998 (<http://academic.udayton.edu/health/01status/98duke.htm>)

Εγκυμοσύνη, Μητρικά και Βρεφικά Δικαιώματα και οι επιπτώσεις της χρήσης ουσιών από μητέρες.

Για την εισαγωγή: Αυτή η βιβλιογραφία επιχειρεί να προσφέρει μια σύντομη επισκόπηση των επιπτώσεων της κατάχρησης ναρκωτικών και αλκοόλ από έγκυες γυναίκες στις Αμερικανικές κοινότητες. Πολλά διαφορετικά θέματα παρουσιάζονται σε αυτά τα άρθρα, συμπεριλαμβανομένου και: τις επιπτώσεις της κατάχρησης ναρκωτικών και αλκοόλ στο έμβρυο, το κόστος περίθαλψης για τόσο μολυσμένα έμβρυα, ποινικοποίηση και φυλάκιση των εγκύων γυναικών που κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ, τη πολιτική δέσμευση σαν εναλλακτική της ποινικοποίησης και εναλλακτικές και στα δύο, όπως η πρόληψη.

Συμπεράσματα: Το συμπέρασμά μας είναι ότι χωρίς ενεργή και επιθετική αλλαγή στον τρόπο που το νομικό σύστημα αντιμετωπίζει τις έγκυες χρήστριες ουσιών, δεν θα υπάρξει τρόπος για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά το πρόβλημα. Ο στόχος πρέπει να είναι η πρόληψη. Εξαρτάται από την κοινωνία να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της εγκύου χρήστριας ουσιών γιατί σε τελική ανάλυση είναι κοινωνικό πρόβλημα. Η κοινωνία έχει επηρεαστεί από τα αυξανόμενα κόστη περίθαλψης και τα εκπαιδευτικά έξοδα που αποδίδονται στα μολυσμένα (προσβεβλημένα) έμβρυα που θα μεγαλώσουν να γίνουν τοξικομανείς, και όχι την ποινικοποίηση σαν ένα αποτελεσματικό αποτρεπτικό.

Η Julie J. Zitella σε άρθρο της (29 I. Marshall L. , Rev 765, 1996) προσφέρει μία σύντομη επισκόπηση του προβλήματος της χρήσης κοκαΐνης και τις επιπτώσεις που έχει σ'ένα έμβρυο. Επιπροσθέτως, αυτό το άρθρο περιγράφει την ποινική ευθύνη των τοξικομανών μητέρων αλλά και την πρόληψη στην λύση. Η αρθογράφος πιστεύει ότι η ποινικοποίηση δεν είναι ένα αποτελεσματικό αποτρεπτικό γιατί η τοξικομανής μητέρα δεν είναι ένα άτομο που βασίζεται στην πραγματικότητα. Ελέγχεται από το εθισμό της και είναι ανίκανη να κάνει αυτό που ξέρει ότι είναι καλύτερο για τον εαυτό της και το παιδί της. Ίδανικά, η πιο σημαντική και αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της χρήσης κοκαΐνης από έγκυες γυναίκες είναι η πρόληψη. Πρόληψη μέσω προγραμμάτων που δεν είναι σχεδιασμένα σαν αντίποινα ούτε σαν μέθοδο για να βάζουν γυναίκες στη φυλακή. Προτείνει, οι νομοθέτες να υιοθετήσουν μια προσαρμογή ενός προγράμματος πρόληψης κρακ. Αποστολή του κρατικού προγράμματος θα πρέπει να είναι η προσφορά ενός ασφαλούς μέρους για τα παιδιά με τη βιολογική τους οικογένεια απαντώντας επιθετική θεραπεία και αποκατάσταση. Υπηρεσίες όπως κέντρα αποτοξίνωσης, περίθαλψη, βοήθεια στην οικογενειακή υποστήριξη θα είναι υποχρεωτικά. Αυτού του είδους τα προγράμματα σκοπό έχουν να προστατέψουν καλύτερα οφέλη του παιδιού και δεν είναι σχεδιασμένα να φοβίζουν τις μητέρες να αναζητούν προγεννητικό έλεγχο, απλά ενθαρρύνει μια μητέρα να αναλάβει την ευθύνη του παιδιού.

Σχόλια: Συμφωνούμε με την αρθογράφο ότι οι πολιτείες πρέπει να κάνουν περισσότερα από το να τιμωρούν μια μητέρα που κάνει χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Όταν μια μητέρα φυλακίζεται, πιο πολλά από την ελευθερία της επηρεάζονται. Πολυάριθμοι παράγοντες θα πρέπει να συντελέσουν σε μια δίκαιη απόφαση να φυλακιστεί μια έγκυος γυναίκα.

Carol Gosain, Protective Custody for Fetuses: A solution to the problem of Maternal Drug Use? Case note on Wisconsin ex rel. Angela v. Kruzicki , 5 Geo Mason L. Rev. 799 , 1997.

Το άρθρο αναφέρεται σε μια δικαστική διαμάχη μεταξύ της πολιτείας του Wisconsin και της Angela Kruzicki για τη δικαστική επιμέλεια των εμβρύων. Στην αναφερόμενη υπόθεση το δικαστήριο ανηλίκων εξέδωσε εντολή δικαστικής επιμέλειας. Η εντολή αφορούσε το έμβρυο να τοποθετηθεί στη δικαστική επιμέλεια του τοπικού αστυνομικού τμήματος (County Sheriff's Department) και να προσκομισθεί στο τοπικό νοσοκομείο για ενδονοσοκομειακή φροντίδα και προστασία. Η μητέρα υποστήριζε ότι ο όρος «παιδί» στους νόμους του Wisconsin περί παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης δεν περιελάμβαναν ένα βιώσιμο έμβρυο. Το δικαστήριο

συμπέρανε ότι λογικές απόψεις θα διέφεραν ως προς το νόημα της λέξης παιδί , και ότι το Ανώτατο Δικαστήριο του Wisconsin είχε ήδη ορίσει τη λέξη άνθρωπος να περιλαμβάνει ένα έμβρυο υπό την απειλή θανάτου μιας άδικης νομοθεσίας. Όσο για προσωπική δικαιοδοσία, το δικαστήριο επιπλέον υποστήριξε ότι η εντολή θα προφυλάκιζε την Angela όχι γιατί το Δικαστήριο Ανηλίκων έχει επιβάλλει την εξουσία πάνω της, αλλά γιατί η Angela και το έμβρυό της είναι σωματικά και βιολογικά ένα.

Peggy Hora and Barrie Becker, Judicial considerations when sentencing pregnant substance abusers, 35 No 2 Judges' J. 3 , 1996

Το άρθρο εξερευνά τις επιπτώσεις της δικαστικής ποινής εγκύους τοξικομανείς. Οι δικαστές αντιδρούν σε τέτοιου είδους εναγόμενους με διάφορους τρόπους. Μερικοί έχουν επιχειρήσει να προστατέψουν την υγεία του εμβρύου φυλακίζοντας τις εναγόμενες που σε άλλη περίπτωση δε θα έκτιαν την ποινή φυλάκισης. Άλλοι κάνουν τα πάντα για να βρουν κατάλληλα θεραπευτικά προγράμματα της κοινότητας μέσα στα οποία αυτές οι γυναίκες μπορούν να ακολουθήσουν από μόνες τους ή να επιβληθεί αντί να πάνε φυλακή. Κι όμως άλλοι έχουν επιλέξει να περιφρονούν το γεγονός ότι οι έγκυες και τοξικομανείς και να τις συμπεριφέρονται όχι πιο σκληρά ή επιεικώς από άλλους εναγόμενους. Μερικοί δικαστές μεταφέρουν ανησυχίες για την υγεία και το καλό του εμβρύου με ιδιαίτερα σκληρές ποινές. Η έλλειψη κατάλληλων θεραπευτικών εναλλακτικών μπορεί να συμβάλει σε τέτοιες αποφάσεις. Οι αρθρογράφοι προτείνουν πριν οι δικαστές πάρουν αποφάσεις που επηρεάζουν έγκυες γυναίκες, είναι κρίσιμο γι'αυτούς να καταλάβουν δυο σημαντικά θέματα: 1ον , τι γνωρίζουν οι ειδήμονες ιατροί για τις επιπτώσεις διαφόρων ναρκωτικών στην υγεία του εμβρύου και την ανάπτυξη του παιδιού. 2ον , πόσα δεν είναι γνωστά για τις επιπτώσεις διαφόρων ναρκωτικών όταν γίνεται χρήση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι σημαντικό οι δικαστές να λαμβάνουν υπόψη ότι οι έγκυες γυναίκες μπορεί να μη λαμβάνουν επαρκή ιατρική φροντίδα στη φυλακή. Η ιατρική φροντίδα και οι υπηρεσίες της φυλακής είναι συχνά ανεπαρκής και τα ναρκωτικά είναι ακόμα έτοιμα και διαθέσιμα μέσα στις φυλακές και τα κελιά. Οι αρθρογράφοι υποστηρίζουν τα θεραπευτικά προγράμματα σαν εναλλακτική στα προγράμματα των φυλακών. Ωστόσο, η απουσία προσβάσιμων, κατάλληλων και αποτελεσματικών θεραπευτικών επιλογών καθιστά μια ποινική προσέγγιση των εγκύων γυναικών τη μόνη λύση. Οπότε, πιο πολλές θεραπευτικές επιλογές και εγκαταστάσεις θα πρέπει να γίνουν προσβάσιμα σε έγκυες γυναίκες σε κάθε κοινότητα.

Σχόλια: Οι δικαστές τείνουν να είναι πιο σκληροί με τις έγκυες γυναίκες από ανησυχία για το καλό του βρέφους. Ωστόσο, δε μπορούμε να αντιμετωπίσουμε την εγκυμοσύνη σαν έγκλημα. Η χρήση ναρκωτικών είναι ασθένεια...μια ασθένεια που μπορεί να γιατρευτεί αν κατάλληλες επιλογές και εγκαταστάσεις υφίστανται. Ένας δικαστής όταν επιβάλλει ποινή θα πρέπει να γνωρίζει τις ανάγκες της κάθε εγκύου ξεχωριστά και να παίρνει δικαστικές αποφάσεις μόνο αφού έχει πλήρως ενημερωθεί για τις ανάγκες της γυναίκας όσον αφορά την υγεία της.

Stephanie Hainer Ojeda, *Whitner v. State: Expanding child abuse and endangerment laws to protect viable fetuses from prenatal substance abuse*, 99 W. Va L. Rev. 311, 1996

Η αρθρογράφος κάνει μια επισκόπηση της υπόθεσης *Whitner* ενάντια στη πολιτεία. Τα περισσότερα δικαστήρια έχουν αρνηθεί να επιτρέψουν την άσκηση ποινικής δίωξης ενάντια σε μια μητέρα που κάνει χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της. Ωστόσο, στις 15 Ιουλίου 1996, το Ανώτατο Δικαστήριο της Βόρειας Καρολίνα των Η.Π.Α. έγινε το πρώτο ανώτατο δικαστήριο στη χώρα που ορίζει ότι μια γυναίκα μπορεί να καταστεί ποινικά υποκείμενη συμπεριφοράς κατά την οποία διακινδυνεύει τη ζωή του εμβρύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στην υπόθεση αυτή το Δικαστήριο θεωρεί ότι η λέξη «παιδί», όπως χρησιμοποιείται στη νομοθεσία περί κακοποίησης και διακινδύνευσης, θα περιλαμβάνει βιώσιμα έμβρυα. Η μητέρα-εναγόμενη υπερασπίστηκε ότι η εφαρμογή του νόμου περί παιδικής διακινδύνευσης στη περίπτωση της θα παραβίαζε τα προστατευόμενα από το Σύνταγμα δικαιώματά της περί διαφύλαξης της ιδιωτικής της ζωής και όσα απορρέουν από αυτό. Τελικά το Δικαστήριο συμπέρανε ότι η νομοθεσία περί παιδικής κακοποίησης και της έκθεσης σε κίνδυνο περιλαμβάνει βιώσιμα έμβρυα και ότι η κα. *Whitner* είχε στη πραγματικότητα θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του παιδιού της κάνοντας ενδοφλέβια χρήση κοκαΐνης στο 3ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης της. Με βάση αυτά, τοξικομανείς έγκυες γυναίκες στη Βόρεια Καρολίνα μπορούν πλέον να διωχθούν για έκθεση παιδιού σε κίνδυνο αν το έμβρυο έχει φτάσει να είναι βιώσιμο. Η αρθρογράφος τονίζει ότι η απόφαση-ορόσημο, ωστόσο, είναι απίθανο να αλλάξει το γεγονός του αυνανισμού της εγκύου. Άσχετα με την υπόθεση *Whitner*, η επιβολή ποινικών κυρώσεων στις μητέρες αυτών των παιδιών δεν είναι λύση. Ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος να αλλάξεις τη συμπεριφορά μιας γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι μέσω εκπαίδευσης, αποτοξίνωσης και προγεννητικού ελέγχου, όχι μέσω ποινικής δίωξης.

Deborah Appel *Drug use during pregnancy: State strategies to reduce the prevalence of prenatal drug exposure*, 5 U. Fla. L. & Pub. Pol'y 103, 1992

Αυτό το άρθρο προτείνει εναλλακτικές στρατηγικές μείωσης της επικράτησης ως έκθεσης σε ναρκωτικά κατά την εγκυμοσύνη. Αυτές τις στρατηγικές εκτείνονται πέρα από απλή ποινικοποίηση. Λίγα προγράμματα αποτοξίνωσης προσφέρουν θεραπεία σε έγκυες εξαρτημένες γυναίκες. 80% των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι ιδιωτικά και μόνο το 20% όλων των υπηρεσιών αντιπροσωπεύει το κράτος. Πολλές έγκυες τοξικομανείς δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση και δε προσκομούν σε ιδιωτικά θεραπευτικά κέντρα. Λίγα κέντρα απεξάρτησης που δέχονται ασθενείς που τους παρέχεται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη θα προσάγουν έγκυες τοξικομανείς. Οπότε, πιο πολλά θεραπευτικά προγράμματα πρέπει να αναπτυχθούν για να περιθάλψουν τις φτωχές και ελλιπώς εξυπηρετούμενες γυναίκες. Επιπλέον, λόγω του ότι οι παρέχοντες υπηρεσίες υγείας, συγκεκριμένα μαιευτήρες, δε έχουν τις ικανότητες και επαρκή εξάσκηση για να αναγνωρίσουν έγκυες χρήτριες και να κατανοήσουν τις συνέπειες της χρήσης ουσιών κατά την εγκυμοσύνη. Αυτή η έλλειψη εκπαίδευσης μπορεί να οδηγήσει στην αποτυχία παροχής της απαραίτητης φροντίδας σε έγκυες τοξικομανείς. Οπότε, είναι

βασικό όλοι οι μαιευτήρες να είναι επαρκώς ενημερωμένοι για τη χρήση ουσιών και θα πρέπει να υποχρεούνται να παρακολουθούν τμήματα συνεχόμενης εκπαίδευσης που αντιμετωπίζει το συγκεκριμένο πρόβλημα. Επίσης, αναφέρεται ότι η Κοινωνική Πρόνοια, η παιδική μέριμνα και οι μονάδες αποτοξίνωσης από ναρκωτικά και αλκοόλ είναι διασπασμένα και έτσι οι χρήστες δεν είναι δυνατό να λάβουν επαρκή ιατρική φροντίδα. Η έγκυος χρήστρια αναγκάζεται να αλληλεπιδρά με ξεχωριστό δίκτυο υπηρεσιών, όλα τα οποία αντιμετωπίζουν ένα μέρος του προβλήματος. Έν κατακλείδι, τα συστήματα θα πρέπει να είναι συντονισμένα έτσι ώστε να είναι αποτελεσματική η αντιμετώπιση των αναγκών των εγκύων χρηστών. Η πρόληψη είναι βασική στην αντιμετώπιση της εγκύου τοξικομανούς.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

Κέντρο Βρεφών “ΜΗΤΕΡΑ”

Τηλ. 210- 2611181 \ 2627156

Το Κέντρο Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ» στα πλαίσια εφαρμογής των προγραμμάτων του συνεργάζεται με γονείς (στη μεγάλη πλειοψηφία μητέρες) εξαρτημένους από διάφορες ουσίες. Οι έγκυες ή οι μητέρες έρχονται με δική τους πρωτοβουλία ή παραπέμπονται από άλλες υπηρεσίες. Το «ΜΗΤΕΡΑ» δεν εφαρμόζει ειδικά προγράμματα για τους ίδιους ή τα παιδιά τους αλλά προσαρμόζει την εφαρμογή των προγραμμάτων του ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Με βάση τα συνήθη υποβαλλόμενα αιτήματα η Υπηρεσία προσφέρει:

Γυναικολογική παρακολούθηση από μαιία του Κέντρου παράλληλα με την ιατρική και γυναικολογική παρακολούθηση της εγκύου από δημόσιο Μαιευτήριο της επιλογής της, με κάλυψη των ανάλογων εξόδων στην περίπτωση που αυτή είναι ανασφάλιστη.

Κάλυψη των εξόδων τοκετού σε δημόσιο Μαιευτήριο (στην περίπτωση που δεν είναι ασφαλισμένη)

Προσωρινή φιλοξενία των παιδιών μέσα στο «ΜΗΤΕΡΑ»

Φιλοξενία των παιδιών σε ανάδοχες οικογένειες

Υποστήριξη της φυσικής οικογένειας που κρατά κοντά τα παιδιά και έχει την επιμέλεια της ανατροφής τους.

Οικογενειακή αποκατάσταση τους μέσω του θεσμού της υιοθεσίας.

Συμβουλευτική – υποστηρικτική βοήθεια στους φυσικούς γονείς από κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο ή και άλλο ειδικό κατά περίπτωση.

Οικονομική βοήθεια και βοήθεια με είδη στις φυσικές οικογένειες (και συγγενικές των γονέων) που έχουν αναλάβει τη φροντίδα των παιδιών.

Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στα παιδιά που δεν είναι καλυμμένα από άλλα ταμεία.

Νομική κατεύθυνση και ενίοτε νομική υποστήριξη από νομικό σύμβουλο σε θέματα που άπτονται της οικογένειας (επιμέλεια – αναγνώριση παιδιού κ.λ.π.)

Κατεύθυνση σε ζητήματα εργασίας

Κατεύθυνση στα ζητήματα που αφορούν τα θέματα της εξάρτησης (παραπομπή – συνεργασία με τα εξειδικευμένα κέντρα κ.λ.π.)

Μαιευτήριο “ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ”

Δ/νση Πλατεία Έλενας Βενιζέλου 2
Τ.Κ. 115.21 – Αθήνα
Τηλ. Κοινωνική Υπηρεσίας: 210 – 6448078

Η παραπομπή των περιστατικών αυτών, γίνεται από τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, από τις κλινικές και από τα τμήματα νοσηλείας. Ελάχιστα περιστατικά παρουσιάζονται αυθόρμητα στην Κοινωνική Υπηρεσία ζητώντας κοινωνικού τύπου βοήθεια.

Η τακτική που ακολουθείται είναι η εξής:

Ιατρική παρακολούθηση για τη διαδικασία το τοκετού.
Ενημέρωση για προνομιακή κάλυψη αν είναι ανασφάλιστες
Συμβουλευτική για προνομιακά προγράμματα απεξάρτησης που λειτουργούν στην ευρύτερη περιοχή της κοινότητας.
Υποστηρικτική στις οικογένειες με παιδοκεντρική αντίληψη.
Παραπομπή σε αρμόδιους φορείς, με σύμφωνη γνώμη δική τους για περαιτέρω παρακολούθηση των εξαρτημένων μητέρων.
Ενημέρωση για φορείς της κοινότητας, που ασχολούνται με την παιδική προστασία π.χ. «Η ΜΗΤΕΡΑ», «ΠΙΚΠΑ», «ΕΟΠ» κ.λ.π. με σκοπό την προσωρινή φιλοξενία ή αναδοχή των παιδιών τους, σε περίπτωση τυχόν δυσκολίας τους στην προσωρινή αντιμετώπιση του βρέφους τους.
Χρησιμοποίηση πηγών και πόρων από φιλανθρωπικές οργανώσεις, σε σχέση με υλικά αγαθά.

Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού

Τηλ. 210-3632172 \ 3641581

Το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού (ΚΜΟΠ) είναι μη κυβερνητική οργάνωση που ιδρύθηκε το 1977 από επιστημονικά στελέχη με μακρά εμπειρία σε θέματα κοινωνικής πρόνοιας, εκπαίδευσης και συμβουλευτικής. Σκοπός του Κέντρου είναι η στήριξη της οικογένειας με την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών, η στήριξη ατόμων που απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό και η ανάπτυξη υποβαθμισμένων περιοχών.

Στα πλαίσια των δράσεων του το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού συνεργάζεται και με μητέρες, εξαρτημένες από διάφορες ουσίες, που προσέρχονται μόνες τους ή παραπέμπονται από άλλες υπηρεσίες εφαρμόζοντας προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες τους ή γίνεται συνεργασία με αντίστοιχα προγράμματα απεξάρτησης.

Τομείς που το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού προσφέρει τις υπηρεσίες του είναι:

Συμβουλευτική και υποστηρικτική βοήθεια σε γονείς και παιδιά από κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο και ψυχίατρο, αν υπάρχει ανάγκη.

Βοήθεια στα παιδιά σχολικής ηλικίας: α) πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που έχουν ανάγκη ενισχυτικής διδασκαλίας, β) σε παιδιά Γυμνασίου που εγκαταλείπουν την υποχρεωτική τους διδασκαλία (drop outs) με την παροχή

ειδικού προγράμματος σχολικής εκπαίδευσης και επαγγελματικού προσανατολισμού, γ) δημιουργική απασχόληση και μουσικοθεραπεία.

Συμβουλευτική και υποστηρικτική βοήθεια σε μονογονεϊκές οικογένειες και νομική στήριξη, όταν υπάρχει ανάγκη.

Συνεργασία με άγαμες μητέρες και στήριξη ψυχολογική και επαγγελματική και βοήθεια σε θέματα που αφορούν τα παιδιά τους (φαρμακευτική βοήθεια, παροχή αναγκαίων ειδών διατροφής κ.λ.π.)

Πρωώθηση στην επαγγελματική απασχόληση

Στήριξη ψυχολογική, κοινωνική, επαγγελματική σε ευπαθείς ομάδες που απειλούνται από φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό.

Παιδικά Χωριά S.O.S

Ερμού 6 , 4ος όροφος ,τηλ.210 – 3313661-63

δ/ση Κοινωνικής Εργασίας – Μεγίστης 23, τηλ. 210 – 8650111 (αιτήσεις εισαγωγής παιδιών)

A) Παιδικό Χωριό SOS Βάρης

Δίλοφο Βάρης τηλ. 210 – 8970748 \ 8970746

Παιδιά ηλικίας έως 8 ετών

B) Παιδικό Χωριό SOS Πλαγιαρίου, Θεσσαλονίκη

Πλαγιάρι, τηλ. 2390 – 263891

Προστατεύονται παιδιά, αγόρια και κορίτσια, ηλικίας από βρέφη μέχρι 16 ετών. Η εισαγωγή γίνεται μέχρι την ηλικία των 8 ετών.

Γ) Στέγη Νέων

Π.Φάληρο, Κοραή 7, τηλ 210 – 9852980

Έφηβοι 16-22 ετών προέρχονται από τα Παιδικά Χωριά, με στόχο την επαγγελματική αποκατάστασή τους και γενικότερα την αυτονομία τους.

Δ) Κέντρο Πρόληψης και Θεραπείας της Οικογένειας

Μεγίστης 23, Κυψέλη, τηλ. 210- 8650111

Συμβουλευτική και θεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες του βου Διαμερίσματος Αθηνών, οι οποίες βρίσκονται σε «κρίση». Επίσης ψυχοθεραπευτική στήριξη στα παιδιά που προστατεύονται από τα Παιδικά Χωριά SOS.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Τα Παιδικά Χωριά SOS Ελλάδος στα πλαίσια της συνολικής φροντίδας των παιδιών, την προσωρινή επιμέλεια των οποίων έχει εκτός της άμεσης παρέμβασης προς τα ίδια τα παιδιά (συναισθηματικής, εκπαιδευτικής, θεραπευτικής) στηρίζει τις βιολογικές οικογένειες τους, θεωρώντας, ότι με αυτόν τον τρόπο συμβάλλει στην καλύτερη ψυχοκοινωνική εξέλιξη τους.

Η στήριξη αυτή έχει, κυρίως, συμβουλευτικό χαρακτήρα, χωρίς να αποκλείεται σε ορισμένες περιπτώσεις και η οικονομική ενίσχυση ιδιαίτερα στις περιπτώσεις αυτές που υπάρχει οξύ και όχι μόνιμο οικονομικό πρόβλημα.

Οι περιπτώσεις εξαρτημένων γονέων, αν και είναι λίγες στο συνολικό πληθυσμό του Παιδικού Χωριού, είναι ιδιαίτερα δύσκολες στο χειρισμό τους. Στην πλειοψηφία τους αφορούν εξαρτημένες μητέρες, οι οποίες ζητούν την εισαγωγή των παιδιών τους στα Παιδικά Χωριά, αφού οι ίδιες αδυνατούν να

τα φροντίσουν, ενώ παράλληλα δεν υπάρχει υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον.

Η Κοινωνική Υπηρεσία συνεργάζονται μαζί τους με σκοπό:

Την κατεύθυνση τους για να αναζητηθεί βοήθεια στην επίλυση του προβλήματος της εξάρτησης σε συνεργασία με τα αντίστοιχα ειδικά προγράμματα απεξάρτησης

Συμβουλευτική προς τις ίδιες για την καλύτερη δυνατή επικοινωνία με τα παιδιά τους. Εδώ πρέπει να επισημανθεί η ανάγκη της επιπλέον επιμόρφωσης των συναδέρφων που εργάζονται στις κοινωνικές υπηρεσίες των Παιδικών Χωριών και της Στέγης των Νέων. Συμβουλευτική και προσπάθεια στήριξης προς το οικογενειακό τους περιβάλλον με σκοπό να φροντίσουν τις μητέρες αυτές κι τα παιδιά τους. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι συγγενείς αυτοί πολύ συχνά ζητούν τη βοήθεια και την συμπαράσταση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Παιδικού Χωριού, τόσο για να βρεθούν λύσεις, όσο και για προσωπική στήριξή τους απέναντι σε ένα πρόβλημα που πραγματικά είναι πολύ δύσκολο για αυτούς να αντιμετωπίσουν.

Προσπάθεια για την σύνδεση των εξαρτημένων μητέρων με προνοιακά προγράμματα με σκοπό την οικονομική τους βοήθεια.

Τμήμα Γυναικείων Φυλακών Κορυδαλλού

Τηλ. 210 – 4958959

Για τις μητέρες με μικρά παιδιά ηλικίας μέχρι 3 ετών που τα έχουν μαζί τους στη φυλακή λειτουργεί το Παράρτημα Μητέρων. Το παράρτημα έχει θέσεις για 16 μητέρες. Για τις ανάγκες των παιδιών λειτουργεί επίσης παιδικός σταθμός.

Παιδιά μεγαλύτερα των 3 χρόνων , εφόσον δεν έχουν το κατάλληλο συγγενικό περιβάλλον και με κάποιες προϋποθέσεις μπορούν να εισαχθούν σε ιδρύματα παιδικής μέριμνας που λειτουργούν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Υπουργείου Εργασίας.

Επίσης, δίνεται η δυνατότητα:

Συμμετοχής σε θεραπευτικές ομάδες του 18 ΑΝΩ ή του ΚΕΘΕΑ. Οι μητέρες που παρακολουθούν τα προγράμματα αυτά μπορούν να ζητήσουν βεβαίωση για να την χρησιμοποιήσουν στο αίτημα αποφυλάκισής τους σύμφωνα με το νόμο 2391\95.

Παρακολούθησης μαθημάτων συμπλήρωσης της βασικής εκπαίδευσης για τις μητέρες που δεν έχουν τελειώσει το δημοτικό, εφόσον αυτά γίνονται στη φυλακή.

Εκπαιδευτικής άδειας εφόσον πληρούνται συγκεκριμένες προϋποθέσεις για την παρακολούθηση μαθημάτων εκτός φυλακής με στόχο την ολοκλήρωση του Γυμνασίου ή του Λυκείου. Η έγκριση εκπαιδευτικής άδειας συνοδεύεται από παροχή εκπαιδευτικού υλικού (βιβλία, σημειώσεις) και επιδότηση από τα Κεφάλαια Εργασίας Κρατουμένων.

Εργασίας με βάση προτεραιότητα υποβολής αίτησης σε 184 θέσεις η οποία υπολογίζεται ευεργετικά σε σχέση με το χρόνο της ποινής και εποπτεύονται από το Συμβούλιο Εργασίας Κρατουμένων.

Συμμετοχής σε εργαστήριο υφαντουργίας ή Σχεδιασμού κα Παραγωγής χειροποίητου κοσμήματος.

Π.Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Τηλ. 210-7770501-4

Τηλ. Κοινωνικής Υπηρεσίας: 210-7706832

Στο νοσοκομείο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» παρέχονται οι εξής υπηρεσίες στις εξαρτημένες μητέρες:

Παρακολούθηση καθ'όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (εξετάσεις, προγεννητικός έλεγχος κ.λ.π.)

Τοκετός και νοσηλεία της μητέρας αλλά και του βρέφους, αν χρειαστεί

Τμήμα οικογενειακού προγραμματισμού στο οποίο μπορούν να απευθυνθούν είτε για διακοπή κυήσεως είτε για αντισύλληψη είτε για γυναικολογικές εξετάσεις (TEST PAP)

Παθολογικά εξωτερικά ιατρεία στα οποία μπορούν να απευθύνονται για οποιοδήποτε παθολογικό πρόβλημα

Τέλος λειτουργεί Κοινωνική Υπηρεσία η οποία σαν κύριο αντικείμενο εργασίας έχει την μητέρα (συνήθως άγαμη) και το βρέφος και παρέχεται

Κάλυψη εξόδων τοκετού και νοσηλείων με την προϋπόθεση ότι είναι Ελληνίδα Συμβουλευτική – υποστηρικτική βοήθεια, στην ίδια και τον «σύντροφό της» αλλά και στο οικογενειακό περιβάλλον, αν υπάρχει

Κατεύθυνση σε ζητήματα που αφορούν υιοθεσία ή φιλοξενία του παιδιού (παραπομπή και συνεργασία με Κέντρο Βρεφών «ΜΗΤΕΡΑ», ΠΙΚΠΑ, κ.λ.π)

Πληροφόρηση για διάφορα πρακτικά θέματα (επιδόματα Πρόνοιας, στεγαστικά θέματα, προβλήματα ανεργίας κ.λ.π)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΘΗΝΑ»

Ξενίας 20 & Μιχαλακοπούλου

1ος – 3ος όροφος

τηλ. 210 – 7757692 – 210 – 7753240

Το πρόγραμμα «Αθηνά» δημιουργήθηκε το 1998 από την Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου με την συνεργασία του ΟΚΑΝΑ.

Απευθύνεται σε χρήστες τοξικών ουσιών και αλκοόλ ηλικίας 18 ετών και άνω, οι οποίοι προσέρχονται εθελοντικά στο πρόγραμμα, καθώς και στις οικογένειές τους.

Λειτουργεί μόνο σε εξωτερική βάση, διαφυλάσσει το απόρρητο και την ανωνυμία και χρησιμοποιεί ως βασικά θεραπευτικό εργαλείο τη γνωσιακή/συμπεριφορική/συστηματική/ψυχοθεραπεία ανάλογα με τις ανάγκες κάθε περίπτωσης.

Ειδικότερα σε μία μητέρα χρήστρια το πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» μπορεί να προσφέρει:

Υπεύθυνη ενημέρωση για τις υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες.

Εκτίμηση των ιδιαίτερων αναγκών της σε σωματικό\ψυχολογικό επίπεδο και σχεδιασμός για την ενδεικνυόμενη αντιμετώπιση τους σε συνεργασία με ειδικές μονάδες, όπου απαιτείται

Ψυχοθεραπευτική υποστήριξη ιδιαίτερα στο ρόλο και τη σχέση της με το παιδί σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο.

Ενίσχυση μέσω της παρεχόμενης οικογενειακής θεραπείας της συνεργασίας των μελών της οικογένειας, μείωση του άγχους και της έντασης,

Χρησιμοποίηση των θετικών δυναμικών της οικογένειας καθώς και παρέμβαση στα μέλη της αποτελούν πληθυσμό υψηλού κινδύνου

Παροχή μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας διευκολύνσεων σε ζητήματα στέγης, ασφάλισης, επιδομάτων, απασχόλησης κ.α.